



# REVISTA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

ISSN: 0326-632X (impreso)  
ISSN: 1668-8538 (en línea)

[www.odon.uba.ar](http://www.odon.uba.ar)

VOL 30 N° 68  
PRIMER SEMESTRE 2015



[www.odon.uba.ar](http://www.odon.uba.ar)

Número Especial de la  
Revista de la Facultad de Odontología.

  
JORNADAS  
ESTUDIANTILES

PRIMER  
SEMESTRE 2015



# REVISTA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA

## UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

ISSN: 0326-632X (impreso)

ISSN: 1668-8538 (en línea)

Año 2015 - Volumen 30 - Número 68

Universidad de Buenos Aires

La Revista de la Facultad de Odontología es una publicación oficial,  
propiedad de la Institución. Se edita un volumen con dos números por año.

### Director Responsable

Prof. Dr. Héctor José ALVAREZ CANTONI

### Editor Ejecutivo

Prof. Dr. Juan Carlos ELVERDIN

### Editor Asociado

Prof. Dra. Silvia Cristina AGUAS

### Comité Científico Editorial

Mariano S. ALONSO (Univ. Complutense Madrid, España)  
Nora BRANDAN (UNNE, Argentina)  
Raul G. CAFFESSE (Universidad de Texas, EEUU)  
María B. F. CAMARGO (Pontificia Univ. Javeriana, Colombia)  
José Javier FERNANDEZ SOLARI (FOUBA, Argentina)  
Raquel GALLARDA (UCN, Argentina)  
Federico Guillermo GALLI (FOUBA, Argentina)  
Graciela Ana GIANNUNZIO (FOUBA, Argentina)  
Carmen Rosa GARCÍA (Univ. Cayetano Heredia, Perú)  
Rodolfo MIRALLES (Universidad de Chile, Chile)  
Rolando P. JUAREZ (UNNE, Argentina)  
Verónica Herminia PAVAN (FOUBA, Argentina)  
Cristina del Carmen PEREZ (FOUBA, Argentina)  
Patricia Noemi RODRIGUEZ (FOUBA, Argentina)  
Loyola RODRIGUEZ (Univ. Aut. de San Luis Potosí, México)  
Gabriel Antonio SANCHEZ (FOUBA, Argentina)

### Asesores Técnicos

Lic. Graciela M. PANTANIDA  
Lic. Julio A. DIAZ  
Ing. Horacio ESPINO  
Od. Ana C. CASADOUMECO

### Diagramación

Od. Emiliano DI LEO

### Decano:

Profesor Doctor Héctor José ALVAREZ CANTONI

### Vicedecano:

Profesor Doctor Pablo Alejandro RODRIGUEZ

### Secretario General:

Doctor Jorge PASART

### Subsecretario General:

Profesor Doctor Sebastián Ignacio COSTA

### Secretaria Académica:

Profesora Doctora Silvia María FRIEDMAN

### Subsecretaria Académica:

Profesora Doctora Patricia Mónica BOYER

### Secretaria Asistencial:

Profesora Doctora Lidia Isabel ADLER

### Subsecretaria Asistencial

Profesora Doctora Silvia Cristina AGUAS

Secretario de Alumnos, Docentes Auxiliares y Extensión:  
Profesor Doctor Guillermo Abel PREGADIO DEPINO

Subsecretaria de Docentes Auxiliares y Extensión:  
Doctora María Julia RAMIREZ

### Subsecretario de Alumnos:

Doctor Daniel Iván PANAINO

Secretario de Hacienda y Administración:  
Doctor Julio Facundo BELLO

Subsecretaria de Hacienda y Administración:  
Contadora Pública Nacional Sofía Gisele CIVARDI

Secretario de Posgrado:  
Profesor Doctor Norberto Pascual LOMBARDO

Subsecretario de Posgrado:  
Profesor Doctor Guillermo Rafael CAGNONE

Secretaria de Relaciones Institucionales e  
Internacionales:  
Profesora Doctora Liliana Gloria SIERRA

Secretario de Ciencia y Técnica y Transferencia  
Tecnológica:  
Profesor Doctor Juan Carlos ELVERDIN

### Miembros Integrantes

Del Consejo Directivo 2014

Profesores Miembros Titulares  
Dr. LANFRANCHI TIZEIRA, Héctor Eduardo  
Dr. TAMINI ELICEGUI, Luis Ernesto  
Dr. RODRIGUEZ, Alejandro Néstor  
Dr. HECHT, Juan Pedro  
Dr. SQUASSI, Aldo Fabián  
Dr. MENDEZ, Carlos Fernando  
Dr. RODRIGUEZ, Pablo Alejandro  
Dr. AMER, Mariano Axel Ramón

### Profesores Miembros Suplentes

Dra. MATEU, María Eugenia  
Dra. NUÑEZ, Marta Cristina  
Od. GONZALEZ ZANOTTO, Carlos Anibal  
Dr. FASSINA, Norberto Adolfo  
Dra. MARTINEZ, María del Pilar  
Od. GALLI, Federico Guillermo

### Graduados Miembros Titulares

Od. RANNELUCCI, Luis Reinaldo  
Od. VAZQUEZ, Diego Jorge  
Od. CAPUANO, Carlos Alberto  
Od. RIVERA, Jorge Ignacio

### Graduados Miembros Suplentes

Od. BUGATTO, Andrés Luis  
Od. CAPUSOTTO, Anibal Omar  
Od. LEVY, Teresa Noemi

### Estudiantes Miembros Titulares

Sr. VAN SCHILT, Hernán Gabriel  
Sr. DEFILPO, Tobias  
Sr. SOMOZA, Francisco  
Srta. CIMINO, María Celeste

### Estudiantes Miembros Suplentes

Srta. CHOVANEC, Melisa Carolina  
Srta. GRÜNERT DOLIANI, María Victoria  
Sr. SANTILLAN, Juan Ignacio  
Srta. OTAZU, Perla Soledad

Impresión realizada en Taller Gráfico 312 / Junin 312 - CABA / Tel.: (011) 4953-3001 / Ejemplar Impreso: Octubre 2015

Registro de DNDA en trámite.

Los derechos de autor, copyright de los trabajos publicados han sido cedidos a la Revista FOUBA. Está permitida la reproducción parcial o total de los artículos con fines científicos, en tanto sean consignados la fuente original.  
Las opiniones vertidas en la Revista FOUBA son de exclusiva responsabilidad de los autores.

La Revista de la Facultad de Odontología se encuentra indizada y vigente desde el año 2012 de acuerdo con los Criterios de Selección de Revistas para la Base de Datos LILACS-BIREME.

Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires  
Marcelo T. de Alvear 2142 - C1122AAH - Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina

CE: [revista@odon.uba.ar](mailto:revista@odon.uba.ar) - <http://www.odon.uba.ar/revista.php>

Queda hecho en el depósito que establece la Ley 11.723

---

Órgano Oficial de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires

# REVISTA

de la Facultad de Odontología Universidad de Buenos Aires

Volumen 30 Número 68

ISSN: 0326-632X (impreso)

ISSN: 1668-8538 (en línea)

## Índice

EDITORIAL.....	3
<i>2das Jornadas Estudiantiles de la Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires</i>	
Comisión Organizadora.....	5
Comisiones.....	6
Resultados de Pósters presentados.....	7
Pósters Premios.....	9
Pósters Endodoncia.....	26
Pósters Cirugía.....	41
Pósters Experimentales.....	46
Pósters Operatoria y Prótesis.....	50
Pósters Prevención.....	66
Tesis Defendidas.....	79



# Editorial

Facultad de Odontología Universidad de Buenos Aires

## LA IMPORTANCIA DE HACER.

Las Jornadas Estudiantiles FOUBA realizadas en nuestra Facultad entre los días 21,22 y 23 de mayo represento una actividad altamente movilizadora para muchos Docentes, Graduados y Alumnos de nuestra Unidad Académica además de la siempre valorada colaboración de nuestros No Docentes. Como todo evento su realización demanda mucha energía para llevarlo adelante dado que hay una amplia diversidad de aspectos que deben ser atendidos, cuidados, organizados y llevados a la práctica. Hasta aquí no existiría nada por destacar si no fuera que gran parte de la responsabilidad del éxito del mismo fue emprendido por jóvenes integrantes de nuestra casa de estudios con no demasiada experiencia en la realización de este tipo de eventos. Desde mi lugar y por cercanía pude observar el esfuerzo y la dedicación que los integrantes de la Comisión responsable del evento pusieron para cumplir con todo lo propuesto. Sin dudas una experiencia altamente enriquecedora para todos ellos en este tipo de actividades. Siempre se aprende tanto de los errores como de los aciertos, en tanto y en cuanto se opte por hacer. Existe una frase muy conocida cuya autoría se la referencia a Domingo Faustino Sarmiento que dice : “las cosas hay que hacerlas, aunque sea mal pero hacerlas” reflexión oportuna porque si hay algo seguro es que el que nada hace jamás se equivoca. Las Jornadas según mi mirada fue un éxito, ver a centenares de alumnos movilizados en confeccionar sus presentaciones, charlas, talleres, debates, sobre todas las temáticas que demanda la Odontología de los tiempos que corren, lo confirmaron junto a Docentes comprometidos en un mismo objetivo, abrir sus Cátedras para mostrar todo lo valioso desde el punto de vista académico y científico que allí se genera. Felicitaciones y a continuar con el camino iniciado, el tiempo está a vuestro favor.

Prof. Dr. Juan Carlos ELVERDIN



# ABIERTA LA INSCRIPCIÓN 2016

## POSGRADO Y CARRERAS DE ESPECIALIZACIÓN

### Informes e Inscripción:

Dirección de Posgrado:  
Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires  
Marcelo T. De Alvear 2142 - Planta Principal  
Código Postal: C1122AAH  
Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina

### Horario:

de Lunes a Viernes de 9:00 a 16:00 Horas  
Teléfonos: (54-11) 4964-1200 int. 1138 o (54-11) 4964-1254  
Fax: (54-11) 4964-1228  
E-mail: [posgrado@odon.uba.ar](mailto:posgrado@odon.uba.ar)  
Web: [www.odon.uba.ar/posgrado](http://www.odon.uba.ar/posgrado)



**Jornadas**  
Estudiantiles  
21, 22 y 23 de MAYO 2015

## Comisión Organizadora

**Presidente:  
Andrés Bugatto**

**Intendente:  
Antonio Romano**

**Secretaria:  
Sabrina Seni**

**Tesorero:  
Sebastián Costa**

**Comisión de Inscripciones:  
Emiliano Di Leo**

**Comisión Científica:  
Ana Casadoumecq**

**Comisión Científica Coordinador Capítulo Posters:  
Leandro Cerisola**

**Comisión Científica Coordinador Capítulo Mesa de Café:  
Francisco Somoza**

**Comisión eventos y recepción:  
Sebastián Robledo**

**Comisión de Prensa y Difusión:  
Mauricio Nieto**



# COMISIONES

## Comisión de inscripciones

- Aldazabal Trinidad
- Baimondi Carmina
- Bandeira Matías
- Bolasani Carolina
- Buffalori Victoria
- Chovanec Melisa
- Cotelou Lourdes
- Cruz Mayra
- Damasauskas Matías
- Del cura Fiorella
- Dizeo Julieta
- Filippi Nicolás
- Helguera Magdalena
- Ilne Joaquín
- Inverga Milagros
- Labanca Lucas
- Larregina Marianela
- Mani Felipe
- Martínez Hevner Rocio
- Menajovsky Sharon
- Migliardi Belén
- Montoro Mercedes
- Montull Macarena
- Muro Sofia
- Nogueira María José
- Orellana Carola
- Pirez Micaela
- Reinero Ana Laura
- Rojkin Maia
- Salaverri Rosario
- Salazar Johana
- Straka Romina
- Tommei Yanina
- Valoppi Denise

## Comisión de recepción

- Renero Ana Laura
- Benitez Belén
- Bolasani Carolina
- Damasauskas Matías
- Dizeo Julieta
- Helguera Magdalena
- Herrera Martin
- Inverga Milagros
- Losardo María
- Menajovsky Sharon
- Migliardi Belén
- Montoro Mercedes
- Orellana Carola
- Rojkin Maia
- Tommei Yanina
- Turro Nicolás

## Comisión de intendencia

- Alessandrello Milton
- Altieri Paula
- Bonan Lucas
- Buffalori Victoria
- Caranacci Eliana
- Cardozo Tomas
- Cruz Maira
- Defilpo Tobias
- Fernández Sarraf Ignacio
- Fernández Sarraf Ramiro
- González Sol
- Grunert Victoria
- Montull Macarena
- Nogueira María José
- Orellana Carola
- Salazar Johana
- Scoccimarro Leandro
- Scotelo Lourdes
- Tamini Luis
- Vázquez Belén
- Vidal Mauro
- Visdomine Fabricio



# RESULTADOS POSTERS

## JURADOS:

- Prof. Dr. CAPUANO, Carlos Alberto
- Prof. Dr. CAPUTO, Luis Guillermo
- Prof. Dr. OLMEDO, Daniel Gustavo
- Prof. Dr. PREGADIO DEPINO, Guillermo Abel
- Prof. Dra. MARTINEZ, María del Pilar
- Prof. Dra. MOLGATINI, Susana Liliana
- Prof. Dra. NICOLOSI, Liliana Noemí
- Prof. Dra. PICCA, Mariana
- Prof. Dra. PISTOCHINI, Adriana Beatriz
- Prof. Dra. SIERRA Liliana Gloria

## INVESTIGACION

### PREMIOS:

1. Yerba mate: ¿Tiene efecto protector sobre la pérdida ósea en animales ovariectomizados?  
Nervegna MT<sup>1</sup>, Lewicki M<sup>1</sup>, Rodríguez J, Bozzini C<sup>2</sup>, Mandalunis P<sup>1</sup>  
<sup>1</sup>Cátedra de Histología, Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires.  
<sup>2</sup>Cátedra de Fisiología, Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires.
2. Tribocorrosion: piel y faneras como indicadores de niveles de titanio en el organismo  
Domingo M, Olmedo D.  
Cátedra de Anatomía Patológica, Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires.
3. Implementación del protocolo FULL MOUTH DESINFECTION  
en pacientes de alto riesgo de infección odontogénica  
Rudzinsky J, Aguirre Hayes A, Alarcon G, Nocera A.  
Cátedra de Patología y Clínica Bucodental, Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires.

## EXTENSION

### PREMIOS:

1. Proyecto de extensión universitaria: Fundación Jabad. Programa IELADEINU  
Filomene F, Mariotto F, Faez L, Meroni E.  
Cátedra Odontología Preventiva y Comunitaria, Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires.
2. Programa escolar de salud bucal en el jardín 963 de Ciudad de Evita  
Fabrizio R, Ladelfa V, Villafañe V, Gnarra A.  
Cátedra Odontología Preventiva y Comunitaria, Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires.
3. Abordaje de la problemática de salud bucal en escolares del municipio de Tigre  
Manaldi M, Ferreira S, Gomez M, Masconel M.  
Cátedra Odontología Preventiva y Comunitaria, Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires.



CLÍNICOS  
PREMIOS:

1. Uso del ultrasonido en prevención  
Colombo, Ybañez.

Cátedra Clínica I de Operatoria, Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires.

2. Patología Pulpoperiapical en prácticas clínicas de grado  
Imperatrice L, Herzog L, Galofaro DG, Ingrasia J.

Cátedra de Endodoncia, Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires.

3. Erosión acida severa: Rehabilitación adhesiva ultra conservadora  
Belossi E, Douben I.

Cátedra Integral Adultos, Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires.

MENCIONES CLÍNICOS

Biopsia en el área bucomaxilofacial

Borruso D, Bruzuela, Moreno, Orellano

Cátedra Cirugía I y II, Universidad Nacional de la Rioja

Fluorescencia

Brunatto D, Carthy MJ, Leone E, Marchini P.

Clínica II de Operatoria y Prótesis, Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires.

Tratamiento integral en pacientes con MIH

Bertolino M, Lopez M.

Cátedra Odontología Integral Niños, Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires.

Acceso Endodontico: experiencia preclínica en molares superiores

Vazquez, Pacheco

Cátedra Endodoncia, Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires.

El paso a paso para la confección de una incrustación de resina

Almada V, Damato A, Rondinelli D.

Cátedra Clínica I de Operatoria, Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires.

Injerto Libre de tejido conectivo en defectos gingivales de tramo de puente

Barbieri van Haaster M, Zapata L.

Clínica II de Operatoria y Prótesis, Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires.

Criterios para la elección de Biopsia incisional y excisional

Belossi, Carlomagno

Cátedra de Cirugía y Traumatología Bucomáxilofacial I, Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires.



# PREMIOS POSTERS



# Yerba mate: ¿Tiene efecto protector sobre la pérdida ósea en animales ovariectomizados?



Nervegna MT<sup>1</sup>, Lewicki M<sup>1</sup>, Rodriguez J<sup>2</sup>, Bozzini C<sup>2</sup>, Mandalunis PM<sup>1</sup>  
 Cátedra de Histología y Embriología<sup>1</sup> y Cátedra de Fisiología<sup>2</sup>, FOUBA.

**Introducción:** Un estudio clínico (Saravi et al, *Bone*, 2011) postula un efecto protector del consumo crónico de yerba mate (*Ilex paraguariensis*) sobre el hueso en mujeres post-menopáusicas. En un estudio previo realizado en nuestro laboratorio (SAIO 2013) hemos demostrado que animales ovariectomizados (OVX) durante dos meses y que consumieron yerba mate (YM) mostraron una menor pérdida ósea en relación a los animales OVX que sólo consumieron agua de bebida, como así también hemos observado que la YM en animales OVX disminuye la cantidad de médula ósea amarilla.

**Objetivo:** Evaluar el efecto de la yerba mate (YM) sobre el tejido óseo en animales con cuatro meses de ovariectomía (OVX).

## Materiales y métodos

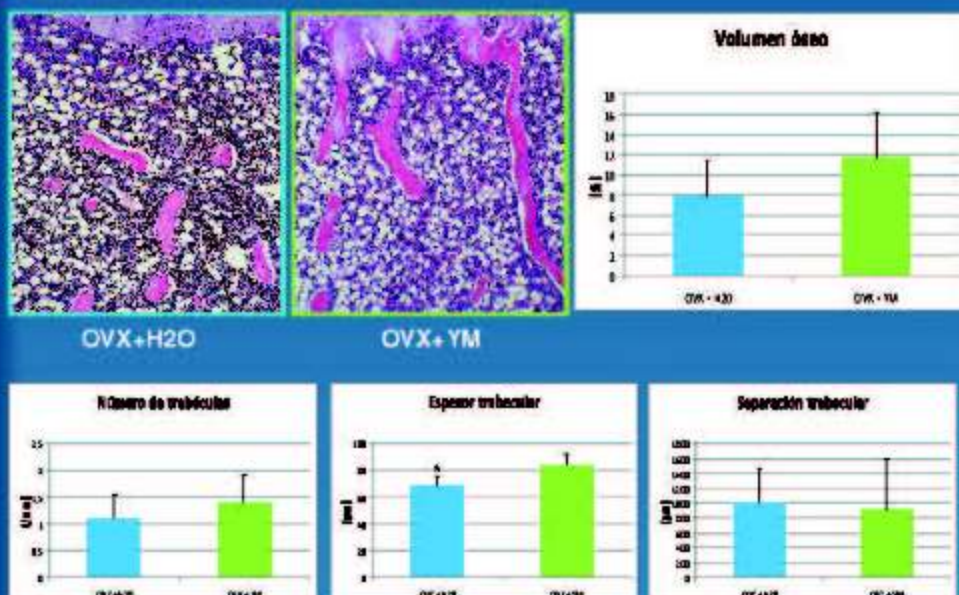
Ratas Wistar ♀ (n=16) de 2 meses 206±12gr.		1- REGISTRO DE PESO
<b>Día 1</b>	Grupo I (n=8)	2- TIBIAS: Cortes longitudinales coloreados con H&E <u>Parámetros histomorfométricos evaluados:</u>
	Consumo de agua de bebida	Volumen óseo (BV/TV)(%)
	Consumo de Yerba Mate	Número de trabéculas (Tb.N)(/mm)
<b>Día 60</b>	Ovariectomía	Espesor trabecular (Tb.Th)(µm)
	Consumo de agua de bebida	Separación trabecular (Tb.Sp)(µm)
	Consumo de Yerba Mate	3- FÉMURES: Biomecánica
<b>Día 180</b>	Eutanasia	Test de flexión a 3 puntos
		<u>Parámetros estructurales evaluados:</u>
		Carga de fractura (N)
		Carga elástica Límite (N)
		Rigidez (N/mm)

Análisis Estadístico: Student T test  
 Valores de P < 0,05 estadísticamente significativos

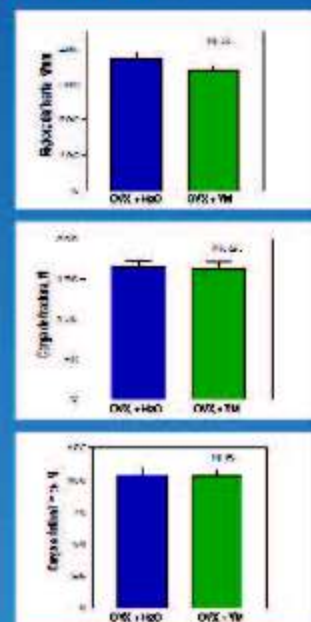


## Resultados

### Histomorfometría:



### Biomecánica:



## Conclusión

El presente trabajo muestra que el efecto de la YM sobre la pérdida ósea en hueso subcondral en animales con cuatro meses de ovariectomía no sería relevante comparado con nuestros estudios previos.

# Tribocorrosión: Piel y faneras como indicadores de niveles de titanio en el organismo

Expositora: Domingo, Mariela G.<sup>1,2\*</sup> Tutor: Dr. Olmedo, Daniel G.<sup>1,2</sup>

<sup>1</sup>Catedra de Anatomía Patológica, Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires

<sup>2</sup>Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas

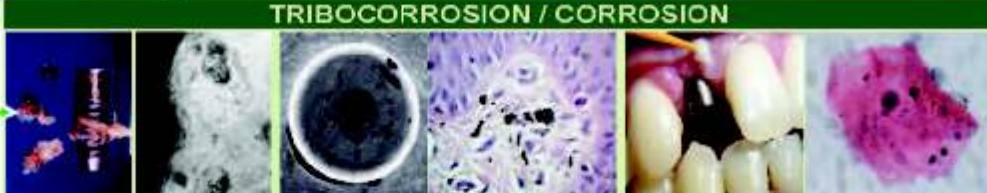
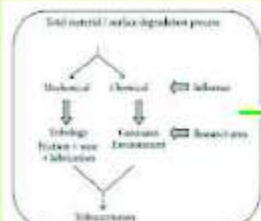
<sup>3</sup>Escuela "Borace" Federal y las Vinculaciones Científicas, Universidad Interuniversitaria Nacional

\*Beca Posdoctoral de la doctora María Eugenia Rodríguez de Sotomayor, A.C. Universidad almeria de la Cátedra de Odontología, UCA UBA



## Introducción

Los implantes de titanio son ampliamente utilizados en odontología, ortopedia, y terapia cardiovascular, así como en cirugía plástica y reconstructiva. Como consecuencia de la tribocorrosión, la superficie de un implante metálico puede ser fuente potencial de liberación no sólo de micropartículas (MPs) (> 100 nm) sino también de nanopartículas (NPs) (1-100nm) hacia el medio biológico. Debido a que las NPs tienen una mayor relación superficie/volumen en comparación con las MPs, son biológicamente más reactivas y potencialmente más dañinas para los tejidos. El Titanio (Ti) podría depositarse en piel y faneras, materiales biológicos simples de obtener. Por ello, los niveles de trazas de Ti en piel y faneras resultarían de interés como indicadores de contaminación en el organismo.



Macrophages related to dental implant failure. D. Olmedo, MD, Fernández, MB, Guglielmotti, RI, Cabrini, Implant Dent 2008; 12:78-80. Oral mucosa tissue response to titanium crown crown. DG Olmedo, M Papparella, M Spitzberg, D Baskalidi, MD Guglielmotti, RI, Cabrini. J Periodontol 2012;83:973-980. Exfoliative cytology and titanium dental implants a Pilot Study. DG Olmedo, G Nelli, S Vardá, ML Papparella, RI Cabrini. J Periodontol 2018;84:476-52.

Significance of Tribocorrosion in Biomedical Applications: Overview and Current Status. M. T. Mathew, D. Srinivas Patil, R. Purohit, A. Fischer, and M. A. Wimmer. Advances in Technology, 2009.

## Objetivo

Quantificar trazas de Ti en pelo y uñas y aglomerados de NPs en piel de animales inyectados con dióxido de titanio (TiO<sub>2</sub>) de diferente granulometría.

## Materiales y Métodos



Los resultados se compararon empleando ANOVA (post prueba de Newman-Kuls). La significación estadística se estableció en p < 0,05. Los procedimientos se llevaron a cabo de acuerdo con los lineamientos de los Institutos Nacionales de Salud (NIH) para el uso y cuidado de los animales de laboratorio (8th Edition of the Guide for the Care and Use of Laboratory Animals, National Research Council USA, 2011) y los de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires (Res (CD) 452/02 y Res (CD) 694/03).

## Resultados

### Análisis Histológico

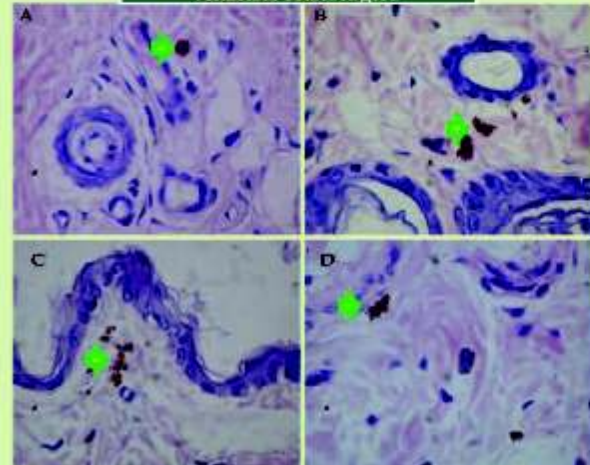


Fig.1. Piel. Grupo 5nm-TiO<sub>2</sub> NPs. Se observan depósitos de nanopartículas (→) en diferentes áreas del tejido sin respuesta inflamatoria asociada. Tinción HE. A y C Orig. Mag. X400 - B and D Orig. Mag. X1000.

### MEB-EDS

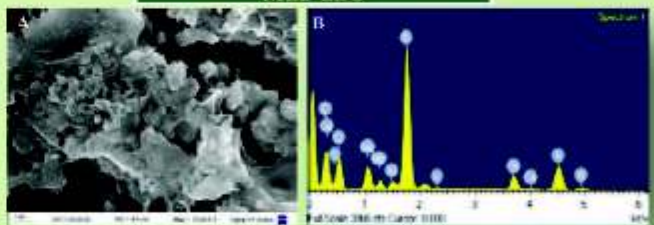


Fig. 2. A) MEB de los depósitos de nanopartículas en piel. B) EDS de los depósitos de nanopartículas. Se observa el espectro correspondiente a titanio.

### Concentración de Ti (ICP-MS)

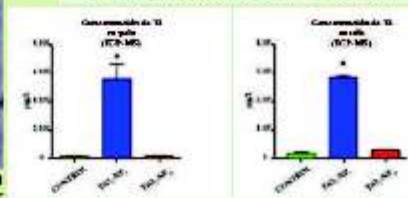


Fig. 3. Concentración de Ti en faneras. La concentración de Ti del grupo TiO<sub>2</sub>-NPs fue la más alta y estadísticamente significativa respecto a los otros grupos (p < 0,05), no encontrándose diferencias significativas entre los grupos TiO<sub>2</sub>-NP5 y 10. C) La concentración de TiO<sub>2</sub>-NPs en uña fue 50 veces mayor respecto a pelo.

## Conclusión

La concentración de Ti fue significativamente más alta en uñas respecto a las muestras de pelo. Las NPs más pequeñas (5nm) presentaron la mayor capacidad de eliminación a través de faneras. Las faneras podrían emplearse como indicadores de niveles de contaminación sistémica de titanio en el organismo.

Trabajo presentado en la 594 General Session & Exhibition of the International Association for Dental Research, Boston, Mass, USA, March 11-14, 2018. Tribocorrosion: Skin appendages as bioindicator of systemic titanium levels. Drago M, Domingo MG, Cabrini R, Guglielmotti M, Taat D, Olmedo D. J Dent Res 2018 (in press)

**Bibliografía**  
 • Systemic and local tissue response to titanium corrosion. D. Olmedo, D. Taat, C. Taubé, R. Cabrini & M. Guglielmotti. In Tribocorrosion, 2012 pp. 98-116.  
 • Impact of different sizes of titanium dioxide particles through time on occlusal and histopathological parameters. M. Drago, D. Taat, D. Hance, M. Papparella, F. Devero, R. Jiménez-Rebolledo, R. Cabrini, B. Guglielmotti, D. Olmedo. J Biomed Mater Res A, 2018, 107(7): 1484-88.  
 • An in vitro dependent response of macrophages to silica and nano titanium dioxide particles. M. Drago, M. Strini, R. Cabrini, M. Guglielmotti, D. Olmedo, E. Taat, J Biomed Mater Res A, 2014, 104(25): 1-8.  
 • C.A.M. TRAC, 7 2020(12035): 1906A, 2020(10346678A), P(1121694) 0017



## Implementación del Protocolo FULL MOUTH DISINFECTION en pacientes de alto riesgo de infección odontogénica

Presentación SAID 2014: Autores: Lewin P<sup>1</sup>, Rudzinski J, Lazatti R, Pompeo M, Cruz M, Tomasetti V, Monod MS, Iama A, Rubio M, Nicolosi LN.

Integrantes: Jessica Rudzinski, Ángela Aguirre Hayes, Gonzalo Alarcón, Antonella Nocera  
Tutor: Dr. Pablo Lewin

Cátedra Patología y Clínica Bucodental, CLAPAR II, HOSPITAL ODONTOLÓGICO UNIVERSITARIO.

Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires.

El incremento en la demanda de atención odontológica de pacientes (P) con riesgo médico ASA III-IV, con necesidad de atención urgente y efectiva motivó una modificación del protocolo de atención clínico. Se reformuló el sistema de atención clásico (SAC) basado en diagnóstico odontológico y atención por cuadrantes por un sistema basado en el riesgo de infección odontogénica. Se estableció un modelo de atención intensiva – Full-mouth disinfection (FMD), compuesto de sesiones quirúrgicas y no quirúrgicas. En la sesión quirúrgica se eliminaron todos los focos infecciosos bajo estrictas normas de bioseguridad y cobertura antiséptica – antibiótica.

**Objetivos:** Comparar la efectividad de un Sistema de Atención Intensiva (FMD) vs el Sistema de Atención Clásico (SAC) en P con alto riesgo de infección odontogénica.

**Materiales y métodos:** Estudio clínico comparativo, retrospectivo, caso vs controles históricos.

Se incorporaron 178 pacientes adultos de ambos sexos que concurren para atención odontológica especializada en riesgo médico a la Clínica CLAPAR II – FOUBA.

La muestra fue dividida en dos grupos:

### Grupo FMD

- 89 pacientes
- ASA III - IV, Alto Riesgo Infección Odontogénica
- Consecutivos
- Octubre 2013 – Agosto 2014.
- Protocolo de atención intensiva (FMD)

### Grupo SAC

- Selección de 89 controles históricos
- de similares características clínicas
- Base de datos del Servicio CLAPAR II
- Marzo 2012 – Agosto 2013.
- Sistema de Atención Clásico (SAC)

**Criterios de inclusión:** Historia clínica Médico - Odontológica completa.

Radiografía Panorámica y/o Seriada periapical.

Hemograma completo.

Epicrisis – Informe médico.

Firmar consentimiento informado del tratamiento a realizar.

**Variables de Estudio:** Cantidad de Sesiones necesarias para lograr el alta básica (AB). Cumplimiento del tratamiento por parte del paciente (CT). Complicaciones post-operatorias.

### Conclusiones:

El protocolo de atención intensiva (FMD) fue el tratamiento más efectivo al reducir significativamente la cantidad de sesiones para alta básica y el abandono del tratamiento.

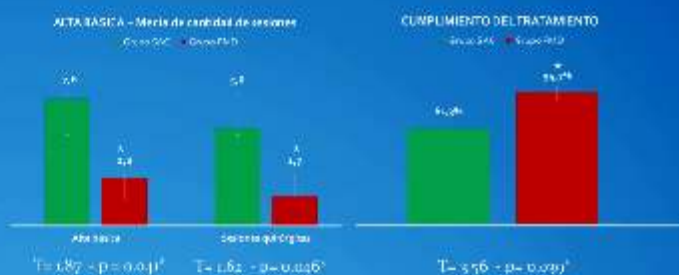
El FMD es una terapéutica segura para tratar pacientes con riesgo médico. Permite lograr salud bucal en un grupo de pacientes vulnerables por su alto riesgo biológico y mejora la eficiencia del servicio.

### Referencias Bibliográficas:

- Full-versus Partial-Mouth Disinfection in the Treatment of Periodontal Infections: Long-Term Clinical Observations of a Pilot Study. Vandekerkhove and col. J Periodontol 1996;67:1251-1259
- Prevention of infection in patients undergoing dental procedures. Evidence-based guideline and evidence report. AAOS & ADA 2012.

Los datos se analizaron con el paquete estadístico SPSS v.16. Se determinaron estadísticas descriptivas adecuadas para cada variable según su escala de medición y distribución. El nivel de significación fue  $\alpha < 0.05$ .

### Resultados:



AB: SAC  $7.6 \pm 1.32$  (4-16) sesiones VS FMD  $2.8 \pm 0.6$  (1-5) ( $p=0.041$ ). Sesiones quirúrgicas: SAC  $5.8 \pm 0.9$  (2-9) vs FMD  $1.7 - 0.35$  (1-3) ( $p=0.046$ ). Los P del grupo SAC fueron medicados 3.4 veces más. CT: SAC  $61.2\% \pm 13.7$  vs FMD  $94.7\% \pm 9.8$  ( $p=0.039$ ). CS: SAC=0 vs FMD=3 ( $p=0.078$ ) CL: SAC=5 vs FMD=3 ( $p=0.085$ ).

### Complicaciones Locales:

Grupo SAC: Se registraron 5 casos de infección del lecho quirúrgico, 3 de ellos con celulitis facial concomitante y adenopatías satélite.

Grupo FMD: Se produjeron 3 casos de hemorragia post-operatoria. No hubo infección del lecho quirúrgico en ningún caso.

