

Revista Andaluza de

# Cirugía Bucal

Año 2024 / N° 24

# 5º CONGRESO AACIB

*Sevilla, 21 de octubre de 2023*



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<sup>a</sup> Ángeles Serrera Figallo



**Ancladén**



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
- Posters presentados en el IV Congreso AACIB ..... 8 - 60
- Noticias /CURSOS..... 62 - 68
- Normas de publicación ..... 70 - 71
- Patrocinadores AACIB ..... 72

## Editorial



Queridos amigos y estimados compañeros,

Pasó el otoño y el mes de octubre y con él, el V Congreso de la Asociación Andaluza de Cirugía Bucal el 21 de octubre en un enclave único. Este año suponía una fecha especial, ya que tras el éxito obtenido en ediciones anteriores en sedes como Almería, Huelva o Cádiz, ahora Sevilla recogía de nuevo el testigo para que la capital andaluza fuese la sede del quinto aniversario de la Asociación. Un reencuentro entre compañeros con el fin de compartir los últimos avances en el ámbito de la cirugía bucal que se nutre de otras especialidades hermanas y complementarias como la periodoncia, la digitalización o la odontología en pacientes frágiles, en pro de ofrecer a nuestros socios y congresistas un encuentro científico único, en el que pudimos disfrutar de la ciencia, la cirugía bucal y los reencuentros entre colegas en esta ciudad emblemática.

En relación al Congreso, me gustaría aprovechar esta comunicación con todos los socios (o futuros socios) de la asociación para recordaros algunos de los valores con los que la AACIB fue fundada en el año 2017. El primero, es la intención de convertirnos en el referente del sector de la cirugía bucal en Andalucía, ofreciendo a nuestros miembros formación, competencias, intercambio...y en términos generales, crecer como profesionales enfocados al ejercicio de esta especialidad odontológica, así como, destacando como segundo valor u objetivo, que la AACIB sirva como interlocutor con diferentes entidades pertenecientes tanto al sector privado como a la administración pública. Además, nace con la responsabilidad de contribuir a elevar el nivel científico, estudiar los problemas que plantea el ejercicio profesional de la Cirugía Bucal en Andalucía y fomentar el intercambio de conocimientos y la colaboración con otras asociaciones odontológicas y médicas, especialmente con la Sociedad Española de Cirugía Bucal (cuyo Presidente, el Dr. Daniel Torres, también fue Presidente de la AACIB), entre muchos otros objetivos que seguimos persiguiendo en cada curso de formación continuada, congreso o número de revista publicado (RACIB). Y es que cuando surge un proyecto como este, es necesaria la ilusión por conseguir los resultados pero sobre todo, un gran equipo de trabajo como el que conforma la Junta Directiva y en concreto su Presidente, el Dr. Manuel María Romero.

Por último, me gustaría invitaros a remar con todos nosotros para contribuir al crecimiento de esta Asociación y a participar en pro de conseguir los objetivos marcados en base a los valores descritos, para que el día del mañana tengamos presente que la ilusión por el proyecto de la Asociación Andaluza de Cirugía Bucal, la compartimos entre todos y trabajamos por ella.

Gracias a todos por vuestro compromiso, sigamos remando juntos.

Dra. Aida Gutiérrez Corrales

Presidenta del V Congreso de la AACIB

## Posters del Congreso



- Ventajas del uso de PRF en cirugía oral ..... 8 - 9
- Efectos de la Oseodensificación: Revisión Narrativa de la Literatura ..... 10 - 11
- Abordaje quirúrgico para la remoción de un molar temporal retenido adyacente al seno maxilar. A propósito de un caso ..... 12 - 13
- Ratio Corona - Implante y Pérdida Ósea Marginal ..... 14 - 15
- La importancia del espacio biológico en el mantenimiento de la cresta ósea periimplantaria ..... 16 - 17
- Factores de riesgo de fracaso de implantes en pacientes con condiciones médicas comprometidas ..... 18 - 19
- Técnica Socket Shield para la colocación de implantes inmediatos. Una revisión bibliográfica ..... 20 - 21
- ¿Afecta la carga inmediata al éxito del implante? ..... 22 - 23
- Comparación entre la regeneración vertical con técnica de Khoury y con Xenoinjerto de láminas óseas ..... 24 - 25

• Influencia de diferentes materiales de restauración provisional en la mucointegración de implantes dentales .....	26 - 27
• Bola de Bichat. Prevención y tratamiento de la comunicación orosinusal en implantes zigomáticos. Una revisión sistemática .....	28 - 29
• Protocolos a seguir en la clínica dental en pacientes con tratamiento de bifosfonatos y que se van a someter a cirugía de implantes dentales. Una revisión sistemática .....	30 - 31
• Implantes dentales: Zirconio vs Titanio .....	32 - 33
• Descompresión de quiste dentígero mandibular, a propósito de un caso .....	34 - 35
• Manejo de tejido blando periimplantario. Autoinjerto vs Xenoinjerto. A propósito de dos casos clínicos .....	36 - 37
• Relación de los terceros molares incluidos en las fracturas mandibulares en los deportes de contacto: Revisión bibliográfica de la literatura .....	38 - 39
• Influencia del aumento de tejido blando en la estabilidad del margen óseo periimplantario .....	40 - 41
• Factores de riesgo asociados con una mayor incidencia de alveolitis seca postextracción .....	42 - 43
• Cirugía periapical. Exposición de un caso .....	44 - 45
• Malignización liquen plano oral. Reporte de caso clínico .....	46 - 47
• Descompresión como tratamiento de elección para lesiones quísticas de los maxilares .....	48 - 49
• La influencia del VPH como factor de riesgo en el cáncer oral .....	50 - 51
• Resultados estéticos del alargamiento coronario .....	52 - 53
• Resolución de complicaciones en injerto de tejido conectivo .....	54 - 56
• Manejo de fractura de aguja dental en paciente infantil .....	57 - 58
• Abordaje quirúrgico del quiste nasopalatino. A propósito de un caso .....	59 - 60

## VENTAJAS DEL USO DE PRF EN CIRUGÍA ORAL.

El Plasma Rico en Fibrina (PRF) es un concentrado autólogo de la sangre del paciente que se utiliza en medicina y odontología con fines de regeneración tisular. Es un derivado del plasma sanguíneo que contiene una alta concentración de plaquetas, leucocitos y fibrina. La fibrina es una proteína clave involucrada en la coagulación de la sangre y tiene propiedades importantes para la cicatrización de tejidos y la regeneración ósea.

En relación con los implantes dentales, el PRF se ha utilizado como una terapia adicional para mejorar el proceso de cicatrización y la formación de hueso alrededor del implante, lo que se conoce como osteointegración.

El procedimiento generalmente implica los siguientes pasos:

- Extracción de sangre del paciente: Se extrae una muestra de sangre del paciente, generalmente de una vena en el brazo.
- Centrifugación sin anticoagulante: A diferencia del PRP (Plasma Rico en Plaquetas), no se utiliza anticoagulante en la muestra de sangre durante la centrifugación. Esto permite que se forme un coágulo rico en plaquetas y leucocitos.
- Obtención del PRF: Después de la centrifugación, se obtiene el PRF, que es un coágulo denso y gelatinoso que contiene una alta concentración de factores de crecimiento y proteínas bioactivas.
- Aplicación en el sitio del implante: El PRF se coloca directamente en el sitio del implante durante la cirugía. También puede ser utilizado para fabricar membranas que se colocan en el área quirúrgica para mejorar la regeneración ósea.

El objetivo de nuestro trabajo es encontrar evidencias de las ventajas de usar PRF a la hora de colocar los implantes, realizamos una búsqueda bibliográfica en el buscador PubMed, de los que obtenemos 191 resultados de los que utilizamos para nuestra revisión bibliográfica 4 artículos. Los resultados analizan el efecto de las plaquetas ricas en fibrina y podemos decir que podría tener un efecto positivos en regeneración ósea y osteointegración, también que la cantidad de hueso es mayor utilizando PRF en combinación de hueso autógeno. A su vez, que el uso de PRF en combinación con xenoinjerto reduce la tasa de reabsorción de hueso en regeneración ósea mandibular. Por último, el PRF mostró resultados prometedores como único material de relleno para la elevación del seno con la colocación simultánea de implantes, y el PRF pareció acelerar la maduración de un aloinjerto óseo.

# Ventajas del uso de PRF en Cirugía Oral

Socarrás Guzmán D, Muriel Córdoba I, Acuña Pedrosa JM, Duque Alonso N, Boquete Castro A.  
**Máster Propio de formación permanente en cirugía oral , implantología y Periodoncia**  
**Universidad Europea Miguel de Cervantes (UEMC)**

## INTRODUCCION

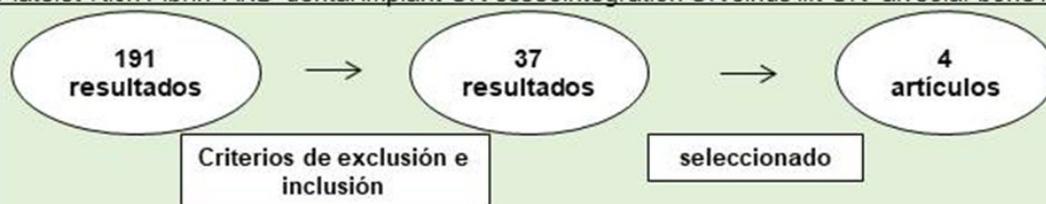
El Plasma Rico en Fibrina es derivado del plasma sanguíneo que contiene una alta concentración de plaquetas, leucocitos y fibrina con propiedades importantes para la cicatrización de tejidos y la regeneración ósea.

## OBJETIVO

El objetivo es encontrar, en función de la literatura, evidencias de las ventajas de usar PRF en cirugía oral

## MATERIAL Y METODO

Realizamos una búsqueda bibliográfica en el buscador PubMed, usando el criterio de búsqueda Platelet-Rich Fibrin AND dental implant OR osseointegration OR sinus lift OR alveolar bone increase



## RESULTADOS Y DISCUSION

Autor/año	EFFECTOS	RESULTADOS
Castro, Ana B et al	L-PRF + sinus lift L-PRF + preservación alveolar	1,4 veces % mayor de hueso recién formado Menor reabsorción ósea Necesidad de mas estudios
Shawky H et al	Efecto de la PRF en los procedimientos de aumento de los senos nasales	La adición de PRF acelera la maduración del injerto en sinus lift y disminuye el período de curación Necesidad de más estudios
Idiri K et al	Eficacia de la combinación de PRF o L-PRF con hueso bobino en procedimientos de aumento de cresta ósea.	No muestran ningún efecto estadísticamente significativo Reducción de la reabsorción del injerto óseo Necesidad de más estudios
Ali S et al	Evaluar el efecto de la PRF sobre la calidad y cantidad de formación ósea en la reconstrucción de la hendidura alveolar maxilar unilateral	Hubo un aumento estadísticamente significativo en el porcentaje de hueso No hubo aumento en la densidad del hueso

## CONCLUSIONES

- Se puede decir que el uso de PRF disminuye el tiempo de curación y maduración del injerto en elevación de seno
- Reducción de la reabsorción ósea
- Aumento de hueso en combinación con autólogo + PRF
- No hubo mejora de la densidad ósea
- Necesidad de más estudios

Resúmenes  
 1. Castro AB, Vaz Damián J, Benavente A, Socarrás D, Quirós M. Effect of different platelet-rich fibrin matrices for ridge preservation: a split-mouth randomized controlled trial. *J Oral Maxillofac Surg*. 2023;85(9):1884-1895. doi:10.1016/j.joms.2023.04.018. PMID: 37077018.  
 2. Shawky H, El-Fekry M. Does Platelet-Rich Plasma Reduce Bone Losses and Quality of Alveolar Bone Reconstruction? *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2023;52(1):147-150. doi:10.1016/j.ijoms.2023.01.018. PMID: 36411499.  
 3. Idiri K, Karamali S, Scuderi A, Vignoli C, Kawai S, Scuderi R. The Effectiveness of the Addition of Platelet-Rich Plasma to Bone Grafts in Maxillary Ridge Augmentation: A Retrospective Study. *J Periodontol*. 2023;94(2):211-218. doi:10.1016/j.jperiod.2022.07.018. PMID: 35832283.  
 4. Ali S, Riley SA, Al-Jabir H, Al-Jabir H. Platelet-Rich Plasma Augmentation: A Retrospective Study. *J Oral Implantol*. 2023;50(1):116-18. doi:10.1016/j.oi.2022.09.001. PMID: 35594991.

## **EFFECTO DE LA OSEODENSIFICACIÓN: REVISIÓN NARRATIVA DE LA LITERATURA.**

En esta revisión narrativa de la literatura ponemos de manifiesto el interés suscitado por la novedosa técnica de densificación ósea durante la osteotomía previa a la colocación de implantes dentales, como alternativa a la osteotomía clásica de sustracción ósea mediante fresas de corte.

Se revisa la literatura disponible en varias bases de datos como Pubmed, Science Direct y Cochrane library, usando como palabras clave "OSSEODENSIFICATION AND IMPLANT" observando que no hay artículos anteriores al año 2016 y aumentando el número de publicaciones considerablemente en los años siguientes hasta llegar a un total de 24 artículos en 2022 con esos criterios de búsqueda.

Todos los artículos coinciden en los beneficios que la técnica de oseodensificación aporta a la preparación del lecho receptor del implante mejorando la calidad ósea de las paredes del "neo-alveolo", aumentando el BIC (Bone to implant contac), mejorando notablemente la estabilidad primaria del implante en su colocación, consiguiendo expandir el septum molar para la colocación inmediata de implantes postextracción en sectores posteriores e incluso la posibilidad que ofrece esta técnica de poder elevar transcrestalmente el seno maxilar sin necesidad de osteótomos.

# REVISIÓN NARRATIVA DE LA LITERATURA

Rodríguez Fernández A, Hernández Suarez A, Acuña Pedrosa JM, Duque Alonso N, Boquete Castro A  
 Máster Propio de formación permanente en cirugía oral, implantología y Periodoncia  
 Universidad Europea Miguel de Cervantes (UEMC)

## INTRODUCCIÓN

La Oseodensificación es una novedosa técnica que consiste en densificar el hueso durante la osteotomía previa a la colocación de implantes dentales. Es una alternativa a la osteotomía clásica de sustracción ósea mediante las tradicionales fresas de corte. Se utilizan fresas que, funcionando en sentido antihorario, compactan el hueso del neo-alveolo consiguiendo mejorar la calidad y cantidad de hueso disponible.



Radiografía: Dr. Argimiro Hernández Suárez

**OBJETIVO:** Revisar la literatura existente sobre Oseodensificación y sus efectos sobre el hueso y sobre la integración de los implantes dentales.

## MATERIAL Y MÉTODO

**Bases de datos:** PubMed, Cochrane y Science Direct

**Palabras clave:** "Osseodensification AND Implant"

**Criterios de inclusión:**

- Estudios in vivo.
- En humanos.
- Mínimo de 20 implantes.

## RESULTADOS Y DISCUSIÓN

- 4 artículos reunían los criterios de inclusión. (Fig.1)
- Los resultados se sintetizan en la **Tabla 1**.
- Koutouzis, T: diferencia significativa ( $P < 0,05$ ) en el valor la expansión media.
- Alhayati, JZ: diferencia significativa ( $P < 0,011$ ) entre ES y EP.

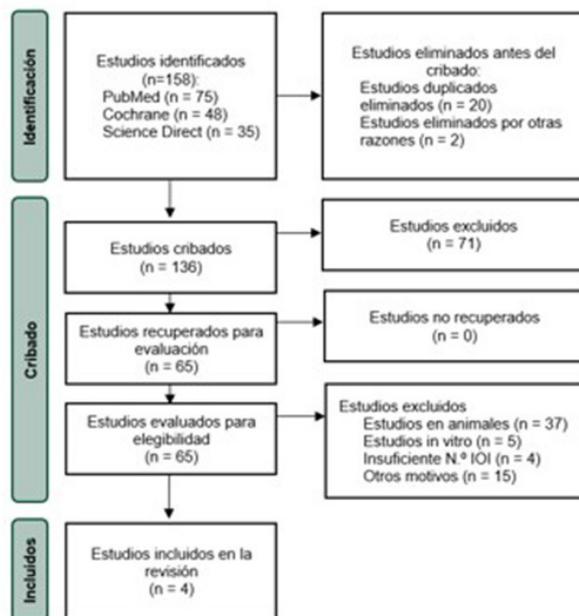


Fig. 1. Diagrama de flujo (PRISMA).

AUTOR /AÑO	PACIENTES/ IOI (SITUACIÓN)	EFECTOS	SEGUIMIENTO
Koutouzis T et al./2019	21/28 (15 Mx y 13 Md)	Expansión de la cresta: - $1,8 \pm 1,1$ mm a nivel crestal. - $0,9 \pm 0,8$ mm a 10 mm apical.	- 6 semanas. - ISQ estable.
Bleyans S et al./2021	131/145 (58 Mx y 87 Md)	Expansión septo: - De 3,3 hasta 4,65 $\phi$ mm de osteotomía.	- 5 años. - Tasa éxito: 93,1%.
Al Ahmari N/ 2022	20/40 (40 Md)	Convencional vs OD: - $\uparrow$ Densidad ósea. - $\uparrow$ Estabilidad primaria.	- 7 meses/1 año. - $\uparrow$ EP, acelera integración y preserva hueso.
Alhayati JZ et al./2023	17/20 (20 Mx)	Elevación transcristal + IOI: - No perforación. - Buena EP.	- 6 meses. - ES > EP.

**Tabla 1.** Resumen de los estudios seleccionados. Abreviaturas: EP: Estabilidad primaria; ES: Estabilidad secundaria; IOI: Implante osteointegrado; ISQ: Cuota de estabilidad del implante; Mx: Maxilar; Md: Mandíbula; OD: Oseodensificación.

## CONCLUSIONES

La técnica de oseodensificación ha despertado un creciente interés desde el año 2016. Los estudios en pacientes defienden que con esta técnica se consigue tanto expansión como un aumento de la estabilidad primaria y de la densidad ósea. Aun así los estudios son insuficientes y con un seguimiento limitado. Futuras investigaciones para evaluar esta técnica con mayor número de pacientes y un tiempo de evolución mayor son necesarias.

## BIBLIOGRAFÍA



## **ABORDAJE QUIRÚRGICO PARA LA REMOCIÓN DE UN MOLAR TEMPORAL RETENIDO ADYACENTE AL SENO MAXILAR: A PROPÓSITO DE UN CASO.**

Esta presentación tiene como propósito explicar y mostrar; la cirugía preortodóntica que se le realizó a una paciente de 24 años; asintomática, sin hábitos personales que reseñar, que no presenta antecedentes médicos de importancia, quien asiste a consulta remitida por ortodoncia para valorar diente retenido en el segundo cuadrante.

Al examen clínico se observa en el cuadrante II, premolares (24-25) rotados, y molares (26-27) vestibularizados, creando un defecto periodontal. En los exámenes diagnósticos complementarios, panorámica, radiografía periapical y CBCT (cone-beam computed tomography por sus siglas en inglés), se observa una imagen radio opaca impactada en el piso del seno maxilar correspondiente a un órgano dental retenido, debido a la erupción permanente que presenta la paciente, este diente retenido se trata del primer molar temporal o deciduo.

El objetivo de este reportaje clínico es abordar su remoción, mediante la técnica de la antrostomía del seno maxilar. Técnica quirúrgica que se utiliza con frecuencia en el ámbito de la cirugía bucal para realizar distintos procedimientos como es el caso de la elevación de seno con ventana lateral. Con este procedimiento abordamos el seno maxilar y localizamos el diente retenido y se procedió a su extracción, no fue necesario colocar ningún tipo de material de regeneración.

Para preparar el caso se han analizado y comparado artículos científicos en PubMed utilizando palabras claves como "Tooth Eruption", "Ectopic", "Tooth, Deciduous", "Maxillary Sinus", "Tooth Impacted" y se ha determinado que La presencia ectópica de dientes dentro de la región dentada es común en la práctica clínica. Sin embargo, la presencia de dientes en zonas no dentadas como en el seno maxilar es rara, y aún más infrecuentes que un diente temporal se encuentre retenido en el piso del seno maxilar, ya que los artículos que se han estudiado ninguno hace referencia a este fenómeno.

## ABORDAJE QUIRÚRGICO PARA LA REMOCIÓN DE UN MOLAR TEMPORAL RETENIDO ADYACENTE AL SENO MAXILAR. A PROPOSITO DE UN CASO

Fernández-Trujillo Perdomo L, Acuña Pedrosa JM, Duque Alonso N, Boquete Castro A.

Máster propio de formación permanente en Cirugía oral , Implantología y Periodoncia  
Universidad Europea Miguel de Cervantes (UEMC)

### INTRODUCCIÓN

Esta presentación tiene como propósito explicar y mostrar; la cirugía pre-ortodóncica que se le realizó a una paciente para extraerle un molar temporal retenido en el seno maxilar del segundo cuadrante.

### OBJETIVO

El objetivo de presentar este póster clínico es abordar su remoción, mediante la técnica de la antróstomía.

### MATERIAL Y MÉTODO

Paciente de 24 años; asintomática, que no presenta antecedentes médicos de importancia, quien asiste a consulta remitida por ortodoncia para valorar diente retenido en el segundo cuadrante. Al examen clínico se observa en el cuadrante II, premolares (24-25) rotados, y molares (26-27) vestibularizados, creando un defecto periodontal. En los exámenes diagnósticos complementarios, panorámica, radiografía periapical y CBCT, se observa una imagen radio opaca impactada en el piso del seno maxilar correspondiente a un órgano dental retenido, debido a la erupción permanente que presenta la paciente, este diente retenido se trata del primer molar temporal o deciduo. El plan de tratamiento fue extraer el molar temporal para poder realizar el tratamiento de ortodoncia sin ningún obstáculo que impida el movimiento necesario en esa parte del cuadrante II. La técnica quirúrgica que se utilizó fue la antróstomía; comenzamos realizando la incisión de Newman para luego abordar el seno maxilar mediante osteotomía con fresa redonda y pieza de mano recta. Una vez localizado el diente retenido; se procede a su extracción, no fue necesario colocar ningún tipo de material de regeneración sino una membrana de colágeno. Por último se hacen puntos simples de sutura y a los 15 días se cito para retiro de los mismos y control.



### DISCUSIÓN

Los dientes ectópicos en el seno maxilar se han descrito previamente en la literatura, y su formación es de origen desconocido, factor que puede favorecer con el tiempo a causar complicaciones como: Infecciosas (periodontitis, pericoronaritis, celulitis y caries), Mecánicas (apiñamiento y reabsorción radicular) y Neuromusculares; en caso de no involucrar estructuras anatómicas importantes, deben ser extraídos para evitar la formación de quistes, tumores y alteraciones ya descritas; como se han observado en la literatura de los casos estudiados para avalar este caso clínico.

### CONCLUSIONES

La retención de dientes temporales es poco frecuente; sin embargo cuando se produce es necesaria o aconsejable su remoción para poder llevar a cabo o permitir una adecuada erupción de los dientes permanentes o un tratamiento ortodóncico. En este caso la cirugía se realizó con la finalidad de permitir que el Ortodoncista pudiera rotar el 24 y mesializar el 26, ya que el 55 era un obstáculo para dichos movimientos.

### BIBLIOGRAFÍA



## **RATIO CORONA - IMPLANTE Y PÉRDIDA ÓSEA MARGINAL.**

El ratio corona-implante y la pérdida ósea marginal son términos clave en el ámbito de la implantología dental. Dichos conceptos han de tenerse en cuenta en conjunto ya que teóricamente existe una relación directa entre ellos y el éxito de los implantes dentales a largo plazo.

El ratio corona-implante es el coeficiente que se obtiene al dividir la altura de la corona protésica entre la longitud del implante dental. Por lo tanto, según expertos, un cociente bajo en esta división garantizaría una distribución adecuada de las fuerzas masticatorias y evitaría tensiones excesivas sobre el implante y el hueso circundante mientras que si el cociente va en ascenso, se incrementaría el estrés en el hueso periimplantario y aumentaría el riesgo de pérdida marginal de éste.

