



FOUNT

Nº50

Revista de la Facultad de Odontología
Universidad Nacional de Tucumán



CAPÍTULO CIENTÍFICO

CONGRESO MULTIDISCIPLINARIO
DEL CÍRCULO ODONTOLÓGICO
TUCUMANO (COT)

TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN

EVALUACIÓN DEL ESPESOR DE
DENTINA RESIDUAL MEDIANTE CBCT

Marini A, García Leonardi MC,
Leonardi L, de la Casa ML

COMUNICACIÓN BREVE

TRATAMIENTO MUCOGINGIVAL EN
LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA ACTUAL

Albornoz SE, Castro CE

AUTORIDADES F.O.U.N.T.

Decana

Prof. Dra. María Luisa de la Casa

Vicedecano

Prof. Dr. Gastón Martín Lagarrigue

Secretario Académico

Prof. Od. María Carolina Zelarayán

Secretario de Posgrado

Prof. Od. Marcelo Brackmann

Secretaria de Ciencia y Técnica

Dra. María Elena López

Secretaria de Extensión Universitaria

Od. Martín Zalduendo

Secretario de Bienestar Universitario

Od. Juan José López Marcos

Sec. de Coordinación Administrativa

Od. Juan José López Marcos

Director de Control y Gestión

CPN. Daniel Alul

HONORABLE CONSEJO DIRECTIVO

Profesores titulares:

Prof. Dra. Cecilia Estela Castro

Prof. Od. Roberto Luis Pedroso

Profesores adjuntos:

Prof. Od. Jorge Ernesto Cassini

Prof. Od. Silvia Cristina Del Valle Romano

Estamento Docentes Auxiliares

Od. María Karina Salum

Od. María Alejandra Ibiris Mauril

Estamento egresados

Od. Adriana Margarita Palazzo

No Docente

Sr. Oscar Luis Morales Estrada

Estamento Estudiantil

Sr. Franco Nabil Salomon

Srta. Lourdes María Assis

Srta. Julieta Agostina Estigarribia

COMITÉ REVISTA

Directora

Prof. Dra. Cecilia Estela Castro

Comisión Editora

Prof. Dra. María Elena López

Dra. Marta Estela Saravia

Dra. Lilia Elena Leonardi

Asesor de Bioestadística

Prof. Od. Hugo Norberto Aragón

Colaboradores

Od. Sabina Andrea Bottcher

Od. Andrea Carolina Verasaluze

Od. María Constanza Fernández

Diseño Editorial

Lic. Cecilia Florencia Buabud

Asesora Técnica de Idioma

Prof. Josefina Lanzi de Zeitune

Árbitros Revista

Dr. Ricardo Luis Macchi

Dra. Léa Assed Bezerra da Silva

Dra. Marta Cecilia de Castillo

Dra. María Dolores Ameijide

Dra. Virginia de Preliasco

Dra. Adriana Actís

Dra. María Mercedes González

Dra. Susana Avollio

Dra. Liliana Fracchia

Dra. Mirta Lewintre

Dra. Mirta Valentich

Dra. Mirta Ana Lía Moreno de Calafell

Dra. Andrea Kaplan

Dr. Clovis Monteiro Bramante

Dra. Susana Piovano

Dra. Carmen Collante

Dra. Alcira Cristina Rosa de Nastri

Dr. Ricardo Bachur

Dr. Eduardo Rey

Dr. Roberto Blanco

Dr. Alberto Bustamante

Dra. Estela R. de Albera

Dr. Hugo Romanelli

INDICE

EDITORIAL Prof. Dra. Cecilia Estela Castro	3
PALABRAS DE LA DECANA Prof. Dra. María Luisa de la Casa	5
SECRETARÍA ACADÉMICA	7
SECRETARÍA DE CIENCIA Y TÉCNICA	9
SECRETARÍA DE BIENESTAR UNIVERSTARIO	13
CONGRESO MULTIDISCIPLINARIO DEL CIRCULO ODONTOLÓGICO TUCUMANO (COT) CAPÍTULO CIENTÍFICO	15
TRABAJOS DE INVESTIGACIÓN Evaluación del espesor de dentina residual Mediante cbct Marini A, Garcia Leonardi MC, Leonardi L, de la Casa ML	43
COMUNICACIÓN BREVE Tratamiento mucogingival en la práctica Odontológica actual Albornoz SE, Castro CE	49
DIFUSIÓN	51
POLÍTICA EDITORIAL Y NORMA PARA AUTORES	55



Prof. Dra. Cecilia Estela Castro
Directora de Revista

Breve historia de la Periodoncia

Las diversas formas de las enfermedades gingivales y Periodontales aquejan al ser humano desde los comienzos de la historia.

