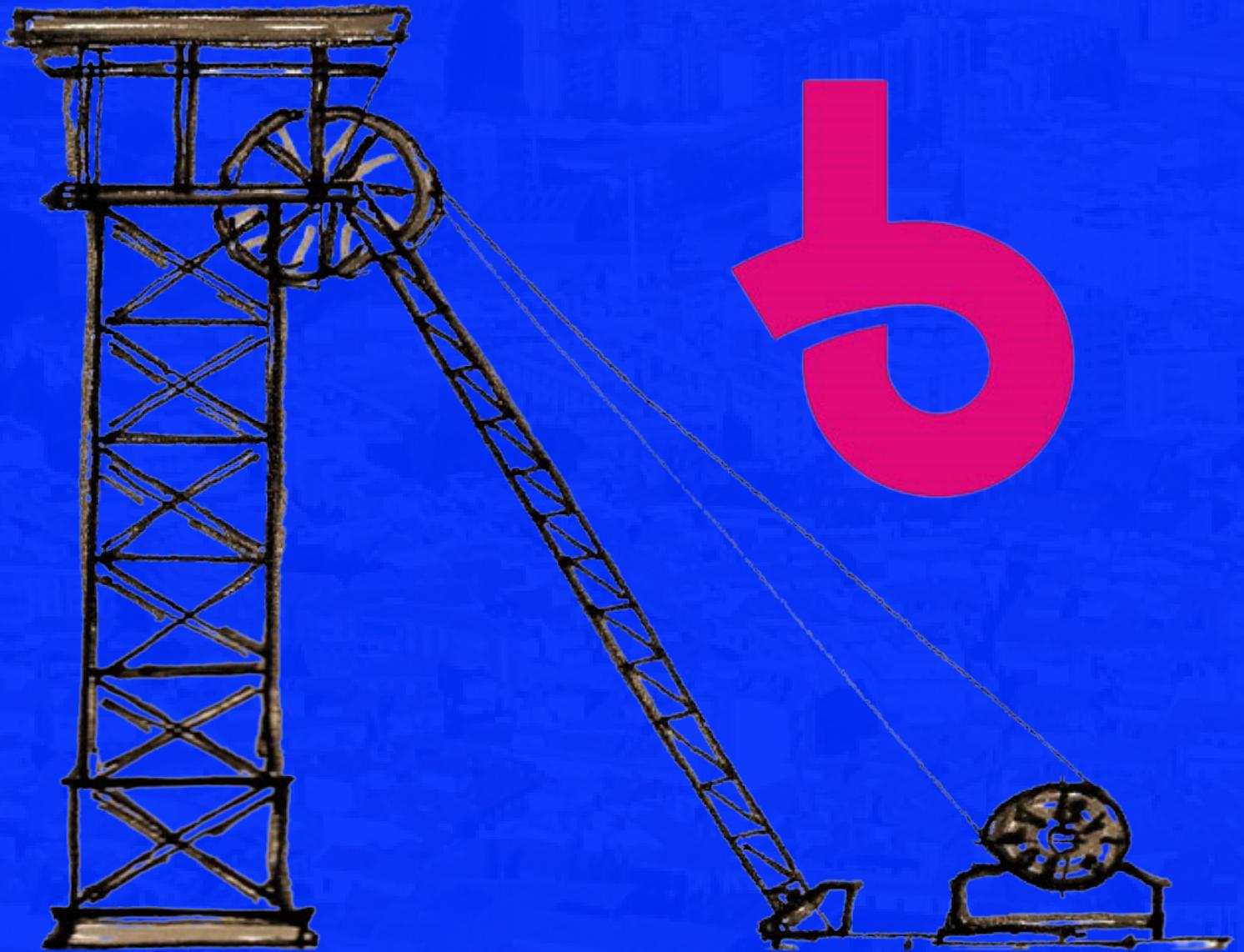


Revista Andaluza de
Cirugía Bucal

Año 2024 / N° 28



VI CONGRESO DE LA AACIB
Linares, 27 y 28 de septiembre de 2024

Revista Andaluza de
Cirugía Bucal

DIRECTORES:

José Luis Gutiérrez Pérez
Daniel Torres Lagares

EDITORES:

Aida Gutiérrez Corrales
Ignacio Fernández Asián

COMITÉ EDITORIAL:

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



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 - 65
- Noticias /CURSOS..... 67 - 69
- Normas de publicación 71 - 72
- Patrocinadores AACIB 74

Editorial



Buenos días, buenas tardes a todos.

Me presentaré. Soy María Ángeles Serrera, Profesora Titular de Cirugía Bucal, Medicina Bucal y de Odontología Integrada en Pacientes Especiales de la Universidad de Sevilla.

Recientemente, recibí la maravillosa noticia de que ANECA me ha otorgado la acreditación para el cargo de Catedrática. He presentado mi petición para recibir la asignación correspondiente, en la misma línea de mi perfil como Profesora Titular, abarcando las áreas de Cirugía Bucal, Medicina Bucal y Odontología Integrada para Pacientes Especiales.

Desde este espacio, me complace dirigirme a todos los cirujanos bucales de Andalucía. Junto a los destacados catedráticos José Luis Gutiérrez y Daniel Torres, me propongo fortalecer y resaltar la importancia de la Cirugía Bucal en nuestras universidades públicas andaluzas.

Sin lugar a duda, mi versatilidad en Cirugía Bucal, Medicina Bucal y Odontología Integrada en Pacientes Especiales aporta una perspectiva única a mi labor investigadora. Me enfoco en el avance de la Cirugía Bucal, explorando áreas que abarcan tanto la Patología Médica como Quirúrgica Oral, más allá de limitarme únicamente a las técnicas quirúrgicas tradicionales de este campo.

Este aspecto, a menudo pasado por alto por los cirujanos bucales, quienes se sienten irresistiblemente atraídos por la implementación de técnicas cada vez más precisas e innovadoras, sigue conservando su importancia fundamental. Es fundamental recordar que sostener un conocimiento amplio y profundo sobre la patología es la clave para lograr un diagnóstico acertado, porque no se puede identificar lo que no se entiende. Esta comprensión se convierte en el cimiento sobre el cual se edifican los tratamientos más efectivos.

Me despido, con la esperanza de retomar pronto mi actividad en este nuevo rol. Quedo a disposición de todos los cirujanos dentales de Andalucía, lista para colaborar en el progreso de este proyecto que nos une y motiva.

Dra. María Ángeles Serrera Figallo

Profesora Titular de Cirugía Bucal, Medicina Bucal y de Odontología Integrada en Pacientes Especiales de la Universidad de Sevilla.

Acreditada ANECA a Catedrática.

Dos cosas no sabes sobre



1

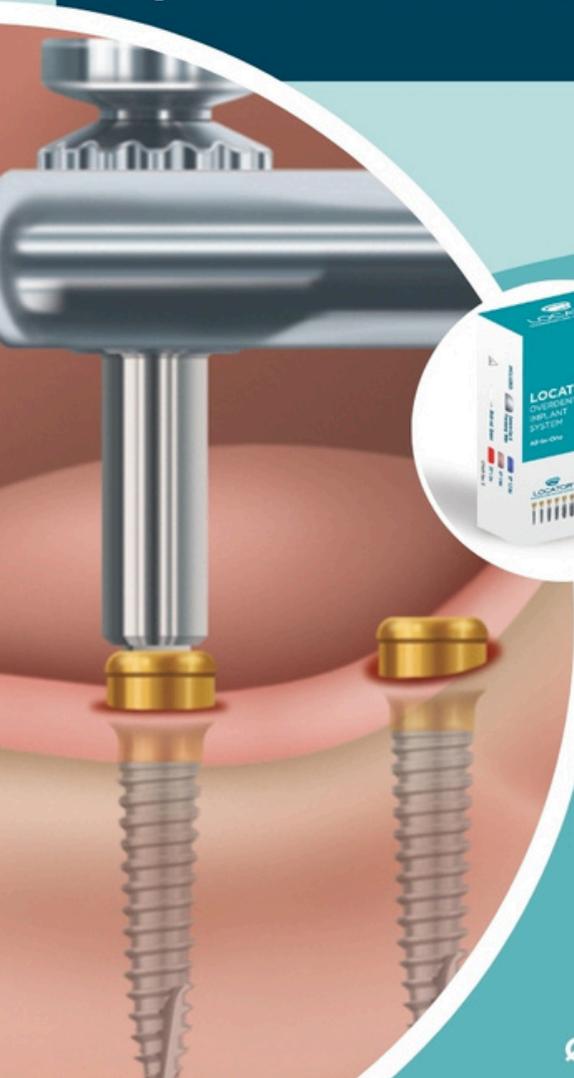
Locator FIXED™
De prótesis
removable a fija,
utilizando los mismos
pilares LOCATOR.



2

Mini-Implantes
CRESTAS MUY
ESTRECHAS

Desde Ø 2.4 mm

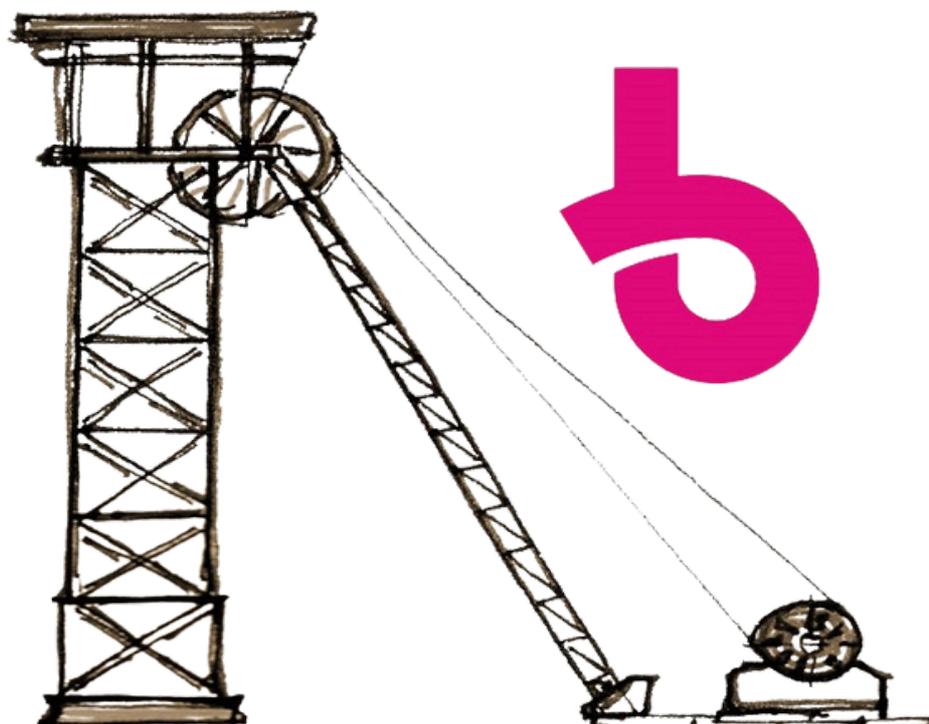


Ø 2.4 mm Ø 2.9 mm



Escríbenos





VI CONGRESO DE LA AACIB Linares, 27 y 28 de septiembre de 2024

- Lesiones precancerosas de la cavidad oral 8 - 9
- Osteonecrosis relacionada a fármacos 10 - 11
- Uso del ácido hialurónico en terapias intraorales 12 - 13
- Implantes pterigoideos. Una revisión bibliográfica 14 - 15
- Propuesta y validación de un nuevo índice para evaluar la dificultad de extracción del tercer molar superior 16 - 17
- Propuesta y validación de un nuevo índice para determinar la dificultad de extracción de los terceros molares inferiores 18 - 19
- Respuesta biológica de la mucosa periimplantaria a diferentes materiales de rehabilitación definitiva sobre implantes 20 - 22
- Explantación y regeneración ósea en mandíbula posterior. A propósito de un caso 23 - 24
- Implantes inmediatos postextracción versus implantes tardíos con preservación alveolar previa una revisión de la literatura 25 - 27

- Caso clínico. Protocolo de actuación ante una exodoncia en un paciente en tratamiento con bifosfonato oral 28 - 30
- Estudio clínico retrospectivo de los factores asociados a la salud periodontal y estética de los caninos superiores 31 - 33
- Protocolo de enucleación de ránula sublingual. A propósito de un caso 34 - 36
- Análisis histomorfométrico de la regeneración ósea regional inducida por distintas membranas dopadas 37 - 39
- Implante inmediato versus diferido en el sector estético guías clínica. A propósito de un caso 40 - 41
- Manejo integral de un diente supernumerario mandibular retenido y cirugía mucogingival en un paciente adulto 42
- Regeneración ósea guiada mediante la técnica de la carotta 43 - 44
- Tercer molar supernumerario reporte de un caso clínico 45
- Laserterapia como prevención y tratamiento de la mucositis oral de pacientes en tratamiento de quimio-radioterapia 46 - 47
- Tratamiento regenerativo periimplantario mediante técnica de acceso en túnel con incisión vestibular modificada 48 - 50
- Regeneración ósea en cirugía apical 51 - 52
- Ventajas del uso de pilares de cicatrización personalizados en implantes post-extracción 53 - 55
- Effect of titanium particles on lipopolysaccharide activated macrophages 56
- Actualización del tratamiento de la periimplantitis con láser 57 - 58
- Enucleación de un quiste odontogénico calcificante. A propósito de un caso 59 - 61
- Implantes cigomáticos una alternativa a la rehabilitación del maxilar superior atrófico 62 - 63
- Protocolo one abutment one time en implantología inmediata 64 - 65

LESIONES PRECANCEROSAS DE LA CAVIDAD ORAL

Esperanza Macarena Rodríguez Rodríguez ¹
Encarnación Romero Medina ¹

¹ UGC Jerez Costa Noroeste SAS, Jerez

RESUMEN

La lesión precancerosa fue descrita por la OMS como aquel tejido de morfología alterada con mayor predisposición a la cancerización (superior al 5%) que el tejido equivalente de apariencia normal, independientemente de sus características clínicas o histológicas. Es un estado reversible y no implica necesariamente el desarrollo de una neoplasia. Las lesiones premalignas de la cavidad bucal son crónicas, consideradas como las más comunes en el mundo, se les conoce como lesiones o afecciones que se manifiestan en diferentes zonas de la cavidad bucal, como mejillas, suelo de boca, lengua y paladar duro o blando.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión de la bibliografía y base de datos de publicaciones y artículos científicos de los últimos cinco años, como Pubmed, Cochrane Library, Google académico, sCielo.

OBJETIVO

El objetivo de esta revisión bibliográfica es realizar una actualización de las lesiones orales consideradas actualmente como premalignas de la cavidad bucal, relacionada con sus características clínicas y tratamiento, para contribuir a un diagnóstico temprano de lesiones premalignas y malignas.

RESULTADOS

Actualmente se incluyen como lesiones precancerosas a leucoplasia, eritroleucoplasia, leucoplasia verrucosa proliferativa, fibrosis oral submucosa, liquen plano oral, queilitis actínica, lupus eritematoso oral, lesiones palatinas en fumadores invertidos, reacciones liquenoides y enfermedad injerto contra huésped. Estas lesiones son más frecuente en hombres que en mujeres y los principales factores de riesgos son el tabaco, el alcohol, y las prótesis inadecuadas desarrollan lesiones orales, que pueden malignizar con el tiempo.

CONCLUSIONES

Las lesiones premalignas presentan diferentes características clínicas; pueden ser blancas, rojas aterciopeladas, ulceradas, queratosis en modo de placas, de aspecto atrófico generalmente asintomática. Lo más importante es la detección temprana durante la revisión rutinaria odontológica, instauración precoz del tratamiento (Biopsias de las lesiones que no cicatricen en 20 días, Láser CO₂...) revisiones periódicas y prevención de hábitos tóxicos como el tabaquismo y el alcoholismo. Por lo tanto, los protocolos a seguir en pacientes con lesiones premalignas en la cavidad son los tratamientos de la patología y la higiene oral. Así mismo, es necesario instruir acerca de las posibles complicaciones con cursos de formación y educación para mantener el conocimiento colectivo de las lesiones e inculcar la prevención.

LESIONES PRECANCEROSAS DE LA CAVIDAD BUCAL

RODRIGUEZ RODRIGUEZ E. MACARENA, ROMERO MEDINA ENCARNACIÓN
UNIDAD DE GESTIÓN CLÍNICA DE SALUD BUCODENTAL
DISTRITO JEREZ-COSTA NOROESTE Y SIERRA DE CÁDIZ

INTRODUCCIÓN

La lesión precancerosa fue descrita por la OMS como aquel tejido de morfología alterada con mayor predisposición a la cancerización (superior al 5%) que el tejido equivalente de apariencia normal, independientemente de sus características clínicas o histológicas. Es un estado reversible y no implica necesariamente el desarrollo de una neoplasia.

Las lesiones premalignas de la cavidad bucal son crónicas, consideradas como las más comunes en el mundo, se les conoce como lesiones o afecciones que se manifiestan en diferentes zonas de la cavidad bucal, como mejillas, suelo de boca, lengua y paladar duro o blando.

OBJETIVO

El objetivo de esta revisión bibliográfica es realizar una actualización de las lesiones orales consideradas actualmente como premalignas de la cavidad bucal, relacionada con sus características clínicas y tratamiento, para contribuir a un diagnóstico temprano de lesiones premalignas y malignas.

METODOLOGÍA

Revisión de la bibliografía y base de datos de publicaciones y artículos científicos de los últimos cinco años, como Pubmed, Cochrane Library, Google académico, sCielo.



RESULTADOS

Actualmente se incluyen como lesiones precancerosas a leucoplasia, eritroleucoplasia, leucoplasia verrucosa proliferativa, fibrosis oral submucosa, liquen plano oral, queilitis actínica, lupus eritematoso oral, lesiones palatinas en fumadores invertidos, reacciones liquenoides y enfermedad injerto contra huésped. Estas lesiones son más frecuente en hombres que en mujeres y los principales factores de riesgos son el tabaco, el alcohol y las prótesis inadecuadas que pueden desencadenar el desarrollo de lesiones orales que pueden malignizar con a lo largo del tiempo.

CONCLUSIÓN

Las lesiones premalignas presentan diferentes características clínicas; pueden ser blancas, rojas aterciopeladas, ulceradas, queratosis en modo de placas, de aspecto atrófico generalmente asintomática. Lo más importante es la detección temprana durante la revisión rutinaria odontológica, instauración precoz del tratamiento (Biopsias de las lesiones que no cicatricen en 20 días, Láser CO2...), revisiones periódicas y prevención de hábitos tóxicos como el tabaquismo y el alcoholismo.

Por lo tanto, los protocolos a seguir en pacientes con lesiones premalignas en la cavidad son los tratamientos de la patología y la higiene oral. Así mismo, es necesario instruir acerca de las posibles complicaciones con cursos de formación y educación para mantener el conocimiento colectivo de las lesiones e inculcar la prevención.



OSTEONECROSIS RELACIONADA A FÁRMACOS

Encarnación Romero Medina¹
Esperanza Macarena Rodríguez Rodríguez¹

¹ UGC Jerez Costa Noroeste

RESUMEN

Medicamentos como los bifosfonatos y el denosumab se consideran actualmente el tratamiento de elección en pacientes con enfermedad ósea osteoclástica. Estos reducen el recambio óseo y mejoran la densidad, mejorando así la calidad ósea. También se ha demostrado que estos agentes reducen el riesgo de fracturas osteoporóticas debido a su potente efecto en la supresión de la actividad osteoclástica al ralentizar el proceso de remodelación y aumentar la densidad ósea, mejorando así la calidad de vida de la mayoría de los pacientes. A pesar de los grandes beneficios de los bifosfonatos y otros medicamentos antirresortivos, la osteonecrosis de la mandíbula (ONM) debido a los efectos de estos medicamentos en presencia de un factor de riesgo local es un inconveniente importante. Además, los fármacos antiangiogénicos juegan un papel importante en el desarrollo de la necrosis ósea. Se prescriben en casos de cáncer para prevenir la metástasis a través de la sangre y los ganglios linfáticos. Estos medicamentos interfieren con la formación de nuevos vasos sanguíneos, lo que resulta en isquemia y, finalmente, ONM.

MATERIAL Y MÉTODOS

Revisión bibliográfica de artículos en base de datos como Google Académico, sCielo y PubMed.

OBJETIVO

El objetivo de esta revisión, es evaluar el riesgo de una Osteonecrosis mandibular relacionada al medicamento. Comparar riesgo beneficio de los medicamentos relacionados con la osteonecrosis de la mandíbula con el fin de facilitar la toma de decisiones médicas entre el médico prescriptor, el odontólogo y el propio paciente. Identificar todos los agentes causales y resumir las medidas preventivas, los criterios de diagnóstico y las estrategias de tratamiento relacionadas con la osteonecrosis mandibular.

CONCLUSIONES

A pesar de la fuerte asociación entre la necrosis mandibular y los bifosfonatos y otros medicamentos antirresortivos y antiangiogénicos, la fisiopatología de la osteonecrosis mandibular no se entiende por completo. Por lo tanto, todavía está por decidirse una terapia eficaz y apropiada para la afección. Es fundamental tener un enfoque colaborativo que involucre a dentistas, médicos prescriptores y farmacéuticos para prevenir el desarrollo de la osteonecrosis mandibular



OSTEONECROSIS RELACIONADA A FÁRMACOS

AUTORES

Encarnación Romero Medina
Esperanza Macarena Rodríguez Rodríguez
UGC SALUD BUCODENTAL

DISTRITO JEREZ-COSTA NOROESTE Y SIERRA DE CÁDIZ

REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA DE ARTÍCULOS EN BASE DE DATOS COMO GOOGLE ACADÉMICO, SCIELO Y PUBMED.

OBJETIVOS

EL OBJETIVO DE ESTA REVISIÓN, ES EVALUAR EL RIESGO DE UNA OSTEONECROSIS MANDIBULAR RELACIONADA AL MEDICAMENTO. COMPARAR RIESGO BENEFICIO DE LOS MEDICAMENTOS RELACIONADOS CON LA OSTEONECROSIS DE LA MANDÍBULA CON EL FIN DE FACILITAR LA TOMA DE DECISIONES MÉDICAS ENTRE EL MÉDICO PRESCRIPTOR, EL ODONTÓLOGO Y EL PROPIO PACIENTE. IDENTIFICAR TODOS LOS AGENTES CAUSALES Y RESUMIR LAS MEDIDAS PREVENTIVAS, LOS CRITERIOS DE DIAGNÓSTICO Y LAS ESTRATEGIAS DE TRATAMIENTO RELACIONADAS CON LA OSTEONECROSIS MANDIBULAR.



1. Bifosfonatos:

- Cáncer mama, pulmón o próstata. (Hipercalcemia tumoral/compresión espinal/fracturas patológicas metastásicas)
- Osteoporosis/ Paget Osteogénesis imperfecta

2. Denosumab:

- Osteoporosis.
- Fracturas patológicas asociadas a enfermedad osea metastásica (Ca próstata)
- Tumor células gigantes/Displasia fibrosa

3. Romosozumab:

- Osteoporosis.



CONCLUSIÓN

A pesar de la fuerte asociación entre la necrosis mandibular y los bifosfonatos y otros medicamentos antirresortivos y antiangiogénicos, la fisiopatología de la osteonecrosis mandibular no se entiende por completo. Por lo tanto, todavía está por decidirse una terapia eficaz y apropiada para la afección. Es fundamental tener un enfoque colaborativo que involucre a dentistas, médicos prescriptores y farmacéuticos para prevenir el desarrollo de la osteonecrosis mandibular.

USO DEL ÁCIDO HIALURÓNICO EN TERAPIAS INTRAORALES

Pilar Carrero Rodríguez-Brioso¹, Gonzalo Ruiz de León¹, María Baus Domínguez², Daniel Torres Lagares², José Luis Gutiérrez Pérez².

¹Clínica Dental Dr. Carrero, Jerez de la Frontera

²Máster Cirugía Bucal Sevilla

INTRODUCCIÓN

Los tratamientos con ácido hialurónico son cada vez más frecuentes en la práctica odontológica. Técnicas que hasta hace poco no se utilizaban en odontología (a nivel extraoral como las modificaciones en el volumen labial o sonrisa gingival o a nivel intraoral como recesión de papilas o cirugía bucal) actualmente son una de las grandes integrantes en las terapias bucodentales.

OBJETIVOS

El objetivo principal que se persigue con este trabajo es conocer mejor la evidencia científica disponible acerca del uso del ácido hialurónico en la odontología actual y todas las prácticas existentes relacionadas con este material de relleno, en terapias intraorales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realiza una búsqueda en las bases de datos como Scopus/Elsevier y Pubmed/Medline junto con una búsqueda en algunos libros de referencia en este ámbito. Solo se han escogido artículos publicados en castellano e inglés y todos posteriores al año 2017, siendo todos ellos metaanálisis, revisiones sistemáticas y distintos casos.

La estrategia de búsqueda fue: ("hialuronic acid" AND "oral mucous regeneration"), ("hialuronic acid" AND "gingiva"), ("hialuronic acid" AND "implant"), ("hyaluronic acid" AND "intraoral therapies"

DISCUSIÓN

El AH es un polisacárido con gran compatibilidad biológica, producido principalmente por fibroblastos. Su principal función es la hidratación tisular. Su uso es muy amplio. En las terapias intraorales aportan beneficios como hidratación, volumen, efecto antiinflamatorio y antibacteriano. Se han obtenido buenos resultados en recesiones de papilas interdentes, rellenos en defectos por periimplantitis, regeneración tisular de encías, beneficios en cirugía oral y excelentes resultados en periodoncia.

CONCLUSIONES

Actualmente el AH se utiliza muy frecuentemente en muchas áreas de la odontología ya que posee numerosos y amplios beneficios para la cavidad oral, todo esto debido a su acción positiva en la regeneración de tejidos. En cirugía bucal es un material muy útil ya que es capaz de acelerar el proceso de cicatrización al disminuir la inflamación y el dolor de la zona afectada a su vez aporta efectos muy buenos cuando existe periimplantitis y a la hora de colocar implantes con regeneración, estabilizaría ese material de regeneración.