La pérdida ósea marginal periimplantaria se conoce como un proceso de remodelación que puede sufrir el hueso que se encuentra en contacto con el implante a posteriori de su colocación. La etiología que puede ocasionar este hecho es multifactorial, pudiendo estar influenciado tanto por factores quirúrgicos como protésicos entre otros.

La relación entre el ratio corona-implante y la pérdida ósea marginal sigue siendo un tema de debate, pues algunos doctores defienden el uso del implante corto cuya parte protésica puede fácilmente duplicarlo en altura mientras que otros destacan la importancia de cumplir con la proporción corona-implante para evitar perder hueso marginal por este motivo.

Es por ello que se pretende realizar una revisión sistemática de la literatura científica actual que trate sobre este tema para conocer la relevancia del ratio corona-implante y verificar si es significativa la pérdida ósea periimplantaria cuando se utilizan implantes cortos y existe una desproporcionalidad protésica.

# RATIO CORONA-IMPLANTE Y PÉRDIDA ÓSEA MARGINAL

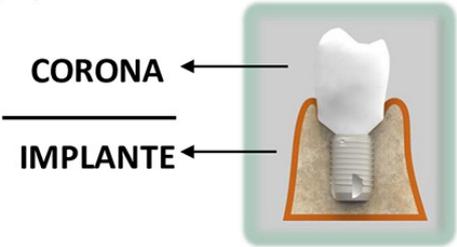
Dioni Rosa A, Acuña Pedrosa JM, Duque Alonso N, Boquete Castro A.  
**Máster Propio de Formación Permanente en Cirugía oral , Implantología y Periodoncia**  
 Universidad Europea Miguel de Cervantes (UEMC)

## INTRODUCCIÓN OBJETIVO

El ratio corona-implante es el coeficiente resultante de dividir la altura de la corona protésica entre la longitud del implante dental.

Conocer la relevancia del CIR y verificar si es significativa la POM cuando existe una desproporcionalidad entre ambos.

Según la evidencia científica, un ratio bajo garantizaría una distribución adecuada de las fuerzas y evitaría tensiones excesivas sobre el implante y el hueso circundante mientras que si el cociente se incrementa, aumenta la pérdida ósea marginal y el riesgo en su supervivencia.



## MATERIAL Y MÉTODO

**Estrategia de búsqueda: "crown-to-implant ratio" AND "bone loss"**  
 Se hizo la búsqueda a través de la base de datos de PubMed donde se seleccionaron artículos de los últimos 5 años tanto en inglés como en español.

## RESULTADOS



Autores	Implantes estudiados	Años de seguimiento	Pérdida ósea marginal	Riesgo supervivencia implante
Ramaglia et al	78	5	<0,5mm	No
Chen et al	117	2-3	Sin correlación	No
Pellizzer et al	262	3	Aparente relación	No
Tang et al	180	3-7	Correlación inversa	97,8%
Di Fiore et al	118	11-20	Correlación directa	91,5%
Anitua et al	75	15	<1mm	93,3%

**Tabla 1.** Relación de datos de los estudios más relevantes.

## DISCUSIÓN

Según los resultados obtenidos se pone en evidencia que no se puede considerar el CIR como FR en la supervivencia de los implantes dado que los datos no son del todo significativos. Además, estos artículos sugieren distintas claves para disminuir la POM en implantología como la necesidad de individualizar en sectores posteriores o investigar nuevos diseños protésicos para minimizar el estrés en la zona. Ramaglia et al observó una mayor POM en implantes inmediatos. Por otro lado, Chen et al ha relacionado por primera vez en su estudio el aumento de CIR con un incremento en la DO. En cambio, Tang et al en su estudio determina que la POM está relacionada con la edad y Anitua et al documenta mayor POM en implantes maxilares en comparación con los mandibulares. Todos ellos afirman que se precisan más estudios que aporten hallazgos significativos a la investigación.

## CONCLUSIONES

Según la literatura existente la relación entre CIR y POM no está del todo clara. No se considera el CIR un FR en el fracaso de los implantes. Son necesarias investigaciones adicionales a largo plazo.

Siglas: Ratio corona-implante: CIR; Pérdida ósea marginal: POM; FR: Factor de riesgo; DO: Densidad ósea



Bibliografía

## LA IMPORTANCIA DEL ESPACIO BIOLÓGICO EN EL MANTENIMIENTO DE LA CRESTA ÓSEA PERIIMPLANTARIA.

Autores: Muriel I, Acuña J, Duque N, Socarrás D, Dioni A, Ortiz P, Moro T.

### INTRODUCCIÓN

Se define como espacio o ancho biológico de un implante a la longitud que comprende desde el punto más alto de la mucosa periimplantaria hasta el primer punto de osteointegración más coronal del implante con el hueso. Se encuentra determinado por 3 capas bien diferenciadas, que son el epitelio del surco periimplantario (entre 0,2-0,5 mm de espesor), epitelio de unión (entre 1,4-2,9 mm de espesor) y el tejido conectivo periimplantario (entre 0,7- 2,6 mm de espesor), determinándose una altura que ronda los 4-4,5 mm.

### OBJETIVOS

El propósito de nuestra revisión es encontrar, en base a la bibliografía existente, elementos que evidencien la importancia del espacio biológico en la conservación de la cresta ósea periimplantaria.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Realizamos una búsqueda bibliográfica en la base de datos PubMed, usando el criterio de búsqueda con los términos "Biologic width AND implants AND bone", obteniendo un total de 447 resultados, aplicando filtros de artículos publicados en los últimos 10 años y que contengan texto completo, obtenemos un total de 90 resultados. Finalmente nos quedamos con 4 artículos que abordan nuestro tema, en base a sus abstracts.

### RESULTADOS

Según autores como Zheng Z. et cols, podemos establecer que el papel principal del ancho biológico es, de la misma manera que en las piezas dentales, el de barrera de protección, albergando gran cantidad de células del sistema inmune, y por tanto disipando de gran manera a las bacterias de la cresta ósea periimplantaria, lo que provoca a medio y largo plazo, una menor reabsorción de la cresta ósea periimplantaria, y por ello una mayor duración de los implantes sanos en la cavidad oral.

Del mismo modo, se concluyó que existe mejor preservación de la cresta alveolar en biotipos gruesos que en biotipos finos, éstos últimos siendo más susceptibles a recesiones y a la pérdida ósea crestral periimplantaria. Por otro lado, según estudios como los de Linkevicius T. et cols, en perros, se comprobó que en cirugías en dos fases había una pérdida de alrededor de 2 mm de espacio biológico, mayor que en cirugías en una fase con pilar transepitelial, sin pérdida significativa.

### CONCLUSIONES

La formación del ancho biológico requiere de un proceso de cicatrización complejo, éste alcanza una altura de entre 4-4,5 mm de altura y su aparición y mantenimiento nos proporciona una mayor preservación de la pérdida ósea crestral periimplantaria.

## LA IMPORTANCIA DEL ESPACIO BIOLÓGICO EN EL MANTENIMIENTO DE LA CRESTA ÓSEA PERIIMPLANTARIA

Muriel Córdoba I, Socarrás Guzmán D, Acuña Pedrosa JM, Duque Alonso N, Boquete Castro A.  
 Máster Propio de formación permanente en cirugía oral, implantología y Periodoncia  
 Universidad Europea Miguel de Cervantes (UEMC)

**INTRODUCCIÓN:** Se define como espacio o ancho biológico de un implante a la longitud que comprende desde el punto más alto de la mucosa periimplantaria hasta el primer punto de osteointegración más coronal del implante con el hueso. Se encuentra determinado por 3 capas bien diferenciadas, que son el epitelio del surco periimplantario, epitelio de unión y el tejido conectivo periimplantario, determinándose una altura que ronda los 4-4,5 mm.



**OBJETIVOS:** El propósito de la presente revisión es encontrar, en base a la bibliografía existente, elementos que evidencien la importancia del espacio biológico en la conservación de la cresta ósea periimplantaria.



**MATERIAL Y METODOS:** Se realizó una búsqueda bibliográfica en la base de datos PubMed, usando el criterio de búsqueda con los términos "Biologic width AND implants AND bone", obteniendo un total de 447 resultados, aplicando filtros de artículos publicados en los últimos 15 años y que contengan texto completo, obtenemos un total de 90 resultados. Finalmente nos quedamos con 4 artículos que abordan nuestro tema, en base a sus abstracts.

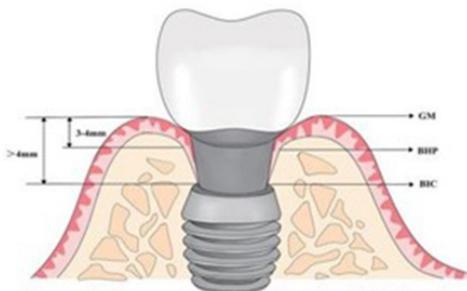


Figura 1: Representación del ancho biológico de un implante, el cual está formado por 3 capas. (GM) margen gingival, (BHP) parte más alta del hueso periimplantario y (BIC) primer punto de contacto implante-hueso. Zheng Z, Ao X, Xie P, Jiang F, Chen W. The biological width around implant. J Prosthodont Res. 2021 Feb 24;65(1):11-18

### RESULTADOS Y DISCUSIÓN:

AUTOR/AÑO	MUESTRA	RESULTADOS	CONCLUSIONES
Ricardo J et al./2014	8 pacientes 16 IOI 1-2 piezas.	PS + UE = ½ piezas. BW > 2 piezas.	> BW en IOI 2 PIEZAS.
Linkevicius et al./ 2008	5 perros 30 IOI ½ fases	IOI una fase > BW que en dos fases	No concluyente para humanos.
Spinato S et al./2019	70 IOI mucosas gruesa/delgada + pilar corto/pilar largo.	Pérdida ósea marginal 0,59 -0,80 mm pilares cortos y entre 0,28 -0,37 mm en pilares largos	IOI pilares cortos presentan una mayor pérdida de hueso marginal que los IOI con pilares largos.
Sun P. et al./2022	266 pacientes 413 IOI	Se perdió 0.5 mm de cresta ósea en IOI con mucosa fina vs 0.3 mm en los IOI de mucosa gruesa.	El ancho biológico inicial influye en la pérdida ósea crestral basándose en seguimiento rx.

### CONCLUSIONES:

- La formación del ancho biológico requiere de un proceso de cicatrización complejo, éste alcanza una altura de entre 4-4,5 mm.
- Su aparición y mantenimiento nos proporciona una mayor preservación de la pérdida ósea crestral periimplantaria.

### BIBLIOGRAFÍA:

- Sun P, Yu D, Luo X, Xu A, Feng Y, He FM. The Effect of Initial Biologic Width on Marginal Bone Loss: A Retrospective Study. Int J Oral Maxillofac Implants. 2022 Jan-Feb;37(1):190-198. doi: 10.11607/jomi.9169. PMID: 35235638.
- Judgar R, Giro G, Zenobio E, Coelho PG, Feres M, Rodrigues JA, Mangano C, Iezzi G, Piattelli A, Shibli JA. Biological width around one- and two-piece implants retrieved from human jaws. Biomed Res Int. 2014;2014:850120. doi: 10.1155/2014/850120. Epub 2014 Jun 23. PMID: 25050375; PMCID: PMC4094884.
- Spinato S, Sacchi C, Lombardi T, Bernardello F, Messina M, Zaffe D. Biological width establishment around dental implants is influenced by abutment height irrespective of vertical mucosal thickness: A cluster randomized controlled trial. Clin Oral Implants Res. 2019 Jul;30(7):649-659.
- Linkevicius T, Apse P. Biologic width around implants. An evidence-based review. Stomatologija. 2008;10(1):27-35. PMID: 18493163.

# FACTORES DE RIESGO DE FRACASO DE IMPLANTES EN PACIENTES CON CONDICIONES MEDICAS COMPROMETIDAS; DIABETES MELLITUS E HIPERTENSIÓN.

Autor: Cristian Jesús Cabeza Novo

## INTRODUCCIÓN

Durante la última década, la implantología dental ha experimentado una revolución en tecnología y materiales, proporcionando soluciones cada vez más efectivas y duraderas para los pacientes a los que les faltan dientes. Sin embargo, el costo de fabricar implantes dentales varía ampliamente y existe una preocupación creciente sobre la influencia de las condiciones médicas subyacentes en estos resultados. En particular, enfermedades crónicas como la diabetes, la hipertensión y la osteoporosis se han convertido en factores de riesgo clave para la supervivencia de los implantes dentales. La diabetes es una enfermedad que afecta a millones de personas en todo el mundo y ha sido objeto de extensas investigaciones por su impacto en la cicatrización de heridas y la salud bucal en general. La hipertensión es otra afección común cuyo impacto en la respuesta vascular y la capacidad de los tejidos para sanar después de la colocación del implante se ha cuestionado.

## OBJETIVOS

Este artículo pretende realizar una revisión exhaustiva de la literatura científica más reciente para evaluar los factores de éxito asociados a los implantes dentales en estos pacientes con mala salud. Especialmente en pacientes con diabetes, hipertensión arterial u osteoporosis.

## MATERIALES Y MÉTODOS

Realizamos búsquedas en PubMed, Cochrane Library y Scopus desde enero de 2013 hasta diciembre de 2023, centrándonos en revisiones de la literatura y metanálisis. Aplique filtros para seleccionar los artículos. Se evaluó la calidad metodológica de los estudios incluidos. Las palabras claves utilizadas fueron: DIABETES MELLITUS AND DENTAL IMPLANTS; HYPERTENSION AND DENTAL IMPLANTS; SUCCESS OR FAILURE AND DENTAL IMPLANTS AND MEDICALLY COMPROMISED.

## RESULTADOS

Entre todas las bases de datos se hallaron un total de 9.537. Tras aplicar los criterios de búsqueda hubo un total de 243. Finalmente se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión obteniendo un total de 21 artículos.

## RESULTADOS

Aunque ninguna de estas enfermedades excluye los implantes dentales, es importante considerar la planificación y el manejo de estos procedimientos. El control adecuado de la presión arterial o de la glucemia y la buena comunicación entre los equipos médico y dental son importantes para minimizar el riesgo y garantizar el mejor resultado posible para las personas con presión arterial alta. En pacientes con diabetes e hipertensión, la tasa de pérdida de implantes puede ser mayor, pero un enfoque integral y una colaboración entre profesionales pueden reducir riesgos.

## **FACTORES DE RIESGO DE FRACASO DE IMPLANTES EN PACIENTES CON CONDICIONES MEDICAS COMPROMETIDAS; DIABETES MELLITUS E HIPERTENSION**

Cabeza Novo C.J, Acuña Pedrosa JM, Duque Alonso N, Boquete Castro A.

**Máster Propio de formación permanente en cirugía oral , implantología y Periodoncia  
Universidad Europea Miguel de Cervantes (UEMC)**

### **-Introducción-**

Durante la última década, la implantología dental ha experimentado una revolución en tecnología y materiales, proporcionando soluciones cada vez más efectivas y duraderas para los pacientes a los que les faltan dientes. Sin embargo, el costo de fabricar implantes dentales varía ampliamente y existe una preocupación creciente sobre la influencia de las condiciones médicas subyacentes en estos resultados. En particular, enfermedades crónicas como la diabetes y la hipertensión se han convertido en factores de riesgo clave para la supervivencia de los implantes dentales. La diabetes es una enfermedad que afecta a millones de personas en todo el mundo y ha sido objeto de extensas investigaciones por su impacto en la cicatrización de heridas y la salud bucal en general. La hipertensión es otra afección común cuyo impacto en la respuesta vascular y la capacidad de los tejidos para sanar después de la colocación del implante se ha cuestionado.

### **-Objetivo-**

Este póster pretende realizar una revisión de la literatura científica más reciente para evaluar los factores de éxito asociados a los implantes dentales en estos pacientes con mala salud, especialmente en pacientes con diabetes e hipertensión arterial.

### **-Material y método-**

Realizamos búsquedas en PubMed, Cochrane Library y Scopus desde enero de 2013 hasta diciembre de 2023, centrándonos en revisiones de la literatura y metaanálisis. Aplique filtros para seleccionar los artículos. Se evaluó la calidad metodológica de los estudios incluidos. Las palabras claves utilizadas fueron: DIABETES MELLITUS AND DENTAL IMPLANTS; HYPERTENSION AND DENTAL IMPLANTS; SUCCESS OR FAILURE AND DENTAL IMPLANTS AND MEDICALLY COMPROMISED.

### **-Resultados-**

Entre todas las bases de datos se hallaron un total de 9.615 artículos que tras aplicar los criterios de búsqueda se quedaron en 243. Finalmente se aplicaron los criterios de inclusión y exclusión obteniendo un total de 17 artículos.

### **-Conclusiones-**

Aunque ninguna de estas enfermedades excluye los implantes dentales, es importante considerar la planificación y el manejo de estos procedimientos. El control adecuado de la presión arterial o de la glucemia y la buena comunicación entre los equipos médico y dental son importantes para minimizar el riesgo y garantizar el mejor resultado posible para las personas con presión arterial alta.

En pacientes con diabetes e hipertensión, la tasa de pérdida de implantes puede ser mayor, pero un enfoque integral y una colaboración entre profesionales pueden reducir riesgos.

## TÉCNICA SOCKET SHIELD PARA LA COLOCACIÓN DE IMPLANTES INMEDIATAS: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

Autores: Carmen Keim del Pino, María Baus Domínguez, Íñigo Fernández-Fígares Conde, Daniel Torres Lagares, José Luis Gutiérrez Pérez.

Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla, Sevilla.

### INTRODUCCIÓN

La creciente demanda estética en referencia a la rehabilitación mediante implantes especialmente en sector anterior ha suscitado la necesidad de implementar técnicas que eviten el compromiso estético inmediato y proporcionen resultados óptimos a largo plazo. La técnica "Socket Shield" consiste en la extracción parcial de la raíz manteniendo su sección vestibular y la inmediata colocación de un implante. Esta permite la preservación de la cortical vestibular y su periodonto de inserción responsable del mantenimiento de los tejidos duros y blandos.

### OBJETIVO

Revisar la evidencia científica más actual acerca del procedimiento quirúrgico e implicaciones clínicas derivadas de la colocación de implantes mediante la técnica "Socket Shield" y así conocer la técnica, ventajas, indicaciones, limitaciones y complicaciones.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Buscamos en la base de datos MEDLINE (a través de PubMed) estudios publicados en los últimos cinco años con fecha límite superior Noviembre-2022. La estrategia de búsqueda empleada fue: "Socket Shield" ("Socket Shield" [Mesh] or "Socket Shield"[All Fields]). Tras aplicar los criterios de inclusión realizamos una revisión bibliográfica persiguiendo cumplir con los objetivos propuestos.

### RESULTADOS

Tras la estrategia de búsqueda y la aplicación de los criterios de elegibilidad mediante la lectura a texto completo de los artículos 10 estudios fueron seleccionados.

### DISCUSIÓN

La técnica "Socket Shield" da lugar a un mayor mantenimiento de las dimensiones del hueso alveolar, tanto vertical como horizontalmente, reduciendo significativamente la pérdida de hueso marginal, lo cual se traduce en una mejor estética observada en la conservación volumétrica de los tejidos blandos. El aumento del pronóstico del tratamiento se encuentra asociado al empleo de materiales de regeneración colocados internamente al fragmento radicular. Las raíces susceptibles no deben poseer fracturas bajo el nivel óseo, caries cervical, patología pulpar o periapical, movilidad o reabsorciones. Se la considera una técnica mínimamente invasiva con disminuida morbilidad y bajo riesgo de complicaciones.

### RESULTADOS

La técnica "Socket Shield" combinada con la colocación de implantes inmediatos se considera una técnica predecible, con bajo índice de complicaciones y de fracaso del implante, que previene la reabsorción ósea de la cortical vestibular y preserva los tejidos blandos dando lugar a resultados estéticos y funcionales óptimos, aunque requiere de habilidad y experiencia quirúrgica por parte del operador.

Keim del Pino, C; Lima Sánchez, B; Baus Domínguez, M; Pose Otero, F; Fernández-Figares Conde, I; Torres Lagares, D; Gutiérrez Pérez, JL. Máster Cirugía Bucal Avanzada - US - Octubre - 2023.

## INTRODUCCIÓN

La creciente demanda estética en referencia a la rehabilitación mediante implantes especialmente en sector anterior ha suscitado la necesidad de implementar técnicas que eviten el compromiso estético inmediato y proporcionen resultados óptimos a largo plazo (1, 2). La técnica "Socket Shield" consiste en la extracción parcial de la raíz manteniendo su sección vestibular y la inmediata colocación de un implante. Esta permite la preservación de la cortical vestibular y su periodonto de inserción responsable del mantenimiento de los tejidos duros y blandos (3, 4).

## OBJETIVOS

Revisar la evidencia científica más actual acerca del procedimiento quirúrgico e implicaciones clínicas derivadas de la colocación de implantes mediante la técnica "Socket Shield" y así conocer la técnica, ventajas, indicaciones, limitaciones y complicaciones.

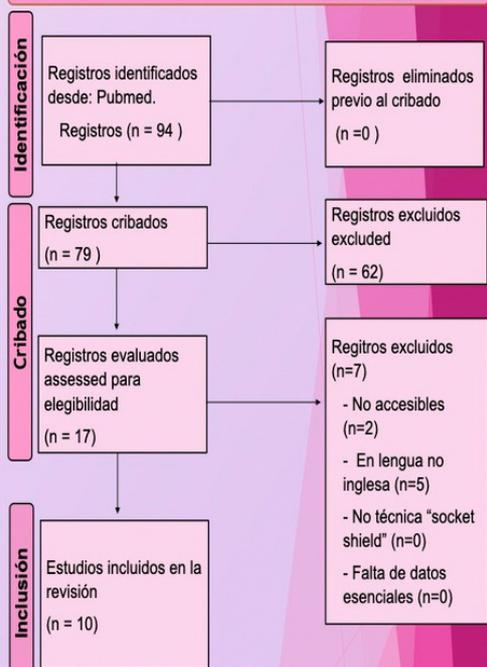
## MATERIAL Y MÉTODO

Buscamos en la base de datos MEDLINE (a través de PubMed) estudios publicados en los últimos cinco años con fecha límite superior Noviembre-2022. La estrategia de búsqueda empleada fue: "Socket Shield" ("Socket Shield" [Mesh] or "Socket Shield"[All Fields]). Tras aplicar los criterios de inclusión realizamos una revisión bibliográfica persiguiendo cumplir con los objetivos propuestos.