Estudios paleontológicos indican que la Enfermedad Periodontal (EP) destructiva, como lo demuestra la pérdida de hueso, afectó a los primeros seres humanos de culturas tan distintas como el antiguo Egipto y la América precolombina.

Alrededor del año 3000 AC Los Babilonios y Asirios, al igual que los antiguos Sumerios, sufrieron problemas Periodontales y realizaban su higiene dental con palillos de oro muy elaborados. Una tablilla de arcilla de dicho período menciona un tratamiento mediante el masaje gingival combinado con diversas hierbas medicinales.

- En la antigua Grecia, el médico Hipócrates (460-370 a.C.) describió la EP y recomendó tratamientos como la limpieza de las encías y la aplicación de ungüentos.

- Durante la Edad Media (500-1500 d.C.), la odontología se centró principalmente en la extracción de dientes y tratamiento de dolores de muelas.

- Sin embargo, algunos médicos y dentistas de la época, como Guy de Chauliac (1300-1368), describieron la EP y recomendaron tratamientos.

- En el siglo XVIII, el dentista francés Pierre Fauchard (1678-1761) es considerado el padre de la odontología moderna. Estudió la EP y recomendó tratamientos como la limpieza de las encías y la aplicación de ungüentos.

- En el siglo XIX, el dentista estadounidense Chapin Harris (1806-1860) fundó la primera escuela de odontología en Estados Unidos y describió la EP en su libro "The Dental News".

Prof. Dra. Cecilia Estela Castro
Directora de Revista

- En el siglo XX, la periodoncia se convirtió en una especialidad dentro de la odontología.
 - Grace Rogers Spalding (1881-1971) es considerada una de las pioneras de la periodoncia. Cofundó la Academia Estadounidense de Profilaxis Oral y Periodontología (ahora Academia Estadounidense de Periodontología) en 1914. Fue también la primera editora de la Revista de Periodontología de 1933 a 1949. Ocupó varios puestos de liderazgo en periodontología a nivel estatal, nacional e internacional.
 - En la segunda mitad del siglo XX, se desarrollaron nuevos tratamientos y técnicas para la EP, como la cirugía periodontal y la terapia con antibióticos.
 - En el siglo XXI, la periodoncia ha continuado evolucionando con el desarrollo de nuevas tecnologías y tratamientos.
 - La investigación en genética y biología molecular ha permitido una mejor comprensión de EP y el desarrollo de nuevos tratamientos personalizados.
- La Periodontología contemporánea emplea principios de la biología celular y molecular para la aplicación clínica de la medicina regenerativa y la cirugía reconstructiva. Por lo tanto, la Periodontología contemporánea es considerada una ciencia traslacional y profundamente transdisciplinaria.

Referencias

1. Carranza (H), Fermín y Carraro, Juan J. (1978): Periodoncia, Buenos Aires, Editorial Mundi, pp. 454-468. 102 Revista Colombiana de Filosofía de la Ciencia – Vol. V • Nos. 10 y 11
2. Carranza, Fermín (2003): History of periodontology, Fermín Carranza, Gerald Shklar. — Carol Stream, IL: Editores, Quintessence Publishing, Chicago. Carvel de, Rosa Iusem (1954): “Prólogo del traductor”, en Miller, Charles
3. Glickman, Irving (1967): Periodontología clínica, 3ª edición, Buenos Aires, Editorial Mundi, pp. 21-25.
4. Glickman, Irving (1990): Clinical Periodontology, Recognition, Diagnosis and treatment of periodontal disease in the practice of General Dentistry, 3ª edición, Filadelfia y Londres, W.B. Saunders Company.



Prof. Dra. María Luisa de la Casa
Decana

Cada 3 de octubre, los profesionales de la odontología celebramos el «Día del Odontólogo» en Argentina, como en otros países como Bolivia, Colombia, Cuba, Ecuador, Paraguay, República Dominicana, Uruguay y Venezuela que también lo festejan.

Los actores de la odontología deberemos dar respuestas a las preguntas que nos formula el siglo XXI porque “las ciencias de la salud generan una capacidad dinámica, con consensos teóricos y éticos necesarios que dará cuenta de la calidad alcanzada en las prácticas odontológicas.

Por lo tanto las instituciones se debaten en medio de esas enormes contradicciones tratando de encontrar el equilibrio para rescatar y armar comunidades más saludables.

Desde la FOUNT hacemos llegar a todos los odontólogos un cordial saludo en su día, agradeciéndoles por la tarea profesional y comprometida que llevan adelante, para cuidar la salud bucodental de nuestra comunidad.