USOS DEL ÁCIDO HIALURÓNICO EN TERAPIAS INTRAORALES

Autores:

Carrero Rodríguez-Brioso, P, Ruiz de León, G, Rodríguez-Brioso, P, Baus Domínguez, M, Torres Lagares, D, Gutierrez Pérez, J.

1. Introducción

Es un polisacárido del tipo de glucosaminoglucanos y es producido principalmente por las células mesenquimales. Los tratamientos con ácido hialurónico son cada vez mas frecuentes en la práctica odontológica. Existen evidencias estadísticamente significativas sobre la capacidad regenerativa del ácido hialurónico sobretodo a nivel intraoral. El ácido hialurónico presenta una serie de funciones que son: favorecen la reconstrucción tisular, tiene un potencial osteoinductivo, gran efecto sobre la angiogénesis, función transportadora, es un modulador de la inflamación y tiene un efecto bacterioestático. (1,2,3)

2. Objetivos

Conocer mejor la evidencia científica disponible acerca del uso del ácido hialurónico en la odontología actual y todas las practicas existentes relacionadas con este material de relleno, en terapias intraorales.

3. Materiales y métodos

Se realiza una búsqueda en las bases de datos como Scopus/Elsevier y Pubmed/Medline Se han escogido artículos publicados en castellano e inglés y todos posteriores al año 2017. La estrategia de búsqueda fue: ("hialuronic acid" AND "oral mucous regeneration"), ("hialuronic acid" AND "gingiva"), ("hialuronic acid" AND "implant"), ("hyaluronic acid" AND "intraoral therapies".

5. Discusión

El AH es un polisacárido con gran compatibilidad biológica, producido principalmente por fibroblastos. Su principal función es la hidratación tisular. Su uso es muy amplio. En las terapias introrales se han obtenido buenos resultados en: recesiones de papilas interdetales, rellenos en defectos por periimplantitis, beneficios en cirugía oral y excelentes resultados en periodoncia (2,3)

Periimplantitis



Existe una alta evidencia científica sobre los buenos resultados que aportaría el AH para la periimplantitis: (13)

- Bacteriostático
- Antiinflamatorio
- Cicatrizante
- Antiálgico



Fig 2. Evolución favorable de la periimplantitis por la aplicación de AH

Periodoncia

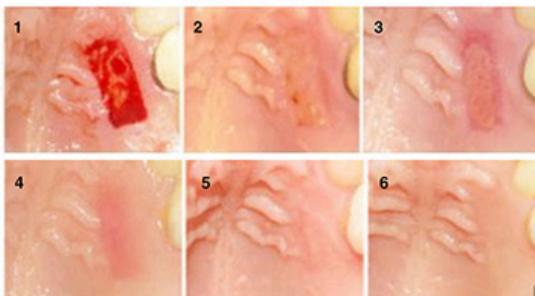


Fig 6. Obtención de un injerto en la zona palatina

El AH es especial para las funciones de las matrices extracelulares en componentes periodontales duros y blandos. (10,11,12)

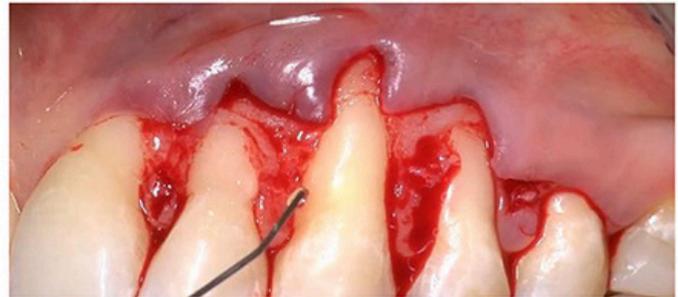


Fig 1. Aplicacion de ácido hialurónico con microfiller

4. Resultados

- LEE Y COLS 2023
- YURTTUTAN Y COLS 2023
- DOMIC Y COLS 2023
- ALPAN Y COLS 2023

Regeneración Gingival



La salud gingival es esencial para su adecuada morfología y función. Las recesiones además de ser un problema estético intraoral bastante frecuente puede ocasionar problemas como acumulación de residuos y sensibilidad dental. (4,5,6)

Fig 3. Aplicación de AH para la mejora de recesiones

Cirugía Oral

Masas DC. Eficacia en la cicatrización por aplicación de un gel a base de digliconato de clorhexidina al 0,20% y ácido hialurónico 1% . Laboratorios KIN. LABORATORIOS KIN S.A.: 2022



Fig 4 y 5 Colocacion de AH par la mejora de la cicatrizacion en implantes y colocación de xenoinjerto en elevacion de seno

El AH es útil en cirugía bucal porque es capaz de acelerar el proceso de cicatrización al disminuir el dolor y la inflamación de la zona afectada. (7,8,9)

6. Conclusiones

Actualmente el AH se utiliza muy frecuentemente en muchas áreas de la odontología ya que posee numerosos y amplios beneficios para la cavidad oral, todo esto debido a su acción positiva en la regeneración de tejidos. En cirugía bucal es un material muy útil ya que es capaz de acelerar el proceso de cicatrización al disminuir la inflamación y el dolor de la zona afectada a su vez aporta efectos muy buenos cuando existe periimplantitis y a la hora de colocar implantes con regeneración, estabilizaría ese material de regeneración.

Bibliografía



IMPLANTES PTERIGOIDEOS: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Javier Amoedo Rodríguez ¹

¹ Universidad de Sevilla

INTRODUCCIÓN

Los implantes pterigoideos son una técnica innovadora en implantología dental, diseñada para abordar desafíos en la rehabilitación de la maxila posterior en pacientes con reabsorción ósea severa y anatomía compleja. Surgieron como resultado de avances en la comprensión de la anatomía maxilar y el desarrollo de técnicas quirúrgicas especializadas. Estos implantes se colocan en la región pterigoidea del hueso maxilar, proporcionando una base estable para la restauración dental.

OBJETIVOS

Realizar una revisión bibliográfica de los últimos 10 años en torno al abordaje de la apófisis pterigoideas como base para la colocación de implantes en el paciente edéntulo con maxilar atrófico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Entre febrero y mayo de 2024 se realiza una búsqueda bibliográfica en la base de datos PubMed y Google Académico. Como estrategia de búsqueda se emplearon los términos: 'implant', 'pterygoid', 'oral rehabilitation' y 'atrophic maxilla' 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

De la búsqueda inicial se obtuvieron 212 artículos de los cuales se seleccionaron 13 evaluados a texto completo de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión.

DISCUSIÓN

Se resaltan los progresos en la inserción de implantes pterigoideos desde 2014, enfatizando la importancia de difundir el conocimiento sobre esta técnica. Además, se evalúa la tasa de éxito y fracaso en diversos estudios.

CONCLUSIONES

Los implantes pterigoideos representan una solución efectiva para la rehabilitación del maxilar posterior atrófico con altas tasas de éxito, aunque requieren de una evaluación cuidadosa y pueden conllevar complicaciones. El creciente interés en esta técnica subraya la necesidad de mayor formación entre los profesionales.

IMPLANTES PTERIGOIDEOS: UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Amoedo Rodríguez, J.; Pose Rodríguez, J.M.; Otero Casal, M.P.; Torres Lagares, D.; Baus Domínguez, M.
Universidad de Sevilla

INTRODUCCIÓN

Los implantes pterigoideos son una técnica innovadora en implantología dental, diseñada para abordar desafíos en la rehabilitación de la maxila posterior en pacientes con reabsorción ósea severa. Surgieron como resultado de avances en la comprensión de la anatomía maxilar y el desarrollo de técnicas quirúrgicas especializadas. Estos implantes se colocan en la región pterigoidea del hueso esfenoides (**Figura 1**), base estable para la restauración dental [1].

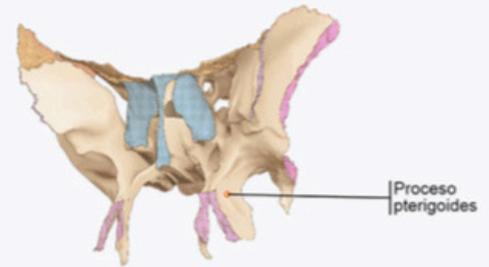


Figura 1. Región Pterigoidea del Hueso Esfenoides

OBJETIVOS

- Revisar la evolución histórica de los implantes pterigoideos y analizar la anatomía de la región pterigoidea y sus estructuras clave.
- Evaluar las indicaciones y contraindicaciones de los implantes pterigoideos así como describir la técnica quirúrgica para su colocación.
- Identificar y analizar las complicaciones asociadas a su colocación en la práctica clínica (**Figura 2**).

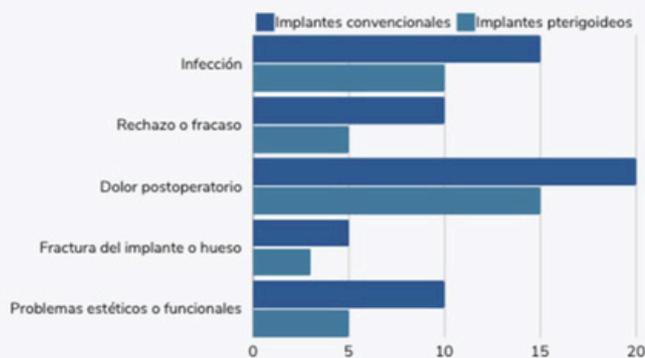


Figura 2. Comparación de Complicaciones Asociadas entre Implantes Convencionales y Pterigoideos

Fontes Pereira J. et al. [3] establecieron a través de su revisión sistemática que aquellos implantes dentales colocados mediante la técnica de oseodensificación en áreas con baja densidad ósea o defectos óseos tienen un mejor pronóstico y pueden reducir el tiempo necesario para lograr la osteointegración.

Para la descripción y visualización del flujo de información empleamos el diagrama de flujo PRISMA (**Figura 3**).



Figura 3. Diagrama de flujo PRISMA

MATERIAL Y MÉTODOS

Entre febrero y mayo de 2024 realizamos una búsqueda bibliográfica en la base de datos PubMed y Google Académico. Como estrategia de búsqueda empleamos los términos: 'implant', 'pterygoid', 'oral rehabilitation' y 'atrophic maxilla' junto con el operador booleano 'AND'. La búsqueda se restringió a estudios publicados en los últimos 10 años en español o inglés.

RESULTADOS

George P. et al. [2] analizaron el uso de implantes pterigoideos en todas las fases del tratamiento, desde la planificación hasta la colocación quirúrgica. Concluyeron que estos implantes permiten una restauración más rápida y económica del maxilar posterior al evitar la necesidad de injertos óseos. Recomiendan considerar los implantes pterigoideos como una alternativa viable al aumento óseo cuando no hay suficiente hueso en el maxilar posterior.

CONCLUSIONES

Los implantes pterigoideos, efectivos para rehabilitar maxilares posteriores atróficos sin necesidad de elevación del seno maxilar, presentan riesgos como daño anatómico y fallos de oseointegración. Desde 2014, ha crecido su popularidad y se destaca la importancia de formar a los profesionales. Aunque los implantes cigomáticos son preferidos en algunos casos, los pterigoideos mejoran la distribución de fuerzas en prótesis híbridas, y la oseodensificación aumenta su estabilidad, reduciendo complicaciones.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gatica J, Fonfach R. Implantes pterigoideos, una opción de tratamiento. *Int J Med Surg Sci.* 2016;767-9.
2. George P, Kurtzman GM. Pterygoid implants: anatomical considerations and surgical placement. *J Osseointegration.* 2022 Mar 8;14(2):81-7.
3. Fontes Pereira J, Costa R, Nunes Vasques M, Salazar F, Mendes JM, Infante da Câmara M. Osseodensification: An Alternative to Conventional Osteotomy in Implant Site Preparation: A Systematic Review. *J Clin Med.* 2023 Nov 11;12(22):7046.

PROPUESTA Y VALIDACIÓN DE UN NUEVO ÍNDICE PARA EVALUAR LA DIFICULTAD DE EXTRACCIÓN DEL TERCER MOLAR SUPERIOR.

Belén Lima-Sánchez¹, Paula Hermida Cabrera¹, Vanessa Montoya-Salazar¹, Luis-Guillermo Oliveros López¹, Pedro Alomar-Velasco², José-Luis Gutiérrez-Pérez³, Daniel Torres-Lagares¹, María Baus Domínguez¹

¹ Universidad de Sevilla

² Oral and Maxillofacial Unit, Quirón Salud Palmaplanas Hospital

³ Oral and Maxillofacial Unit, Virgen del Rocio Hospital)

RESUMEN

Hoy día, en la literatura se pueden encontrar una gran cantidad de estudios cuyo objetivo es evaluar el grado de dificultad de la extracción de terceros molares centrándose, sobre todo, en terceros molares inferiores, lo que puede conllevar a un mayor número de complicaciones por no disponer de un método que permita conocer la complejidad de la extracción de los cordales superiores. Nuestro objetivo es la obtención, a través del método matemático de la regresión lineal múltiple, una ecuación que permita estimar el tiempo de extracción de un tercer molar superior en función de su complejidad.

MÉTODOS

Estudio de cohorte prospectivo sobre una muestra de pacientes del Máster de Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla en el que se calcularon coeficientes de regresión lineal múltiple con un posterior estudio de validación de los resultados en la muestra de pacientes operados en el Hospital Palmaplanas de Mallorca.

RESULTADOS

La recta de regresión obtenida tras aplicar la metodología estadística a la cohorte de pacientes de la Universidad de Sevilla obtuvo variables dependientes significativas como profundidad, raíces y odontosección. Una vez aplicado a la cohorte de pacientes del Hospital de Palmaplanas de Mallorca se obtuvo un coeficiente de regresión entre los datos recibidos y los estimados de 0,770.

CONCLUSIONES

La fórmula propuesta en este artículo presenta validez significativa en la predicción del tiempo quirúrgico de extracción de los terceros molares superiores incluidos.

LIMA-SÁNCHEZ B, HERMIDA-CABRERA P, MONTOYA-SALAZAR V, OLIVEROS-LÓPEZ LG, ALOMAR-VELASCO P, GUTIÉRREZ-PÉREZ JL, TORRES-LAGARES D, BAUS-DOMÍNGUEZ M.

MÁSTER CIRUGÍA BUCAL AVANZADA. FACULTAD DE ODONTOLOGÍA. UNIVERSIDAD DE SEVILLA

INTRODUCCIÓN

La extracción de terceros molares superiores es un procedimiento común en la práctica diaria, donde la dificultad es un factor clave que afecta la planificación y ejecución de la cirugía (1,2,3). La dificultad en la extracción no puede determinarse únicamente mediante exploración radiológica (1,4-8). Las clasificaciones actuales, como las de Winter y Pell & Gregory, presentan limitaciones al no considerar variables adicionales como la densidad ósea o la forma y tamaño de las raíces (2,3,5,7,9).

OBJETIVOS

Obtención a través del método matemático de la regresión lineal múltiple una ecuación que permita estimar el tiempo de extracción de un tercer molar superior en función de su complejidad

MATERIAL Y MÉTODOS



Variables generales del paciente	Significancia	Variables relativas al tercer molar	Significancia
Sexo	-	Relación espacial	<0.01
Edad	<0.01	Profundidad	cuasi
Ostectomía	-	Integridad de hueso y mucosa	-
Odontosección	<0.01	Raíces	<0.001
Sutura	<0.05	Índice de dificultad	-
Exodoncia simple	-		

RESULTADOS

$$Y = C + B1 \cdot X1 + B2 \cdot X2 + B3 \cdot X3 + \dots$$

Variable	B	Dev error	Beta	t	sig.
Constante (C)	9.442	6.446		1.465	0.151
CS: Relación espacial	-6.780	2.704	-0.312	-2.507	0.017
CS: Profundidad	11.031	2.736	0.651	4.032	0.0000
CS: Integridad del hueso y la mucosa	-4.665	1.919	-0.443	-2.431	0.020
CS: Raíces	4.846	2.238	0.214	2.166	0.037
Osteotomía	-18.610	4.483	0.745	-4.152	0.000
Odontosección	21-401	5.616	0.713	3.811	0.000
Sutura	-10-298	3.434	-0.426	-2.999	0.005

Variables	Categorías	Valor de Xi	Variables	Categorías	Valor de Xi
Relación espacial	Vertical	1	Raíces	>2/3, fusionadas	1
	Mesioangular	2		>2/3 sep o <1/3	2
	Distoangular	3		>2/ múltiples	3
	Horizontal/angular	4	Ostectomía	No	1
Profundidad	Nivel A	1		Sí	2
	Nivel B	2	Odontosección	No	1
	Nivel C	3		Sí	2
Integridad de hueso y mucosa	Erupcionada	1	Sutura	No	1
	Cparc. Mucosa	2		Sí	2
	Cparc. Hue. Y Muc.	3	Exodoncia simple	Sí	1
	Ctot. Muc. No Hue.	4		No	2
	Ctot. Muc. Y Hue	5			

r = 0,807



CORRELACIÓN POSITIVA

DISCUSIÓN

- La experiencia del operador limitará la capacidad para predecir la dificultad (4,10,11)
- Factores clínicos y radiográficos (4,6,11-13)
- Duración de la cirugía (3,5-7)
- Otros índices propuestos en la literatura (5,7)

CONCLUSIÓN

- La fórmula presentada y las variables incluidas en ella para la obtención del tiempo aproximado necesario para la extracción de un cordal superior tiene **RELEVANCIA CLÍNICA**.
- Supone una ayuda al cirujano para:
 - Optimizar tiempo en gabinete.
 - Tomar decisiones en caso de necesidad de derivación a un profesional más cualificado.
 - Se necesitan más estudios que demuestren la validez de la fórmula en otras muestras.

BIBLIOGRAFÍA



PROPUESTA Y VALIDACIÓN DE UN NUEVO ÍNDICE PARA DETERMINAR LA DIFICULTAD DE LA EXTRACCIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES

Paula Hermida Cabrera ¹

¹ Universidad de Sevilla

INTRODUCCIÓN

No existe consenso actual sobre que parámetros condicionan la dificultad de la extracción, en términos de tiempo empleado, de los terceros molares mandibulares, algo esencial para prevenir las complicaciones y optimizar el tiempo de la intervención.

OBJETIVO

Obtención a través del método matemático de regresión lineal múltiple, una ecuación que permita estimar el tiempo de extracción de un tercer molar inferior en función de su complejidad.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio de cohorte prospectivo sobre una muestra de pacientes de Sevilla en la que se calculan coeficientes de la regresión lineal múltiple con posterior estudio de validación de los resultados en la muestra de pacientes operados en Mallorca.

RESULTADOS

La ecuación de regresión que tiene como resultado el tiempo empleado en la cirugía de un cordal inferior basada en variables estadísticamente significativas, ha sido aplicada a los pacientes de Sevilla y de Mallorca presentando un coeficiente de regresión r igual a 0,770, muy próximo a 1 (máximo valor de r)

CONCLUSIONES

:La fórmula propuesta en este artículo presenta significancia desde el punto de vista clínico y estadístico.

PROPUESTA Y VALIDACIÓN DE UN NUEVO ÍNDICE PARA DETERMINAR LA DIFICULTAD DE LA EXTRACCIÓN DE LOS TERCEROS MOLARES INFERIORES

Paula Hermida-Cabrera, Belén Lima-Sánchez, Vanessa Montoya-Salazar, Luis-Guillermo Oliveros-López, Pedro Alomar-Velasco, José-Luis Gutiérrez-Pérez, Daniel Torres-Lagares y María Baus-Domínguez

INTRODUCCIÓN

Los **terceros molares inferiores** muestran en mayor proporción alteraciones en la erupción, seguidos de los caninos, terceros molares y segundos premolares maxilares (1). La patología derivada de la impactación de estos es amplia, afectando al paciente en general y a la cavidad oral y dientes adyacentes en particular (2,3).



Existe aún controversia en la literatura y falta de consenso a la hora de evaluar el grado de dificultad quirúrgica adscrito a cada caso clínico (4). En la mayoría de ellas se evalúa la dificultad atendiendo a parámetros meramente radiológicos y de posición, como son las conocidas clasificaciones de Winter y cols (1926) (5); la de Pell-Gregory (1933) (6); el índice WHARFE (7), la escala de dificultad de Pederson (1988) (8) y un largo etcétera.

OBJETIVOS

Determinar mediante el método matemático de regresión lineal una ecuación que indique las variables que guardan más relación con la complejidad de extracción de los cordales inferiores y que permita así estimar el tiempo de la intervención

RESULTADOS

SEVILLA

30 pacientes MCBS Universidad de Sevilla

MALLORCA

71 pacientes Hospital QuirónSalud Palmaplanas, Palma de Mallorca

$$Y = C + B1 * X1 + B2 * X2 + B3 * X3 + \dots$$

Tiempo de extracción

Constante de cada variable

Valor de la variable independiente

$r = 0.770$

Constante del modelo
22,971

CORRELACIÓN POSITIVA

Variable	Coef. no estandarizados		Coef. est. Beta	t	Sig(p)
	B	Desv. Error			
(Constante)	22,971	6,410		3,584	0,001
Cl: Profundidad	3,810	2,155	0,237	1,768	0,088
Cl: Raíces	6,751	2,403	0,376	2,810	0,009
Odontosección	-14,641	3,448	-0,524	-4,247	0,000

Variable	Categorías	Valor de Xi
Profundidad	Nivel A	1
	Nivel B	2
	Nivel C	3
Raíces	>3/4, fusionadas	1
	>3/4, separadas o <1/3	2
	>3/4, multiples	3
Odontosección	No	1
	Si	2

MATERIAL Y MÉTODO

Estudio de cohortes prospectivo

SEVILLA

Validación

MALLORCA

Chi-test: variables cualitativas

Mann-Whitney U test: variables numéricas

CRITERIOS DE INCLUSIÓN	CRITERIOS DE EXCLUSIÓN
Diagnóstico de disodontias de terceros molares	Enfermedad severa o descontrolada (de índole cardiovascular, diabetes, anticoagulación, etc)
Indicación absoluta de extracción	Alto riesgo de daño del nervio dentario inferior
Completa y detallada historia clínica	Experiencias previas de complicaciones durante la cirugía de exodoncia de cordales o complicaciones postoperatorias

DISCUSIÓN

HABILIDAD DEL OPERADOR (17-25)

FACTORES ANATÓMICOS (6-15, 24)

TIEMPO DE INTERVENCIÓN (15,16,28-31)

CARACTERÍSTICAS DEL PACIENTE (32-35)



Figuras 1-4. 1. Ortopantomografía preoperatoria. 2. Incisión y despegamiento del colgajo mucoperióstico. 3. Ostectomía y odontosección. 4. Extracción tras radiculosección de raíces 48.

CONCLUSIONES

La fórmula propuesta y las variables incluidas, tienen relevancia clínica y estadística para predecir el tiempo de extracción de los cordales inferiores previo a la cirugía, ayudando a optimizar la práctica odontológica diaria. Son necesarios más estudios de validación en distintas muestras.

ARTÍCULO COMPLETO Y BIBLIOGRAFÍA



RESPUESTA BIOLÓGICA DE LA MUCOSA PERIIMPLANTARIA A DIFERENTES MATERIALES DE REHABILITACIÓN DEFINITIVA SOBRE IMPLANTES.

Elena Oliva Ferrusola¹, María Baus Domínguez¹, Serafín Maza Solano¹, María Ángeles Serrera Figallo¹, José Luis Gutiérrez Pérez¹, Daniel Torres Lagares¹.

¹Facultad de Odontología Universidad de Sevilla

INTRODUCCIÓN

El sellado del tejido periimplantario es un factor determinante para la supervivencia a largo plazo del implante. En la región transmucosa, la fracción cervical de la corona protésica está en contacto con estos tejidos, por lo que la mucointegración también se verá influenciada por el biomaterial utilizado para la restauración protésica.

OBJETIVO

Este estudio tiene como objetivo comparar la respuesta tisular generada por los materiales restauradores definitivos y los materiales poliméricos desde un punto de vista histológico.

MATERIAL Y MÉTODOS

En este estudio se realizó un estudio de cohorte prospectivo observacional en el que se tomaron biopsias de la mucosa periimplantaria después de la colocación de restauraciones protésicas soportadas por implantes hechas de diferentes materiales (óxido de circonio, disilicato de litio y PMMA).

RESULTADOS

Se observó una diferencia estadísticamente significativa en el aumento del espesor del epitelio no queratinizado al comparar los materiales definitivos (óxido de circonio/disilicato de litio) vs el material provisional (PMMA) y en el número de fibras de colágeno al comparar óxido de circonio y disilicato de litio.

DISCUSIÓN

Tras la cirugía de inserción de implantes, las células de los bordes de la incisión aumentan y se adhieren a la superficie del implante pudiendo crear una unión epitelial similar al epitelio de unión de los dientes naturales. Sin embargo, la mayoría de estudios no consideran el material restaurador protésico el cual se encuentra en contacto con los tejidos blandos periimplantarios. Algunos estudios sostienen que el tejido conectivo periimplantario, más que una estructura de defensa, es una afectación inflamatoria crónica porque tiene muchas fibras de colágeno tipo V resistentes a la colagenasa. El presente estudio muestra que la zirconia presenta una distribución normal de fibras de colágeno en el 90-95% de los casos.

La presencia de PMN y su asociación con la inflamación podrían indicar una asociación con la patogénesis de las enfermedades periimplantarias. De igual forma, al comparar la respuesta generada por disilicato versus PMMA, se encuentra una diferencia estadísticamente significativa en el aumento de exocitosis en el tejido periimplantario alrededor de restauraciones provisionales. Este aumento de exocitosis es otro indicador importante de inflamación que podría estar relacionado con el posible desarrollo de enfermedades periimplantarias.