## RESULTADOS

Estudio (Autor y año)	Revisión	Diseño de estudio	Tamaño de muestra	Nº de pacientes y años	Seguimiento	Variables de éxito
Sain-Aricada et al (2021)	Revisión sistemática y metanálisis	Revisión sistemática	4 artículos ECA (n=7) Estudios de cohortes (n=2) Reporte de casos (n=1) Serie de casos (n=1)	89 implantes y 89 pacientes	12-63 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Cambios dimensiones hueso (CBCT) horizontal y vertical: 0.4 mm</li> <li>• Pérdida de hueso marginal: 0.315 ± 0.047 mm</li> <li>• Ratio de supervivencia: 100% tras 37 meses</li> <li>• Cambios en las líneas bucales: 0.37 ± 0.23 mm</li> <li>• Complicaciones: 0%</li> </ul>
Quesada et al (2020)	Revisión sistemática	Revisión sistemática	33 artículos ECA (n=4) Estudios de cohortes (n=2) Reporte de casos (n=14) Series de casos retrospectivas (n=3)	214 implantes y 288 pacientes	3-63 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervivencia: 96.5%</li> <li>• Complicaciones: 4.8%                             <ul style="list-style-type: none"> <li>◦ Exposición interna: 48%</li> <li>◦ Fracaso osteointegración: 19%</li> <li>◦ Exposición externa del "socket": 22%</li> <li>◦ Movilidad e rotación del "socket": 12%</li> <li>◦ Migración del "socket": 4%</li> <li>◦ Reabsorción de la raíz espaci: 4%</li> </ul> </li> </ul>
Lin et al (2021)	Revisión sistemática y metanálisis	Revisión sistemática y metanálisis	14 artículos ECA (n=6) Casos controlados (n=1) Estudios retrospectivos (n=8)	511 implantes y 428 pacientes	3 meses-10 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida de hueso marginal: MD -0.46 (95% CI: -0.62 a -0.30), P &lt; 0.00001</li> <li>• Cambios en anchura tablo vestibular: MD -0.29 (95% CI: -0.25 a -0.33), P &lt; 0.00001</li> <li>• PDI: MD 1.44 (95% CI: 0.80-2.07), P &lt; 0.00002</li> <li>• OSQ: MD 1.02 (95% CI: 0.78-1.46), P &lt; 0.00001</li> <li>• Índice de fracaso del implante: RR 1.00 (95% CI: 0.07-14.95), Índice de complicaciones: RR 0.88 (95% CI: 0.38-2.06), P = 0.36</li> </ul>
Wu et al (2022)	Revisión sistemática	Revisión sistemática	14 artículos. Reporte de casos (n=25) Series de casos (n=29) Estudios retrospectivos y prospectivos (n=12) Casos controlados (n=3) ECA (n=2)	881 implantes	6 meses a 10 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Osteointegración: 87.9 - 100%</li> <li>• Reabsorción de hueso marginal: 0.025 ± 0.06 mm</li> <li>• PDI: 12.15 ± 0.87</li> </ul>
Wolcott-Baliquera et al (2021)	Revisión sistemática y metanálisis	Revisión sistemática y metanálisis	14 artículos ECA (n=4) PCT (n=5) Estudios retrospectivos (n=4) Series de casos (n=3)	687 implantes y 611 pacientes	3-120 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida de hueso marginal: &lt;0.5 mm (95% CI: -0.82 a -0.18)</li> <li>• PDI: 12.27 (range, 12.10-12.41)</li> <li>• Fracaso del implante: 1.97%, (0.23-3.54%)</li> </ul>
Kobalick et al (2022)	Revisión sistemática	Revisión sistemática	10 artículos. Estudios de cohortes (n=7) ECA (n=3)	506 pacientes y 587 implantes	12 meses-10 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Supervivencia: 96.5% to 100%</li> <li>• Cambios dimensiones hueso: [-4.53-0.11]</li> </ul>
Abdel et al (2021)	Revisión sistemática y metanálisis	Revisión sistemática y metanálisis	7 artículos ECA (n=7)	331 pacientes y 200 implantes	12 meses-36 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pérdida de anchura y altura de tablo vestibular: MD -0.22 (95% CI: -0.30 to 0.15), p &lt; 0.00001</li> <li>• Nivel de hueso marginal: -0.42 (95% CI: -0.56 to 0.20), p &lt; 0.00001</li> <li>• Estabilidad del implante: -0.62 (95% CI: -1.44 to 0.20), p = 0.14</li> <li>• Ratio de fracaso del implante: RR 1.00 (95% CI: 0.07 to 14.95), p = 1.00</li> <li>• Complicaciones: RR 0.68 (95% CI: 0.12 to 3.80), p = 0.66</li> </ul>
Mourya et al (2020)	Revisión sistemática	Revisión sistemática	21 artículos. Reporte de casos (n=11) Series de casos (n=1) ECA (n=1) Reporte único (n=1) ECA en animales (n=2)	426 pacientes y 100 implantes	3 meses-5 años	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fracaso implante: 2.25%</li> <li>• Complicaciones: 4.85%</li> <li>• Pérdida de hueso marginal: 0.005 ± 0.06</li> <li>• PDI: 12.15 ± 0.76</li> </ul>
Anaisi et al (2020)	Revisión sistemática	Revisión sistemática	26 estudios ECA (n=24) ECA (n=2)	Missing data	24 h-8 años	
Zhang et al (2022)	Revisión sistemática y metanálisis	Revisión sistemática y metanálisis	13 artículos ECA (n=10)	388 implantes	1 mes-24 meses	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Reabsorción de tablo vestibular horizontal: -1.77 (95% CI: -2.36 to -1.28), P &lt; 0.00001</li> <li>• Reabsorción de tablo vestibular vertical: -1.93 (95% CI: -2.36 to -1.50), P &lt; 0.00001</li> <li>• PDI: 2.27 (95% CI: 1.94 to 2.60), P &lt; 0.00001</li> <li>• Satisfacción del paciente: OR 3.12 (95% CI: 0.88 to 9.98), P = 0.06</li> <li>• Estabilidad del implante: MD 0.71 (95% CI: 0.28 to 1.15), P = 0.001</li> </ul>

## Identificación de los estudios vía base de datos y registros



## DISCUSIÓN

La técnica "Socket Shield" da lugar a un mantenimiento de las dimensiones del hueso alveolar, tanto vertical como horizontalmente igual a la técnica convencional, reduciendo significativamente la pérdida de hueso marginal, lo cual se traduce en una mejor estética observada en la conservación volumétrica de los tejidos blandos (5, 6). El aumento del pronóstico del tratamiento se encuentra asociado al empleo de materiales de regeneración colocados internamente al fragmento radicular (7). Las raíces susceptibles no deben poseer fracturas bajo el nivel óseo, caries cervical, patología pulpar o periapical, movilidad o reabsorciones (8). Se la considera una técnica mínimamente invasiva con disminuida morbilidad y bajo riesgo de complicaciones (9, 10).

## CONCLUSIONES

La técnica "Socket Shield" combinada con la colocación de implantes inmediatos se considera una técnica predecible, con bajo índice de complicaciones y de fracaso del implante, que previene la reabsorción ósea de la cortical vestibular y preserva los tejidos blandos dando lugar a resultados estéticos y funcionales óptimos, aunque requiere de habilidad y experiencia quirúrgica por parte del operador.



## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS



## ¿AFECTA LA CARGA INMEDIATA AL ÉXITO DEL IMPLANTE?

La carga inmediata en implantes dentales ha ganado considerable atención en los últimos años como un enfoque de tratamiento con beneficios potenciales, con un tiempo de tratamiento reducido y una mayor comodidad para el paciente.

Los protocolos de carga inmediata tienen como objetivo proporcionar carga funcional a los implantes dentales poco después de su colocación, eliminando así el período tradicional de cicatrización antes de la restauración protésica.

La literatura disponible sugiere que los protocolos de carga inmediata pueden ofrecer tasas de éxito del implante comparables a los protocolos de carga diferida, lo que indica una exitosa osteointegración y estabilidad del implante. Los estudios han informado una pérdida ósea marginal alrededor de los implantes cargados de manera inmediata muy parecida a los niveles encontrados en las cargas diferidas, lo que demuestra que una posición adecuada del implante, un ajuste preciso de la prótesis y ajustes oclusales durante la carga inmediata pueden ayudar a minimizar la pérdida ósea.

Las complicaciones asociadas con la carga inmediata se han encontrado que son bajas, lo que indica que este enfoque de tratamiento se puede implementar de manera segura con riesgos mínimos asociados.

Los niveles de satisfacción del paciente se han reportado como altos, experimentando una mejora en la estética, la función masticatoria y la satisfacción general con los protocolos de carga inmediata.

Si bien la evidencia respalda la eficacia y los resultados favorables de la carga inmediata en implantes dentales, es importante reconocer que no todos los pacientes y escenarios clínicos son adecuados para este enfoque. Factores como la cantidad y calidad del hueso, la salud sistémica y el cumplimiento del paciente deben evaluarse cuidadosamente para garantizar resultados óptimos y minimizar posibles complicaciones.

Por lo que la carga inmediata en implantes dentales puede ser una opción de tratamiento viable, siempre y cuando se cumplan una serie de condiciones en los pacientes para asegurar un elevado éxito del tratamiento

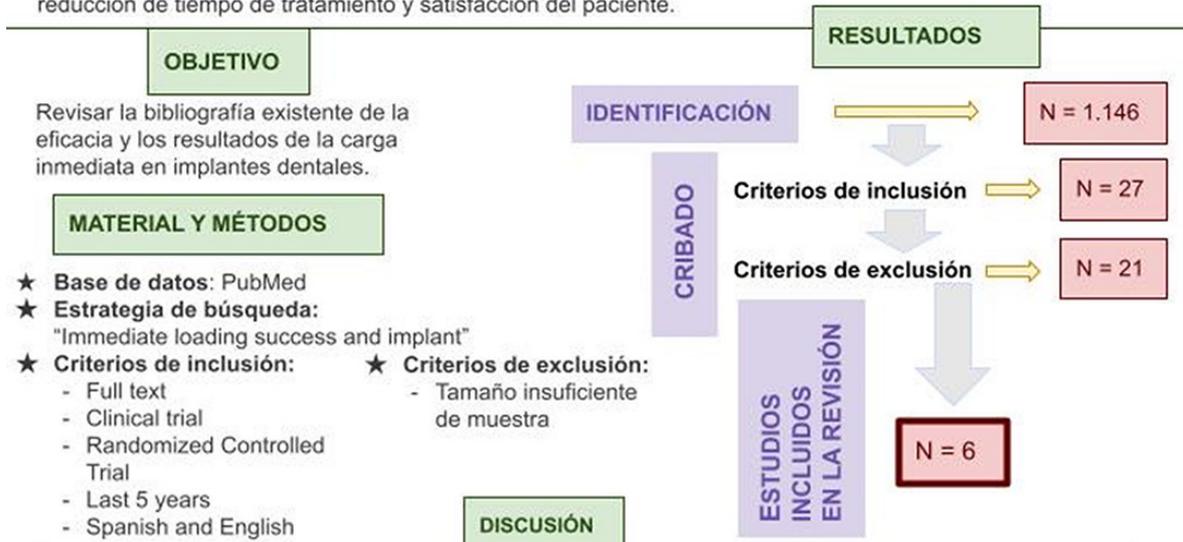
# ¿ AFECTA LA CARGA INMEDIATA AL ÉXITO DEL IMPLANTE?

Ortiz Roldán P, Acuña Pedrosa JM, Duque Alonso N, Boquete Castro A.

Máster Propio de formación permanente en cirugía oral , implantología y Periodoncia Universidad Europea Miguel de Cervantes (UEMC)

## INTRODUCCIÓN

La carga inmediata en implantes dentales tiene como objetivo proporcionar carga funcional a los implantes dentales poco después de su colocación, eliminando así el periodo tradicional de cicatrización antes de la restauración protésica. Este protocolo ha ganado considerable atención en los últimos años debido a la reducción de tiempo de tratamiento y satisfacción del paciente.



AUTOR / AÑO	Nº PACIENTES / TIPO DE CARGA / Nº IMPLANTES	TASA DE ÉXITO / Tº DE ESTUDIO	PÉRDIDA ÓSEA MARGINAL
Kutkut A et al. / 2019	10 / CI / 2 IOI 10 / CD / 2 IOI	100% 100% A los 12 meses	Mayor hueso crestal Menor hueso crestal D.E.S. ⇨ P = 0,009
Vogl S et al. / 2019	9 / CI con CFI / 21 IOI 10 / CI sin CFI / 31 IOI	100% 98,2% A los 36 meses	N.D.E.S. ⇨ P = 0,180
Reis R et al. / 2019	12 / CI / 24 IOI 12 / CT / 22 IOI	100% 100% A los 24 meses	N.D.E.S. ⇨ P = 0,91
Donos N et al. / 2018	7 / CI / 7 IOI 9 / CD / 9 IOI	100% 100% A los 60 meses	N.D.E.S. ⇨ P = 0,63
Nicolau P et al. / 2019	28 / CI / 36 IOI 28 / CT / 36 IOI	98,2% 97,1%	N.D.E.S. ⇨ P = 0,31
Alfadda SA et al. / 2014	20 / CI / 80 IOI 22 / CD / 88 IOI	97,3% 96,9%	N.D.E.S. ⇨ P = 0,43

Tabla 1. Esquema de artículos seleccionados. Abreviaturas: CI: carga inmediata; CD: carga diferida; CT: carga temprana; CFI: carga funcional inmediata (oclusión); D.E.S.: diferencia estadísticamente significativa; N.D.E.S.: no diferencia estadísticamente significativa.

## CONCLUSIONES

La carga inmediata en implantes dentales ha revolucionado la odontología implantológica en los últimos años.

Ésta demostró resultados prometedores en cuanto a tasas de éxito de implantes, pérdida ósea marginal, complicaciones, satisfacción del paciente, ...

A pesar de los numerosos estudios que respaldan su viabilidad, se necesita más investigación con muestras más grandes, periodos de seguimiento más largos y protocolos estandarizados para validar estos hallazgos.



## **COMPARACIÓN ENTRE LA REGENERACIÓN VERTICAL CON TÉCNICA DE KHOURY Y CON XENOINJERTO DE LÁMINAS ÓSEAS.**

Hoy en día hay varias técnicas de regeneración ósea vertical y horizontal, sin embargo, la técnica de Khoury mediante el empleo de láminas procedentes de la rama mandibular y hueso rasgado autólogo de la misma región sigue siendo el gold estándar de la regeneración ósea.

A pesar de esto, las casas comerciales han ido desarrollando varias alternativas entre las cuales láminas heterólogas de procedencia animal que intentan imitar la biología humana sin la morbilidad de la doble intervención que prevé la técnica de Khoury y sobretodo sin el riesgo de dañar el nervio alveolar inferior que supone el mismo.

Este trabajo quiere hacer una comparación entre las dos técnicas analizando los datos que la literatura científica nos otorga para evaluar si una cirugía menos peligrosa, más rápida y que menos morbilidad supone para el paciente tiene la misma tasa de éxito de la técnica gold estándar o si todavía no podemos emplearla en todo nuestro caso quirúrgico diario

## COMPARACIÓN ENTRE LA REGENERACIÓN VERTICAL CON TÉCNICA DE KHOURY Y CON XENOINJERTO DE LÁMINAS ÓSEAS

Moro T, Gomez Delgado J, Gomez Salgado J, Acuña Pedrosa JM, Duque Alonso N, Boquete Castro A.  
Máster Propio de formación permanente en cirugía oral, implantología y Periodoncia  
Universidad Europea Miguel de Cervantes (UEMC)

### INTRODUCCIÓN

Este estudio tiene como propósito hacer una comparación entre la técnica de Khoury, la cual prevé la obtención de un bloque óseo procedente de la rama mandibular para el encofrado del hueso particulado autólogo y el empleo de láminas óseas xenogénicas que prevén la misma técnica sin la morbilidad de la obtención del bloque de hueso autólogo para la regeneración vertical oral;

### OBJETIVOS

Revisar la literatura más reciente para evaluar que técnica es de elección a la hora de regenerar verticalmente la cresta ósea tanto en el maxilar superior como el inferior;

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda bibliográfica en las bases de datos *Pubmed* y *Science Direct* entre 2018 y 2023 con las palabras clave «**Khoury technique, Lamina bone xenograft, Vertical bone regeneration**»; Hemos excluido los artículos más antiguos del 2018 y con una muestra inferior a los 50 pacientes;

### RESULTADOS

Tras la búsqueda inicial se encontraron 54 artículos. Después de la aplicación de los criterios de inclusión se seleccionaron 11 artículos relevantes para este trabajo por entrar en los criterios de las palabras claves y por ser los más similares a mis criterios de búsqueda;

### DISCUSIÓN

Se han experimentado varias técnicas de regeneración ósea, siendo el criterio de elección de la técnica la localización y la extensión del defecto óseo.

Para el éxito clínico es imprescindible lograr una revascularización del hueso insertado intentando conseguir que nuestro injerto tenga propiedades osteoconductoras, osteogénicas y osteoinductoras: por esta razón, el hueso autólogo por tener las propiedades anteriormente descritas disminuye los riesgos de complicaciones si lo comparamos con otros materiales de xenoinjerto (bovino, porcino o equino) que sólo tienen propiedades osteoconductoras y un período de osteointegración más largo. Los autores que más han influenciado mi búsqueda bibliográfica han sido Chiapasco M, Piattelli A y De Stavola L: los tres acuerdan que el hueso autólogo sigue siendo el «gold estándar»;

### CONCLUSIONES

El hueso autógeno continúa siendo el “gold standard” dentro de las técnicas regenerativas, considerándose la técnica de Khoury una buena alternativa que permite conseguir una regeneración ósea horizontal y vertical de forma predecible, sin apenas complicaciones para el paciente siendo el hueso autólogo osteoinductor y no inmunogénico.



Las fotos se han tomado de un caso clínico operado y documentado en el artículo «Injertos óseos y biomateriales en implantología oral» operado por el Dr. O Martínez Álvarez;

BIBLIOGRAFÍA



## INFLUENCIA DE DIFERENTES MATERIALES DE RESTAURACIÓN PROVISIONAL EN LA MUCOINTEGRACIÓN DE IMPLANTES DENTALES.

Autores: María Baus-Domínguez<sup>1</sup>, Serafín Maza-Solano<sup>1</sup>, Celia Vázquez-Pachón<sup>1</sup>, Marta Flores Cerero<sup>1</sup>, Daniel Torres-Lagares<sup>1</sup>, María Ángeles Serrera Figallo<sup>1</sup> and Laura Macías-García<sup>2</sup>.

### ANTECEDENTES

La mucointegración parece cobrar cada vez mayor interés cuando se habla de éxito en el mantenimiento de los implantes dentales. Como bien se sabe, las fibras de colágeno no pueden insertarse, debido a la falta de estructura radicular, en la superficie del implante, por lo que la integración estructural de los tejidos periimplantarios que proporcionen un sellado firme alrededor de los implantes es de gran importancia a la hora de asegurar la supervivencia de los mismos. Para lograr una buena barrera epitelial, las características fisicoquímicas de las superficies de los materiales restauradores son de vital importancia; por lo tanto, el objetivo de este estudio es analizar el comportamiento histológico de los tejidos blandos periimplantarios en contacto con tres materiales restauradores diferentes.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Análisis histológico de la mucosa queratinizada periimplantaria biopsiada, epitelio inflamatorio y tejido conectivo en contacto con un composite reforzado (BRILLIANT Crios), un polimetilmetacrilato reticulado (TELIO CAD®) y una cerámica híbrida (Vita Enamic®) de restauraciones implantoprotésicas sobre pilar personalizado tipo Atlantis™ (Dentsply Sirona) entre 60 y 180 días después de la restauración.

### RESULTADOS

Se observa un mayor número de células por mm<sup>2</sup> en el epitelio queratinizado en contacto con el composite reforzado, lo que podría indicar una mayor rugosidad superficial y, por ende, una mayor respuesta inflamatoria. En este sentido, el mayor número de linfocitos y la composición celular lateral de las células inflamatorias confirman una mayor actividad inflamatoria hacia este material. La restauración que mostró una menor respuesta inflamatoria del tejido blando periimplantario fue la confeccionada en cerámica híbrida.

### RESULTADOS

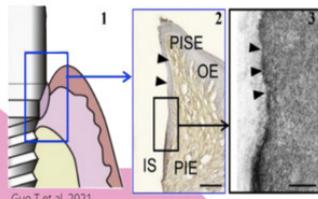
Conociendo las limitaciones del estudio realizado, a pesar de que se observa mayor inflamación en el composite reforzado respecto al resto de materiales estudiados, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas.

# INFLUENCIA DE DIFERENTES MATERIALES DE RESTAURACIÓN PROVISIONAL EN LA MUCOINTEGRACIÓN DE IMPLANTES DENTALES

María Baus-Domínguez, Serafín Maza-Solano, Celia Vázquez-Pachón, Marta Flores-Cerero, Daniel Torres-Lagares, María-Ángeles Serrera-Figallo y Laura Macías-García.

## INTRODUCCIÓN

ÉXITO DE IMPLANTES: 96.4% (95% CI: 95.2–97.5%) A LOS 10 AÑOS



Guo T et al. 2021

- ACTIVIDAD INFLAMATORIA
- NÚMERO Y DISPOSICIÓN DE FIBRAS DE COLÁGENO
- NÚMERO Y DISPOSICIÓN DE VASOS SANGUÍNEOS

La mucointegración parece cobrar cada vez mayor interés cuando se habla de éxito en el mantenimiento de los implantes dentales [1-3]. Como bien se sabe, las fibras de colágeno no pueden insertarse, debido a la falta de estructura radicular, en la superficie del implante, por lo que la integración estructural de los tejidos periimplantarios que proporcionen un sellado firme alrededor de los implantes es de gran importancia a la hora de asegurar la supervivencia de los mismos [3-7]. Para lograr una buena barrera epitelial, las características fisicoquímicas de las superficies de los materiales restauradores son de vital importancia [8-10]; por lo tanto, el objetivo de este estudio es analizar el comportamiento histológico de los tejidos blandos periimplantarios en contacto con tres materiales restauradores diferentes.

## METODOLOGÍA



ATLANTIS patient-specific abutment

Estudio de cohorte observacional prospectivo aprobado por el Comité Coordinador de Ética de Investigación Biomédica de Andalucía (Código US-DTL-2022.1) que cumple con todas las directrices de la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial: principios éticos para la investigación médica con sujetos humanos.

**BRILLIANT CRIOS** (COLTENE, ALTSTÄTTEN, SWITZERLAND) VS. **VITA ENAMIC®** (VITA, ZAHNFABRIK H. RAUTER GMBH & CO. KG, SPITALGASSE 3, D-79713 BAD SÄCKINGEN, GERMANY) VS. **TELIO CAD®** (IVOCLAR VIVADENT AG, SCHAAN, LIECHTENSTEIN)

Todas las biopsias se tomaron de las zonas rehabilitadas al menos 60 días después de la colocación de la restauración, en concreto, unos 75 días de media. Las muestras fueron evaluadas con hematoxilina y eosina e histología tricrómica de Masson.

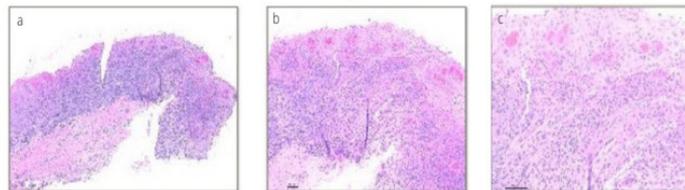
## RESULTADOS

BRILLIANT CRIOS **41.30/mm<sup>2</sup>**

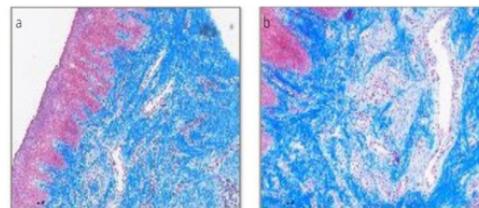
VITA ENAMIC **28.73/mm<sup>2</sup>**

TELIO CAD **37.00/mm<sup>2</sup>**

El mayor número de linfocitos y la composición celular lateral de las células inflamatorias confirman una mayor actividad inflamatoria hacia este material. La restauración que mostró una menor respuesta inflamatoria del tejido blando periimplantario fue la confeccionada en cerámica híbrida. Sin embargo, no se observan resultados estadísticamente significativos.



(a) Imagen histológica 4x con técnica de hematoxilina-eosina del infiltrado inflamatorio linfocitario severo localizado en la zona intermedia del tejido blando en contacto con el composite reforzado (BRILLIANT Crios). (b) Imagen de 10x que muestra el borramiento de la membrana basal y la unión mucosa-submucosa. Así como congestión vascular y presencia de exocitosis. (c) Imagen de 20x que muestra congestión papilar y presencia de exocitosis.



Histología con técnica Tricrómica de Masson de tejido blando en contacto con BRILLIANT Crios. (a) Imagen 4x que muestra proliferación de haces de tejido conectivo sin alteraciones en su disposición en el espacio submucoso. (b) Imagen de 10x que muestra una mayor proliferación vascular.

## CONCLUSIÓN

Actualmente, no hay evidencia científica disponible reciente que analice los tres materiales estudiados en este estudio in vivo en humanos.

De acuerdo con los resultados obtenidos y teniendo en cuenta las limitaciones del presente estudio, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la composición y comportamiento del tejido blando periimplantario en contacto con las coronas fabricadas con los diferentes materiales

estudiados (BRILLIANT Crios, Vita Enamic® y TelioCAD®). Sin embargo, las restauraciones de composite híbrido submicrónico reforzado BRILLIANT Crios revelan peores respuestas celulares que la cerámica híbrida Vita Enamic® y el polimetilmetacrilato reticulado Telio CAD®, en términos de una mayor respuesta inflamatoria.

Se necesitan más estudios para ayudar a llegar a conclusiones más específicas sobre qué material tiene una influencia más positiva en el establecimiento y mantenimiento de la barrera transmucosa alrededor de los implantes dentales.