Y un especial reconocimiento a quienes realizan una fuerte promoción, a través de actividades en los centros sanitarios, establecimientos educativos de todos los niveles y otras instituciones comunitarias; inculcando y concientizando a la población sobre los hábitos que contribuyen a cuidar la salud bucal y a prevenir enfermedades bucodentales y también a los que se desempeñan en la salud pública, quienes tienen a su cargo llegar a los pueblos y localidades más alejados de los centros urbanos, para ofrecer atenciones odontológicas a niños y adultos.

Hace un año inauguramos la guardia odontológica, aspiramos a que el paciente al ser atendido en la guardia y fichado, otro paso que implementamos, es derivado a las distintas cátedras, servicios o posgrado para resolver la urgencia y posteriormente continuar con el tratamiento en las distintas especialidades dentro de la misma institución lo que

Prof. Dra. María Luisa de la Casa
Decana

constituye un verdadero Hospital Universitario. Con la ayuda del Rectorado estamos en la última etapa de la compra de un nuevo tomógrafo y pantomógrafo con la incorporación de radiovisiógrafos para diferentes cátedras, y no debemos dejar de destacar la creación del Servicio de Discapacidad que por ahora está funcionando en el edificio de la guardia, sumamos también la incorporación de una nueva Tecnicatura en Asistencia dental, además de nuevas especialidades en el posgrado, la incorporación de todo lo digital en el grado y posgrado, tengo que agradecer al Dr. Gastón Lagarrigue y a todo el equipo de secretarios de las diferentes áreas, docentes, estudiantes y no docentes que hacen posible que nuestra FOUNT despacio pero firme siga adelante.

Muchas gracias y Muchas Felicidades a todos!!!!

SEGUNDO SEMESTRE 2024

Cabe a esta Secretaría difundir a través del espacio cedido por la Revista de la F.O.U.N.T. las actividades realizadas durante el semestre.

Se efectuó la sustanciación de llamados a concursos para cubrir los cargos docentes de profesores titulares/adjuntos y designaciones interinas correspondientes a las vacancias en las diferentes asignaturas.

Nuestra Facultad participó en la Expo de las diferentes unidades académicas, realizada en la Facultad de Psicología y Filosofía.

Se trabajó con la Secretaria Académica del Rectorado en la realización de un taller de lectura y escritura destinado a estudiantes de 1º y 2º año a través del Proyecto Sigamos Estudiando.

Se llevaron a cabo reuniones con el Equipo Asesor Externo para la actualización del Plan de Estudio de la carrera de Odontología.

Respecto al ingreso a la carrera de Odontología para el período 2025, se realizó una reunión informativa y recorrido por las diferentes instalaciones de nuestra Facultad.

En el marco de la coordinación de las actividades de la Comisión de Seguimiento y Evaluación Curricular, se realizaron reuniones cuyo objetivo fue la revisión y posterior modificación curricular, en las mismas se abordaron diversas temáticas referidas al monitoreo y evaluación permanente del currículum a través del análisis sobre las debilidades y fortalezas del mismo.

Esta Secretaría presentó el Proyecto Acompañando las Trayectorias ante la convocatoria de la Secretaría de Extensión de la FOUNT, destinado a los estudiantes de la carrera de Odontología referente a temas de permanencia y egreso. Se coordinaron acciones con el Departamento Psicopedagógico para la atención de estudiantes derivados por Tutores Docentes, y/o por demanda espontánea de los mismos.

A través del Proyecto Construyendo Futuro y con la participación del Comité de Orientación Vocacional se realizaron visitas solicitadas por distintas Instituciones secundarias de la provincia.

Referido a la Carrera de Pregrado de la Tecnicatura en Prótesis Dental, se concluyó el dictado de las materias de la primera cohorte.

Prof. María Fernanda Vicente

SEGUNDO SEMESTRE 2024

Junto a la Secretaría de Extensión se presentaron diversos proyectos de voluntariado de la FOUNT ante la HCD para gestionar el reconocimiento de su carga horaria en el marco de las Prácticas Sociales Educativas que realizan nuestros alumnos.

Secretaria Académica: Prof. OD. María Carolina Zelarayán.

Coordinadoras: Od. Esp. Paula Melina García Zeman

Od. Esp. Viviana Cuezco

Departamento Asistencia Psicopedagógica: Lic. Celia Isabel Margaría

Prof. María Fernanda Vicente

SEGUNDO SEMESTRE 2024

De la Secretaría de Ciencia y Técnica es responsable la Dra. María Elena López (Resol. N°: 0380-022 y 0415-022).

- La FOUNT está representada en el Consejo de Investigaciones (CIUNT) de la Secretaría de Ciencia y Técnica, Arte y Tecnología de la UNT (SCAIT) por la Mg. Silvia Romano, suplantada por la Dra. Sofía Cristina Torres y la Dra. María Elena López (Resol. HCS N° 1051-022). Todas ellas integran la Comisión de Becas de SCAIT.