### Complicaciones Sistémicas:

Grupo SAC: No se encontraron registros de complicaciones sistémicas post-operatorias.

Grupo FMD: 3 individuos relataron febrícula, sin malestar general.





## PROGRAMA ESCOLAR DE SALUD BUCAL EN EL JARDÍN NÚMERO 963 DE CIUDAD EVITA

Fabrizio, Rebeca; Gnarra, Anabel, Ladelfa, Victoria; Villafañe, Verena. Cátedra de Odontología Preventiva y comunitaria, FOUBA. Tutora: Dra. Adriana Pistochini

### ANÁLISIS DE SITUACIÓN

Ciudad Evita es una ciudad del oeste del partido de La Matanza, en el Gran Buenos Aires. Según el INDEC en 2001 la localidad contaba con 68.650 habitantes. Posee más de 60 escuelas contando jardín, primaria y secundarias públicas y privadas. Tiene gran cantidad de espacios verdes tanto plazas como pequeños bosques. La industria es prácticamente nula, pero funciona una extensa gama de comercios. El Programa se desarrollará en el Jardín de Infantes N° 963. Los alumnos del colegio provienen de los barrios de Tablada, Casanova, La Ferrere, Villegas y el asentamiento 22 de Enero. Más del 50% no tiene cobertura de salud.

### PROBLEMA DE SALUD

Falta de acceso y conocimiento acerca del cuidado de la salud bucal con elevada prevalencia de caries en niños de edad preescolar

#### INTC (N=127)

	1 año	2 años	3 años	4 años
00				
01	12	8	7	5
02	7	3	5	3
03	4	5	4	1
04	7	6	3	-
05	3	3	-	-
06	10	3	2	-
07	1	2	-	-
08	5	-	1	-
09	4	1	1	-
10	9			
11				
12				
13				
14	1			
total	64	31	23	9

### POBLACIÓN DESTINATARIA

Niños de 2 a 5 años que concurren al jardín en sus respectivos horarios, en el turno mañana y en el turno tarde. Total 268 niños preescolares

### OBJETIVOS DEL PROGRAMA

Contribuir a la reconversión del riesgo cariogénico de los niños y satisfacer las necesidades odontológicas que presenten. Asimismo, lograr incluir y vincular a los niños y los padres con el sistema de salud.

### ESTRATEGIAS

Brindar atención odontológica en el jardín con el fin de curar y prevenir la infección mediante charlas informativas y atención clínica en el jardín y en el móvil de la FOUBA



### RESULTADOS ESPERADOS

Incluir la población de sala de 2 y 3 años del jardín bajo programa preventivo, lograr el 70% de altas básicas de la población de las salas de 4 y 5 años e incorporar a los padres y maestros en un programa preventivo



# Abordaje de la Problemática de Salud Bucal en Territorio Isleño del Municipio de Tigre

*Autores alumnos:* Oreallano, C.; Vidal, M.; Montull, M.; Bonan, L. *Tutor docente:* Cohen, Alberto; Lidia Szapowalo

Cátedra de Odontología Preventiva y Comunitaria. Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires

## Resumen:

### Introducción:

El propósito de este trabajo es comunicar una experiencia de extensión universitaria en el área de educación para la salud, en el marco de un convenio institucional entre la Secretaría de Políticas Sanitarias del Municipio y la cátedra de Odontología Preventiva y Comunitaria de la FOUBA.

### Población destinataria:

Escolares que concurren a la escuela primaria N° 12 "José Inocencio Arias" ubicada en el río Sarriente, perteneciente a la primera sección del Delta del Paraná (municipio de Tigre).



## Objetivo:

El *objetivo* de las intervenciones fue contribuir a la mejora de la salud bucal de la población escolar desde una perspectiva educativa.

## Metodología:

La experiencia fue realizada por ayudantes de segunda ad-honorem de la cátedra de Odontología y Preventiva Comunitaria que desempeñan funciones en el área de educación para la salud. La propuesta de intervención, previo consentimiento informado a los tutores de los escolares, se realizó en dos etapas enmarcadas dentro de dos programas: una grupal, interdisciplinaria, en el Programa "Voluntariado" a cargo de la Fundación Caminando Juntos, y en el Programa intensivo de atención odontológica "Islas del Delta", curso optativo curricular de la FOUBA con intervención individual. En la primera se abordaron los contenidos dieta, higiene bucal, importancia de los controles periódicos odontológicos a través de talleres participativos, actividades lúdicas, charlas colectivas en el totalidad de la población escolar según currículo (n=185). La segunda etapa, en el marco de un programa de atención odontológica intensivo, a través de actividades realizadas durante 2 días, en escolares de 5° y 6° grado, (n=55). Se realizó individualmente en las aulas, tinción de placa bacteriana, con manoplas, hisopos y luz artificial. Se realizó enseñanza de higiene bucal y se registró índice de O' Leary, pre y post enseñanza de cepillado.



## Resultados:

En las actividades educativas, el 85% de la población escolar fue autorizada para participar en las actividades colectivas. El 45% pudo responder a las consignas de los talleres satisfactoriamente. El 90% de los escolares de 5° y 6° grado obtuvieron un índice de O' Leary  $>$  al 20% previo al cepillado y el 60% obtuvo un O' Leary  $<$  al 20% post cepillado.





## USO DEL ULTRASONIDO EN PREVENCIÓN: Preparación de fosas y surcos



**Autores:** Colombo, María Sol; Ybañez, Diego.

**Tutor:** Amma, Diego.

Cátedra Clínica I de Operatoria. Prof. Titular: Od. Carlos González Zanotto.



### Objetivo:

La presencia de fosas y surcos profundos en las piezas dentarias implica un alto riesgo cariogénico, ya que constituyen nichos ecológicos propicios para la acumulación de microorganismos, células y restos alimenticios.

El objetivo de este poster es demostrar que se puede actuar sobre estas superficies de una forma sumamente conservadora, limpiando y modificando la morfología de los surcos pero manteniendo la integridad del esmalte.

### Materiales y métodos:

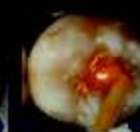
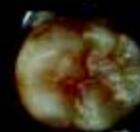
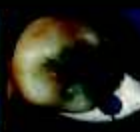
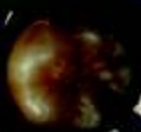
\***Diagnóstico:** se realiza en forma visual contando con buena iluminación y sobre el diente seco.

\***Aislamiento del campo operatorio:** debe ser absoluto si trabajamos con resinas.

\***Tratamiento de la pieza dentaria:** Se aplica sobre las fosas y surcos Ácido fosfórico al 37% durante 15 seg. y simultáneamente mediante el empleo de una lima de endodoncia sujeta a la punta de un cavitador se recorren las superficies con el fin de lograr una máxima limpieza del surco. Luego del lavado y secado de la pieza dentaria se obtiene una superficie blanca y opaca libre de sustancias orgánicas e inorgánicas lista para recibir al sellador.

\***Aplicación del sellador de fosas y fisuras:** Se coloca cuidadosamente la resina hidrófuga coloreada y fluida con la ayuda de una lima endodóndica y se fotopolimeriza.

\***Terminación:** Se coloca un barniz fluorado pH neutro (fluoruro de Na al 5%) sobre toda la cara oclusal con el propósito de remineralizar el esmalte adyacente a los surcos que se grabó de más y no fue alcanzado por el sellador.



### Resultados:

Mediante el empleo de esta técnica no se elimina tejido sano y se obtienen rugosidades en el esmalte que serán penetradas por la resina. Su polimerización garantizará una máxima retención y un sellado hermético del surco asegurando el éxito del procedimiento en la prevención de caries.

### Conclusiones:

La preparación de las superficies dentarias mediante el empleo del ultrasonido, en simultáneo con el ácido grabador, resulta en la obtención de un esmalte apto para recibir la resina hidrófuga, la cual brindará protección al esmalte previniendo el origen de nuevas caries, extendiendo así la vitalidad de la pieza dentaria.

### Bibliografía:

"Operatoria Dental. Integración clínica" P. Barrancos Mooney. Cap. 20 y 30.

"Adhesión en Odontología Restauradora" G. Henostroza. Ed. Maio. Año 2003. Cap. 13.

"Operatoria Dental" E. Lanata. Cap. 12.

## PATOLOGÍA PULPOPERIAPICAL EN PRÁCTICAS CLÍNICAS DE GRADO

### Cátedra de Endodoncia FOUBA

**Autoras:** Imperatrice L\*, Herzog L, Galofaro DG, Ingrasia J.

**Tutoras:** Labarta AB, Báez V, Ritacco ED

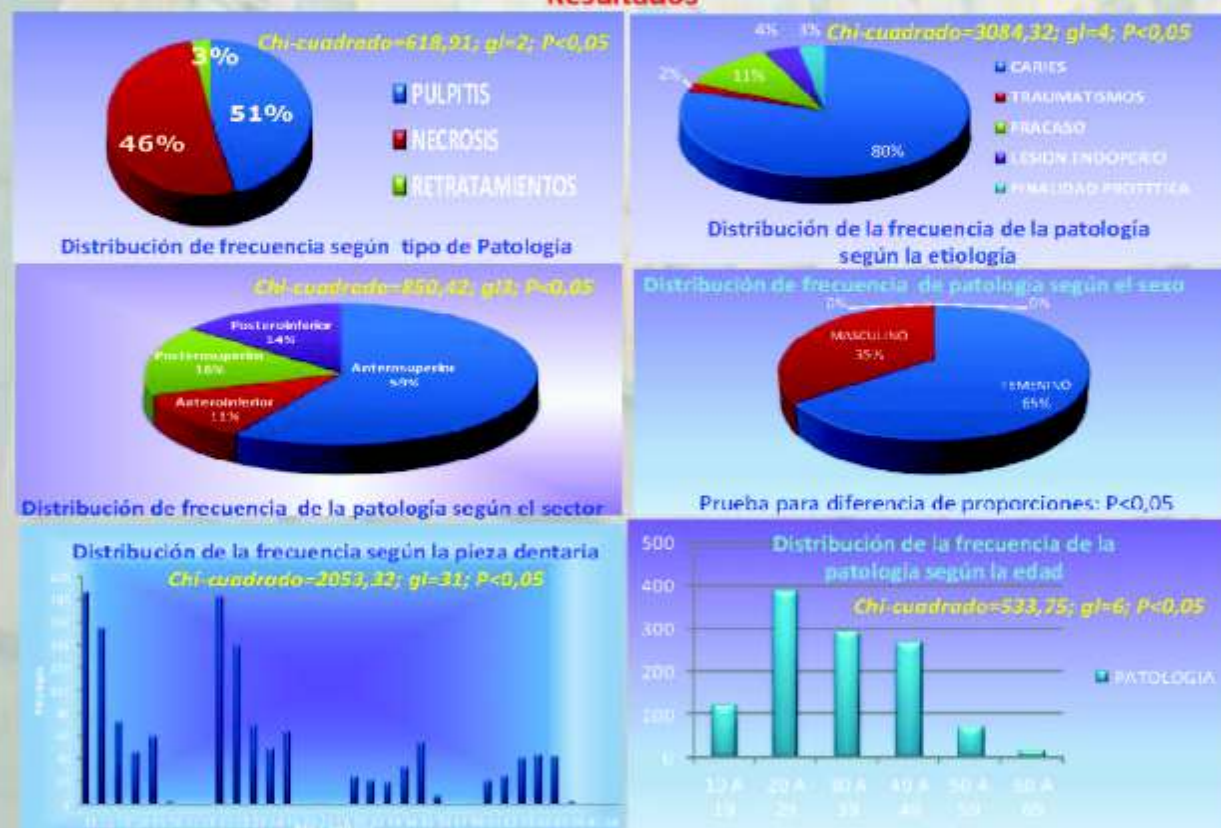
**Directora:** Prof. Dra. Sierra LG

Los autores agradecen al **Dr. Gualtieri AF**, por el análisis estadístico realizado.

**Introducción:** El objetivo de este estudio fue determinar el tipo de patología predominante, conocer la etiología de la afección pulpar, identificar la pieza y el sector más afectado, establecer el sexo predominante en la muestra y analizar el grupo etario de mayor prevalencia.

**Materiales y Método:** Se analizaron 1366 HC de pacientes de ambos géneros, incluidos por tener más de 10 años y haberse tratado entre junio - diciembre de 2013 en C.E.F.O.U.B.A. Las variables registradas fueron: el sexo, la edad, el número de pieza y sector más comprometido, la etiología de la afección pulpar y el tipo de patología. Se utilizaron pruebas de bondad de ajuste de Chi cuadrado y se compararon frecuencias observadas con frecuencias esperadas bajo el supuesto de igualdad de número de casos entre grupos.

### Resultados



**Discusión :** Los incisivos y premolares fueron las piezas con mayor prevalencia de tratamientos, debido a que el estudio se realizó sobre prácticas clínicas de alumnos de grado, que sólo realizan tratamientos endodónticos en piezas con baja y mediana complejidad anatómica. Sus docentes sólo les autorizan la realización de tratamientos en piezas con anatomías complejas cuando han adquirido la destreza suficiente como para realizarlas con éxito.

**Conclusiones :** Como la patología más frecuente fue la pulpitis (51%) y la etiología más común fue la caries (80%), establecemos la necesidad de reforzar las campañas preventivas para concientizar a la población, en especial la de bajos recursos, sobre la importancia de cuidar la salud bucal y hacer controles periódicos. Si esto se consigue, evitaremos realizar tratamientos más invasivos, logrando un cambio significativo en el perfil epidemiológico de la caries dental y la patología pulpoperiapical.

### Bibliografía

- Miranda Naranjo M. Comportamiento epidemiológico de los tratamientos pulpo radiculares. Arch. Carieology 2007;11(1):1025-55.
- Taboada-Arenza O, Mendoza-Núñez M, Hernández Palacios I, Martínez-Zambrano A. Prevalencia de caries dental en un grupo de pacientes de la tercera edad. 2000; 57(5): 188-92.

# Erosión ácida severa: Rehabilitación adhesiva ultra conservadora



CATEDRA ODONTOLOGÍA INTEGRAL ADULTOS

*Jefe a cargo:* Od. Anibal Capusotto

*Tutor:* Od. Nadia Boyadjian

*Alumnos:* Belossi Eugenia, Douben Igor

**OBJETIVO:** optimizar el sustrato dentario procurando preservar la mayor cantidad de estructura dentaria posible.



## CONCLUSION

La resolución del caso clínico se basó en iniciar un correcto diagnóstico que nos permitió establecer la etiología de estas lesiones. Al determinar que la paciente presenta bulimia nerviosa (erosión intrínseca) y una dieta basada en gran cantidad de cítricos (erosión extrínseca), se decidió realizar un tratamiento rehabilitador a base de cerámicas monolíticas de disilicato de litio, ya que su característica principal es la extrema naturalidad debida a la notable translucidez del material.

Realizando mínimos desgastes y conservando el máximo remanente dentario, encaramos un tratamiento ultra conservador que ya tiene permanencia en boca, y que de lo contrario al éxito alcanzado, la única problemática encontrada consistiría en desvitalizar las piezas que en principio decidimos preservar.

### Bibliografía:

Mauro Fradeani, Giancarlo Barducci, Leonardo Bacheri, Myra Brenner. Worn dentition with minimally invasive prosthetic procedures. The International Journal of Periodontics & Restorative dentistry, vol. 32nº2, pp 134-147



## BIOPSIA EN EL AREA BUCOMAXILOFACIAL

### **Autores:**

Borruso Daniel, Brizuela Ana, Moreno Adrian, Orellano Kevin.

*La biopsia es la toma de tejido con el objeto de ser sometido a análisis anatomopatológico.*

### **Tipos:**

*Insisional, escisional, punción aspirativa con aguja fina(PAAF) punción osea no aspirativa (PONA).*

### **Objetivos:**

Entender la importancia de la biopsia en el area BMF como método de diagnóstico.

### **Materiales y Métodos:**

Paciente de sexo masculino de 22 años de edad, se presenta a la consulta con un asimetría facial de región geniana del lado derecho, a la palpación intra oral lesión firme, consistente y móvil.

Diagnóstico Presuntivo: Adenoma Pleomorfo.



Se realizó una incisión lineal en mucosa yugal, divulgión roma con pinza Halsted y escisión de la lesión. Sutura a punto simple.

El tumor extirpado se fija (formol) y remitido al Laboratorio Anatomopatologico de la Facultad de Odontología de la UBA.

**Examen Macroscópico**  
Lesión asimétrica en zona central, superficie externa membranosa. Mide 4 mm.  
Formación nodular aspecto traslucido (2F) A. K.

**DIAGNOSTICO**  
Adenoma pleomorfo con infiltración capsular e implante componente con



### **Resultados:**

El paciente evolucionó favorablemente en su post operatorio.

Diagnóstico de certeza (Adenoma Pleomorfo) coincidió con el Diagnóstico Presuntivo.

### **Conclusión:**

Ante la presencia de lesiones BMF (tumoraes, quísticas, etc) se impone la realización de una Biopsia, así arribamos al Diagnóstico Anatomopatológico correcto que dicta la conducta terapéutica que corresponde.

### **Bibliografía:**

Autores: García Rozado Álvaro, Título: Papel de la Biopsia Manejo Diagnóstico, Revista Esp Cirugía oral Maxilofacial, sep. - oct. 2005 Abstra.

Consejo Dentista (Organización Colegial de Dentistas de España, Libro: La Biopsia Oral, pag. 1 - 17 (Generalidades).



# FLUORESCENCIA: El Desafío estético Invisible

## INTRODUCCIÓN

### INTRODUCTION

En el mundo actual, la utilización de los resinas para restaurar grandes defectos en piezas dentales anteriores no solo incrementa el costo, sino que el aspecto de la restauración es visible y no tan natural como la resina natural de la misma zona restaurada de tejidos dentarios.

Para lograr la mayor naturalidad posible, los materiales de restauración resinas deben presentar un patrón de similitud de colores y de su distribución. Teniendo en cuenta que las piezas dentarias naturales, estas propiedades van de fundamental importancia para restaurar piezas del sector anterior, y que las mismas son sumamente difíciles de reproducir en una restauración resinosa posterior, por lo que los aspectos estéticos de las restauraciones se ven afectados. Entre los aspectos estéticos mencionados anteriormente, se encuentran la fluorescencia, la cual puede ser definida como la propiedad de un material de emitir luz visible en la zona restaurada, que es visible y transmitida a través de una longitud de onda mayor a la incidente y por visible al ojo humano.

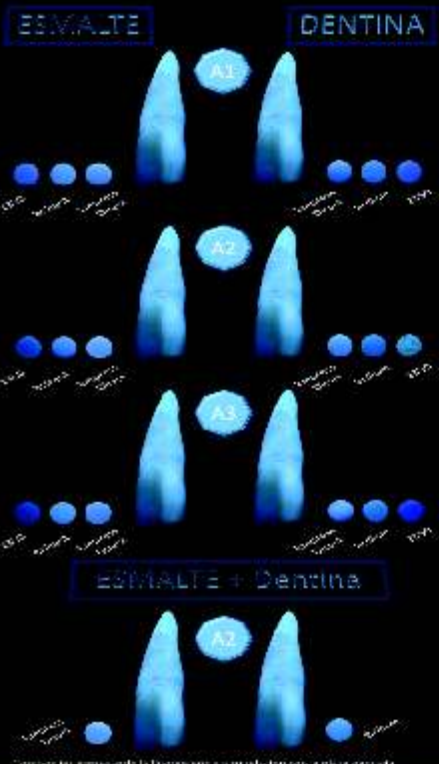
Esta propiedad se puede apreciar en las dentinas naturales cuando son iluminadas con una fuente de luz azul, alterando el color de la misma. La misma se puede observar de un blanco intenso hasta un amarillo, pudiendo variar la intensidad de los colores y haciendo que parezcan más naturales y reales en la presencia de luz azul.

En cuanto a la naturalidad, la mayor fluorescencia se debe a la Dentina, ya que esta compuesta por gran cantidad de materia orgánica fotosensible a los rayos azules. Esta propiedad se debe a proteínas fosforiladas tales como el Phospholipid, Trilina y Triphospho. En el caso de la resina, no se puede observar una fluorescencia estable, por lo que se recomienda utilizar resinas que estén diseñadas para ser más similares a la dentina en cuanto a su contenido orgánico y en menor medida, ya que la Dentina su grado de mineralización se refleja en la fluorescencia a través del color.

Esta bondad en la emisión de Resinas Compuestas. Las mismas no son fluorescentes de azul, por ende, se les debe agregar en su composición, tintas de fluoróforos como Coupro, Cerio, Tercio y Berilio.

Un avance más importante tiene en cuanto a diferenciar los tejidos dentarios, es que estos materiales son cerámicos (Esmalte y Dentina) y por lo tanto presentan la luz de la misma manera que sucede con el natural dentina. Es por esto que la flexión de la luz hace que la luz transmita molecular fluorescentes como la de Dentina, para así poder observar la fluorescencia que en un diente natural produce la de Dentina.

Como los materiales de restauración y las piezas dentales naturales presentan diferente composición química y como resultado, diferentes efectos ópticos, es necesario lograr la armonía de color y de intensidad de la luz, de modo que se determine que el espectro de fluorescencia de estos materiales se adecua para el sector anterior, según el acuerdo a la resina y a la tonalidad de la Dentina.



## MATERIALES Y MÉTODOS

Se utilizaron tres compuestos de las marcas comerciales más utilizadas, para dentina (ver tabla con un total de 8 tintas cada uno) (Tabla 1). Las muestras de confeccionaron con un molde de poliuretano fue utilizado, siendo cada una de ellas de 5 mm de diámetro por 2 mm de espesor. Se realizaron 3 muestras para cada marca de compuesto. Fijar las resinas polimerizadas durante 20 segundos con una unidad de fotopolimerización (Ultrap M 200, 3W/cm²) con una intensidad de 1.200 mW/cm², manteniendo una distancia de 1 cm para cada una de las muestras. Todas las fuerzas pulidas con discos y gomas abrasivas, se utilizó una pieza dentaria anterior superior humana recientemente extraída, la cual fue examinada cuidadosamente hasta la realización del estudio con el fin de no perder su vitalidad, y posteriormente esterilizada en autoclave siguiendo el protocolo correspondiente para los mismos. La pieza dentaria fue tallada en una mitad de la cara vestibular con una piedra cilíndrica de diamante de grano grueso, para exponer la dentina, luego se procedió al pulido con piedras fines y ultrafines. Los tejidos fueron restaurados a la misma altura y fueron fijados utilizando iluminación UV de 350 nm en un tiempo de 20 segundos en un triplete, con distancias de 1 cm, para cada una de las 10 muestras de resina en D2, las 100, balanceo de fluorescencia en 1000 y 2000, y se almacenaron en un recipiente opaco.

Las muestras fueron evaluadas por tres examinadores por método visual y comparativa. Los resultados fueron exhibidos en una tabla (Tabla 2).

PRODUCIDO POR	TINTA	ESMALTE	DENTINA
FILTEK Z350	A1		
	A2		
	A3		
	A3.5		
	A4		
	A5		
DRILLANT (New Line)	A1		
	A2		
	A3		
	A3.5		
	A4		
	A5		
IPS Empress Direct	A1		
	A2		
	A3		
	A3.5		
	A4		
	A5		

## RESULTADOS

Los tipos de resinas y muestras que presentaban la mayor intensidad de fluorescencia fueron los de la marca comercial Empress Direct en el caso de dentina, en cambio en esmalte hubo diferencia, según las distintas tonalidades como se puede observar en la Tabla 2.

MARCAS	ESMALTE			DENTINA		
	Empress Direct	Empress Direct A2	Empress Direct A3	Empress Direct	Empress Direct A2	Empress Direct A3
A1	30.10	30.10	30.10	30.10	30.10	30.10
A2	30.10	30.10	30.10	30.10	30.10	30.10
A3	30.10	30.10	30.10	30.10	30.10	30.10

La fluorescencia más aproximada al diente natural fue la marca Empress Direct A2, aunque no se logró con la misma intensidad.

## Caso Clínico Realizado con filtek Z350

Se puede observar la restauración de los dos incisivos y los dos laterales de la cara vestibular de la pieza dentaria (A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L, M, N, O, P, Q, R, S, T, U, V, W, X, Y, Z). Se utilizó con resina compuesta Filtek Z350. En el momento de observar la restauración, se puede observar la naturalidad de la luz que se aplica al paciente en el momento de evaluar sus dientes naturalmente fluorescentes, dando como resultado la foto de la restauración. En las resinas, se observó un color similar al de los dientes naturales, tanto en la fluorescencia natural observada en el estudio clínico, como en la fluorescencia natural observada en el estudio clínico. Las piezas y con respecto a las piezas sin restaurar (A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L, M, N, O, P, Q, R, S, T, U, V, W, X, Y, Z). Tanto la primera foto, como la segunda, se pueden observar en escala de grises en las fotos (A y B) respectivamente para destacar la fluorescencia de los dientes.

Este caso clínico, que no fue realizado por los dentistas, es solo un ejemplo de la restauración de la dentina con la para lograr una estética total.



## CONCLUSIÓN

Finalmente podemos decir que el cumplimiento de los estándares de calidad profesional en odontología estética en todos sus aspectos en la clínica dental. Los altos estándares estéticos de hoy en día, exigen el uso de tecnología de punta que sea capaz de lograr cuando su trabajo sea restaurado, los dientes naturales, tanto en color como en intensidad de fluorescencia. En este estudio, se pudo observar que las resinas compuestas, con el uso de la tecnología de punta, con el uso de la fluorescencia natural de los dientes, se puede observar en la foto de los dientes, tanto en la fluorescencia natural observada en el estudio clínico, como en la fluorescencia natural observada en el estudio clínico.

## Bibliografía

1. Wu, K., H. Kim, R. H. H. Kim. Fluorescence changes in the UV component of Ultracolor composite restorative. J Biomed Mater Res 2007; Jun 20(6):1773-80.

2. Lohndorf, T. et al. Comparative study of the fluorescence intensity of dental composites and natural teeth. J Biomed Mater Res 2007; Jun 20(6):1766-70.

3. Wu, K., H. Kim, R. H. H. Kim. Fluorescence changes in the UV component of Ultracolor composite restorative. J Biomed Mater Res 2007; Jun 20(6):1773-80.

4. Lohndorf, T. et al. Comparative study of the fluorescence intensity of dental composites and natural teeth. J Biomed Mater Res 2007; Jun 20(6):1766-70.

5. Wu, K., H. Kim, R. H. H. Kim. Fluorescence changes in the UV component of Ultracolor composite restorative. J Biomed Mater Res 2007; Jun 20(6):1773-80.

6. Lohndorf, T. et al. Comparative study of the fluorescence intensity of dental composites and natural teeth. J Biomed Mater Res 2007; Jun 20(6):1766-70.



# TRATAMIENTO INTEGRAL PARA PACIENTES CON MIH



**AUTOR:** Rondinelli, Denise.

**Tutor:** Bertolino, Mariana – López, Mariela.

Cátedra Odontología Integral Niños F.O.U.B.A.

Prof. Titular: Blondi, Ana María.

## OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es evaluar, diagnosticar y tratar los distintos grados de MIH.

## INTRODUCCIÓN:

Paciente sexo femenino de 7 años de edad concurre acompañada por su madre a la Cátedra Odontología Integral Niños de la FOUBA en el año 2014.

Al examen clínico se evidencia MIH de diferentes grados. En piezas 1.6, 2.6, 3.6 grado III, y en piezas 2.1 y 3.2 grado I.

El término Hipomineralización Molar Incisivo (MIH) fue aceptada en la reunión de la European Academy of Pediatric Dentistry (2003), para definir defectos cualitativos del esmalte que afectan primeros molares e incisivos permanentes, causadas por la alteración en la fase inicial de la mineralización o durante la maduración de ameloblastos, con etiología aún desconocida.

Appearance	Degree	
Normal	0	
Creamy-white Mild	1	
Brown-yellow Moderate	2	
Loss of enamel Severe	3	

## Situación clínica para MIH grado III:



Pieza 1.6:  
Restauración con Ionomero Vitrea modificado con resina, Corona de óxido.



Pieza 3.6:  
Acopio de pasta estética Restauración con Iononero Vitrea modificado con resina.



Pieza 2.6:  
Tratamiento endodóntico- Restauración con Iononero Vitrea modificado con resina, Corona de óxido.



## Situación clínica para MIH grado I:



Piezas 2.1-3.2:  
Se realizó 3 sesiones con Barniz de FNa al 5% (15-30-45 días)

## CONCLUSION:

El MIH es una patología de alta prevalencia con etiología aún desconocida, que puede derivar en consecuencias graves si no hay un diagnóstico precoz de las mismas.

## BIBLIOGRAFIA:

- Biondi, A.M., Cortese, S.G.: *Odontopediatría. Fundamentos y prácticas para la atención integral personalizada*. 1ª ed. Argentina Ed. Alfaomega. 2011.
- Biondi, A.M., Cortese, S.G., Martínez K., Ortolani A.M., Sebelli P., Iencio M.: *Prevalence of molar incisor hypomineralization in the city of Buenos Aires*. Acta Odontol. Latinoam. 2011. Vol. 24 Nº 1 / 2011 / 81-85.
- López Jordí, M.C; Cortese, S.; Álvarez, L.; Salveraglio, I.; Ortolani, A.; Blondi, A. M.: *Comparison of the prevalence of molar incisor hypomineralization among children with different health care coverage in the cities of Buenos Aires (Argentina) and Montevideo (Uruguay)*. Salud colect. Vol.Nº 10 / 2014 / 243-251.
- [http://www.ukgm.de/ugm\\_2/deu/ugi\\_zkz/13475.html](http://www.ukgm.de/ugm_2/deu/ugi_zkz/13475.html)
- <http://www.eugenol.com/sujets/366793-conseils-mih-46>
- <http://rodrigocalbuquerque.com.br/?q=casos-clinicos>

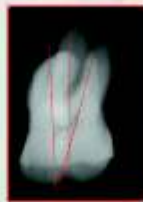
## ACCESO ENDODÓNTICO EXPERIENCIA PRECLÍNICA EN MOLARES SUPERIORES

AUTOR: VAZQUEZ P. PACHECO J.A.,  
DRA. JUDKIN C., FERNANDEZ J., VILAS W. AKSELRAD Y.  
CATEDRA DE ENDODONCIA FOUBA TITULAR DRA. SIERRA L.

El acceso coronario es la primera etapa quirúrgico química del tratamiento de conductos radiculares, comprende un **diseño** acorde a la anatomía del diente, una fase de **localización** de los conductos radiculares acompañada de las **rectificaciones** geométricas, necesarias a cada unidad dentaria en particular.

Prof. Dra. L.G. Sierra

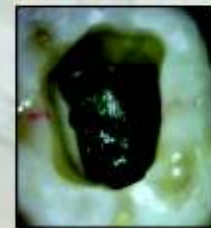
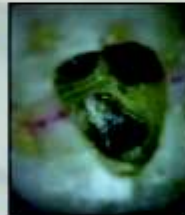
### EXAMEN CLINICO Y RADIOGRAFICO



### APERTURA PERFORACIÓN



### DELIMITACIÓN DE CONTORNOS



### RECTIFICACIÓN, ALISADO Y PREPARACIÓN DE ENTRADA DE CONDUCTOS



### CONCLUSION .-

El estudio y conocimiento previo de la anatomía interna de cada pieza dentaria, nos permitirá planificar un correcto acceso. Mediante el empleo de instrumental y técnicas apropiadas preservaremos la estructura dentaria permitiendo así la correcta visualización de la entrada de los conductos radiculares. Las fotos presentadas en este poster corresponden a la actividad preclínica, con simulación en dientes ex Vivo. Es una actividad de gran importancia, dado que es el primer contacto con la disciplina en donde se desarrolla la tridimensionalidad cognoscitiva y se adquieren destrezas en piezas dentarias que presentan la mayor complejidad topográfica de la arcada dentaria.



# EL PASO A PASO PARA LA CONFECCIÓN DE UNA INCRUSTACIÓN DE RESINA



**AUTORES:** Almada, Victoria - D'Amato, Antonella – Rondinelli, Denise

**Tutor:** Ciparelli, Verónica - Horvath, Lucía

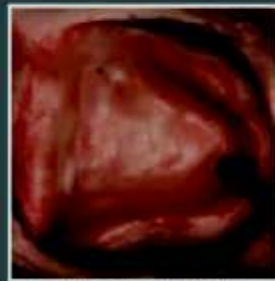
Cátedra Clínica I de Operatoria, FOUBA. Prof. Titular: González Zanotto, Carlos

## INTRODUCCIÓN

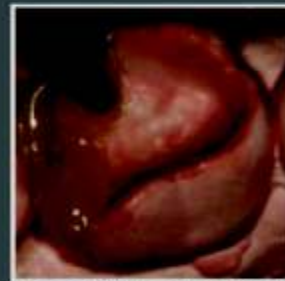
Las incrustaciones son restauraciones de inserción rígida que permiten la rehabilitación coronaria de una pieza con falta de remanente dentario. El objetivo de este trabajo es presentar la secuencia clínica para la confección de una incrustación de resina compuesta en el consultorio.



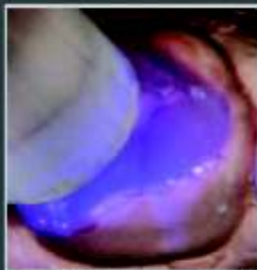
Confección del modelo de trabajo



Colocación de un separador



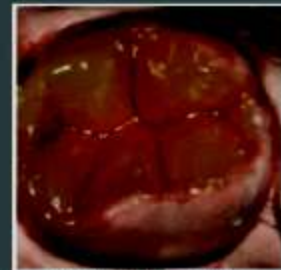
Reconstrucción con resina de alto contenido cerámico



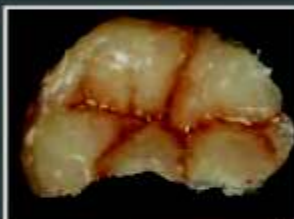
Póimerización de la incrustación



Colocación de tintes para lograr mayor naturalidad



Polimerización final con calor y presión.



Incrustación terminada



## CONCLUSIÓN

Las incrustaciones de resinas compuestas confeccionadas por técnica indirecta presentan una adaptación marginal más precisa respecto a las restauraciones plásticas directas. Al ser confeccionadas en un modelo, el stress de contracción disminuye considerablemente y facilita la reconstrucción de una correcta relación de contacto. El grado de polimerización de la resina es más elevado por utilizarse calor y presión, mejorándose así las propiedades mecánicas de la restauración.

Este procedimiento al ser realizado por el profesional permite disminuir los costos de la restauración y en caso de fractura, la reparación de la misma. De esta manera resulta una técnica de gran utilidad en la práctica diaria.