CONCLUSIONES

Con base en los resultados obtenidos, podemos asumir que la zirconia es el material que presenta la respuesta biológica más adecuada de los tejidos periimplantarios.



RESPUESTA BIOLÓGICA DE LA MUCOSA PERIIMPLANTARIA A DIFERENTES MATERIALES DE REHABILITACIÓN DEFINITIVA SOBRE IMPLANTES

M Baus, E Oliva, S Maza, MA Serrera, JL Gutiérrez, D Torres.



-INTRODUCCIÓN-

El sellado del tejido periimplantario es un factor determinante para la supervivencia a largo plazo del implante[1, 2]. En la región transmucosa, la fracción cervical de la corona protésica está en contacto con estos tejidos, por lo que la mucointegración también se verá influenciada por el biomaterial utilizado para la restauración protésica[3,4,5]. Este estudio pretende comparar la respuesta tisular generada por el zirconio y el polimetilmetacrilato desde un punto de vista histológico.

-MATERIAL Y MÉTODO-

Estudio de **cohorte prospectivo observacional** en el que se tomaron biopsias de la mucosa periimplantaria después de la colocación de restauraciones protésicas soportadas por implantes hechas de diferentes materiales (óxido de circonio y PMMA). Posteriormente se realizó un análisis histológico y estadístico detallado.

-RESULTADOS-

Variable	Categories	Zirconia	PMMA	p-Value
Primary localization of inflammatory activity in the epithelium	Keratinized epithelium	1 (8.3%)	2 (16.7%)	
	Intermediate	10 (83.3%)	10 (83.3%)	
	Non-keratinized epithelium	1 (8.3%)	0	
Cellular composition of inflammatory activity	Lymphocytes	9 (90.0%)	11 (91.7%)	
	PMN	1 (10.0%)	1 (8.3%)	

Variable	Categories	Zirconia	PMMA	p-Value
Lateral cellular composition of inflammatory activity	No cells	3 (27.3%)	1 (8.3%)	p < 0.05
	Lymphocytes	0	1 (8.3%)	
	Lymphocytes, plasma cells	1 (9.1%)	0	
	Nuclear polymorphs	1 (9.1%)	7 (58.3%)	
	Nuclear polymorphs, eosinophils	2 (18.2%)	0	
Number of connective tissue collagen fibers ¹	Decreased	0	1 (8.3%)	
	Normal	15 (78.9%)	9 (75.0%)	
Arrangement of collagen fibers of connective tissue	Normal	10 (90.9%)	11 (91.7%)	
	Altered	1 (9.1%)	1 (8.3%)	
Connective tissue vascular proliferation ²	Decreased	1 (8.3%)	1 (8.3%)	
	Normal	10 (83.3%)	10 (83.3%)	
	Augmented	1 (8.3%)	1 (8.3%)	

¹ Decreased: <60%, normal: 60-80%, augmented: >80%. ² Decreased: <35%, normal: 35%, augmented: >35%.

Variable	Zirconia	PMMA	p-Value
Increased thickness of keratinized epithelium (mm)	0.73 ± 0.39	0.60 ± 0.17	
Size of the ridges in the keratinized epithelium (mm)	5.75 ± 3.11	7.25 ± 2.49	
Exocytosis. Number of lymphocytes per mm ² in the keratinized epithelium	23.92 ± 23.19	38.33 ± 37.38	
Exocytosis. Number of nuclear polymorphs per mm ² in the keratinized epithelium	19.75 ± 56.25	0	
Exocytosis. Total number of cells per mm ² in the keratinized epithelium	43.67 ± 51.68	38.33 ± 37.38	
Parakeratosis. Exocytosis. Number of nuclei per mm ² in the keratinized epithelium	33.08 ± 29.81	45.00 ± 56.63	
Increased thickness of non-keratinized epithelium (mm)	0.73 ± 0.48	0.32 ± 0.13	p < 0.05
Size of ridges in non-keratinized epithelium	4.00 ± 2.73	4.40 ± 2.55	
Intensity of inflammatory activity. Percentage of inflammatory cells	22.73 ± 21.72	32.71 ± 28.31	
Number of connective tissue papillae	5.33 ± 2.84	6.42 ± 2.07	
Days between placement and sampling	70.58 ± 24.89	70.25 ± 11.69	



-BIBLIOGRAFÍA-



-DISCUSIÓN-

Tras inserción de un implante, las células de los bordes de la incisión se adhieren a la superficie de este creando una unión epitelial similar al epitelio de unión [3]. La mayoría de estudios no consideran el material restaurador protésico. Algunos sostienen que el tejido conectivo periimplantario, más que una estructura de defensa, es una afectación inflamatoria (colágeno tipo V resistente a la colagenasa) [6]. En este estudio se muestra que la zirconia presenta una distribución normal de fibras de colágeno (90-95%). La presencia de PMN y su asociación con la inflamación podrían relacionarse con la patogénesis de las enf. periimplantarias [7,8,9].

-CONCLUSIONES-

- Los avances y sus favorables propiedades biológicas hacen de la zirconia el material más adecuado para restauraciones protésicas.
- No se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el zirconio y el PMMA, así la respuesta biológica generada por PMMA **no es muy diferente a la de la restauración definitiva**.
- No existe evidencia científica en humanos registrada que compare el sellado mucoso obtenido tras la colocación de estos materiales.
- Son necesarios más estudios que analicen el comportamiento de la mucosa periimplantaria respecto a los diferentes materiales.

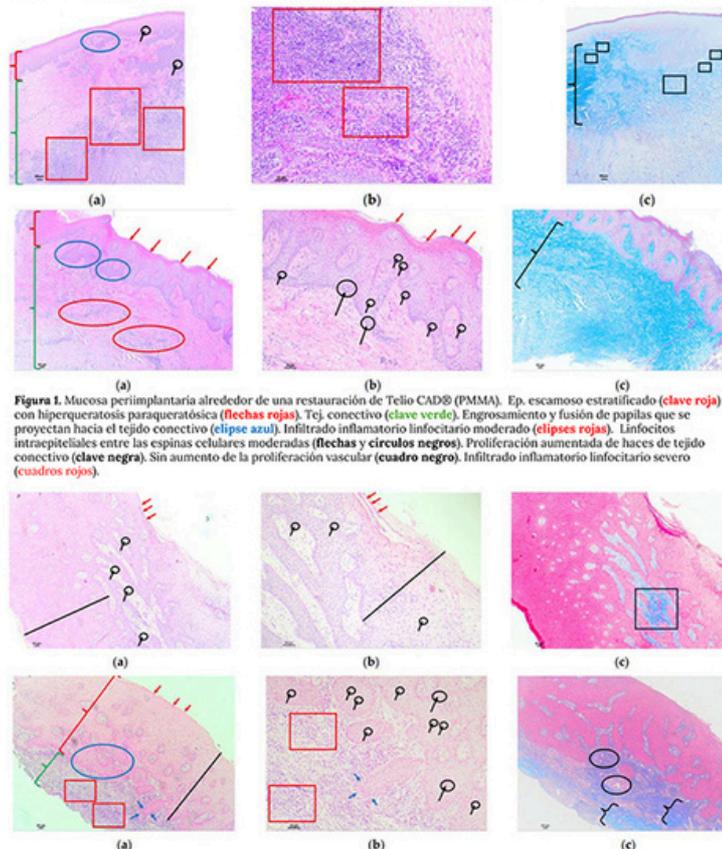


Figura 1. Mucosa periimplantaria alrededor de una restauración de Teflo CAD® (PMMA). Ep. escamoso estratificado (clave roja) con hiperqueratosis parakeratósica (flechas rojas). Tej. conectivo (clave verde). Engrosamiento y fusión de papilas que se proyectan hacia el tejido conectivo (elipse azul). Infiltrado inflamatorio linfocitario moderado (elipses rojas). Linfocitos intraepiteliales entre las espinas celulares moderadas (flechas y círculos negros). Proliferación aumentada de haces de tejido conectivo (clave negra). Sin aumento de la proliferación vascular (cuadro negro). Infiltrado inflamatorio linfocitario severo (cuadros rojos).

Figura 3. Mucosa periimplantaria alrededor de una restauración de óxido de circonio (Circon xt ML Multilayer®). Ep. escamoso estratificado con acantosis (línea negra). Focos de hiperqueratosis parakeratósica (flechas rojas). Escaso tejido submucoso con un infiltrado infl. linfocitario muy leve (flechas y círculos negros). Proliferación de haces de tejido conectivo identificados sin alteraciones en su estructura (cuadro negro). Epitelio con engrosamiento, acortamiento y fusión de las papilas que se proyectan hacia el tejido conectivo (elipse azul). Tejido submucoso (clave verde). Infiltrado infl. linfocitario severo (flechas azules).

EXPLANTACIÓN Y REGENERACIÓN ÓSEA EN MANDÍBULA POSTERIOR: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Javier Valenzuela Mencía¹, Antonio Jesús Olvera Huertas¹, Esther Muñoz Soto¹, Amparo Mendoza Arnau¹, María Jesús Lisbona González¹, María Pilar Quesada García¹

¹ Máster de Cirugía Bucal, Universidad de Granada

El objetivo de este trabajo es la presentación de un caso de explantación de implantes colocados en mandíbula posterior, junto a una regeneración ósea guiada que permita la colocación de nuevos implantes en una segunda fase quirúrgica.

Un paciente varón de 41 años edad, no fumador, sin antecedentes médicos de interés, acude al Máster de Cirugía Bucal e Implantología de la Universidad de Granada para la valoración de unos implantes colocados en mandíbula posterior derecha.

El estudio radiológico evidencia la presencia de dos implantes colocados en posición 46 y 47, con fractura de tornillos protésicos, fractura de la plataforma de los implantes y pérdida ósea alrededor de ambos implantes. Se propone como plan de tratamiento la explantación de ambos implantes junto a una regeneración ósea guiada, para permitir la colocación de nuevos implantes en una posterior cirugía.

Tras la explantación de ambos implantes, se procede a realizar una regeneración ósea utilizando un mix de hueso autólogo y xenoinjerto en proporción 1:1, junto a una membrana de colágeno. Dada la pérdida ósea vertical en la zona vestibular de los implantes, se decide colocar dos microtornillos en esta zona para mantener el componente vertical de la regeneración y evitar el colapso de la membrana en esta zona. Esta membrana se fijó con chinchetas tanto en lingual como en vestibular, se realizó una movilización de los colgajos lingual y vestibular destinada a conseguir un cierre primario libre de tensiones, y se realizó una sutura en dos planos. El postoperatorio transcurrió sin incidencias.

En la revisión a los 6 meses se puede evidenciar a nivel radiológico la consecución de una regeneración ósea satisfactoria que permitirá la posterior colocación de implantes.

Explantación y regeneración ósea en mandíbula posterior: a propósito de un caso.



Valenzuela-Mencía Javier, Olvera-Huertas AJ, Muñoz-Soto E, Mendoza-Arnau A, Lisbona-González MJ, Quesada-García MP.
Máster Universitario en Cirugía Bucal e Implantología, Universidad de Granada.

INTRODUCCIÓN

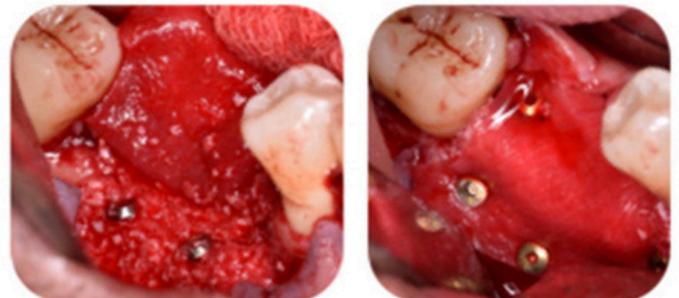
La fractura de componentes del complejo implante-prótesis habitualmente produce una pérdida ósea periimplantaria, que con frecuencia obliga a la retirada de los implantes y a la realización de técnicas de regeneración que permitan una nueva colocación de implantes.

OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo es la presentación de un caso de explantación de implantes colocados en mandíbula posterior, junto a una regeneración ósea guiada que permita la colocación de nuevos implantes en una segunda fase quirúrgica.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

- **Paciente** varón de 41 años edad, no fumador, sin antecedentes médicos de interés, acude al Máster de Cirugía Bucal e Implantología de la Universidad de Granada para la valoración de implantes colocados en mandíbula posterior derecha.
- **Estudio radiológico** → implantes colocados en posición 46 y 47, con fractura de tornillos protésicos, fractura de la plataforma de los implantes y pérdida ósea periimplantaria.
- **Planificación** → explantación + regeneración ósea guiada horizontal y vertical.
- **Cirugía**
 1. Explantación.
 2. Colocación microtornillos en zona vestibular de la cresta.
 3. Regeneración ósea: autólogo+xenoinjerto 1:1.
 4. Membrana de colágeno anclada con chinchetas.
 5. Liberación colgajos vestibular y lingual.
 6. Sutura en dos planos.
- **Postoperatorio** → sin incidencias remarcables.

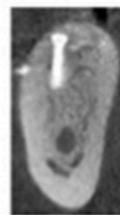


CONCLUSIÓN

En casos donde se precise la retirada de implantes y exista un defecto óseo periimplantario, la combinación de hueso autólogo y xenoinjerto, junto a la utilización de microtornillos y membranas reabsorbibles consigue una regeneración horizontal y vertical de la cresta permitiendo la posterior colocación de nuevos implantes.



47 PRE CIRUGÍA



47 POST CIRUGÍA
6 MESES

Bibliografía

Abdelrhman F, Assaf M, Alshub Z. Two-pole technique for alveolar ridge width preservation with a compressed buccal plate: a prospective cohort study. *Ann Med Surg*. 2021 Sep; 13:8111-8144. doi: 10.1097/MS9.0000000000001212. PMID: 35017112; PMCID: PMC8417878.
Le B, Rahou M, Pissat BS. Screw "less-pole" grafting technique for reconstruction of large vertical alveolar ridge defects using human mineralized allograft for implant site preparation. *J Oral Maxillofac Surg*. 2017 Feb; 75(2):426-35. doi: 10.1097/JOMS.0000000000001495. Epub 2016 Jan 15. Review of: *J Oral Maxillofac Surg*. 2010 Apr; 68(4):955. PMID: 30114714.
Bauer JJ, Ouyang J, Alshub Z, Dore AJ, Tamare DP. Ridge Augmentation in a Site of a Previous Implant Failure Using Tissue Scaffolds and Collagen Membrane. *Compend Contin Educ Dent*. 2012 Mar; 34(3):144-50. PMID: 23272442.

IMPLANTES INMEDIATOS POSTEXTRACCIÓN VERSUS IMPLANTES TARDÍOS CON PRESERVACIÓN ALVEOLAR PREVIA: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA

Mariana Vale Braña¹, Luis Guillermo Oliveros López¹, Daniel Torres Lagares¹, José Luis Gutiérrez Pérez¹

¹ Facultad de Odontología, Universidad de Sevilla

INTRODUCCIÓN

Los implantes tardíos ya no son una opción realmente atractiva para los pacientes en la práctica diaria, por lo tanto, el momento de la colocación de los implantes se ha convertido en un tema importante en la comunidad dental en los últimos 15 años, que se ha abordado específicamente en tres Conferencias de Consenso ITI (International Team for Implantology) y conferencias de consenso de otras organizaciones dentales.

OBJETIVO

Determinar y comparar la eficacia de los implantes inmediatos postextracción frente a los implantes tardíos con preservación alveolar previa, e identificar y describir los diferentes factores que influyen en la selección de la terapia quirúrgica a realizar.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una revisión bibliográfica. Se emplearon las bases de datos PubMed y Scopus. Como estrategia de búsqueda se introdujo "Postextraction implant AND alveolar preservation", limitando la búsqueda a artículos publicados en los últimos 5 años y con límite de idioma de español e inglés.

RESULTADOS

Se seleccionaron 5 artículos de acuerdo con los criterios de inclusión y exclusión tras ser evaluados a texto completo por la autora.

DISCUSIÓN

La importancia que ha adquirido la implantología en los últimos años ha impulsado la aparición de técnicas mínimamente invasivas y rápidas. La extracción de dientes con mal pronóstico, seguida de la colocación simultánea de implantes, ahorra tiempo y costes, además de reducir la morbilidad en los pacientes. Sin embargo, al mismo tiempo, los pacientes exigen resultados altamente estéticos. La colocación inmediata después de la extracción dental ha reducido los tiempos quirúrgicos y ha aumentado la satisfacción del paciente, con tasas de supervivencia similares a los casos de colocación tardía de implantes.

CONCLUSIONES

Los implantes inmediatos postextracción suponen una excelente opción de tratamiento que ofrece buenos resultados, reduce la morbilidad del paciente y el tiempo de tratamiento. La eficacia de esta terapia es similar y comparable con la terapia de implantes tardíos con preservación alveolar previa, sin embargo, los resultados son ligeramente favorables para la terapia de implantes tardíos con preservación alveolar previa. Se ha demostrado que los implantes postextracción ofrecen mejores resultados cuando se cumplen las condiciones idóneas y se acompaña con regeneración ósea guiada. La tasa de éxito del implante, la preservación de los tejidos duros y blandos, la estética y las consideraciones del paciente, son los diferentes factores que influyen en la selección de la terapia quirúrgica a realizar para brindar el mejor resultado rehabilitador.

IMPLANTES INMEDIATOS POSTEXTRACCIÓN VERSUS IMPLANTES TARDÍOS CON PRESERVACIÓN ALVEOLAR PREVIA: UNA REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Vale Braña M, Oliveros López LG, Torres-Lagares D, Gutiérrez Pérez JL.

1 INTRODUCCIÓN

Los implantes tardíos ya no son una opción realmente atractiva para los pacientes en la práctica diaria, por lo tanto, el momento de la colocación de los implantes se ha convertido en un tema importante en la comunidad dental en los últimos 15 años, que se ha abordado específicamente en tres Conferencias de Consenso ITI (*International Team for Implantology*) y conferencias de consenso de otras organizaciones dentales (1-4).

- PARED ÓSEA VESTIBULAR >1MM
- BIOTIPO GINGIVAL GRUESO
- AUSENCIA DE INFECCIÓN AGUDA
- VOLUMEN APICAL Y PALATINO

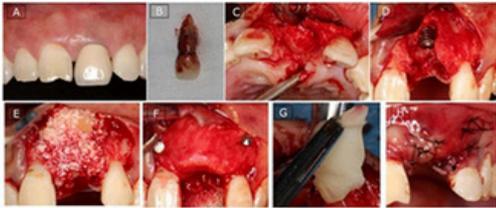


Figura 1. Procedimientos quirúrgicos del implante inmediato (5).

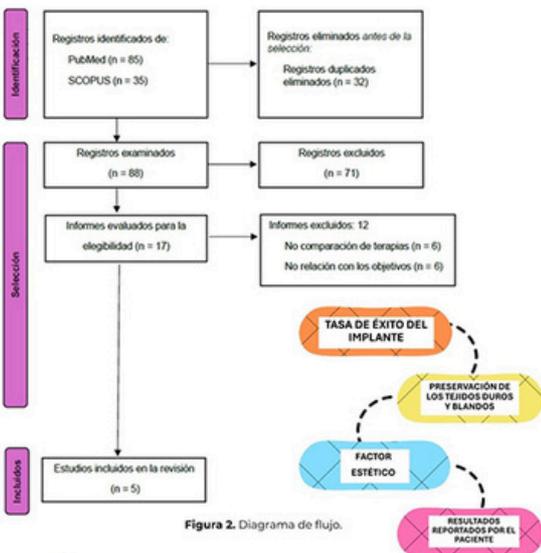


Figura 2. Diagrama de flujo.

6 CONCLUSIONES

- Los implantes inmediatos postextracción suponen una excelente opción de tratamiento que ofrece buenos resultados, reduce la morbilidad del paciente y el tiempo de tratamiento. La eficacia de esta terapia es **similar y comparable** con la terapia de implantes tardíos con preservación alveolar previa, sin embargo, los resultados son **ligeramente favorables** para la terapia de implantes tardíos con preservación alveolar previa.
- La **tasa de éxito del implante, la preservación de los tejidos duros y blandos, la estética y las consideraciones del paciente**, son los diferentes factores que influyen en la selección de la terapia quirúrgica a realizar para brindar el mejor resultado rehabilitador.

7 BIBLIOGRAFÍA

2 OBJETIVOS

- Conocer la eficacia de los implantes inmediatos postextracción frente a los implantes tardíos con preservación alveolar previa como terapia para rehabilitaciones implantosoportadas.
 - Determinar y comparar la eficacia de ambas terapias.
 - Identificar y describir los diferentes factores que influyen en la selección de la terapia quirúrgica a realizar.

3 MATERIAL Y MÉTODOS

Se emplearon las bases de datos **PubMed** y **Scopus**. Como estrategia de búsqueda se introdujo "*Postextraction implant AND alveolar preservation*", limitando la búsqueda a artículos publicados en los últimos **5 años** y con límite de idioma de español e inglés.

4 RESULTADOS

AUTORES	AÑO	REVISTA	TIPO DE ESTUDIO	OBJETIVOS	RESULTADOS	CONCLUSIONES
Al-Aroumi O y cols. (0)	2023	Journal of Stomatology, Oral and Maxillofacial Surgery	Informe de caso	Evaluar los resultados clínicos y radiológicos de la colocación inmediata de implantes (IIP) con HCC en comparación con la colocación tardía de implantes (DIP) después de la preservación alveolar (PA).	La tasa de supervivencia fue del 100% en ambos grupos. IIP mostró resultados clínicos y radiológicos significativos con respecto al nivel del hueso marginal distal y el espesor del hueso vestibular horizontal coronal en comparación con DIP.	Los resultados clínicos, el valor ISQ y los cambios en el nivel, el grosor y la densidad del hueso fueron comparables.
Cardaropoli D y cols. (1)	2022	The International Journal of Periodontology and Restorative Dentistry	Ensayo clínico controlado aleatorizado	Evaluar las modificaciones clínicas y radiológicas del tejido óseo y blando en implantes inmediatos versus implantes tardíos insertados después de PA.	El día de la extracción del diente (T0) y 1 año después de la extracción del diente (T1), se evaluaron en ambos grupos el ancho horizontal del tejido blando, los niveles papilares mesiales y distales, el nivel gingival vestibular y el PES.	Se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el ancho horizontal de los tejidos blandos entre T0 y T1. Los resultados clínicos de los dos procedimientos fueron similares y comparables a lo largo del tiempo.
Cardaropoli D y cols. (32)	2022	The International Journal of Periodontology and Restorative Dentistry	Ensayo clínico controlado aleatorizado	Evaluar las alteraciones radiológicas que ocurren en implantes inmediatos postextracción y en implantes tardíos insertados en una cresta preservada.	El seguimiento final fue de 1 año después de la carga protésica en ambos grupos. No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en MBL o hueso alveolar (HRW) entre los dos grupos de estudio.	Los resultados sugieren que es posible mantener los volúmenes de MBL y de hueso alveolar en ambos técnicas.
Xiang Y y cols. (33)	2022	Journal of Evidence-Based Dental Practice	Revisión sistemática y metanálisis	Comparar los datos clínicos entre la colocación tardía del implante después de la PA y la colocación inmediata del implante.	Se incluyeron un total de 12 estudios (8 ensayos controlados aleatorios y 4 estudios de cohortes). Esta revisión contenía 456 implantes colocados después de PA y 459 implantes colocados mediante IIP.	Los resultados de este metanálisis y revisión sistemática muestran que los implantes colocados mediante el protocolo PA pueden demostrar tasas de éxito más altas en comparación con los implantes inmediatos.
Slagter Ky cols. (34)	2021	Journal of Periodontology	Ensayo controlado aleatorizado	Comparar los parámetros de los tejidos blandos y duros periimplantarios, las calificaciones estéticas y la satisfacción informada por los pacientes en la IIP en alveolos postextracción con defectos óseos bucales de ≥ 5 mm con DIP.	El cambio medio del nivel óseo marginal fue de -0.71 ± 0.35 mm y -0.54 ± 0.41 mm respectivamente en el grupo inmediato y en el grupo tardío después de 5 años ($P = 0.202$). Esta diferencia, y en otros variables, no fue significativa.	Los cambios en el nivel óseo marginal, el espesor del hueso bucal, los resultados clínicos, la estética y la satisfacción de los pacientes fueron comparables en ambos grupos evaluados.

Tabla 1. Características de los estudios.

5 DISCUSIÓN

De acuerdo con la **tasa de éxito** del implante, el tratamiento después de la preservación alveolar e implantes tardíos (98,68%) presenta una tasa de éxito significativamente mayor en comparación con los implantes postextracción (95,21%). Al evaluar los resultados del **nivel del hueso marginal**, se determinó que la pérdida en los niveles de hueso marginal no fue significativa entre ambos grupos de tratamiento (6). Se demostraron resultados más favorables para el grupo de implantes tardíos con preservación alveolar con respecto al **espesor del hueso vestibular** (7) y la puntuación estética rosa **PES** (factor estético) (8). En dos estudios no se observaron diferencias significativas entre los grupos en los parámetros evaluados tanto clínica como radiológicamente (anchura del tejido blando, niveles papilares mesiales y distales, nivel gingival vestibular y el PES) (9,10).



Figura 3 y 4. Restauración implantosoportada tras colocación de implante postextracción en un TI representada 5 años después del tratamiento (7).

CASO CLÍNICO. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE UNA EXODONCIA EN UN PACIENTE EN TRATAMIENTO CON BIFOSFONATO ORAL

María Rodríguez Nieto ¹, Josefina Nieto Hernández ², Fernando Espín Gálvez ³

¹ C.S Huércal-overa. Área sanitaria Norte-Almería

² Atención primaria y hospitalaria. Distrito Almería y Servicio de Cirugía oral y Maxilofacial. CH Torrecárdenas, Almería

³ Servicio de la UGC Cirugía oral y Maxilofacial. CH Torrecárdenas, Almería.)