Las representantes de FOUNT informan, mediante el e-mail de la Secretaría de Ciencia y Técnica y reuniones, las novedades de SCAIT a todos los docentes-investigadores de FOUNT.

- El Departamento de Investigación está integrado por la Od. María Gabriela Pacios, Od. Paula Mentz, Od. María Laura Malica, Od. Julio Gómez y las representantes ante SCAIT, Mg Silvia Romano, Dra. Sofía Cristina Torres y Dra. María Elena López (Resol. N° 0816-022). Realizó reuniones quincenales presenciales y mayormente virtuales.

- El Comité de Bioética de FOUNT está integrado (Resol. N° 0677-022) por el Dr. Jorge Nicolás Juárez y el Od. Hugo Norberto Aragón (representantes de los docentes investigadores categorizados), Esp. Rafael Gustavo Páez (propuesto por la Secretaría de Pos grado), Od. Roberto Carlos Santillán y Od. César Augusto Sogno (propuestos por la Secretaría de Ciencia y Técnica) y la Dra. Sofía Torres (representante del área de Bioseguridad). Cuenta con habilitación en el Registro Nacional de Investigaciones en Salud (RENIS) (<https://sisa.msal.gov.ar/sisa/>).

El Comité de Bioética analizó protocolos de Consentimiento Informado y consideró los planes de trabajo recibidos para informe.

- La Revista FOUNT, está dirigida por la Dra. Cecilia Castro y colaboran: Od. Sabina Andrea Bottcher, Od. Andrea Carolina Verasaluze y Od. María Constanza Fernández.

El Comité de la Revista FOUNT trabajó sobre dos números de la Revista.

- El Od. Hugo Norberto Aragón está a cargo del Gabinete de Estadística (Resol. N°: 784-13).

- La Dra. Carmen Vargas representa a FOUNT en la comisión constituida por SCAIT desde el año 2012 hasta noviembre para el Registro Nacional de Precursores Químicos (REN-PRE) de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra Narcotráfico (SEDRONAR).

- Se asignaron a FOUNT dos Becas EV-CIN 2024 en el área de Ciencias Médicas y de la Salud a:

Srta. Carla Santucho

Directora: Od. Esp. Mónica Alejandra Rospide

Srta. Leonela Alejandra Aranda

Directora: Dra. María Luisa de la Casa

Co Director: Od. Esp. Pablo Sergio Gallegos Crotte

- Se asignó una Beca Estudiantil de Investigación de UNT (BEI-UNT) Convocatoria 2024 a:

Srta. Lourdes María Assis

Directora: Dra. María Luisa de la Casa

Co Director: Od. Esp. Pablo Sergio Gallegos Crotte

- Se colaboró con el capítulo Científico, a cargo del Od. Roque Avellaneda, en el Congreso Multidisciplinario del Circulo Odontológico Tucumano, realizado entre el 28y el 30 de agosto (RES-ODO-DCHCD-1979/2024). Se presentaron 14 trabajos que fueron evaluados.

- La FOUNT estuvo representada en las XXXI Jornadas de Jóvenes Investigadores de AUGM con 2 presentaciones seleccionadas en la UNT:

Estrategias para la Atención de Niños y Adolescentes

Oriana Belén Heredia, Jimena Fanjul

Orientadora: Jacqueline Antenucci

Efectos dentoalveolares de un propulsor mandibular usado con alineadores dentales

Julieta Omodeo

Orientadores: Gabriela López, Rafael Páez

- Se llevó a cabo la XIV Jornada de Investigación y Difusión el jueves 21 de noviembre, organizada por el Departamento de Investigación de FOUNT. Asistieron docentes y estudiantes de nuestra Unidad Académica y odontólogos del Hospital Centro de Salud. Se registraron 55 inscriptos. Colaboraron todos los integrantes del Departamento de Investigación y las alumnas Silvina Miragaya y Lucía Urrere.

Se confeccionaron flyers de difusión y los certificados.

Las palabras iniciales estuvieron a cargo del Sr. Vice Decano de la Facultad de Odontología de la UNT, Dr. Gastón Lagarriguey las palabras finales, de la Sra. Decana Dra. María Luisa de la Casa.

La Jornada incluyó:

- 6 Presentaciones como informes parciales de Becas FOUNT2022 y 2023 y difusión de Beca CIN.
- De las Presentaciones en Posters hubo 9 Investigaciones Inéditas y 3 Casos Clínicos Inéditos y 1 Difusión Científica Inédita. Además, 4 Presentaciones en Otras Reuniones Científicas en 2024, realizadas o dirigidas por miembros de FOUNT.