## BIBLIOGRAFÍA



## **BOLA DE BICHAT: PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA COMUNICACIÓN OROSINUSAL EN IMPLANTES ZIGOMÁTICOS. UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA.**

La comunicación orosinusal es una complicación que puede ocurrir durante o después de una cirugía con implantes zigomáticos en maxilares con una atrofia severa. Según los autores, el uso de la bola de bichat, por su rica vascularización y localización, es una solución simple y eficaz para reducir el riesgo de dehiscencias en la mucosa periimplantaria y para el tratamiento de los defectos oroantrales, contribuyendo a la estabilidad del implante zigomático a largo plazo.

Esta revisión sistemática se ha realizado en base a artículos científicos en PubMed, con un límite temporal de 2013 a 2023 utilizando las palabras clave "Buccal Fat Pad Flap", "Zygomatic Implants", "Oroantral Communication". Fueron definidos los siguientes criterios de inclusión: artículos de revisiones sistemáticas, meta análisis, casos clínicos, artículos en inglés y español. Fueron definidos los siguientes criterios de exclusión: artículos que después de la lectura del resumen no presentaban contenido relevante para esta revisión. Fueron seleccionados 12 artículos para la elaboración de esta revisión sistemática

# BOLA DE BICHAT: PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA COMUNICACIÓN OROSINUSAL EN IMPLANTES ZIGOMÁTICOS.

Gómez Delgado J, Gómez Salgado J, Sande Sardina A, Acuña Pedrosa JM, Duque Alonso N, Boquete Castro A, Moro T.

Máster Propio de formación permanente en cirugía oral , implantología y Periodoncia Universidad Europea Miguel de Cervantes (UEMC)

## 1. INTRODUCCIÓN

El uso del injerto pediculado de la bola de bichat ha ganado popularidad en los últimos años debido a su fiabilidad, facilidad de manejo y baja tasa de complicaciones. Es utilizado en el tratamiento o prevención de la comunicación orosinusal, que puede ocurrir durante o después de la colocación de implantes zigomáticos en maxilares con una atrofia severa.

## 2. OBJETIVOS

Revisar la literatura más reciente para evaluar la función y capacidad regenerativa de la bola de bichat cuando utilizada para la prevención y el tratamiento de la comunicación orosinusal en cirugías con implantes zigomáticos.

## 3. MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda en las bases de datos de *Pubmed* y *Science Direct* entre 2012 y 2023 con las palabras clave "Buccal Fat Pad Flap", "Zygomatic Implants", "Oroantral Communication".

## 4. RESULTADOS

96 artículos fueron encontrados y examinados. Después de aplicar los criterios de inclusión se seleccionaron 12 artículos relevantes para este trabajo.

## 5. DISCUSIÓN

Los implantes zigomáticos se han utilizado como alternativa para tratar y rehabilitar maxilares con atrofias extremas, con tasas de supervivencia superiores al 92.3%. A pesar de las mejoras en el procedimiento, estos implantes aún tienen complicaciones, la más frecuente es la dehiscencia del tejido blando periimplantario con un 17.3% según el estudio de Hernandez - Alfaro et al. en 2022. Una de las opciones para tratar este tipo de complicación es el uso de la bola de bichat en el cuerpo del implante zigomático expuesto para prevenir una posible dehiscencia e incluso tratarla cuando esta ha sucedido.

## 6. CONCLUSIONES

Según los autores, el uso de un colgajo pediculado de la bola de bichat, por su rica vascularización, buena localización y presencia de células estaminales, es una solución predecible y con una tasa de éxito del 97.02% para reducir el riesgo de dehiscencias en la mucosa periimplantaria, contribuyendo a la estabilidad del implante zigomático a largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA

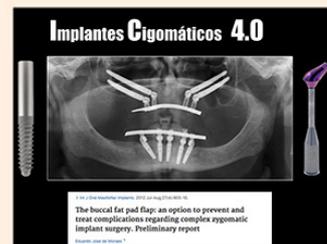


Fig.1 Vista radiográfica de implantes zigomáticos.



Fig.2 Dehiscencia mucoperiostica periimplantar. Comunicación orosinusal por fenestración de la mucosa con exposición del implante (izquierda) e incisión y levantamiento de un colgajo para un abordaje quirúrgico (derecha).

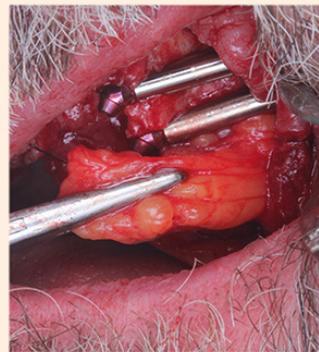


Fig.3 Tracción de un colgajo pediculado de la bola de bichat.

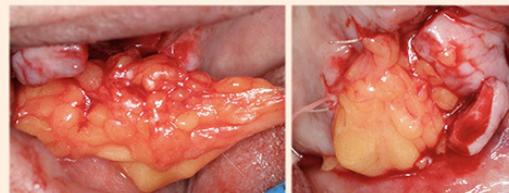


Fig.4 Posicionamiento (izquierda) y fijación (derecha) de la bola de bichat para el recubrimiento periimplantar de los implantes zigomáticos.

Todas las imágenes fueron cedidas por el Dr. Sande Sardina A.

## **PROTOCOLOS A SEGUIR EN LA CLINICA DENTAL EN PACIENTES CON TRATAMIENTO DE BIFOSFONATOS Y QUE SE VAN A SOMETER A CIRUGIA DE IMPLANTES DENTALES: UNA REVISION SISTEMATICA.**

Hoy la implantología representa la fórmula más eficaz para la rehabilitación oral, es una solución segura y efectiva para recuperar la funcionalidad y la sonrisa.

Los pacientes en tratamiento o que han sido tratados con bifosfonatos tienen el riesgo de osteonecrosis de los maxilares relacionada con bifosfonatos, es una reacción adversa y grave que padecen algunos pacientes tratados con estos medicamentos, por lo que es necesario que firmen un consentimiento informado antes de la colocación de implantes dentales y seguir unas pautas de actuación previas a la fase quirúrgica.

Esta revisión sistemática pretende establecer un protocolo de medidas preventivas ante estos casos de pacientes medicados con bifosfonatos para minimizar el riesgo de osteonecrosis de los maxilares por bifosfonatos.

Este trabajo se ha realizado en base a artículos científicos incluidos en la base de datos de Pubmed siguiendo las palabras clave " Bisphosphonates " , " Osteonecrosis " , " Dental Implant " donde fueron seleccionados 9 artículos por su relevancia y fueron descartados todos aquellos que después de leer el resumen no estaban relacionados con este tema.

# PROTOCOLOS A SEGUIR EN LA CLÍNICA DENTAL EN PACIENTES CON TRATAMIENTO DE BIFOSFONATOS Y QUE SE VAN A SOMETER A CIRUGÍA DE IMPLANTES DENTALES.

Gómez Salgado DJ, Gómez Delgado J, Moro T, Acuña Pedrosa JM, Duque Alonso N, Boquete Castro A.

Máster Propio de formación permanente en cirugía oral , implantología y Periodoncia  
Universidad Europea Miguel de Cervantes (UEMC)

## 1. INTRODUCCIÓN

Los bifosfonatos (BF) son potentes inhibidores de los osteoclastos. Han demostrado ser beneficiosos en pacientes con osteoporosis. Una de sus posibles consecuencias, es la Osteonecrosis de los maxilares (ONM), que son lesiones ulceradas con exposición de hueso maxilar o mandibular de aspecto necrótico y ausencia de cicatrización, que se puede manifestar tras una cirugía dental.

## 2. OBJETIVOS

Conocer los protocolos actuales antes de las cirugías sobre implantes dentales en pacientes en tratamiento con BF para prevenir la aparición de complicaciones relacionadas con estos medicamentos.

## 3. MATERIALES Y MÉTODOS

Esta revisión bibliográfica se realizó mediante el análisis de artículos obtenidos a través de los buscadores Pubmed y Medline, con un espacio temporal comprendido entre los años 2018 y 2023 y con las palabras clave "Protocols", "Bifosfonate", "Dental Implant", "Osteonecrosis".

## 4. RESULTADOS

En total se han hallado 68 artículos. Aplicando los criterios de inclusión y exclusión se descartaron los repetidos y los que no tienen el contenido pretendido, de los 20 resultantes, se realizó una lectura completa de los mismos, obteniendo 8 que cumplen con los criterios para este trabajo.

## 5. DISCUSIÓN

Los BF son fármacos antirresortivos, utilizados en pacientes con osteoporosis, ya que aumentan la densidad ósea. Estos fármacos pueden permanecer en el cuerpo 10 años una vez finalizado el tratamiento. La colocación de implantes dentales supone un traumatismo en un hueso sin funciones remodeladoras por inhibidores de los osteoclastos. Los pacientes en tratamiento con BF por cualquier vía de administración, pueden ser más susceptibles a sufrir ONM, (0,001% al 0,01%). Muchos estudios tratan este tema para prevenir y protocolar las actuaciones en las clínicas dentales. En 2014 la Asociación Americana de Cirujanos Orales y Maxilofaciales (AAOMS), también estableció un protocolo de actuación a la hora de realizar cualquier cirugía bucal.



## 6. CONCLUSIONES

La mayoría de los autores aconsejan el uso de profilaxis antibiótica y el control los niveles séricos de CTX (mayor de 150 pg/ml), antes de estas cirugías. En cuanto al tiempo de tratamiento con BF, si es menor de 3 años pueden someterse a intervención quirúrgica de forma segura, si fuese mayor de 3 años se recomienda suspender el fármaco 3 meses antes y 3 después de la cirugía. La mayoría de los autores coinciden en la necesidad realizar más estudios adicionales con mayor número de muestras y con más años de seguimientos, para poder comprender si realmente hay factores de riesgo ya que no existen protocolos concisos y los estudios que hay son poco claros.



## IMPLANTES DENTALES: ZIRCONIO VS TITANIO.

Para la fabricación de los implantes dentales, el principal material empleado es el titanio y las aleaciones de titanio. Sin embargo, debido a complicaciones inmunológicas y problemas estéticos que pueden surgir con el uso de aleaciones de titanio, como reacciones de hipersensibilidad y sombras negras en el margen gingival, especialmente en biotipos finos o con recesiones, se están empleando distintos materiales para el desarrollo de implantes, uno de los cuales, es el zirconio.

El propósito de este póster es realizar una comparación exhaustiva de las propiedades y características de los implantes dentales de zirconio en comparación con los implantes dentales de titanio. Se analizarán aspectos fundamentales como la capacidad de osteointegración, la resistencia mecánica, la estética, la biocompatibilidad y la adhesión bacteriana en la superficie de ambos tipos de implantes.

Esta evaluación permitirá obtener una visión completa de las ventajas y desventajas de cada material, sin que el objetivo sea determinar cuál de ellos es superior como material para implantes dentales.

## IMPLANTES DENTALES ZIRCONIO Vs TITANIO

Irazu Garitaonandia I, Acuña Pedrosa JM, Duque Alonso N, Boquete Castro A.  
**Máster Propio de formación permanente en cirugía oral , implantología y Periodoncia**  
Universidad Europea Miguel de Cervantes (UEMC)

### -INTRODUCCIÓN-

Para la fabricación de los implantes dentales, el principal material empleado es el titanio y las aleaciones de titanio. Sin embargo, debido a sus inconvenientes, se están empleando distintos materiales para el desarrollo de implantes, uno de los cuales, es el zirconio.



### INCONVENIENTES IMPLANTES DE TITANIO

Complicaciones inmunológicas  
Reacciones de hipersensibilidad  
Problemas estéticos

### -OBJETIVOS-

Realizar una comparación exhaustiva de las propiedades y características de los implantes dentales de zirconio en comparación con los implantes dentales de titanio.

### -MATERIAL Y MÉTODOS-

Se realizó una búsqueda bibliográfica de artículos publicados hace menos de 10 años en bases de datos como PubMed y Mendeley. Los criterios de inclusión han sido, ensayos clínicos, revisiones sistemáticas, metaanálisis. Se emplearon palabras clave: zirconia dental implants, titanium dental implants, zirconia dental implants vs titanium dental implants. Se obtuvieron 476 resultados de los cuales se han empleado 4 artículos, después de aplicar criterios de exclusión.

### -RESULTADOS-

De acuerdo con los estudio, ambos materiales exhiben excelentes propiedades mecánicas, alta biocompatibilidad y capacidad de osteointegración. Por una parte el titanio sobresale por su resistencia a largo plazo y su capacidad para resistir fracturas, respaldado por una gran cantidad de investigaciones. En contraste, existen menos estudios a largo plazo relacionados con el zirconio. Sin embargo, además de sus propiedades físicas, el zirconio se distingue por su estética, baja capacidad alérgica y su menor adhesión bacteriana.

IMPANTE DE ZIRCONIO	AUTOR	IMPLANTE DE TITANIO
	<a href="#">Sivaraman K Et al</a>	
10	<u>FRACTURA Mpa/m</u>	50
	Koch FP Et al	
72 horas 11,5 µ	<u>DECOLORACIÓN GRIS TEJIDO GINGIVAL</u>	72 horas 23,2 µ
	<a href="#">Sivaraman K Et al</a>	
Baja	<u>CORROSIÓN</u>	Alta
	Jung RE Et al	
Visible menos 1,5mm	<u>BIOFILM BACTERIANO</u>	Visible menos de 2mm

### -CONCLUSIONES-

El titanio es el material de elección en implantología, aunque cada vez se emplea más el zirconio, dado que cubre las carencias que presentan los implantes de titanio.

En la actualidad, los implantes de zirconio se emplean principalmente en áreas anteriores, especialmente en casos de biotipo delgado, hipersensibilidad a los metales o pacientes que no desean metales.

Son necesarios más estudio sobre los implantes de zirconio.



## DESCOMPRESIÓN DE QUISTE DENTÍGERO MANDIBULAR: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores: Hermida-Cabrera P, Serrera-Figallo MA, Aranda-Herrerías G, Torres-Lagares D, Gutiérrez-Pérez JL, Baus Domínguez M.

### INTRODUCCIÓN

Los quistes son las patologías más frecuentes de los huesos maxilares (el quiste dentígero es el segundo más frecuente tras el quiste radicular) y ocasionan por su naturaleza expansiva, la destrucción ósea. El defecto óseo que acompaña a la existencia de la patología quística es sabido que debe ser paliado para garantizar la salud y recuperación de los pacientes. El empleo clínico de los injertos óseos supone un avance indiscutible a la hora de afrontar dicha consecuencia de los quistes (regeneración ósea guiada, ROG), pero la sabia fisiología del ser humano otorga mecanismos de regeneración ósea espontánea que cumplen de forma completa las expectativas del tratamiento.

### OBJETIVO

Presentar la resolución de un caso clínico tras 8 años de seguimiento en el que se observa regeneración ósea espontánea tras la descompresión y posterior enucleación de un quiste dentígero asociado a un tercer molar mandibular incluido.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 39 años quién se halla en tratamiento con tegretol 400mg por epilepsia y es alérgico a la penicilina. El paciente acude derivado del hospital para la extracción de un cordal ya que presenta inflamación de los tejidos blandos asociada a la región mandibular posterior derecha. Tras un diagnóstico de presunción gracias al estudio radiológico, se procede a la toma de una biopsia para confirmar el diagnóstico anatomopatológico de quiste dentígero o folicular. Tras ello se plantea la descompresión del quiste (proceso que dura 11 meses), la extracción del cordal asociado y la posterior enucleación de la lesión.

Todo ello realizado a lo largo de 9 citas con sus correspondientes seguimientos radiológicos e instruidas las pautas de irrigación para una correcta descompresión. No se emplean materiales de injerto o membrana post-enucleación quística para paliar el defecto óseo resultante, y tras la revisión a los 8 años se observa regeneración ósea espontánea de calidad. El paciente no refiere sintomatología o adversidades en el periodo post-operatorio.

### CONCLUSIONES

Atendiendo a las nuevas investigaciones y teniendo en cuenta el notable y significativo beneficio de la descompresión previa a la enucleación quística en el abordaje de este tipo de lesiones (disminuye el tamaño de la lesión gracias a favorecer la regeneración ósea, ayuda a proteger estructuras anatómicas vecinas al quiste, no interfiere en la erupción de los dientes incluidos por el quiste permitiendo su erupción y disminuye la tasas de recurrencia, es menos invasiva y más económica), debemos enfocar nuestro tratamiento de la forma mas conservadora y beneficiosa para el paciente.

# DESCOMPRESIÓN DE QUISTE DENTÍGERO MANDIBULAR, A PROPÓSITO DE UN CASO

HERMIDA-CABRERA P, SERRERA-FIGALLO MA, ARANDA-HERRERÍAS G, TORRES-LAGARES D, GUTIÉRREZ-PÉREZ JL, BAUS DOMÍNGUEZ M

## 1 INTRODUCCIÓN

El **quiste dentígero o folicular** se origina como una extensión del folículo dental y rodea la corona de un diente incluido a la altura del límite amelocementario describiendo en radiografía una imagen radiolúcida con bordes radiopacos (1,2).

Atendiendo a la nueva clasificación de la Organización Mundial Salud de 2017 el quiste dentígero se encuadra dentro de los quistes de desarrollo o de origen incierto (1-3).

Es de carácter benigno con ínfimo potencial de malignización y suponen las lesiones intraóseas más prevalentes de los maxilares, prevalece entre las 2ª y 5ª décadas de vida presentando predilección por el género masculino, siendo los terceros molares incluidos los más afectados seguidos de los caninos maxilares (3-6).

### Soluciones terapéuticas(3-9)

- **DESCOMPRESIÓN**
- **ENUCLEACIÓN** mayor tasa de recidiva.

## 3 DESCRIPCIÓN DEL CASO

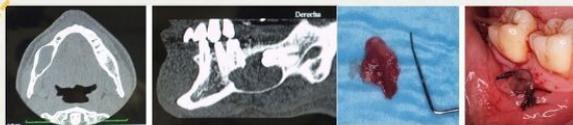
PACIENTE MASCULINO DE 39 AÑOS QUIÉN SE HALLA EN TRATAMIENTO CON TEGRETOL 400 MG POR EPILEPSIA Y ES ALERGICO A LA PENICILINA. EL PACIENTE ACUDE DERIVADO DEL HOSPITAL PARA LA EXTRACCIÓN DE UN CORDAL YA QUE PRESENTA INFLAMACIÓN DE LOS TEJIDOS BLANDOS ASOCIADA A LA REGIÓN MANDIBULAR POSTERIOR DERECHA.

## 2 OBJETIVO

PRESENTAR LA RESOLUCIÓN DE UN CASO CLÍNICO TRAS 8 AÑOS DE SEGUIMIENTO EN EL QUE SE OBSERVA REGENERACIÓN ÓSEA ESPONTÁNEA TRAS LA DESCOMPRESIÓN Y POSTERIOR ENUCLEACIÓN DE UN QUISTE DENTÍGERO ASOCIADO A UN TERCER MOLAR MANDIBULAR INCLUIDO.

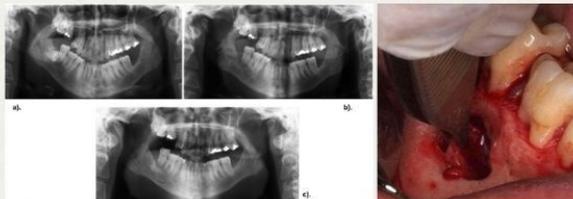
### CONSECUENCIA DE CITAS

DÍA 1	Estudio radiológico tridimensional. CBCT Diagnóstico de presunción: Quiste dentígero.
DÍA 2	Cirugía: • Descompresión quística. Colocación de stent, sutura Supramid 4/0. • Toma de biopsia para diagnóstico definitivo anatomopatológico: Quiste dentígero
DÍA 3	Revisión a los 3 meses. Observar estado de la mucosa y motivar en cuidados y mantenimiento.
DÍA 4	Revisión 6 meses. • Estudio radiológico: Ortopantomografía • Cirugía: Extracción 48.
DÍA 5	Revisión a los 9 meses. • Estudio radiológico: Ortopantomografía. Se decide la enucleación en 2 meses.
DÍA 6	Revisión a los 11 meses: • Estudio radiológico: Ortopantomografía. Se planifica la cirugía para el día siguiente.
DÍA 7	Cirugía: • Enucleación quística. • No se emplean materiales de relleno ni membrana • Sutura puntos simples. Supramid 4/0.
DÍA 8	Revisión a los 2 semanas.
DÍA 9	Revisión a los 8 años. Ortopantomografía. Cicatriz ósea. <b>Regeneración ósea espontánea.</b>



**Imagen 1.** CBCT Cortes axial y sagital.

**Imagen 2.** Biopsia de la cápsula quística de aproximadamente 11 mm para confirmar el diagnóstico y colocación del tubo de descompresión (stent termoplástico); suturas no reabsorbibles Supramid 4/0.



**Imagen 3.** 3.a). Ortopantomografía a los 6 meses de comenzar la descompresión, se planea la exodoncia del 48.

Se decide dejar el tubo de descompresión y citar en 3 meses. 3.b). Ortopantomografía previa al abordaje de la enucleación tras 11 meses de la descompresión. 3.c). Ortopantomografía a los 8 años. Se observa cicatriz ósea.

**Imagen 4.** Pinzas Adson para la prehensión y extracción del quiste tras rotura de las uniones quiste-hueso con instrumento romo.

## 4 CONCLUSIONES

El beneficio de la descompresión previa a la enucleación quística ha sido avalado por numerosas investigaciones y casos reportados; disminuye el tamaño de la lesión gracias a favorecer la regeneración ósea espontánea, ayuda a proteger estructuras anatómicas vecinas al quiste, no interfiere en la erupción de los dientes incluidos por el quiste permitiendo su erupción y disminuye las tasas de recurrencia siendo además una técnica menos invasiva y más económica.

Debemos enfocar nuestro tratamiento de la forma más conservadora y beneficiosa para el paciente.

## 5 BIBLIOGRAFÍA



## MANEJO DE TEJIDO BLANDO PREIMPLANTARIO. AUTOINJERTOS VS XENOINJERTOS: A PROPÓSITO DE DOS CASOS CLÍNICOS.

Autores: Hermida-Cabrera P, Serrera-Figallo MA, Aranda-Herrerías G, Torres-Lagares D, Gutiérrez-Pérez JL, Baus Domínguez M.

### INTRODUCCIÓN

Los quistes son las patologías más frecuentes de los huesos maxilares (el quiste dentígero es el segundo más frecuente tras el quiste radicular) y ocasionan por su naturaleza expansiva, la destrucción ósea. El defecto óseo que acompaña a la existencia de la patología quística es sabido que debe ser paliado para garantizar la salud y recuperación de los pacientes. El empleo clínico de los injertos óseos supone un avance indiscutible a la hora de afrontar dicha consecuencia de los quistes (regeneración ósea guiada, ROG), pero la sabia fisiología del ser humano otorga mecanismos de regeneración ósea espontánea que cumplen de forma completa las expectativas del tratamiento.

### OBJETIVO

Presentar la resolución de un caso clínico tras 8 años de seguimiento en el que se observa regeneración ósea espontánea tras la descompresión y posterior enucleación de un quiste dentígero asociado a un tercer molar mandibular incluido.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente masculino de 39 años quién se halla en tratamiento con tegretol 400mg por epilepsia y es alérgico a la penicilina. El paciente acude derivado del hospital para la extracción de un cordal ya que presenta inflamación de los tejidos blandos asociada a la región mandibular posterior derecha. Tras un diagnóstico de presunción gracias al estudio radiológico, se procede a la toma de una biopsia para confirmar el diagnóstico anatomopatológico de quiste dentígero o folicular. Tras ello se plantea la descompresión del quiste (proceso que dura 11 meses), la extracción del cordal asociado y la posterior enucleación de la lesión.

Todo ello realizado a lo largo de 9 citas con sus correspondientes seguimientos radiológicos e instruidas las pautas de irrigación para una correcta descompresión. No se emplean materiales de injerto o membrana post-enucleación quística para paliar el defecto óseo resultante, y tras la revisión a los 8 años se observa regeneración ósea espontánea de calidad. El paciente no refiere sintomatología o adversidades en el periodo post-operatorio.