## BIBLIOGRAFÍA

- Berföldi H.: *Rehabilitación posendodóntica: Base racional y consideraciones estéticas*. 1° ed. Ed Panamericana. 2012
- Barrances Mooney, J., Barrances P.: *Operatoria Dental: Integración Clínica*. 4° ed. Argentina. Ed Panamericana. 2006
- Macchi R.: *Materiales Dentales*. 4° ed. Ed Panamericana. 2007





**INJERTO LIBRE DE TEJIDO CONECTIVO  
EN DEFECTOS GINGIVALES DE TRAMO DE PUENTE**



**Introducción:** El injerto libre subepitelial (ILS) fue descrito originalmente por Langer y Langer como una técnica quirúrgica destinada a cubrir resecciones gingivales en ancho y en profundidad. Este trabajo introduce la utilización de ILS como una solución a defectos gingivo-periodontales ocasionados por extracciones dentarias complejas y reabsorciones óseas en pacientes gerontes que no aceptan la regeneración ósea y la implantología en sus tratamientos exigiendo el tradicional puente odontológico de tres piezas como solución alternativa.



**Técnica: Sitio receptor**

Incisión crestal en el reborde edentulo y sulculares en las piezas dentarias vecinas cambiando luego la inclinación de la hoja de bisturi para realizar un colgajo de espesor parcial en bolsillo abarcando las piezas dentarias vecinas. Se toma medida de la zona receptora previo al retiro del injerto.



**Técnica: Sitio donante**

Se mide en base a las necesidades del sitio receptor y se marcan puntos sangrantes dos milímetros por debajo de las piezas vecinas a la brecha.

Incisión de espesor total perpendicular al reborde uniendo los puntos sangrantes, legrado en profundidad a espesor total. Luego se incide paralelo al reborde sobre el tejido conectivo próximo a la mucosa del paladar profundizando 10 mm y se hacen descargas verticales a los extremos, desprendiendo el injerto de tejido conectivo con la mayor prolijidad.

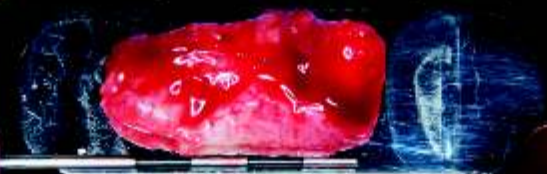


**Sitio receptor**

Se posiciona el ILS sobre el colgajo en bolsillo evaluando dimensiones y forma de inserción, se inserta sin necesidad de un punto tractor y luego se sutura a la mucosa palatina dando fijación y luego se sutura el colgajo vestibular a la mucosa palatina dejando fija la zona y el injerto.



**Sitio donante:** se realizan suturas con punto simple.



**Preparaciones e impresiones:** Se debe esperar 3 meses para la maduración del tejido conectivo y modelado gingival para tomar impresiones definitivas.

**Restauraciones definitivas:** Puente odontológico de 3 piezas metalocerámico.



**Conclusión:** El ILS es un injerto predecible y estable si logramos insertarlo en un colgajo que le garantice irrigación tanto perióstica como mucosa. La utilización del ILS en cirugías plásticas periodontales asociadas a prótesis fija permiten recuperar forma y volumen gingival, claves en el éxito de nuestras restauraciones.

## CRITERIOS PARA ELECCION DE BIOPSIA INSICIONAL Y EXCISIONAL



**Cátedra Cirugía y Traumatología Buco Maxilofacial I**  
**Jefe a Cargo Dr. Puia, Sebastián A.**

**Tutor:** Od. González, Lorena R - Od. Hilber, Ezequiel M

**Autores:** Belossi, María Eugenia - Carlomagno Yamila.

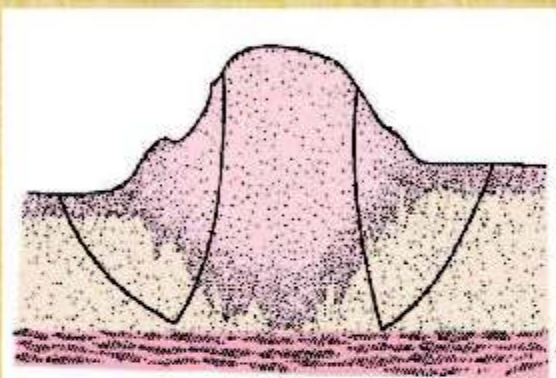


**Introducción:** Maniobra que tiene la finalidad de obtener una muestra parcial o total de una lesión para su estudio anatómo patológico. En el siguiente trabajo se describirá el tipo de biopsia quirúrgica

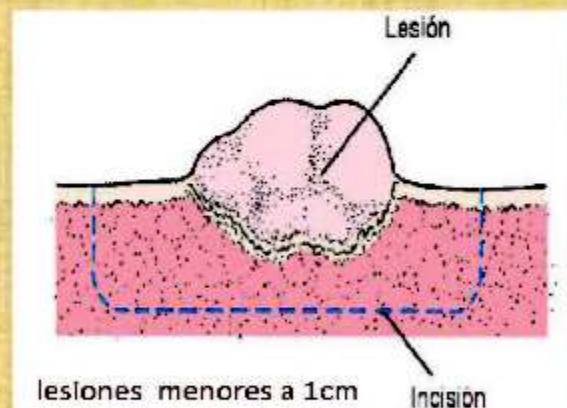
### Desarrollo:

**Biopsia Incisional:** procedimiento de biopsia que elimina solo una pequeña porción de una lesión.

**Biopsia Excisional:** eliminación de una lesión en su totalidad, incluyendo de 2 a 3 mm de perímetro de tejido normal alrededor de la lesión.



Lesiones mayores a 1 cm, localizada en un lugar de riesgo, heterogéneas



lesiones menores a 1cm

Incisión

**Conclusión:** La biopsia es el más preciso y seguro de todos los métodos diagnósticos y se debe realizar siempre que no se pueda llegar a un diagnóstico definitivo por métodos no invasivos. El objetivo principal de la biopsia es determinar el diagnóstico de forma precisa para poder proporcionar el tratamiento más adecuado.



# POSTERS ENDODONCIA



## CRITERIOS DE SELECCIÓN DE DIFERENTES TÉCNICAS QUIRÚRGICAS EN UN MISMO PACIENTE CON ENDODONCIAS DEL SECTOR ANTERIOR

### Cátedra de Endodoncia FOUBA

Dirección: Profesora Titular Dra. Lilitiana G. Sierra y Prof. adjunto Pablo Rodríguez  
Tutores: Dr. Ariel Lenarduzzi Dra. Nora Gómez Dra. Laura P. Nasco  
Autora: Alumna Obelar Carolina Elizabeth

#### Introducción:

La preparación químico-mecánica en endodoncia tiene como objetivo promover la limpieza y conformación del conducto radicular, a través de empleo de instrumentos endodónticos y soluciones químicas, para poder lograr un buen límite de la preparación y buena condensación que rume los estándares de la obturación, favoreciendo la reparación de los tejidos involucrados.

En la preparación quirúrgica tendremos en cuenta la anatomía interna de la pieza a tratar y les destrezas adquiridas por el alumno en la instrumentación manual y/o mecánica.

El **objetivo** de este trabajo es mostrar los criterios de selección por el cual un alumno de grado durante su cursada, realizó endodoncias en un mismo paciente, con diferente técnica y/o recurso de acuerdo al terreno topográfico a tratar.

**Caso Clínico:** De acuerdo a las características clínico-Rx el operador decide realizar:

- **Pieza 1.1:** Técnica estandarizada LT de 22mm. PQ con L K 15 / 45
- **Pieza 1.2:** Técnica estandarizada LT de 23,5mm. PQ con L K de 10/35

Se procedió con fresas de Gattes 3,2,1 para preparar los accesos, luego de esto se determinó de la longitud de trabajo (LT) y se instrumentó con limas K hasta LT en forma secuencial y circunferencial, ampliando la luz del conducto.

- **Pieza 2.2:** Técnica escalonada LT de 21,5mm PQ con L K10/40

Es de elección para la **conformación de conductos curvos** y su ejecución se basa en la reducción gradual y progresiva de la longitud de trabajo para la conformación a medida que los instrumentos aumentan de calibre.

Luego de la preparación de accesos y la determinación de la LT como en la T. Estandarizada se instrumenta hasta LT con LK 10/25 utilizando esta última como «lima apical principal o de recapitulación» y continuando con el resto de la serie LK30 menos 1mm de la LT LK35 menos 2mm de la LT y LK40 menos 3mm de la LT.

- **Pieza 2.1:** Sistema Protaper (protocolo de la Cátedra de Endodoncia FOUBA)

LK10-15-20, S1-S2 hasta 1/3 medio conductometría y LK 15-20 S2, F1F2F3 hasta LT.

Durante la PQ se utilizó lavajes de hipoclorito de sodio al 2,5%, por último se obturó con técnica de condensación lateral, conos de gutapercha y cemento de Grossman.

#### Piezas 11 y 12

Preoperatoria 11 y 12



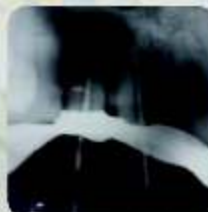
Conductometría 12



Conductometría 11



Conometría 11 y 12

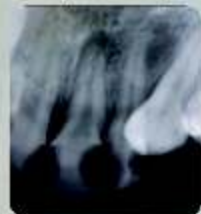


Post operatoria 11 y 12



#### Piezas 21 y 22

Preoperatoria 21 y 22



Conductometría 21 y 22



Conometría 21 y 22



Post operatoria 21 y 22



#### Discusión

En tres de las cuatro piezas la alumna, guiada por su docente, eligió el tipo de preparación quirúrgica manual a realizar, optando por una u otra técnica según la complejidad del caso (conducto recto técnica Estandarizada, con curvatura a nivel apical técnica Escalonada) respetando de esta manera la anatomía y sin producir deformación del conducto. La cuarta pieza, por su baja dificultad de preparación y teniendo el debido entrenamiento previo en simulación de sistemas rotatorios, se la autoriza a utilizar el sistema Protaper, comenzándolo así a formar parte de su trabajo en la clínica.

#### Conclusión

En pregrado de la Cátedra de Endodoncia FOUBA el alumno aprende las diferentes técnicas y recursos para la preparación endodóntica y en que casos poder utilizarlas. Los buenos resultados finales del caso presentado tiene que ver con el **conocimiento** del terreno sobre el cual se va a trabajar y el **entrenamiento** en la adquisición de destrezas prácticas tanto manuales como mecanizadas, basándonos siempre en principios biológicos.

## EVOLUCION DE UNA LESION APICAL CON PROTOCOLO DE TÉCNICA HIBRIDA

Alumno: Gonzalez, José Santiago\*, Tutores: Alfie, Nicolás - Migueles, Alejandra  
Dirección: Dra. Sierra L., Rodriguez P. - Cátedra de Endodoncia - FOUBA

### INTRODUCCIÓN

Una vez realizado el control de la infección mediante una preparación químico-mecánica siguiendo el protocolo adecuado, el cuadro reaccional evoluciona hacia el proceso de reparación, en el cual la proliferación y la diferenciación de células específicas favorecen la reposición de los tejidos destruidos. Esta regeneración representa entonces el epílogo de un proceso inflamatorio exitoso. La eliminación de las bacterias y sus componentes antigénicos del interior de los conductos radiculares, es el factor determinante para que aumente el predominio de los mediadores que favorecen la regeneración y se produzca la disminución de los que se propagan en la inflamación. (1)

### CASO CLÍNICO-PROTOCOLO

Paciente femenino, 43 años, clínica asintomática (2.2). Las pruebas de vitalidad pulpar térmicas y eléctricas son negativas. Sólo relata molestia ante la percusión vertical. Radiográficamente se observa una lesión radiolúcida apical-laterocoronar. Diagnóstico: necrosis pulpar con compromiso óseo a nivel apical. Se realiza Rx preoperatoria, posteriormente aislamiento de la pieza. Apertura, instrumentación con una técnica corono-apical. Se irriga en forma alternativa con una sc de hipoclorito de sodio al 2,5% y EDTA. Se utiliza lima de permeabilización apical (LPA) lima K 0.8. Secado del conducto con cono de papel. Obturación con tapón de Pasta lentamente reabsorbible de Maisto, sobreobturando ligeramente y penetrando al proceso apical y conos siguiendo la técnica de condensación lateral y cemento de Grossman. Posteriormente doble sellado. Rx postoperatoria.



7/12/13



7/12/13



7/12/13



14/12/13



7/5/16

**DISCUSION:** En la década del 70 el Dr. Maisto ya había utilizado pastas reabsorbibles para el tratamiento de dientes con lesiones periapicales sobreobturando persiguiendo la reparación apical. Sjögren, entre otros, han puesto en evidencia un mayor porcentaje de reparación apical a largo plazo cuando la obturación queda en el interior del conducto, que sobreobturando. Ya que la presencia de materiales de obturación en el periápice puede interferir ó retardar la reparación del tejido.

Sin embargo nuestra escuela con el uso de la pasta antiséptica como material de obturación en el tercio apical ha demostrado que los períodos de reabsorción tienen una paridad\* con los de aposición de tejidos en el proceso de regeneración descrito por Maisto como cierre biológico apical

*«Solo cuando la infección es vencida y las células inflamatorias se retiran, los fibroblastos reemplazan el tejido granulomatoso por tejido conectivo fibroso cicatrizal.*

*La regeneración ósea y el depósito de cemento secundario sobre el ápice radicular hasta llegar a la etapa final de reposo, deben apreciarse en los controles radiográficos periódicos» O. Maisto*

**BIBLIOGRAFÍA** Sjögren U, Häglund B, Sundqvist G, Wing K. Factors affecting the long-term results of endodontic treatment. Jendod 1990;16:498-504-Ruben Laguens y Martin Laguens Criterio de paridad\*

(1) Participación del sistema inmune en la patología periapical crónica de origen pulpar Sierra LG RAOA 1990;78(3):142-149

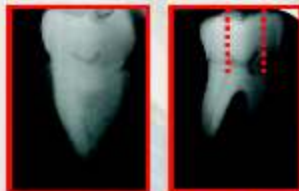


## ACCESO ENDODÓNTICO EXPERIENCIA PRECLÍNICA EN MOLARES INFERIORES

AUTOR SPINA R, PUCA C.  
TUTORES DRA. JUDKIN C., FERNANDEZ J., VILAS W. AKSELRAD Y.  
CATEDRA DE ENDODONCIA FOUBA TITULAR DRA. SIERRA L.

El acceso coronario es la primera etapa quirúrgico química del tratamiento de conductos radiculares, comprende un **diseño** acorde a la anatomía del diente, una fase de **localización** de los conductos radiculares acompañada de las **rectificaciones** geométricas, necesarias a cada unidad dentaria en particular.  
Dra. L.G. sierra

### EXAMEN CLINICO Y RADIOGRAFICO

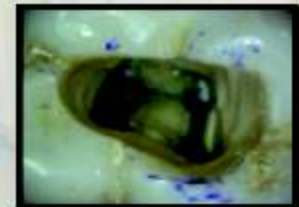
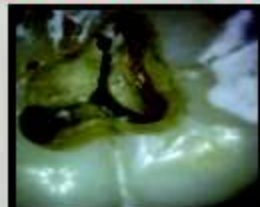


### APERTURA

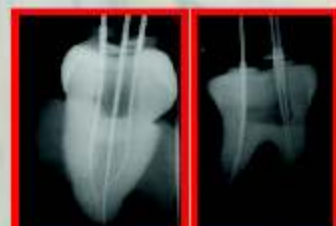
### PERFORACION



### DELIMITACION DE CONTORNOS



### RECTIFICACION, ALISADO Y PREPARACION DE ENTRADA DE CONDUCTOS



### CONCLUSION .-

El estudio y conocimiento previo de la anatomía interna de cada pieza dentaria, nos permitirá planificar un correcto acceso. Mediante el empleo de instrumental y técnicas apropiadas preservaremos la estructura dentaria permitiendo así la correcta visualización de la entrada de los conductos radiculares.

Las fotos presentadas en este poster corresponden a la actividad preclínica, con simulación en dientes ex Vivo. Es una actividad de gran importancia, dado que es el primer contacto con la disciplina en donde se desarrolla la tridimensionalidad cognoscitiva y se adquieren destrezas en piezas dentarias que presentan la mayor complejidad topográfica de la arcada dentaria.



## PRÁCTICAS CLÍNICAS DE ENDODONCIA DE GRADO QUE MUESTRAN PERMEABILIDAD DENTINARIA Y APICAL

Cátedra de Endodoncia

Dirección: Profesora Dra. Liliana Sierra

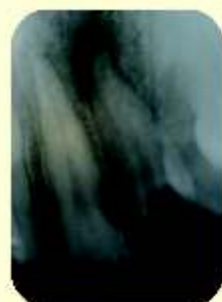
Tutores: Od. Pinasco Laura, Od. Loiacono Romina, Od. Gómez Nora

Autores: Anaise Carolina, Cameán Fernando, González Micaela

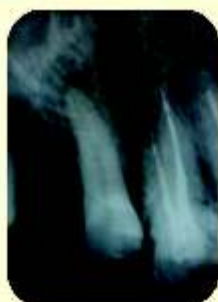
### Introducción:

La preparación quirúrgico-química del sistema de conductos tiene como objetivo biológico la eliminación del contenido que pueda existir dentro de los mismos. Los protocolos utilizados en la Cátedra de Endodoncia F.O.U.B.A constan de la instrumentación mecánica, la recapitulación con lima delgada en forma pasiva y la irrigación mediante agentes químicos, los que permiten la limpieza de la pared y de las ramificaciones que se comunican con los tejidos periodontales, logrando de esta forma **permeabilidad dentinaria y apical**. Esto es fundamental en el momento de la obturación para lograr un sellado lo más tridimensional posible. Los siguientes casos clínicos fueron realizados por alumnos de grado de la Cátedra de Endodoncia durante la cursada 2014.

### Caso Clínico



**Caso 1**



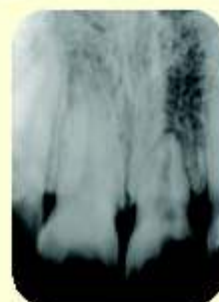
**Caso 2**



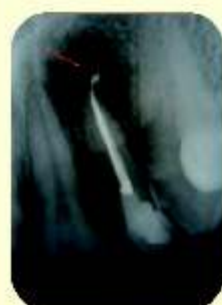
**Caso 3**



**Caso 4**



**Caso 5**



### Discusión

En todos los casos clínicos realizados por alumnos que se presentan en esta muestra se pone en evidencia que el protocolo de permeabilidad dentinario y apical ha permitido la obturación de conductillos laterales y la complejidad anatomotopográfica de la región apical. Nuestra escuela (Cátedra de Endodoncia de la FOUBA) coincide los criterios de otras autorías que comparten en sus protocolos el uso de la lima de pasaje, elementos coadyuvantes e irrigación activa en pro de lograr permeabilidad dentinaria y apical.

### Conclusión

La implementación de un correcto protocolo de conformación y limpieza acorde al caso clínico combinado con una técnica de obturación y selladores con buen corrimiento permitirían la penetración de los materiales en aquellos conductillos que no pueden ser abordados mecánicamente en la instrumentación.

### Bibliografía

Pucci FM; Reig R. Conductos Radiculares. Anatomía, patología y terapia. Vol I. Primera Parte. 1944.; - Cohen S; Burns RC. Pathways of the pulp. Octava edición. 2002.

## Modelo preclínico experimental de lectura de profundidad de la aguja de irrigación, pre y post flare. Reporte preliminar

AUTOR: FINOCCHIARO F. SALA D.  
TUTORES: DR. FERNANDEZ J, GARCETE N, LENARDUZI A.  
DIRECCIÓN: PROF. Dra. SIERRA L, RODRIGUEZ P.  
Cátedra de Endodoncia FOUBA.

### Introducción:

La preparación quirúrgica forma parte de los protocolos que la cátedra ha dividido en etapas, CORONAL, CERVICAL Y APICAL.  
En la etapa cervical nuestro protocolo indica la rectificación de la primer curva de ingreso a conducto, maniobra denominada FLARING o ACCESO.  
Se ha preconizado que esta maniobra no solo aliviana el stress del instrumento, sino que también mejora el ingreso de la aguja de irrigación en profundidad hacia apical del conducto. En función de analizar esta segunda alternativa, se creó un modelo experimental de lectura radiográfica y clínica pre y post flaring, en un conducto de alta dificultad como el mesio vestibular, de molares inferiores.  
Teniendo en cuenta que la anatomía radicular comprende un intrincado sistema de conductos la preparación radicular es un acto quirúrgico químico biológico que se basa en diversos protocolos, tanto de instrumentación como de irrigación.  
El objetivo de este estudio es comparar la profundidad de irrigación en el conducto MV de molar inferior en una técnica de instrumentación que no contempla la preparación de tercio cervical y otra donde se realiza la preparación del tercio cervical del conducto.  
El objetivo de este estudio es comparar la profundidad de la aguja de irrigación en conductos mesio vestibulares de molares inferiores.

### Materiales y Métodos

Diente: primer molar inferior ex vivo con tres conductos radiculares.(Fig. 1)  
Imagen radiográfica preoperatoria. (Fig. 2)  
Etapa A  
Apertura: piedra redonda #3, fresa redonda #3 y fresa endo2 (Mallefer).(Fig. 3-4)  
Irrigación: agujas calibre 25G X 15mm (Terumo NEEDLE).  
Medición radiografiada: profundidad de penetración en conducto MV  
Medición clínica: 8mm de penetración de la aguja en conducto MV. (Fig. 4,6,7,8,9)  
Etapa B.  
Preparación del tercio cervical: fresa G.Glicen #3, 2, 1 (mallefer) en técnica crown-down.(Fig. 5)  
Medición radiográfica: profundidad de penetración en conducto MV.  
Medición clínica: 12mm de penetración de la aguja en conducto MV.(Fig. 5,10, 11, 12, 13)

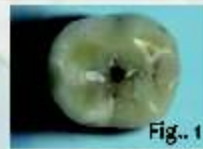


Fig. 1

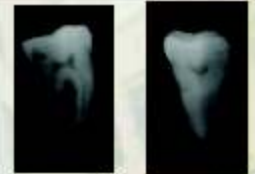


Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4

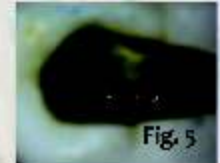


Fig. 5

### Resultados

Con la inspección visual del conducto MV se ve la eliminación de la convexidad de la pared sobre la entrada de conducto y la ampliación del orificio de entrada luego de la preparación del tercio cervical.  
Si se comparan las mediciones y las imágenes de la etapa A con las de la etapa B, se observa la mayor profundidad de penetración de la aguja de irrigación en la etapa B.

#### ETAPA A



Fig. 6



Fig. 7



Fig. 8



Fig. 9

#### ETAPA B



Fig. 10



Fig. 11



Fig. 12



Fig. 13

### Discusión

La penetración del irrigante está determinada por distintas variables<sup>(1)</sup>, entre las cuales se encuentran el diámetro de la aguja de irrigación y el diámetro del conducto radicular ya que estos influyen directamente en la proximidad de la punta de la aguja a la porción apical del conducto, jugando un papel muy importante en la remoción de detritus del conducto radicular. La preparación del tercio cervical facilita el acceso directo al tercio medio y apical, lo que lleva a que el instrumento quede liberado en estos tercios y mayor espacio para el reflujo de la solución.<sup>(1)</sup> Estos resultados forman parte de un estudio preliminar donde aun falta completar el N de la muestra, para saber a través de los estudios estadísticos si la diferencia es estadísticamente significativa.

### Conclusión:

Mediante este estudio se puede comprobar que la profundidad de penetración de la aguja de irrigación ha sido mayor luego de la preparación del tercio cervical del conducto MV. Esto quedó demostrado gracias a la comparación clínica (medición con regla endodóntica) tanto como la comparación en la imagen radiográfica.

### Bibliografía

- (1) Soares, Glodberg (2002). Endodoncia. Técnicas y Fundamentos. 4ª edición. Ed. Médica Panamericana, p. 56-57, 2007.
- (2) Usman N, Baumgartner JC, Marshall JG. Influence of instrument size on root canal debridement. J Endod 2004;30:110-112.
- Bolles JA, He J, Svoboda KK, Schneideman E. Comparison of V-bringe, EndoActivator, and Needle Irrigation on Sealer Penetration in Extracted Human Teeth J Endod. 2013 May;39(5):708-11





## Endodoncia: Accidentes durante la apertura

Cátedra de Endodoncia . Facultad de Odontología U.B.A.

Prof. Titular Dra Liliana Gloria Sierra

Autor: Alumna del Cura Fiorella.

Tutores: Judkin, C; Fernandez, J; Akselrad, Y; Vilas, W.

### INTRODUCCIÓN:

Durante la terapia endodóntica todos los procedimientos deben realizarse con prudencia y cuidado; no obstante pueden ocurrir accidentes. En la apertura las causas se asocian al desconocimiento de la anatomía y a la falta de precaución y/o destreza del operador.

### LOS ACCIDENTES QUE PUEDEN DARSE SON:

#### Apertura sobreextendida:



-Desgaste excesivo de estructura dentaria



-Incorrecto diseño de los contornos.

#### Apertura estrecha:



-Eliminación incompleta del techo cameral, dificultando la localización de los conductos y la introducción de instrumentos.



-Apertura insuficiente quedando cuernos pulpares.

#### Perforación de piso y paredes:



-Por la utilización de fresas extra largas.  
-Incapacidad para distinguir entre techo y piso



-Incorrecta angulación de instrumentos rotatorios.  
-Discrepancia corono radicular

#### Separación de instrumentos:



-Fresa de Batt  
-Endo z  
-Gates Glidden  
-Fresa redonda de carburo.

**Conclusiones:** Para evitar que ocurran accidentes, durante la etapa de apertura en la realización del tratamiento endodóntico; se debe tener el conocimiento previo de la anatomía interna de las piezas dentarias, la utilización del instrumental endodóntico adecuado y una técnica quirúrgica idónea. El realizar practicas cognoscitivas preclínicas en dientes Ex Vivo en las que se generan accidentes adrede o diseños inapropiados permite visualizar el terreno para poder ser identificado posteriormente en la practica clínica. Sobre la base de estos errores se enseñan los protocolos de cómo pueden ser evitados o resueltos.

#### **Bibliografía:**

Cohen S, Burns RC. Pathways of the pulp, 2nd ed. St. Louis: CV Mosby Co; 1980  
Leonardo, W. Endodoncia Tratamientos de conductos radiculares. Principios técnicos y biológicos. Volumen 1.  
Cohen S- Burns R. Vías de la pulpa. 8 Edición  
Christopori J, R Stock- Kisher Gulabhalas- Richard T Walker- Jane R. Woodman. Atlas en Color y texto de endodoncia 2 Edición.



## Obtención del sistema de conducto radicular con Pasta lentamente reabsorbible de Maisto. Caso clínico

**Autor:** Mamani Eliana

**Tutor:** Martínez Pablo, Corominola Paula.

**Directora:** Prof. Dra. Sierra Liliana

**Cátedra de Endodoncia. FOUBA.**

### Introducción

Numerosos estudios han demostrado que la compleja anatomía interna de los conductos radiculares, en algunos casos, suele dificultar la total eliminación de la pulpa o de los restos orgánicos contenidos (Maisto, 1979), y que la instrumentación mecánica y química no alcanza una total desinfección de los mismos (Cohen y Burns, 1994). Esto incrementa la necesidad de utilizar un sellador endodóntico con acción bactericida (o al menos bacteriostática) que las pueda neutralizar (Leonardo MR 2005). La compleja morfología de los conductos radiculares presenta dificultades clínicas poniendo a menudo en peligro el objetivo principal de la terapia endodóntica que es la reparación. Entre ellas encontramos conductos interarticulares, conductos recurrentes, delta apical y conductos laterales y accesorios, por lo tanto la limpieza y conformación química y mecánica, como así el sellado en las tres dimensiones del sistema de conductos radicular es imprescindible para alcanzar dicho objetivo.

### Caso Clínico

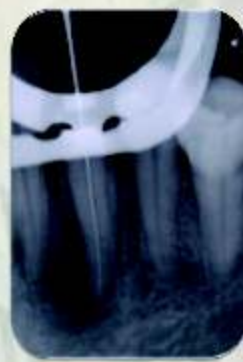
Paciente femenino de 46 años de edad derivada por guardia para la realización de un tratamiento endodóntico en la pieza dentaria 3.3 en la cátedra de endodoncia (FOUBA). Al examen clínico presentaba caries penetrante distolingual y una fístula vestibular. La pieza respondía positivamente tanto a la palpación periapical como a la percusión horizontal y vertical. En la radiografía preoperatoria (radiografía 1) revelaba un canino inferior izquierdo con una sola raíz y un conducto radicular. La región periapical presentaba una radiolucidez apical y una pequeña radiolucidez mesial a nivel del tercio medio radicular, compatible con una lesión lateral.

El diagnóstico presuntivo clínico radiográfico fue necrosis pulpar con compromiso periapical.

Se anestesió con Carticalna clorhidrato 4% (Totalcaina) con epinefrina 1:100.000 (Totalcaina), con técnica infiltrativa. Se realizó aislamiento absoluto y se procedió a la realización de la apertura cameral. A la exploración del conducto, con una lima tipo K10, se corroboró que presentaba un único conducto. Se realizó una preparación coronario apical con fresas de Gates Glidden #3, #2, #1 y se procedió a la conductometría (radiografía 2) con una lima tipo K #15 de acero inoxidable (Maileffer, Suiza). Se realizó una preparación manual con limas tipo K #15 a la 40. Se realizó abundante irrigación con hipoclorito de sodio 2,5% y EDTAC 17% (Farmadental, Ind Arg) como coadyuvante. Se obturo temporalmente con hidróxido de calcio. A los 7 días, en la segunda sesión, se obturo definitivo con Pasta Lentamente Reabsorbible de Maisto (PLRM) realizándose un tapon apical de 2 mm y se obturo el conducto con conos de gutapercha y PLRM. Se realizó un sellado cameral con Ionomero Vitreo (radiografía 3).



Radiografía 1  
(Preoperatoria)



Radiografía 2  
(Conductometría)



Radiografía 3  
(Post operatoria  
Inmediata)



Radiografía 4  
(Post operatoria  
control 7 meses)

### Discusión

La persistencia de bacterias luego de la instrumentación química y mecánica del sistema de conductos radiculares amerita la utilización de productos selladores con capacidad antiséptica que puedan actuar en forma inmediata y a distancia del tratamiento. En el presente caso clínico la elección del material de obturación fue la Pasta Lentamente Reabsorbible de Maisto, debido a sus principales propiedades antisépticas y reparadoras de tejidos periapicales. Una preparación quirúrgico-química adecuada del conducto radicular junto con una correcta manipulación de la PLRM nos permitió sellar el conducto lateral. Observamos en la radiografía control a los 7 meses (radiografía 4), una disminución progresiva de la imagen radiolúcida periapical y una disminución de la radiolucidez lateral en el ligamento periodontal, generándose una arquitectura ósea similar a la normal.

### Conclusión

Consideramos que la duración de la infección, las especies microbianas involucradas, la inmunidad del huésped como así la limpieza y conformación del sistema de conductos y la elección del material de obturación jugaron un papel importante en el resultado de este tratamiento.

### Bibliografía

- Cohen S, Burns RC. Pathways of the pulp. 6rd ed. Missouri: Mosby. 1994.
- Leonardo MR. Endodoncia - tratamiento dos canais radiculares. São Paulo: Artes Médicas. 2006.
- Maisto OA. Endodoncia. 3ra edición. 1978.
- Ricucci D, F. Siqueira S. Biofilms and Apical Periodontitis: Study of Prevalence and Association with Clinical and Histopathologic Findings. JOE 2010;36:1277-1280



## PROTAPER: EVALUACION DE ALUMNOS DE GRADO, NUMERO DE PRACTICAS Y ENCUESTA DE PERCEPCION DE LA TECNICA

Autores: Sala Dalila ; Rullí Matias  
Cátedra de Endodoncia FOUBA. Titular Dra. Lílana Serra  
Tutor: Gilda Willems ; Gomez Nora

### Introducción:

La instrumentación mecanizada es reconocida por su sencillez y eficacia, por lo que la Cátedra de Endodoncia de la FOUBA ha generado trabajos de investigación en el marco del centro de entrenamiento de Protaper®, estudiando el comportamiento de los instrumentos y los alumnos. Luego de adquirida la destreza en la preparación manual se motiva a los alumnos a incursionar en dicha técnica. Nuestra aspiración es que el número de prácticas mecanizadas se incremente, con el propósito de que esta destreza, dadas las nuevas demandas, constituya un perfil más completo del futuro graduado, mejorando así la calidad en la formación de los profesionales de nuestra casa de estudios, para lo cual probablemente, se requiera realizar un mayor entrenamiento en simulación o tomar la decisión pedagógica, que en tratamientos endodónticos de baja complejidad ingresen a utilizar rotatorio como parte de la rutina del trabajo en la clínica.

### Objetivos:

Los objetivos de este trabajo son comparar el promedio de prácticas clínicas de instrumentación mecanizada realizadas por alumnos de grado en dos períodos lectivos, y evaluar la percepción de la técnica de los operadores mediante un cuestionario.

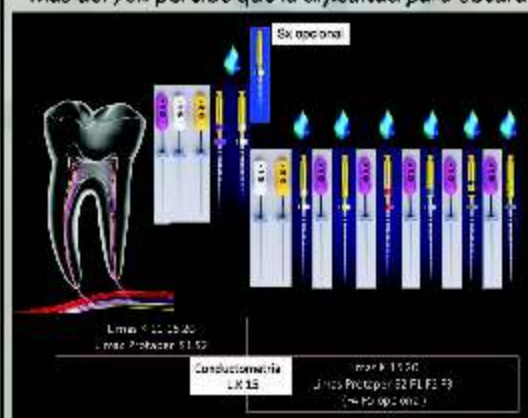
### Materiales y Métodos:

Se recopiló la cantidad total de tratamientos endodónticos (instrumentación manual + instrumentación mecanizada) realizados entre junio y noviembre de 2012 y mismo período 2013, por los alumnos de la comisión B que funciona semanalmente los días viernes de 8hs a 12hs, para comparar el promedio de prácticas clínicas (Fig. 3). Las prácticas se realizaron en piezas unirradiculares de baja complejidad. La instrumentación mecanizada fue llevada a cabo según protocolo recomendado por la cátedra (Fig. 1), obturando con técnica de condensación lateral (conos de gutapercha estandarizados) y cemento de Grossman.