Las exposiciones y fotografías de la jornada se publicarán en el primer semestre 2025 de la Revista FOUNT.

Colaboraron las estudiantes con los miembros del Departamento de Investigación, además de personal de cooperadora y personal de limpieza de FOUNT. Contribuyó con donaciones las Empresas Gum-Sunstar.

- Las representantes de FOUNT en SCAIT continuaron participando en el desarrollo del Proyecto estratégico, intersectorial e interdisciplinario, en función de los resultados obtenidos luego de las Jornadas de marzo, abril, mayo de las Mesas de referentes del Sistema Científico Tecnológico de la provincia de Tucumán.

- Se colaboró con el proyecto sobre Atención a Pacientes con Discapacidad de la Od. Jaqueline Antenucci.



- Se concretó la gestión para la firma de una Carta de Intención entre la Facultad de Estomatología de la Universidad de Ciencias Médicas de Santiago de Cuba y la Facultad de Odontología, UNT.

- Se colaboró con el Od. Luis Wuscovi, delegado en la Sociedad Argentina de Investigación Odontológica (SAIO) con la difusión de información de SAIO y de la International Association for Dental Research (IADR).

- Se difundió numerosa información mediante correo electrónico (secretariacienciaytecnica@odontologia.unt.edu.ar) sobre temas tratados en SCAIT y sobre:

Reuniones Científicas: Conectando con el futuro de la salud: Un encuentro con estudiantes.

(27 de septiembre). Mesa panel: Una Mirada Holística sobre la Comunicación en Ciencias de la Salud (19 de septiembre).

SCAIT: Novedades sobre PRINUAR (Programa para la Investigación Universitaria Argentina). Colaboración entre universidades y asociaciones científicas para generar información relevante que aborde los desafíos en salud pública, en esta oportunidad entre UNT a través de SCAIT y la Asociación Argentina de Salud Pública (AASAP).

Convocatorias: Fundación Spencer (investigación en Educación) de la Colección de Convocatorias enviadas desde el Ministerio de Gobierno y Justicia del Gobierno de la provincia de Tucumán. Movilidad Internacional Universitaria de ZicoSur para estudiantes, profesores investigadores y egresados.

SEGUNDO SEMESTRE 2024

- Se realizo entrega de indumentaria para el personal de ordenanza y maestranza
- Extension de la conexión wifi hacia la zona de catedras de fisiologia, patologia y sectores afines.
- Incorporacion de televisores multimedias para las aulas hibridas 1 y 2.
- Control y mantenimiento de los matafuegos.
- Gestion, promocion y difusion publicitaria junto a empresas de higiene dental: gum y colgate.
- Organización de charlas y visitas para estudiantes conjuntamente con gum.
- Mantenimiento constante de sillones de todas las clinicas de la fount. Labor conjunta realizada con el personal no docente de nuestra institucion.
- Se brindo equipamiento constante de accesorios multimedias para el normal dictado de clases. Tarea conjunta con el personal no docente encargado.
- Gestion y compra de dos nuevas computadoras para la catedra de informatica, abocando las mismas al desempeño y dictado de odontologia digital.
- Entrega constante de elementos de proteccion personal (guantes, barbijos, camisolines) a las distintas catedras y servicios de atencion.
- Participacion y colaboracion activa en la confeccion y desarrollo de cursos optativos trabajando conjuntamente al cuefo.
- Services periodicos y controles de mantenimiento a los aires acondicionados de las distintas areas de la facultad.
- Acondicionamiento periodico del auto clave y de las estufas de calor seco pertenecientes al servicio de esterilizacion para su normal funcionamiento.
- Control y mantenimiento regular de las camaras de seguridad instaladas en toda la facultad.
- Conservacion constante de los espacios verdes perifericos a los edificios.
- Trabajos de pintura y mantenimiento de paredes (zona de informatica y zona de centro odontologico)
- Trabajo regular y constante de manera conjunta con comfye, realizando control, seguimiento y atencion a alumnos que sufrieron accidentes con riesgo biologico.
- Ampliacion de las casillas destinadas para el alojamiento y proteccion de compresores.
- Colaboracion y seguimiento de las actividades diarias del c.U.E.F.O. Ayuda en la compra de insumos cafeteria y vajilla.

- Mantenimiento de las distintas impresoras de las diversas oficinas del area administrativa.
- Acondicionamiento y remodelacion del equipamiento y conexiones de agua y aire en la catedra de tecnica de operatoria.
- Inicio de actividades y regulacion de las mismas en el servicio de recepcion, fichado, derivacion y guardia odontologica.
- Licitacion y compra de tomografo odontologico.
- Tareas de organización y labores conjuntas con pasantes en los sectores de esterilizacion, ordenanza, maestranza y asistentes dentales.