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los bifosfonatos (BF) son fármacos análogos sintéticos del pirofosfato inorgánico, que reducen la velocidad de recambio óseo, inhibiendo la resorción y la acción de los osteoclastos. Su principal desventaja es la gran afinidad que poseen por hueso, y no otros tejidos, siendo capaces de acumularse en la matriz mineral ósea, modificando su metabolismo durante largos periodos de tiempo. Los BF se usan para el tratamiento de pacientes con enfermedades oncológicas y patología reumatológica. En 2009 la Agencia Española del Medicamento (AEMPS) publicó una alerta sanitaria para profesionales y pacientes, avisando del aumento de la incidencia de osteonecrosis del maxilar (ONM) en pacientes tratados con BF. La mayoría de casos de ON descritos en la literatura científica, son debidos a extracciones dentales y procedimientos quirúrgicos dentoalveolares, por lo que estos, constituyen factores de riesgo. Este trabajo pretende actualizar revisando la literatura, las bases clínicas para el manejo de estos fármacos en el campo de la cirugía bucal, describiendo un caso clínico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Descripción de un caso clínico y revisión de la literatura científica.

RESULTADOS

Mujer transgénero de 58 años, no fumadora. Pluripatológica y polimedicada. En tratamiento con ácido alendrónico 70 mg vía oral semanal desde hace 2 años por osteopenia y anticoagulante oral (ACO); Sintrom, desde 2022, por flutter auricular. Presenta obesidad, hipertensión arterial, epilepsia, apnea del sueño, espondiloartrosis, fibromialgia, esteatosis hepática, litiasis renal, Sd. Ansioso depresivo junto a disforia de género y Sd. de Sjögren. Acude a la consulta odontológica del Centro de salud de Huércal-overa (Área Sanitaria Norte-Almería), derivada por su odontólogo privado, por la fractura corono radicular de la pieza 1.4 y 1.6 endodonciada, sin solución conservadora. La paciente presenta una clínica de dolor esporádico que trata con AINE y analgésicos opioides, ya pautados.

DISCUSIÓN

Se procedió a interconsulta con su médico, para valoración de la retirada del BF durante los 3 meses previos a la cirugía bucal. Se prescribió analítica para la valoración del Telopéptido C terminal del colágeno 1 (CTX-1). Se programaron las exodoncias y se dieron instrucciones para la retirada del ACO y el inicio de la profilaxis antibiótica y antiséptica previas a la cirugía bucal.

CONCLUSIONES

Los BF pueden suponer un reto para la cirugía bucal. Es por ello, que los odontólogos debemos conocer los protocolos de actuación para minimizar el riesgo de ON.



PROTOCOLO DE ACTUACIÓN ANTE UNA EXODONCIA EN UN PACIENTE EN TRATAMIENTO CON BIFOSFONATO ORAL.

Rodríguez Nieto M¹, Nieto Hernández J², Espín Gálvez F³.

1. Odontóloga de atención primaria. C.S.Huércal-overa. Área sanitaria Norte-Almería. 2. Odontóloga de atención primaria y hospitalaria. Distrito Almería y Servicio de Cirugía oral y Maxilofacial. CH Torrecárdenas, Almería. 3. Jefe de Servicio de la UGC Cirugía Oral y Maxilofacial. CH Torrecárdenas, Almería.

INTRODUCCIÓN

Los bifosfonatos (BF) son fármacos antiosteolíticos, análogos sintéticos del difosfato inorgánico. Su mecanismo de acción consiste en inhibir o retrasar la actividad remodeladora ósea, afectando a la formación, diferenciación y función del osteoclasto (1). En 2009, la Asociación Americana de Cirugía Oral y Maxilofacial (AAOMS) modificó la nomenclatura biphosphonate-related osteonecrosis of the jaw (BRONJ) por el concepto medication-related osteonecrosis of the jaw (MRONJ). Ya, que no solo existe osteonecrosis asociada a BF, sino a otros fármacos como antimitotóticos y antiangiogénicos, entre otros (2). La mayoría de estudios científicos refiere la extracción dental como el evento más prevalente asociado a BRONJ/MRONJ. Siendo factores predisponentes la presencia de inflamación y/o infección, procedentes de la afectación periodontal o periapical que dichas piezas (2 y 3). Existen factores de riesgo para desarrollo de MRONJ, como la condición sistémica del paciente, la duración de la terapia, la necesidad de cirugía dentoalveolar, factores anatómicos y enfermedades orales concomitantes (4). Por otro lado, parámetros como la suspensión del BF "drug holiday" o la medición del telopéptico C-terminal del colágeno tipo I (b-CTX), parecen no encontrar consenso en las últimas actualizaciones publicadas (2 y 5). Por tanto, las estrategias preventivas en medicina y odontología en cuanto al cuidado dental son prioritarias. Considerando el pretratamiento bucodental junto a la educación de pacientes, dentistas y profesionales médicos, fundamentales para minimizar el riesgo de BRONJ/MRONJ.

OBJETIVOS

- Revisión de la literatura científica para actualizar el protocolo de manejo de BF oral en cirugía bucal, con el fin de prevenir la osteonecrosis inducida por BF orales.
- Describir un caso clínico de una paciente en tratamiento con BF oral de dos años de duración que debe ser sometida a exodoncia.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se recogieron datos clínicos procedentes de la historia de salud (Diraya) del sistema andaluz de salud (SAS). Se procedió al análisis de la misma, en lo referente a la presencia de patologías sistémicas y tratamientos farmacológicos activos. Identificando el tratamiento con anticoagulante oral (ACO); Sintrom 4 mg y bifosfonato oral; Ácido Alendrónico 70 mg desde febrero de 2022. Ambos requieren un manejo especial en cirugía bucal. Para retirada del BF se realizó interconsulta con su médico de familia. La paciente padecía dolor de más de dos meses de evolución por dos piezas fracturadas sin solución conservadora. Para documentar el caso se realizaron radiografías panorámicas de la situación inicial y de las revisiones al mes y a los 3 meses. Junto a fotografías intraorales realizadas en las revisiones, del mes y de los 3 meses, completándose la cicatrización del tejido blando. Previa firma de consentimiento informado para la cirugía bucal y la realización de fotografías con fines formativos.

RESULTADOS

SITUACION INICIAL



Historia Clínica:

- Mujer transgénero de 58 años no fumadora.
- Pluripatológica y polimedicada.
- **Ácido Alendrónico por osteopenia.**
- **ACO; Sintrom por flutter auricular.**
- **Obesidad, HTA, espondiloartritis, fibromialgia, esteatosis hepática, litiasis renal, apnea del sueño, epilepsia, Sd. de Sjögren, Sd. Ansioso-depresivo y disforia de género.**

Planificación del caso:

- **b-CTX:** 0,265 ng/ml (Riesgo de ON de ninguno a mínimo).
- **Suspensión del BF "drug holiday"** 3 meses previos a la cirugía.
- Paso de Sintrom a heparina bpm.
- **Profilaxis antiséptica y antibiótica:** enjuagues con clorhexidina 0,12-0,2%/12h y Amoxicilina/clavulánico 875/125 mg/12h, 2 días antes y mantener 15 días. Alérgico; Levofloxacino 500mg/24h.
- Al sin VC, evitar legrado, técnica de odontosección y medidas hemostáticas.

REVISIÓN AL MES



ÁLVEOLO POST.EXO 14

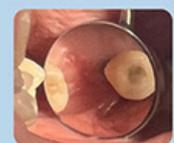


ÁLVEOLO POST.EXO 16

REVISIÓN A LOS 3 MESES



ÁLVEOLO POST.EXO 14



ÁLVEOLO POST.EXO 16

DISCUSIÓN

La medición del b-CTX es controvertida y precisa mayor evidencia científica para confirmar su validez. Recientemente se han descrito otros biomarcadores como el relacionado con la angiogénesis (VEGF), la función endocrina y el PTH. Actualmente los biomarcadores no son una herramienta válida para tomar una decisión clínica respecto al riesgo de MRONJ. La suspensión del fármaco tres meses previos a la cirugía, se realizó al considerar la pluripatología de la paciente como factores de riesgo asociados a un aumento del riesgo de MRONJ. Si bien es cierto que la suspensión del fármaco es recomendada por muchas sociedades profesionales, la evidencia científica para avalarla en la actualidad es insuficiente. Respecto a la suspensión del ACO, se decidió el paso a Heparina, debido a los los inestables y múltiples eventos cardiacos y su pluripatología. Para no demorar la exodoncia, se descartó la medición del INR el día de la cirugía. No obstante, la evidencia científica avala la medición del INR en estos casos.

MEDIDAS PREVENTIVAS MRONJ

Ruggiero et al. AAOMS Position paper-2022 Update.

MEDIDAS PREVENTIVAS MRONJ Ruggiero et al. AAOMS Position paper-2022 Update.		
Pretatamiento (No asociado a enfermedad maligna)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Educación al paciente. Alerta sanitaria AEMPS 2009. ✓ Consulta odontológica previa, pero el tratamiento dental puede ser simultáneo con ART. 	<ul style="list-style-type: none"> • Individualizar el caso. • Si la ART está asociado a enfermedad maligna (cáncer) más riesgo de MRONJ. Valorar suspensión fármaco (3 meses) si más de 3 años de tratamiento o si menos de 3 años con fact. de riesgo. • Menor incidencia MRONJ en maxilar que mandíbula. • Profilaxis antiséptica y antibiótica. • Consentimiento informado SECOM. 2008
Pretatamiento (Asociado a enfermedad maligna)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Educación al paciente. Alerta sanitaria AEMPS 2009. ✓ Priorizar consulta odontológica previa a ART, extracción de piezas no restaurables/pronóstico desfavorable. 	
Durante el tratamiento antiosteolítico (No asociado a enfermedad maligna)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Educación del paciente. No alteraciones del plan operativo en la mayoría de casos. ✓ Consideraciones incluyen: tipo de ART, duración de la terapia, comorbilidades, otras medicaciones (quimioterápicos, esteroides o antiangiogénicos), grado de infección/inflamación y extensión de la cirugía. ⚠ La suspensión del fármaco es controvertida. ⚠ b-CTX no es un biomarcador eficaz para orientar sobre el riesgo de MRONJ. 	
Durante el tratamiento antiosteolítico (Asociado a enfermedad maligna)	<ul style="list-style-type: none"> ✓ Educación del paciente sobre el alto riesgo de MRONJ y la importancia del cuidado oral. ✓ Considerar técnicas de preservación de raíces. Evitar la cirugía dentoalveolar. ⚠ CI implantes dentales. ⚠ La suspensión del fármaco es controvertida. 	

ART* Terapia Antiosteolítica

CONCLUSIÓN

- Es necesaria más investigación, estudios prospectivos y actualización de las guías de práctica clínica y documentos de consenso entre las sociedades científicas actuales, para avalar las terapias preventivas, la suspensión del fármaco y el papel de los biomarcadores como herramientas eficaces en la estimación del riesgo de MRONJ.
- La exploración odontológica previa al inicio de la ART, junto a la educación de pacientes, dentistas y profesionales médicos son fundamentales para minimizar el riesgo de BRONJ/MRONJ.

BIBLIOGRAFÍA

1. Jurgens JM, Marsh GR y G. Osteonecrosis: prevención y tratamiento de la osteonecrosis de los maxilares por bifosfonatos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial (SECOM). Rev Esp Cirugía Oral y Maxilofacial (Incluído) junio de 2008; 30(6): 23 de septiembre de 2020; 30(6): 2008
2. Ruggiero TJ, Scahill TB, Aguilho T, Carlson EK, Ward SB, Kademian D. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons' Position Paper on Medication-Related Osteonecrosis of the Jaw—2022 Update. Journal of Oral and Maxillofacial Surgery. mayo de 2022; 80(5): 903-913.
3. Cervigni G, Mazzoni R, Santolucito F, Bellini C, Bravetti M, Corbelli G, et al. Medication-Related Osteonecrosis of the Jaw (MRONJ): Prevention and Diagnosis. Indian Orthodontic Society 2020; 53(2): 18 de agosto de 2020; 53(2): 153-159.
4. Duggan M. First Extraction Complications in Patients Undergoing Oral Bisphosphonate Therapy [Internet]. NPJBY - International Platform of Regional Systemic Review and Meta-analysis Protocol; 2022. Disponible en: <https://www.npjby.com/npjby/2022/11/005/>
5. Sosa-Hernandez M, Gómez de Espada-Romero M, Buján-Sobrido J, et al. Comparación de los marcadores bioquímicos de remodelación ósea en pacientes con osteonecrosis de los maxilares inducida por bifosfonatos. Anales de Odontología. Noviembre de 2019; 33: 43-50.
6. Guía de la práctica clínica para la prevención de la osteonecrosis de los maxilares inducida por bifosfonatos. Recomendaciones de la Asociación Española de Odontología Maxilofacial (AEOM). Noviembre de 2009. Disponible en: <http://www.aeom.es/>
7. Comisión de la Subcomisión General de Medicamentos de uso humano. COMISIÓN GENERAL DE MEDICAMENTOS PARA PROFESIONALES SANITARIOS. Año 2009 (1). 21 de septiembre de 2009. NOTA NACIONAL DE RECOMENDACIONES PARA LA PREVENCIÓN DE LA OSTEONECROSIS DE LOS MAXILARES INDUCIDA POR BIFOSFONATOS. ANEXO. Disponible en: <http://www.mec.es/>



Scan me!



Scan me!

ESTUDIO CLÍNICO RETROSPECTIVO DE LOS FACTORES ASOCIADOS A LA SALUD PERIODONTAL Y ESTÉTICA DE LOS CANINOS SUPERIORES SOMETIDOS A UN TRATAMIENTO DE TRACCIÓN ORTODÓNICA

María González-Lozano¹, María Victoria Olmedo-Gaya¹, María de Nuria Romero-Olid¹, María Isabel Torres-González¹, Francisco Javier Manzano-Moreno¹, Marta Vallecillo-Rivas¹

¹ Máster cirugía bucal e implantes, Granada

INTRODUCCIÓN

El canino superior es el diente con valor estético y funcional que más frecuentemente se encuentra retenido (0,9-3% de la población general y 34% de todos los dientes retenidos). Dada la importancia que tiene que estos dientes erupcionen con una adecuada estética y salud periodontal es primordial conocer las variables del paciente, del canino y de la técnica quirúrgica que pueden influir en los resultados estéticos y periodontales.

OBJETIVOS

Relacionar los resultados estéticos y periodontales del canino tras la finalización de su tratamiento de tracción ortodónica con las variables previas del paciente y del diente retenido y el tipo de fenestración empleada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se ha realizado un estudio retrospectivo en una muestra de 11 pacientes y un total de 14 caninos, ya que 3 de las retenciones eran bilaterales. Fueron recopiladas todas las historias clínicas y pruebas radiológicas de los pacientes, recogidas fotos clínicas finales y

realizado el sondaje de los caninos tratados en comparación con el de su contralateral. Las variables estudiadas se agruparon en variables del paciente, del canino previas a la tracción, de la cirugía y del canino erupcionado tras la tracción. Posteriormente se completaron los datos de evaluación estética del índice de Bass.

Se ha efectuado un análisis descriptivo de las variables recogidas a través de frecuencias y posteriormente se han comparado las distintas variables con los resultados de estética del canino tratando de ver las que más se relacionan con ésta. Se consideró que los caninos tenían una buena estética final cuando la suma de las variables del índice Bass era igual o superior a 40 mientras que la estética era evaluada como deficiente cuando la suma era inferior a 40.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En cuanto al sondaje periodontal, no hubo diferencias entre los caninos traccionados y sus contralaterales. Las variables que más parecían influir en la estética del canino eran la distancia al plano oclusal, la posición mesiodistal y especialmente la técnica quirúrgica.

En relación a esto Grisar et al. afirman que la proximidad al plano oclusal es importante para la estética final, pero no la posición mesiodistal. Luyten et al. también concluyen que la estética es superior en las fenestraciones intramucosas.

CONCLUSIONES

Los resultados estéticos fueron más favorables cuando la distancia al plano oclusal era menor de 15 mm, la posición mesiodistal no se relacionaba con el incisivo central y sobre todo en las fenestraciones intramucosas palatinas.

ESTUDIO CLÍNICO RETROSPECTIVO DE LOS FACTORES ASOCIADOS A LA SALUD PERIODONTAL Y ESTÉTICA DE LOS CANINOS SUPERIORES SOMETIDOS A UN TRATAMIENTO DE TRACCIÓN ORTODÓNICA

GONZÁLEZ-LOZANO M, OLMEDO-GAYA MV, ROMERO-OLID MN, TORRES-GONZÁLEZ MI, MANZANO-MORENO FJ, VALLECILLO-RIVAS M

INTRODUCCIÓN

El canino superior es el diente con valor estético y funcional que más frecuentemente se encuentra retenido (0,9-3% de la población general y 34% de todos los dientes retenidos) (1). Dada la importancia que tiene que estos dientes erupcionen con una adecuada estética y salud periodontal es primordial conocer las variables del paciente, del canino y de la técnica quirúrgica que pueden influir en los resultados estéticos y periodontales.

OBJETIVOS

Relacionar los resultados estéticos y periodontales del canino tras la finalización de su tratamiento de tracción ortodónica con las variables previas del paciente y del diente retenido y el tipo de fenestración empleada.

MATERIAL Y MÉTODO

Se ha realizado un estudio retrospectivo en una muestra de 11 pacientes y un total de 14 caninos, siendo 3 de las retenciones bilaterales. Fueron recopiladas todas las historias clínicas y pruebas radiológicas de los pacientes, recogidas fotos clínicas finales y realizado el sondaje de los caninos tratados en comparación con el de su contralateral. Las variables estudiadas se agruparon en variables del paciente, del canino previas a la tracción, de la cirugía y del canino erupcionado tras la tracción. Posteriormente se completaron los datos de evaluación estética del índice de Bass (2). Se ha efectuado un análisis descriptivo de las variables recogidas a través de frecuencias y posteriormente se han comparado las variables con los resultados de estética del canino tratando de ver las que más se relacionan con ésta. Se consideró que los caninos tenían una buena estética final cuando la suma de las variables del índice Bass era igual o superior a 40 mientras que la estética era evaluada como deficiente cuando la suma era inferior a 40.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En cuanto al sondaje periodontal, no hubo diferencias entre los caninos traccionados y sus contralaterales, mientras que una revisión sistemática reciente realizada por Corrente et al. sí encontraron una diferencia significativa entre caninos traccionados a nivel vestibular y sus contralaterales (3). En nuestro estudio las variables que más parecían influir en la estética del canino eran la distancia al plano oclusal, la posición mesiodistal y especialmente la técnica quirúrgica. En relación a esto Grisar et al. (4) afirman que la proximidad al plano oclusal es importante para la estética final, pero no la posición mesiodistal. Luyten et al. (5) también concluyen que la estética es superior en las fenestraciones intramucosas.

Tabla 1. Variables del estudio

Nº Paciente	Diente	Edad	Sexo	Inclinación	Proximidad al PO	Posición MD	Curvatura apical	Relación fosis nasales/seno maxilar	Tenida quirúrgica	Complicación tras cirugía	Suma parámetros estéticos	Apariencia estética general
1	13	20	Hombre	<45º	>15mm	Mixta Distal I.	Si	Si (seno maxilar)	Intramucosa P	No	30	4
2	23	13	Hombre	<45º	<12mm	Mixta	No	Si (seno maxilar)	Extramucosa V	No	25	4
3	23	11	Mujer	<45º	>15mm	Mixta Distal I.	No	Si (seno maxilar)	Extramucosa V	No	31	7
4	13	18	Mujer	<45º	<12mm	Mixta Distal I.	No	No	Intramucosa V	No	31	9
5	23	18	Mujer	<45º	<12mm	Mixta Mesial I.	No	Si (seno maxilar)	Intramucosa P	No	35	10
6	23	12	Hombre	<45º	12-15mm	Mixta Distal I.	No	Si (seno maxilar)	Intramucosa P	No	35	10
7	13	13	Mujer	<45º	>15mm	Mixta Mesial I.	No	No	Intramucosa P	No	35	10
8	23	15	Mujer	<45º	>15mm	Mixta Mesial I.	No	Si (seno maxilar)	Intramucosa V	No	29	8
9	23	12	Mujer	<45º	>15mm	Mixta Mesial I.	No	Si (seno maxilar)	Intramucosa V	Si Reducción radicular I. (12)	32	9
10	13	15	Mujer	<45º	12-15mm	Mixta	No	Si (seno maxilar)	Extramucosa P Indirecta	Si Endoncia a los 5 años	32	8
11	13	15	Mujer	<45º	<12mm	Mixta Mesial I.	No	No	Extramucosa P Indirecta	No	33	9
12	23	23	Mujer	<45º	<12mm	Mixta	No	No	Extramucosa P Indirecta	No	31	9

Paciente 2. FEV (CRA)



Paciente 10. FEP



CONCLUSIONES

Los resultados estéticos fueron más favorables cuando la distancia al plano oclusal era menor de 15 mm, la posición mesiodistal no se relacionaba con el incisivo central y sobre todo en las fenestraciones intramucosas palatinas.

BIBLIOGRAFÍA

- Martínez-González JM, Barona Dorado C, Buesa Báñez JM, Fernández Cáliz F. Dientes retenidos II (Caninos). Madrid: Laboratorios Normon SA; 2018.
- Kerner S, Sarfati A, Katsahian S, Jaumet V, Micheau C, Mora F, et al. Qualitative cosmetic evaluation after root-coverage procedures. J Periodontol. 2009;80(1):44-7.
- Corrente MNCG, do Amaral GCLS, Ribeiro RC, Pannuti CM, Cavalcanti LG, Villar CC. Periodontal outcomes of surgically exposed and orthodontically aligned buccally impacted maxillary canines: A systematic review and meta-analysis. J Orthod. 2024 Sep;51(3):270-282. doi: 10.1177/14653125241242815. Epub 2024 Apr 1. PMID: 38561943.
- Grisar K, Fransen J, Smeets M, Hoppenreijts T, Ghaemina H, Politis C, et al. Surgically assisted orthodontic alignment of impacted maxillary canines: A retrospective analysis of functional and esthetic outcomes and risk factors for failure. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2021;159(6):e462-71.
- Luyten J, Grisar K, Opdebeeck H, Jacobs R, Politis C. A retrospective long-term palpal, periodontal, and esthetic, follow-up of palatally impacted canines treated with an open or closed surgical exposure technique using the Maxillary Canine Aesthetic Index. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2020;158(4):e29-36.

PROTOCOLO DE ENUCLEACIÓN DE RÁNULA SUBLINGUAL: A PROPÓSITO DE UN CASO

Omar Arango Fuentes¹, María Jesús Lisbona González¹, Isabel Torres González¹, Marta Vallecillo Rivas¹, Candela Reyes Botella¹, María Victoria Olmedo Gaya¹, María Pilar Quesada García¹

¹ Universidad de Granada

INTRODUCCIÓN

La ránula es una lesión pseudoquistica benigna que se produce por la extravasación y acumulación de mucus hacia el tejido conectivo subyacente. Su etiología se atribuye a la rotura de los conductos excretores de las glándulas sublinguales debido a un traumatismo, antecedentes quirúrgicos o fibrosis periductal.

Clínicamente se pueden observar como una tumefacción unilateral, redondeada u ovoide en el suelo de la boca, de consistencia blanda y no dolorosa. Suelen ser asintomáticas pero, al alcanzar grandes tamaños, interfieren con las funciones básicas de fonación, masticación y deglución. Su prevalencia es de alrededor de 0,2 por cada 1000 personas. Según Baurshman la posibilidad de recidiva a los 12 meses varía, siendo de entre 8,3 y 10% para la marsupialización modificada, entre el 0 y 2 % para la escisión de la glándula y de entre el 50 y 57% para la exeresis de la ránula.

OBJETIVO

Describir el método diagnóstico y la técnica quirúrgica adecuada para la enucleación de una ránula sublingual.

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 10 años, sin antecedentes médicos de interés, acude a consulta por una tumefacción indolora de 15 días de evolución en suelo de boca que dificulta la fonación y masticación.

Al examen intraoral encontramos una tumefacción ovoide que por su tamaño sobrepasa ligeramente la línea media, de consistencia blanda, fluctuante. Confirmamos el diagnóstico de ránula sublingual y se opta por realizar la escisión de la lesión sin extirpar la glándula.

La intervención se inició anestesiando el nervio lingual con lidocaina y, mediante una jeringa, se aspiró su contenido, el cual presentaba una consistencia mucoserosa y transparente. Se realizó una incisión en la mucosa y, mediante tijeras metzenbaun, se continuó con una disección roma. Se enucleó la ránula y se indentificó y separó el conducto de Warthon con el fin de retirar el tejido capsular subyacente para evitar en lo posible futuras recidivas. Una vez limpia la zona se procedió a la sutura mediante puntos simples con seda 3/0.

RESULTADOS

La ránula fue enucleada exitosamente y al retirar las suturas observamos una buena cicatrización. El paciente no ha referido molestias mayores a las esperadas por intervención y, tras 4 años de seguimiento, no tenemos indicios de una recidiva.

CONCLUSIÓN

La enucleación de una ránula, sin extirpar la glándula sublingual, es una técnica simple y predecible, ya que nos permite tratar con un enfoque conservador a pacientes jóvenes a los cuales la extracción de la glándula sublingual supondría una intervención más compleja.

PROTOCOLO DE ENUCLEACIÓN DE RÁNULA SUBLINGUAL: A PROPÓSITO DE UN CASO



Asociación
Andaluza
de Cirugía Bucal



AUTORES:

ARANGO-FUENTES O, LISBONA-GONZÁLEZ MJ, TORRES-GONZÁLEZ MI, VALLECILLO-RIVAS M, REYES-BOTELLA C, OLMEDO-GAYA MV, QUESADA-GARCIA MP.

Máster de Cirugía Bucal e Implantología, Facultad de Odontología, Universidad de Granada

Introducción

La ránula es una lesión pseudoquistica benigna que se produce por la extravasación y acumulación de *mucus* hacia el tejido conectivo subyacente.