### CONCLUSIONES

Atendiendo a las nuevas investigaciones y teniendo en cuenta el notable y significativo beneficio de la descompresión previa a la enucleación quística en el abordaje de este tipo de lesiones (disminuye el tamaño de la lesión gracias a favorecer la regeneración ósea, ayuda a proteger estructuras anatómicas vecinas al quiste, no interfiere en la erupción de los dientes incluidos por el quiste permitiendo su erupción y disminuye la tasas de recurrencia, es menos invasiva y más económica), debemos enfocar nuestro tratamiento de la forma mas conservadora y beneficiosa para el paciente.

## INTRODUCCIÓN

Actualmente el estudio del biotipo gingival forma parte integral de la terapia de implantes, ya que, autores como Linckevicius y cols. demuestran que la dimensión crítica del tejido blando queratinizado en el lado bucal de los implantes dentales es en torno a 2mm, al obtenerse un aumento estadísticamente significativo de pérdida ósea crestral temprana en el grupo de biotipo delgado (3-5).

Con motivo de mejorar el pronóstico a largo de estos pacientes se realiza el engrosamiento de tejido blando con autoinjerto o xenoinjerto (6,7).

## OBJETIVO

Comparar el aumento de tejido blando queratinizado en la mucosa bucal de los implantes dentales utilizando injertos de tejido conectivo autólogo y xenoinjertos con colgajo de avance coronal

### CIRUGÍA DE AUMENTO DE TEJIDO BLANDO CON AUTOINJERTO

Paciente sin antecedentes médicos acude con dolor en 32, ausencia de tejido queratinizado en bucal y exposición del implante. Se rehabilita con injerto de tejido conectivo subepitelial palatal bajo colgajo de avance coronal. A los 3 meses se alcanza un correcto volumen y maduración del injerto.



Situación inicial



Injerto autólogo palatal



Revisión a las 6 semanas

### CIRUGÍA DE AUMENTO DE TEJIDO BLANDO CON XENOINJERTO

Paciente sin antecedentes médicos acude con dolor en 35, ausencia en 36 y 1mm de encía queratinizada en 26. Se rehabilita con injerto xenogénico Geitlich Fibro-Gide y puente sobre implantes 34-36. Se alcanza a los 3 meses una banda de encía queratinizada de 2,7mm de grosor y una oseointegración correcta de los implantes.



Diagnóstico y exodoncias 34 y 35



Colocación de implantes en 34 y 36

Injerto xenogénico Fibro-Gide y sutura



Final del tratamiento

## DISCUSIÓN

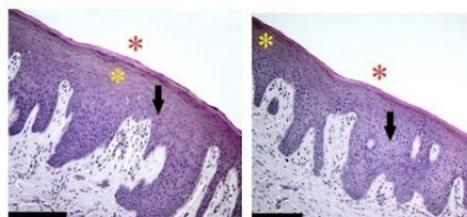
Integración

Engrosamiento de tejido

Estética

Momento quirúrgico

Morbilidad



Autólogo

Xenogénico

(1,11)

## CONCLUSIÓN

Se mantiene que los injertos autólogos son el "gold-standard" para el aumento de volumen de tejido blando. Aunque se establece que los xenoinjertos obtienen resultados similares y son una alternativa a considerar.

## BIBLIOGRAFÍA



## RELACIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES INCLUIDOS EN LAS FRACTURAS MANDIBULARES EN LOS DEPORTES DE CONTACTO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LA LITERATURA.

### INTRODUCCIÓN

Las lesiones orofaciales son comunes en aquellas personas que practican deportes de contacto, siendo la fractura mandibular la más frecuente de las fracturas óseas en esta área. Estas fracturas suelen suceder cerca del ángulo mandibular y se han relacionado con la presencia de terceros molares incluidos.

### OBJETIVOS

El objetivo de esta revisión bibliográfica es evaluar la influencia de los terceros molares incluidos en las fracturas mandibulares causadas por traumatismos propios de la práctica de deportes de contacto, así como, el beneficio de su extracción profiláctica.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se buscaron publicaciones en revistas revisadas por pares en la base de datos PubMed/Medline. Solo se seleccionaron publicaciones escritas en inglés y castellano publicadas sin límite de fecha. Se examinaron bibliografías de metanálisis, revisiones bibliográficas de la literatura y series de casos publicadas previamente, en busca de manuscritos de interés que no se incluyeron en la búsqueda electrónica. Se utilizó el siguiente diseño de estrategia de búsqueda para cada base de datos:

PubMed:(("Athletic Injuries"[Mesh]) AND "ToothImpacted"[Mesh]) AND "Jaw Fractures"[Mesh].

### RESULTADOS

De la búsqueda electrónica se obtuvieron dos resultados, mientras que la búsqueda manual arrojó siete artículos más. Tras una revisión a texto completo de todos los artículos se excluyeron cuatro de ellos, incluyéndose cinco artículos en la selección final.

### DISCUSIÓN

Un estudio en simios concluyó que la fuerza necesaria para producir fracturas en el ángulo mandibular con terceros molares incluidos se reducía en un 60% comparada con la necesaria para aquellas mandíbulas con terceros molares erupcionados. Este hallazgo es respaldado por numerosos estudios que usaron modelos prospectivos y estadísticos en humanos. No obstante, otros estudios sugieren que la presencia de estos terceros molares incluidos hace disminuir las probabilidades de sufrir una fractura condilar, las cuales tienen un tratamiento más complicado que las angulares.

### CONCLUSIONES

La población que practica deportes de contacto tiene un mayor riesgo de sufrir fracturas del ángulo mandibular. Así mismo, la incidencia de estas fracturas está estrechamente relacionadas con la presencia de terceros molares incluidos. No obstante, este hallazgo anatómico proporciona protección sobre la zona subcondilea, ya que en presencia de molares incluidos la mandíbula tiende a fracturarse por la zona angular. Se puede concluir que la indicación de extracción de estos molares es relativa debido a la mayor dificultad y morbilidad en el tratamiento de las fracturas condilares.

# RELACION DE LOS TERCEROS MOLARES INCLUIDOS EN LAS FRACTURAS MANDIBULARES EN LOS DEPORTES DE CONTACTO: REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE LA LITERATURA



López Jiménez, JR; Torres Lagares, D; Gutiérrez Pérez, JL; Baus Domínguez, M.

Facultad de Odontología. Universidad de Sevilla.



## INTRODUCCIÓN

Las lesiones orofaciales son comunes en aquellas personas que practican deportes de contacto, siendo la fractura mandibular la más frecuente de las fracturas óseas en esta área. Estas fracturas suelen suceder cerca del ángulo mandibular y se han relacionado con la presencia de terceros molares incluidos(1,2).

## OBJETIVOS

El objetivo de esta revisión bibliográfica es evaluar la influencia de los terceros molares incluidos en las fracturas mandibulares causadas por traumatismos propios de la práctica de deportes de contacto, así como, el beneficio de su extracción profiláctica.

## MATERIAL Y MÉTODO

Se utilizó la siguiente estrategia de búsqueda sin límite de fecha incluyendo resultados en inglés y castellano:



## RESULTADOS

Autor et al. año	Tipo de artículo	Nº de pacientes	Conclusiones
Reitzik M. 1978	Estudio de casos	20 (Mandíbulas de simio)	Las mandíbulas con terceros molares incluidos se fracturaron con fuerzas significativamente menores
Schwimmer A. 1983	Estudio de casos	3	Recomiendan la extracción de terceros molares incluidos en los practicantes de deportes de contacto.
Yamada T. 1998	Estudio retrospectivo	30	Recomiendan extraer el tercer molar para evitar fracturas de ángulo mandibular.
Rajan R. 2015	Estudio retrospectivo	180	Mayor incidencia de fracturas condilares cuando no hay presencia de terceros molares incluidos.
Tiwari A. 2015	Estudio prospectivo	100	Proponen reconsiderar las extracciones de terceros molares incluidos ya que su presencia ofrece protección ante fracturas en el área condilar.

	Fractura ángulo (+)	Fractura ángulo (-)	Total
3º molar incluido (+)	19	7	26
3º molar incluido (-)	0	4	4
Total	19	11	30

Relación entre fracturas de ángulo mandibular y presencia de 3º molares incluidos. A study of sports-related mandibular angle fracture: relation to the position of the third molars. T. Yamada.

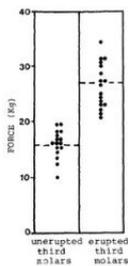


Diagrama de dispersión. M. Reitzik. Experimental fractures of monkey mandibles.

Deporte	Nº	%
Rugby	7	23.3
Karate	5	16.7
Esqui	5	16.7
Beisbol	4	13.3
Futbol	3	10.0
Otros	6	20.0
Total	30	100

Causas de fracturas mandibulares. A study of sports-related mandibular angle fracture: relation to the position of the third molars. T. Yamada.



Fractura de ángulo mandibular asociada a tercer molar incluido. C. Zamora. www.bellasartesdental.cl

Localización	Grupo A	Grupo B
Ángulo	20(44,44%)	16(14,45%)
Condilo	6(13,33%)	34(31,77%)
Sinfisis	17(37,77%)	47(43,9%)
Cuerpo	2(4%)	9(8,41%)
Rama		10(9,3%)
Total	45	107

Media de influencia en tipos de fracturas. Influence of the impacted mandibular third molars on fractures of the mandibular angle and condyle. A prospective clinical study. A. Tiwari.

## DISCUSIÓN

Un estudio en simios concluyó que la fuerza necesaria para producir fracturas en el ángulo mandibular con terceros molares incluidos se reducía en un 60% comparada con la necesaria para aquellas mandíbulas con terceros molares erupcionados(3). Este hallazgo es respaldado por numerosos estudios que usaron modelos prospectivos y estadísticos en humanos. No obstante, otros estudios sugieren que la presencia de estos terceros molares incluidos disminuyen las probabilidades de sufrir una fractura condilar(4), las cuales tienen un tratamiento más complicado que las angulares(5).

## CONCLUSIONES

La población que practica deportes de contacto tiene un mayor riesgo de sufrir fracturas del ángulo mandibular. Así mismo, la incidencia de estas fracturas está estrechamente relacionadas con la presencia de terceros molares incluidos. No obstante, este hallazgo anatómico proporciona protección sobre la zona subcondilea, ya que en presencia de molares incluidos la mandíbula tiende a fracturarse por la zona angular. Se puede concluir que la indicación de extracción de estos molares es relativa debido a la mayor dificultad y morbilidad en el tratamiento de las fracturas condilares.

## BIBLIOGRAFIA

- 1. Yamada T, Sawaki Y, Tehnai I, Takeuchi M, Ueda M. A study of sports-related mandibular angle fracture: relation to the position of the third molars.
- 2. Alan Schwimmer, Robert Stern, David Kritchman. Impacted third molars: A contributing factor in mandibular fractures in contact sports.
- 3. M. Reitzik, J.F. Lowmie, P. Cleaton-Jones, J. Austin. Experimental fractures of monkey mandibles.
- 4. Ritesh Rajan, Dinesh Kumar Verma, K.M. Borle, Abhilasha Yadav. Relationship between fracture of mandibular condyle and absence of unerupted mandibular third molar: a retrospective study.
- 5. Arunesh Tiwari, Jeevan Iata, Madan Mishra. Influence of the impacted mandibular third molars on fractures of the mandibular angle and condyle. A prospective clinical study.

## INFLUENCIA DEL AUMENTO DE TEJIDO BLANDO EN LA ESTABILIDAD DEL MARGEN ÓSEO PERIIMPLANTARIO.

### INTRODUCCIÓN

El mantenimiento de la cresta ósea periimplantaria es un factor clave en la prevención de la periimplantitis. Un grosor menor de 2 mm en la mucosa supracrestal es un factor predisponente a la pérdida ósea periimplantaria. El aumento de dicha mucosa, mediante tejido conectivo o biomateriales previene la pérdida ósea postinserción implantaria.

### OBJETIVOS

Evaluar el efecto que el aumento de tejido blando con membrana alógena tiene en la conservación de la cresta ósea marginal alrededor de implantes dentales y la influencia del biotipo gingival en dicho comportamiento.

### MATERIAL Y MÉTODO

Se incluyeron 10 pacientes candidatos a colocación de implantes dentales en el Máster Universitario en Odontología Médico-Quirúrgica e Integral por la Universidad de Sevilla. Se aplicó el aumento de tejido blando con membrana de matriz de colágeno artificial. Se midió el ancho de la mucosa antes de colocar el implante, así como dicho ancho y la distancia plataforma del implante al hueso, de forma radiológica (radiografías periapicales con paralelizador) tras la cirugía y a los dos meses. Según grosor mucogingival se clasificaron en grupo 1: espesor mucogingival  $>3\text{mm}$ ; grupo 2: espesor  $<3\text{mm}$ .

### RESULTADOS

Se recabaron datos de 6 pacientes (12 implantes, Hombres:4/Mujeres:2, edad  $61,5\pm 1,07$  años) La media de la variación entre el grosor mucogingival de los implantes post-operatoriamente y en la revisión a los 2 meses fue de  $-1,78\pm 1,76\text{mm}$  (Grupo 1:  $-1,98\pm 1,86\text{mm}$ ; Grupo 2:  $-0,79\pm 0,57\text{mm}$ ). La media de la pérdida de hueso periimplantaria (media de la variación entre el hueso medido tras la implantación y en la revisión a los 2 meses fue de  $-0,40\pm 0,49\text{mm}$  (Grupo 1:  $-0,29\pm 0,41\text{mm}$ ; Grupo 2  $-0,94\pm 0,55\text{mm}$ ).

### DISCUSIÓN

Se evaluó el efecto del engrosamiento mediante una membrana alógena de la mucosa en el mantenimiento de la cresta ósea periimplantaria a los dos meses de seguimiento. El hallazgo principal a destacar es la mayor reabsorción de mucosa en aquellos pacientes con un grosor mucogingival inicial mayor y una menor reabsorción ósea. Estos resultados difieren de Linkevicius y cols. aunque es necesario el seguimiento durante un año para poder establecer comparativas reales.

### CONCLUSIONES

La colocación de nuestra membrana alógena para el aumento de los tejidos blandos no ha producido un aumento real de estos a los dos meses de seguimiento, aunque sí han producido una menor pérdida ósea. Ambos efectos son más acusados en los pacientes con biotipo grueso.

## INTRODUCCIÓN

La permanencia de la cresta ósea periimplantaria es un factor clave en la prevención de periimplantitis y de especial importancia en el éxito del tratamiento con implantes cortos (aquellos de menos de 8 mm). A su vez, el biotipo gingival inicial (específicamente el grosor de la mucosa supracrestal) del paciente es otro factor condicionante de la estabilidad ósea marginal a los largo del tiempo. Cuando este es menor de 2 mm, se plantea la necesidad de su aumento, pues varios autores (Berglundh & Lindhe, 1996; Linkevicius y cols, 2009) han demostrado que estos implantes presentan una mayor pérdida

ósea crestal que aquellos colocados en un biotipo grueso. De esta forma, como alternativa al injerto de tejido conectivo en el aumento de la mucosa supracrestal, técnica gold-estándar hasta el momento, surgen distintos biomateriales para sustituirlo, evitando los principales inconvenientes como la morbilidad de la zona donante o la disponibilidad limitada de tejido.

En la literatura podemos encontrar varios estudios que respaldan el uso de biomaterial para el aumento vertical del tejido periimplantario y su influencia en la pérdida

ósea periimplantaria, como el de Puisys y cols. (Puisys y cols, 2015), que mostró que en pacientes con biotipo gingival fino ( $\leq 2$ mm) el aumento del tejido blando alrededor de los implantes con matriz dérmica alógena disminuía significativamente la pérdida de hueso crestal. De forma simultánea, debemos controlar otros aspectos y variable, pues muchos son los factores influyentes en la estabilidad del hueso crestal, como el sueño el implante, tipo de conexión entre implante y aditamento y otros factores del paciente como el tabaquismo, alcohol, enfermedad periodontal e higiene.

## · OBJETIVO ·

Este estudio tiene como objeto evaluar el efecto que el aumento de tejido blando mediante una membrana alógena de colágeno porcino (Fibrogide®, Inbisa, España) tiene en la conservación de la cresta ósea marginal alrededor de implantes dentales y la influencia del biotipo gingival en dicho comportamiento.

## · MATERIAL Y MÉTODO ·



Se incluyeron 10 pacientes candidatos a colocación de implantes que acudieron al Máster de Odontología Médico Quirúrgica e Integral de la Universidad de Sevilla. Previo a la cirugía se recogieron los antecedentes médicos y odontológicos de cada paciente y se realizó el plan de tratamiento y planificación.

El día de la cirugía se les tomó una radiografía paralelizada pre-operatoria. Tras esto se procedió a la anestesia e incisión supracrestal. Primero se realizó el despegamiento del colgajo mucoperiostico vestibular, para medir con visión directa la anchura del tejido blando mediante una sonda periodontal milimetrada.



A continuación se despegó el colgajo lingual y se realizó el protocolo de fresado y colocación de implantes. Una vez completado se adecuaron las proporciones de la membrana aloplástica al lugar de implantación y se suturo sin tensiones. Finalmente se tomó una radiografía post-operatoria. A las dos semanas se retiró la sutura. Para valorar la evolución del hueso y el tejido blando, de forma radiológica se midió el ancho y la distancia de la plataforma del implante al hueso, tras la cirugía y a los dos meses. Según grosor mucogingival se clasificaron en grupo 1: espesor mucogingival  $>3$ mm; grupo 2: espesor  $<3$ mm.

## RESULTADOS

Finalmente se recabaron datos de 6 pacientes (12 implantes, Hombres:4/Mujeres:2, edad 61,5±1,07 años)

Sexo	Mujer	Hombre	Mujer	Hombre		
	1 pacientes (20%) 2 imp. (20%)	4 pacientes (80%) 8 imp.(80%)	2 pacientes 100% 2 implantes (16,67%)	0 pacientes 0 implantes		
Edad	-	62,2±13,42	66±8	-		
Ancho del implante	3,4 mm 3,8 mm 1 imp.(10%) 4 imp.(40%)	4,6 mm 5,8 mm 4 imp (40%) 1 imp.(10%)	3,4 mm 1 imp.(50%)	3,8 mm 1 imp.(50%)		
Largo del implante	6mm 7,5 mm 1 imp.(10%) 4 imp.(40%)	10,5mm 12 mm 3 imp.(30%) 2 imp.(20%)	6mm 7,5 mm 0% 0%	10,5mm 12 mm 1 imp.(50%) 1 imp.(50%)		
Riesgo ASA	I 2 pte (40%)	II 3 pte (60%)	I 0%	II 2 pte (100%)		
Regeneración	Si 2 pte (40%)	No 3 pte (60%)	Si 1 pte (50%)	No 1 pte (50%)		
Fumador	Si 1 pte.(20%)	No 4 pte.(80%)	Si 0%	No 2 pte (100%)		
Post-extracción	Si 2 imp.(20%)	No 8 imp.(80%)	Si 0%	No 100%		
	Ancho encía distal	Ancho encía mesial	Ancho encía media	Pérdida de hueso distal	Pérdida de hueso mesial	Pérdida de hueso media
Media ±d (mm)	-1,91±1,67	-1,66±1,91	-1,78±1,76	-0,44±0,38	-0,37±0,40	0,40±0,49
Grupo 1 (mm)	-2,13±1,75	-1,83±2,04	-1,98±1,86	-0,25±0,40	0-,34±0,44	-0,29±0,41
Grupo 2 (mm)	-0,80±0,26	-0,78±0,95	-0,79±0,57	-1,36±0,41	-0,51±0,10	-0,94±0,55

## · DISCUSIÓN ·

En este estudio se evalúa si se ha producido el engrosamiento de la encía a los dos meses tras la colocación de una membrana alógena y su influencia en el mantenimiento de la cresta ósea periimplantaria.

El hallazgo principal a destacar es la mayor reabsorción de encía en aquellos pacientes con un grosor mucogingival inicial mayor y una menor reabsorción ósea.

Esta menor pérdida ósea en el biotipo ancho era previsible, ya que muchos autores defienden que un mayor grosor de encía se asocia a una menor pérdida de hueso crestal periimplantario<sup>1</sup>.

Sin embargo, con respecto al aumento de los tejidos blandos, estos resultados difieren de Linkevicius and cols. los cuales encuentran un aumento significativo a los 2-3 meses<sup>2,3</sup>.

Es necesario el seguimiento durante un año para poder establecer comparativas reales.

## · CONCLUSIÓN ·

En conclusión, la colocación de esta membrana de colágeno porcino para el aumento de los tejidos blandos ha producido una disminución del grosor mucogingival en ambos biotipos periodontales, siendo esta más acusada en el biotipo ancho.

A su vez, se ha producido una mayor pérdida de hueso periimplantario en aquellos pacientes con biotipo periodontal fino.

De esta forma, podemos decir que la intervención no ha conseguido ni aumentar el grosor de encía ni igualar los biotipos finos y los gruesos en lo que a la disminución de la pérdida ósea respecta.

## · BIBLIOGRAFÍA ·

- Linkevicius T, Apse P, Grybauskas S, Puisys A. Influence of thin mucosal tissues on crestal bone stability around implants with platform switching: a 1-year pilot study. J Oral Maxillofac Surg. 2010 Sep;68(9):2272-7. doi: 10.1016/j.joms.2009.08.018. PMID: 20605308.
- Puisys A, Jonaitis A, Vindisiūte E, Žukauskas S, Linkevicius T. The use of a porcine-derived collagen matrix for vertical soft tissue augmentation. A case report. Stomatologija. 2019;21(4):125-128. PMID: 32872718.
- Vatėnas I, Linkevicius T. The use of the connective tissue graft from the palate for vertical soft tissue augmentation during submerged dental implant placement: A case series. Clin Exp Dent Res. 2022 Oct;3(5):103-108. doi: 10.1002/crec.626. Epub 2022 Jul 4. PMID: 35789972; PMCID: PMC9562572.



## FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS CON UNA MAYOR INCIDENCIA DE ALVEOLITIS SECA POSTEXTRACCIÓN.

### INTRODUCCIÓN

Las alveolitis son las complicaciones postexodoncia más frecuentes, dentro de ellas, la más importante se considera la alveolitis seca debido a su clínica muy típica, caracterizada por el dolor intenso que produce, requiriéndose mayor atención y estudio de la entidad. Se define como un proceso inflamatorio agudo, no purulento, localizado y reversible del alvéolo, que representa un retraso en la curación de la herida alveolar. A pesar de varios factores de riesgo, la causa exacta y los mecanismos subyacentes de la alveolitis seca aún no están claros.

### OBJETIVOS

Conocer, identificar y describir los diferentes factores de riesgo asociados con una mayor incidencia de alveolitis seca postextracción.

### MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una revisión bibliográfica sistemática de los diferentes factores de riesgo asociados con la aparición de la alveolitis seca postextracción. Como estrategia de búsqueda se emplearon las bases de datos PubMed, Scopus y Google Scholar, introduciendo los términos: "dry socket", "dental", "alveolitis", "factors", "risk factor", junto con el operador booleano "AND". La búsqueda se limitó a estudios publicados en los últimos 10 años, con límite de idioma de español o inglés. El trabajo se realizó siguiendo las directrices de la declaración PRISMA.

### RESULTADOS

Se seleccionaron 11 artículos evaluados por la autora a texto completo de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión. Todos los estudios se corresponden con artículos científicos. La mayoría de los estudios fueron realizados en la Cuba. Entre los factores de riesgo más evaluados en la revisión, destacan: tabaquismo, género femenino, trauma operatorio, edad avanzada y enfermedades sistémicas. Por el contrario, los menos estudiados fueron: quimioterapia, higiene oral inadecuada, antibioterapia y la experiencia del operador.

### DISCUSIÓN

Se determinaron factores generales como la edad avanzada y el género femenino, factores sistémicos como la antibioterapia, quimioterapia y enfermedades sistémicas asociadas con la patología de estudio. De la misma manera, factores postoperatorios; tabaquismo, higiene bucodental deficiente y conductas inadecuadas, además de factores relacionados con el profesional, como: maniobras quirúrgicas complejas, cantidad y técnica anestésica, trauma operatorio y experiencia del operador.

### CONCLUSIONES

Se han identificado un total de 12 factores de riesgo asociados con la alveolitis seca. Se determinó que la edad avanzada, las enfermedades sistémicas asociadas, la quimioterapia, el tabaquismo, las conductas inadecuadas por parte del paciente y la experiencia del operador son los factores de riesgo más relacionados con el desarrollo de alveolitis seca postextracción.