CALIBRACION DEL CRITERIO CLINICO DE RYGE

R López, AC Chaya, S Iturre
Odontología Preventiva FOUNT
preventiva@odontologia.unt.edu.ar

Introducción: La Odontología moderna se enfrenta a un desafío constante: garantizar la calidad y la durabilidad de las restauraciones dentales. La Mínima Intervención en Odontología (MIO) enuncia los principios de: prevención y valoración de riesgos, remineralización de los tejidos desmineralizados, mínima intervención para realizar restauraciones dentales a través de la limitación de la extensión de las caries, y la reparación, en lugar del recambio de las restauraciones defectuosas. No todos los odontólogos mantienen el mismo criterio frente al cambio o reacondicionamiento de restauraciones y, en este contexto, los criterios de Ryge se han convertido en una herramienta fundamental para evaluar, de manera estandarizada, la calidad de las restauraciones dentales debido a su objetividad y consistencia, proporcionando una herramienta valiosa para la formación de nuevos profesionales. Se evalúan diferentes aspectos: integridad marginal, anatomía, textura, color.

Objetivo: Determinar el grado de concordancia de restauraciones dentales entre tres observadores, a través de los criterios clínicos de Ryge.

Materiales y métodos: Se realizó una sesión de entrenamiento entre 3 observadores docentes de Odontología Preventiva FOUNT (A, B, C) para realizar los criterios c de Ryge. Se seleccionaron al azar 13 piezas dentarias con restauraciones, extraídas por razones de Ortodoncia o periodontal, las cuales fueron almacenadas en frascos de vidrio con solución fisiológica a 37°C. Posteriormente, los observadores evaluaron, de forma independiente, los criterios de color, márgenes (utilizando un explorador mono activo), forma anatómica y textura, y registraron los resultados en un formulario. Finalmente se analizaron y se obtuvo el correspondiente por categoría índice de Kappa.

Resultados: Se obtuvo un coeficiente Kappa=0,605 con una fuerza de buena concordancia entre los 3 observadores. Entre el observador A y B, un valor de Kappa=0,63 con una buena concordancia; entre el observador B y C un valor de kappa=0,5 con una moderada fuerza de concordancia; también entre A y C con un coeficiente Kappa=0,69 con una fuerza de concordancia buena. En la categoría color la concordancia entre A y C =0,89 muy buena; en la valoración de la anatomía de las restauraciones, la concordancia entre A y B=0,80 y entre A y C=0,88 muy buena concordancia.

Conclusión: El índice de Kappa es una herramienta fundamental en la calibración de observadores para una investigación, siendo de gran valor en su aporte para la fiabilidad de los resultados. El grado de concordancia fue bueno entre los tres observadores.

CALIBRACION DEL CRITERIO CLINICO DE RYGE

Autores: López Rosana Gabriela¹, Chapa Ana Carolina², Torre Sandra Yanina³

¹ Jefe de Trabajos Prácticos Odontología Preventiva, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Tucumán.
² Jefe de Trabajos Prácticos Odontología Preventiva, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Tucumán.
³ Prof. Adj. Odontología Preventiva, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Tucumán.

rosanagabriela@utn.edu.ar

INTRODUCCIÓN

La odontología moderna se enfrenta a un desafío constante: garantizar la calidad y la durabilidad de las restauraciones dentales, esencial para asegurar la salud bucal de los pacientes. La mínima intervención en odontología (MIO) anuncia los principios de: prevención y estabilización de riesgos, normalización de los tejidos desmineralizados, mínima intervención para realizar restauraciones dentales a través de la limitación de la extensión de las caries cavitadas, y la reparación, en lugar del reemplazo de las restauraciones defectuosas.

En todos los odontólogos muestran el mismo criterio frente al cambio o reemplazamiento de restauraciones, y en este contexto, los criterios de Ryge, se han convertido en una herramienta fundamental para evaluar de manera estandarizada la calidad de las restauraciones dentales, debido a su objetividad y consistencia. Estos criterios proponen una metodología objetiva para la evaluación clínica, facilitando la comunicación entre profesionales y mejorando los resultados del tratamiento.

Se evalúan diferentes aspectos: integridad marginal, anatomía, textura, color. Con estos criterios de Ryge se integran en la educación y formación de nuevos odontólogos, y su relevancia en la práctica diaria.

La adopción de los criterios de Ryge ha demostrado ser fundamental en la práctica odontológica, proporcionando una herramienta valiosa para la formación de nuevos profesionales y la mejora continua de los tratamientos restauradores.