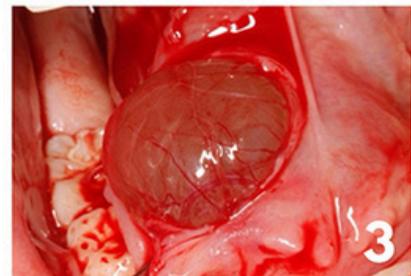
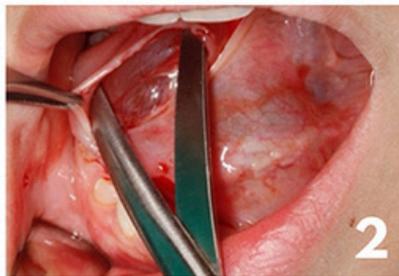
Suelen ser asintomáticas pero, al alcanzar grandes tamaños, interfieren con las funciones básicas de fonación, masticación y deglución. Su prevalencia es de alrededor de 0,2 por cada 1000 personas

Caso Clínico

Paciente varón de 10 años, acude a consulta por una tumefacción indolora de 15 días de evolución en suelo de boca que dificulta la fonación y masticación.

Al examen intraoral encontramos una tumefacción ovoide que sobrepasa ligeramente la línea media, de consistencia blanda, fluctuante. Confirmamos el diagnóstico de ránula sublingual y se opta por realizar la escisión de la lesión sin extirpar la glándula

Abordaje quirúrgico



Discusión y Conclusiones

En la literatura podemos encontrar distintas técnicas como: marsupialización, enucleación de la ránula, extirpación de la glándula sublingual o una combinación de las dos últimas. La extirpación de la glándula sublingual solo debe considerarse cuando el conducto de Bartholin está afectado, además este tratamiento conlleva riesgos como: hemorragia, lesión del nervio lingual o lesión del conducto de Wharton, mientras la marsupialización debe ser considerado en ránulas de mayor tamaño y profundidad que sean difíciles de enuclea en un solo tiempo quirúrgico. La enucleación de la ránula, sin extirpar la glándula sublingual, se eligió sobre las demás técnicas al ser una técnica simple y predecible que nos permite tratar de manera conservadora a pacientes jóvenes.

Referencias Bibliográficas

- Roh JI. Transoral Complete vs Partial Excision of the Sublingual Gland for Plunging Ranula. *Otolaryngol Head Neck Surg.* 2022 Sep;167(5):479-485
- Sybele K, Munzhelele TI. The anatomical basis and rationale for the transoral approach during the surgical excision of the sublingual salivary gland for the management of plunging ranula. *Am J Otolaryngol.* 2020 Mar-Apr;41(2):102371
- Fiorino A, Staderini E, Diana R, Rengo C, Gallenzi P. New Conservative Approach for the Management of Recurrent Sublingual Ranula-A Case Report. *Int J Environ Res Public Health.* 2025 Jan 29;20(5):2398.
- Gontarz M, Bąrgiel J, Gąsiorowski K, Marecik T, Szczurowski P, Zapala J, Gałazka K, Wysztyńska-Pawelec G. Surgical Treatment of Sublingual Gland Ranulas. *Int Arch Otorhinolaryngol.* 2022 Dec 19;27(2):e296-e301.
- Bochesk AB, Bin LR, Iwaki IV, Iwaki Filho L. Ranula in children: Retrospective study of 25 years and literature review of the plunging variable. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol.* 2021 Sep;148:10810.
- Choi MG. Case report of the management of the ranula. *J Korean Assoc Oral Maxillofac Surg.* 2019 Dec;45(6):357-363.

ANÁLISIS HISTOMORFOMÉTRICO DE LA REGENERACIÓN ÓSEA REGIONAL INDUCIDA POR DISTINTAS MEMBRANAS DOPADAS

Cristina Vallecillo¹, Manuel Toledano Osorio², Marta Vallecillo Rivas¹, María-Ángeles Serrera Figallo³, Aida Gutiérrez-Corrales³, Daniel Torres-Lagares³, Raquel Osorio¹, Manuel Toledano¹

¹ Facultad de Odontología, Universidad de Granada

² Facultad de Odontología, Universidad Complutense de Madrid

³ Facultad de Odontología, Universidad de Sevilla

INTRODUCCIÓN

Los procesos de regeneración ósea siguen basándose en el uso de membranas cuya función principal es la de realizar una función oclusiva. Actualmente, existe un creciente interés en el desarrollo de membranas que participen activamente en el proceso de cicatrización y regeneración, dejando de ser solo una barrera pasiva.

OBJETIVO

El objetivo del trabajo fue evaluar el potencial regenerativo regional del hueso de la calota en defectos de tamaño crítico en un modelo de conejo utilizando nuevas membranas nanoestructuradas cargadas con sílice dopadas con zinc o doxiciclina.

MATERIAL Y MÉTODOS

Las membranas nanoestructuradas de (MMA)1-co-(HEMA)1/(MA)3-co-(HEA)2 cargadas con 5% en peso de nanopartículas de SiO₂ (HOOC-Si-Membrana) fueron dopadas con zinc (Zn-HOOC-Si-Membrana) o doxiciclina (Dox-HOOC-Si-Membrana).

Se crearon defectos óseos críticos en seis cráneos de conejos de raza neozelandesa y se cubrieron con las membranas. Un defecto simulado sin membrana se utilizó como control. Después de seis semanas, se empleó un análisis histológico (técnica de azul de toluidina) para determinar los porcentajes de área de hueso recién formado, hueso osteoide y tejido blando. Las mediciones se realizaron dividiendo el área total del defecto en regiones superior (cerca de la membrana) e inferior (cerca de la duramadre), o regiones periféricas (adyacentes al hueso maduro) y central (la suma de las zonas restantes).

RESULTADOS

Las regiones periféricas de los defectos mostraron una mayor capacidad osteogénica que las áreas centrales cuando las membranas estaban presentes. La proporción de hueso nuevo adyacente a la duramadre fue similar a la adyacente a la membrana solo cuando se utilizaron las membranas HOOC-Si y las membranas Zn-HOOC-Si, lo que indica un efecto osteoinductivo directo de las membranas.

CONCLUSIÓN

La presencia de membrana sobre el defecto favorece la formación ósea. Las membranas dopadas con zinc y sílice presentaron un potencial osteogénico significativamente mayor participando activamente en el proceso regenerativo, principalmente en la zona central del defecto



ANÁLISIS HISTOMORFOMÉTRICO DE LA REGENERACIÓN ÓSEA REGIONAL INDUCIDA POR DISTINTAS MEMBRANAS DOPADAS.

Cristina Vallecillo, Manuel Toledano-Osorio, Marta Vallecillo-Rivas, María-Angeles Serrera-Figallo, Aida Gutierrez-Corrales, Daniel Torres-Lagares, Raquel Osorio y Manuel Toledano.



INTRODUCCIÓN

Los procesos de regeneración ósea siguen basándose en el uso de membranas cuya función principal es la de realizar una función oclusiva. Actualmente, existe un creciente interés en el desarrollo de membranas que participen activamente en el proceso de cicatrización y regeneración, dejando de ser solo una barrera pasiva.

OBJETIVO

El objetivo del trabajo fue evaluar el **potencial regenerativo regional del hueso** de la calota en defectos de tamaño crítico en un modelo de conejo utilizando nuevas **membranas nanoestructuradas cargadas con sílice dopadas con zinc o doxiciclina**.

Material y Métodos

$(MMA)_1-co-(HEMA)_1 / (MA)_3-co-(HEA)_2$

SiO₂

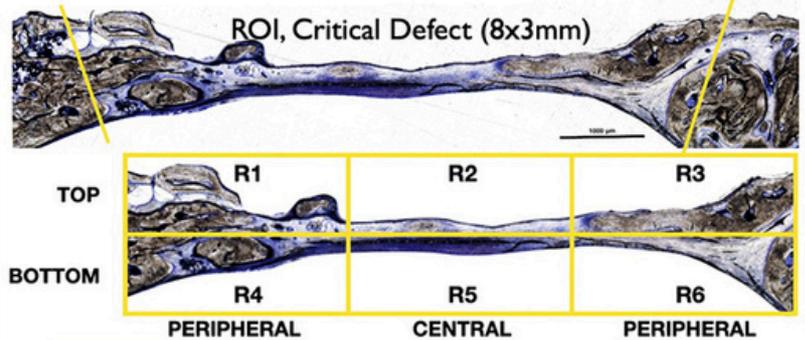
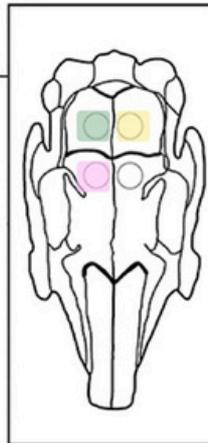
Electrospinning

HOOC-Si-Membrane



Zinc
(Zn-HOOC-Si-Membrane)

Doxycycline
(Dox-HOOC-Si-Membrane)

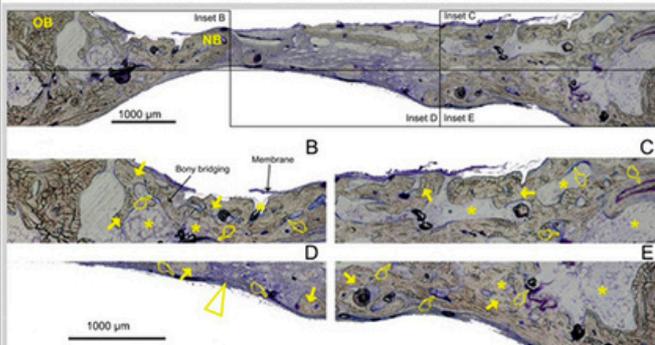
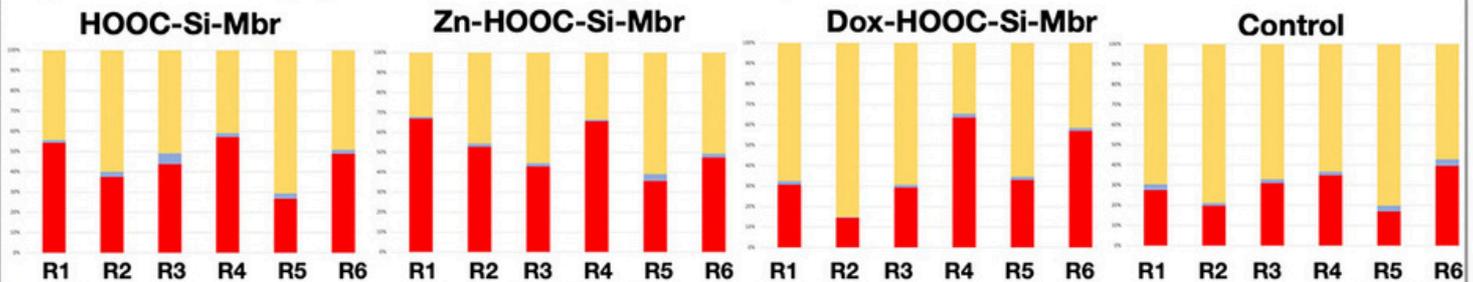


Histological Analyses
(Toluidine Blue Technique)

Image	AT 1948 Zn (R4)		
	Total Area (TA)	New Bone Area (NBA)	Osteoid Area (OA)

La **región central superior (R2)** mostró diferencias entre las membranas. Las membranas **HOOC-Si** y **Zn-HOOC-Si** produjeron más área de hueso nuevo y menos área de tejido osteoide que el resto de membranas. Las regiones periféricas del defecto mostraron una mayor capacidad osteogénica que las áreas centrales. La región central inferior (R5) tuvo el potencial osteogénico más bajo.

Resultados



Histología ósea obtenida tras utilizar membranas cargadas con Zn-HOOC-Si. Las flechas simples señalan la presencia de área de hueso nuevo (NBA). El área osteoide (OA) se señala con punteros y el área de tejido blando (STA) se indica con asteriscos. La punta de flecha indica osteonas. (A) Vista general. OB, hueso viejo; NB, hueso nuevo. (B) vista parcial de R1 (arriba a la izquierda); (C) R3 (arriba a la derecha); (D) R5 (abajo en el centro); (E) R6 (abajo a la derecha).

B mostró una zona con mayor NBA, formación de un puente óseo y visualización de la membrana (R1), y D se caracterizó por uno de los NBA más bajos analizados (R5, central adyacente a la duramadre). A, C y E permitieron observar que el hueso osteoide ocupaba mayoritariamente las zonas laterales del defecto.

CONCLUSIONES

Ninguna membrana promovió la regeneración ósea completa. El hueso nuevo en la periferia del defecto indicó una etapa avanzada de remodelación ósea. El mayor grado de formación ósea se presentó, preferentemente, en el nivel superior y en la región central del defecto.



BIBLIOGRAFÍA

Este trabajo fue financiado por: el Ministerio de Economía y Competitividad y el Fondo Europeo de Desarrollo Regional [Proyecto PID2020-114694RB-I00 MINECO/AEI/FEDER/UE].

IMPLANTE INMEDIATO VERSUS DIFERIDO EN EL SECTOR ESTÉTICO. GUÍAS CLÍNICAS: A PROPÓSITO DE UN CASO

Génesis Rivas-Triviño¹, Cristina Vallecillo¹

¹ Facultad de Odontología, Colegio Máximo de Cartuja, Universidad de Granada

INTRODUCCIÓN

La colocación inmediata de implantes en la zona estética es exitosa, pero depende de la integridad del alvéolo y el nivel gingival. Si la zona receptora está comprometida se debe retrasar el implante para permitir la regeneración de los tejidos, ósea y blanda, asegurando un mejor resultado estético.

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo fue evaluar estética y funcionalmente el manejo clínico del sector anterior para la colocación de un implante a nivel del incisivo central superior tomando como referencia las guías clínicas disponibles en la literatura.

GUÍAS CLÍNICAS

En la literatura hay disponibles varias guías clínicas que recomiendan realizar la colocación inmediata del implante si se cumplen los siguientes requisitos: posición gingival ideal de al menos 2 mm coronal a la unión cemento-esmalte, alveolo tipo I y posición radicular sagital de clase I o II. Sin embargo, la colocación del implante se diferirá ante: una posición gingival apical a los dientes adyacentes, alvéolos tipo II o III, o, posición radicular sagital de clase III o IV. Por tanto, para decidir entre la colocación inmediata o diferida de un implante en la zona estética se tendrán en cuenta tres aspectos: protético, quirúrgico y radiográfico.

CASO PRÁCTICO

Paciente de 47 años de edad sin antecedentes médicos de interés acude al Máster de Cirugía Bucal e Implantología de la Universidad de Granada, presentando una infección apical activa a nivel de un incisivo central superior derecho. Dicho diente había sido sometido previamente a un tratamiento de conductos, posterior re-tratamiento y dos cirugías periapicales. Tras la no resolución de la lesión periapical y presentando otro episodio de reagudización, la paciente es derivada solicitando la extracción y colocación de un implante inmediato.

Según las guías clínicas consultadas la paciente no cumplía los siguientes requisitos: un margen gingival coronal, paredes óseas intactas y el implante no se situaba en la tabla platina. Por ello, se decidió realizar la preservación alveolar y la posterior colocación del implante.

CONCLUSIÓN

Utilizar evaluaciones preoperatorias desde una perspectiva protética, quirúrgica y 3D proporciona información importante para ayudar a los clínicos en la toma de decisiones con respecto a la colocación diferida o inmediata de implantes

INTRODUCCIÓN

La colocación inmediata de implantes en la zona estética es exitosa, pero depende de la integridad del alvéolo y el nivel gingival. Si la zona receptora está comprometida se debe retrasar el implante para permitir la regeneración de los tejidos, ósea y blando, asegurando un mejor resultado estético.

GUÍAS CLÍNICAS

La recopilación de datos diagnósticos previos al tratamiento debe evaluarse desde tres perspectivas: protésica, quirúrgica y escaneo 3D.

Característica clínica	Bajo riesgo	Alto riesgo
Nivel de encía marginal libre	Coronal a la unión cemento-esmalte (UCE)	En la UCE o apical a ella
Festoneado gingival	Festoneado plano	Festoneado alto
Biotipo	Grueso	Fino
Forma del diente	Cuadrada	Triangular
Posición de la creta ósea	Cresta alta	Cresta baja
Plano facial/lingual del diente	Lingual	Facial

Tabla 1. Perspectiva protésica

Tipo I	El alvéolo óseo está intacto y la forma del tejido blando no se altera.
Tipo II	Hay pérdida ósea en la parte coronal del alvéolo, pero el tejido blando sigue intacto.
Tipo III	Existen defectos óseos junto con una deformidad del tejido blando.

Tabla 2. Perspectiva quirúrgica. Tipo de alveolo.

Clase I	La raíz está posicionada contra la tabla vestibular. Existe una cantidad considerable de hueso en el área por palatino lo que permite tener una estabilidad primaria.
Clase II	La raíz está centrada en el medio del alveolo sin comprometer las tablas tanto por vestibular como por palatino en el tercio apical de la raíz. La cantidad de hueso podría no ser adecuada para lograr una estabilidad primaria.
Clase III	La raíz está posicionada contra la tabla palatina. Por lo tanto la estabilidad del implante depende de su acoplamiento en el hueso disponible en vestibular.
Clase IV	Por lo menos dos tercios de la raíz están comprometidos con las tablas vestibulares y palatinas.

Tabla 3. Perspectiva 3D de la raíz sagitalmente

Las consideraciones para la colocación inmediata óptima del implante incluyen: una posición gingival ideal de al menos 2 mm coronal a la UCE, o coronal a los dientes adyacentes, una clasificación de alvéolo tipo I, una posición radicular sagital de clase I o II. Mientras que las consideraciones para la colocación diferida del implante son: una posición gingival apical a los dientes adyacentes, una clasificación de alvéolo tipo II o III, una posición radicular sagital de clase III o IV.

CONCLUSIÓN

Utilizar evaluaciones preoperatorias desde una perspectiva protésica, quirúrgica y 3D proporciona información importante para ayudar a los clínicos en la toma de decisiones con respecto a la colocación diferida o inmediata de implantes.

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo fue evaluar estética y funcionalmente el manejo clínico del sector anterior para la colocación de un implante a nivel del incisivo central superior tomando como referencia las guías clínicas disponibles en la literatura.

CASO PRÁCTICO

Paciente de 47 años de edad sin antecedentes médicos de interés acude al Máster de Cirugía Bucal e Implantología de la Universidad de Granada, presentando una infección apical activa a nivel de un incisivo central superior derecho. Dicho diente había sido sometido previamente a un tratamiento de conductos, posterior re-tratamiento y dos cirugías periapicales. Tras la no resolución de la lesión periapical y presentando otro episodio de reagudización, la paciente es derivada solicitando la extracción y colocación de un implante inmediato.



Figura 1. Primera visita



Figura 2. Exodoncia 11 + R.O.G + R.T.G

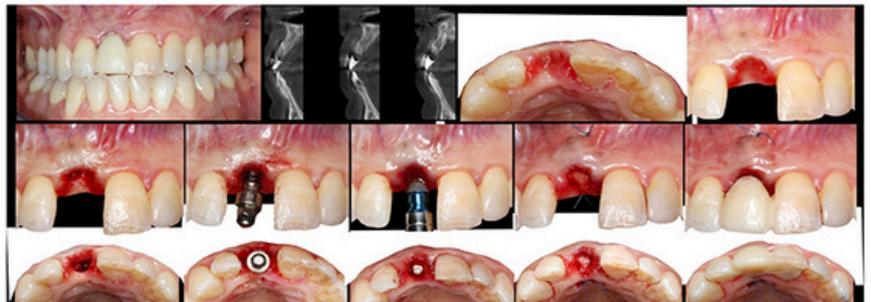


Figura 3. Tras 9 meses: Implante 11 + R.T.G

TOMA DE DECISIONES: CASO PRÁCTICO	Caso
Biotipo gingival grueso	SI
Trauma mínimo en la extracción del diente	SI
Presencia de al menos tres paredes de hueso	¿?
El hombro del implante (2 y 3 mm de apical al margen gingival previsto)	NO
Estabilidad primaria del implante con acoplamiento del hueso apical a ápice de la raíz	¿?
Posicionamiento palatino leve del implante	NO
Relleno del gap	SI

Según las guías clínicas consultadas la paciente no cumplía los siguientes requisitos: un margen gingival coronal, paredes óseas intactas y el implante no se situaba en la tabla palatina. Por ello, se decidió realizar la preservación alveolar y la posterior colocación del implante.



MANEJO INTEGRAL DE UN DIENTE SUPERNUMERARIO MANDIBULAR RETENIDO Y CIRUGÍA MUCOGINGIVAL EN UN PACIENTE ADULTO: REPORTE DE CASO

Carlos Francisco Nieto López¹, Francisco Javier Manzano-Moreno¹, Esther Muñoz-Soto¹, Cristina Vallecillo-Rivas¹, Antonio Javier Olvera-Huertas¹, Amparo Mendoza-Arnau¹, María Isabel Torres-González¹

¹ Máster de Cirugía Bucal e Implantología. Universidad de Granada

Este caso clínico describe a un paciente de 28 años que se somete a la extracción de un diente supernumerario mandibular utilizando la técnica de Piezo Surgery, la cual minimiza el trauma quirúrgico y preserva los tejidos circundantes. Además, se realizó una cirugía mucogingival en el canino mandibular derecho afectado por una recesión gingival avanzada, empleando un colgajo lateral y un injerto de tejido conectivo del paladar. Ambas intervenciones mejoraron la salud periodontal del paciente, facilitaron la higiene oral y prepararon el área para el tratamiento ortodóncico, evitando posibles complicaciones futuras

REGENERACIÓN ÓSEA GUIADA MEDIANTE LA TÉCNICA DE LA CAROTTA: A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO

Carmen Keim del Pino¹, María Baus Domínguez¹, Ginés Aranda Herrerías¹, Daniel Torres Lagares¹, José Luis Gutiérrez Pérez¹

¹Facultad de Odontología. Universidad de Sevilla

INTRODUCCIÓN

Para garantizar la estabilidad a largo plazo de los implantes se consideran fundamentales los principios de espesor óseo mínimo de 1,5 mm en todo el perímetro y un grosor gingival de al menos 2 mm. Ante la insuficiencia de estos parámetros, se han desarrollado diversas técnicas regenerativas. Concretamente en cuanto a regeneración ósea guiada el empleo de hueso autólogo representa el "gold-standard" actual, dando lugar a beneficios significativos en términos de coste, morbilidad, estabilidad, tiempos de espera, éxito y predictibilidad.

OBJETIVOS

Se presenta la resolución de un caso clínico de implante en posición del 4.5 simultáneo a la regeneración de un defecto horizontal en su cortical vestibular tratando de aplicar una técnica regenerativa exclusivamente autógena para maximizar sus propiedades.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 58 años con hipotiroidismo tratada con Eurirox 50 mg acude con implante en posición de 4.5 que presenta periimplantitis avanzada e indicación de explantación mediante la técnica del contratorque y futura sustitución.

Seis meses después, se observa al CBCT una reabsorción considerable de la cortical vestibular creando un defecto horizontal, por lo que se valora realizar regeneración de la cortical vestibular mediante la técnica de la Carotta y colocación de implante simultáneo. Se llevó a cabo la anestesia infiltrativa de la zona, la incisión y el despegamiento de colgajo mucoperióstico. Luego se obtuvo el bloque de hueso del futuro lecho implantario mediante trefina de calibre 3 mm, siendo de diámetro inferior al implante de elección de 3.8x9 mm. Se prosiguió la secuencia de fresado y se colocó el implante a 40 N de torque. Liberado el colgajo, se procedió a la fijación del bloque en la zona del defecto por compresión mediante la cabeza de tornillos de osteosíntesis por mesial y por distal. Adicionalmente, los espacios entre ambas superficies fueron rellenados por virutas de hueso recolectado de la zona adyacente y finalmente se realizó el cierre hermético del área operatoria.

CONCLUSIÓN

La técnica de la Carotta permite la regeneración de un defecto óseo horizontal simultáneo a la colocación de un implante de hasta 10mm de espiras expuestas no siendo recomendable en más de 4mm. Pese a su contrastada superioridad frente a otras técnicas regenerativas, su indicación y éxito dependerán de las características individuales del paciente, del defecto óseo y del operador.



REGENERACIÓN ÓSEA GUIADA MEDIANTE LA TÉCNICA "BONE CORE": A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.



Keim del Pino, C; Baus Domínguez, M; Aranda Herrerías, G; Torres Lagares, D; Gutiérrez Pérez, JL.
Máster Cirugía Bucal Avanzada - US - Septiembre - 2024.

1 INTRODUCCIÓN



Ante la insuficiencia de disponibilidad ósea suficiente para garantizar la estabilidad a largo plazo de los implantes, se han desarrollado diversas técnicas regenerativas. En base a la literatura más actualizada, se considera que para regeneración ósea guiada el empleo de hueso autólogo representa el "gold-standard" dando lugar a beneficios significativos en términos de coste, morbilidad, estabilidad, tiempos de espera, éxito y predictibilidad⁵. La técnica "bone core" se trata de una nueva técnica quirúrgica mínimamente invasiva para la reconstrucción de defectos óseos de tamaño limitado que consiste en la obtención de un bloque de hueso del propio lecho implantario, su fijación en la zona del defecto y la colocación de un implante simultáneo.

2 OBJETIVO



Se presenta la resolución de un caso clínico de implante en posición del 4.5 simultáneo a la regeneración de un defecto horizontal en su cortical vestibular tratando de aplicar una técnica regenerativa exclusivamente autógena para maximizar sus propiedades.



Figura 3. Regeneración ósea mediante la técnica de la carotta e implante en posición del 4.5 simultáneo.