# Factores de riesgo asociados con una mayor incidencia de alveolitis seca postextracción: Una revisión sistemática.

Vale Braña M, Lagares Torres D, Gutiérrez Pérez JL, Baus Domínguez M.

## Introducción

Las alveolitis son las complicaciones postexodoncia más frecuentes, dentro de ellas, la más importante se considera la alveolitis seca debido a su clínica muy típica, caracterizada por el dolor intenso que produce, requiriéndose mayor atención y estudio de la entidad (1). Se define como un proceso inflamatorio agudo, no purulento, localizado y reversible del alvéolo, que representa un retraso en la curación de la herida alveolar (1-3). A pesar de varios factores de riesgo, la causa exacta y los mecanismos subyacentes de la alveolitis seca aún no están claros (2-6).

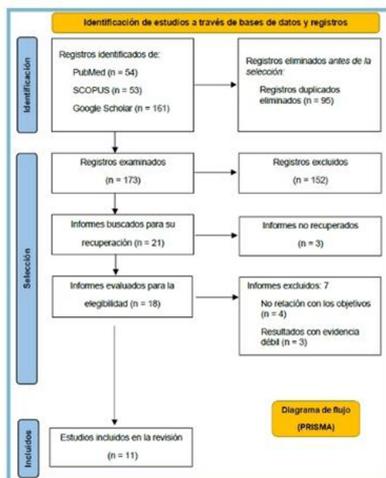
## Objetivos

Conocer, identificar y describir los diferentes factores de riesgo asociados con una mayor incidencia de alveolitis seca postextracción.

## Material y métodos

Se emplearon las bases de datos PubMed, Scopus y Google Scholar, introduciendo los términos: "dry socket", "dental", "alveolitis", "factors", "risk factor", junto con el operador booleano "AND". La búsqueda se limitó a estudios publicados en los últimos 10 años, con límite de idioma de español o inglés.

## Resultados



## Discusión

Se evaluaron factores generales como la edad avanzada (3,21,23,24) y el género femenino (3,18,20,23,24), factores sistémicos como la antibioterapia (3), quimioterapia (22) y enfermedades sistémicas asociadas con la patología de estudio (10,21,24,25). De la misma manera, factores postoperatorios; tabaquismo (3,18-24), higiene bucodental deficiente (23) y conductas inadecuadas (4,24), además de factores relacionados con el profesional, como: maniobras quirúrgicas complejas (18,23), cantidad y técnica anestésica, (4,20), trauma operatorio (3,20-23) y experiencia del operador (23).



Figura 1: Presentación clínica de alveolitis seca que se produjo en una mujer después de la extracción del 46.



Figura 2: Presentación clínica de alveolitis seca con coágulo desmenuado cuatro días después de la extracción dental del 25.

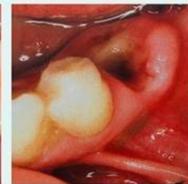


Figura 3: Aspecto clínico de la alveolitis seca.

AUTORES	AÑO	PAIS	TIPO DE ESTUDIO	FACTOR ESTUDIADO	CONCLUSIONES
Flores, D. et al (18).	2023	Cuba	Estudio descriptivo transversal.	Tabaquismo, género femenino y maniobras quirúrgicas complejas.	Existe una relación significativa
Knosierek, W. et al (19).	2023	Polonia	Revisión sistemática.	Tabaquismo	Fumar cigarrillos está relacionado con un mayor riesgo de alveolitis seca.
Markiewicz, J. et al (20).	2020	Argentina	Estudio descriptivo, observacional y transversal.	Género femenino, cantidad y técnica anestésica, tabaquismo y trauma operatorio.	Controversia con respecto a la asociación de alveolitis a factores de riesgo.
Frueto, E. et al (21).	2019	Ecuador	Revisión narrativa.	Infección bacteriana, anticonceptivos, tabaquismo, trauma operatorio, enfermedad sistémica, edad avanzada.	La alveolitis se asocia a las extracciones difíciles y traumáticas, exceso de anestesia local, inmunosupresión, factores bacterianos, y otras.
Vettori, E. et al (22).	2019	Italia	Estudio de cohorte retrospectivo.	Tabaquismo, quimioterapia y trauma operatorio.	Minimizar el trauma, una técnica quirúrgica adecuada y el seguimiento de las recomendaciones minimiza la aparición del cuadro.
Rakhsian, V. et al (23).	2018	Irán	Revisión narrativa.	Higiene, dificultad de extracción y trauma, experiencia del operador, tabaquismo, género femenino y edad.	Es más probable que el trauma de la cirugía y la inexperience del cirujano sean factores causantes o de riesgo de la alveolitis seca.
González, X. et al (24).	2017	Cuba	Estudio descriptivo, observacional y transversal.	Género femenino, edad, tabaquismo, conductas inadecuadas y diabetes mellitus.	Existe relación significativa entre la presencia de alveolitis y pacientes femeninos mayores de 35 años, asociado al tabaquismo y conductas inadecuadas.
Solis, U. et al (25).	2017	Ecuador	Revisión bibliográfica.	Enfermedades reumáticas.	Las manifestaciones bucales pueden ser expresión del síndrome reumático, pero también pueden inducir su aparición o ser las causantes de su descompensación.
León, V. et al (3).	2016	Cuba	Estudio descriptivo, observacional y transversal.	Género femenino, edad, tabaquismo, trauma operatorio y antibioterapia.	La edad, género y tabaquismo tienen influencia en la aparición de alveolitis seca, mientras que el trauma operatorio y el tratamiento con antibióticos no demostraron resultados significativos.
García, V. et al (10).	2014	Cuba	Estudio descriptivo transversal.	Enfermedades reumáticas.	La presencia de enfermedades reumáticas aumenta la aparición de complicaciones como la alveolitis, mientras mayor sea el tiempo de evolución mayor será la probabilidad de aparición de esta complicación.
Rey, Y. et al (4).	2013	Cuba	Estudio descriptivo transversal.	Conductas inadecuadas, cantidad de anestesia.	Se encontró una asociación muy significativa entre el uso excesivo de anestesia y algunas conductas inadecuadas del paciente con la alveolitis seca.

## Conclusión

Se han identificado un total de 12 factores de riesgo asociados con la **alveolitis seca**. Se determinó que la **edad avanzada, las enfermedades sistémicas asociadas, la quimioterapia, el tabaquismo, las conductas inadecuadas por parte del paciente y la experiencia del operador** son los factores de riesgo más relacionados con el desarrollo de alveolitis seca postextracción.



## **CIRUGÍA PERIAPICAL: EXPOSICIÓN DE UN CASO. MTA O IRM. ¿CUÁL DE LOS DOS TIENE UN MEJOR PRONÓSTICO?**

Autores: María del Pilar Carrero Rodríguez-Brioso (Clínica Dental Carrero, Jerez de la Frontera), María del Pilar Rodríguez-Brioso (Odontóloga en el Servicio Andaluz de Salud), Ángel Carrero Vazquez (Médico-Odontólogo en práctica privada), José Luis Gutiérrez Pérez (director del Master Cirugía Bucal Sevilla), Daniel Torres Lagares (director del Master Cirugía Bucal Sevilla), María Baus Domínguez (Coordinadora del Master Cirugía Bucal Sevilla).

### **INTRODUCCIÓN**

La lesión periapical aparece, en la mayoría de los casos, por una necrosis de la pulpa dental, que puede originarse por múltiples factores entre los que se destaca la infección. Esta cirugía involucra la acción quirúrgica sobre el tercio apical del diente, una sucesión de pasos para finalmente, obtener el conducto radicular de manera retrógrada.

### **OBJETIVO**

El objetivo que se persigue es conocer la mejor evidencia científica disponible acerca de qué material de obturación (MTA vs. IRM) presenta un mejor pronóstico, a través de una revisión bibliográfica de la literatura junto con la exposición de un caso reportado.

### **MATERIAL Y MÉTODOS**

Búsqueda electrónica en las bases de datos Scopus/Elsevier y Pubmed/Medline, junto con una búsqueda manual en el libro de Donado et. al. Solo se han escogido artículos publicados en castellano e inglés, todos posteriores al año 2015, siendo todos ellos, metaanálisis, revisiones sistemáticas y distintos casos. La estrategia de búsqueda utilizada fue: "Apicoectomy AND "biocompatible materials", "Root end-filling" AND "materials", "Apical surgery" OR "Apicoectomy".

### **DISCUSIÓN**

En el presente caso, se realizó una cirugía periapical en el incisivo lateral derecho por la presencia de una lesión apical con sintomatología dolorosa. En los últimos años, el MTA ha sido el material de elección para la obturación retrógrada del conducto radicular. No obstante, existen numerosos estudios que afirman que el IRM presenta una efectividad y un correcto sellado, en contraposición de lo que reportan otros manuscritos, donde se observa que el fraguado del MTA no es del todo adecuado y que ello, puede conllevar al fracaso del tratamiento. En el caso reportado se lleva a cabo la obturación del conducto con IRM, posterior regeneración de la cavidad con xenoinjerto y control a los 3 meses.

### **CONCLUSIONES**

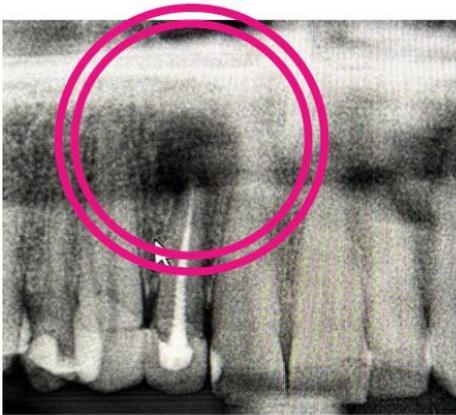
La cirugía periapical es una alternativa de tratamiento conservadora que persigue evitar la exodoncia del diente afectado y poder mantenerlo en boca la mayor parte del tiempo posible. A pesar de que presenta una elevada tasa de éxito, existen indicaciones y contraindicaciones que se deben tener en cuenta a la hora de valorar el caso en cuestión. Lo esencial es un correcto diagnóstico previo. El IRM es el material más efectivo para la obturación debido a los estudios publicados los últimos años.

## CIRUGÍA PERIAPICAL: EXPOSICIÓN DE UN CASO. MTA O IRM ¿CUÁL DE LOS DOS TIENE UN MEJOR PRONÓSTICO

*Carrero Rodriguez-Brioso,P; Maria del Pilar Rodríguez-Brioso; Carrero Vazquez, A; Gutiérrez Pérez, JL; Torres Lagares,D; Baus Domínguez, M. Master Cirugía Bucal. Facultad de Odontología. Universidad de Sevilla*

### INTRODUCCIÓN

La lesión periapical aparece, en la mayoría de los casos, por una necrosis de la pulpa dental, que puede originarse por múltiples factores entre los que se destaca la infección (1). Esta cirugía involucra la acción quirúrgica sobre el tercio apical del diente, una sucesión de pasos para finalmente, obturar el conducto radicular de manera retrógrada (2).



### OBJETIVOS

Conocer la mejor evidencia científica disponible acerca de qué material de obturación (MTA vs. IRM) presenta un mejor pronóstico, a través de una revisión bibliográfica de la literatura junto con la exposición de un caso reportado.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha hecho uso de las bases de datos como PubMed y Scopus, utilizando palabras clave como "apical surgery", "apicoectomy" y estrategias de búsqueda como "apicoectomy" AND "filling materials". Los criterios de inclusión se limitaron a: artículos publicados en inglés y castellano, artículos posteriores al año 2004, libros, revisiones sistemáticas y distintos casos.

## CASO CLÍNICO



### DISCUSIÓN

En el presente caso, se realizó una cirugía periapical en el incisivo lateral derecho por la presencia de una lesión apical con sintomatología dolorosa(3). En los últimos años, el MTA ha sido el material de elección para la obturación retrógrada del conducto radicular(3-5). No obstante, existen numerosos estudios que afirman que el IRM presenta una efectividad y un correcto sellado, en contraposición de lo que reportan otros manuscritos, donde se observa que el fraguado del MTA no es del todo adecuado y que ello, puede conllevar al fracaso del tratamiento. (6-8).En el caso reportado se lleva a cabo la obturación del conducto con IRM, posterior regeneración de la cavidad con xenoinjerto y control a los 3 meses.

### CONCLUSIONES

La cirugía periapical es una alternativa de tratamiento conservadora que persigue evitar la exodoncia del diente afectado y poder mantenerlo en boca la mayor parte del tiempo posible. A pesar de que presenta una elevada tasa de éxito, existen indicaciones y contraindicaciones que se deben tener en cuenta a la hora de valorar el caso en cuestión. Lo esencial es un correcto diagnóstico previo. El IRM es el material más efectivo para la obturación debido a los estudios publicados los últimos años.



### BIBLIOGRAFÍA

## MALIGNIZACIÓN LIQUEN PLANO ORAL: REPORTE DE CASO CLÍNICO.

Autores: Vázquez, Calvache, P ; Gándara, Vila, P ; Sanmartín, Barragáns, V ; Otero, Rey, E ; García, García, A; Blanco, Carrión, A.

Unidad: Medicina Oral, Máster de Medicina Oral, Cirugía Oral e Implantología (USC).

### INTRODUCCIÓN

El liquen plano oral, es una patología frecuente en las consultas de medicina oral. La mayoría de los casos, son formas blancas asintomáticas. Pero no debemos perder de vista el seguimiento de los pacientes, puesto que está considerada una lesión "potencialmente maligna" y aunque poco comunes, algunas lesiones tienden transformarse.

### OBJETIVO

Mostrar el seguimiento de un caso clínico de liquen plano oral que evolucionó hacia una lesión maligna.

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

El paciente se trata de un varón de 63 años de edad, que fue referido por su centro de atención primaria, por primera vez al servicio de Medicina Oral, del Máster de Medicina Oral, Cirugía Oral e Implantología de Santiago de Compostela (USC), el 6 de Abril de 2022 y se mantiene en seguimiento por nuestra parte, así como por parte del servicio de Cirugía Maxilofacial del Centro Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (CHUS).

En el momento de la derivación, se encontraba a tratamiento con acetónido de triamcinolona al 0,5% en solución acuosa, 1 enjuague al día, por presentar lesiones reticulares en ambas mucosas yugales, erosivas en mucosa yugal izquierda y reborde edéntulo alveolar del 3º cuadrante compatibles con liquen plano oral, de las cuales tenía diagnóstico histopatológico previo, sin resultados de displasia epitelial.

Durante el seguimiento, se mantuvo la dosis de acetónido de triamcinolona al 0,5% durante tres veces al día, sin embargo, se observó que la lesión atróficoerosiva de la mucosa yugal izquierda, persistía. Por ello, se decidió: Aumentar la pauta de acetónido a 3 veces al día y solicitar dos nuevas biopsias: Una de mucosa yugal izquierda, con resultado de "Hiperplasia epitelial severa y displasia de bajo grado" y otra de reborde edéntulo, con resultado de "hiperplasia epitelial, con displasia de alto grado".

Actualmente continuamos con el seguimiento de este paciente.

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Hay que destacar la importancia del seguimiento clínico, en los pacientes de liquen plano oral. Aunque se obtenga un diagnóstico histopatológico previo de lesiones sin displasia y que estas se encuentren asintomáticas, por su potencial de malignización.

# MALIGNIZACIÓN LIQUEN PLANO ORAL REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

VÁZQUEZ, CALVACHE, P.; GÁNDARA, VILA, P.; SANMARTIN, BARRAGÁNS, V.; OTERO, REY, E.; GARCÍA, GARCÍA A; BLANCO, CARRIÓN, A.

## INTRODUCCIÓN

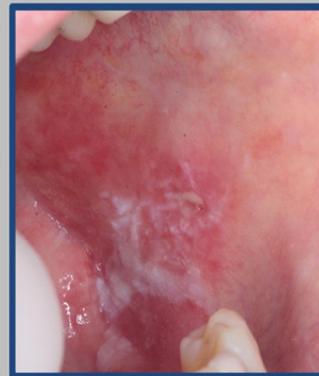
- El liquen plano es una enfermedad inflamatoria del epitelio escamoso estratificado de etiología desconocida. Se trata de una afección crónica con períodos de recaídas y remisiones, que requiere tratamiento sintomático a largo plazo y seguimiento de vigilancia. La mayoría de los casos, son formas blancas asintomáticas. Pero no debemos olvidar que los objetivos del tratamiento del LPO, deben ser: prevenir y detectar la transformación maligna y aliviar los síntomas a largo plazo.

## OBJETIVO

- Mostrar el seguimiento de un caso clínico de liquen plano oral que evolucionó hacia una lesión maligna.

## DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

- El paciente se trata de un **varón de 63 años** de edad, que fue referido por su centro de atención primaria, por primera vez al servicio de Medicina Oral, del Máster de Medicina Oral, Cirugía Oral e Implantología de Santiago de Compostela (USC), el 6 de Abril de 2022 y se mantiene en seguimiento por nuestra parte, así como por parte del servicio de Cirugía Maxilofacial del Centro Hospitalario Universitario de Santiago de Compostela (CHUS).
- En el momento de la derivación, se encontraba a tratamiento con acetónido de triamcinolona al 0,5% en solución acuosa, 1 enjuague al día, por presentar **lesiones reticulares en ambas mucosas yugales, erosivas en mucosa yugal izquierda y reborde edéntulo alveolar del 3º cuadrante** compatibles con liquen plano oral, de las cuales tenía diagnóstico histopatológico previo, **sin resultados de displasia epitelial**.
- Durante el seguimiento, se observó que **la lesión atrófico-erosiva de la mucosa yugal izquierda, persistía. Por ello, se decidió:**
  - **Aumentar la pauta de acetónido a 3 veces al día.**
  - **Solicitar dos nuevas biopsias:** Una de mucosa yugal izquierda, con resultado de **“Hiperplasia epitelial severa y displasia de bajo grado”** y otra de reborde edéntulo, con resultado de **“hiperplasia epitelial, con displasia de alto grado”**. Actualmente continuamos con el seguimiento de este paciente.



## DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

- Hay que **destacar la importancia del seguimiento clínico**, en los pacientes de liquen plano oral.
- **Aunque se obtenga un diagnóstico histopatológico previo de lesiones sin displasia y que estas se encuentren asintomáticas**, por su potencial de malignización.

## BIBLIOGRAFÍA

- Raj G, Raj M. Oral Lichen Planus. 2023 Feb 6. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan–.



## DESCOMPRESIÓN COMO TRATAMIENTO DE ELECCIÓN PARA LESIONES QUÍSTICAS DE LOS MAXILARES.

### INTRODUCCIÓN

Los quistes de los maxilares son una de las lesiones más frecuentes de la cavidad oral, encontrándose con una frecuencia 2,25 veces mayor en la mandíbula. Son varias las opciones que se plantean para su tratamiento teniendo en cuenta el riesgo que pueda llegar a ocasionar en estructuras vitales circundantes o el tamaño que presenten, ya que pueden alcanzar grandes volúmenes llegando a generar reabsorciones óseas, fracturas patológicas o desplazamientos de dientes adyacentes. La técnica de descompresión seguida de la enucleación se ha descrito como una técnica muy eficaz ya que reduce el volumen de la cavidad quística lo suficiente para, en un segundo tiempo, realizar la resección total de la lesión.

### OBJETIVOS

Realizar mediante una revisión bibliográfica la evaluación de la eficacia de la descompresión como tratamiento de elección para lesiones quísticas, teniendo como objetivo secundario el estudio de la reducción de volumen resultante tras el tratamiento con esta técnica.

### MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una búsqueda bibliográfica en la base de datos PubMed (MEDLINE) a través de una estrategia de búsqueda diseñada donde se aplicaron criterios de inclusión y exclusión para la selección de artículos siguiendo el diagrama de flujo de la guía PRISMA

### RESULTADOS

De los 208 artículos iniciales se acabaron seleccionando 8. Una vez examinados uno por uno se subdividieron en tres apartados diferentes: número de pacientes tratados, tipo de quiste que se incluyó en el estudio y su seguimiento.

### DISCUSIÓN

En cuanto a la eficacia de la técnica la mayoría de los autores consideran la descompresión como un tratamiento sencillo y rápido, con numerosas ventajas frente a otras técnicas, destacando su utilidad en lesiones quísticas de gran tamaño. Se plantea la posibilidad de la descompresión como único procedimiento o combinado con la enucleación. En cuanto a la reducción del volumen se evalúan los cambios histológicos pre y postdescompresión, el tiempo medio y en qué zona se produce un porcentaje mayor de reducción.

### CONCLUSIONES

La descompresión como tratamiento primario de lesiones quísticas de gran tamaño se puede considerar una técnica muy eficaz, observándose una reducción de volumen generalizada, siendo más evidente en la mandíbula. Además, se puede considerar la técnica de descompresión, seguida de la enucleación, una técnica muy predecible y con menores complicaciones.

## 1 INTRODUCCIÓN

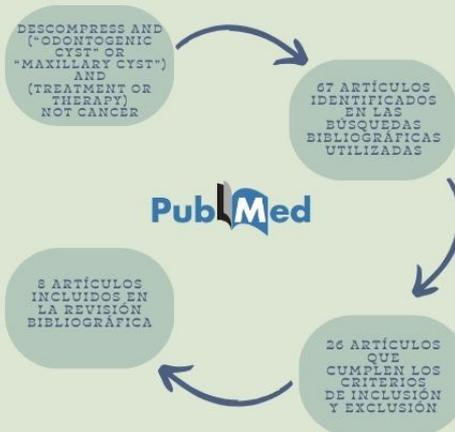
Los quistes de los maxilares son una de las lesiones más frecuentes de la cavidad oral, encontrándose con una frecuencia 2,25 veces mayor en la mandíbula (1). Son varias las opciones que se plantean para su tratamiento teniendo en cuenta el riesgo que pueda llegar a ocasionar en estructuras vitales circundantes o el tamaño que presenten, ya que pueden alcanzar grandes volúmenes llegando a generar reabsorciones óseas, fracturas patológicas o desplazamientos de dientes adyacentes (2,3). La técnica de descompresión seguida de la enucleación se ha descrito como una técnica muy eficaz ya que reduce el volumen de la cavidad quística lo suficiente para, en un segundo tiempo, realizar la resección total de la lesión (4,5).

## 2 OBJETIVOS

Evaluar la eficacia de la descompresión como tratamiento de elección para lesiones quísticas, teniendo como objetivo secundario evaluar la reducción volumétrica de la cavidad quística resultante tras el tratamiento



## 3 MATERIAL Y MÉTODOS



## 4 RESULTADOS

Autor et al. año	Tipo de estudio	Nº de pacientes	Tipo de quiste	Seguimiento	Conclusión
Bonavolontá et al. 2019	Estudio retrospectivo	47	Quistes odontogénicos no especificados	Mayo 2014-Febrero 2016	La descompresión seguida de la enucleación es la técnica más adecuada para el tratamiento primario de grandes quistes.
Ozkan et al. 2021	Estudio prospectivo	11	Quistes odontogénicos no especificados	Marzo 2020-Junio 2021	La descompresión seguida de cirugía para el tratamiento de quistes odontogénicos de gran tamaño es un método destacable con valores de satisfacción por parte de los pacientes.
Lee et al. 2017	Estudio retrospectivo	17	Quistes odontogénicos no especificados	De 1 a 8 años	Los pacientes tratados con descompresión mostraron una reducción en el tamaño de la lesión y una mayor sensibilidad con un tamaño de lesión más grande.
Asutay et al. 2016	Estudio retrospectivo	40	Lesiones quísticas mandibulares	De 2013 a 2015	La descompresión seguida de la enucleación podría ser un enfoque útil para el manejo de grandes lesiones quísticas mandibulares.
Mustansir-Yi-Hassnain et al. 2021	Estudio retrospectivo	10	Quistes odontogénicos no especificados	7,3 +/- 2 meses	Hubo una diferencia estadísticamente significativa en la proliferación del revestimiento epitelial antes y después de la descompresión.
Oliveros et al. 2017	Estudio retrospectivo	23	Quistes radiculares y quistes foliculares	Febrero 2008- febrero 2015	La descompresión como tratamiento inicial demostró ser eficaz.
Marín et al. 2019	Estudio retrospectivo	53	Quistes maxilares y mandibulares no especificados	2005-2015	La descompresión se realiza principalmente para evitar la morbilidad. Se puede emplear como único procedimiento o combinado con la enucleación posterior
Patel et al. 2022	Estudio prospectivo	30	Quistes maxilares y mandibulares no especificados	9,3 meses	Los beneficios de la técnica respecto otros métodos son los respecto al tiempo que toma el recambio óseo en adultos jóvenes.