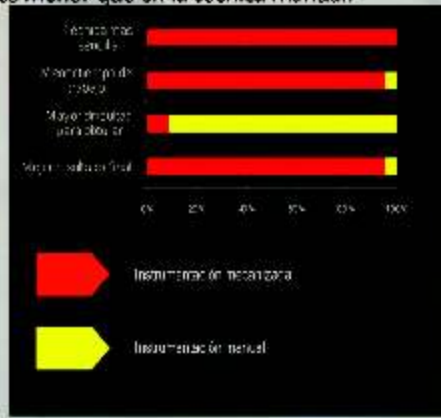
Se realizó un cuestionario escrito anónimo a los operadores comparando ambas técnicas en sencillez, tiempo de trabajo empleado para la conformación, resultado obtenido y dificultad para obturar. (Fig. 2)

### Resultados:

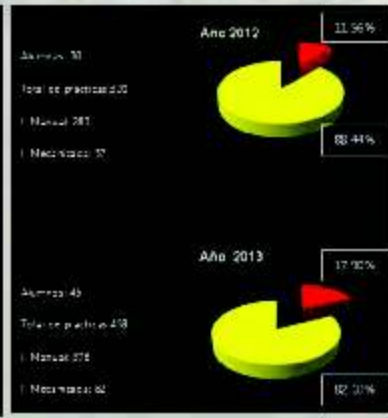
El promedio de prácticas mecanizadas por alumno pasó de ser 1.23 (año 2012) a 1.82 (año 2013).  
El 100% de los operadores manifiesta encontrarse con una técnica más sencilla que la tradicional.  
El 95% cree que el tiempo de trabajo versus la técnica de preparación manual es menor.  
El 95% considera bueno el resultado final obtenido con la preparación mecanizada.  
Más del 70% percibe que la dificultad para obturar es menor que en la técnica manual.



Protocolo recomendado por la cátedra (Fig. 1)



Resultados obtenidos con la encuesta anónima (Fig. 2)



Comparación entre totalidad de prácticas realizadas (Fig. 3)

### Conclusión:

- \*La base del entrenamiento preclínico permitió llegar a la práctica clínica satisfactoriamente.
- \*Se incrementó la cantidad de prácticas mecanizadas en casos de baja complejidad entre los años evaluados.
- \*Los operadores calificaron la técnica, en su mayoría como sencilla, rápida y con buenos resultados.

### Bibliografía:

- \*Dental students' perceptions about the endodontic treatments performed using NiTi rotary instruments and hand stainless steel files. Martins C, Seijo MO, Ferreira CF, Peiva SM.
- \*Hand operated and rotary Protaper instruments: A comparison of working time and number of rotations in simulated root canals. Pascualini U, Scotti N, Iamagnone L, Llana G.
- \*Comparison of hand stainless steel and NiTi rotary instrumentation: A clinical study. Schäfer T, Jullus U, Schulz-Bergert U.



## "USO DE PIERCING LINGUAL: CONSECUENCIAS"

**Autores:** Poloni Ido

**Tutores:** Panetta Valeria, Alderete Mercedes.

**Dirección:** Dra. Liliana G. Sierra, Pablo Rodríguez

### Introducción

El límite apical de instrumentación es uno de los asuntos de mayor controversia en la endodoncia. La literatura relacionada a veces genera confusión e incertidumbre para los profesionales que están buscando una adecuada solución clínica. Mientras que la terapia endodóntica tiene como objetivo final una obturación del sistema de conductos que logre impermeabilizarlo con un material no irritante, que estimule la salud y reparación de los tejidos periapicales, es importante determinar el límite apical de instrumentación y obturación de acuerdo a cada caso clínico.

### Caso Clínico

Paciente masculino de 24 años de edad, relata tener un piercing en la lengua con el que tiene el hábito de golpear sus dientes anteroinferiores. Se le indica su retiro para continuar el tratamiento. Al examen clínico, ambas coronas se observan conservadas, sin presentar lesión de caries ni cambio de coloración. Al examen radiográfico, ambas piezas presentan cámaras pulpares normales y conductos de morfología recta. Se evidencia radiolucidez periapical. Al examen periodontal: ambas piezas presentan movilidad. Las profundidades de bolsa son: pd 3.1: M 6-D 6-V 5,5-L5. pd 4.1: M 6-D 6-V5-L6. El diagnóstico presuntivo clínico radiográfico fue necrosis pulpar con compromiso periapical. Intervención indicada: tratamiento de necrosis. El cateterismo de los conductos se realizó con una lima Tipo K 10 (Maillefer, Suiza). La longitud de trabajo se corroboró radiográficamente y con un localizador apical (Morita, Root ZX, Japón). Se realizó una preparación quirúrgica corono-apical, utilizando fresas Gatte-Glidden #2, #1 y técnica circunferencial con limas tipo K 15 a 35 (Maillefer, Suiza). Como lima de pasaje se usó una Lima tipo K 10. La preparación química se realizó irrigando con hipoclorito de sodio 2,5 % y como coadyuvante EDTAC 17% (Farmadental, Ind. Arg.) entre cada instrumento. Se obturó con conos de gutapercha (MetaBiomet, Korea) y pasta lentamente reabsorbible de Maisto (Farmadental, Ind. Arg.) con una técnica de condensación lateral.

### Discusión

Universidades americanas y europeas consideran que la instrumentación y obturación debe ser contenida dentro del canal radicular. Weine (1982) La preparación del canal debería terminar 1mm del ápice radiográfico. Guldener (1985) Sugirió la LT menos 0,5 mm para casos de pulpa necrótica. En pulpa vital 1 mm menos. Diferentes opiniones respecto al tratamiento en el caso de necrosis comparado con vitalidad pulpar. Weine en pulpa necrótica y reabsorción apical sugirió acortar la LT, Guldener sugirió aumentarla. Peccioni sugirió una sobreobturación en necrosis. Sjogren (1990), la importancia de mantenerse dentro del canal, evitar la extrusión del material, obteniendo mayor tasa de éxito.

### Conclusión

Teniendo en cuenta el concepto biológico actual debemos evitar todo tipo de sobreobturaciones. Esto facilitaría que el periodonto pueda invaginarse produciendo deposición de cemento y el cierre biológico del ápice radicular.

### Bibliografía

- 1- Apical limit of root canal instrumentation and obturation, part 1. Literature review D. RICUCCI. International Endodontic Journal (1998) 31, 384±393.
- 2- Apical limit of root canal instrumentation and obturation, part 2. A histological study D. RICUCCI & K. LANGELAND. International Endodontic Journal (1998) 31, 394±409.



Preoperatoria



Conductometría



Pastocoñometría



Post-operatoria



Control "10 meses"





## DIENTE CON REABSORCIÓN DENTINARIA EXTERNA-FACTOR DE RIESGO PARA EL ACCIDENTE CON HIPOCLORITO DE SODIO

Cátedra de endodoncia. Facultad de Odontología U.B.A

Dirección: Prof. Titular Dra. Liliana Sierra, Prof. Adjunto Dr. Rodríguez Pablo.

Tutor: Dr. Leonarduzzi Ariel, Dra. Pinasco Laura, Dra. Gomez Nora.

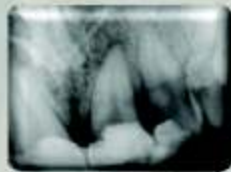
Autores: Corvalan Nadia, Villa Laura, Marlana

**Introducción:** La solución de hipoclorito de sodio es extensamente utilizada en la práctica endodóntica como irrigante. Es considerado un efectivo agente antimicrobiano y tiene la capacidad de disolución de tejidos orgánicos. A pesar de que en las concentraciones utilizadas es compatible biológicamente, pueda ocurrir que al extruirse fuera del diente genere consecuencias no deseadas. El accidente que implica la *extrusión* del hipoclorito de sodio causa quemaduras químicas, necrosis tisular localizada o extensa, anestesia y/o parestesia, e incluso puede comprometer áreas vecinas.

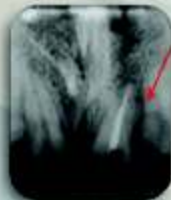
Los *signos y síntomas* clínicos cuando se produce este tipo de accidente son: en primer lugar una reacción inflamatoria aguda dolorosa, que puede extenderse a los tejidos adyacentes, hinchazón que puede ser edematosa, hemorrágica o ambas. Asociado a hemorragias intersticiales, aparecen hematomas y equimosis en mucosa y piel de la cara. Puede aparecer necrosis e infección secundaria. Si llega al seno maxilar, el paciente refiere sabor a cloro e irritación de la garganta. Otras complicaciones graves son: anestesia o parestesia (lesiones neurológicas mayormente reversibles) y la anafilaxia. El grado de complejidad del cuadro clínico esta relacionado directamente a la concentración de la solución de hipoclorito y al volumen de extrusión.

El **objetivo** de este trabajo es presentar un caso clínico donde se evidencian las manifestaciones clínicas de este tipo de accidente durante la practica endodóntica.

**Caso clínico:** Pieza 2.1 con antecedentes de avulsión; luego de haberse ausentado el paciente por un año y medio, concurre a un control clínico radiográfico, al evaluarlo se sospecha Reabsorción Dentinaria Externa la que se constata con CBCT. Al desobturar el conducto radicular con el fin de colocar Hidróxido de Ca para tratar de controlar la misma (RDE) ocurre el *accidente con hipoclorito de sodio*



Control RX inmediato



Control RX (18 meses)



Control Clínico



Control con CBCT



**Discusión:** En los casos donde se presente o sospeche la posibilidad de una reabsorción dentinaria externa se debería utilizar un irrigante que no produzca daño en los tejidos circundantes, debido a que es un factor de riesgo de extrusión.

En el caso de producirse el accidente con Hipoclorito de Sodio, el *protocolo* de tratamiento se determina por la magnitud, carácter y rapidez de la inflamación y necrosis del tejido blando. Si el caso es *moderado-leve*: tratamiento ambulatorio. Realizar aspiración negativa y luego irrigación abundante con solución salina; re anestesia de la zona afectada, analgésicos y/o antiinflamatorios; minimizar la hinchazón mediante: 1<sup>ra</sup> 24 Hs: compresas frías y después del 2<sup>do</sup> día: paños calientes y enjuagues bucales tibios. Administrar ATB solo si se espera necrosis o riesgo de infección bacteriana secundaria; finalizar el tratamiento endodóntico; seguimiento estricto del paciente.

**Conclusión:** Hay que tener especial cuidado en dientes que presentan RDE y en dientes Inmaduros con ápices abiertos. Es importante hacer un correcto diagnóstico Rx y llevar a cabo una técnica eficaz con el fin de evitar complicaciones y en caso de producirse, actuar de acuerdo a la magnitud de cada caso individual

### Bibliografía:

1. Sierra L, Corvalan N, Leonarduzzi A, Pinasco L, Gomez N, Rodríguez P. Hipoclorito de sodio en la práctica endodóntica. Rev Argent Odontol. 2014;78(1):1-6.  
2. Leonarduzzi A, Corvalan N, Pinasco L, Gomez N, Rodríguez P. Hipoclorito de sodio en la práctica endodóntica. Rev Argent Odontol. 2014;78(1):1-6.  
3. Leonarduzzi A, Corvalan N, Pinasco L, Gomez N, Rodríguez P. Hipoclorito de sodio en la práctica endodóntica. Rev Argent Odontol. 2014;78(1):1-6.  
4. Leonarduzzi A, Corvalan N, Pinasco L, Gomez N, Rodríguez P. Hipoclorito de sodio en la práctica endodóntica. Rev Argent Odontol. 2014;78(1):1-6.  
5. Leonarduzzi A, Corvalan N, Pinasco L, Gomez N, Rodríguez P. Hipoclorito de sodio en la práctica endodóntica. Rev Argent Odontol. 2014;78(1):1-6.  
6. Leonarduzzi A, Corvalan N, Pinasco L, Gomez N, Rodríguez P. Hipoclorito de sodio en la práctica endodóntica. Rev Argent Odontol. 2014;78(1):1-6.



## EL HIDROXIDO DE CALCIO COMO MATERIAL DE USO EN DIENTES PERMANENTES JOVENES

Cátedra De Endodoncia - UBA

Dirección Profesora : Dra. Liliana SIERRA

Tutores: PINASCO, Laura - GOMEZ, Nora

Autores: GONZALEZ, Micaela - ANAISE, Carolina - LOIACONO, Romina - CAMEAN, Fernando

### Introducción

Los traumatismos en piezas permanentes jóvenes, son los que se presentan con frecuencia a la atención odontológica diaria. En el caso de las fracturas coronarias con exposición pulpar, hay que tener en cuenta que el tejido pulpar expuesto tiene una muy buena capacidad de cicatrización, por lo tanto, la comunicación podrá ser sellada al promover la formación de una barrera dentinaria con un adecuado material de recubrimiento. En las piezas dentarias que aun no han completado su desarrollo radicular, se debe realizar todo esfuerzo posible para preservar la pulpa, y por ende, permitir que se complete el mismo.

Sin embargo, existen situaciones donde la pulpa se necrosa antes de completar el desarrollo radicular, dejando un foramen apical muy amplio, lo cual dificulta la formación de un tope adecuado para la obturación final del conducto. El hidróxido de calcio ( $\text{Ca}(\text{OH})_2$ ) reúne determinadas características científicamente comprobadas, por lo cual, lo convierte en uno de los materiales de mayor elección para obtener un cierre apical. El caso que se expone, se presenta a la clínica de grado, recibiendo atención y seguimiento en la misma. El objetivo del tratamiento fue inducir una barrera apical calcificada, necesaria para realizar la compactación del material de obturación, en un diente joven con pulpa necrótica.

### Caso Clínico

- Edad: 9 años
- Sexo: Femenino
- Pieza dentaria: 2.1
- Tipo de traumatismo:  
Fractura coronaria con exposición pulpar



1. Protección pulpar directa+ restauración provisoria con IV.



2. Restauración con resina. Control al mes y a los 3 meses.



3. A los 12 meses AAA- Apertura



4. Acopio de  $\text{Ca}(\text{OH})_2$  y renovación a los 30 días.



6. Conductometría



7. Obturación final del conducto.

### Discusión

Si bien hoy existen dentro de los tratamientos de permanentes jóvenes otras alternativas, no puede dejar de decirse que la evidencia científica de las técnicas en base a hidróxido de Calcio conllevan a regeneración de tejidos en la región apical de ápices inmaduros.

### Conclusión

Muchos han sido los materiales estudiados e utilizados para la formación de una barrera de tejido duro o como un tope apical para prevenir la extrusión de los materiales de obturación en dientes con ápices abiertos. En el caso del hidróxido de calcio, por su alto efecto antimicrobiano, elimina bacterias a nivel apical, dando la posibilidad que se produzca una curación del tejido vital circundante y se forme una pared de tejido duro en capas de tipo reparativo o cementoide. Estas propiedades sumadas al bajo costo y su fácil manipulación, lo convierte en un material de elección frecuente en las prácticas de grado.

### Bibliografía

- Manual de lesiones traumáticas dentarias, J.O. Andreasen, L.K. Bakland, M.T. Flores, F.M. Andreasen, 2012.
- Bystrom A., Claesson R., Sundqvist G., Endod Dent Traumatol 1985;1:170-5
- Helthersay Gs. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1970;29:820-30
- Andreasen JO;Farlik B.;Munksgaard E., Int Dent J 2001;34:313-9

# Radiovisiografía y Microscopía Clínica en la detección de material de obturación endodóntica remanente



AUTOR: Pepe, Gisela Beatriz

Tutores: Thompson L, Kokubo S, Di Natale S, Tamini Elicegui LR, Abate PF  
Cátedra Odontología Integral Adultos, FOUBA.

Prof. Titular: Prof. Dr. TAMINI ELICEGUI, Luis Ernesto. Prof. Asociado: Prof. Dr. ABATE, Pablo Fernando

## Objetivo.

Comparar la eficacia de la radiovisiografía (RVS) y la microscopía clínica (MC) en la detección de material de obturación endodóntica remanente luego de realizar la preparación para anclaje intrarradicular.

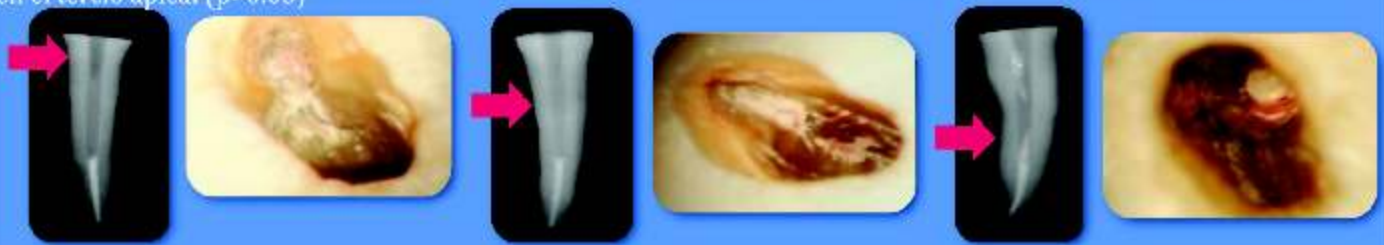
## Materiales y Métodos.

25 premolares inferiores tratados endodónticamente, preparados para recibir un poste de base orgánica reforzado con fibras (Exacto Nro. 1 – Ángelus, Brasil). Por cada pieza dentaria se tomaron RVS de frente y perfil mediante la utilización de un Radiovisiógrafo Schick (Schick Technologies, Inc.). Para su estudio, los 12 mm de longitud de la preparación radicular fueron divididos en tres tercios (coronario, medio y apical). En cada tercio se determinó la presencia o ausencia de material de obturación remanente visible en RVS y los datos obtenidos se volcaron en una planilla confeccionada para tal fin. Asimismo, cada pieza dentaria fue observada con un aumento de 25x mediante un MC (Carl Zeiss, OPMI Pico, Alemania) y los datos obtenidos se volcaron a una planilla para compararlo con los resultados de las RVS.



## Resultados.

Los resultados mostraron diferencias altamente significativas en la detección de material de obturación endodóntica remanente en los tercios coronario y medio ( $p < 0.01$ ) y no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en el tercio apical ( $p > 0.05$ )



	1/3C	1/3M	1/3A
RVS	20%	48%	84%
MC	96%	92%	88%

## Discusión.

La comparación entre ambas observaciones demostró que no siempre los remanentes de material de obturación endodóntica son detectados por la RVS especialmente los de menor tamaño.

Los porcentajes obtenidos reflejan la importancia de la utilización de la Microscopía clínica durante los procedimientos de preparación para anclaje intrarradicular.

## Conclusión.

La microscopía clínica (MC) demostró ser más eficaz que la radiovisiografía (RVS) en la detección de material de obturación endodóntica remanente en los tercios coronario y medio luego de realizar la preparación para anclaje intrarradicular.



## Retratamiento Endodóntico

Autor: Llados Paula, Coria Laura.

Tutor: Od. Bernal Daniela, Od. Chaintiou Piomo Romina, Od Buldo Mauro.

### Introducción:

Los tratamientos de conducto se consideran un procedimiento complejo para el odontólogo general. Se ha demostrado que más del 50 % de los dientes no reciben un tratamiento de conducto calificado como aceptable y aproximadamente 30-50% de ellos desarrollan signos radiográficos de periodontitis apical<sup>(1)</sup>.

El éxito del tratamiento endodóntico depende principalmente de la erradicación de los microorganismos del sistema de conducto radicular y la prevención de su reinfección<sup>(2)</sup>. El sistema de conductos radiculares se conforma con la ayuda de instrumentos de acero inoxidable y/o de níquel-titanio en conjunto con la irrigación constante para eliminar el tejido inflamado o necrótico, microorganismos/biopelículas y la utilización de una sustancia quelante para la eliminación del componente inorgánico del barro dentinario. Finalmente, la obturación tridimensional con un completo sellado coronal y apical hasta el límite de trabajo es fundamental para un pronóstico favorable del tratamiento<sup>(3)</sup>.

Si no se respetan los protocolos de instrumentación, irrigación y obturación, inevitablemente el fracaso será inminente.

### Caso clínico:

Paciente de sexo femenino de 25 años de edad, concurre a la Cátedra de Endodoncia F.O.U.B.A. con presencia de fistula en fondo de surco superior izquierdo apical a la pieza dentaria 2.2. Al examen clínico se observa una restauración filtrada y deficiente en pieza 2.2 y caries en distal de la pieza 2.1. Al examen radiográfico se evidencia en la pieza dentaria 2.2 la presencia de conducto subobturado; y gran proceso que abarca piezas 2.2 y 2.1.

Se procede a la realización del retratamiento de conducto con fresas de gates glidden y limas K, abundante irrigación con hipoclorito de sodio al 2,5% y EDTAC. Finalmente se realiza la obturación del mismo con conos de gutapercha y cemento de Grossman con la técnica de condensación lateral.



### Discusión:

Los cambios periapicales inflamatorios del hueso alveolar son más comúnmente causados por la invasión bacteriana a través de la pulpa y del sistema de conductos radiculares. La terapia de elección es el tratamiento de conducto convencional. Si éste es deficiente, los microorganismos pueden persistir en los espacios del conducto radicular no tratados o no bien obturados y reinfectar el mismo aún luego del tratamiento, perpetuando así la patología apical<sup>(4)</sup>.

Para tratar de conservar un diente tratado endodónticamente con patología periapical persistente, el retratamiento debe ser considerado como primera opción para eliminar los nichos bacterianos restantes en el sistema de conductos radiculares y colocar un material de obturación adecuado<sup>(4)</sup>.

En pulpas necróticas o retratamientos con lesión periapical persistente, las bacterias pueden estar presentes más allá de la constricción. En estos casos se ha recomendado que el tratamiento debe extenderse al ápice radiográfico o hasta 0,5 mm del mismo, manteniendo siempre su permeabilidad para dar paso a las soluciones irrigantes.

### Conclusión:

El retratamiento de conducto debe ser considerado siempre la primera opción terapéutica para solucionar un fracaso endodóntico, siempre y cuando el caso lo permita. Consiste en la eliminación del relleno presente, la nueva limpieza y conformación de los conductos, así como la identificación y corrección de la causa del fracaso del tratamiento previo (de ser posible). Los conductos vuelven a ser rellenados y sellados tridimensionalmente, y se debe realizar un seguimiento radiográfico posterior para valorar su evolución.

### Bibliografía

- (1) Kavanagh S, Sahrai S, Khayat A. Survey of endodontic practice amongst Iranian dentists participating restorative dentistry congress in Shiraz, Iran. *Indian J. Endod.* 2008;4(4):125 (November 2007).
- (2) Conroy De M. Irrigation practice among endodontic faculty and postgraduate students in dental college of India. *J. Indian Orthod.* 15(2): 394-398. (September 2013).
- (3) Sabir Mujyar, K Asou Shameem et. Al. Microleakage in Endodontics in Oral Health. 6(3):99-105 (November 2014).
- (4) Piccarini D, Rivas DW, Thomas van der Aa, et. Al. Assessment of the Nonoperative Root Canal Apical Surgery of the Upper Buccal Mandibular Molars: A 5-year Follow-up Study. *J. Endod.* 13(12): 935-937.



Implante Straumann® Bone Level Tapered



Más que  
estabilidad primaria.  
El nuevo estándar cónico.

En combinación con:



**SYNCROTECH**  
BUENOS AIRES / ARGENTINA

J. Salguero 1575 3° (1177), Buenos Aires, Argentina.  
Tel/Fax: (54 11) 4511-9520 info@syncrotech.com.ar  
[www.syncrotech.com.ar](http://www.syncrotech.com.ar)

**straumann**  
simply doing more



# POSTERS CIRUGIA



## CASO CLÍNICO

### Linfoma difuso de células grandes B.

### Protocolo de atención odontológica de un caso complejo.

Autores: Alarcón Gonzalo, Rudzinski Jessica, Aguirre Hayes Angela, Nócerá Antonella

Tutor: Dr. Lewin Pablo

Cátedra Patología y Clínica Bucodental, Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires.

## Caso Clínico

Paciente femenina, 29 años

Lugar de Residencia: Santa Rosa, La Pampa

06/2013 Diagnóstico: Linfoma difuso de células grandes B (LMNH) EIMB, IP<sub>1</sub> 2 (con compromiso mediastinal y retroperitoneal)  
Derivada al servicio CLAPAR II para evaluación y tratamiento odontológico previo a TAMO.

### Primera Sesión

Historia Clínica – Plan de Tratamiento

- Diagnóstico Periodontal:
- HS en 3 sitios.
- PS: 1,39mm.
- NIC: 1,37mm. Periodontitis leve.

- Laboratorio: Hemograma: Hto: 20%, Hb: 6,5g/dl, Leucocitos: 9.100/mm<sup>3</sup> (Neutrófilos: 84%, Linfocitos 8%). PLAQUETAS: 63.000/mm<sup>3</sup> (última sesión de quimioterapia reciente).
- Interconsulta con hematólogo para determinar conducta a seguir.
- Medicación actual: Filgrastim (citomodulador)



Maxilar Superior



Maxilar Inferior

### Segunda Sesión

Laboratorio: Hemograma: Hto: 22%, Hb: 7,0g/dl, Leucocitos: 14.100/mm<sup>3</sup> (Neutrófilos: 90%, Linfocitos 10%). PLAQUETAS: 124.000/mm<sup>3</sup>.

Tratamiento realizado:

- PROFILAXIS ATB: Clindamicina 600mg 1 hs antes y cada 6hs, 300mg durante 72hs más.
- Exodoncias mx inferior: pd 48, 47, 46, 45, 34, 35, 36 y 38. Cierre por primera de las heridas con colgajo desplazado a coronal y sutura de monofilamento de nylon 5-0



### Tercera Sesión

Tratamiento realizado:

- PROFILAXIS ATB: Clindamicina 600mg 1 hs antes.
- Control y retiro de suturas en mx inferior.
- Exodoncias Mx Superior: 13, 17, 18, 27 y 28.



### Cuarta Sesión

Tratamiento realizado:

- Control postoperatorio, retiro de suturas en mx superior.
- Terapia Básica periodontal e inactivación PD 3,3

La paciente no presentó complicaciones inmediatas o mediatas posteriormente al tratamiento realizado.

**ALTA BÁSICA**



Maxilar Superior



Maxilar Inferior

### Bibliografía:

- Signs, Symptoms and Complications of Non-Hodgkin's Lymphoma According to Grade and Stage in South Iran. Dehghani M, Haddadi S, Vojdani R.
- Role of filgrastim in the management of chemotherapy-induced neutropenia. Jonathan Heggatti Tiffany A Tate Louis M Pelusa
- <http://www.cancer.org/espanol/cancer/linfomahodgkin/guiaadetallada/linfoma-no-hodgkin-early-staging>



# EXODONCIA MÍNIMAMENTE INVASIVA EN PIEZAS ANTEROSUPERIORES



**Autores:** Martínez Hermet Rocío, Hilber Ezequiel, Santucci Victoria, Schanton Sofía

**Tutor:** Dr. Becerra Claudio Hermes

**Cátedra:** Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial I

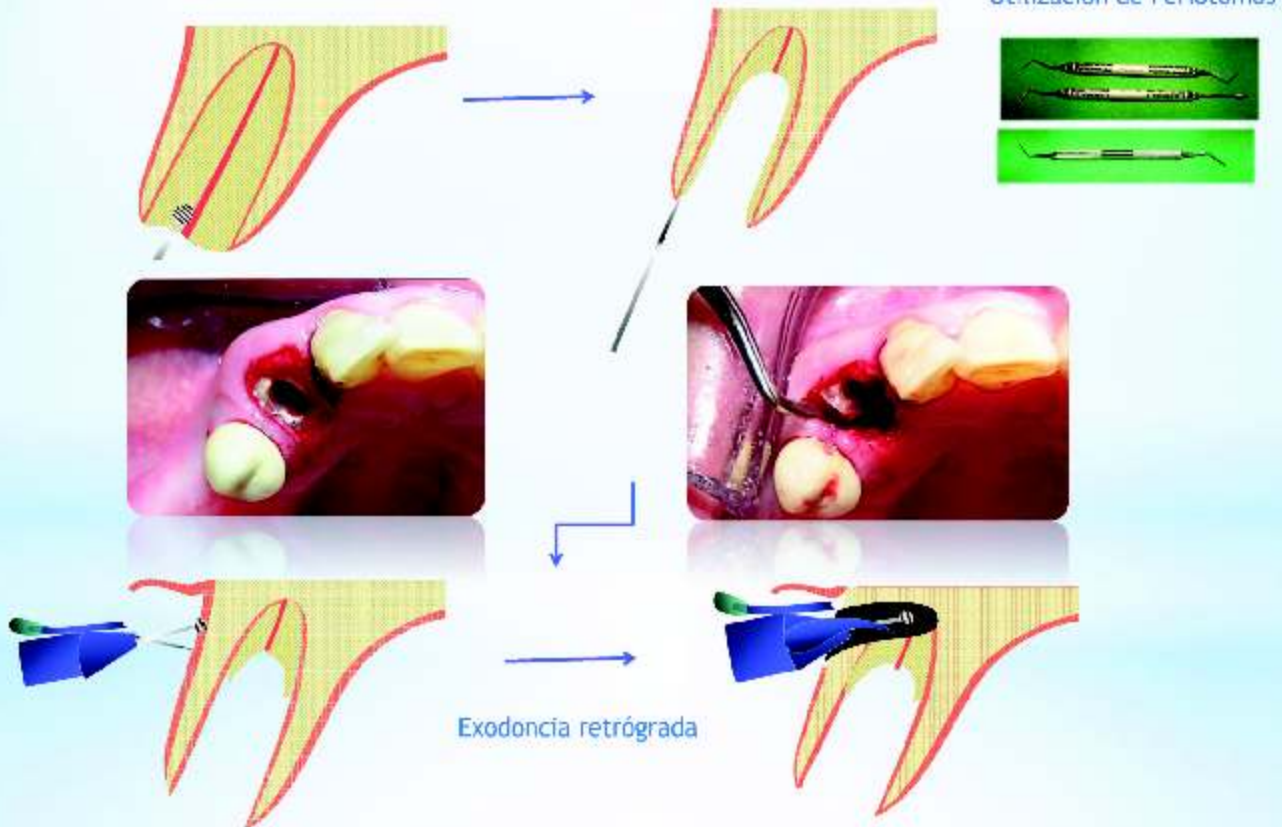
**Titular:** Dr. Puia, Sebastián

"Es la exodoncia realizada sin compromiso de las estructuras duras y blandas del alveolo."

## Tácticas quirúrgicas

Desgaste radicular

Sindesmotomía Profunda  
Utilización de Periótomos



### Requisitos de la exodoncia atraumática

- Conocer las estrategias
- Tener la aptitud quirúrgica
- Contar con el ámbito e instrumental adecuado

### Optimización

- Tener una rutina de trabajo
- Tener gusto por realizar la maniobra

**Realizar exodoncias mínimamente invasivas en dientes anterosuperiores nos permite evitar la alteración de los alveolos postextracción, logrando así preservar remanente óseo y los tejidos blandos, alcanzando una futura rehabilitación con mayor estética.**

1. Dimensional ridge alterations following tooth extraction. An experimental study in the dog. M. Araújo, J. Linder. *J Clin Periodontol* 2005; 32: 217-219
2. Healing of extractor sockets and surgically produced augmented and non-augmented defects in the alveolar ridge. An experimental study in the dog. G. Carderpool, M. Araújo, R. Hejroobara, F. Sukekava, J. Linder. *J Clin Periodontol* 2005; 32: 435-440
3. Ridge alterations following implant placement in fresh extractor sockets. An experimental study in the dog. M. Araújo, F. Sukekava, J. Wennström, J. Linder. *J Clin Periodontol* 2005; 32: 645-652

# Uso de crioterapia en el post-quirúrgico de 3<sup>er</sup> molares retenidos



Autores: Od. Hilber Ezequiel

Tutor: Dra. Myriam Parreira

Cátedra de Cirugía y Traumatología Buco Maxilofacial I

Jefe a Cargo: Dr. Sebastian Puia

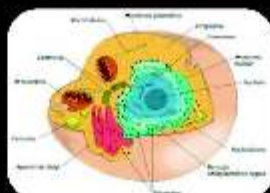


## INTRODUCCIÓN

La crioterapia consiste en la aplicación de frío sobre la superficie corporal, constituyendo un método muy eficaz de defensa frente al daño tisular agudo. Su objetivo es la reducción de la temperatura del organismo, que conlleva una serie de efectos fisiológicos beneficiosos tales como la disminución del dolor, edema, e inflamación.

## DESARROLLO

El mecanismo de acción se basa en generar una vasoconstricción local y una disminución del metabolismo celular provocando de esta manera que las células consuman menos oxígeno y resistan más tiempo a la isquemia.



### Factores a considerar

- ❖ Tiempo durante el cual se ha aplicado.
- ❖ Frecuencia
- ❖ El medio utilizado

### Riesgos

- ❖ Alteración de la coagulación
- ❖ Necrosis tisular

### Técnicas



## CONCLUSIÓN

Según el análisis bibliográfico acerca de esta terapia llegamos a la conclusión que es importante su utilización inmediata posterior a la cirugía y durante frecuencias de tiempo cortas en el tratamiento post-quirúrgico de los terceros molares retenidos.



# MIS<sup>®</sup> IMPLANTS

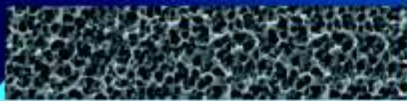
Make  
it  
Simple



Representante Exclusivo **Grimberg Dental Center S.A.**



CREANDO HERMOSAS SONRISAS.  
ASÍ DE SIMPLE



### MORFOLOGÍA DE LAS SUPERFICIES MIS

La macro y micro rugosidad de la superficie del titanio se consigue a través de un doble tratamiento: arenado con partículas (deformación) y grabado ácido (sustracción).



**C1**  
IMPLANTE C1

**SEVEN**  
IMPLANTE SEVEN

**M4**  
IMPLANTE M4

**LANCE**  
IMPLANTE LANCE

# BUCALTAC<sup>®</sup>

DENTAL CARE



COMPLETO SISTEMA DE CUIDADO BUCAL Y PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES ODONTOLÓGICAS

YO MIS DIENTES



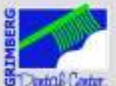
GrimbergGDC



@GrimbergDental

[www.grimbergdentales.com](http://www.grimbergdentales.com)

M.T. de Alvear 2081, CABA.  
Tel: (011) 4821-4114 / 0800-44-GRIMBERG (47462)  
[ventas\\_mis@grimbergdentales.com](mailto:ventas_mis@grimbergdentales.com)





# POSTERS EXPERIMENTALES

## INTRODUCCIÓN

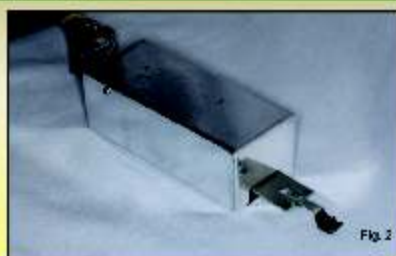
En la actualidad se están implementando distintas técnicas con la finalidad de reducir los tiempos de tratamiento ortodónico. En tal sentido, se ha publicado que la aplicación de la vibración mecánica produciría modificaciones en el remodelado óseo de la cortical periodontal alveolar. Se ha descrito en algunos casos, incremento del remodelado.