3 CASO CLÍNICO



Figuras 1 y 2. Implante fracasado tras seis meses de su colocación

MUJER
58 AÑOS
HIPOTIROIDISMO → EUTIROX 50 MG

Explantación
Técnica del contratorque^{6,7}
3 meses después

Regeneración horizontal
Técnica "Bone Core"⁽⁸⁾

Obtención del bloque de hueso del lecho implantario con trefina de calibre inferior al implante.

Secuencia de fresado y colocación de implante a 40 N

Fijación del bloque por compresión mediante tornillos de osteosíntesis por mesial y distal. (9,10)

Relleno de espacios entre ambas superficies con virutas de hueso recolectado de zona adyacente

4 DISCUSIÓN

La regeneración de defectos óseos mediante materiales de origen autólogo va a aportar propiedades biológicas interesantes como son su potencial osteogénico y biocompatibilidad, así como un aumento de la angiogénesis y de la osteoinducción mediante el aporte de BMPs y factores de crecimiento frente a la osteoconducción de los materiales alternativos. Además se observa un menor riesgo de infección en contraposición con el empleo de membranas con riesgo de exposición un y menor coste. Por otro lado, la obtención del bloque del propio lecho implantario permite una disminución de la morbilidad, evitando una segunda zona quirúrgica donante.

5 CONCLUSIONES

- 1 La técnica de la Carotta permite la regeneración de un defecto óseo horizontal simultáneo a la colocación de un implante de hasta 10mm de espiras expuestas no siendo recomendable en más de 4mm (9).
- 2 Pese a su contrastada superioridad frente a otras técnicas regenerativas, su indicación y éxito dependerán de las características individuales del paciente, del defecto óseo y del operador (10).

6 BIBLIOGRAFÍA



TERCER MOLAR SUPERNUMERARIO: REPORTE DE UN CASO CLÍNICO

Pablo Vázquez Calvache¹, José Luis Gutiérrez Pérez, Daniel Torres Lagares, Ignacio Fernández Asián²

¹ Universidad de Sevilla

² Máster de Cirugía Bucal Avanzada, Universidad de Sevilla

En la práctica habitual del cirujano bucal, existen multitud de técnicas y procedimientos que forman parte del día a día de la profesión. Desde extracciones simples hasta técnicas de regeneración, pasando por colocación de implantes y rescates de dientes incluidos. Dentro de las cirugías de dientes incluidos, las extracciones de cordales no erupcionados son, quizás, las que, a mi parecen personal, más me gustan realizar en mi práctica diaria. Esto se debe a que requieren de exploración previa, examen radiográfico, cierta planificación preoperatoria, visión espacial y control de la situación.

Aunque mi carrera profesional es aún muy corta y me quedan muchas extracciones que realizar, ya tengo cierto bagaje en esta técnica en particular, pero, el caso que os traemos hoy se presentó como una novedad para nosotros, puesto que se trató de un hallazgo casual de cordal inferior izquierdo incluido "supernumerario". El paciente se trataba de un varón joven, sin antecedentes de salud de interés, que acudió a consulta manifestando dolor que "viene y va" junto con sensación de presión en la zona posterior mandibular izquierda, tras la revisión del paciente y descartando que pudiera existir otro posible foco, que no fuera un tercer molar inferior izquierdo semierupcionado, (38) nos dispusimos a realizar las pruebas diagnósticas complementarias pertinentes, para realizar la exodoncia de dicho cordal. Fue entonces, cuando apreciamos en la radiografía panorámica (ortopantomografía), la presencia, para nuestra sorpresa, de un segundo cordal, completamente incluido en el espesor del tejido óseo mandibular (39).

En este poster, os traemos, a propósito del caso clínico previamente mencionado, una búsqueda bibliográfica, relativa a la incidencia de este tipo de anomalías de número en terceros molares y el reporte del caso completo de la extracción, previamente mencionada.

LASERTERAPIA COMO PREVENCIÓN Y TRATAMIENTO DE LA MUCOSITIS ORAL DE PACIENTES EN TRATAMIENTO DE QUIMIO-RADIOTERAPIA. REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA

Ana Pérez Redaño¹, María Baus Japón¹, Daniel Torres Lagares¹

¹Facultad de odontología, Universidad de Sevilla

INTRODUCCIÓN

Se define la mucositis oral como una reacción inflamatoria que se presenta con eritema, ulceración, hemorragia, edema y dolor. Las lesiones aparecen a los 8-15 días de inicio de la radioterapia, son reversibles y desaparecen a los 15-21 días después de terminar la radioterapia. La terapia con láser de baja intensidad o fototerapia es un tratamiento prometedor en la prevención y tratamiento de la mucositis oral, ya que incluye efectos analgésicos, antiinflamatorios y estimula la regeneración de tejidos.

OBJETIVOS

El objetivo principal es estudiar la efectividad de la laserterapia en el tratamiento de la mucositis oral en pacientes quimio-irradiados. Secundariamente, se estudia el grado de mejora, el tiempo y las características del láser.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se introduce la estrategia de búsqueda (oral OR mouth OR maxillary OR Jaw) AND (cancer OR neoplasms OR head cancer OR neck cancer OR head neoplasms OR neck neoplasms OR OSCC OR oral squamous cell carcinoma) AND (chemotherapy OR radiotherapy OR treatment) AND (mucositis OR stomatitis OR Oromucositis OR mucositis OR stomatitides)

AND (low level light therapy OR laser OR phototherapy OR photobiomodulation OR LLLT OR laser biostimulation OR laser therap* OR low-level laser therapy OR low-power laser irradiation OR biostimulation) en las bases de datos Pubmed/Medline, Embase/Scopus y Cochrane Trials con restricción temporal de los últimos 5 años. Se incluyeron los ensayos clínicos aleatorizados donde participan pacientes adultos diagnosticados de cáncer de cabeza y cuello y en tratamiento de quimioterapia y/o radioterapia con un seguimiento mínimo de 4 semanas. Los artículos que incluyeran fotobiomodulación intraoral con longitud de onda de 660-940nm.

RESULTADOS

Se obtuvieron un total de 1571 resultados que tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión se filtraron hasta incluir 9 ensayos clínicos aleatorizados en esta revisión bibliográfica.

CONCLUSIÓN

El papel de la laserterapia de baja potencia ha demostrado tener efectos en la reducción de la incidencia de mucositis oral, así como efectos paliativos sobre la gravedad y el dolor de dicha reacción inflamatoria. Existen diferencias estadísticamente y clínicamente significativas entre el láser de baja potencia (660-850nm) y otras alternativas como son los cuidados orales, el efecto placebo, la cúrcuma, el hidrocloreuro de benciamida y el láser de alta potencia intraoral y extraoral.

1 INTRODUCCIÓN



La morbilidad principal de la mucositis oral se produce por el dolor intenso asociado a dosis crecientes de opioides a los que rápidamente se pueden desarrollar tolerancias, limitaciones nutricionales y susceptibilidad a infecciones bacterianas y/o fúngicas de las ulceraciones (1-3).

Se trata de un síntoma invalidante que en muchas ocasiones provoca la interrupción de los ciclos, interfiriendo en el control tumoral y la supervivencia del paciente (4-6). En función de la gravedad de los signos y síntomas la OMS clasifica las lesiones en 4 grados (4).

2 OBJETIVO

Valorar la efectividad de la laserterapia en el tratamiento de la mucositis oral en pacientes quimio-irradiados. Analizar los estudios publicados que comparan la laserterapia con otras alternativas de tratamiento.

4 RESULTADOS



Tabla completa

AUTOR	DISEÑO DEL ESTUDIO	PARTICIPANTES	GRUPO TEST	GRUPO CONTROL	SEGUIMIENTO	MO GRUPO TEST	MO GRUPO CONTROL
Mariñ-González y cols. 2019	Ensayo clínico aleatorizado prospectivo	41	26 pacientes tratados con láser de baja potencia (LBP)	15 pacientes placebo	5 semanas de tratamiento oncológico.	72,7% mucositis grado 0	20% mucositis grado 0 40% mucositis grado 2 (n=1)
Nashwa y cols. 2022	Ensayo clínico aleatorizado prospectivo	90	30 LBP	30 pacientes sólo con cuidados orales sin tratamiento 30 pacientes con hidrocloruro de benicamida	7 semanas (35 sesiones)	Grado I: 23,3% Grado II: 36,7% Grado III: 40% Grado IV: 0%	Grado II: 16,7% grupo sin tratamiento. 50% grupo con hidrocloruro de benicamida. Grado III: 16,7% grupo sin tratamiento. 40% hidrocloruro de benicamida. Grado IV: 26,7% grupo sin tratamiento. 6,7% hidrocloruro de benicamida.
Leguán y cols. 2019	Ensayo en fase II multicéntrico, aleatorizado y triple ciego	51 con lesiones de MO con grado 2	26 LBP	25 simulación láser	6 semanas	Grado III: 54,8%	Grado III: 43,9%
Kaloupek y cols. 2022	Ensayo clínico aleatorizado, doble ciego	80	Grupo I: 660nm, 26 participantes	Grupo II: 810nm, 25 participantes Grupo III: 660 combinado con 810nm, 29 participantes	6 semanas	No hay diferencias estadísticamente significativas entre grupo I y grupo II (p=0,012)	Hay diferencia estadísticamente significativa entre el grupo III y los grupos I y II (p=0,012)
Nugent y cols. 2022	Ensayo clínico aleatorizado	87	44 LBP	43 simulación láser	6 semanas	33,2 ± 10 pacientes presentaron MO	27,4 ± 13,8 pacientes presentaron MO

5 DISCUSIÓN

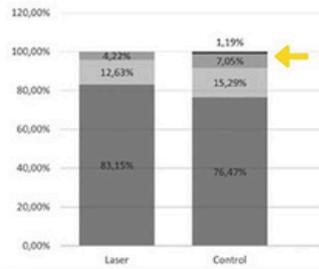


Fotobiomodulación profiláctica VS terapéutica

Diferentes longitudes de onda

	0 RT	7th RT	14th RT	21st RT	30th RT
PAIN 0	25 (100%)	12 (48%)	1 (4%)	2 (8%)	3 (12%)
1	-	10 (40%)	7 (28%)	8 (32%)	5 (20%)
2	-	3 (12%)	11 (44%)	10 (40%)	14 (56%)
3	-	-	6 (24%)	5 (20%)	3 (12%)
4	-	-	-	-	-
Mean (SD)	0	0.64 (0.7)	1.88 (0.83)	1.72 (0.89)	1.68 (0.85)
Control 0	23 (100%)	6 (26.1%)	1 (4.3%)	2 (8.7%)	1 (4.3%)
1	-	10 (43.5%)	3 (13%)	3 (13%)	1 (4.3%)
2	-	7 (30.4%)	9 (39.1%)	6 (26.1%)	6 (26.1%)
3	-	-	8 (34.8%)	10 (43.5%)	12 (52.2%)
4	-	-	2 (8.7%)	2 (8.7%)	3 (13%)
Mean (SD)	0	1.04 (0.77)	2.30 (0.97)	2.30 (1.10)	2.65 (0.93)
p value*	-	0.066	0.106	0.036	<0.001

Lopes Martins y cols. 2020. Grados de mucositis oral en cada sesión de radioterapia

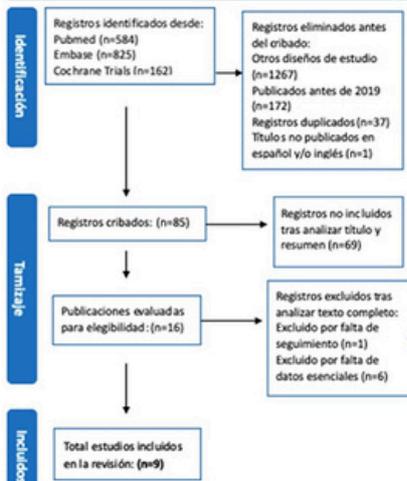


Dantas y cols. 2020. Frecuencia general de mucositis oral a la sexta semana



3 MATERIAL Y MÉTODOS

(oral OR mouth OR maxillary OR Jaw) AND (cancer OR neoplasms OR "head cancer" OR "neck cancer" OR "head neoplasms" OR "neck neoplasms" OR OSCC OR "oral squamous cell carcinoma") AND (chemotherapy OR radiotherapy OR treatment) AND (mucositis OR stomatitis OR Oromucositis OR mucositis OR stomatitides) AND ("low level light therapy" OR laser OR phototherapy OR photobiomodulation OR LLLT OR "laser biostimulation" OR "laser therap*" OR "low-level laser therapy" OR "low-power laser irradiation" OR biostimulation)



- ✓ Ensayos clínicos aleatorizados que incluyan la incidencia de mucositis por sesiones y gradual
- ✓ Seguimiento mínimo de 4 semanas
- ✓ Longitud de onda 660-940nm
- ✗ Registros publicados antes de 2019
- ✗ Participantes con patologías asociadas que pudieran alterar las variables de éxito

6 CONCLUSIÓN

La terapia láser de baja potencia ha demostrado reducir la incidencia de mucositis oral, así como reducir la gravedad de dicha reacción inflamatoria.

Además, existen diferencias estadísticamente significativas entre el láser de baja potencia y otras alternativas como el hidrocloruro de benicamida y el láser de alta potencia intraoral y extraoral

7 BIBLIOGRAFÍA



TRATAMIENTO REGENERATIVO PERIIMPLANTARIO MEDIANTE TÉCNICA DE ACCESO EN TÚNEL CON INCISIÓN VESTIBULAR MODIFICADA (VISTA)

José Manuel Alarcón Cordovilla¹, María de Nuria Romero Olid¹, María Pilar Quesada García¹, Esther Muñoz Soto¹, María Isabel Torres González¹, Manuel Francisco Vallecillo Capilla¹

¹ Máster de Cirugía Bucal e Implantología. Facultad de Odontología. Universidad de Granada

INTRODUCCIÓN

La dimensión horizontal y vertical del tejido blando alrededor de una restauración implantosoportada en zona estética es un factor determinante para lograr un resultado estético, además de la estabilidad a largo plazo. En este reporte de caso, el paciente presentó una pérdida ósea de la tabla vestibular correspondiente a un implante en posición 2.1, además de una deficiencia en ambas dimensiones a nivel de tejidos blandos. El abordaje fue por bucal mediante una incisión de acceso a nivel del frenillo y un abordaje de tunelización supraperióstica (técnica de acceso al túnel supraperióstico con incisión vestibular modificada [VISTA]).

OBJETIVO

En este reporte de caso mostramos una forma de abordar este tipo de defectos de forma mínimamente invasiva y que nos permitirá aumentar el tejido tanto horizontal como verticalmente alrededor de nuestras restauraciones implantosoportadas de una forma estable y predecible.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Mujer de 55 años que acude al máster para rehabilitación protésica implantosoportada en posición 2.1 y con pónico en 2.2. Presenta pérdida ósea de la tabla vestibular en ambas dimensiones a nivel de tejidos blandos. Realizamos técnica de regeneración tanto de tejidos duros como blandos simultáneamente mediante incisión de acceso a nivel del frenillo y un abordaje de tunelización supraperióstica mediante técnica VISTA. Los defectos del tejido blando se aumentaron con un injerto de tejido conectivo, tomado de la tuberosidad del maxilar y que se colocó encima del material de regeneración (membrana reabsorbible de colágeno y hueso desmineralizado de origen bovino).

RESULTADOS

La técnica VISTA parece ser un método prometedor para mejorar las dimensiones tanto del tejido blando como duro alrededor de las restauraciones implantosoportadas en el sector anterior del maxilar superior.

DISCUSIÓN

La odontología moderna tiene como objetivo reducir la morbilidad del paciente y proporcionar un procedimiento mínimamente invasivo que permita una manipulación menos extensa de los tejidos que los procedimientos convencionales, logrando al mismo tiempo los mismos objetivos.

CONCLUSIÓN

Con el protocolo descrito se consigue un buen resultado tanto en la ganancia de tejido conseguido como en la satisfacción estética, que, siendo una zona comprometida, nos evita el tener que levantar colgajo y las secuelas que conlleva.

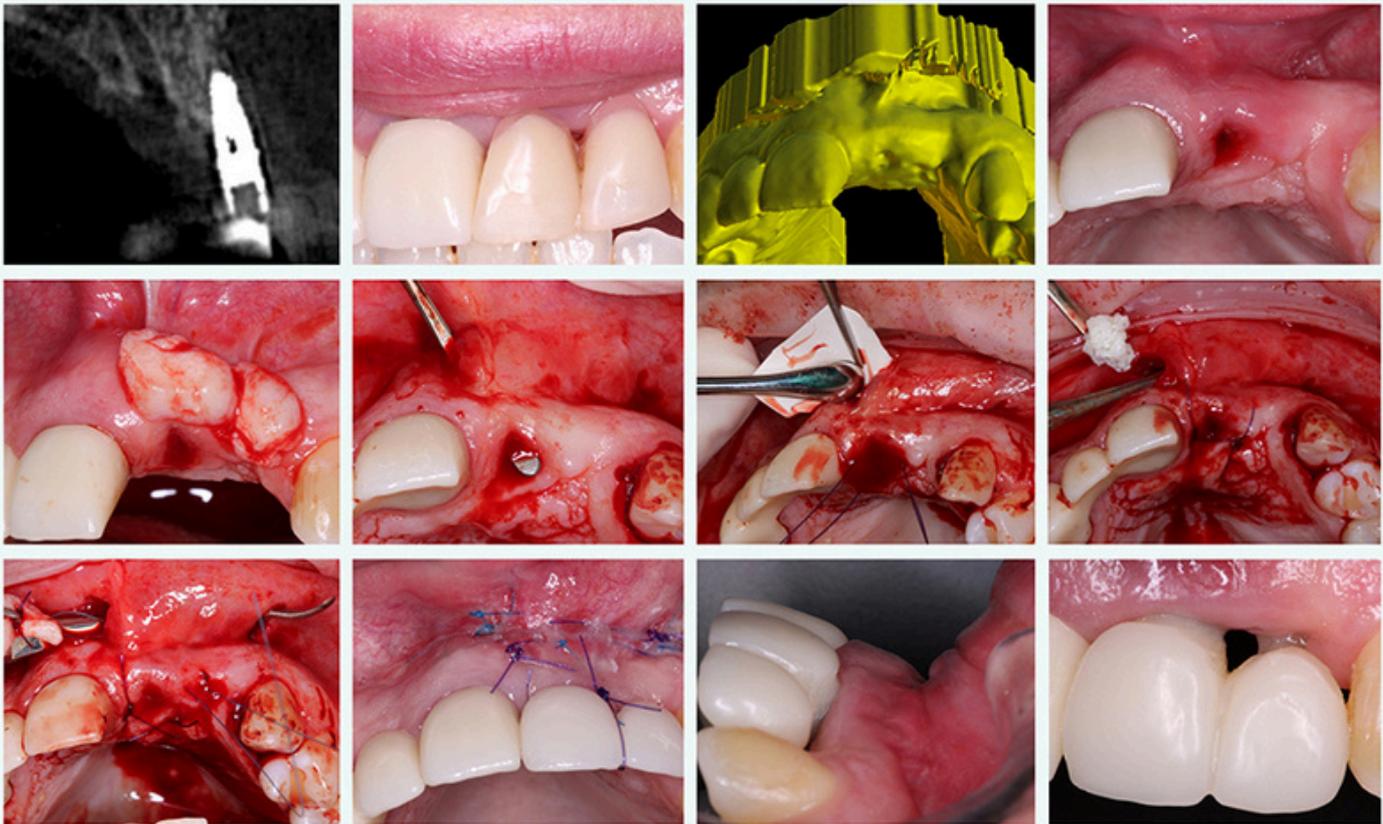
INTRODUCCIÓN:

La dimensión horizontal y vertical del tejido blando alrededor de una restauración implantoportada en el maxilar anterior es uno de los factores determinantes para lograr un resultado estético, además de la estabilidad a largo plazo. En este reporte de caso, la paciente presentó una pérdida ósea de la tabla vestibular correspondiente a un implante en posición 2.1, además de una deficiencia en ambas dimensiones a nivel de tejidos blandos. Los defectos del tejido blando se aumentaron con un injerto de tejido conectivo que se colocó encima del material de regeneración (membrana reabsorbible de colágeno y hueso desmineralizado de origen bovino). El abordaje fue mediante técnica de acceso en túnel a nivel del frenillo superior, con incisión vestibular modificada (VISTA).

OBJETIVO:

En este reporte de caso mostramos una forma de abordar este tipo de defectos de forma mínimamente invasiva y que nos permitirá aumentar el tejido tanto horizontal como verticalmente alrededor de nuestras restauraciones implantoportadas de una forma estable y predecible.

DESCRIPCIÓN DEL CASO



RESULTADOS:

La técnica VISTA parece ser un método prometedor para mejorar las dimensiones tanto del tejido blando como duro alrededor de la restauraciones implantoportadas en el sector anterior del maxilar superior.

DISCUSIÓN:

La odontología moderna tiene como objetivo reducir la morbilidad del paciente y proporcionar un procedimiento mínimamente invasivo que permita una manipulación menos extensa de los tejidos que los procedimientos convencionales, logrando al mismo tiempo los mismos objetivos.

CONCLUSIÓN:

Con el protocolo descrito se consigue un buen resultado tanto en la ganancia de tejido conseguido como en la satisfacción estética, que siendo una zona comprometida, nos evita el tener que levantar colgajo y las secuelas que conlleva.

BIBLIOGRAFÍA:

- Lee, C., Hamalian, T., & Schulze-Späte, U. (2015). Minimally Invasive Treatment of Soft Tissue Deficiency Around an Implant-Supported Restoration in the Esthetic Zone: Modified VISTA Technique Case Report. *Journal Of Oral Implantology*, 41(1), 71-76. <https://doi.org/10.1565/aid-joi-d-15-00045>.
- Marques, T., Santos, N. M., Montero, J., Correia, A., & Fernandes, G. O. (2023). The effect of the interproximal creeping attachment in aesthetic site after root coverage surgery with VISTA technique - A case report. *Indian Journal Of Dental Research*, 34(1), 90. https://doi.org/10.4103/ijdr.ijdr_705_21.
- Pohl, S., & Buljan, M. (2023). VISTA Approach in Conjunction with Enamel Matrix Derivative, Corticocancellous Bone, and Connective Tissue Graft for Periodontal Defect Surgery: A Case Series. *The International Journal Of Periodontics & Restorative Dentistry*, 43(6), 715-725. <https://doi.org/10.11607/prd.6094>.
- Sun, T. C., & Chang, T.-K. (2024). Soft tissue management around dental implant in esthetic zone - the current concepts and novel techniques. *Journal of Dental Sciences*, 19(3), 1548-1558. <https://doi.org/10.1016/j.jds.2024.03.005>

REGENERACIÓN ÓSEA EN CIRUGÍA APICAL

Guiomar Escalza Clavero ¹, Vanessa Montoya Salazar ¹, José Luis Gutiérrez Pérez ¹, Daniel Torres Lagares ¹

¹ Universidad de Sevilla

INTRODUCCIÓN

La cirugía periapical, que busca eliminar tejido infectado o inflamado en el ápice dental, a menudo está asociada con un defecto óseo que puede o no regenerarse. El objetivo principal es promover la curación y la regeneración de tejido sano.

OBJETIVO

El objetivo principal de este trabajo es evaluar si la regeneración ósea asociada a una cirugía apical tiene beneficios en la cicatrización del defecto óseo. Material y Métodos: esta revisión se ha realizado obteniendo información de la base de datos Pubmed. Para ello, se efectuó una búsqueda minuciosa utilizando una serie de palabras claves, así como unos criterios de inclusión y exclusión, la cual dio lugar a la selección de 6 artículos.

RESULTADOS

Los artículos seleccionados incluyen revisiones sistemáticas, metaanálisis, ensayos controlados aleatorizados, ensayos clínicos y estudios transversales, en los cuales se han estudiado los criterios de éxito de la regeneración ósea en cirugía apical.

DISCUSIÓN / CONCLUSIÓN

El uso de materiales regenerativos y técnicas como la regeneración tisular guiada (GTR) ha demostrado mejorar los resultados. La presencia de coágulos sanguíneos, una fuente de osteoblastos, contacto con tejido vivo y la prevención de la invasión de tejidos blandos son esenciales para el depósito óseo en una cavidad. Los defectos óseos se clasifican en críticos y no críticos; los críticos (3 mm o más) requieren injertos o materiales osteoinductivos, mientras que los no críticos (2 mm o menos) pueden regenerarse naturalmente. El uso de biomateriales como membranas de colágeno, plasma rico en plaquetas y xenoinjertos, combinado con GTR, ha mostrado éxito en la regeneración ósea. Sin embargo, existen desafíos como el costo y las complicaciones potenciales. Además, la decorticación ósea y el uso de membranas de barrera pueden acelerar la curación al estimular la angiogénesis y prevenir la invasión de tejido fibroso. Aunque los métodos regenerativos han mejorado los resultados clínicos, se necesitan estudios más robustos y homogéneos para obtener conclusiones más fiables.

PALABRAS CLAVES

Periapical surgery, apicoectomy, periradicular surgery, cystectomy, guided tissue regeneration, bone regeneration, bone grafts, membranes.

REGENERACIÓN ÓSEA EN CIRUGÍA APICAL

ESCALZA CLAVERO, G; MONTOYA SALAZAR, V.
GUTIÉRREZ PÉREZ, J.L; TORRES LAGARES, D

1. INTRODUCCIÓN

La **cirugía periapical** elimina el tejido infectado del ápice para promover la curación y conservar el diente (1).

La **regeneración ósea**, regulada por osteoclastos y osteoblastos, es crucial para la reparación. Los **criterios de éxito** y **factores pronósticos** varían entre estudios, complicando su comparación (2).

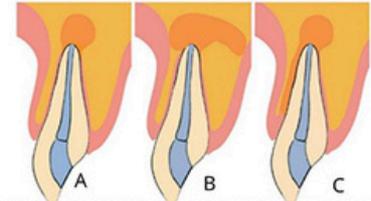


Figura 1. Clasificación de los defectos óseos según Von Arx y Cochran. (A) Defecto óseo de cuatro paredes. (B) Defecto óseo en túnel. (C) Lesiones apicomarginales. Lina Attar-Attar.