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo fue determinar el grado de concordancia entre tres observadores expertos del Odontología Preventiva (OUP) de restauraciones dentales a través de los criterios clínicos de Ryge.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realizó una sesión de entrenamiento entre 3 observadores expertos de Odontología Preventiva (OUP) (A, B, C) para evaluar los criterios de Ryge. Se seleccionaron al azar 13 piezas dentales con restauraciones, sometidas por revisiones de ortodoncia y periodoncia, las cuales fueron almacenadas en frascos de vidrio con solución fisiológica a 37°C.

Posteriormente los observadores evaluaron de forma independiente los criterios de color, integridad (utilizando un explorador intra oral), forma anatomía y textura, y registraron los resultados en un formulario.

Finalmente se analizaron y se obtuvo el correspondiente por categoría índice de Ryge.

RESULTADOS

Tabla 1: Concordancia entre observadores según criterios clínicos

CONCORDANCIA	GRADO	GRADO DE ACUERDO
COLOR A y B	0,70	BUENO
COLOR B y C	0,60	BUENO
COLOR A y C	0,80	MUY BUENO
ANATOMIA A y B	0,60	BUENO
ANATOMIA B y C	0,60	MODERADO
ANATOMIA A y C	0,6	BUENO
TEXTURA A y B	0,8	MUY BUENO
TEXTURA B y C	0,3	MODERADO
TEXTURA A y C	0,86	MUY BUENO
TEXTURA A y B	0,38	BAJO
TEXTURA B y C	0,40	MODERADO
TEXTURA A y C	0,40	MODERADO

Tabla 2: Grados de acuerdo entre observadores A, B y C

CONCORDANCIA ENTRE A, B y C	GRADO	GRADO DE ACUERDO
COLOR	0,70	BUENO
ANATOMIA	0,70	MODERADO
ANATOMIA	0,70	BUENO
TEXTURA	0,6	BAJO

Fotos: Algunas piezas dentales utilizadas para la calibración del criterio clínico de Ryge






CONCLUSIÓN:

El índice de Kappa es una herramienta fundamental en la calibración de observadores para una investigación, siendo de gran valor en su aporte para la fiabilidad de los resultados. El grado de concordancia fue bueno entre los tres observadores.

QUISTE DENTIGERO: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

M Jorrat, S Iturre, MP Recupero, S Carino

Cát. Radiología, Od. Preventiva, Semiología. Lab. Anatomía Patológica. FOUNT
preventiva@odontología.unt.edu.ar

Introducción: Los quistes dentígeros son quistes odontogénicos del desarrollo, benignos y asociados a las coronas de dientes permanentes no erupcionados o impactados. Es el segundo quiste más frecuente dentro de los odontogénicos. Clínicamente asintomático, de crecimiento lento; radiológicamente se presentan como una lesión radiolúcida bien definida alrededor de la corona de un diente retenido, cambios secundarios de corticalización o borramiento de los contornos; histológicamente muestra una pared fibrosa cubierta por epitelio estratificado escamoso con dos a cuatro capas de células. La importancia del estudio radica en que el revestimiento epitelial puede sufrir transformación neoplásica dando origen a un ameloblastoma, carcinoma mucoepidermoide o carcinoma epidermoide.

Descripción del caso: Paciente femenino de 14 años de edad, concurre a la consulta por razones ortodóncicas; en el examen clínico intraoral se observó dentición mixta, atresia bimaxilar; a la palpación se percibió un aumento de volumen discreto, no depresible en zona de canino superior izquierdo. Se solicita radiografía panorámica y tomografía computarizada. Se observa la pieza dentaria 2.3 en posición horizontal oblicua, próxima al piso de fosas nasales.

Diagnóstico: Histopatológico Quiste dentígero, con revestimiento epitelial delgado, de 2 a 3 capas de células planas no queratinizado, cápsula de tejido conectivo celular, presencia de restos epiteliales odontogénicos y focos de calcificación asociados a infiltrado inflamatorio secundario.

Discusión y relevancia clínica: En el caso presentado, el canino 2.3 retenido fue extraído por su ubicación próximo a fosas nasales, sumado a una gran pérdida ósea. El tratamiento de primera elección en el quiste dentígero es la enucleación total junto con el diente causal de éste, y la paciente continuó con su tratamiento de Ortodoncia. Se procedió a

realizar la exéresis quirúrgica mediante un acceso vestibular, con previa anestesia local. Se expuso el quiste, y fue enucleado junto con el diente, se limpió el defecto óseo y se reposicionó el colgajo. El tejido extraído se envió para su estudio histopatológico, se ratificó el diagnóstico de quiste dentígero.