## OBJETIVO

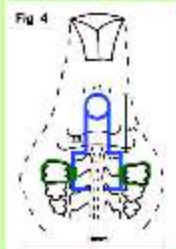
**Desarrollar un dispositivo "ad hoc" generador de vibraciones constantes con la finalidad de aplicarlo en ratas durante el movimiento ortodónico.**

## MATERIALES Y METODOS

El dispositivo consta de un motor de corriente continua (Fig. 1a), adosado a un chasis (Fig. 1b), que genera vibraciones que se transmiten a una cubeta de aluminio cubierta con silicona (amortigua la fuerza de la vibración a 3gr) (Fig. 2). La frecuencia es regulada por una fuente de corriente continua entre 30Hz (4.5volt) y 150Hz (12volt) (Fig. 3). La frecuencia vibratoria fue medida con un estroboscopio.

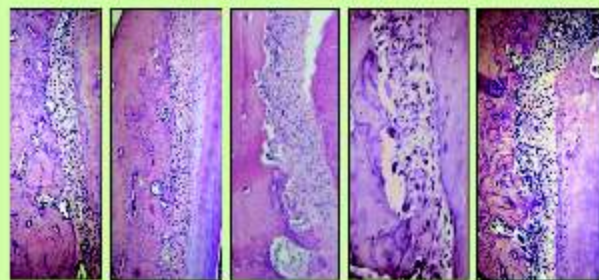


Se utilizaron 30 ratas Wistar macho de 250g asignadas a 6 grupos (n 5 cada uno): Control (GC); Vibración 30Hz (GV30); Vibración 150Hz (GV150); Movimiento Ortodónico (GMO); Movimiento Ortodónico + Vibración 30Hz (GMO+V30); Movimiento Ortodónico + Vibración 150Hz (GMO+V150). Bajo anestesia i.p. de 0.15 ml/100g peso de ketamina/xilazina (solución 4:1), se instaló un aparato ortodónico (Steimetz y Ubios, SAIO 1995) (Fig. 4), las ratas recibieron dos exposiciones de vibración durante 5 minutos ( $t_0$  post instalación y  $t_{24}$ ) (Figs. 5a-5b). Se practicó la eutanasia a las 48 hs siguiendo las normas del NIH y del Comité de Ética FOUBA. Se obtuvieron modelos de estudio (Fig. 6). Se resecaron los maxilares superiores y se procesaron para su estudio histológico obteniendo cortes orientados en sentido V-P a nivel de las raíces distales del primer molar superior, coloreados con H&E. (Fig. 7)



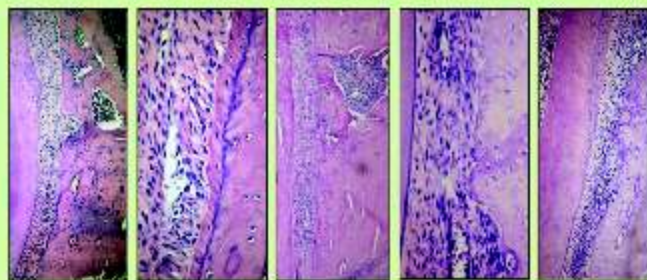
## RESULTADOS

### CORTICAL ALVEOLAR PERIODONTAL VESTIBULAR



En GC se observa el remodelado óseo de la cortical alveolar periodontal vestibular (mag. orig. X10), el cual se incrementa en el GV30 (mag. orig. X10). En GMO, a aplicación de la fuerza ortodónica produce un aumento de la erosión inactiva (mag. orig. X13). En GMO+V30 es evidente el incremento de la erosión activa (mag. orig. X40) el cual es más notable en GMO+V150, con aumento del número de osteoclastos (mag. orig. X10).

### CORTICAL ALVEOLAR PERIODONTAL PALATINA



En GC se observa en la cortical alveolar periodontal palatina, superficies osteoblásticas y quiescentes (mag. orig. X10). En el GV30 se aprecia incremento de la actividad osteoblástica, notase el hueso remodelado (mag. orig. X40). En GMO, se observan superficies osteoblásticas y quiescentes (mag. orig. X10). En GMO+V30 se observa al precursores de las superficies quiescentes y escasa erosión inactiva (mag. orig. X40), que incrementa en GMO+V150 con escasos sectores de erosión activa (mag. orig. X10).

## CONCLUSIÓN

**El modelo experimental utilizado permitirá evaluar cuali-cuantitativamente la respuesta del tejido óseo ante la aplicación de la vibración mecánica durante los tratamientos ortodónicos.**

Trabajo presentado en la XLVII Reunión Anual de la Sociedad Argentina de Investigación Odontológica (noviembre 2014)

Autoras del trabajo: Benitez Rogé SC<sup>1</sup>, Steimetz T<sup>2</sup>, Troncoso GR<sup>2,3</sup>, Guglielmotti MB<sup>2,3</sup>, Mateu ME<sup>1</sup>

Cátedras de Ortodoncia<sup>1</sup> y Anatomía Patológica<sup>2</sup>, Facultad de Odontología, UBA. CONICET<sup>3</sup>



# Papel modulador de la histamina en la liberación de mucina en la glándula submandibular de la rata normal y en un modelo de sialoadenitis experimental.

Maria Belén Benitez, Emmanuel Quinteros Villarruel, Betina Orman  
Cátedra de Farmacología, Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires.

## Resumen

La histamina es un importante mediador que modula numerosas respuestas funcionales en condiciones normales como patológicas y regula la secreción salival junto con otros mediadores. La glándula submandibular es una glándula mixta serosa/mucosa que secreta sustancias tales como amilasa, mucina, proteínas ricas en prolina y factores de crecimiento, entre otras.

El objetivo de este trabajo fue conocer el papel de la histamina en la producción de mucina en la glándula submandibular normal y con sialoadenitis (producida por *S. aureus*) en ratas Wistar macho.

La glándula submandibular (GSM) de la rata se incubó en presencia de concentraciones crecientes de histamina y también del antagonista del subtipo de receptor  $H_1$  y se midió la mucina producida. La producción máxima de mucina se obtuvo con una concentración de histamina  $1 \times 10^{-6}$  M (valor basal  $0.083 \pm 0.015$  vs  $0.17 \pm 0.02$ , estimulado con histamina)

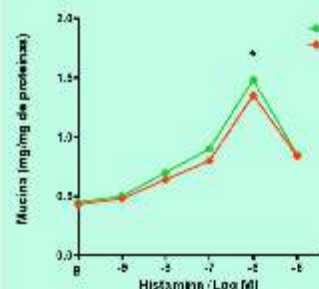
Cuando se incubó en presencia del antagonista del subtipo de receptor  $H_1$  (pyrilamina) disminuyó la producción de mucina tanto en la GSM normales como con sialoadenitis *in vivo*.

## Materiales y Métodos

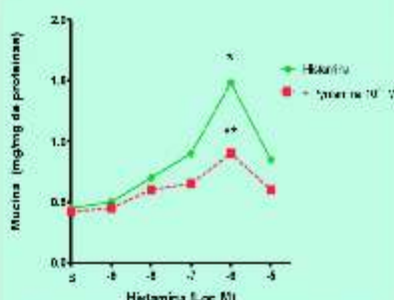
Se utilizaron ratas Wistar macho normales e infectadas durante 48 horas con *S. aureus* (ATCC 25923) (modelo *in vivo* de sialoadenitis experimental). Se cuantificó la producción de mucina por la técnica colorimétrica de Alcian Blue (Hall et al. 1980), en presencia de concentraciones crecientes de histamina y pyrilamina (antagonista del subtipo de receptor  $H_1$ ).



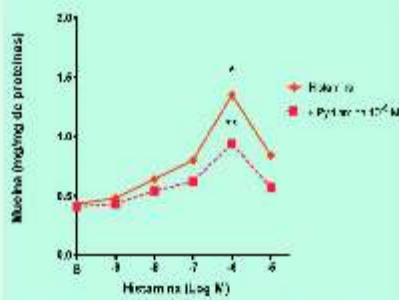
## Resultados



Producción de mucina en glándula normal e infectada ( $^{*}p < 0.001$  vs basal, n=8)



Participación de los receptores  $H_1$  en la producción de mucina ( $^{*}p < 0.001$  vs basal, n=8;  $^{**}p < 0.001$  vs Histamina  $10^{-6}$  M)



Participación de los receptores  $H_1$  en la producción de mucina en GSM infectada ( $^{*}p < 0.001$  vs basal, n=8;  $^{**}p < 0.001$  vs histamina  $10^{-6}$  M)

## Conclusión

La Histamina a través del subtipo de receptor  $H_1$  produce la estimulación de la producción de mucina tanto en la glándula submandibular de la rata normal como en el modelo de sialoadenitis *in vivo* infectada por *S. aureus* de forma dosis dependiente, observándose un pico con una concentración de Histamina  $10^{-6}$  M. La producción de mucina está mediada por el subtipo de receptor  $H_1$ .

# FIS

## Federa implante Switch



El sistema FIS fue concebido para restauraciones implanto-odontológicas de alta exigencia estética donde se requiere de una gran flexibilización de las opciones protéticas, tanto iniciales como sus posteriores reemplazos (switch) para adaptarse a la natural evolución de los tejidos.

Presentado por  
Implantes Dentales  
**FEDERA**

FEDERA S.R.L. Av. Córdoba 1856, 4º Piso. Bs As.  
Tcl/Fax: 011 4815 4467  
info@implantesfedera.com www.federa.com.ar



# POSTERS OPERATORIA Y PRÓTESIS



# RESOLUCIÓN DE LESIONES CON COMPROMISO ESTÉTICO *Protocolo de reconstrucción de ángulo en piezas 1.1 y 2.1*

Autor: RACEDO, Josefina

Tutores: HERNÁNDEZ, Pablo; BORSOTTI, Juan Pablo

Jefe de Comisión: BELLO, Ma. Fernanda

**OBJETIVO:** Restituir la integridad coronaria a piezas dentarias con lesiones de alto compromiso estético, utilizando una técnica de estratificación de resinas compuestas y llave de silicona para lograr anatomía de la cara funcional.



PREOPERATORIO



ENCERADO Y  
LLAVE DE  
SILICONA



ELECCIÓN DE COLOR



ELIMINACIÓN DE RESTAURACIONES PREVIAS



PRESENTACIÓN DE LLAVE DE SILICONA



ACONDICIONAMIENTO CON ÁCIDO  
FOSFÓRICO AL 37%



APLICACIÓN DEL SISTEMA AHESIVO



CONFECCIÓN DE LA CARA PALATINA  
CON RESINA TRANSLÚCIDA



DELIMITACIÓN DE MAMELONES



APLICACIÓN DE RESINA DE EFECTO  
BLANQUEADOR



DELIMITACIÓN DE REBORDES MESALES  
Y BORDES INCISALES



APLICACIÓN DE RESINAS ESMALTE  
CROMÁTICAS Y ACROMÁTICAS



POST OPERATORIO INMEDIATO



POST OPERATORIO MEDIATO



**CONCLUSIÓN:** La aplicación sucesiva de porciones de resinas de diferente opacidad (esmalte dentina), cuyas propiedades ópticas asemejan la naturaleza dentaria, y la utilización de una matriz orgánica de silicona permite lograr anatomía y estética en lesiones del sector anterior.

**BIBLIOGRAFÍA:** A Solution for everyday direct restorative challenges (Newton Fahl Jr, DDS - Journal of Cosmetic Dentistry 2010, vol 28, Nº 31); Step by step approaches for anterior direct restorative challenges (Newton Fahl Jr, DDS - Journal of Cosmetic Dentistry 2011, vol 29, Nº4); T P6 Claves en Odontología Estética (Ronald Hirste - Editorial Panamericana)

# Preservación del colágeno de la capa híbrida

Autoras: Claudia R. Nuñez Conde, Lucía Macellaro  
Tutor: Francisco J Piguillem Brizuela (Clínica I de Operatoria; FOUBA)

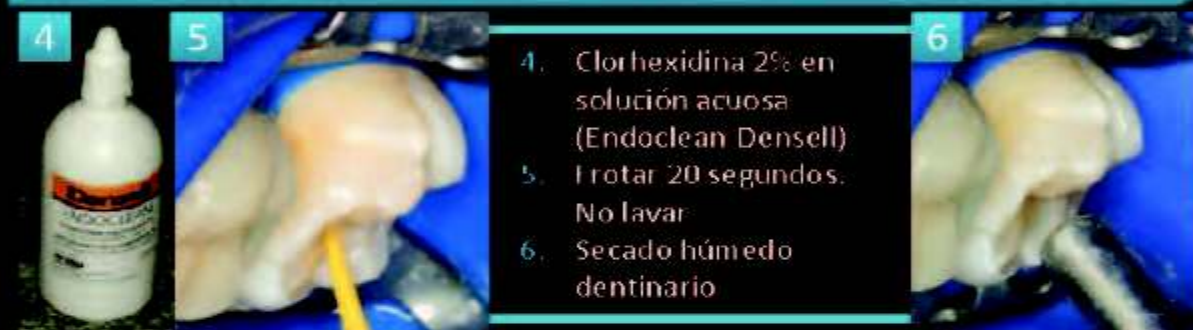
**INTRODUCCIÓN:** El objetivo de este trabajo es mostrar una maniobra clínica orientada a inhibir uno de los factores de degradación de las capas adhesivas



## CASO CLÍNICO

1. Preoperatorio de pieza 1. /
2. Preparación terminada
3. Grabado total: Total etch; Vivadent (H<sub>3</sub>PO<sub>4</sub> 37%)

El acondicionamiento con ácido fosfórico en dentina provoca la activación de enzimas endógenas denominadas metaloproteinasas (MMPs) que pueden degradar las fibras colágenas que componen la capa híbrida.



4. Clorhexidina 2% en solución acuosa (Endoclean Densell)
5. Frotar 20 segundos. No lavar
6. Secado húmedo dentinario

La utilización de una solución acuosa de clorhexidina al 2% sobre la dentina grabada puede inhibir dichas enzimas, preservar el colágeno que integra la capa híbrida y ralentizar el proceso de degradación adhesiva.



7. Adhesivo de grabado independiente de 3 pasos (Scotchbond Multipropósito Plus-3M Espe)
8. Colocación sucesiva de primer y bond
9. Activación lumínica
10. Restauración finalizada

**CONCLUSIÓN:** La evidencia científica propone al digluconato de clorhexidina al 2% en agua como una opción válida entre los inhibidores clínicamente aplicables de las MMPs, posibilitando el aumento de la longevidad de la capa híbrida.



# PULIR O NO PULIR

## Esa es la cuestión

**Autores:** Camila de la Peña, Carolina Rodríguez, Oriana Cinirella **Tutor:** Nadia Merrelstein  
**Cátedra:** Clínica I de Operatoria F.O.U.B.A. **Prof. Titular:** Gorzález Zanotto, Carlos

### OBJETIVO:

El objetivo de este trabajo es enfatizar la importancia de la secuencia de terminación y el pulido en las restauraciones de sector anterior, para reproducir las mismas características del diente natural (lóbulos, microtextura horizontal, surcos de desarrollo (verticales), y textura superficial), dependiendo de las características individuales de cada paciente.

### INTRODUCCION:

Las piezas dentarias del sector anterior tienen mayor exigencia estética.

Se debe tener en consideración la forma, el color y la alineación en la arcada de la pieza dentaria, sin dejar de lado la textura para lograr una restauración exitosa.

### DESARROLLO

1- Se comienza con la terminación de líneas de transición y alturas incisales con discos abrasivos. Generando áreas de reflexión de luz que influyen en el ancho aparente de los dientes y deben ser simétricos entre dientes homólogos.



2- Se continúa con la terminación de la superficie lingual y ajuste oclusal.



3- Luego, la terminación de superficie con brocha siliconada de granulación gruesa a baja velocidad y abundante refrigeración.



4- Pulido con brochas siliconadas de granulación media.



5- Se procede a realizar la texturización con puntas diamantadas.



6- Verificación de textura con polvo para superficie.

7- Disminución de la textura con brocha siliconada de granulación gruesa.



8- Se continúa la terminación y pulido interproximal, con tiras de pulido.



9- Pulido con gomas siliconadas de granulación fina.

10- Para finalizar, se realiza el pulido con disco de fieltro y pasta con óxido de aluminio.



pre - operatoria

post - operatoria

### CONCLUSION:

El mantenimiento de una superficie lisa en la restauración, mejora la estética y reduce la acumulación de placa. Sin embargo, una restauración de superficie lisa y brillante en un marco donde los dientes presentan texturas perceptibles, lejos de ser estética, será un foco de atención de alto peso óptico que quebrará la armonía de conjunto. Para cumplir con el objetivo de reproducir las mismas características del diente natural, es importante seguir paso a paso la secuencia explicada en este trabajo.

### BIBLIOGRAFIA:

- \*TIPS\*; R. Hrata; Ed. Panamericana
- \*Bases practicas de la odontología estética\*; B. J. Grispin; Ed. Masson, S.A 1998.
- \*Estética en odontología restauradora\*; G. Henostroza; 1º edición, Ed. Ripano S.A, 2008
- \*Estética en odontología, nueva generación\*; R. J. A.ves Cardozo; Ed. Artas edicas Ltda., 2003
- \*Operatoria Dental Integración Clínica\*; J. Barrancos Mooney, P. J. Barrancos; 4º edición- Buenos Aires. Ed. Medica Panamericana.

# PROTOCOLO PARA UNA CORRECTA TÉCNICA DE BLANQUEAMIENTO INTERNO



Autores: Od. Domartín, Candela; Od. Rodríguez Zaccari, Fernanda Sol.  
Tutor: Od. Doi, Yesica.

Cátedra Clínica I de Operaduría Facultad de Odontología Universidad de Buenos Aires.  
Prof. Titular: Od. González Zanotto, Carlos

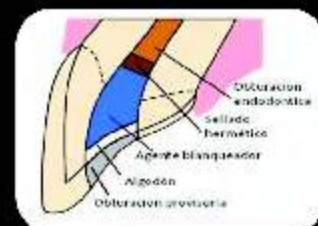


El blanqueamiento interno es una técnica conservadora que busca lograr estética en piezas dentarias que sufrieron alteraciones cromáticas dentinarias. Conocer la técnica correcta e identificar la etiología de la alteración del color, serán pasos determinantes en el tratamiento.

**OBJETIVO:** determinar un protocolo efectivo para tratar piezas dentarias desvitalizadas con alteraciones cromáticas.

## PROTOCOLO CLÍNICO

1. Diagnóstico: evaluar grado de oscurecimiento y etiología de la pigmentación para determinar el plan de tratamiento y pronóstico.
2. Registro de color: servirá para el control periódico y la evaluación del resultado final.
3. Aislamiento absoluto con protección de tejidos blandos.
4. Acceso coronal: utilizando el abordaje realizado para el tratamiento endodóntico.
5. Acceso radicular: desobturar 4 mm apicalmente respecto al I.A.C.
6. Sellado hermético del conducto con Ionómero Vitreo: un tapón de 2mm evita la filtración del agente blanqueador al ligamento periodontal cervical.
7. Grabado de la cavidad con ácido fosfórico al 37%.
8. Aplicación del agente blanqueador.
9. Colocación de torunda de algodón: para controlar la presión ejercida por la liberación de radicales de  $O_2$ .
10. Restauración provisoria con un correcto ajuste oclusal.
11. Alcalinización del medio con Hidróxido de calcio, una vez alcanzado el color deseado: para favorecer la futura adhesión de las resinas compuestas.
12. Restauración definitiva.



## CONCLUSIONES:

- ✓ El diagnóstico del oscurecimiento es el punto de partida, sabiendo que solo seremos efectivos sobre pigmentos orgánicos.
- ✓ Una de las claves en el éxito de este tratamiento es contar con un correcto tratamiento endodóntico.
- ✓ El seguimiento y control periódico del paciente permite detectar de forma prematura complicaciones, como la reabsorción cervical externa a nivel radicular.
- ✓ La recidiva es algo esperable en esta maniobra, siendo una de sus mayores desventajas.

## Bibliografía:

Tipo: Clínicas en Odontología estética. Ferra R. Ed. Panamericana, 2012.

Operaduría Dental: inspección clínica. Barramayo, Ed. Médica Panamericana 2006.

Color, Estética y Blanqueamiento Integrados: "Atlas de procedimientos y técnicas". Kohlen, De Franceschi, Rodríguez, 2007.

\*Tratamiento en incisivos centrados superiores após traumatismo dental. Treatment of upper central incisors after trauma. Irene Pina VAZ, Rita NICHES, João Cardoso FERREIRA, Patrícia PIRES, Joana BARROS. Manual Forças CARVALHO. Rev Gaúcha Odontol. Porto Alegre, v.59, n.2, p.305-311, abr./jun., 2011.

# Reconstrucción del punto de contacto en sector posterior



Autores: Blanco, Noelia - Maroni, María Constanza.  
Tutor: Od. Bal esterós, Gabriela.  
Profesor Titular: Od. Gonzalez Zanotto, Carlos  
Cátedra Clínica I de operatoria – FOUBA



La reconstrucción del punto de contacto en restauraciones directas del sector posterior es uno de los desafíos más grandes en operatoria dental. Su correcta anatomía, ajuste y localización son esenciales para conservar la salud periodontal y asegurar la longevidad de la restauración.

Dada la gran variedad de alternativas actuales en materiales, instrumental y técnicas, presentamos el protocolo clínico para una adecuada devolución del punto de contacto perdido.

## Protocolo clínico

Diagnostico: clínico y radiográfico.

Análisis: **ajuste y posición de la relación interdentaria en la pieza a restaurar y en la homóloga.**

Registro oclusal.

Anestesia y aislamiento absoluto.

Apertura y remoción de caries. Terminación de paredes y borde cavo.

Limpieza final con Digiugonato de Clorhexidina al 2%.

Aplicación del sistema adhesivo.

Sistema de matriz: **utilización de matriz seccional preformada de metal sin memoria, cuña de madera y anillo metálico.**

Obturbación estratificada y modelado: **Confección de una muralla en composite de baja contracción y alta carga cerámica (P60 3M®).**

**Retiro del sistema de matriz**

**Modelado de la restauración con técnica estratificada.**

Sellado de superficie.

Retiro del aislamiento.

Control oclusal funcional.

Control del ajuste del punto de contacto: **con hilo dental se verifica localización, tamaño y ajuste del punto de contacto.**



La reconstrucción del punto de contacto con matriz seccional preformada, cuña de madera y anillo metálico se basa en la evidencia clínica y bibliográfica encontrada, donde se observa mayor éxito clínico a largo plazo frente a otras técnicas con utilización de distintos materiales.

El modelado de la muralla en composite y el posterior retiro del sistema de matriz nos brinda comodidad de trabajo ya que luego continuamos tratando la lesión como una cavidad simple.

Es posible devolver salud a la pieza dentaria y longevidad a la restauración, siguiendo un protocolo preciso.

## Bibliografía:

-Operatoria Dental, Baranços Honey, 4ª edición, Ed. Panamericana.

-Materiales Dentales, March, 4ª edición, Ed. Panamericana.

-Creating Tight Proximal Contacts for MOD Resin Composite Restorations, Operative Dentistry, May/June 2011, Vol. 36, No. 3, pp. 304-310.

-The Influence of Matrix Type on the Proximal Contact in Class I Resin Composite Restorations, Operative Dentistry, July 2010, Vol. 35, No. 4, pp. 454-462.

-Influence of Volumetric Shrinkage and Curing Light Intensity on Proximal Contact Tightness of Class II Resin Composite Restorations: An In Vivo Study, Operative Dentistry, March/April 2012, Vol. 37, No. 2, pp. 205-210.

-Proximal Margins: Overring of Composite Restorations in Relation to Placement Technique of Separation Rings, Operative Dentistry, January/February 2012, Vol. 37, No. 1, pp. 21-27.





# Clareamiento Dental Combinado



**Autores:** Sarmiento X, Zurro N

**Tutores:** Hernandez P, Anchaya J

**Jefa de comisión:** Bello MF

Cátedra Clínica I de Operatoria Dental. FOUBA

**Introducción:** Hoy en día la preocupación de los pacientes según los estándares de belleza por lograr estética dental, implica un conocimiento por parte del odontólogo de protocolos y técnicas nuevas de clareamiento dental.

**Objetivos:** presentar un caso clínico utilizando la combinación de técnicas de clareamiento dental de uso profesional y ambulatorio.

**Método:** Paciente de 25 años, sexo masculino se presenta a la consulta preocupado porque "veo mis dientes mas oscuros". Luego de constatar la ausencia de lesiones cariosas, se realizó la toma de color dentario (muestrario VITA 3D Master). Se propone realizar una técnica combinada de clareamiento dental. Se registra fotográficamente la sonrisa. Comenzando por el maxilar superior, se realiza la profilaxis de las piezas dentarias y posterior aplicación del gel de peróxido de hidrogeno al 38% Opalescence Boost de Ultradent bajo aislamiento absoluto. Luego de 10 minutos se eliminan los restos del gel y el aislamiento, se toma nuevamente el color, logrando un clareamiento de 3M a 1M. Se entrega al paciente las cubetas individuales para que continúe con la aplicación domiciliaria de gel de peróxido de carbamida al 10% Opalescence PF por 7 días, terminando el tratamiento con una topicación de fluor neutro.



Inicio



Registro del color  
3M1



Registro de la sonrisa



Profilaxis



Aplicación de gel de  
peróxido de hidrogeno 38%



Nuevo registro del color  
1M1



Resultado intermedio



Cubetas individuales



Aplicación de gel de peróxido de carbamida  
10%



Cubetas instaladas

RESULTADO FINAL



**Conclusiones:** Existen diversos materiales para realizar procedimientos de clareamiento dental. Es de gran importancia conocer las diferentes técnicas, debido a la demanda de los pacientes ante las exigencias estéticas de la sociedad. Este tratamiento realizado correctamente no afecta la integridad de las piezas dentarias

**Bibliografía:** VÉLEZ VC, DELGADO CL. Blanqueamiento de piezas vitales. En: Henostroza HG, Estética en Odontología Restauradora, Madrid: Ripano, 2006; p.104-134. rbleaching with different techniques. Quintessence Int 2007; 38(514):404-409.

K-YAZICI AR, KHANBODAGHI A, KUGEL G. Effects of an in-office bleaching system (ZOOM) on pulp chamber temperature in vitro. J Contemp Dent Pract. 2007; 8(4):19-26.



# ANCLAJES INTRARRADICULARES INDIVIDUALIZADOS

## PARA RESTAURACIONES ESTÉTICAS

El avance en los estudios de la biomecánica de la estructura dental y su relación con los materiales de restauración demuestran que el módulo elástico de los postes de fibra de vidrio son prácticamente iguales a la dentina sana, razón que genera una tasa de aceptación en aumento al momento de realizar restauraciones estéticas en el sector anterior.

Caso clínico: Piezas dentarias con espacios amplios entre las paredes del canal radicular y los postes preformados, situación desfavorable para el cementado directo del poste, pues sumado a la falta de adaptación anatómica, la gran cantidad de cemento resinoso necesario para llenar el canal radicular conllevan a un factor C de contracción alto.

Alternativa: Poste individualizado con resina compuesta.



## POSTES DE FIBRA DE VIDRIO INDIVIDUALIZADOS

Macrolock-RTD con alto contenido de fibras por cm<sup>3</sup>



**Técnica:** Descontaminar el poste con ácido fosfórico al 5 % y acondicionarlo con adhesivo hidrófugo polimerizando por 20 seg.

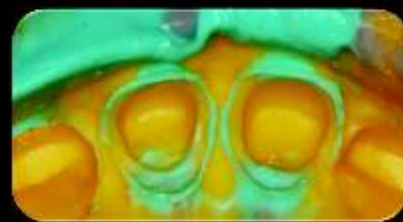
Esparcir en una loseta resina compuesta Z100 3M Espe y realizar un cono con el poste Macro Lock en el centro.

Lubricar el conducto con gel hidrosoluble e introducir el cono de resina con el poste, luego retirarlo e ir polimerizando a medida que se va retirando.

Polimerizar por todas las caras del poste y realizar el pulido de nódulos.

**Cementado:** Se utiliza un cemento de curado dual y autoacondicionante.

Se realizó una preparación con chamfer marcado, se tomaron las impresiones con silicona por adición.



**Conclusión:** La realización de la técnica convencional para postes preconfeccionados de fibra utilizando grandes volúmenes de cemento es causal de fracasos en corto o mediano plazo debido a la contracción de los cementos resinosos al ser aplicados en grandes volúmenes y sin técnicas incrementales. La individualización de postes de fibra es una alternativa simple si se conocen las propiedades de los materiales de restauración adhesivos.



# Composite flow utilizado como recubrimiento cavitario en tratamiento de lesión cervical.

Autores: Aguilar, María Soledad; Gagliardo, Miguel Ángel.  
Cátedra: Clínica I de Operatoria Dental FOUBA



## INTRODUCCION

La **adaptación** de los materiales de restauración a los **márgenes cavitarios** como al **piso** son cruciales para el **éxito** a largo plazo de los tratamientos. Para lograr ello, uno de los factores a tener en cuenta es **minimizar** los efectos adversos de la **contracción de polimerización**, que se puede obtener colocando liners con un **bajo módulo elástico** como son los **composite flow**.

Las **resinas de baja viscosidad**, son aquellas a las cuales se le **disminuyen el relleno cerámico** y en su matriz orgánica se agregan **modificadores reológicos** para generar un comportamiento de **escurrimiento** adecuado, pudiendo de esta manera poder **humectar** mejor las paredes cavitarias.

## OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es presentar uno de las posibilidades existentes en la clínica actual para el manejo de lesiones cervicales, utilizando un **composite flow** en la **regularización del piso cavitario** en combinación con una resina compuesta convencional.

## SECUENCIA CLÍNICA

1. Lesión vestibulo-cervical en pieza 3.6.
2. Eliminación de caries.
3. Colocación de composite flow como liner.
4. Restauración con resina compuesta convencional



## CONSIDERACIONES DEL MATERIAL

- ✓ Fluidez
- ✓ Espesor
- ✓ Módulo elástico

## CONSIDERACIONES DE LA TÉCNICA

Teniendo **esmalte suficiente** para realizar la técnica, obteniendo **estética**, **adhesión insuperable** en esmalte y **longevidad** en el tiempo.

### BIBLIOGRAFIA

- BARRANCOS MCKNEY J. *Operatoria Dental, Integración Clínica*. 1ª edición. Editorial Panamericana, 2006.
- RODRIGUEZ G, DOUGLAS R, PEREIRA S, NATALÉ A. *Evaluación y tendencias actuales en resinas compuestas*. Acta odontológica venezolana. v.46 n.3 Caracas dic. 2008.
- DIONYSOPOULOS D, PAPADOPOULOS C. *The Evolution of various Restoration Techniques on Internal Adaptor of Composites in Class V Cavities*. International Journal of Biomedicine. Volume 2017. Article ID 148057, 8 pages.
- SNAWONGSE P, PONGPRUEKSA E, TAGAMI I. *The effect of the elastic modulus of low viscosity resins on the microleakage of Class V resin composite restorations under occlusal loading*. Dental Materials Journal 2010; 29(3): 324-325



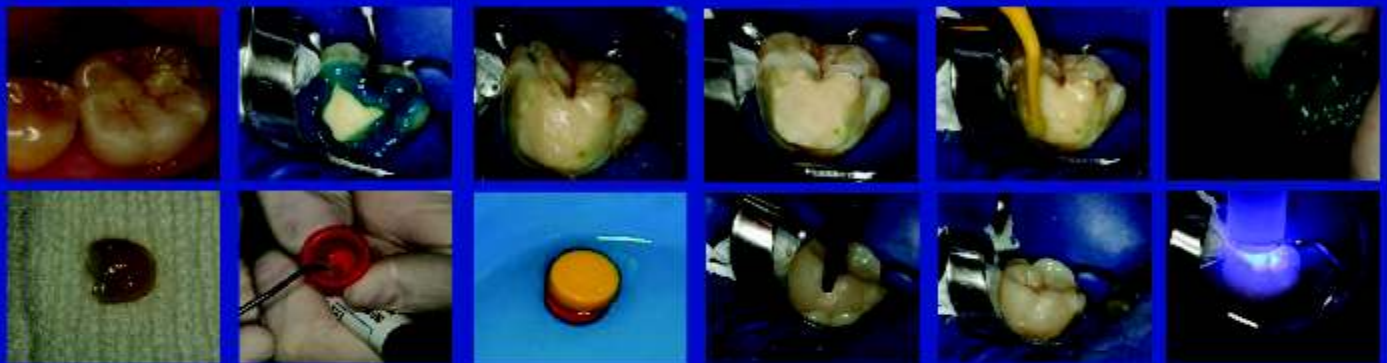
## FIJACIÓN DE INCRUSTACIONES DE RESINA: Caso clínico

AUTORES: Buonamassa Juliana, Grimalt Sofía, Tacco Antonella, Tortoni Sebastián TUTOR: Boaventura Dubovik, M. Agustina  
Cátedra Clínica I de Operatoria, FOUBA. Prof. Titular: González Zanotto, Carlos

### INTRODUCCIÓN

Al momento de la elección del medio de fijación para una incrustación de resina buscamos mecanismos que aseguren la adhesión, integración y su longevidad. Dentro de los materiales que disponemos en el mercado, los que reunirían estas condiciones son el composite de curado dual y el fotopolimerizable.

En este caso clínico presentamos la fijación de una restauración de resina con composite microhíbrido fluidificado.



### CARACTERÍSTICAS DEL MEDIO DE FIJACIÓN UTILIZADO

- Mayor tiempo de trabajo para el correcto asentamiento de la restauración.
- Su capacidad para fluir facilita el retiro de excesos de resina.
- Mayor estabilidad del color otorgándole a la restauración mejores propiedades ópticas.
- Se recomienda elegir un tono neutro que mejore la redistribución de la luz.
- Desde el punto de vista mecánico presenta mayor resistencia (similar carga cerámica al del material de restauración)

### CONCLUSIONES

Siempre que contemos con espesores delgados de la restauración podremos optar por el composite microhíbrido fluidificado, ya que su precalentamiento mejora significativamente el rendimiento del curado con luz y permite que alcance grados de conversión óptimos.