2. OBJETIVOS

Evaluar si la regeneración ósea asociada a una cirugía apical tiene **beneficios** en la cicatrización del defecto óseo, comparando el **material** utilizado, el **tamaño** de la lesión y el **tiempo** de cicatrización con/sin regeneración.

4. RESULTADOS

Tabla Completa



AUTOR	TIPO DE ESTUDIO	REVISTA Y AÑO	OBJETIVOS	CONCLUSIONES
Jin Wang y cols.	Revisión Sistemática	World Journal of Clinical Cases 2022	Estudiar la eficacia de los injertos óseos comparados con la curación espontánea en el tratamiento de lesiones quísticas mandibulares.	Si bien no está clara la superioridad a largo plazo de los injertos óseos en comparación con la curación espontánea después de una cistectomía, los injertos óseos aceleran el proceso de curación y aumentan significativamente la calidad del hueso.
Annanad Sumanjali y cols.	Revisión Sistemática y Metaanálisis	Journal of Pharmacy & Bioallied Sciences 2021	El éxito del tratamiento en endodoncia y periodoncia depende del estado periapical. Por lo tanto, en el presente metanálisis, evaluamos los diversos materiales de regeneración ósea en las cirugías periapicales.	Los materiales de regeneración ósea se pueden utilizar para obtener resultados exitosos en las cirugías periapicales. La regeneración tisular guiada, junto con los materiales regenerativos óseos, pueden ayudar en el buen pronóstico de los casos endodónticos y periodontales.
Mireia Serrano Giménez y cols.	Revisión Sistemática	Med Oral Bucal. 2015	Analizar los factores pronósticos más importantes al realizar cirugía periapical y comparar las tasas de éxito de distintos autores.	Los mejores resultados en cirugía periapical se asocian a: pacientes ≤45 años, dientes anteriores o premolares superiores, lesiones ≤10 mm, no quísticas, sin signos preoperatorios ni afectación periodontal, uso de MTA.

3. MATERIAL Y MÉTODO

((("Periapical surgery" OR "apicoectomy") AND ("guided tissue regeneration" OR "bone grafts" OR "membranes")))

PubMed

608 Artículos

6 Artículos tras aplicar los criterios de inclusión y exclusión

Criterios de **inclusión**: texto completo, metaanálisis, revisión sistemática, estudios controlados randomizados, revisiones y estudios prospectivos

Criterios de **exclusión**: publicados hace más de 10 años, estudios en animales

5. DISCUSIÓN

✓ **TAMAÑO DEL DEFECTO (3)** → Críticos / No críticos

✓ **BIOMATERIAL UTILIZADO EN LA REGENERACIÓN (3)**

Membranas

PRF

Hidroxiapatita

Xenoinjerto

✓ **TIEMPO DE CICATRIZACIÓN CON REGENERACIÓN VS. SIN REGENERACIÓN (3)**



Figura 2. Radiografías periapicales intraorales que muestran la evaluación radiológica del contorno del sitio quirúrgico y las características de la formación ósea. Vivekanand S Kattimani.

Neoangiogenesis < Morbilidad
Tiempo Cicatrización > corto

vs.

Osteoconducción > Complicaciones
Tiempo cicatrización > largo

6. CONCLUSIONES

La regeneración ósea guiada obtiene **mejores resultados** de curación en cirugía periapical, especialmente en **lesiones grandes** y **apicomarginales**. Usar una **combinación materiales** y estabilizar la membrana aumenta la eficacia, acelerando el **tiempo** la cicatrización y mejorando la **calidad** del hueso.

7. BIBLIOGRAFÍA



VENTAJAS DEL USO DE PILARES DE CICATRIZACIÓN PERSONALIZADOS EN IMPLANTES POST-EXTRACCIÓN

Daniela Cortés Eslava¹, Ginés Aranda Herrerías¹

¹ Universidad de Sevilla

INTRODUCCIÓN

La extracción dental conlleva la pérdida del ligamento periodontal y la reabsorción del tejido óseo circundante, lo que puede resultar en una disminución del volumen de los tejidos blandos y duros. Este proceso depende de múltiples factores, como el grosor del tejido blando y la posición del implante. Tradicionalmente, los implantes se colocan en dos etapas quirúrgicas, pero para simplificar el proceso, se ha propuesto el uso de pilares de cicatrización personalizados, que se colocan inmediatamente después del implante, evitando una segunda cirugía y ayudando a mantener un perfil de tejido más natural.

OBJETIVO

El objetivo principal de este estudio es analizar la eficacia del uso de pilares de cicatrización personalizados en la preservación del tejido periimplantario tras la colocación inmediata de implantes dentales.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una búsqueda bibliográfica en la base de datos PubMed de Medline con la siguiente estrategia de búsqueda: "Peri-implant tissue management." "Immediate implant placement." "customized healing abutment". Se identificaron 187 artículos, de los cuales se seleccionaron 33 para una revisión exhaustiva, y finalmente se incluyeron 6 estudios relevantes.

RESULTADOS

Los resultados de los estudios revisados muestran que los pilares de cicatrización personalizados ofrecen ventajas significativas en comparación con los pilares prefabricados. Indican que los pilares de cicatrización personalizados contribuyen a la preservación del volumen y la forma del tejido periimplantario, reduciendo las complicaciones postoperatorias y mejorando los resultados estéticos. Estudios comparativos muestran que estos pilares son más efectivos que los prefabricados, especialmente en la preservación del contorno del tejido blando y en la reducción de la incomodidad del paciente.

DISCUSIÓN

La colocación inmediata de implantes con pilares de cicatrización personalizados se presenta como una técnica efectiva para preservar el tejido periimplantario y mejorar los resultados estéticos. A diferencia de los pilares prefabricados, los personalizados permiten una adaptación más precisa al perfil de emergencia del diente, lo que reduce la necesidad de ajustes posteriores.

CONCLUSIÓN

El uso de pilares de cicatrización personalizados tras la colocación inmediata de implantes representa una mejora significativa en el manejo del tejido periimplantario. Esta técnica no solo optimiza la estabilidad del implante y la estética del tejido, sino que también simplifica el tratamiento y reduce las complicaciones postoperatorias. Los pilares personalizados se destacan como una opción preferible para maximizar el éxito de los tratamientos con implantes dentales, proporcionando beneficios tanto funcionales como estéticos a largo plazo.

VENTAJAS DEL USO DE PILARES DE CICATRIZACIÓN PERSONALIZADOS EN IMPLANTES POST- EXTRACCIÓN.

Cortés Eslava, D. Aranda Herrerías, G.

INTRODUCCIÓN

Para simplificar el procedimiento, y eliminar la segunda cirugía a la que tradicionalmente se somete a los implantes, se ha propuesto la colocación inmediata del implante con un pilar de cicatrización transmucoso personalizado (1-6).

Estos pilares están diseñados para mantener la morfología natural del tejido periimplantario, promoviendo una mejor cicatrización y resultados estéticos más satisfactorios (7-8).

OBJETIVO

Analizar la eficacia del uso de pilares de cicatrización personalizados en la preservación del tejido periimplantario tras la colocación inmediata de implantes dentales post- extracción.

MATERIAL Y MÉTODO

Peri-implant tissue management." "Inmediate implant placement." "customized healing abutment"



Registros identificados mediante búsqueda en la base de datos PubMed. n = 256

Tras eliminar los publicados hace más de 5 años y duplicados n= 33

Registros incluidos en la revisión n=5

CONCLUSIONES

1. **Presenta una mejora significativa en el manejo del tejido periimplantario.**
2. Esta técnica no solo optimiza la estabilidad del implante y la estética del tejido, sino que también **simplifica el tratamiento y reduce las complicaciones postoperatorias.**
3. Los pilares personalizados se destacan como una opción preferible para maximizar el éxito de los tratamientos con implantes dentales, proporcionando **beneficios tanto funcionales como estéticos a largo plazo.**

RESULTADOS

Autor y Año	Tipo de estudio	Resultados
Fernández D y cols. 2021	Ensayo clínico prospectivo	No se observaron diferencias significativas en la alteración de la mucosa y las papilas entre los grupos, después de 1 año del tratamiento.
Mengh Hw y cols. 2021	Caso clínico y revisión de la literatura.	Se le proporcionó a la paciente estética, función y comodidad inmediatas sin complicaciones durante un período de seguimiento de 6,5 años.
Menchini-Fabris GB y cols. 2023	Estudio retrospectivo	Al comparar las imágenes transversales preoperatorias de los CBCT con las postoperatorias, se observó que los cambios en el ancho crestal, (en comparación con el valor inicial) fueron insignificantes y no clínicamente apreciables.
Ruales carrera E. y cols. 2019	Caso clínico	El uso de PCP pareció ser una solución adecuada para soportar y mantener los contornos de los tejidos blandos y duros después de la colocación inmediata del implante tanto en la región anterior como en la posterior
Chokaree P y cols. 2024	Ensayo controlado aleatorizado	El grupo personalizado demostró la preservación del volumen bucal en los seguimientos al mes y al mes 4 en comparación con el grupo prefabricado. Ninguno de los grupos mostró diferencias en la preservación del hueso marginal en el seguimiento de 6 meses.

DISCUSIÓN



Fig1. Caso clínico. Colocación de implante post - extracción junto a un pilar personalizado. (10)

BIBLIOGRAFIA



EFFECT OF TITANIUM PARTICLES ON LIPOPOLYSACCHARIDE ACTIVATED MACROPHAGES

Raquel Osorio¹, Manuel Toledano-Osorio², Jesús Chato-Astrain¹, Miguel Alaminos¹, Manuel Toledano¹, Mariano Sanz²

¹ Universidad de Granada

² Universidad Complutense de Madrid

BACKGROUND

In the pathobiology of peri-implantitis (PI), biofilm bacteria interact with the peri-implant soft tissues activating inflammation. However, oral bacteria affect the implant surface by material corrosion that may facilitate the release of titanium particles (TiP) and their accumulation within the peri-implant tissues. There is controversy whether these (TiP) may participate in this inflammatory process.

OBJECTIVE

This in vitro investigation aims to evaluate whether titanium particles will influence the activity of cultured macrophages cell

MATERIALS AND METHODS

Macrophages (RAW264.7) were cultured with titanium particles in the presence or not of lipopolysaccharide (LPS). Nanoparticles (NPs) were obtained through a polymerization precipitation technique, and after NPs were functionalized with doxycycline or dexamethasone. Functionalized and unfunctionalized NPs were loaded on commercial

TIP

The brightfield and scanning electron microscopy were used to evaluate the macrophages cell morphology. The cell viability was assessed by quantifying the DNA released. The cell metabolic activity was measured by the cell proliferation reagent WST-1 test and cytokine secretion analysis. The Kruskal-Wallis test was used for comparisons.

RESULTS

Similar DNA release (20-25%) was observed among experimental groups. All activated cells increased their metabolic activity (about 10%) respect to their non-activated counterparts

CONCLUSION

Doxycycline-NPs and dexamethasone-NPs modulate titanium and LPS-related inflammatory reactions. Grant PID2020-114694RB-I00 funded by MCIN/AEI 10.13039/501100011033.

ACTUALIZACIÓN DEL TRATAMIENTO DE LA PERIIMPLANTITIS CON LÁSER

Clara González Selva ¹ , Bibiana García Marín ¹

¹ Clínica Dental Bibiana García, Algeciras, Cádiz

INTRODUCCIÓN

El tratamiento de la periimplantitis y el fracaso de los implantes dentales resulta un desafío de nuestro tiempo, dado su auge, surgen técnicas con láser con el fin de encontrar un mejor manejo de la enfermedad.

OBJETIVO

Valorar el tratamiento de la periimplantitis con láser.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza una búsqueda en las bases de datos Pubmed y Discovery Service de ensayos clínicos aleatorizados controlados (ECA) publicados en los últimos 5 años, clasificados en el Q1 y Q2 de evidencia. Se incluyeron artículos con individuos sanos con implantes de titanio. La presente revisión se realizó atendiendo los criterios PRISMA, con un análisis de riesgo de sesgo siguiendo el protocolo Cochrane.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Encontramos 3 ensayos realizados con láser Er: YAG y 2 en los cuales se emplean láseres diodo con diferente longitud de onda. La suma total de participantes contenidos en este artículo es de 175. Evaluando los signos de evolución, el sistema Er:

YAG ofrece resultados de mejora respecto a la profundidad al sondaje a largo plazo, así como una mejora en la respuesta inflamatoria y una colonización bacteriana significativamente menor en el post-operatorio. Los láseres de diodo, muestran una mejor respuesta ante el sangrado al sondaje y el índice de placa, siendo resultados significativos frente a los grupos control, indiferentemente de las longitudes de onda empleadas (810 nm y 660 nm). Es complejo llegar a unas premisas generales debido a la heterogeneidad de láseres y diferentes formas de aplicación.

CONCLUSIÓN

La evidencia científica avala una mejora en la evolución del sangrado al sondaje en los grupos tratados con láser. Refiriéndonos a la evolución de la profundidad al sondaje, el sistema láser Er: YAG, ofrece resultados con relevancia estadística a largo plazo. La mayor parte de los artículos revisados, en el grupo test, constatan una mejora respecto al índice de placa en sus estudios. Es necesaria más investigación sobre los efectos del láser y sobre la posibilidad de combinación entre ellos.

PALABRAS CLAVES

"Laser therapy", "Periimplantitis or peri-implantitis"

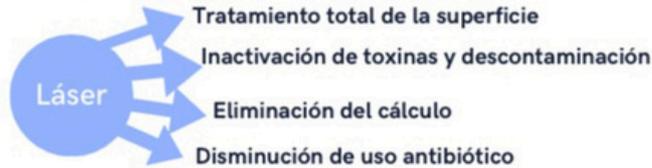
TRATAMIENTO DE LA PERIIMPLANTITIS CON LÁSER. A PROPÓSITO DE UN CASO.

González Selva C., García Marín B., Fernández- Figares Conde I., Baus Dominguez M., Torres Lagares D.

Master de Cirugía Bucal. Universidad de Sevilla

1.- INTRODUCCIÓN:

El tratamiento de la periimplantitis y el fracaso de los implantes dentales resulta un desafío de nuestro tiempo, dado su auge, surgen técnicas con láser con el fin de encontrar un mejor manejo de la enfermedad.



2.- OBJETIVOS:

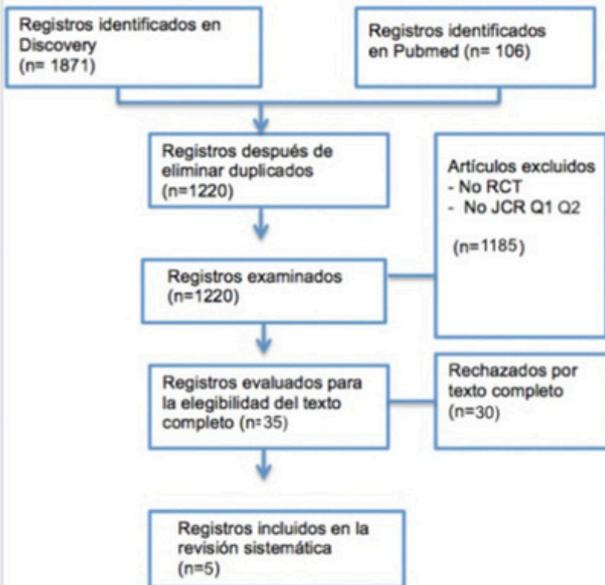
Valorar el tratamiento de la periimplantitis con láser.

- 1.- Determinar la reducción del sangrado al sondaje
- 2.- Examinar el efecto del láser sobre el índice de placa
- 3.- Describir la evolución de la profundidad al sondaje

3.- MATERIAL Y MÉTODO:

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Publicados en los últimos 5 años	Publicados hace más de 5 años
Idioma: Inglés	Otros idiomas
RCT	Artículos de distinta evidencia
JCR Q1, Q2	JCR inferior a Q1, Q2

DIAGRAMA DE FLUJO



CASO CLÍNICO

Paciente de 62 años sin antecedentes médicos, acude a consulta por molestias en la prótesis superior. Tras la retirada de la prótesis se observa mucositis generalizada y periimplantitis en los implantes del sector anterior. Apoyándonos en la evidencia científica, se opta por una terapia combinada de azul de metileno para el tratamiento de la superficie, previo a una desinfección con láser diodo de 660nm de longitud de onda.



1.- Situación inicial

2.- Tratamiento con láser diodo 660nm tras aplicación de azul de metileno

4.- RESULTADOS :



3.- Estado tras el tratamiento, día 1

4.- Situación del paciente en la cita control a la semana

5.- DISCUSIÓN:

En la literatura, evaluando los signos de evolución, el sistema Er: YAG ofrece resultados de mejora respecto a la profundidad al sondaje a largo plazo, así como una mejora en la respuesta inflamatoria y una colonización bacteriana significativamente menor en el post-operatorio. Los láseres de diodo, muestran una mejor respuesta ante el sangrado al sondaje y el índice de placa, siendo resultados significativos frente a los grupos control, indistintamente de las longitudes de onda empleadas (810 nm y 660 nm).

6.- CONCLUSIONES:

- 1.- La evidencia científica avala una mejora en la evolución del sangrado al sondaje en los grupos tratados con láser.
 - 2.- La mayor parte de los artículos revisados, en el grupo test, constatan una mejora respecto al índice de placa en sus estudios.
 - 3.- Refiriéndonos a la evolución de la profundidad al sondaje, el sistema láser Er: YAG, ofrece resultados con relevancia estadística a largo plazo.
- Es necesaria más investigación sobre los efectos del láser y sobre la posibilidad de combinación entre ellos.

7.- BIBLIOGRAFÍA



ENUCLEACIÓN DE UN QUISTE ODONTOGÉNICO CALCIFICANTE, A PROPÓSITO DE UN CASO

Bravo-Olmedo F¹, García-Espona I¹, Olmedo-Gaya MV¹, Herrera-Briones FJ¹, Reyes-Botella C¹, Muñoz-Soto E¹, Mendoza-Arnau A¹

¹Master de Cirugía Bucal e Implantología. Facultad de Odontología. Universidad de Granada.

INTRODUCCIÓN

El quiste odontogénico calcificante (QOC) es extremadamente poco común representando el 0,3-0,8% del total de los quistes de la cavidad bucal. Sus características radiográficas y clínicas muy variadas por lo que la interpretación histológica es clave en su diagnóstico.

OBJETIVO

Mostrar un caso clínico de QOC y presentar una revisión de la literatura, poniendo énfasis en su etiología, comportamiento y tratamiento

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente que acude al Máster de Cirugía Bucal remitida por su odontólogo por presentar en la ortopantomografía un área radiolúcida inusual no asociada a sintomatología clínica a nivel del tercer cuadrante, comprendiendo desde distal del 35 hasta distal del 37. Se solicita CBCT para determinar con mayor precisión los límites de la lesión.

Tras su enucleación completa y legrado de la zona, la anatomía patológica determinó que se trataba de un quiste odontogénico calcificante tipo I uniuístico según Praetorius y según Reichart un quiste odontogénico calcificante con presencia de células fantasma, no neoplásico y con revestimiento epitelial adenomatoide. El seguimiento a los 6 meses presenta una evolución positiva.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los QOC con presencia de células fantasma son una entidad muy poco frecuente. Su origen odontogénico está ampliamente aceptado, las células responsables de su formación son los restos de serres. Como en nuestro caso suelen ser asintomáticos e intraóseos. Su localización más común es la parte anterior del maxilar y mandíbula. En su inicio son radiolúcidos con calcificaciones que se van presentando a lo largo de su maduración.

Las células fantasma no son únicas de este tipo de quiste, se ven también en odontomas, ameloblastomas y otros tumores odontogénicos. Su tratamiento consiste en la enucleación y curetaje y el seguimiento a largo plazo para vigilar su posible recidiva, que depende de si se ha eliminado o no la totalidad del quiste, de ahí la importancia del curetaje óseo exhaustivo. El QOC se asocia con otros tumores como el adenomatoide, el fibroma ameloblástico, el ameloblastoma, etc, donde el tratamiento se rige según el tumor asociado.

CONCLUSIONES

El tratamiento del QOC consiste en su enucleación, análisis anatomopatológico y seguimiento a largo plazo. Hacen falta más estudios con seguimiento a largo plazo.



ENUCLEACIÓN DE UN QUISTE ODONTOGÉNICO CALCIFICANTE, A PROPÓSITO DE UN CASO

Bravo-Olmedo F, García-Espona I, Olmedo-Gaya MV,
Herrera-Briones FJ, Reyes-Botella C, Muñoz-Soto E, Mendoza-
Arнау A.



INTRODUCCIÓN

El quiste odontogénico calcificante (QOC) es extremadamente poco común representando el 0,3-0,8% del total de los quistes de la cavidad bucal. Sus características clínicas y radiográficas son muy variadas por lo que la interpretación histológica es clave en su diagnóstico.

OBJETIVO : Mostrar un caso clínico de QOC y presentar una revisión de la literatura, poniendo énfasis en su etiología, comportamiento y tratamiento.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente que acude al Máster de Cirugía Bucal remitida por su odontólogo por presentar en la ortopantomografía un área radiolúcida con presencia de material calcificado, no asociada a sintomatología clínica a nivel del tercer cuadrante, comprendiendo desde distal del 35 hasta distal del 37. Se solicita CBCT para determinar con mayor precisión los límites de la lesión. (Figura 1)

Tras su enucleación completa y legrado de la zona, la anatomía patológica determinó que se trataba de un quiste odontogénico calcificante tipo I uniuquístico según Praetorius y según Reichart un quiste odontogénico calcificante con presencia de células fantasma, no neoplásico y con revestimiento epitelial adenomatoide (Figura 3).

Nuestra paciente tuvo problemas en el postoperatorio entre los que se incluyeron: hemiparestesia labial inflamatoria hasta su completa resolución un mes después, hematoma desde zona labial hasta supraclavicular, dificultad de apertura, inflamación de la zona a las 2 semanas de la operación, que se asocia a falta de higiene de la zona tratada y alto consumo de tabaco. Se le realizó una ortopantomografía a los 3 meses, donde se comprobó la correcta evolución y un CBCT a los 6 meses, que también evidenció una evolución positiva en cuanto a regeneración de la zona (Figura 2).

Figura 1: ORTOPANTOMOGRAFÍA Y CBCT

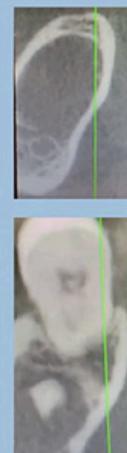


FIGURA 2: ORTOPANTOMOGRAFÍA A LOS 6 MESES



DISCUSIÓN

Los QOC con presencia de células fantasma son una entidad muy poco frecuente. Su origen odontogénico está ampliamente aceptado, las células responsables de su formación son los restos de serres. Como en nuestro caso suelen ser asintomáticos e intraóseos. Su localización más común es la parte anterior del maxilar y mandíbula. En su inicio son radiolúcidos con calcificaciones que se van presentando a lo largo de su maduración. Las células fantasma no son únicas de este tipo de quiste, se ven también en odontomas, ameloblastomas y otros tumores odontogénicos. En cuanto a su diagnóstico diferencial podemos destacar al quiste odontogénico epitelial calcificante, el tumor odontogénico calcificante y ameloblastoma, siendo este último el de mayor malignidad.

El tratamiento del QOC consiste en su enucleación y curetaje óseo, análisis anatomopatológico y seguimiento a largo plazo. La posible recidiva dependerá de si se ha eliminado o no la totalidad del quiste, de ahí la importancia del curetaje óseo exhaustivo. Hacen falta más estudios con seguimiento a largo plazo.

FIGURA 3: ACTO QUIRÚRGICO ENUCLEACIÓN QUISTE E INFORME ANATOMOPATOLÓGICO



BIBLIOGRAFÍA

- Sonone A, Sabane VS, Desai R. Calcifying ghost cell odontogenic cyst: report of a case and review of literature. *Case Rep Dent.* 2011;20(1):328743. doi: 10.1155/2011/328743. Epub 2011 Aug 3. PMID: 22567434; PMCID: PMC3335591.
- Hwang MJ, Lang MJ, Jin YT, Chiang CP. Histopathological study of a characteristic calcifying odontogenic cyst. *J Dent Sci.* 2022 Jan;17(1):578-579. doi: 10.1016/j.jds.2021.07.003. Epub 2021 Jul 20. PMID: 35028088; PMCID: PMC8740401.
- Yeh TH, Chen YC, Lee YP, Chiang CP. Calcifying odontogenic cyst treated by marsupialization and subsequent total enucleation. *J Dent Sci.* 2022 Apr;17(2):1076-1078. doi: 10.1016/j.jds.2022.02.001. Epub 2022 Feb 24. PMID: 35756777; PMCID: PMC9201976.

CONCLUSIONES

El tratamiento del QOC consiste en su enucleación y curetaje óseo, análisis anatomopatológico y seguimiento a largo plazo. Hacen falta más estudios con seguimiento a largo plazo.

IMPLANTES CIGOMÁTICOS: UNA ALTERNATIVA A LA REHABILITACIÓN DEL MAXILAR SUPERIOR ATRÓFICO

Enrique Fernández Romero¹, Francisco Javier Manzano Moreno¹, Cristina Vallecillo Rivas¹, Marta Vallecillo Rivas¹, Candela Reyes Botella¹, María Nuria Romero Olid¹, Francisco Javier Herrera Briones¹

¹ Máster CBS

INTRODUCCIÓN

En ocasiones, el maxilar superior atrófico presenta series dificultades para la colocación de implantes de manera convencional debido a la neumatización de senos maxilares o la reabsorción centrípeta del maxilar entre otras cuestiones. Las soluciones propuestas son la elevación de seno con injerto óseo, utilización de implantes cortos y de mayor diámetro y la colocación de implantes en arbotantes anatómicos. Esta revisión se centra en los implantes cigomáticos para la rehabilitación de estos pacientes.