## 5 DISCUSIÓN

### EFICACIA DE LA TÉCNICA

- La mayoría de artículos consideran la técnica como un tratamiento sencillo y rápido con numerosas ventajas (4,8).
- Procedimiento seguro, donde se evitarán complicaciones (4).
- Oliveros et al. 2017, destaca su utilidad en lesiones quísticas de gran tamaño (5).
- Ozkan et al. 2021, evalúa la satisfacción del paciente dando como resultado un gran nivel de satisfacción (2).
- Dependiendo de su histología se realizará descompresión como único procedimiento o combinado con enucleación (Marín et al. 2019) (6).
- Ninguna conclusión estable respecto a la edad (6,7).

### REDUCCIÓN DEL VOLUMEN

- Diferencias estadísticamente significativas en cuanto a la reducción del volumen al evaluar los cambios histológicos (Mustansir-Yi-Hassnain et al. 2021) (9).
- Tiempo medio de descompresión más corto y un 10% más de reducción en lesiones mandibulares (Lee et al. 2017) (7).
- La mayoría de autores generalizan disminución de volumen una vez realizada la técnica (4,5,6,10).

## 6 CONCLUSIÓN

1. La descompresión como tratamiento primario para lesiones quísticas de gran tamaño resulta una técnica muy eficaz.
2. Se observa una reducción del volumen bastante significativa, produciéndose en menor tiempo y con mayor efectividad en la zona mandibular.
3. La descompresión seguida de la enucleación podría ser una técnica predecible y con menores complicaciones en comparación con el tratamiento único mediante enucleación.

## 7 BIBLIOGRAFÍA



## LA INFLUENCIA DEL VPH COMO FACTOR RIESGO EN EL CÁNCER ORAL: REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Autor: Daniela Cortés

Tutores: José Luis Gutiérrez, Daniel Torres, Aida Gutiérrez y María Baus.

Unidad: Máster Cirugía Bucal, Universidad de Sevilla.

### INTRODUCCIÓN

El cáncer de cabeza y cuello y en concreto el cáncer oral de células escamosas (COCE) es uno de los más prevalentes del mundo. Los factores de riesgo más estudiados y asociados a este siempre han sido el tabaco y el alcohol, pero actualmente se han añadido otros factores que pueden influir de forma directa en la carcinogénesis del HNC como es el virus del papiloma humano (VPH). Siendo este un virus cada vez más común entre la población joven y por lo tanto en las consultas odontológicas. Objetivos: Estudiar la evidencia disponible que respalde la inclusión de la infección por VPH como factor de riesgo del cáncer oral, la relación entre la prevalencia del VPH y el cáncer oral, y su mecanismo de transmisión y factores de riesgo.

### MATERIAL Y MÉTODO

Para la realización de esta revisión se han utilizado un total de 9 artículos encontrados en diferentes bases de datos como Pubmed y Scopus.

### RESULTADOS

Se encontró que varios estudios encuentran relación entre el desarrollo del VPH, en concreto en su forma VPH16 y el desarrollo de cáncer oral, pero no a un nivel tan alto como sí lo hacen el tabaco y el alcohol. Se relacionó la prevalencia del cáncer oral con países en vías de desarrollo, en los cuales la educación sexual y la vacunación contra el VPH no están tan extendidas, añadiendo además el gran consumo de tabaco y alcohol que estos presentan.

### CONCLUSIONES

Se necesitan aún más estudios para describir la influencia del VPH en el desarrollo del cáncer oral, pero sí se puede añadir como un factor de riesgo, dado que se conocen los genes que actúan sobre las proteínas del huésped supresoras de tumores.

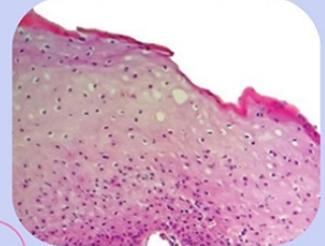
## I. Introducción

El cáncer de cabeza y cuello representa alrededor del 4,8% de todos los cánceres alrededor del mundo, siendo el 90% de estos Carcinoma de células escamosas (COCE) (1-3).

Factores de Riesgo (4).

1. Tabaco
2. Alcohol
3. VPH/EBV
4. Inmunodeficiencia

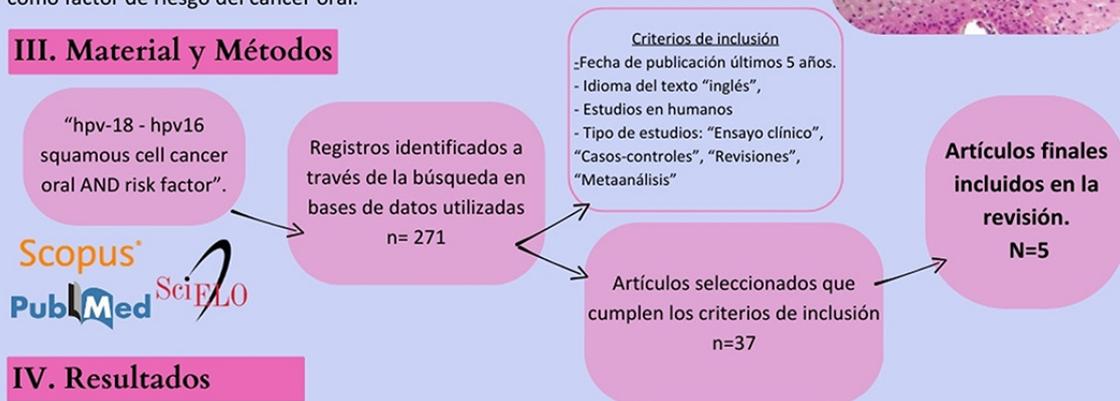
El virus del papiloma humano es un virus de ADN bicatenario sin envoltura con un genoma circular de alrededor de 8.000 pares de base. Los VPH infectan y se replican en las células epiteliales de piel y mucosas (4-5).



## II. Objetivos

Estudiar la evidencia disponible que respalde la inclusión de la infección por VPH como factor de riesgo del cáncer oral.

## III. Material y Métodos



## IV. Resultados

Autor y año	Tipo de estudio	Resultados	Conclusiones
V. Budu, y cols. 2019	Revisión bibliográfica	El VPH tipo 16 es la causa principal (más del 80%) de este tipo de COCE, seguido del VPH 18 (3%).	Debe realizarse la prueba del VPH de alto riesgo para todos los nuevos pacientes con COCE.
Hideo Shigeishi, y cols. 2023	Revisión bibliográfica	Las tasas de positividad del VPH son del 20% al 30% en el carcinoma oral de células escamosas, y el VPH16 es el VPH de alto riesgo más común.	El ADN episomal del VPH tiene el potencial de participar en la transformación maligna de la displasia epitelial oral.
Zheng Yang, y cols. 2023	Estudio de casos y controles.	El VPH16 en fumadores y bebedores seronegativos presentan menos del doble de riesgo de COCE general.	Estos resultados sugieren un fuerte efecto combinado de la exposición al VPH16, el tabaquismo y el alcohol en el COCE general.
M. Makvandi, y cols. 2022	Estudio prospectivo	166 muestras, el 84,33% cavidad oral y el 16,42% orofaringe. 32 casos fueron VPH positivos (16,42% de cavidad oral y 34,6% de orofaringe). El VPH se detectó en el 36,36%, 25% y 16,42% de los tumores de base de lengua, amígdalas y lengua oral.	El VPH se asoció más con el cáncer de orofaringe. Esta asociación se ha relacionado con varios factores, como la exposición oral y orofaríngea repetida al VPH debido al cambio en los patrones de conducta sexual.
F. Petrelli y cols. 2023	Revisión bibliográfica	La mejora de la supervivencia surgió solo en el carcinoma hipofaríngeo.	La infección por VPH puede aumentar el riesgo de cáncer de la cavidad oral y nasofaríngeo, sin embargo, el pronóstico no se ve influido.

## V. Discusión

La seropositividad del VPH16 se asoció más significativamente con un mayor riesgo de COCE que el tabaquismo y el consumo de alcohol (5). El riesgo de infección oral por VPH16 era 5,5 veces mayor en la displasia epitelial oral en comparación con los tejidos normales (6). Son importantes las estrategias contra la infección por VPH, como la educación sanitaria y la vacunación en ambos sexos, la cual puede prevenir una mayor aparición de cánceres de cuello uterino VPH positivos y COCE (7-9).

## VI. Conclusiones

1. Existen cepas del virus que se consideran de alto riesgo, como es la 16 y la 18 que pueden llegar a interferir en la actividad normal reguladora de proteínas supresoras de tumores que poseen los seres humanos.
2. El COCE es el que tiene una mayor relación con el VPH.
3. Es necesario que se homogenicen los distintos métodos de estudio

## VII. Bibliografía



## RESULTADOS ESTÉTICOS DEL ALARGAMIENTO CORONARIO.

Autores: Guiomar Escalza Clavero; María Baus Domínguez; José Luis Gutiérrez Pérez; Daniel Torres Lagares.

Unidad: Máster Cirugía Bucal Avanzada. Facultad de Odontología. Universidad de Sevilla.

### INTRODUCCIÓN

La estética dental es un objetivo clave en odontología, en la actualidad los pacientes presentan expectativas muy altas al respecto, pequeñas desviaciones de la norma pueden requerir tratamiento o dar resultados no ideales. Se necesita un protocolo sólido basado en principios biológicos y quirúrgicos para integrar los aspectos dentales y periodontales de manera armoniosa. El alargamiento de coronas es un procedimiento común en cirugía periodontal. Se realiza para abordar problemas como caries bajo las encías, fracturas dentales y otros. En casos de sonrisa gingival debido a una erupción dental alterada, se considera el alargamiento coronario por razones estéticas.

### OBJETIVO

Evaluar las diferentes técnicas para llevar a cabo el alargamiento de la corona dental en la zona anterior con fines estéticos.

### MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda bibliográfica en la base de datos PubMed (MEDLINE) y Cochrane Library. Las palabras claves utilizadas fueron "Crown lengthening AND esthetic". Se seleccionaron artículos publicados hasta la actualidad y que fueran revisiones sistémicas o ensayos clínicos.

### RESULTADOS

Usando estos criterios de inclusión y tras una lectura detallada de los resúmenes se incluyó un total de 7 artículos. De esta manera, se seleccionaron los estudios más relevantes en relación al tema de investigación.

### DISCUSIÓN

Las técnicas convencionales evaluadas para el tratamiento quirúrgico de la erupción pasiva alterada fueron el colgajo reposicionado apicalmente con osteoplastia vestibular y el colgajo reposicionado apicalmente con osteoplastia y ostectomía. Se determinó que la futura forma y dimensiones de los dientes dependerá principalmente de la relación topográfica entre la cresta ósea y el LAC, del grosor del tejido óseo y de los tejidos blandos vestibulares e interproximales. Además, que la remoción de una cantidad igual o superior a 1.5 mm de hueso produce un aumento de la longitud de la corona. Un adecuado diseño del colgajo de reposición apical confiere al paciente de una buena estética postquirúrgica en un plazo más corto. Por lo que es un factor influyente en los resultados de este procedimiento.

### CONCLUSIONES

La técnica de colgajo de reposición apical con osteoplastia y ostectomía para la cirugía de alargamiento coronario ha dado los resultados más ventajosos. Hay estudios que afirman que la no remoción del tejido óseo podría llevar a una recidiva parcial de la erupción pasiva alterada.

## 1 INTRODUCCIÓN

La **estética dental es fundamental en odontología** debido a las altas expectativas de los pacientes. Se necesita un **protocolo sólido** que combine aspectos dentales y periodontales(1). El **alargamiento de coronas** es un procedimiento común para abordar problemas como caries bajo las encías, fracturas dentales y **sonrisa gingival por erupción dental alterada con fines estéticos(2)**.

## 3 MATERIAL Y MÉTODO



## 5 DISCUSIÓN

Colgajo reposicionado apicalmente con osteoplastia vestibular



Giovanni Zucchelli. Edición española.

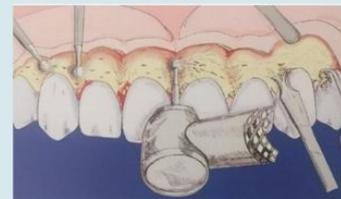
Forma y Dimensiones(3)



Remoción ≥ 1.5 mm òseo(3)

Diseño de colgajo(3)

Colgajo reposicionado apicalmente con osteoplastia y ostectomía



Giovanni Zucchelli. Edición española.

## 6 CONCLUSIONES

La técnica de colgajo de reposición apical con **osteoplastia y ostectomía** es la más beneficiosa para la cirugía de alargamiento coronario. Algunos estudios sugieren que no eliminar el tejido óseo puede provocar una recidiva parcial de la erupción pasiva alterada.

## 2 OBJETIVO

Evaluar las diferentes técnicas para llevar a cabo el alargamiento de la corona dental en la zona anterior con fines estéticos.



TABLA COMPLETA

## 4 RESULTADOS

Autor	Tipo de estudio	Participantes	Objetivos	Conclusión
Cleverson, O et al., 2015	Estudio prospectivo	32 pacientes	Evaluar los resultados del procedimiento de alargamiento coronario estético para el tratamiento de erupción pasiva alterada	La cirugía estética de alargamiento de corona produce altos niveles de satisfacción del paciente y resultados predecibles y estables a corto plazo.
Nethravathy, R et al., 2013	Ensayo clínico	15 pacientes	Evaluar clínicamente las 3 diferentes técnicas de alargamiento coronario	Esta técnica se puede utilizar para tratar con éxito una estructura de corona muy dañada como resultado de fractura dental, caries dental y factores iatrogénicos, especialmente en la región anterior, donde la estética es de gran preocupación.
Bibbero, F et al., 2014	Ensayo clínico	28 pacientes	Comparar los resultados clínicos de la técnica convencional (colgajo de reposición apical) y la técnica mínimamente invasiva (sin colgajo)	Las cirugías de FL y OF produjeron resultados clínicos estables y similares hasta por 12 meses. FL ECL puede ser un enfoque alternativo predecible para el tratamiento de EGD.
Laroling, S et al., 2003	Ensayo clínico	23 pacientes	Evaluar los cambios posicionales del tejido periodontal, en concreto, del ancho biológico después de una cirugía de alargamiento coronario	Durante el alargamiento quirúrgico de la corona se bajó el nivel óseo para la colocación del margen protésico y restablecimiento del ancho biológico. La anchura biológica, en los sitios tratados, se restableció a su dimensión vertical original a los 6 meses. Además, se observó una ganancia constante de 3 mm de estructura dental coronal en los exámenes de los 3 y 6 meses.

## 7 BIBLIOGRAFÍA



## RESOLUCIÓN DE COMPLICACIÓN EN INJERTO DE TEJIDO CONECTIVO EN ZONA ESTÉTICA: REPORTE DE UN CASO.

### INTRODUCCIÓN

La técnica de recubrimiento radicular esta descrita desde 1982(1), aunque ha tenido mejoras en la incorporación de nuevos enfoques y abordajes en los últimos años.

Los factores etiológicos de las recesiones gingivales mas comúnmente referidos son trauma oclusal, cepillado incorrecto y trauma mecánico producido por prótesis mal adaptadas o dispositivos como piercings así como también mal posición dental, la relación de diente y hueso, movimientos ortodóncicos, inserciones musculares o presencia de frenillos. Son factores que se pueden considerar como los mas comunes (2).

Sin mencionar que también existen otros factores que vinculan el desenvolvimiento de un profesional odontólogo con antelación, como los que pueden ser cirugías en dientes vecinos que puedan afectar los márgenes gingivales (4), enfermedades periodontales persistentes como periodontitis (3), tumores e infecciones por virus(5).

Estos estímulos son especialmente nocivos porque se producen de forma repetida y aunque en un primer vistazo puedan ser considerados inofensivos pueden producir recesiones gingivales de mas de 3mm y perdida de soporte de la pieza dental.

El tratamiento de la recesión gingival fundamentalmente se basa en tres aspectos: estética, sensibilidad dental y salud gingival, como cualquier terapia quirúrgica no esta exenta de complicaciones que deben ser manejadas y resueltas por el profesional.

### MATERIAL Y MÉTODOS

En este caso que presentamos, nuestra paciente de 31 años que recibió un traumatismo a los diez años de edad por el cual se fracturó un tercio de corona dental en el 21.

La paciente solicita hacer modificaciones a criterio del profesional para mejorar de forma estética sus dientes, fundamentalmente los anteriores tras un tratamiento de ortodoncia.

Presenta recesión gingival de 2.5mm de altura hacia apical sin traspasar la linea mucogingival pero si existe una disminución de tamaño en la papila distal en el diente 21 con clasificación II de Miller (6,7,8), junto con desequilibrio de márgenes gingivales de los dientes 14,13,12,11,22 ,23, 24. Se planificó para este caso injerto de tejido conectivo en diente 21, así como alargamiento de corona en dientes 22, 23, 24 y 14, para finalizar el tratamiento con carillas en dientes 11,12,13,14,16, 21,22 ,23 ,24 y 26. La técnica elegida para recubrimiento radicular fue Injerto de tejido conectivo supraperiostico tunelizado del diente 21.

### COMPLICACIÓN

La paciente acudió por desgarro del hilo de sutura al cuarto día posterior a la cirugía de recubrimiento radicular, lográndose una bifurcación en el area injertada, esto ocurrió al realizar el cepillado dental en los dientes anteriores en contra de las indicaciones dadas.

### CONCLUSIÓN

EEI resultado fue exitoso a pesar de la presentación de la complicación de desgarro de hilo de sutura a los 4 días de la cirugía de recubrimiento radicular, hubo la necesidad de realizar una minima gingivectomia para mejorar la forma del cenit del diente con la exposición radicular de 2.5 mm. Se prevé hacer hincapié en las indicaciones postquirurgicas con mayor énfasis, hacer uso de colutorios de clorhexidina al 0.12% (9) posterior a los tratamientos quirúrgicos, adicionalmente también recetar a los pacientes con antiinflamatorios via oral.

**BIBLIOGRAFÍA**

1. Raetzke P. Praxisnahe Methoden der parodontalen Lokaltherapie. Practical methods of local periodontal therapy. Zahnarztl Prax. 1982 Apr 8;33(4):144, 146, 148-53. German. PMID: 6956145.
2. Hall WB. Present status of soft tissue grafting. J Periodontol 48:587; 1977
3. Trott JR, Love B. An analysis of localized gingival recession in 766 gingival recessions in 766 Winnipeg High School Student. Dent practice 16:209; 1960.
4. Pini Prato GP, Rotundo R, Magnani C, Ficarra G. Viral etiology of gingival recession. Acaso report. J Periodontol 73(1):110;2002.
5. Foushee DG, Moriarty JD, Simpson DM. Effects of mandibular orthognatic treatment on mucogingival tissue. J Periodontol 56:727;1985
6. Guttiganur N, Aspalli S, Sanikop MV, Desai A, Gaddale R, Devanoorkar A. Classification systems for gingival recession and suggestion of a new classification system. Indian J Dent Res. 2018 Mar-Apr;29(2):233-237. doi: 10.4103/ijdr.IJDR\_207\_17. PMID: 29652020.
7. Miller PD. Miller Classification of Marginal Tissue Recession Revisited After 35 Years. Compend Contin Educ Dent. 2018 Sep;39(8):514-520. PMID: 30188152.
8. Pini-Prato G. The Miller classification of gingival recession: limits and drawbacks. J Clin Periodontol. 2011 Mar;38(3):243-5. doi: 10.1111/j.1600-051X.2010.01655.x. Epub 2010 Dec 15. PMID: 21158897.
9. Pluss EM, Engelberger PR, Rateischak KH. Effect of chlorhexidine on dental plaque formation under periodontal pack. J Clin Periodontol 2:136; 1975

# RESOLUCION DE COMPLICACIONES EN INJERTO DE TEJIDO CONECTIVO EN AREA ESTETICA REPORTE DE UN CASO

Arbelaez - Bonozo L, Delgado - Villamar C.  
Facultad de Odontología, Universidad de Sevilla. España  
Daez Dental Industrie. Practica privada. Guayaquil, Ecuador



## 1 Introducción

La técnica de recubrimiento radicular esta descrita desde 1982(1), aunque ha tenido mejoras en la incorporación de nuevos enfoques y abordajes en los últimos años.

Los factores etiológicos de las recesiones gingivales mas comúnmente referidos por distintos tipos de trauma.

El tratamiento de la recesión gingival se basa en restablecer la salud en tres aspectos: estética, sensibilidad dental y funcionalidad.



Identificar la mejor manera de solucionar una complejidad en el tratamiento de injertos de tejido conectivo

## 2 Objetivos

## 3 Materiales y Métodos

Paciente de 31 años.

La paciente solicita tratamiento de carillas y mejora estética, tras un tratamiento de ortodoncia, presenta recesión gingival de 2.5mm de altura hacia apical en el diente 21 con clasificación I de Miller (2,3,4) junto con desequilibrio de márgenes gingivales del 14,13 ,12 ,21 ,22 ,23 ,24.

Se planificó para este caso injerto de tejido conectivo en diente 21, así como alargamiento de corona en dientes 22, 23, 24 y 14, para finalizar el tratamiento con carillas en dientes 11,12,13,14,16,21,22 ,23 ,24 y 26.

### Complicación

La paciente acudió por desgarro del hilo de sutura al octavo día posterior a la cirugía, por causa del cepillado dental en los dientes anteriores en contra de las indicaciones dadas. Se procedió a reavivar los bordes de la herida con una fresa redonda diamantada para promover la cicatrización en segunda intension del colgajo y mediante un punto de sutura lograr la aproximación de los bordes.

Se prescribió de forma intensiva 3 veces al día, gel de clorhexidina.

La paciente acudió a control y retirada de puntos a los 15 días.



## 5 Conclusiones

Las complicaciones relacionadas con los injertos de tejido conectivo descritas en la literatura sobre todo están relacionadas con la viabilidad del injerto o con las cicatrices remanentes. Aquellas producidas por una falta de cumplimiento de los pacientes de las normas postoperatorias no suelen ser descritas en la literatura. En dichas situaciones, un diagnostico temprano, así como una actuación rápida, el uso de terapia antiséptica y pro cicatrizante típica puede ser de mucha utilidad para resolver la complicación de forma completa.

Se obtuvo un recubrimiento radicular hasta la línea amelocementaria del diente 21. Se cumplió con la clasificación de contorno gingival clase 1 mediante gingivectomias. Se realiza control anual y se conservan los resultados.

## 4 Resultados



## Bibliografía

1. Raetzke P. Praxisnahe Methoden der parodontalen Lokaltherapie [Practical methods of local periodontal therapy]. Zahnarztl Prax. 1982 Apr 8;33(4):144, 146, 148-53. German. PMID: 6956145.
2. Guttigamur N, Asgilli S, Sanikop MV, Desai A, Gaddale R, Devanjoorkar A. Classification systems for gingival recession and suggestion of a new classification system. Indian J Dent Res. 2018 Mar-Apr;29(2):233-237. doi: 10.4103/ijdr.IJDR\_207\_17. PMID: 29650290.
3. Miller PD. Miller Classification of Marginal Tissue Recession Revisited After 35 Years. Compend Contin Educ Dent. 2018 Sep;39(9):514-520. PMID: 30188152.
4. Pini-Prato G. The Miller classification of gingival recession: limits and drawbacks. J Clin Periodontol. 2011 Mar;38(3):243-5. doi: 10.1111/j.1600-051X.2010.01655.x. Epub 2010 Dec 15. PMID: 21158897.
5. Cortellini P, Tonetti M, Balci O, Francetti L, Rasperini G, Rotundo R, Nieri M, Franceschi D, Labriola A, Prato GP. Does placement of a connective tissue graft improve the outcomes of coronally advanced flap for coverage of single gingival recessions in upper anterior teeth? A multi-centre, randomized, double-blind, clinical trial. J Clin Periodontol. 2009 Jun;36(1):68-79. doi: 10.1111/

## MANEJO DE FRACTURA DE AGUJA DENTAL EN PACIENTE INFANTIL: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autores:

Rodríguez-Menacho, D. Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla. Sevilla.