En este trabajo optamos por utilizar una resina fotopolimerizable debido a su fácil manipulación, favorable tiempo de trabajo, consistencia idónea, mejores propiedades físico mecánicas, alto contenido de relleno y estabilidad de color.



*"El éxito final de la adhesión se basa en la adecuada preparación y correcto acondicionamiento de la superficies involucradas."*



### BIBLIOGRAFÍA

- \*1: Pascal Magne, Urs Belser: Restauraciones De Porcelana Ache rida en los Dientes Anteriores. Editorial Quintessence, S.L., Barcelona, 2004
- Bertoldi H.: Rehabilitación posendodóntica: Base racional y consideraciones estéticas. 1ª ed. Ed Panamericana 18. 2012
- Barrancos Moorey, J., Barrancos P.: Operato ría Dental. Integración Clín ca. 4ª ed. Argentina. Ed Panamericana. 2006
- \*Degree of conversion of three composite materials employed in the adhesive cementation of indirect restorations: A micro-Raman analysis" Pier Antonio Acquaviva, Francesca Cerutti , Gianmar ia Adami, Massimo Gagliani, Marco Ferrari, Enrico Gherlone, Antonio Cerutti. Journal of Dentistry 37 (2009) 650 – 615
- \*"Marginal adaptation and microtensile bond strength of composite indirect restorations bonded to dentin treated with adhesive and low-viscosity composite" Oswaldo S. de Andrade, Maric F. de Goes, Marcos A.J.R. Moraes, Dental Materials 23 (2007) 279–287

# Restablecer Anatomía y función con resinas compuestas. Técnica Estratificada.

Clinica I de Operatoria FOUBA

Autores: Roson Agustín

Tutores: Hernández Pablo, Crundall Jesica

Jefa de Comisión: Bello María Fernanda



**Objetivo:** Restaurar anatomía y función



2-Colocación del liner de IV



1 Restauración con amalgama desadaptada



9 Restauración terminada con sus respectivos contactos oclusales



8 Colocación de tinte subsuperficial



3-Modelado de la cúspide M-L



4-Modelado de la cúspide M-V



5 Modelado de la cúspide D-L



6- Modelado de la cúspide central



7- Modelado de la cúspide D-V

## Método

Diagnóstico clínico y radiográfico - Eliminación de amalgama y tejido afectado - lavajes con clorhexidina 2.0% - Colocación de liner de Ionómero Vitreo - Técnica adhesiva - Estratificación de la resina compuesta - Aplicación de tinte - Aplicación de sellador de superficie - Control oclusal

**Resultados:** la rehabilitación funcional y estética de una pieza con pérdida de tejidos es posible empleando procedimientos racionales que aseguren resultados más adecuados y duraderos.



**Conclusión:** Restaurar una pieza dentaria implica un conocimiento de los niveles de oclusión para que la misma pueda integrarse funcionalmente al sistema gnático, lo que implica un modelado del material restaurador.

**Bibliografía:** Restauración estéticas con resinas compuestas en dientes posteriores.

Baratieri, Editorial Medical Latinoamericana. Estética en odontología restauradora. Henostroza, Editorial Ripano. Adhesión en odontología restauradora. Henostroza, Editorial ABO. Oclusión Diagnóstica en Rehabilitación Oral. Anibal Alonso, Editorial Panamericana.



# Clínica Integrada II de Operatoria y Prótesis Facultad de Odontología- UBA



**Autores:** Barbieri van Haaster Martin M, Flori de Leon Maximiliano  
Tejera Montenegro Ezequiel.

**Tutor:** Pasart Jorge

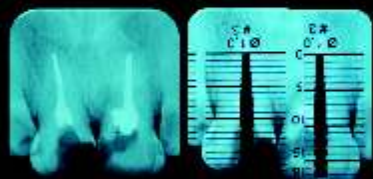
## POSTES DE FIBRA DE CUARZO INDIVIDUALIZADOS

### PARA RESTAURACIONES ESTÉTICAS

Requerimientos estéticos por parte de pacientes que no aceptan restauraciones periféricas totales ceramometálicas con virola metálica que generan encías violetas obligó a nuestra especialidad a introducir restauraciones libres de metal y postes preformados de fibra en la cotidianeidad de nuestros tratamientos.

**Caso clínico:**

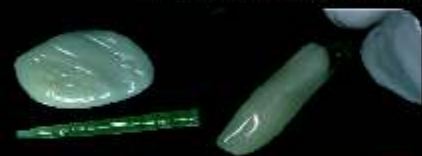
Piezas dentarias con conductos radiculares amplios o con necesidad de retratamiento endodónticos presentan características radiculares incompatibles con la técnica convencional para postes preformados dado que es inalcanzable la adaptación anatómica e íntimo contacto entre el poste y el sustrato dentario necesario para el anclaje y fijación del mismo.



### POSTES DE FIBRA DE CUARZO INDIVIDUALIZADOS



Macrolock-RTD X-RO Con alto contenido de fibras de cuarzo por cm<sup>3</sup> y retención macro-mecánica



La individualización del poste preformado con resinas compuestas se presenta como una alternativa confiable y precisa para lograr anclaje en casos desfavorables.

Cuando el anclaje es óptimo cualquier agente cementante podría ser usado aunque se recomienda un cemento de resina de curado dual y autocondicionante.

**Discusión:** La utilización de postes preformados sin íntimo contacto con el canal radicular es un error cometido por los profesionales odontólogos, recayendo en el uso de grandes volúmenes de cemento.

Solo la técnica de postes accesorios o la técnica de postes individualizados logran el íntimo contacto, reduciendo el volumen de cemento y el estrés de contracción.



**Conclusión:** en casos desfavorables con anatomía radicular amplia o necesidades de retratamientos endodónticos la utilización del poste individualizado combina técnicas adhesivas entre fibras de cuarzo inmersas en matriz de resina y resinas compuestas logrando una copia fie del canal radicular, una excelente adaptación anatómica y mínimos espesores de cemento de fijación.



# PROTOCOLO CLINICO PARA LA TECNICA DE WALKING BLEACH CON PERBORATO DE SODIO



AUTORES: Bilbao, Manuel; Distasi, Antonella; Riccò, Daniela; Taddei, Giuliana.

Tutor: Carballo, Alejandro.

Cátedra Clínica I de Operatoria, FOUBA. Prof. Titular: González Zanotto, Carlos.

## INTRODUCCION

La técnica de walking bleach consiste en el tratamiento de dientes no vitales pigmentados mediante la colocación de una solución de perborato de sodio y agua destilada en la cámara del conducto. En dicha solución el perborato se disocia formando metaborato de sodio, oxígeno nascente y peróxido de hidrogeno el cual libera radicales libres que actúan sobre las moléculas orgánicas causantes de la pigmentación, rompiendo sus dobles ligaduras.

## PROTOCOLO CLINICO



1- Toma de color y foto inicial.



2- Apertura cameral.



3- Desobturación y limpieza de la cámara.



4- Base de ionómero vítreo de 2 mm.



5- Colocación de solución de perborato de sodio y agua destilada.



6- Obturación provisoria con ionómero vítreo.



7- Retiro del agente blanqueador y neutralización con CaOH.



8- Restauración definitiva con composite.

## DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Paciente masculino de 23 años concurre a la consulta para mejorar su estética.

Frente a la anamnesis, el paciente relata haber tenido un traumatismo a los 11 años en el la pieza 1.1, el cual fue restaurado con resina compuesta. Al cabo de un año presentó sintomatología dolorosa y se le realizó el tratamiento endodóntico.

Al examen radiográfico se visualiza la presencia de material de obturación por encima del LAC, lo que causo la pigmentación.

Se procedió a la apertura y limpieza del espacio cameral y se realizo una desobturración de 4 mm por debajo del LAC. Luego se instalo una base de IV de 2 mm para sellar el conducto. Se coloco una solución de perborato de sodio y agua destilada en relación 2:1 y se obturó provisoriamente con IV. A las dos semanas se alcanzo el color deseado y se colocó hidróxido de calcio para neutralizar el pH de la cavidad y evitar la reabsorción radicular externa. Al cabo de 14 días se realizo la restauración definitiva con resina compuesta.



## CONCLUSION

La técnica de walking bleach es un recurso muy útil cuando se desea devolver estética a una pieza no vital pigmentada de manera conservadora. La selección de perborato de sodio en solución acuosa como agente blanqueador nos otorga el beneficio de reducir la probabilidad de reabsorción radicular externa a nivel cervical, con la misma efectividad blanqueadora de otras técnicas.

## BIBLIOGRAFIA

- Polino G, Buono L, Grande N, Pemejer C, Somira F. Nonvital tooth bleaching: a review of the literature and clinical procedures.
- Ari H, Ungör M. In vitro comparison of different types of sodium perborate used for intracoronal bleaching of discoloured teeth.
- Weiger R, Kühn A, Löel C. In vitro comparison of various types of sodium perborate used for intracoronal bleaching of discolored teeth.



# Desproteínización: alternativa para adhesión en dentina

Autores: Aguilar, María Soledad; Gagliardo, Miguel Ángel;  
Protas, Natalia; Suárez, Lautaro.  
Cátedra Clínica I de Operatoria FOUBA.



## INTRODUCCIÓN

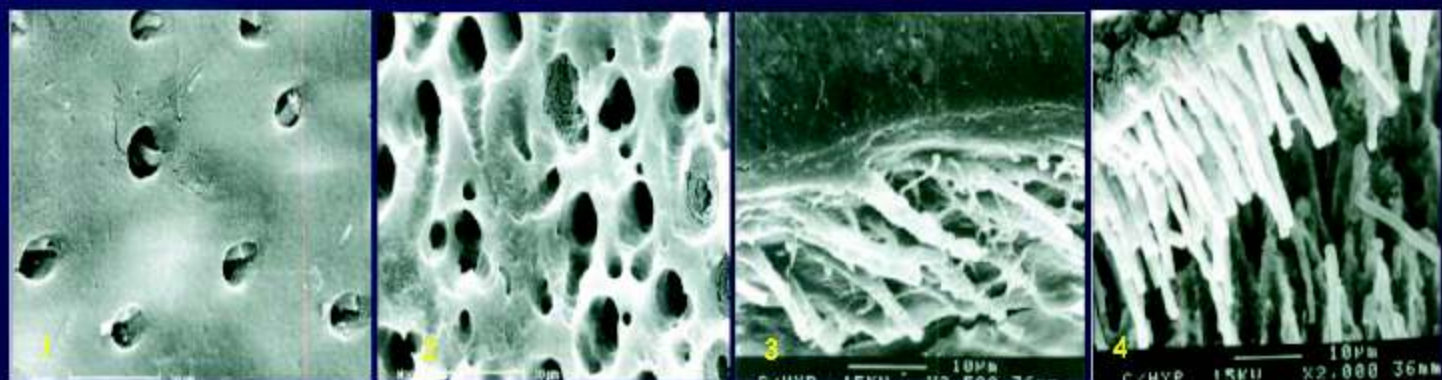
Una de las líneas de investigación actual en odontología es la desproteínización en dentina como un complemento en la adhesión ante las dificultades del control de pasos en la técnica convencional. Consiste en la remoción del colágeno de la superficie dentinaria, buscando obtener un sustrato rico en hidroxiapatita y túbulos dentinarios abiertos. Con ello no se resolverían los problemas relacionados con la humedad del sustrato, pero permitiría la penetración del agente adhesivo en la trama colágena.

Esto se explica debido a que se eleva la energía superficial de la dentina, mejorando la capacidad humectante adhesiva y obteniendo tags más profundos y fuertes.

El hipoclorito de sodio es un agente proteolítico que remueve los componentes orgánicos de la dentina, el colágeno desestabilizado superficial y el barro dentinario producto de los sistemas adhesivos de grabado independiente.

## TÉCNICA

- 1- Colocación ácido fosfórico al 37% por 8 segundos en el sustrato. Lavado y secado.
- 2- Aplicación de NaClO al 5-5,2% por dos minutos.
- 3- Lavado profuso y secado de la superficie.
- 4- Imprimación con resina y luego colocación de adhesivo.



1-Dentina grabada con ácido fosfórico 37 %; 2-Dentina desproteínizada posterior al grabado ácido; 3-Adhesión con fibras colágenas; 4- Adhesión sin fibras colágenas.

## CONCLUSIÓN

La desproteínización es una alternativa en la optimización del protocolo adhesivo, pero aun debe realizarse una profundización de estudios clínicos en humanos. Según la bibliografía actual, mejoraría la longevidad y efectividad del proceso adhesivo, pero siempre dependiendo de la correcta elección y utilización del sistema adhesivo correspondiente a cada caso.





Cátedra Técnica  
de Operatoria  
Dental

# POSTE ANATÓMICO en diente Permanente Joven

*AUTORES: Lauriola Lucía L. – Marcarian Luciana – Pastene Gisela*  
*Colaborador: Fernandez Sarraf Ignacio*  
*TUTOR: Prof. Zaiden Silvia Liliana*



## INTRODUCCIÓN

La rehabilitación del diente tratado endodónticamente es un procedimiento complejo debido a las extensas destrucciones coronarias con la necesidad de una conexión intrarradicular para dar anclaje a la restauración protética final.

Los Postes de fibra de vidrio prefabricados, no se adaptan en aquellas piezas dentarias cuyo canal radicular es de forma elíptica u oval.

Los POSTES ANATÓMICOS, son una alternativa estética donde se individualiza el poste preformado a la anatomía del conducto radicular, mediante una resina de fotocurado. Como resultado de la precisa adaptación del poste una vez fijado, se puede observar una delgada y uniforme capa del medio de fijación a base de resina lo cual disminuye la probabilidad de formación de burbujas y vacíos que representan áreas de debilidad dentro del material alterando las condiciones ideales para la adhesión del poste.

## CASO CLÍNICO



## CONCLUSIÓN

La técnica de POSTES ANATÓMICOS permite obtener una preparación conservadora con una íntima adaptación de la conexión intrarradicular a la luz del conducto, empleando una mínima cantidad del medio de fijación alrededor de la circunferencia del poste, asegurando el éxito de la RESTAURACIÓN.

Ferrari, et al. Fiber posts Characteristics and clinical applications. Ed Masson, Italy, 2002. ; Ferrari, M Manocci F, Vichi A. et al. Bonding to root canal: Structural characteristics of the substrate. Am J Dent, 2000, 13:120-127. ; Grandini S, Ferrari M. I perni anatorrici. II Dentista Moderno, 2000,97-102. ; Grandini, S., Borracchini, A., Goracci, C., Monticelli, F and Ferrari, M. SEM. "Stucy to compare the Routines of Two Different luting fiber posts" Vol J Den: Res 82 IADR , 2003. ; Saravia Rojas Miguel A. Postes Completamente Estéticos y Anatómicos: Bases Científicas para su práctica clínica., 2004. ;Scotti Roberto, Ferrari Marco. Pernos de Fibra. Bases teoricas y aplicaciones clinicas. Ed Massor 2004, Cap 9, 93-98. Pignata Volpe S.,Vola Gelmini J. et al. Técnica del poste anatómico(Grandini) Caso Clínico, 2012; Grandini S. et al. Use of anatomic post and core for reconstructing and endodonticly treated tooth: a case report, J Adhes Dent 2003, 5:243-247.

# PROTOCOLO DE FIJACION PARA CARILLAS CERAMICAS DE DISILICATO DE LITIO

Universidad de Buenos Aires - Facultad de Odontología - Cátedra Odontología Integral Adultos

Autores: L. Pamela Gotelli

Tutores: Carlos A. Fernández - Laura A. Derch

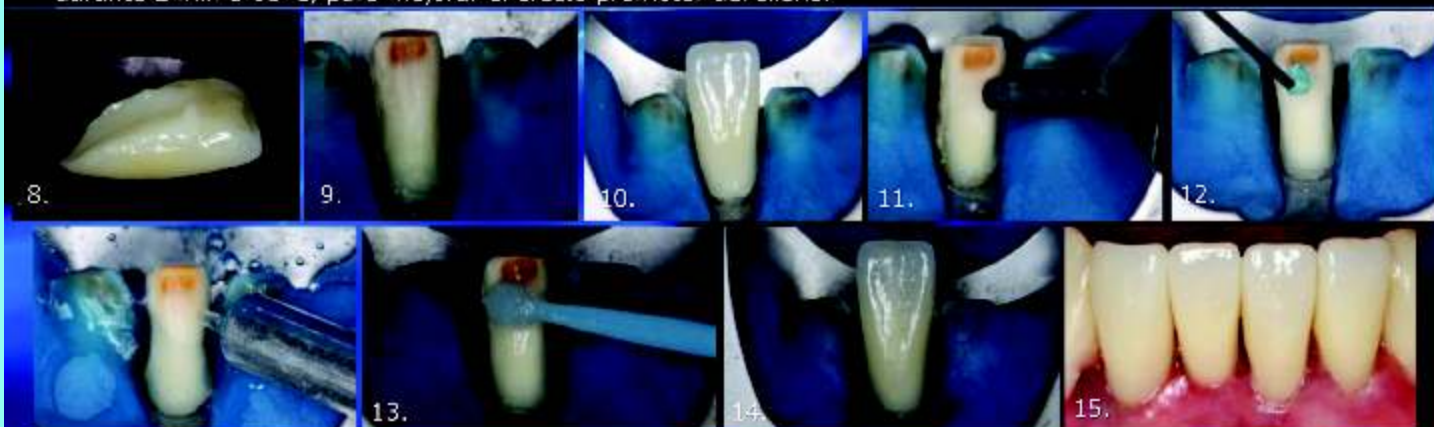
## Introducción

La fijación de carillas cerámicas es un procedimiento muy sensible a la técnica. A través de un caso clínico realizado por una alumna de grado en la asignatura "Clínica Integrada V", se presenta un protocolo de fijación para carillas de cerámica de disilicato de litio.

## Materiales y Métodos



1. Prueba de ajuste y asentamiento marginal sobre modelo de yeso. 2. Preparaciones dentarias con sellado dentinario inmediato previamente realizado. 3. Prueba y ajuste individual y de conjunto en boca. 4. Grabado de la superficie interna con ácido hidrofúorhídrico al 10 % (Dentsply) durante 20 segundos, neutralización de la acción ácida con solución de bicarbonato de sodio, lavado profuso y secado. 5. Colocación de ácido fosfórico al 37% para la eliminación de residuos, lavado y secado. 6. Aplicación de silano (Dentsply). 7. Carilla en horno de calor (Calsel, Ad-dent) durante 2 min a 68°C, para mejorar el efecto promotor del silano.



8. Aplicación de adhesivo (Scotchbond<sup>®</sup>, 3M/ESPE) sin polimerizar y composite (Z100, 3M/ESPE, A2) sobre la cara interna de la carilla y su posterior termoplastizado en horno de calor (Calsel, Ad-dent) a 54°C durante 1 min. 9. Aislamiento absoluto. 10. Ajuste final individual una vez colocado el dique de goma. 11. Microarenado con óxido de alúmina 50 µm a 60 psi (Microetcher Model II, Danville). 12. Grabado ó limpieza de la superficie dentaria, sellada inmediatamente, con ácido fosfórico al 37% (3M/Espe), lavado y secado. 13. Aplicación de adhesivo (Scotchbond<sup>®</sup>, 3M/Espe), sin polimerizar. 14. Restauración adherida con resina compuesta, retiro de excesos. 15. Control inmediato.

## Discusión

Una correcta técnica de fijación adhesiva viene precedida por un aislamiento óptimo del campo operatorio. La utilización de ácido fosfórico al 37% sobre la superficie interna de la cerámica a sustituido al lavado en ultrasonido con alcohol 96° durante 5 minutos (protocolo anterior). Otro punto a tener en cuenta es la utilización de Silano de dos componentes ya que se adquiere inactivo evitando que las moléculas reaccionen entre ellas en un ambiente acuoso y precipiten. El calor mejora el efecto promotor del silano condensando las moléculas de acoplamiento dentro de la superficie cerámicas eliminando el agua y otros contaminantes. Por último, la utilización de composite termoplastizado y no de un cemento de resina de polimerización dual, radica en el tiempo ilimitado de trabajo, la facilidad de eliminación de excedentes y la estabilidad del color, debido a la ausencia de las aminas en su composición. Podemos concluir que el éxito final de la adhesión y por supuesto de nuestra restauración a largo plazo, se basa en la adecuada preparación y el correcto acondicionamiento de las superficies involucradas según el protocolo de fijación descrito.

P. B. CIBRERA

Revista Argentina de Odontología, Vol. 45, No. 1, 2005. Pp. 1-10. Publicado por la Asociación Argentina de Odontología Integral, Buenos Aires, Argentina.

Revista Argentina de Odontología, Vol. 45, No. 1, 2005. Pp. 1-10. Publicado por la Asociación Argentina de Odontología Integral, Buenos Aires, Argentina.

Revista Argentina de Odontología, Vol. 45, No. 1, 2005. Pp. 1-10. Publicado por la Asociación Argentina de Odontología Integral, Buenos Aires, Argentina.

Revista Argentina de Odontología, Vol. 45, No. 1, 2005. Pp. 1-10. Publicado por la Asociación Argentina de Odontología Integral, Buenos Aires, Argentina.



# POSTERS PREVENCIÓN



## HIPERTENSIÓN ARTERIAL: IMPACTO DEL ODONTÓLOGO EN SU DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO

Integrantes: Aguirre Hayes Ángela, Jesica Rudzinski, Gonzalo Alarcón, Antonella Nocera.  
Tutor: Prof. Liliana Nicolosi.

Presentación SAIO 2014; Autores: González NN, Salegh J, Lewin PG, Stolbizer F, Lenarduzzi A, Rubio MC, Rodríguez P, Nicolosi LN

Cátedra Patología y Clínica Bucodental, Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires.

Estudio aprobado por el  
Comité  
de Ética de la FCUBA

La incidencia de Hipertensión Arterial (HTA) es elevada en la población adulta. Casi la mitad de los hipertensos desconoce padecer la enfermedad, por lo que el control de la presión arterial (PA) previo al tratamiento odontológico constituye una **fuerte recomendación** de los consensos internacionales.

El diagnóstico de HTA se basa en una media de dos o más determinaciones de la PA obtenidas de manera adecuada en cada una de al menos dos visitas efectuadas en la consulta, separadas (por lo menos en dos oportunidades distintas). Valor de PA **igual o mayor a 140/90 mmHg**

El control de la hipertensión arterial (HTA) reduce el riesgo de ACV 40%, Infarto de miocardio 25% e insuficiencia cardíaca 50%. **Podría el odontólogo tener un rol protagónico?**

### Objetivos:

Estimar la prevalencia de HTA conocida y no conocida en pacientes (P) que concurren a la consulta odontológica.

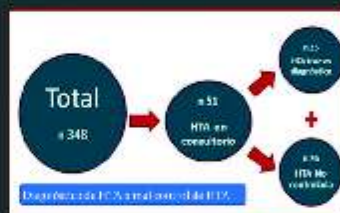
### Materiales y métodos:

Estudio de prevalencia, prospectivo, con determinaciones a repetición. Se incorporaron P de ambos sexos, edad  $\geq 18$  años. Previo a la atención se realizó la encuesta de **Ansiedad Dental Modificada de Corah** y escala de dolor. Se registraron: antecedentes de HTA, medicación antihipertensiva y Factores de Riesgo Aterogénico. Previo al tratamiento el odontólogo realizó 2 controles de PA sistólica y diastólica (PAS-PAD) y frecuencia cardíaca (FC) con tensiómetro digital. Los P con PA  $\geq 140/90$  mmHg fueron controlados por cardiólogos para la confirmación del diagnóstico de HTA.

**Análisis estadístico:** SPSS 20, test aplicados: ANOVA, t Test, Índice de Correlación de Pearson,  $\alpha < 0.05$  e IC del 95%.

### Resultados:

Incluidos 348 P, edad 40.56 $\pm$ 15.71 años, hombres 150 (43.1%), FRA referidos: HTA 19.8%, diabetes 3.4%, hipercolesterolemia 4.6%, tabaquismo 18.1%, obesidad 13.5%. Valores basales y post tratamiento respectivamente: PAS 128.21 $\pm$ 18.15 vs 127.01 $\pm$ 17.89 ( $p=0.05$ ;  $t=1.94$ ; IC 95% 0.014-2.42); PAD 74.90 $\pm$ 11.55 vs 75.44 $\pm$ 11.50 ( $p=NS$ ); FC 76.85 $\pm$ 11.74 vs 76.28 $\pm$ 12.45 ( $p=NS$ ). Se diagnosticó HTA en 25 P (7.2%) y mal control en 26 P (7.5%) hipertensos tratados. La ansiedad y el dolor no se correlacionaron con los niveles de PA y FC. Nivel de ansiedad leve 275 (79.02%), moderada 65 (18.67%) y severa 8 (2.26%). Hubo correlación positiva entre nivel de dolor y ansiedad ( $r=0.995$ ,  $p<0.000$ ). Los P que fueron diagnosticados como hipertensos o con mal control en HTA tratada fueron evaluados por cardiólogos, siendo medicados el 100%.



Módulo de Diagnóstico de Hipertensión Arterial	
Nombre del paciente	_____
Fecha	_____
Edad	_____
Sexo	_____
Profesión	_____
Antecedentes de HTA	_____
Medicación antihipertensiva	_____
Factores de Riesgo Aterogénico	_____
PA Sistólica (PAS)	_____
PA Diastólica (PAD)	_____
Frecuencia Cardíaca (FC)	_____
Diagnóstico	_____
Controlado por Cardiólogo	_____
Medicados	_____



### Conclusiones:

El control de la PA por el odontólogo permitió diagnosticar HTA en el 15% de los P. La mitad desconocían su patología y el resto, a pesar de estar tratados no tenían un control adecuado de PA.

El control sistemático de la PA en la consulta odontológica constituyó una herramienta de alto impacto en la salud al permitir identificar un grupo de pacientes con mayor riesgo en enfermedad cardiovascular y así posibilitar su tratamiento.

### Referencias bibliográficas:

- 1- Pamplona MC, Gimenez Soriano Y, Garcia Sarrion Perez M. Dental considerations in patients with heart disease. J Clin Exp Dent 2013;13(2):105. www.medicinanal.com/odo/volumenes/13(2)/053209.pdf
- 2-Gillespie CD, Herxler KA; Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Prevalence of hypertension and controlled hypertension - United States, 2007-2010. MMWR Surveill Summ. 2013 Nov 22;62(48 Suppl):S144-8.
- 3- Cutler JA, Sorlie PD, Wolf M, Thoma T, Fields LE, Rocella EJ. Trends in hypertension prevalence, awareness, treatment, and control rates in United States adults between 1988-1994 and 1999-2004. Hypertension. 2008 Nov;51(5):986-92.
- 4- James PA, Oparil S, Carter BL, Cushman WC, Dennison-Himmelfarb C, Handler J, Lackland DT, LeFevre ML, MacKenzie TD, et al. 2014 evidence-based guideline for the management of high blood pressure in adults: report from the panel members appointed to the Eighth Joint National Committee (JNC 8). JAMA. 2014 Feb 3;311(5):507-20.
- 5- Little JW. The impact on consistency of recent advances in the management of hypertension. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2000;90(5):591-9.
- 6- New national guidelines on hypertension: a summary for dentistry. Herman JW, Kunzelman JL Jr, Prasad LM; Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. J Am Dent Assoc. 2003 May;134(5):636-44; quiz 637-9.
- 7- Management of the hypertensive dental patient. Yagiela JA, Haymore TL. J Calif Dent Assoc. 2007 Jan; 35(1):51-9.
- 8-MacMahon S, Peto R, Cutler J, Collins R, Sorlie P, Neaton J, Abbott R, Godwin J, Dyer A, Stamler J. Blood pressure, stroke, and coronary heart disease. Part 1. Prolonged differences in blood pressure: prospective observational studies corrected for the regression dilution bias. Lancet. 1990 Mar 31;335(8903):765-71.



# TRABAJO DE EXTENSION UNIVERSITARIA: ESTOMATOLOGÍA PREVENTIVA EN POBLACIÓN INFANTIL VULNERABLE



Alumna: Sara Laborde. Tutores: Mulfo A, Harada L, Lence A, Labbrozzi M, Diaz M, Turón P,  
Directora: Dra. Adler I, Co-Directora: Dra. Aguas S

Cátedra de Clínica Estomatológica de la Universidad de Buenos Aires

La salud y enfermedad bucal de un individuo depende de las medidas de prevención implementadas. Los agentes infecciosos son la causa de casi el 22% de las muertes por cáncer en los países en desarrollo y el 6% en los países industrializados. Las investigaciones han demostrado que las hepatitis virales B y C provocan cáncer de hígado y la infección por el virus papiloma humano (HPV), cáncer del cuello del útero. La bacteria *Helicobacter pylori* aumenta el riesgo de cáncer de estómago. Muchos de estos agentes infecciosos colonizan la cavidad bucal y tienen un rol etiopatogénico en el desarrollo del Cáncer Bucal, dado que tienen la capacidad de ser INICIADORES

## OBJETIVO

El objetivo de nuestro programa es brindar atención estomatológica en la población infantil vulnerable y charlas educativas a maestros y familiares, acompañados de nuestros alumnos.

	SECTOR FEDERAL N° 125	SECTOR MAGISTERIO N° 130	TOTAL N° 251
EDADES	3-5	3-6	3-6
MEDIAS	3,61±0,1	3,80±0,2	3,72±0,10
MEDIANA	4	4	4
MODO	3	3	3
%	48	60	100



A 3000 100 0000 00 0000 1000000 0000 00000  
La reproducción de este artículo es permitida  
por escrito de la Facultad de Odontología de la  
Universidad de Buenos Aires para fines educativos.  
Toda otra reproducción por cualquier medio de  
comunicación queda expresamente prohibida.



Cultivo e identificación:

Se aislaron colonias de *Helicobacter*



## RESULTADOS

HELICOBACTER	Frecuencia	Porcentaje
POSITIVO	19	66,85
NEGATIVO	22	33,15
Total	41	100,00
<b>CULTIVO BACTERIANO</b>		
ACINETOBACTER	1	2,44
KITROBACTER	1	2,44
E. coli	2	4,88
STREPTOCOCCUS	1	2,44
NO SE AISLA	36	87,56
Total	41	100,00
<b>CULTIVO MICOLÓGICO</b>		
CANDIDA	18	43,90
RHODOZORULA	6	14,63
NO SE AISLA	17	41,46
Total	41	100,00

HELICOBACTER 19/41 (46,34) COEXISTENCIA CON HONGOS Y BACTERIAS					
CULTIVO BACTERIANO	CULTIVO MICOLÓGICO	TOTAL BACTERIANO		N°	%
		CANDIDA	RHODOZORULA		
ACINETOBACTER		1	1	1	5,26
E. coli		2	2	2	10,51
STREPTOCOCCUS		1	1	1	5,26
NO SE AISLA		34	7	41	78,94
TOTAL MICOLÓGICO N°		24	7	31	75,61
%		58,54	26,31	36,84	100

EN TODOS LOS NIÑOS SE AISLO STREPTOCOCCUS -videntes  
X1 DE Papanicolaou: 1,043 P. 0,308

## CONCLUSIÓN

Nuestros resultados han permitido estimar la importancia de implementar conductas preventivas y de detección temprana de infecciones oportunistas. Así la Facultad sale a la calle con el propósito no sólo de llegar a los sectores más desprotegidos para facilitar el acceso a la atención estomatológica, sino con el convencimiento de que una profunda concientización de la población de la mano de la "Prevención" es el camino posible para disminuir las tasa de incidencia del cáncer bucal y otras afecciones de pronóstico reservado, que se presentan con frecuencia en la boca.



# Gingivitis asociadas a placa modificada por medicamentos: etiología y prevención.



**Autores: Pernía Augusto, Fraire Lucas**

**Tutor: Palacios Nancy**

**Cátedra de Microbiología y Parasitología. Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires.**

Las enfermedades gingivales se caracterizan por afectar a los tejidos que conforman el periodonto de protección de la pieza dentaria. Los signos clínicos de estas afecciones son: enrojecimiento, sangrado y aumento de volumen de las encías. En algunos casos, con dolor y/o escozor.

El agrandamiento gingival es el aumento exagerado y deformado del volumen de la encía, que se asocia principalmente al uso de algunos fármacos, tales como los anticonvulsivos (fenitoína) (Imagen A), los inmunosupresores (ciclosporina A) (Imagen B) y los bloqueadores de los canales del calcio (nifedipina) que se administran para controlar la presión arterial y las alteraciones de la frecuencia cardíaca.

Estos fármacos inducen a que una subpoblación de fibroblastos gingivales genere una superproducción de colágeno produciendo el agrandamiento de la encía.

La hiperplasia aparece en la encía marginal en forma de cuerdilla lobulada, sin tendencia al sangrado que puede llegar a cubrir por completo las coronas dentarias.

La gingivitis asociada a placa y modificada por medicamentos se produce en pacientes que poseen una gingivitis previa relacionada con la presencia en el lugar de placa dental y no mantienen una correcta higiene bucal durante el consumo de las drogas anteriormente mencionadas.



**Paciente de 33 años, con hiperplasia gingival asociada a fenitoína.**

El aumento de volumen de la encía inducido por fármacos puede generar problemas estéticos, dificultades en la fonción y en la masticación, dificultades en la erucción de las piezas dentarias, desplazamiento de prexas dentarias y dificultades en la higiene dental.

Las dificultades en la higiene acarrear un mayor acúmulo de biofilms locales, como ser placa bacteriana y cálculo, originando un proceso inflamatorio secundario que con plca la hiperplasia causada por el fármaco.



**Paciente de 38 años con hiperplasia gingival asociada a ciclosporina A.**

La hiperplasia gingival asociada a fármacos es una condición patológica que requiere un tratamiento combinado. En primer lugar es importante la prevención, reemplazar estos fármacos por otros de eficacia terapéutica similar (las lesiones revierten a los pocos meses).

Solo aquellos casos en los que existen deformidades residuales es necesario actuar quirúrgicamente.

Se considera importante el control de la placa bacteriana como medida preventiva del agravamiento de las lesiones.

Estas medidas higiénico-profilácticas pueden ser coadyuvantes pero nunca determinantes en el tratamiento de la enfermedad.

Para su tratamiento, es esencial la interconsulta con el profesional que controla la medicación de los pacientes afectados para que ajuste la dosis del fármaco o si es posible, lo sustituya por otro del mismo grupo con el que se obtenga el mismo efecto terapéutico sin tener como consecuencia el agrandamiento gingival. Además es primordial un estricto control del biofilm de placa dental para revertir el cuadro inflamatorio sobreagregado al agrandamiento gingival medicamentoso.