OBJETIVO

Revisar la bibliografía de forma sistemática de los últimos años sobre el uso de implantes cigomáticos para rehabilitar maxilares superiores atrófico y valorar la eficacia y eficiencia del uso de implantes cigomáticos en pacientes como opción terapéutica en el maxilar superior severo atrófico e identificar las complicaciones más frecuentes.

MATERIAL Y MÉTODO

En 2024 se realizó una revisión sistemática en la base de datos Pubmed con esta estrategia de búsqueda: "zygomatic implants" AND "atrophic maxilla".

Los criterios de inclusión fueron los siguientes: estudios realizado exclusivamente en humanos, escritos en inglés y basados en la rehabilitación de pacientes con maxilar superior atrófico con implantes cigomáticos.

RESULTADOS

Tras la búsqueda se identificaron 22 publicaciones de interés. Después de aplicar los criterios de inclusión y de exclusión y la lectura del "Abstract" o artículo completo este número se redujo a 6.

DISCUSIÓN

Incluye resultados de tasas de éxito y fracaso en la inserción de implantes cigomáticos, además de valorar las distintas técnicas y complicaciones.

CONCLUSIONES

La utilización de implantes cigomáticos como alternativa terapéutica ante el maxilar superior severo atrófico para la rehabilitación implantosoportada del paciente está totalmente aceptada y recomendada siempre y cuando la realice un equipo profesional experto en la técnica. El uso de implantes en arbotantes es una opción más a tener en cuenta que ofrece una elevada tasa de éxito para el paciente y pocas complicaciones

IMPLANTES CIGOMÁTICOS: UNA ALTERNATIVA A LA REHABILITACIÓN DEL MAXILAR SUPERIOR ATRÓFICO

López Jiménez, JR; Torres Lagares, D; Gutiérrez Pérez, JL; Fernández-Figares Conde, I.

Facultad de Odontología. Universidad de Sevilla.



INTRODUCCIÓN



OBJETIVOS

- 1º Revisar la bibliografía de forma sistemática de los últimos años sobre el uso de implantes cigomáticos para rehabilitar maxilares superiores atrófico.
- 2º Valorar la eficacia y eficiencia del uso de implantes cigomáticos en pacientes como opción terapéutica en el maxilar superior severo atrófico.
- 3º Reconocer las complicaciones y tasas de éxito de este tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODO

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



RESULTADOS



Buenos índices de osteointegración. No requieren la creación de dos campos quirúrgicos. No existe zona donante. Se acorta la duración del tratamiento. Requiere de un buen conocimiento de la anatomía de la zona. Uso de sedación endovenosa o anestesia general. Material específico.



Los implantes cigomáticos tienen una longitud de 30 a 55 mm, siendo los más largos utilizados en implantología. La angulación de 45° de la plataforma permite una rehabilitación protésica más sencilla.



Se insertan tanto en el maxilar superior como en el hueso cigomático, ofreciendo mayor estabilidad.



TÉCNICA BRANEMARK



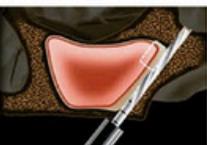
El implante pasa a través del seno maxilar hasta alcanzar el arco cigomático. Realiza una ventana en la pared lateral del seno y disecciona la membrana de Schneider para no afectar la cavidad neumática del maxilar. El periodo de cicatrización no debe ser inferior a 6 meses.

TÉCNICA SINUS SLOT



Permite visualizar trayecto del implante y facilita el control de la posición. La cabeza del implante emerge por vestibular a nivel del primer molar. Esto mejora notablemente el resultado de la prótesis.

TÉCNICA EXTRASINUSAL



Se consigue una visión completa del campo quirúrgico y una posición más favorable del implante. Los implantes se anclan únicamente en el hueso malar y la mayor parte del implante se encuentra cubierto por tejido blando. El implante emerge a nivel del primer premolar. Aumenta la superficie de contacto y aumenta la estabilidad primaria.

TÉCNICA ZAGA



Una cirugía individualizada en función de la anatomía de cada paciente. Mejor diseño de la prótesis que resulta en una menos voluminosa y más higiénica. Disminuye la probabilidad de complicaciones sinusales y de comunicaciones oro-sinusales.

ALL ON FOUR Vs ALL ON SIX



Ambas son efectivas, viables y predecibles. Sus tasas de éxito se encuentran por encima del 95% en ambas opciones.

COMPLICACIONES

Tasa de complicaciones biológicas inferiores al 10%. Tasa de complicaciones protésicas de un 3%. Hematomas, sinusitis, fistulas, parestesias, laceraciones labiales, infecciones. Tasas de éxito muy altas y complicaciones mínimas.

Autor y año	Publicación	Tipo de estudio	Muestra
E.L. Agliardi y cols. 2017	Int. J. Oral Maxillofac. Surg	Estudio clínico prospectivo	15 pacientes
Paulo Maló y cols. 2013	Clin Implant Dent Relat Res	Ensayo clínico	352 pacientes
Abilio Coppede y cols. 2017	Clin Implant Dent Relat Res	Estudio clínico prospectivo	42 pacientes
Ramos y cols. 2014	Oral Maxillofac Surg	Revisión sistemática	2132 implantes cigomáticos
Atalay y cols. 2017	The Journal of Craniofacial Surgery	Ensayo clínico	16 pacientes
Moliner-Mourelle y cols. 2016	Med Oral Patol Oral Cir Bucal	Revisión sistemática	3240 implantes cigomáticos

DISCUSIÓN

La técnica clásica de Branemark es una modalidad de tratamiento viable y efectiva aunque se requieren una habilidades quirúrgicas avanzadas (Agliardi (1)) Con la técnica Sinus Slot, Paulo Maló (2) y Abilio Coppede y cols. (3) obtuvieron tasas de éxito de más del 94% y destacan la alta visibilidad operatoria. Sobre la técnica ZAGA, Ramos y cols. (4) obtienen un 98% de éxito y resaltan la importancia de estudiar bien el tipo de concavidad formada por la cresta, el seno maxilar y la zona de colocación del implante.

En cuanto a complicaciones, Atalay y cols. (5) y Moliner-Mourelle y cols. (6) contabilizaron el porcentaje y cuales eran las más frecuentes, concluyendo en un porcentaje mínimo, siendo las sinusitis, las fistulas o las infecciones las complicaciones más comunes.

CONCLUSIONES

- 1º La rehabilitación del paciente con el maxilar superior posterior atrófico con implantes cigomáticos es una opción terapéutica consolidada, eficiente, eficaz y predecible, ya que posee una tasa de éxito mayor al 90%.
- 2º Es una técnica que requiere una planificación exhaustiva, una gran habilidad quirúrgica, una larga experiencia previa con implantes convencionales y capacidad para tratar las posibles complicaciones.
- 3º Según los estudios, todos los pacientes poseen la suficiente longitud y volumen de hueso malar para la colocación de implantes cigomáticos en ellos y permitir la posterior rehabilitación protésica.
- 4º Los estudios muestran pocas complicaciones quirúrgicas propias de la inserción de implantes en el hueso malar y un bajo índice de fracaso de los implantes cigomáticos.

BIBLIOGRAFIA



PROTOCOLO ONE ABUTMENT ONE TIME EN IMPLANTOLOGÍA INMEDIATA: UNA SERIE DE CASOS CLÍNICOS

López Jiménez, JR¹ ; Torres Lagares, D¹ ; Gutiérrez Pérez, JL¹ ; Fernández-Figares Conde, I¹

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

INTRODUCCIÓN

Uno de los desafíos de la implantología inmediata es lograr y mantener los tejidos periimplantarios a largo plazo, especialmente en zona estética. Sin embargo, para conseguir este objetivo es necesario controlar factores, tanto relacionados con el paciente, como con el sitio del implante. En este sentido, el protocolo one abutment one time ha demostrado ser efectivo en diferentes estudios, ya que evita las desconexiones y reconexiones posteriores de los componentes protésicos, relacionados con pérdida ósea marginal. También la colocación inmediata de un pilar permite la posibilidad de manejar los tejidos periimplantares mediante el diseño del mismo.

PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS

En la siguiente serie de tres casos clínicos se muestran diferentes escenarios en los que se colocan implantes unitarios en zona estética y no estética, utilizando el protocolo one

abutment one time, mediante el empleo de pilares antirrotarios, de cicatrización personalizados y provisional inmediato, con el fin de mantener las dimensiones de tejidos blandos. Se establece diferentes protocolos de elaboración de pilares y provisionales inmediatos descritos en la literatura. Los periodos de seguimiento van desde una semana hasta los 5 años.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La utilización del protocolo one abutment one time ha permitido mantener o incluso mejorar los tejidos periimplantarios tanto en sector anterior como posterior, asegurando así resultados estéticos y funcionales favorables a largo plazo. El diseño del abutment y del provisional es de vital importancia en el mantenimiento de tejidos blandos. Los resultados obtenidos en los casos mostrados se deben, en gran medida, a la implementación del protocolo one abutment one time. Es necesario tener en cuenta factores críticos como el margen gingival, defectos vestibulares y biotipos, siendo imprescindible un correcto diagnóstico y valoración del caso, previamente

PROTOCOLO ONE ABUTMENT ONE TIME EN IMPLANTOLOGÍA INMEDIATA UNITARIA: UNA SERIE DE CASOS CLÍNICOS

Autores: Enrique Fernández ¹; Francisco Javier Manzano-Moreno ¹; Cristina Vallecillo ¹; Marta Vallecillo-Rivas ¹; Candela Reyes-Botella ¹; María Nuria Romero-Olid ¹; Francisco Javier Herrera Briones ¹.

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

Introducción

Uno de los desafíos de la implantología inmediata es lograr y mantener los tejidos periimplantarios a largo plazo, especialmente en zona estética. Sin embargo, para conseguir este objetivo es necesario controlar factores, tanto relacionados con el paciente, como con el sitio del implante. En este sentido, el protocolo one abutment one time (OAOT) ha demostrado ser efectivo en diferentes estudios, ya que evita las desconexiones y reconexiones posteriores de los componentes protésicos, relacionados con pérdida ósea marginal. También la colocación inmediata de un pilar permite la posibilidad de manejar los tejidos periimplantarios mediante el diseño del mismo.

Presentación de casos clínicos

En la siguiente serie de tres casos clínicos se muestran diferentes escenarios en los que se colocan implantes unitarios en zona estética y no estética, utilizando el protocolo one abutment one time, mediante el empleo de pilares antirrotatorios, de cicatrización personalizados y provisional inmediato, con el fin de mantener las dimensiones de tejidos blandos. Se establece diferentes protocolos de elaboración de pilares y provisionales inmediatos descritos en la literatura. Los periodos de seguimiento van desde una semana hasta los 3 meses.

Discusión y conclusión

La utilización del protocolo one abutment one time ha permitido mantener o incluso mejorar los tejidos periimplantarios tanto en sector anterior como posterior, asegurando así resultados estéticos y funcionales favorables a largo plazo. El diseño del abutment y del provisional es de vital importancia en el mantenimiento de tejidos blandos. Los resultados obtenidos en los casos mostrados se deben, en gran medida, a la implementación del protocolo one abutment one time. Es necesario tener en cuenta factores críticos como el margen gingival, defectos vestibulares y biotipos, siendo imprescindible un correcto diagnóstico y valoración del caso, previamente.

CASO 1

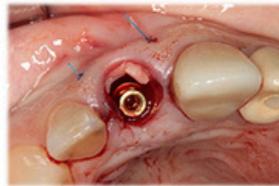
CASO 2

CASO 3

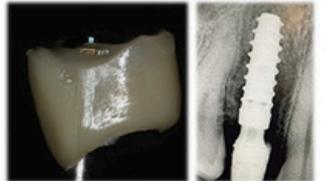
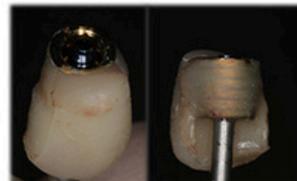
PRE



OAOT



PROVI



POST_0



POST_3



POST_3



Bibliografía

1. Sanz-Sánchez, I, Molina, A, Martín, C, Bollain, J, Calatrava, J, & Sanz, M. (2024). The effect of one-time abutment placement on clinical and radiographic outcomes: A 5-year randomized clinical trial. *Clinical oral implants research*, 35(6), 609-620. <https://doi.org/10.1111/cir.14256>
2. Pommer, B, Danzinger, M, Leite Aique, L, Pitta, J, & Haas, R. (2021). Long-term outcomes of maxillary single-tooth implants in relation to timing protocols of implant placement and loading: Systematic review and meta-analysis. *Clinical oral implants research*, 32 Suppl 21, 54-66. <https://doi.org/10.1111/cir.13838>
3. Kan, J. Y. K., Rungcharassaeng, K., Defforian, M., Weinstein, T., Wang, H. L., & Testori, T. (2018). Immediate implant placement and provisionalization of maxillary anterior single implants. *Periodontology 2000*, 77(1), 197-212. <https://doi.org/10.1111/prd.12212>

¡DESCUBRE LA COMPLETA GAMA RESTAURADORA DE NORMON!

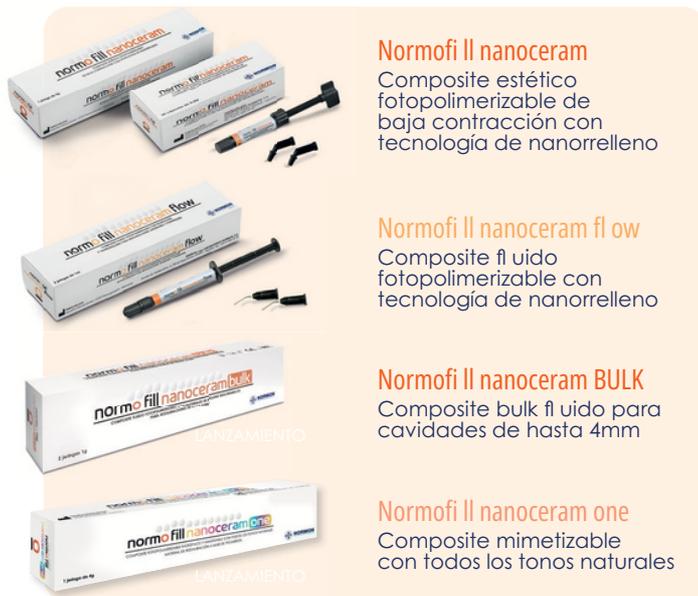
Paso 1:



NiTIn y STRATA G
Sistema de matrices seccionales

powered by **Garrison**
Dental Solutions

Paso 5:



Normofi II nanoceram

Composite estético fotopolimerizable de baja contracción con tecnología de nanorrelleno

Normofi II nanoceram flow

Composite fluido fotopolimerizable con tecnología de nanorrelleno

Normofi II nanoceram BULK

Composite bulk fluido para cavidades de hasta 4mm

Normofi II nanoceram one

Composite mimetizable con todos los tonos naturales

Paso 2:



NormoETCH

Gel fixotrópico con un 37% de ácido fosfórico

Paso 3:



Normobond XSE

Adhesivo universal

Paso 6:



NORMOLED

Lámpara de polimerización dental led

Paso 4:



Normobond Dual Catalyst

Activador del adhesivo universal normobond XSE

Paso 7:



NORMOPUL SPIN

Sistema de pulido de composites en dos pasos

CONSULTA A TU DELEGADO COMERCIAL

Material dirigido a profesionales sanitarios. Estos productos sanitarios pueden tener contraindicaciones y/o efectos adversos. Lea detenidamente las instrucciones de uso antes de su utilización. De conformidad con la legislación vigente de productos sanitarios. Copyright 2024 Laboratorios Normon S.A. Todos los derechos reservados.

95-PS-PF-REST-07.2024.1.2



• CURSO: Actualización en el tratamiento de las Inclusiones Dentarias: 3º molar incluido

ENTRADA GRATUITA



Actualización en el tratamiento de las Inclusiones Dentarias: 3er molar incluido
22 de noviembre de 2024
Colegio Oficial de Dentistas de Málaga

SEDE
Colegio Oficial de Dentistas de Málaga
Pasillo de Atocha, 3, 1º Izquierda
29005 - Málaga

ORGANIZAN
Asociación Andaluza de Cirugía Bucal
Colegio Oficial de Dentistas de Málaga

COLABORA
Ancladén

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

www.aacib.es

PROGRAMA

Horario

16:00-17:00 hrs.
Manifestaciones clínicas de las inclusiones de los terceros molares incluidos. Diagnóstico radiológico de las inclusiones.
Dr. Alexis Gómez-Angulo Alonso

17:00-18:00 hrs.
Índices de dificultad de extracción. Indicaciones relativas y absolutas para la extracción de cordales. Actitud ante un cordal asintomático.
Dr. Alexis Gómez-Angulo Alonso

18:00-18:30 hrs.
PAUSA CAFÉ

18:30-19:30 hrs.
Planificación del tratamiento quirúrgico y extracción de cordales incluidos: Principios básicos de la cirugía. Instrumental. Tipos de incisiones y calceajos.
Dr. Antonio Batista Cruzado

19:30-20:30 hrs.
Despegamiento y protección del calceajo. Osteotomía y odontosección. Maniobras de luxación y extracción. Sutura.
Dr. Antonio Batista Cruzado

Ponentes

Dr. Alexis Gómez-Angulo Alonso

- Máster en Cirugía Bucal (SGE)
- Licenciado en Odontología (EUROPEA)
- Especialista en Implantología Oral (SGO)
- Diploma Universitario Periconos Avanzado (SOM)
- Socio de la SGO
- Miembro de la AACIB (Málaga)
- Práctico privado (cirugía oral-implantes)

Dr. Antonio Batista Cruzado

- Doctor en Odontología de la U.S.
- Máster en Cirugía Bucal de la U.S.
- Coordinador del Máster de Cirugía Bucal de la Universidad de Sevilla
- Experto en Cirugía de Implantos y Rehabilitación Implantodispositivo (SSE)
- Licenciado en Ortodoncia (SGO)
- Socio Titular de la SEOB
- Miembro de la SGO
- Fellow de la ICO
- Práctico Privado de Cirugía Oral Implantos

Sede
Colegio Oficial de Dentistas de Málaga
Pasillo de Atocha, 3, 1º Izquierda
29005 Málaga
Teléfono: 955 099 142
secretaria@coema.org
<https://www.coema.org/>

Haz tu inscripción

ABIERTO EL PLAZO DE INSCRIPCIÓN A PARTIR DEL 10 DE SEPTIEMBRE
(No se aceptarán solicitudes enviadas antes de esta fecha)

 Asociación Andaluza de Cirugía Bucal

¿Conoce como clasificar y tratar las inclusiones dentarias del 3 molar?,
¿sabes planificar el tratamiento y los principios básicos de la cirugía?, si tienes dudas sobre alguno de estos aspectos, no dudes en apuntarte el próximo viernes 22 de Noviembre tendrá lugar el curso «Actualización en el tratamiento de las Inclusiones Dentarias: 3er molar incluido» en el Colegio de Dentistas de Málaga.

• CURSO: Elevación del seno maxilar vs implantes cortos



Curso teórico
Elevación del seno maxilar vs implantes cortos
29 de noviembre de 2024
Colegio Oficial de Dentistas de Huelva

SEDE
Ilustre Colegio Oficial de Dentistas de Huelva
C/ Vázquez López, 43
21001 Huelva

ORGANIZA
Asociación Andaluza de Cirugía Bucal

COLABORA
biohorizons camlog

www.aacib.es

PROGRAMA

VIERNES, 29 DE NOVIEMBRE

17:00h - 18:30h
Anatomía del maxilar posterior atrófico. Alternativas Terapéuticas.

18:30h - 19:00h
PAUSA CAFÉ

19:00h - 20:30h
Elevación del seno Maxilar vs Implantes.

Dr. Ignacio Fernández Asián

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

Dr. Eugenia Asián González

- Licenciatura en Medicina y Cirugía. Universidad de Sevilla.
- Doctora en Medicina y Cirugía. Universidad de Sevilla.
- Médico Especialista en Estomatología.
- Máster Propia Cirugía Bucal Avanzada. Universidad de Sevilla.
- Profesora Asociada de Cirugía Bucal y Cirugía Bucal Avanzada. Universidad de Sevilla.
- Profesora Máster Cirugía Bucal Avanzada. Universidad de Sevilla.
- Codirectora Postgrado Anatomía Oral Aplicada a la Implantología e Implantoprotésis. CFP Universidad de Sevilla.

SEDE E INSCRIPCIONES
Colegio Oficial de Dentistas de Huelva
Calle Vázquez López, 43 - 21001 Huelva
coehu@coehu.com

COEHU
COLEGIO OFICIAL DE DENTISTAS DE HUELVA

Clic aquí para reservar tu plaza

No dudes en apuntarte el próximo viernes 29 de Noviembre al curso teórico «Elevación del seno maxilar vs implantes cortos» en el Colegio de Dentistas de Huelva.

Inscripciones abiertas.

• CURSO: Caninos incluidos: extracción versus tratamiento ortodóntico-quirúrgico



ENTRADA GRATUITA

Curso Teórico
Caninos incluidos: Extracción versus tratamiento Ortodóntico-Quirúrgico
29 de noviembre de 2024
Colegio Oficial de Dentistas de Sevilla

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

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

ORGANIZA
Asociación Andaluza de Cirugía Bucal

COLABORA
CODS
COLEGIO OFICIAL DE DENTISTAS DE SEVILLA

NORMON

PROGRAMA

VIERNES, 29 DE NOVIEMBRE DE 2024
16.00 – 18.00 hrs.

Exodoncia de Caninos Incluidos

- Concepto y clasificación de inclusión de caninos. Etiopatogenia.
- Manifestaciones clínicas, pruebas diagnósticas e indicaciones de extracción.
- Técnica quirúrgica. Complicaciones de la cirugía.
- Indicaciones de los implantes inmediatos en la exodoncia de caninos incluidos.
- Presentación de casos clínicos.

18.00 - 18.30 hrs.
PAUSA CAFÉ

18.30 – 20.30 hrs.

Tratamiento ortodóntico-quirúrgico de dientes incluidos

- Métodos para la reconducción de un diente al arco dentario.
- Indicaciones
- Técnica quirúrgica.

1. Abordaje vestibular
2. Abordaje palatino
3. Dientes incluidos inferiores

- Presentación de casos clínicos.

OBJETIVOS

- 1º Mostrar las diferentes alternativas en los pacientes con retenciones dentarias.
- 2º Conocer la patología a la que puede dar lugar la presencia de un diente retenido.
- 3º Abordar con abundantes casos clínicos las diferentes técnicas quirúrgicas para la extracción de caninos y otros dientes incluidos según su clasificación anatómica, así como las complicaciones de estas técnicas quirúrgicas.
- 4º Diferenciar los casos en los que podría plantearse la colocación de implantes en la misma cirugía de la extracción.
- 5º Explicar cuáles serían las indicaciones de la reconducción dentaria mediante métodos ortodóntico-quirúrgicos.
- 6º Mostrar casos clínicos de reconducción de dientes retenidos superiores con abordaje vestibular y abordaje

DR. JOSÉ JAVIER PINILLA MELGUZO

- Licenciado en Medicina y Cirugía por la U. de Córdoba (1983).
- Especialista en Estomatología por la Universidad Complutense de Madrid (1985).
- Master en Implantología y Rehabilitación Oral por la Universidad de Paris XII (1995).
- Dictante cursos de Cirugía Oral a nivel nacional desde el año 2006.
- Presidente de la Comisión Científica del Ilustre Colegio Oficial de Odontólogos y Estomatólogos de Córdoba (1991-2002 y en la actualidad).
- Miembro Numerario de la Sociedad Española de Cirugía Bucal (SECB).

SEDE
Colegio Oficial de Dentistas de Sevilla
Calle Infanta Luisa de Orleans, 10 - 41004 Sevilla

INSCRIPCIONES

CODS
COLEGIO OFICIAL DE DENTISTAS DE SEVILLA

Colegio Oficial de Dentistas de Sevilla

[Clic aquí para reservar tu plaza](#)

No dudes en apuntarte el próximo viernes 29 de Noviembre al curso teórico «Caninos incluidos: extracción versus tratamiento ortodóntico-quirúrgico» en el Colegio de Dentistas de Sevilla.

Inscripciones abiertas.

Con la colaboración de:



CURSO INTENSIVO EXCLUSIVO

DESCUBRE EL NOVEDOSO TRATAMIENTO

VESTIBULAR SOCKET THERAPY (TÉCNICA VST)

BY ELASKARY



Madrid



29-30
NOVIEMBRE 2024

Curso con hands-on y cirugía en directo

COLOCACIÓN INMEDIATA
DE IMPLANTES CON
REHABILITACIÓN
SIMULTÁNEA
DE ALVÉOLOS
COMPROMETIDOS



@dr.elaskary



ABDELSALAM ELASKARY



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

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.

Tapered Pro Conical ¡próximamente!

Basado en la probada conexión CONELOG® y el cuerpo Tapered Pro, el Tapered Pro Conical de BioHorizons Camlog está diseñado para la eficiencia quirúrgica con la mejor conexión cónica de su clase¹.



Descubre más en:
www.biohorizonscamlog.es

BioHorizons® es una marca registrada de BioHorizons Implant Systems Inc.
No todos los productos están disponibles en todos los países. ©BioHorizons. Todos los derechos reservados.

1. Semper-Hogg, W et al. Analytical and experimental position stability of the abutment in different dental implant systems with a conical implant-abutment connection. *Clinical Oral Investigation* (2013) 17: 1017.

SPMP24192es REV A SEP 2024



 biohorizons
camlog



**biohorizons
camlog**

Ancladén



NORMON
DENTAL



KLOCKNER®



Osteógenos

VEGA[®]+

**Freedom
is not
fixed**

K KLOCKNER[®]

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