Ribas-Pérez, D. Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla. Sevilla.

Villalva Hernández-Franch, P. Servicio Andaluz de Salud. Sevilla.

Castañó-Séiquer, A. Facultad de Odontología de la Universidad de Sevilla. Sevilla.

### INTRODUCCIÓN

La práctica odontológica no está exenta de riesgos y complicaciones, máxime cuando se trata de pacientes pediátricos. Se trata de analizar un caso singular: rotura de una aguja al realizar la técnica anestésica del nervio dentario inferior para la realización de una obturación en un molar inferior en un paciente infantil con padres divorciados que no guardan buena relación.

### OBJETIVOS

Analizar los riesgos y complicaciones de las técnicas anestésicas en Odontopediatría. Valorar la información que se facilita de forma previa a los padres o tutores del menor, y el contenido del documento de consentimiento informado escrito. Establecer un protocolo en el supuesto de que acontezca este tipo de complicación en la clínica.

### METODOLOGÍA

Se ha analizado (i) la doctrina científica sobre riesgos y complicaciones en cirugía (técnicas anestésicas) tanto en manuales de referencia como en artículos científicos; (ii) la normativa sobre clínicas dentales y el tratamiento de pacientes infantiles en Andalucía; y (iii) una sentencia judicial de un Juzgado de Primera Instancia de Sevilla de un caso.

### RESULTADOS

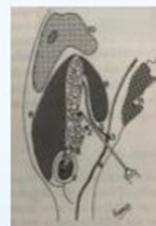
La doctrina científica general recoge la rotura de agujas como un riesgo que se puede producir en la práctica clínica diaria, aunque de forma muy excepcional. En Andalucía la decisión de la presencia de los padres en el gabinete es decisión del facultativo. La derivación a un servicio de urgencias para que sea atendido se antoja necesario porque las clínicas dentales convencionales no suelen disponer del equipamiento necesario para la extracción del fragmento roto. La participación de la Fiscalía y la decisión judicial es obligada cuando no existe acuerdo entre los progenitores del menor, cualquiera que sea el estado civil de ambos.

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Entendemos necesario establecer un protocolo para el supuesto de rotura de agujas, haciéndolo extensivo para otros riesgos y complicaciones, para ejercer la profesión con seguridad jurídica y para el mayor interés del menor en la asistencia odontológica. La mención del riesgo en el documento de consentimiento informado es interesante, así como la debida diligencia del facultativo para minimizar los daños y perjuicios que se pueden producir.

### INTRODUCCIÓN

La práctica odontológica no está exenta de riesgos y complicaciones, máxime cuando se trata de pacientes pediátricos. Se analiza un caso singular: rotura de una aguja al realizar la técnica anestésica del nervio dentario inferior para la realización de una obturación en un molar inferior en un paciente infantil con padres divorciados que no guardan buena relación.



### OBJETIVOS

- Analizar los riesgos y complicaciones de las técnicas anestésicas en Odontopediatría.
- Valorar la información que se facilita de forma previa a los padres o tutores del menor, y el contenido del documento de consentimiento informado escrito.
- Establecer un protocolo en el supuesto de que acontezca este tipo de complicación en la clínica.

### METODOLOGÍA

- 1.- la **DOCTRINA CIENTÍFICA** sobre riesgos y complicaciones en cirugía (técnicas anestésicas) tanto en manuales de referencia como en artículos científicos (*Journal Oral and Maxillofacial Surgery, el Journal of Medical Case Reports, el Journal of Craniofacial Surgery, la Revista ADM y Científica Dental*);
- 2.- la **NORMATIVA** sobre clínicas dentales y el tratamiento de pacientes infantiles en Andalucía;
- 3.- y una **RESOLUCIÓN JUDICIAL** hispalense de un caso (*Sentencia 305/2020, de 10 de diciembre, del Juzgado de Primera Instancia nº 22 de Sevilla*).

### RESULTADOS

- 1.- La doctrina científica general recoge la rotura de agujas como un riesgo que se puede producir en la práctica clínica diaria, aunque de forma muy excepcional.
- 2.- En Andalucía la decisión sobre la presencia de los padres en el gabinete es del facultativo.
- 3.- La derivación a un servicio de cirugía oral para que sea atendido se antoja necesario porque las clínicas dentales convencionales no suelen disponer del equipamiento necesario para la extracción del fragmento roto.
- 4.- La participación de la Fiscalía y la decisión judicial es necesaria cuando no existe acuerdo entre los progenitores del menor, cualquiera que sea el estado civil de ambos.

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Entendemos necesario establecer un protocolo para el supuesto de rotura de agujas, haciéndolo extensivo para otros riesgos y complicaciones, para **ejercer la profesión con seguridad jurídica** y para el **mayor interés del menor** en la asistencia odontológica.

- 1.- La mención del riesgo en el documento de consentimiento informado es interesante, así como la debida diligencia del facultativo para minimizar los daños y perjuicios que se pueden producir.
- 2.- Es obligatorio solicitar la colaboración del Ministerio Fiscal en caso de discrepancia entre los progenitores.
- 3.- Cuando no es posible atender al paciente, bien por impericia, bien por medios, es menester ser humilde y derivar a un servicio de cirugía oral donde puedan resolver el problema.



Por todo ello, debemos concluir, que en ningún caso ha quedado acreditado que la odontóloga no actuara conforme a la *lex artis ad hoc*, ya que previamente a la intervención se informó a los padres de la intervención y firmaron el consentimiento informado, la aplicación de la anestesia fue conforme a la técnica correcta, produciéndose la rotura de la aguja por un movimiento brusco de la cabeza por parte del menor, situación imprevisible una vez que el menor abre la boca y consecuentemente demuestra una actitud colaboradora, sin que haya quedado acreditado que la actitud de la odontóloga fuese impaciente, apremiante, brusca y agresiva con el menor, tal y como consta en la demanda, y prueba evidente de que el menor debió mostrar una actitud colaboradora, es que para iniciar el tratamiento es necesaria la apertura bucal. (pese a la lógica situación temerosa por parte de éste, dada la corta edad y la situación desagradable para cualquier persona ante una intervención odontológica).

### BIBLIOGRAFÍA COMPLEMENTARIA

- BROOKS J, MURPHY MT. A novel case of a broken dental anesthetic needle transecting the right internal carotid artery. *J Am Dent Assoc.* 2016 Sep;147(9):739-42.
- DONADO RODRÍGUEZ, M., MARTÍNEZ-GONZÁLEZ, J. M. "Técnicas de anestesia local". En: DONADO RODRÍGUEZ, M., MARTÍNEZ-GONZÁLEZ, J. M. "Cirugía bucal: patología y técnica". Ed. Elsevier Masson, 4ª ed., Barcelona, 2014, 71-82.
- SAHIN B, YILDIRIMTURK S, SIRIN Y, BASARAN B. Displacement of a Broken Dental Injection Needle Into the Perivertebral Space. *J Craniofac Surg.* 2017, Jul;28(5):424e474-e477.

## ABORDAJE QUIRÚRGICO DEL QUISTE NASOPALATINO: A PROPÓSITO DE UN CASO

Autores: Enrique Fernández<sup>1</sup>; Marta Vallecillo-Rivas<sup>1</sup>; Cristina Vallecillo<sup>1</sup>; Francisco Javier Manzano-Moreno<sup>1</sup>.

Unidad: 1 Máster de Cirugía Bucal e Implantología, Facultad de Odontología de la Universidad de Granada.

### INTRODUCCIÓN

El quiste nasopalatino es una lesión benigna que tiene lugar en el maxilar anterior, entre los dos incisivos centrales. Es el quiste epitelial no odontogénico más frecuente (55%) y se presenta mayoritariamente en hombres entre los 40 y 60 años. La mayoría de las veces es asintomático, aunque en otras ocasiones puede producir tumefacción, enrojecimiento, dolor o parestesia debido a la compresión del nervio nasopalatino de Scarpa. También podría llegar traumatizarse por masticación si su presentación es extraósea (quiste de la papila palatina). Frecuentemente, su hallazgo es casual en una radiografía panorámica.

### PRESENTACIÓN DEL CASO

Acude un paciente varón de 35 años al Máster de Cirugía Bucal e Implantología en la Facultad de Odontología, refiriendo periodos recurrentes de dolor en el paladar, detrás de los dos incisivos centrales. En la exploración clínica puede observarse tumefacción y enrojecimiento en la zona interpapilar. Presenta consistencia dura y no fluctuante a la palpación, con ausencia de supuración. En la ortopantomografía se puede observar un área radiolúcida a nivel radicular, entre los dos incisivos centrales superiores. Se solicita CBCT para obtener información de las dimensiones anteroposteriores de la lesión, además de su relación con estructuras adyacentes. Por último, se procede a la realización de pruebas de vitalidad (al frío) en ambos incisivos, obteniendo respuesta positiva en ambos dientes y llegando a un diagnóstico de presunción: quiste epitelial del conducto nasopalatino.

### DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El estudio histopatológico revela lesión de 10x10 mm con pared fibrosa epitelial y contenido quístico, compatibles con el diagnóstico de presunción, quiste del conducto nasopalatino. En este tipo de lesiones es importante la realización de pruebas de vitalidad para diferenciar entre quistes de origen odontogénico y no odontogénicos. Una vez llegado a la conclusión de que se trata de un quiste epitelial no odontogénico, la mayor parte de las veces el diagnóstico de presunción dependerá de su localización, diferenciándolo así del quiste globulomaxilar, quistes medianos alveolares, palatinos y mandibulares y quistes nasoalveolares. El quiste nasopalatino no presenta probabilidad de malignizar ni de recurrencia.

Enrique Fernández-Romero<sup>1</sup>; Marta Vallecillo-Rivas<sup>1</sup>; Cristina Vallecillo<sup>1</sup>; Francisco Javier Manzano-Moreno<sup>1</sup>.

<sup>1</sup>Máster de Cirugía Bucal e Implantología, Facultad de Odontología de la Universidad de Granada.

## INTRODUCCIÓN

El quiste nasopalatino es una lesión benigna que tiene lugar en el maxilar anterior, entre los dos incisivos centrales. Es el quiste epitelial no odontogénico más frecuente (55%) y se presenta mayoritariamente en hombres entre los 40 y 60 años. La mayoría de las veces es asintomático, aunque en otras ocasiones puede producir tumefacción, enrojecimiento, dolor o parestesia debido a la compresión del nervio nasopalatino de Scarpa. También podría llegar traumatizarse por masticación si su presentación es extraósea (quiste de la papila palatina). Frecuentemente, su hallazgo es casual en una radiografía panorámica.

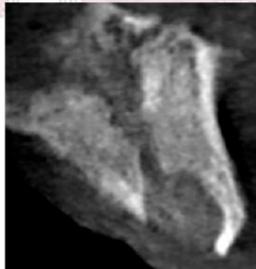
## PRESENTACIÓN DEL CASO

Acude un paciente varón de 35 años al Máster de Cirugía Bucal e Implantología en la Facultad de Odontología, refiriendo periodos recurrentes de dolor en el paladar, detrás de los dos incisivos centrales. En la exploración clínica puede observarse tumefacción y enrojecimiento en la zona interpapilar. Presenta consistencia dura y no fluctuante a la palpación, con ausencia de supuración. En la ortopantomografía se puede observar un área radiolúcida a nivel radicular, entre los dos incisivos centrales superiores. Se solicita CBCT para obtener información de las dimensiones anteroposteriores de la lesión, además de su relación con estructuras adyacentes. Por último, se procede a la realización de pruebas de vitalidad (al frío) en ambos incisivos, obteniendo respuesta positiva en ambos dientes y llegando a un diagnóstico de presunción: quiste epitelial del conducto nasopalatino.

## ABORDAJE QUIRÚRGICO: ENUCLEACIÓN COMPLETA



1. Vista Oclusal superior



2. Imágen CBCT (corte sagital)



3. Despegamiento de colgajo palatino



4. Enucleación del quiste



5. Postoperatorio inmediato



6. Quiste del conducto nasopalatino

## DISCUSIÓN Y CONCLUSIÓN

El estudio histopatológico revela lesión de 10x10 mm con pared fibrosa epitelial y contenido quístico, compatibles con el diagnóstico de presunción, quiste del conducto nasopalatino. En este tipo de lesiones es importante la realización de pruebas de vitalidad para diferenciar entre quistes de origen odontogénico y no odontogénicos. Una vez llegado a la conclusión de que se trata de un quiste epitelial no odontogénico, la mayor parte de las veces el diagnóstico de presunción dependerá de su localización, diferenciándolo así del quiste globulomaxilar, quistes medianos alveolares, palatinos y mandibulares y quistes nasoalveolares. El quiste nasopalatino no presenta probabilidad de malignizar ni de recurrencia.

## BIBLIOGRAFÍA

Chen, I. J., Lai, P. T., Jin, Y. T., & Chiang, C. P. (2023). Nasopalatine duct cyst - Diagnosis from the content in the cystic wall. *Journal of dental sciences*, 18(3), 1449-1451. <https://doi.org/10.1016/j.jds.2023.05.012>



# CONOCE LA GAMA COMPLETA DE BIOMATERIALES DE NORMON

## REGENERACIÓN ÓSEA



**OsteoXenon**  
Granulado Óseo  
en gel

**OsteoXenon**  
Granulado Óseo



**OsteoXenon**  
Bloque Óseo

## TRATAMIENTO BOLSAS PERIODONTALES



### OSTEOXENON CON COLÁGENO PRESERVADO

#### BENEFICIOS

- ✓ **Biomaterial totalmente reemplazado** por el tejido propio.
- ✓ **Remodelación ósea completa** en el tiempo fisiológico.
- ✓ **No se produce pérdida de volumen.**
- ✓ Permite una **regeneración ósea más rápida.**
- ✓ **Buen manejo:** mayor resistencia y flexibilidad.

MAYOR PREDICTIBILIDAD DEL TRATAMIENTO

### H42 NOVEDOSO HIDROGEL DE COLÁGENO

#### BENEFICIOS

- ✓ **Adherencia perfecta** a los tejidos.
- ✓ **Consistente, maleable y adhesivo.**
- ✓ **Rellena uniformemente la bolsa, sella y dificulta la recolonización bacteriana durante 15 - 30 días.**
- ✓ La presencia de colágeno favorece a la **reparación y cicatrización.**

MAYOR PREDICTIBILIDAD DEL TRATAMIENTO

Información destinada exclusivamente a profesionales de la odontología. 99-PS-PF-VAR-10.2023-1.6  
Estos productos sanitarios pueden tener contraindicaciones y/o efectos adversos.  
Lea el etiquetado y las instrucciones de uso antes de su utilización.



**NORMON**

## • Curso teórico: Rehabilitación Digital

El pasado 24 de Noviembre del 2023, tuvo lugar el curso teórico de Rehabilitación fija Digital, impartido por los Dr. Serafín Maza Solano, gracias a la colaboración de BioHorizons Camlog, y organizado por la Asociación Andaluza de Cirugía Bucal y el Colegio de dentistas de Huelva.

**ENTRADA GRATUITA**

**Curso teórico  
Rehabilitación fija digital**

**24 de noviembre de 2023**  
Colegio Oficial de Dentistas de Huelva

**Asociación Andaluza de Cirugía Bucal**

**SEDE E INSCRIPCIONES**  
Ilustre Colegio Oficial de Dentistas de Huelva  
Calle Vázquez López, 43  
21001 - Huelva

**ORGANIZA**  
Asociación Andaluza de Cirugía Bucal

**AACIB**  
Monte Carmelo, 32  
41011 Sevilla  
955 099 142  
[www.aacib.es](http://www.aacib.es)

**COLABORA**  
biohorizons  
camlog

[www.aacib.es](http://www.aacib.es)

### • Reunión AACIB. Alcaldesa de Linares

El pasado 24 de Noviembre del 2023, la alcaldesa de Linares, Auxi Del Olmo, y el concejal-delegado de Salud y Consumo, Antonio Luis Hervás Martínez, han mantenido una reunión con el presidente de la Asociación Andaluza de Cirugía Bucal - AACIB, Rafael Flores, y el secretario del Ilustre Colegio de Dentistas de Jaén, José María Delgado.

Un encuentro de trabajo cuyo objetivo es estrechar lazos de colaboración entre el Ayuntamiento y ambas entidades, a fin de poder establecer futuros proyectos en la ciudad.

Desde el equipo de Gobierno municipal continuamos manteniendo encuentros con diferentes colegios profesionales, asociaciones, colectivos y entidades.



## • Actualización en el Tratamiento de las Inclusiones Dentarias: 3 er molar incluido

El pasado 1 de Diciembre del 2023, tuvo lugar el curso Actualización en el tratamiento de las inclusiones dentarias: 3º Molar incluido, impartido por los Dr. Alexis Gómez Angulo y el Dr. Antonio Batista Cruzado, gracias a la colaboración de Ancladen, y organizado por la Asociación Andaluza de Cirugía Bucal y el Colegio de dentistas de Córdoba.



Asociación  
Andaluza de  
Cirugía Bucal

**SEDE**  
Colegio Oficial de Dentistas de Córdoba  
Av. del Gran Capitán, 45  
14006 - Córdoba

**AACIB**  
Monte Carmelo, 32  
41011 Sevilla  
955 099 142  
[www.aacib.es](http://www.aacib.es)

**Actualización en el tratamiento  
de las Inclusiones Dentarias:  
3<sup>er</sup> molar incluido**  
**1 de diciembre de 2023**  
Colegio Oficial de Dentistas de Córdoba

**ORGANIZA**  
Asociación Andaluza  
de Cirugía Bucal



**COLABORA**  
Ancladén

[www.aacib.es](http://www.aacib.es)

## • Asignatura Cordales. Máster Cirugía Bucal Avanzada US

El pasado 19 de Diciembre los alumnos del Master de Cirugía Bucal Avanzada de la Universidad de Sevilla, concluyen parte de su formación del año académico, y se despiden temporalmente de la asignatura de Cordales, hasta su reincorporación al concluir las navidades, donde los alumnos de primer año y tras aprobar sus exámenes teóricos podrán empezar a abordar casos de dificultad media, y los compañeros de máster de segundo año, afianzarán sus capacidades y destrezas en casos de dificultad avanzada.



En unos meses comenzarán las pruebas teóricas y entrevista personal para la incorporación de nuevos alumnos, que entrarán como candidatos para ser alumnos del master.

## • Diploma Especialización en Cirugía y Rehabilitación Implantológica (XI)



Ya ha concluido el plazo para inscribirse al Diploma en Cirugía y Rehabilitación Implantológica, de la Universidad de Sevilla, siendo todo un éxito en el número de alumnos inscritos, en el mes de enero tendrá lugar el primer módulo: "Diagnóstico y Planificación en Implantología", los días 18 a 20 de enero.

Os recordamos que este diploma tiene como objetivo:

- Formación teórica en las aulas de la Facultad de Odontología de Sevilla dictadas por el cuadro de profesores del título.
- Formación práctica preclínica en el Laboratorio Tecnológico de la Facultad de Odontología de Sevilla.
- Formación clínica con la posibilidad de realizar cirugías y rehabilitación por parte del alumnado en las instalaciones de la Facultad de Odontología de Sevilla.
- Las sesiones formativas tendrán lugar los jueves y viernes en horario de mañana y tarde, y sábados en horario de mañana.

• VI Reunión de invierno SECIB-SCOI 2024 Sierra Nevada - 1 y 2 de marzo de 2024



¿Todavía no te has apuntado a la VI Reunión de Invierno SECIB – SCOI?, el Viernes 1 de marzo de 2024 tendrá lugar una combinación perfecta, formación y ocio, por la mañana los asistentes tendrán la oportunidad de tener la mañana libre de esquí, y por la tarde habrán dos ponencia de primer nivel: Calidad experiencial del paciente en la Cirugía Bucal e Implantológica, impartida por el Dr. David Gallego, posteriormente tendrá lugar la siguiente ponencia, titulada: Nuevas perspectivas de éxito para paciente y profesional con flujo digital y nuevas tecnologías en Implantología, impartida por el Dr. Jordi Gargallo, posteriormente tendrán lugar las comunicaciones orales y para concluir el día, cena de confraternización.

Al día siguiente, el Sábado 2 de marzo, día de esquí libre, por la tarde actividad social y por la noche, cena de despedida.

Os esperamos!

### • XXI Congreso SECIB 14-15 NOV '24 Girona



**XXI** Congreso  
**SECIB**  
14-15 NOV'24 GIRONA

¿Ya sabes donde tendrá lugar el próximo congreso de la SECIB?, pues ya te podemos adelantar lugar y fecha para que lo pueda apuntar en su agenda, el día 14 y 15 de Noviembre del 2024.

La llamada "Ciudad de los Cuatro Ríos", nos muestra un casco histórico dominado por construcciones medievales y reminiscencias romanas, árabes y hebreas.

Es en el recinto amurallado de la Força Vella donde se dan cita las obras cumbres de su devenir histórico. Su situación privilegiada entre la Cordillera Pirenaica y la Costa Brava posibilita multitud de excusiones tanto a localidades como a espacios naturales dignos de mención. En todos estos lugares el viajero tendrá la oportunidad de aproximarse a la gastronomía regional que aún en sus recetas productos del mar y la montaña.

Enclavada en el valle del Ter, en la confluencia de cuatro ríos, encontramos a la ciudad de Girona. Uno de ellos, el Onyar, divide el casco histórico de la ciudad moderna. El núcleo antiguo de esta urbe catalana conserva huellas de su larga historia, desde que fuera fundada por los romanos en el siglo I a. C. A ellos debemos la primitiva muralla, cuyos restos llegan desde el Paseo Arqueológico hasta los Jardines de la Muralla.

La privilegiada situación de Girona, entre el último sector de la Cordillera Pirenaica y la Costa Brava, que baña el mar Mediterráneo, nos facilita recorrer toda la provincia. El litoral que se despliega desde Portbou (al norte) hasta Blanes (al sur) está compuesto por templos medievales, pueblos pesqueros, ruinas romanas, y extensas playas y calas de aguas transparentes, entre zonas acantiladas. En todas ellas, la unión de mar y montaña compone un paisaje inolvidable. No podemos perdernos lugares como El Port de la Selva, con su monasterio de Sant Pere de Rodes; el Parque Natural Cap de Creus; los paisajes de Cadaqués y el golfo de Roses; conjuntos histórico-artísticos como Pals; o recintos amurallados al borde del mar, como Tossa del Mar. Y estos son sólo algunos ejemplos.

En breves os comunicaremos el programa científico en detalle,

Os esperamos!

REALIDAD Y TENDENCIAS  
EN LA TERAPÉUTICA DE IMPLANTES



¡ACOMPÁÑANOS  
EN EL SIMPOSIO  
IBÉRICO DE LA  
ORF!

ORAL RECONSTRUCTION  
SYMPOSIUM IBERIA

16 DE FEBRERO 2024 | SEVILLA, ESPAÑA



Dr. Juan Blanco



Dr. Fernando Guerra



Dr. Mariano Sanz



Dr. Gonzalo Blas



Dr. Javier Caltrava



Dr. Hossam Dawa



Dr. Guillermo Escobar



Dr. Ricardo Faria Almeida



Dr. Alberto Ferreira



Dr. Alfonso Gil



Dr. Vicente Gimeno



Dr. Pedro Gutiérrez



Dra. Ana Molina



Dr. Eduardo Montero



Dr. Andrés Pascual



Dr. Alfonso Ramos



Dr. Salomão Rocha



Dra. Leticia Sala



Dra. Nerea Sánchez



Dr. David Saura



Dr. Ignacio Sanz M.



Dr. Ignacio Sanz S.



Dr. Fernando Suárez  
López del Amo

Founding Sponsor



Escanea este código y descarga el programa completo:



## 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 danieli@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](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



**KLOCKNER®**

**VEGA<sup>®</sup> +**

**Freedom  
is not  
fixed**

**K** KLOCKNER<sup>®</sup>

KLOCKNER · [klockner@klockner.es](mailto:klockner@klockner.es) · Tel. 931 851 900