# Técnica Rápida de Identificación para *Candida glabrata* Aisladas de Muestras Bucales



Autora: Soberón Estefanía

Tutora: Od. Fedelli Laura

Cátedra de Microbiología y Parasitología FOUBA

El género *Candida spp.* no solo se encuentra como microorganismo comensal en la cavidad oral sino que puede presentarse como un patógeno oportunista. En la infección bucal por *Candida* (Candidiasis) la especie más frecuentemente aislada es *Candida albicans* seguida de *C. glabrata* (*Cg*), *C. tropicalis* y *C. dubliniensis*.

**Objetivo:** Describir la técnica de rápida tipificación para la especie *Cg* mediante la utilización de pastillas de Trehalosa.

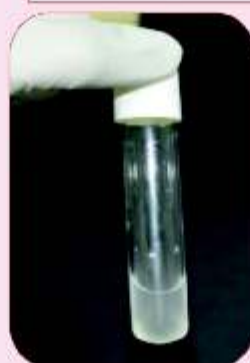


CHROMAgar Candida  
*C.g* 48hs - 37°C

**Materiales y Métodos:** Las muestras son homogeneizadas y 100 µl son sembrados en CHROMAgar Candida®. Las cepas que desarrollan de color rosa pálido y aspecto brillante son repicadas en Agar Sabouraud durante 48 horas a 37°C. En un tubo de ensayo se realiza una suspensión densa con solución fisiológica estéril de la cepa a estudiar y se agrega una pastilla de Trehalosa (ROSCO®). Los resultados son interpretados luego de 4 y 24 horas de incubación a 37°C.



Agar Sabouraud  
*C.g* 48hs - 37°C



Suspensión  
*C.g*



Trehalosa  
ROSCO®



Resultados  
4hs

**Resultados:** La única especie que asimila este sustrato es *Cg* observándose un cambio de color al amarillo como reacción positiva.

**Conclusión:** Debido a la resistencia intrínseca de *Cg* a varios antifúngicos del grupo de los azoles es importante realizar una rápida tipificación para un correcto tratamiento.



## ESTADO DENTARIO Y CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE ESCOLARES DE 5 AÑOS DE LA CIUDAD DE AVELLANEDA

**Autores:** Anseloni, M; Iantorno, D; Ostri, M\*; Cobo, C; Sielecki, V\*.

**Integrantes del equipo de trabajo:** Sosa, M; Serres, L; Vila, L; Avila, C; Serafin, F; Castellano, S; Luna Riveros, S.

**Tutor Docente:** Fuks, J.; Pazos, X.



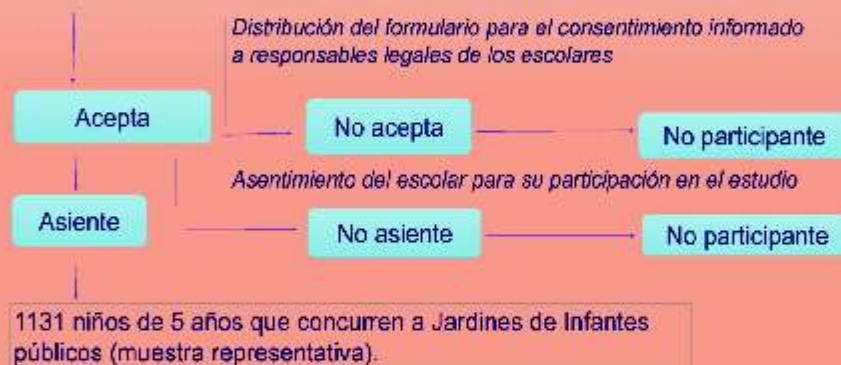
**Cátedra de Odontología Preventiva y Comunitaria. F.O.U.B.A**

El proyecto de extensión universitaria que se realiza desde el año 1996 en el marco de la vinculación entre el municipio de Avellaneda y la Cátedra Odontología Preventiva y Comunitaria (OpyC) de FOUBA, está centrado en la identificación de problemas referidos a la salud bucal en el territorio y la consecuente formulación de propuestas para su resolución. (proyectos de intervención y de investigación). Esta presentación tiene como objetivo comunicar el proyecto de investigación socio-epidemiológica que se desarrollará a lo largo del año 2015.

**OBJETIVO DEL PROYECTO:** Describir el estado de salud bucal de niños de cinco años que concurren a jardines de infantes públicos de Avellaneda; Buenos Aires, durante el año 2015 y establecer asociaciones con indicadores sociales.

### METODOLOGÍA

**POBLACIÓN:** escolares de 5 años que concurren a Jardines de Infantes públicos.



### RECOLECCIÓN DE DATOS:

Examen bucal en cada jardín

4 comisiones de alumnos cursantes de ADSS en 2015, entrenados y supervisados por docentes

Espejo, sonda OMS y lupa con magnificación.

Será calculado el Índice ICDAS II (Internacional Caries Detection and Assessment System, Maryland, USA, 2015), índice significativo de caries (Brathall, 2000), Care Index (Walsh, 1970).

Se registrarán a través de cuestionarios no presenciales las variables socioeconómicas: Obra Social y Plan Social.

Todos los niños recibieron taller de Educación para la Salud, y enseñanza de higiene bucal.



### PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO DE DATOS:

Serán calculadas las medidas de tendencia central y dispersión para variables continuas.

Distribución de frecuencias para las variables categóricas.

Estadística inferencial mediante ANOVA robustas de Welch y el post hoc con pruebas robustas de Games Howell, test de Student para muestras independientes, test de chi cuadrado y comparación de proporciones y post hoc test de Bonferroni.

### RESULTADOS ESPERADOS

Este proyecto está orientado a lograr una mayor comprensión de la problemática de salud bucal de la datos socio-epidemiológicos para la toma de decisiones sanitarias.





## UNA EXPERIENCIA SALUDABLE EN EL HOSPITAL DE PEDIATRIA SAMIC "PROF. JUAN P. GARRAHAN"

Autores: Pérez, María Belén\*; Damosso, Guillermo Agustín; Jullier, Sofía; Lopez, Brenda

Tutor: Cohen, Salomon Alberto; Szapowalo, Lidia.

Cátedra de Odontología Preventiva y Comunitaria. Facultad de Odontología. Universidad de Buenos Aires.



El Hospital de Pediatría "Profesor Juan P. Garrahan", en ocasión de la conmemoración su 25º aniversario, convocó un encuentro entre equipos de múltiples disciplinas y pacientes de la institución orientado al cuidado de la salud y abordaje de factores de estilo de vida relacionados con enfermedades prevalentes.

### OBJETIVO DEL PRESENTE TRABAJO

Comunicar la experiencia de educación para la salud, que en el marco de este encuentro diseñaron y ejecutaron estudiantes de los primeros años de la carrera de odontología que se desempeñan como docentes en el área de Educación para la Salud de la Cátedra Odontología Preventiva y Comunitaria de FOUBA.

### OBJETIVO DE LA EXPERIENCIA

Proporcionar información sobre los fundamentos para la prevención de enfermedades bucales y asesorar sobre higiene bucal.



### METODOLOGIA

Se diseñó un recorrido secuencial por dos espacios:

- Las actividades en el primer stand se orientaron a brindar información: en el mismo se realizó un abordaje personalizado de los niños/as junto con sus acompañantes: se realizó enseñanza de la técnica del cepillado y recomendación de los elementos a utilizarse para una eficiente higiene bucal adaptado a las necesidades particulares del niño/a. Se distribuyeron cepillos de dientes a los niños/as y folletos con información dirigida a los adultos responsables.
- Las actividades en el segundo stand se orientaron a retroalimentar información y evaluar la comprensión del contenido trabajado. Se diseñaron juegos que contenían enunciados con opción de verdadero/falso.

### Resultados

1000 niños/as participaron de las actividades propuestas, 85% de los mismos demostró haber interpretado con éxito la información brindada.





## SALUD BUCAL EN PACIENTES HOSPITALIZADOS: RELEVAMIENTO EFECTUADO POR ALUMNOS DE ODONTOLOGÍA

Integrantes: Ángela Aguirre Hayes, Jessica Rudzinski, Gonzalo Alarcón, Antonella Nocera.

Tutor: Prof. Liliana Nicolosi

Presentación SAIO 2014: Autores: Cruz ME, González NN, Módena JC, Rubio MC, Nicolosi LN

Cátedra Patología y Clínica Bucodental, Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires.



El paciente (P) hospitalizado introduce al alumno en una faceta del conocimiento asistencial que demanda en primera instancia de la evaluación de la salud bucal de estos enfermos.

### Objetivos:

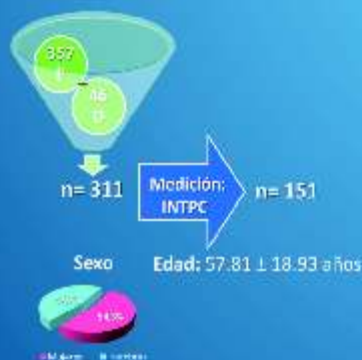
Realizar con alumnos un relevamiento de la salud bucal en pacientes hospitalizados.

### Materiales y métodos:

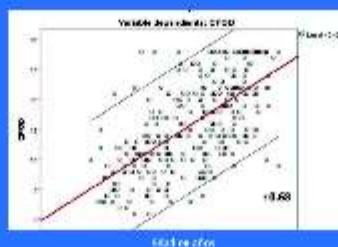
Alumnos de Medicina Interna en la Práctica de la Odontología de la FOUBA con supervisión docente efectuaron entre mayo 2013 y setiembre 2014 un relevamiento en P internados en los Hospitales José de San Martín y Español de Buenos Aires. Incorporaron datos de la historia clínica relacionados a patología, edad y sexo. Determinaron el índice CPOD, interrogaron sobre frecuencia y motivo de consulta odontológica y los hábitos de higiene. En un subgrupo se determinó el Índice de Necesidad de Tratamiento Periodontal para la Comunidad (INTPC). El análisis estadístico se efectuó con SPSS 20 empleando ANOVA, coeficiente de correlación de Pearson, con error  $\alpha < 0.05$  e intervalos de confianza (IC) del 95%.

### Resultados:

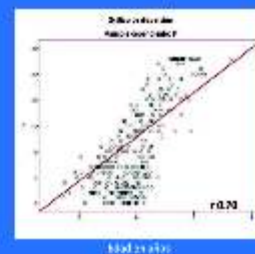
Se evaluaron 357 P, se excluyeron los desdentados totales, ingresando 311, la edad fue  $57.81 \pm 18.93$  años (93-18). Mujeres 172 (54.3%). Piezas Cariadas (C)  $11.13 \pm 8.89$  (0-28), Perdidas (P)  $2.30 \pm 3.29$  (0-24), Obturadas (O)  $16.09 \pm 7.57$  (1-28), CPOD  $29.67 \pm 17.55$ . A un subgrupo de 151 P se les efectuó el INTPC. Los sitios fueron (14-17):  $1.19 \pm 1.14$ ; (13-23):  $1.42 \pm 1.17$ ; (24-27):  $1.34 \pm 1.13$ ; (37-34)  $1.39 \pm 1.21$ ; (33-43)  $1.40 \pm 1.07$ ; (44-47)  $1.29 \pm 1.08$ . Global  $1.46 \pm 0.58$ . El 17% presentaba enfermedad periodontal moderada a severa con un INTPC  $\geq 3$  y el 34% INTPC=2. Se encontró correlación entre edad y CPOD  $r=0.68$  ( $p < 0.01$ ), edad y piezas P  $r=0.70$  ( $p < 0.05$ ). Sin correlación con la frecuencia y tipo de higiene. En la sexta década se observaron diferencias en el CPOD, dividiéndose los P en mayores y menores de 50 años. C  $2.36 \pm 2.08$  vs  $2.98 \pm 2.16$  ( $p$ :NS), P  $17.31 \pm 8.58$  vs  $5.32 \pm 4.61$  ( $p=0.000$ ; IC95% 8.03-11.42), O  $1.08 \pm 2.03$  vs  $2.73 \pm 2.97$  ( $p=0.001$ ; IC95% 1.72-0.63), CPOD  $20.42 \pm 6.37$  vs  $11.65 \pm 4.56$  ( $p=0.000$ , IC95% 6.97-10.79), respectivamente.



Correlación CPOD y Edad



Correlación P y Edad



### Conclusiones:

El 51 % de los pacientes necesitaba algún tipo de tratamiento odontológico para su patología periodontal. El 41% requería tratamiento por caries. El CPOD se relacionó con la edad a expensas de las piezas perdidas.

### Referencias bibliográficas:

- Ainamo J, Barmes D, Beagrie G, Cullress T, Martin J, Inilimi J. Development of the World Health Organization (WHO) community periodontal index of treatment needs (CPITN). *Int Dent J* 1982; 32:281-91 [Pub-Med]
- Bordani N, Doñin R, Miraschi C. Preconc. Odontología Preventiva. Curso 1. Módulo 3. Submódulo 2 y 3. Ed. Palfox, Buenos Aires, 1983
- King's College London. International centre for prison studies. Entire world-prisons 3 population rates per 100000 of the national population. 2010 May 8
- Lindhe J, Lang NP, Karring T. Periodontología clínica e implantología odontológica. 5ª ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2009.



### ANÁLISIS DE SITUACIÓN

#### Marco institucional:

El Centro de Salud Boca-Barracas corresponde a un convenio entre Facultad de Odontología UBA y el Hospital Argerich.

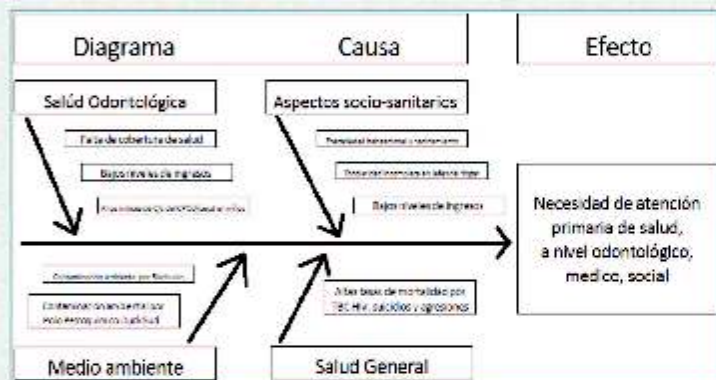
#### Características socio-demográficas:

- Entre el 11% y 15% de la población depende de sector público
- Frecuencia habitacional y hacinamiento
- Alto porcentaje de población sin cobertura médica
- Escuelas incompletas en ejes de hogar
- Bajos niveles de ingresos
- Contaminación ambiental por la cercanía de Riachuelo y el polo petroquímico Dock Sud
- Altas tasas de mortalidad por TSC, HIV, suicidios y agresiones

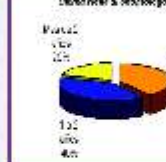
**Ubicación Geográfica:** Comuna 4 (Agua las Canchales de Nueva Pompeya, Parque Patricios, Barracas y La Boca). Posee 2.980 cuerdas con una superficie de cubierta de 3.088.000 m<sup>2</sup>. El barrio de Barracas comprende 426 manzanas.



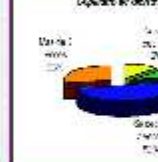
### PROBLEMA IDENTIFICADO



#### Momento a odontológico



#### Datos de salud



#### Dependencia de atención con alta cobertura de atención



Datos obtenidos por el Centro de Salud al realizar el relevamiento en el año 2009/2010. Los datos corresponden con los datos reportados por la salud de atención en la página del Gobierno de la Ciudad de Bs. As. correspondientes al año 2008.

### PROYECTO

**Objetivo General:** Mejorar las condiciones de salud bucal de la población que vive, trabaja y estudia en el Área de responsabilidad del centro de salud, implementando un programa de atención con un fuerte componente preventivo.

**Beneficiarios Directos:** Familias que residen, estudian y trabajan en el área del Centro, priorizando a aquellas que no poseen cobertura de salud.

**Beneficiarios Indirectos:** Familiares de los pacientes que estudian o trabajan sin tener residencia en el área de cobertura. Maestros y personal de las escuelas de los niños que concurren a las escuelas del área de responsabilidad del área.

**Resultados esperados al cabo de un año:** Mejorar los hábitos de higiene bucal en el 100% de los pacientes, disminuir el grado de infección en el 100% de los pacientes, alcanzar el alta básica de 100% de los pacientes, alcanzar el alta integral en el 60% de los pacientes, incorporar al 100% de los pacientes al Programa de Mantenimiento de Salud.

### EDUCACIÓN PARA LA SALUD

#### Objetivos Generales:

Informar a todas las personas que ingresan al centro Boca-Barracas sobre salud bucal.

#### Objetivos Específicos:

- Enseñar y mejorar la técnica de cepillado.
- Explicar la influencia del consumo de hidratos de carbono en la formación de caries.

#### Metas:

- Que el 80% realice los chequeos de la salud bucal.
- Que 80% incorpore el hábito de cepillarse después de cada comida.
- Que el 100% de los pacientes concurrentes al centro disminuyan su INICC.

#### Estrategias:

- Citas de información de salud bucal.
- Juegos didácticos diferenciando los alimentos categorizados de aquellos no categorizados.
- Demonstración práctica de técnicas de higiene bucal.
- Realización del INICC.

### ATENCIÓN CLÍNICA

#### Objetivos Generales:

Alcanzar el alta básica e integral en la totalidad de los pacientes.

#### Objetivos Específicos:

- Eliminar el componente (C) y todo tipo de infección bucal.
- Reforzo estructural de huesos.

#### Metas:

- Que el 100% de los pacientes posea la base libre de infección.
- Que el 100% de los pacientes se les realice la aplicación con flujo.

#### Estrategias:

- Ranibonización con fluoruro FNA al 5% en surcos profundos.
- Inclusión de las lesiones de caries amaloformantes coloradas.
- Aplicación con FFA a 1,23%.  
-Tratamiento pulpar en 4 etapas primarias.  
-Exodoncia de todas las impregnables.  
-Raspado y alisado radicular.  
-Sellado de fisuras y fisuras.

### PROGRAMA DE MANTENIMIENTO

#### Objetivo General:

Mantener el estado de salud alcanzado después del alta básica.

#### Objetivos Específicos:

- Asegurar la supervisión regular de los pacientes dados de alta.
- Reforzar la rutina de higiene oral.

#### Metas:

- Monitoreo del 100% de los pacientes dados de alta, a los 3 meses, los de alto riesgo y a los 6 meses los de moderado y bajo riesgo.

#### Estrategias:

- Citas de información en cada sesión de monitoreo.
- Topografía con FFA a 1,23%.

#### BIBLIOGRAFÍA:

- LORDONI N, SQUAS A. Programas preventivos en odontología preventiva. Principios terapéuticos Buenos Aires 1996.
- Borioni y Colabando es "gestión del componente salud bucal de la atención de salud". 1998
- Piscano Susana, Bordaberry, Dolfo Raquel, Argerich Angela B, Cohen Alberto S, Klempowski Graciela L, Incaudina María E, Pellegrini Ziletti, Pisciotti Adriana, Squas Aldo "estado dentario en niños adolescentes adultos en la ciudad de Buenos Aires" revista de la facultad de odontología año 2005 vol 25 número 14-15

# TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO INTEGRAL DE PACIENTE ESCOLAR



Evers, Stella Maris; Catanzariti, Mirta.

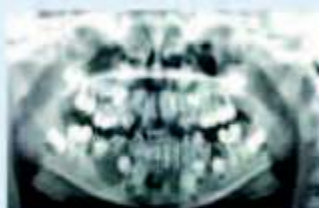
Docentes tutores: Loprete, Marcia; Martín, Alejandra L.

Cátedra de Odontología Integral Niños. FOUBA

Se presenta un paciente varón de siete años de edad, para su atención odontológica en la Cátedra de Odontología Integral Niños de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires, derivado de un centro odontológico.



Se confeccionó Historia Clínica y elaboración de Plan de tratamiento (Índices O'Leary 90%, Silness y Loe: 2.78, CPOD 4, CPOG 6, ceod 11, ceos 36. Momentos de azúcar 6). Alto Riesgo cariogénico



Presencia de zona radiolúcida unilocular de límites nítidos en relación a zona de premolares, observando la presencia de restos radiculares de piezas 84 y 85



Exucleación total de la lesión de maxilar inferior y exodoncia de los restos radiculares 84 y 85 previa psicoproflaxia pre quirúrgica



Control post operatorio inmediato. Cuatrización por segunda intención



**Conclusión:** El propósito de este trabajo, fue describir la resolución odontológica integral de un paciente de siete años, de alto riesgo cariogénico, con derivación de un centro odontológico, por presentar lesión maxilar de etiología no infecciosa.



# VALIDACIÓN DE RECURSOS HUMANOS PREPROFESIONALES PARA LA DETECCIÓN DE BIOFILM DENTAL

Autores: Toledo M\*, Racedo J, Farias M, Marino G, Laszuk T, Algarin S, Salgado P, Squassi A, Klemonskis G, Cohen S. Cátedra Odontología Preventiva y Comunitaria, FOUBA.

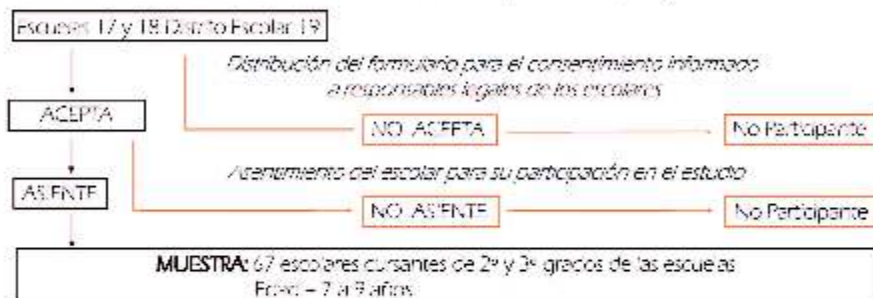
**OBJETIVO:** Estimar la concordancia para la detección de biofilm dental entre recursos humanos que participan de programas de educación para la salud con diferente nivel de formación profesional.

## MÉTODOS

### SELECCIÓN DE LA MUESTRA

**POBLACIÓN ELEGIBLE:** escolares cursantes del ciclo de escolaridad en escuelas de gestión estatal de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires (CABA).

*Selección de escuelas (criterio opinión de expertos)*



### RECOLECCIÓN DE DATOS

En cada escuela se realizó:

**EXAMEN 1:** Detección de placa visible:

examinador del GRUPO A (recursos humanos pre-profesionales) N = 8,  
examinador del GRUPO B (recursos humanos profesionales) N = 2.

**EXAMEN 2:** Detección de placa con uso de solución reveladora:

examinador del GRUPO A (recursos humanos pre-profesionales) N = 8,  
examinador del GRUPO B (recursos humanos profesionales) N = 2.

### PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO DE DATOS

- Cálculo de los índices de Placa
- Cálculo de la media poblacional (IC 95%) para cada índice a partir de datos de operadores pre-profesionales y profesionales
- Valoración de la concordancia: Coeficiente de correlación intraclase para valores absolutos
- Cálculo de la Fuerza de Grado de acuerdo Escala Landis y Koch (1977)

## RESULTADOS

### Índice de Placa Visible

	Coeficiente de correlación intraclase	IC 95%	
		Mínimo	Máximo
Medidas Individuales	0,71	0,56	0,81
Promedios	0,83	0,71	0,90

### Índice de O'Leary

	Coeficiente de correlación intraclase	IC 95%	
		Mínimo	Máximo
Medidas Individuales	0,62	0,44	0,75
Promedios	0,77	0,61	0,86

Tabla 1. Concordancia (Kappa y IC95%)

Categoría	Número de concordancias
0/0	10 (14,9%)
0/1-0/2	1 (1,4%)
0/1-0/3	1 (1,4%)
0/1-0/4	1 (1,4%)
0/1-0/5	1 (1,4%)
0/1-0/6	1 (1,4%)
0/1-0/7	1 (1,4%)
0/1-0/8	1 (1,4%)
0/1-0/9	1 (1,4%)
0/1-1/0	1 (1,4%)

Kappa = 0,71

	Mínimo	Máximo	Media	IC 95%	
				Índice de placa visible	Índice O'Leary
Índice Placa visible operador preprofesional	14,14	100,00	54,2826	53,22	55,33
Índice Placa visible operador profesional	20,40	100,00	63,0102	67,87	58,35
Índice O'Leary operador preprofesional	20,32	100,00	77,3136	71,50	83,08
Índice O'Leary operador profesional	38,28	100,00	81,2891	78,08	85,68

Tabla 2. Concordancia (Kappa y IC95%)

Categoría	Número de concordancias
0/0	10 (14,9%)
0/1-0/2	1 (1,4%)
0/1-0/3	1 (1,4%)
0/1-0/4	1 (1,4%)
0/1-0/5	1 (1,4%)
0/1-0/6	1 (1,4%)
0/1-0/7	1 (1,4%)
0/1-0/8	1 (1,4%)
0/1-0/9	1 (1,4%)
0/1-1/0	1 (1,4%)

Kappa = 0,62

**CONCLUSIÓN:** Los examinadores pertenecientes al grupo de recursos humanos pre-profesionales alcanzaron un grado considerable de concordancia para la detección de placa a simple vista y un grado moderado de concordancia para la detección de placa con solución reveladora con respecto a los recursos humanos profesionales.



# EVALUACION DE LA VALIDEZ DEL INDICE DE PLACA VISIBLE EN PROGRAMAS ESCOLARES

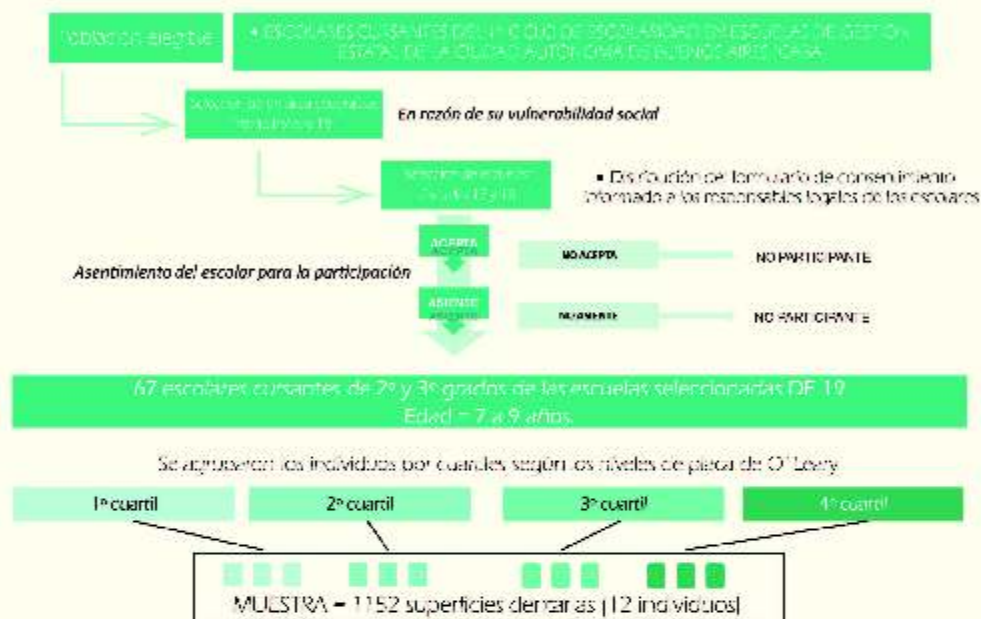
Autores : Orellana Perez C, Coto L, Raffaelli C, Arteaga S, Carranza S, Herrera M, Lopez B, Salgado P, Squassi A, Klemonskis G, Coneri S.  
Cátedra Odontología Preventiva y Comunitaria, FOUBA.

## OBJETIVO

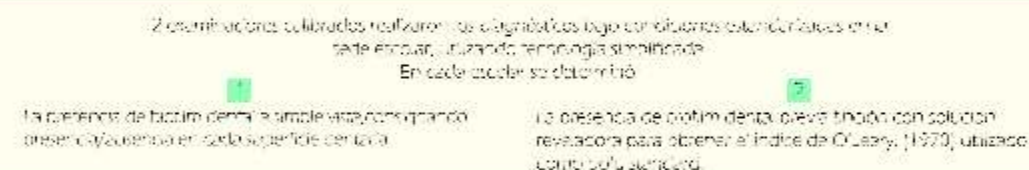
Evaluar la validez del índice de placa visible para determinar la presencia de biofilm dental sobre superficies dentarias en un programa de educación para la salud

## MÉTODOS

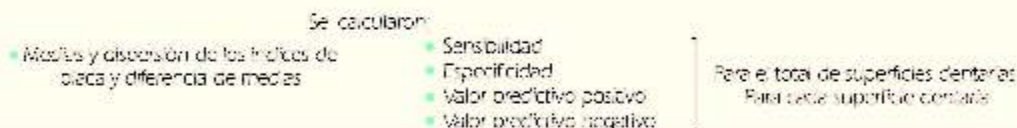
### SELECCIÓN DE LA MUESTRA



### RECOLECCIÓN DE DATOS



### PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO DE LOS DATOS



## RESULTADOS

	NTMA	DS	DIFERENCIA ENTRE MEDIAS
Índice de Placa Visible	68,61%	23,35	20,76
Índice de O'Leary	84,27%	18,21	KW% (0,11-11,91)

TOTAL SUPERFICIES	95% IC		
	MINIMO	MAXIMO	
Sensibilidad	68,52%	65,51%	71,52%
Especificidad	82,48%	77,61%	87,35%
Valor predictivo positivo	93,98%	92,07%	95,10%
Valor predictivo negativo	10,07%	35,67%	41,72%

VESTIBULAR	MINIMO	MAXIMO
Sensibilidad	87,81%	83,98%
Especificidad	22,22%	4,04%
Valor predictivo positivo	97,22%	95,19%
Valor predictivo negativo	5,56%	-1,93%

MESIAL	MINIMO	MAXIMO
Sensibilidad	69,60%	65,90%
Especificidad	78,95%	65,98%
Valor predictivo positivo	95,60%	92,63%
Valor predictivo negativo	28,30%	19,73%

PALATINO/LINGUAL	MINIMO	MAXIMO
Sensibilidad	57,46%	50,26%
Especificidad	87,85%	81,66%
Valor predictivo positivo	88,89%	83,16%
Valor predictivo negativo	54,97%	47,53%

DISTAL	MINIMO	MAXIMO
Sensibilidad	50,56%	44,77%
Especificidad	83,75%	75,07%
Valor predictivo positivo	89,08%	88,47%
Valor predictivo negativo	38,64%	32,27%

## CONCLUSIÓN

El índice de placa visible mostró una alta sensibilidad para la detección de biofilm en superficies vestibulares.



# Posgrado

# CARRERAS DE ESPECIALIZACIÓN

-Maestrías -Residencias -Doctorado

CONSULTA TAMBIÉN:



Becas



Cursos y educación continua



Extensión Universitaria



Certificaciones y  
recertificaciones

## Informes e Inscripción:

Dirección de Posgrado:  
Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires  
Marcelo T. De Alvear 2142 - Planta Principal  
Código Postal: C1122AAH  
Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina

## Horario:

de Lunes a Viernes de 9:00 a 16:00 Horas  
Teléfonos: (54-11) 4964-1200 int. 1138 o (54-11) 4964-1254  
Fax: (54-11) 4964-1228  
E-mail: [posgrado@odon.uba.ar](mailto:posgrado@odon.uba.ar)  
Web: [www.odon.uba.ar/posgrado](http://www.odon.uba.ar/posgrado)

---

# Informe de la Secretaría de Ciencia y Técnica y Transferencia Tecnológica FOUBA

Facultad de Odontología Universidad de Buenos Aires

## TESIS DEFENDIDAS

1° SEMESTRE 2015

VILOTTA, STELLA MARIS

DIRECTORA: ALCIRA CRISTINA ROSA DE NASTRI

CO-DIRECTORA: LILIANA GRACIELA TURCOT.

"PARTICIPACIÓN DE MICROORGANISMOS  
BUCALES EN LA ETIOPATOGENIA DE LA  
ATEROGÉNESIS"

MAYO 09 DE 2015

APROBADA CON MERITOS ESPECIALES  
(SOBRESALIENTE)



---

# PROYECTOS DE INVESTIGACIÓN EN DESARROLLO

## FACULTAD DE ODONTOLOGÍA UBA

### INVESTIGACIÓN CLÍNICA UBACYT 2011-2014

#### UBACYT 2011-2014

Director: Alcira Cristina Rosa

Titulo: *Control de infección y bioseguridad durante la práctica Odontológica. Importancia de los biofilms de cavidad bucal, su diseminación a fomites. Rol en procesos crónicos endodónticos.*

Director: Rosa María Alippi

Titulo: *Efecto de diferentes demandas nutricionales, funcionales y mecánicas sobre la masa ósea y la calidad biomecánica del hueso apendicular y mandibular.*

Director: Enri Santiago Borda

Titulo: *Rol del sistema nervioso parasimpático en el proceso apoptótico en células Humanas acinares. Influencia de los autoanticuerpos séricos presentes en pacientes con síndrome de Sjögren primario.*

Director: Patricia Mónica Boyer

Titulo: *Respuesta metabólica hepática, participación de citoquinas proinflamatorias y calidad ósea en un modelo animal de desnutrición armónica.*

Director: Carlos Eduardo Jose Bozzini

Titulo: *Respuesta biomecánica del hueso a la exposición crónica a hipoxia hipóxica.*

Director: Rómulo Luis Cabrini

Titulo: *Estudio del tejido óseo y desarrollo de técnicas especiales.*

Director: Juan Carlos Elverdin

Titulo: *Participación de las glándulas salivales en la reparación ósea-alveolar Post exodoncia en la rata.*

Director: Silvia María Friedman

Titulo: *Ácidos grasos monoinsaturados en el manejo nutricional de la Hipercolesterolemia. Estudio experimental en ratas en crecimiento.*

Director: Débora Alejandra González

Titulo: *Homeostasis de ATP y calcio en tejido glandular y vascular.*

Director: María Beatriz Guglielmotti

Titulo: *Respuesta biológica a biomateriales utilizados para implantes de uso Odontológico.*

Director: María Elina Itoiz

Titulo: *Marcadores histoquímicos de malignidad aplicados a la biología, Diagnóstico y tratamiento del cáncer bucal.*

Director: Ángela Matilde Ubios

Titulo: *Interrelación entre células óseas en modelos de inducción de reabsorción y neoformación en diseños experimentales de interés odontológico.*

Director: Susana Zeni

Titulo: *Efecto del nivel de calcio de la dieta y el estado fisiológico de vitamina D sobre la interrelación tejidos óseo y grasa. Rol de la osteocalcina no Carboxilada: modelo experimental.*

#### Proyecto De Investigación Clínica UBACYT 2011-2014

Director: Liliana Noemí Nicolosi

Titulo: *Enfermedad Periodontal - Síndrome Coronario Agudo - Reactantes Inflamatorios (Estudio EPSICA).*

Director: Patricia Noemí Rodriguez

Titulo: *Composición corporal y su distribución por absorciometría de doble energía de rayos X en niños preescolares: III estudio de la expresión de los resultados.*

Director: Héctor Eduardo Lanfranchi Tizeira

Titulo: *Evaluación y determinación de la correlación clínica, dermatoscópica e histológica de las lesiones pigmentarias de la cavidad bucal.*

---

Director: Susana Liliana Molgatini  
Titulo: *Evaluación clínico microbiológica de las enfermedades gingivoperiodontales en pacientes VIH positivos en tratamiento con antirretrovirales de alta actividad.*

Director: Lidia Isabel Adler  
Titulo: *La glositis y la halitosis asociado a la infección por Helicobacter pylori. Su riesgo con el linfoma en la boca.*

Subsidios | Programación Científica  
UBACYT 2012/2015

Director: Martinez, María del Pilar  
Codirector: Conti, María Inés  
Titulo: *Respuesta ósea a la intoxicación crónica por plomo en distintas etapas de la vida postnatal: modelo experimental en ratas en condiciones de normoxia y de hipoxia.*

Director: Takara, Delia  
Titulo: *Evaluación cinética y constitutiva del efecto de anestésicos locales de uso odontológico sobre la bomba de calcio de retículo sarcoplasmico de músculos masticadores.*

Director: Hecht, Juan Pedro  
Titulo: *Modelos matemáticos computacionales de propagación de infección Leptospiral.*

Director: Busch, Lucila  
Codirector: Mendez, Carlos Fernando  
Titulo: *Influencia de los factores defensivos de la saliva en la manifestación y evolución de la periodontitis agresiva.*

Director: Fernández Solari, Jose Javier  
Codirector: Amer, Mariano Axel Ramón  
Titulo: *Estudio de los efectos del tratamiento con agonistas de receptores de cannabinoides sobre la salud bucal de ratas sometidas a periodontitis experimental inducida por Lipopolisacaridos y a submandibulectomía.*

Director: Brusca, María Isabel  
Codirector: Puia, Sebastián Ariel  
Titulo: *Evaluación de la invasión fúngica tisular en pacientes con problemas eruptivos del tercer molar.*

Proyectos Clínicos e Interdisciplinarios  
UBACYT 2012/2015

Director: Pellegrini, Gretel Gisela  
Titulo: *Impacto del estado nutricional del calcio y de la vitamina D sobre la salud bucal y la composición corporal de adultos jóvenes.*

Director: Mateu, María Eugenia  
Codirector: Folco, Alejandra Alicia  
Titulo: *Evaluación de la respuesta ósea y del desplazamiento dentario a la acción de fuerzas ligeras y continuas con brackets autoligantes. Estudio Tomográfico (CBCT) y de modelos.*

Programación Científica  
UBACYT: 2013-2016

Director: Mandalunis, Patricia Mónica  
Titulo: *Estudio del comportamiento de células óseas y células de la médula ósea en los procesos de modelación y remodelación óseas en diferentes condiciones experimentales.*

Director: Cantiello, Horacio Fabio  
Titulo: *Características eléctricas del odontoblasto.*

Director: Olmedo, Daniel Gustavo  
Codirector: Tasat, Deborah Ruth  
Titulo: *Corrosión de implantes de uso biomédico. Bioactividad de micro y nanopartículas de titanio.*

Director: Fernández Solari, José Javier  
Titulo: *Participación del sistema endocannabinoide en el control de la periodontitis clásica o agravada por hiposialia.*

Director: Macri, Elisa Vanesa  
Codirector: Gonzales Chaves, Macarena María Sol  
Titulo: *Efecto de una dieta aterogénica sobre la pérdida de hueso alveolar en periodontitis experimental. ¿La suplementación con ácidos grasos omega 3 (n-3) disminuye la pérdida ósea?.*

Director: Squassi, Aldo Fabián  
Codirector: Sánchez, Gabriel Antonio  
Titulo: *Abordaje estratégico para la reconversión de*

---

*barreras para el acceso a la atención odontológica en grupos de alta vulnerabilidad.*

Director: Kaplan, Andrea Edith

Titulo: *Evaluación clínica y de laboratorio de materiales para la atención odontológica de poblaciones vulnerables.*

Director: Orman, Betina Esther

Titulo: *Papel modulador de la histamina en un modelo de infección por s. aureus en la glándula submandibular de la rata. Rol de los receptores h4.*

Director: Escudero, Natalia Daniela

Titulo: *Efecto in vivo del alendronato sobre el reclutamiento osteoclástico, osteomacs y macrófagos medulares de hueso alveolar y huesos largos.*

Director: Canzobre, Mariela Celeste

Titulo: *Neuroplasticidad en las vías nociceptiva y mecanorreceptiva orofacial en un modelo experimental de tratamiento endodóntico.*

Director: Bozal, Carola Bettina

Titulo: *Estudio micromorfológico de la arquitectura y de la conectividad celular del sistema lacuno-canalicular osteocitario (sico) del hueso alveolar luego de la aplicación de fuerzas ortodónticas.*

Director: Martínez, María del Pilar

Codirector: Conti, María Inés

Titulo: *Respuesta ósea a la intoxicación crónica por plomo en distintas etapas de la vida postnatal: modelo experimental en ratas en condiciones de normoxia y de hipoxia.*

Director: Takara, Delia

Titulo: *Evaluación cinética y constitutiva del efecto de anestésicos locales de uso odontológico sobre la bomba de calcio de retículo sarcoplasmico de músculos masticadores.*

Director: Hecht, Juan Pedro

Titulo: *Modelos matemáticos computacionales de propagación de infección leptospiral.*

Director: Turcot, Lillana Graciela

Codirector: Somaglia, Luis

Titulo: *Estudio del efecto del colesterol y el ácido*

*acetilsalicílico sobre S500 la adhesión de microorganismos bucales a materiales biocompatibles utilizados en dispositivos protesicos cardiovasculares.*

Proyectos de Programación de Apoyo a la Investigación Clínica en la Facultad de Odontología de la UBA  
“Prof. RODOLFO ERAUSQUIN”

Director: Abate, Pablo

Titulo: *Estudio clínico prospectivo de restauraciones plásticas, en pacientes con síndrome de Sjögren.*

Director: Klemonsks, Graciela

Titulo: *Control de infecciones prevalentes en gestantes y su impacto en estilo y calidad de vida.*

Director: Alvarez Cantoni, Héctor

Titulo: *Estudio comparativo de las desadaptación de los puentes odontológicos (p.o.) ceramometálicos de tres unidades construidos en dos piezas y soldados en frío con una conexión horizontal denominada perno buje, con respecto a los p.o. ceramometalicos de tres unidades construidos en una pieza.*

Director: Costanzo, Ada

Titulo: *Asimetrías faciales como factor etiopatogénico de cefaleas y dolor facial.*

Director: Martinez, Beatriz

Titulo: *Estudio del diagnóstico diferencial de las lesiones radiolúcidas de los maxilares utilizando tomografía de haz cónico.*

Programación Científica  
UBACyT 2014 – 2017

Director: Zeni, Susana

Titulo: *Prebióticos como estrategia para aumentar la absorción y retención de calcio por el consumo de una dieta con bajo aporte de calcio: efecto de la insuficiencia de vitamina D.*

Director: Boyer, Patricia Mónica

Titulo: *Control homeostático de la rigidez estructural del esqueleto apendicular y axial en un modelo de retraso crónico del crecimiento de origen nutricional: efecto del propranolol.*

---

Director: Alippi, Eosa María  
Codirector: Bozzini, Clarisa  
Titulo: *Crecimiento y biomecánica ósea en diferentes condiciones experimentales asociadas a la hipoxia hipóxica en el esqueleto apendicular y mandibular*

Director: Ubios, Angela Matilde  
Codirector: Bozal, Carola Bettina  
Titulo: *Interrelación entre células óseas en modelos de inducción de reabsorción y neoformación en diseños experimentales de interés odontológico.*

Director: Elverdin, Juan Carlos  
Titulo: *Participación de la histamina en los mecanismos de regulación recíproca entre la enfermedad periodontal y las glándula salivales.*

Director: Borda, Enri Santiago  
Codirector: Reina, Silvia Lorena  
Titulo: *Periodontitis avanzada como factor de riesgo en la disautonomía cardíaca.*

Director: Guglielmotti, María Beatriz  
Titulo: *Reparación osea en relación a biomateriales intraóseos de uso odontológico y médico. Factores locales y sistémicos.*

Director: Lanfranchi, Hector Eduardo  
Codirector: Gandolfo, Mariana Silvia  
Titulo: *Estudio de la prevalencia y sobrevivencia del cancer bucal en relación a los factores de riesgo.*

Director: Friedman, Silvia María  
Titulo: *Composición corporal, perfil lipídico y calidad ósea en un modelo animal de hipercolesterolemia en respuesta al consumo de aceites termo-oxidados.*

Director: Cabrini, Rómulo Luis  
Codirector: Paparella, María Luisa  
Titulo: *Técnicas especiales aplicadas a la patología oncológica de hueso y mucosas.*

Director: Rodriguez, Patricia Noemi  
Codirector: Argentieri, Angela Beatriz  
Titulo: *Relación entre composición corporal, caries, flujo salival y microbiota bucal en niños. Estudio desde una perspectiva ecológica.*

Director: Mohn, Claudia Ester  
Titulo: *Estudio de la interrelación entre la enfermedad periodontal y el consumo de etanol sobre la función secretora de las glándulas salivales en la rata.*

Director: Brusca, María Isabel  
Titulo: *Estudios de los efectos del tamoxifeno en la prevalencia y evolución de las enfermedades periodontales y en la pericoronaritis de terceros molares con problemas eruptivos enpacientes con cáncer de mama.*

Director: Rodríguez, Pablo Alejandro  
Titulo: *Reparación ósea post cirugía apical: valoración en el tiempo de la efectividad de tratamientos osteo-conductores.*

Director: Cantero, María del Rocío  
Titulo: *Efectos de la proteína tau sobre las propiedades electrodinámicas de los microtúbulos. Posibles implicancias en alzheimer y otras enfermedades neurodegenerativas.*

Director: Hecht, Juan Pedro  
Titulo: *Modelos matemáticos de propagación de infección leptospiral en sistemas con reservorios caninos.*

Director: Rosa, Alcira Cristina  
Codirector: Mauriño, Néstor Raúl  
Titulo: *Evaluación de esferas de riesgo infeccioso durante la práctica odontológica. Importancia de los biofilms y su diseminación a fomites prevalencia de staphylococcus aureus (sa) y candida spp (ca) transferencia a la clínica importancia en bioseguridad.*

#### Proyectos de Investigación Clínica

Directora: Ana M Biondi  
Titulo: *Abordaje Preventivo y Restaurador de Hipomineralización Molar Incisiva*

Directora: Silvina G Cortese  
Titulo: *Prevalencia de Trastornos Temporomandibulares (TTM) y factores de riesgo asociados en pacientes pediátricos*

## Instrucciones para autores

La Revista de la Facultad de Odontología (Universidad de Buenos Aires) ISSN 0326-632X, es una revista semestral (enero/junio y julio/diciembre) que publica trabajos originales e inéditos referidos a la odontología. Su objetivo es ofrecer un espacio de confluencia para los profesionales de la salud bucal y de cualquier otra disciplina afín, con el fin de generar un foro interdisciplinario de discusión e intercambio. Si bien la revista pretende constituir primordialmente un canal de difusión de la producción de los investigadores de la Facultad de Odontología (UBA), está abierta para el resto de la comunidad iberoamericana e internacional. Se publicarán los siguientes tipos de contribuciones: artículos originales, informes breves, artículos especiales y suplementos.

Los trabajos que se remitan para ser publicados en la Revista de la Facultad de Odontología deben ser inéditos, permaneciendo en tal condición hasta su publicación en ella. Podrán ser aceptados aquellos que hubieran sido presentados en sociedades científicas o en forma de resumen.

La evaluación de los trabajos se realizará a través de la modalidad revisión por pares doble ciego, manteniendo en secreto la identidad de los revisores, inclusive después de la publicación del artículo.

El manuscrito debe ser presentado a doble espacio en hoja A4, dejando 3 cms en los márgenes y las páginas serán numeradas secuencialmente, comenzando por la página del título. Se remitirán tres copias impresas y un CD que deberá tener una etiqueta o rótulo que indique: el nombre del trabajo, el programa y la versión usados para confeccionar el texto, las figuras y las fotografías; y el nombre de los archivos que contiene.

En la primera página se indicará: título del trabajo (sólo la primera letra en mayúscula, el resto en minúscula), iniciales de los nombres y apellidos completos de todos los autores; lugar de trabajo (nombre de la institución y dirección postal), de haber autores con distintos lugares de trabajo, se colocarán superíndices numéricos (no encerrados entre paréntesis) junto a los nombres, de manera de identificar a cada autor con su respectivo lugar de trabajo;

fax y/o correo electrónico del autor responsable de la correspondencia (que se indicará con un asterisco en posición de superíndice ubicado junto al nombre) y título abreviado del trabajo, de hasta 50 letras, para cabeza de página.

Se acompañará un resumen en español e inglés, que no debe exceder las 250 palabras. El resumen debe contener el propósito de la investigación, los procedimientos básicos (selección de los sujetos de estudio o animales de laboratorio; métodos de análisis y de observación), hallazgos principales (suministrar datos específicos y su significación estadística, si es posible), y las conclusiones principales.

Al final del resumen deben figurar cinco palabras clave que identifiquen el trabajo, en español y en inglés.

Esas palabras son un conjunto de términos que servirán para indizar el artículo en determinadas bases de datos.

1. Los artículos originales deberán tener un máximo de 3500 palabras, sin incluir referencias, leyendas de figuras y cuadros, y se ordenarán de la siguiente manera:

Resumen: en castellano e inglés.

Introducción: incluirá antecedentes actualizados del tema en cuestión y los objetivos del trabajo definidos con claridad. No se deberá hacer una exhaustiva revisión del tema.

Materiales y métodos: se describirán los métodos, pacientes, aparatos, reactivos y procedimientos utilizados, con el detalle suficiente para permitir la reproducción de las experiencias.

Resultados: se presentarán en el texto o mediante cuadros y/o figuras. Se evitarán repeticiones y se destacarán los datos más importantes.

Discusión: Se hará énfasis sobre los aspectos del estudio más importantes y novedosos, y se interpretarán los datos experimentales en relación con lo ya publicado. Conclusión: Conclusiones a las que se arribó.

Agradecimientos: Deben presentarse en un tamaño de letra menor y en un solo párrafo.

Los cuadros se presentarán en hoja aparte, numeradas consecutivamente con números arábigos, encabezadas por

---

un título explicativo, con las leyendas y aclaraciones que correspondan, al pie. Las figuras se presentarán en hoja aparte, numeradas consecutivamente con números arábigos. Las figuras y fotografías deben tener un tamaño de 9 x 12 cms y podrán ser indistintamente en blanco y negro o color. En todos los casos se exigirá excelente calidad fotográfica, de modo que sea posible la fiel reproducción de la imagen enviada. La versión electrónica (que siempre se deberá suministrar, además de la impresa) se realizará en el formato JPEG, con alta resolución. Tanto las figuras como las fotografías deberán ser legibles y no deberán superar los 580 píxeles de ancho. Las abreviaturas deberán ser explicitadas después de su primera mención en el texto.

2. Los informes breves son trabajos de menor extensión, entre los que se incluyen casuística, casos clínicos y descripciones de técnicas o dispositivos nuevos avalados por trabajos experimentales concluyentes. Se deberá omitir la división del texto en secciones y no podrán exceder las ocho páginas, con un máximo de 15 citas bibliográficas y tres cuadros o figuras.

3. Los artículos especiales son actualizaciones o consensos de grupos de trabajo acerca de temas de gran interés regional o internacional. Sus autores deben ser especialistas en el tema y el texto debe incluir amplia y actualizada bibliografía. Las propuestas temáticas de los suplementos y sus lineamientos generales deberán ser aceptados por el Comité Editor.

Los artículos especiales deberán respetar exactamente el formato y el estilo de la Revista de la Facultad de Odontología en todos sus aspectos, tal como se describe en las Instrucciones para los autores. Al final del suplemento debe incluirse el Índice alfabético de autores.

4. Referencias: Las citas bibliográficas deberán ser incorporadas en el texto entre paréntesis respetando los siguientes criterios: si se tratare de uno o dos autores, apellido de cada uno y año de publicación, ej. (Olsen, 2010) o

(Lomniczi y Rossi, 2011). Cuando se trate de más autores se colocará entre paréntesis solamente al primer autor, seguido por el marcador et al. y el año de la publicación, ej. (Covelli et al., 2009).

Las citas bibliográficas se detallarán en hoja aparte y se presentarán en orden alfabético de autores independientemente de la aparición en el texto del trabajo.

Para las referencias se seguirán los siguientes modelos:

-Revista

Sabbadini E, Berczi I. The submandibular gland: a key organ in the neuro-immuno-regulatory network? *Neuroimmunomodulation* 1995;2:184-9.

-Sitio Web en internet

Marinho VCC, Higgins JPT, Logan S, Sheiham A. Fluoride gels for preventing dental caries in children and adolescents (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library, Issue 1, 2004*. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd. (Date of most recent substantive amendment: 27 September 2001). *Cochrane Database Syst Rev* 2002;I CD002280. Available from: URL: <http://www.updatesoftware.com/abstracts/ab002280.htm>

-Libro

Hand AR. Functional ultrastructure of the salivary glands. In: *The salivary system*. Sreebny LM, editor. Boca Raton, FL: CRC Press 1997. p. 43-68.

-Presentación de los originales.

Los manuscritos deberán ser enviados al Comité Editor de la Revista de la Facultad de Odontología. Marcelo T. de Alvear 2142, 6to. Piso Sector "B". Secretaría de Ciencia y Técnica y Transferencia Tecnológica, Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.

El material será analizado por el Comité Editor y sometido a la consideración de dos árbitros científicos designados para cada caso.

---

## Agradecimientos

La Revista de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires agradece al personal docente y no docente que colaboran en la edición y distribución de la revista.

# Posgrado CARRERAS DE ESPECIALIZACIÓN

-Maestrías -Residencias -Doctorado



## CARRERAS DE ESPECIALIZACIÓN



### CARRERA DE ESPECIALIZACIÓN EN ANATOMÍA PATOLOGICA BUCALMÁXILOFACIAL \*

**Director:**  
Prof. Emérito Dr. Rómulo Luis Cabrini

**Objetivos:**  
La Carrera tiene como objetivo formar Especialistas en Anatomía Patológica Bucalmaxilofacial con un sólido sustento académico y científico que les brinde el conocimiento de la etiología, patogenia, macroscopía, microscopía, evolución y tratamiento de las patologías de la cavidad bucal y áreas conexas. Habilitando al profesional para el diagnóstico histopatológico y la orientación terapéutica, soportados en la información brindada en las historias clínicas, análisis de laboratorio, diagnóstico por imágenes y la clínica estomatológica.

Duración: 2 años  
Carga horaria: 2214 horas

**Título:** Especialista en Anatomía Patológica Bucalmaxilofacial  
Aprobada por Resolución (CS) N° 7012/13



### CARRERA DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA Y TRAUMATOLOGÍA BUCOMAXILOFACIAL \*

**Director:**  
Prof. Dr. Eduardo Alberto Rey y Prof. Dr. José Luis Ferrería

**Objetivos:**  
En todos los casos, e independientemente de los niveles de conocimiento y cúmulo de habilidades que alcancen los cursantes, deberán imbuirse del concepto de que el eje directriz de su Carrera es la Salud Bucal y General del paciente y que su desempeño profesional debe adecuarse a las estrategias y planes de salud de las coberturas de seguridad social. Asimismo, deberán ser conscientes de que la asistencia del enfermo no sólo requiere del conocimiento científico y del dominio de la técnica, sino también del manejo adecuado de los aspectos humanitarios y de los componentes sociales del proceso salud-enfermedad.

Duración: 4 años  
Carga horaria: 5860 horas

**Título:** Especialista en Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial  
Aprobada por resolución (CS) N° 7014/13.



### CARRERA DE ESPECIALIZACIÓN EN DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES BUCO-MÁXILO-FACIAL \*

**Directora a Cargo Interinamente:**  
Prof. Dra. Beatriz Teresa Subirán

**Objetivos:** La Carrera de Especialización en Diagnóstico por Imágenes Buco-Máxilo-Facial tiene por objetivo proporcionar a profesionales de la Odontología una adecuada formación teórico-práctica, activa y planificada de la especialidad, integrando los conocimientos para la realización de las técnicas y su aplicación clínica.

Duración: 2 años  
Carga horaria: 819 horas

**Título:** Especialista en Diagnóstico por Imágenes Buco-Máxilo-Facial  
Aprobada por Resolución (CS) N° 2007/03 y su modificatoria (CS) N° 2512/11

### CARRERA DE ESPECIALIZACIÓN EN ENDODONCIA \*

**Directora:**  
Prof. Dra. Liliana Gloria Sierra

**Objetivos:**  
Profundizar en el dominio de la área de la endodoncia, ampliando la capacitación profesional a través de un entrenamiento intensivo. Formar odontólogos especializados, mediante una preparación académica de nivel científico y que involucre toda la problemática actual de la endodoncia. Hacer operativos los conocimientos adquiridos a través del desarrollo intensivo de destrezas en forma gradual y guiada. Avanzar en la búsqueda de nuevos conocimientos mediante una estructura analítica con concepto metodológico. Adquirir una actitud ética, humanística y afectiva frente a sus colegas, sus pacientes y la comunidad donde ejercerá la especialidad. Discernir entre las técnicas estudiadas aquellas que resulten más favorables para su aplicación clínica y biológica en el medio que le toque actuar.

Duración: 3 años  
Carga horaria: 1208 horas  
**Título:** Especialista en Endodoncia  
Aprobada por resolución (CS) 6145/12



### CARRERA DE ESPECIALIZACIÓN EN ESTÉTICA DENTAL Y DISEÑO DINÁMICO DE LA SONRISA

**Director:**  
Prof. Dr. Carlos Aníbal González Zanotto

**Codirector:**  
Prof. Dr. Gustavo Vernazza

**Objetivos:**  
La Carrera tiene como objetivo fundamental la formación de profesionales con conocimientos teóricos, habilidades y destrezas específicas para diagnosticar, planificar y realizar las terapéuticas necesarias para rehabilitar la estética dental del paciente y realizar el diseño dinámico de su sonrisa.

Duración: 2,5 años  
Carga horaria: 900 horas  
**Título:** Especialista en Estética Dental y Diseño Dinámico de la Sonrisa  
Aprobada por Resolución (CD) N° 155/14



### CARRERA DE ESPECIALIZACIÓN EN ODONTOLOGÍA LEGAL

**Directora:**  
Prof. Dra. María Teresa Carriego

**Objetivos:**  
Formar recursos humanos, científicos y técnicos en el campo de la Odontología Legal a nivel Nacional a través de la capacitación interdisciplinaria, metodología operativa y práctica judicial con alto contenido ético, social y epistemológico, con conocimiento de una operativa y práctica particular.

Duración: 2 años  
Carga horaria: 553 horas  
**Título:** Especialista en Odontología Legal.  
Aprobada por Resolución: en trámite.



## CARRERA DE ESPECIALIZACIÓN EN ODONTOPIEDIATRÍA\*

**Directora:**  
Prof. Dra. Ana María Biondi

**Codirectora:**  
Prof. Dra. Silvína Gabriela Cortese

**Objetivos:**  
Formar profesionales altamente calificados en la especialidad de Odontopediatría, teniendo como marco de referencia la consideración del paciente infantil como un ser único, valioso y diferente y en razón de ello requerir de capacidades en las áreas de las aptitudes, que permitan dar solución a problemas complejos de Salud Bucal y contribuir a la creación de nuevos procedimientos y tecnologías. Programar, fundamentar, ejecutar y evaluar planes individuales y colectivos para la resolución de problemas de salud bucal en bebés, niños y adolescentes con diferentes niveles de riesgo biológico y psicosocial con énfasis en las características materiales, sociales y culturales en nuestra región, con una visión integral, fundamentada en principios científicos y éticos.

Duración: 2 años  
Carga horaria: 2630 horas

**Título:** Especialista en Odontopediatría  
Aprobada por Resolución (CS) N° 7011/13



## CARRERA DE ESPECIALIZACIÓN EN OPERATORIA Y ESTÉTICA DENTAL

**Director:**  
Prof. Dr. Norberto Pascual Lombardo

**Objetivos:**  
El objetivo de la carrera es ofrecer al cursante aumentar sus conocimientos teóricos y destrezas necesarias para desarrollar un perfil de especialista, capaz de transferir y ejecutar en su labor clínica respondiendo a la demanda social de salud bucal, además de brindarle la capacidad de adquirir actualización y perfeccionamiento continuo. Abordar al paciente odontológico desde un aspecto integral e interdisciplinario. Establecer diagnóstico con niveles de riesgo. Evaluar, analizar y diseñar sonrisa. Elaborar plan de tratamiento integral con criterio preventivo, mínima invasión y máxima conservación de las estructuras dentarias. Aplicar conocimientos, procedimientos y destrezas clínicas de la Operatoria Dental Moderna para la restauración integral de las piezas dentarias respetando los sistemas biológicos, devolviendo función y estética, empleando materiales y tecnologías actuales para lograr alcanzar un tratamiento con resultado adecuado y predecible.

Duración: 2 años  
Carga horaria: 665 horas  
**Título:** Especialista en Operatoria y Estética Dental  
Aprobada por Resolución (CS) N° 4917/12



## CARRERA DE ESPECIALIZACIÓN EN ORTODONCIA Y ORTOPEDIA MAXILAR\*

**Directora:**  
Prof. Dra. María Eugenia Mateu

**Objetivos:**  
Los objetivos principales de la carrera consisten en: -formar especialistas que sean capaces de reconocer las funciones del sistema estomatognático para realizar diagnóstico, pronóstico, planificación y tratamiento en ortodoncia y ortopedia; -adquirir conocimientos sobre los factores etiológicos de las anomalías dento-maxilo-faciales; -diagnosticar anomalías dentarias, oclusales, faciales y funcionales para realizar tratamientos específicos; -elaborar un diagnóstico integral en base a estudios clínicos, de imágenes y de laboratorio, para abordar el plan de tratamiento y terapéutica adecuada; -utilizar los principios básicos de biomecánica, para la aplicación de las técnicas; -adquirir habilidades y destrezas técnicas para realizar los distintos tratamientos; -reconocer y valorar las modificaciones morfo-funcionales, producidas por las diferentes técnicas utilizadas; -controlar y realizar el seguimiento del paciente asumiendo una conciencia preventiva y social.

Duración:  
MODALIDAD FULL TIME: 3 semanas por mes durante 3 años (99 semanas)  
MODALIDAD INTENSIVA: 1 semana por mes durante 4 años (48 semanas)  
Carga horaria: 3276 horas  
**Título:** Especialista en Ortodoncia y Ortopedia Maxilar  
Aprobada por Resolución (CS) N° 4970/93 y su modificatoria (CS) N° 3401/11



## CARRERA DE ESPECIALIZACIÓN EN PACIENTES ODONTOLÓGICOS CON RIESGO MÉDICO Y DISCAPACIDAD

**Directora:**  
Prof. Dra. Lilita Noemí Nicolosi (Med.)

**Subdirectora:**  
Prof. Dra. Teresita Graciela Ferrary (Od.)



### Objetivos:

Formar profesionales con capacitación en la atención odontológica integral de pacientes con Riesgo Médico y Discapacidad, que permita el abordaje de una población de pacientes especiales con patologías complejas que representan un desafío en el cuidado de la salud bucal. Promover el trabajo interdisciplinario para la resolución de las distintas patologías. Programar y ejecutar planes individuales y comunitarios para la prevención, diagnóstico y tratamiento de la patología bucal de pacientes con Riesgo Médico y Discapacidad. Proveer herramientas que permitan el juicio crítico en la aplicación de estrategias terapéuticas basadas en la evidencia científica, las buenas prácticas odontológicas, con consideración de los aspectos humanísticos y éticos del proceso salud-enfermedad. Desarrollar y fortalecer la formación en investigación clínica en pacientes con Riesgo Médico y Discapacidad.

Duración: 2 años  
Carga horaria:

**Título:** Especialista en Pacientes odontológicos con Riesgo Médico y Discapacidad  
Aprobada por Resolución: en trámite.

## CARRERA DE ESPECIALIZACIÓN EN PERIODONCIA\*

**Director:**  
Prof. Dr. Nelson Carranza

**Objetivos:**  
Brindar al cursante los conocimientos teóricos, y desarrollar las destrezas prácticas necesarias para ejecutar trabajos asistenciales y de investigación en el área de la Periodoncia, u otras áreas relacionadas. Desarrollar en el egresado/a la capacidad de actualización y mejoramiento continuo de sus conocimientos y habilidades.

Duración: 3 años  
Carga horaria: 2872 horas  
**Título:** Especialista en Periodoncia  
Aprobada por Resolución (CS) N° 7015/13



## CARRERA DE ESPECIALIZACIÓN EN PROSTODONCIA\*

**Directores:**  
Prof. Dr. Norberto Adolfo Fassina y Prof. Dr. Alejandro Néstor Rodríguez

**Objetivos:**  
La carrera tiene como objetivos formar profesionales odontólogos con conocimientos teóricos y prácticos en la resolución de los distintos casos clínicos, desde la rehabilitación protética más simple a la más compleja. El objetivo es la restitución del sistema estomatognático, para que todas sus estructuras logren una armonía biológica y brinden como resultado final una oclusión estabilizada. La prevención será guía en todo el desarrollo de la actividad, controlando la infección con tratamientos previos y posteriores a la rehabilitación. El profesional odontólogo especialista en prostodoncia será capaz de analizar cada caso y dar respuestas de excelencia acorde al lugar de desempeño de su actividad.

Duración: 3 años  
Carga horaria: 810 horas  
**Título:** Especialista en Prostodoncia  
Aprobada por Res. (CS) N° 5362/05 y su modificatoria (CS) N° 7013/13.



## CARRERA DE ESPECIALIZACIÓN EN PRÓTESIS DENTOBUCOMAXILAR\*

**Director:**  
Prof. Dr. Héctor José Álvarez Cantoni

**Subdirector:**  
Prof. Dr. Jorge Galante

**Objetivos:**  
La carrera está organizada con un diseño sumamente ventajoso: la misma se encuentra organizada en cuatro módulos, I-II-III-IV. El odontólogo es un profesional que se encuentra ávido y requiere actualización profesional permanente. Sabemos que las obligaciones profesionales, personales y las distancias geográficas no siempre resultan favorables para realizar trayectos formativos presenciales. Les ofrecemos en formatos diferentes (a distancia e-learning y presencial) y complementarios, dos programas de formación que respondan a sus expectativas y posibilidades. Los egresados serán capaces de: evaluar, diagnosticar y ejecutar terapéuticas para la rehabilitación integral del sistema estomatognático dañado, restituyendo su función y controlando su permanencia en el tiempo.

Duración: 4 años  
Carga horaria: 1140 horas  
**Título:** Especialista en Prótesis Dentobucomaxilar  
Aprobada por resolución (CS) N° 5925/12





# Maestrías, Doctorado y Residencia



## MAESTRÍA EN ODONTOLÓGIA ESTÉTICA REHABILITADORA



### Directores:

Prof. Dr. Luis Ernesto Tamini Elicegui y Prof. Dr. Pablo Fernando Abate

### Objetivos:

Capacitar odontólogos en la adquisición de competencias cognitivas, procedimentales y actitudinales necesarias para planificar, desarrollar y ejecutar tratamientos odontológicos rehabilitadores integrales, de diferentes niveles de complejidad, desde una concepción estética que atienda los requerimientos sociales del hombre inserto en la comunidad en la que se desarrolla, bajo una perspectiva ética y basando su accionar en la evidencia científica.

Duración: 3 años

Carga horaria: 1218 horas

**Título:** Magister de la Universidad de Buenos Aires en Odontología Estética Rehabilitadora

Aprobada por Resolución (CD) N° 152/14

## DOCTORADO

### Secretario de Ciencia y Técnica

y Transferencia Tecnológica: Prof. Dr. Juan Carlos Elverdín



### Objetivos:

La Carrera tiene como finalidad principal iniciar a graduados universitarios en tareas de investigación científica en áreas básicas o clínicas. En las áreas básicas, se busca formar egresados que puedan integrar equipos de investigación para alcanzar luego el nivel de investigadores independientes, esenciales para la creación de conocimiento y la actualización en las ciencias básicas. En las áreas clínicas, el objetivo es lograr profesionales con experiencia y capacidad para buscar nuevos conocimientos con una vivencia real de la necesidad de actualización permanente, que pueda ser transmitida a su labor docente, asistencial o de investigación clínica. Son requisitos solicitados graduados de carreras con título profesional correspondiente a una duración de 5 años o de menos de 5 años que reúnan los requisitos previstos por el reglamento. Plan de investigación original. Director de tesis. Duración: 2 a 6 años a partir de la fecha de admisión.

Consultas e-mail: [secretariacyt@odon.uba.ar](mailto:secretariacyt@odon.uba.ar)

**Título:** Doctor de la Universidad de Buenos Aires en el área de Odontología.

Aprobada por Resolución (CS) N° 4550/12

## RESIDENCIA UNIVERSITARIA EN SALUD BUCAL



### Director:

Prof. Dr. Julián Cruz Malespina

### Objetivos:

Se propone que los Residentes una vez egresados de este programa sean capaces de resolver problemáticas de odontología general; aplicar en la resolución de las situaciones clínicas medidas preventivas correspondientes a los tres niveles de atención; integrarse a los distintos sectores que componen la práctica profesional, a nivel individual o en instituciones públicas y privadas del ámbito del ejercicio de la profesión.

Duración: 2 años

Carga horaria: 3170 horas

Aprobada por Resolución (CS) N° 342/94 y su modificatoria (CD) N° 788/12



## CONSULTA TAMBIÉN:



Becas



Cursos y educación continua



Extensión Universitaria



Certificaciones y  
recertificaciones

## Informes e Inscripción:

Dirección de Posgrado:  
Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires  
Marcelo T. De Alvear 2142 - Planta Principal  
Código Postal: C1122AAH  
Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina

## Horario:

de Lunes a Viernes de 9:00 a 16:00 Horas  
Teléfonos: (54-11) 4964-1200 int. 1138 o (54-11) 4964-1254  
Fax: (54-11) 4964-1228  
E-mail: [posgrado@odon.uba.ar](mailto:posgrado@odon.uba.ar)  
Web: [www.odon.uba.ar/posgrado](http://www.odon.uba.ar/posgrado)