Bibliografía

Martorelli, SB de F et al. Voluminoso quiste dentígero de mandíbula tratado en dos etapas quirúrgicas informe de caso. *Odontoestomatología* [online]. 2021, vol.23, n.37 [citado 2024-07-24], e405. Disponible en: <http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392021000101405&lng=es&nrm=iso>. Epub 30-Mayo-2021. ISSN 0797-0374. <https://doi.org/10.22592/ode2021n37a11>.

Vizueté Bolaños M, Salgado Chavarría F, Onner Cruz Tapia R. Quiste dentígero. Revisión de la literatura y reporte de caso. *Acta Odontológica Colombiana*, vol. 12, núm. 1, pp. 80-88, 2022.



CLASE II APIÑAMIENTO SEVERO - RESOLUCIÓN CON SISTEMA DE AUTOLIGADO

MB Argüello, M Caldelari, MM Jorrat
consultorioarguello@gmail.com
Ateneo Tucumano

Introducción: Los sistemas en Ortodoncia con brackets de autoligado pasivo, permiten, gracias a la baja fricción, generar deslizamiento mediante el cual se consigue resolver apiñamientos severos y desarrollo transversal, evitando las extracciones.

Descripción del caso: Paciente de sexo femenino, biotipología dolicofacial y sin crecimiento, clase II esquelética, apiñamiento severo superior e inferior, clase dentaria III derecha y I izquierda, líneas medias dentarias sin coincidencias y escaso entre cruzamiento. Se realizó tratamiento de Ortodoncia en el curso de 2do Nivel del Ateneo Tucumano con técnica de autoligado pasivo utilizando todos los recursos de la baja fricción para conseguir un resultado conservador, funcional, estético y estable en el tiempo.

Discusión y relevancia clínica: La Ortodoncia actual se propone resolver las discrepancias dento esqueléticas resguardando la función como eje y meta final en el menor tiempo posible, con filosofías y técnicas ortodóncicas que estén al alcance de todos, realizando la menor cantidad de extracciones, garantizando la estabilidad en el tiempo, protegiendo la armonía facial y la salud dentaria, periodontal y articular.

Bibliografía:

Manual de trabajo de Damon. Editado por M. A. Bagden.

Clase II apiñamiento severo - Resolución con sistema de autoligado
María Belén Argüello, Mariela Calderari, Mercedes Mabel Jorrat
DNI 16541136
Profesional asistente
correo electrónico es consultorioarguello@gmail.com
Tel celular: 3814498763

Congreso Multidisciplinario del Círculo Odontológico Tucumano 2024

Clase II apiñamiento severo – Resolución con sistema de autoligado

DRAS. MARÍA BELÉN ARGUELLO, MABEL JORRAT, MARIELA CALDERARI
ATENEO TUCUMANO

Introducción: los sistemas en ortodoncia con brackets de autoligado pasivo permiten, gracias a la baja fricción, generar deslizamiento mediante el cual se consigue resolver apiñamientos severos y desarrollo transversal, evitando las extracciones.

Objetivos: mantener la compensación de la clase II esquelética sin realizar extracciones, alineando a expensas del desarrollo transversal utilizando los recursos del autoligado: stops estratégicos, secuencia de arcos superelásticos y gomas intermaxilares tempranas.

Plan de tratamiento: 1era etapa: alinear, nivelar 6 a 6, desarrollo transversal, gomas criss cross, buil up 4-5-6-7. Arcos 14" y 18" contour niti. 2da etapa: tubos en 7. Gomas de clase. Reposicionamiento de Brackets. Arcos 14x25" 16x25" y 17x25" contour niti. 3era etapa: detalles de terminación, arcos con ansas de cierre 17x25", gomas intermaxilares de coordinación transversal. Finalización con arco 19x25" TMA.

Descripción: Paciente mujer. Adulta.
Dentaria: Clase dentaria III derecha y I izquierda. Líneas medias sin coincidencia. Arco superior estrecho. Escaso entrecruzamiento anterior.
Esqueleta: Clase II. Convexidad: +6
Biotipo: Dólicofacial Vert -1 Björk 56%
Facial: perfil convexo equilibrado

TRATAMIENTO

QUINCE DIAS DESPUÉS

SEMANAS DESPUÉS

BUIL UP - ANSAS DE CIERRE

Alineación - Nivelación, DESARROLLO TRANSVERSAL, Secuencia de arcos

COMPARACIONES

Discusión-Relevancia clínica: La ortodoncia actual propone resolver las discrepancias dento esqueléticas resguardando la función como eje y meta final, en el menor tiempo posible, con filosofías y técnicas ortodóncicas prácticas de fácil aprendizaje, realizando la menor cantidad de extracciones, garantizando la estabilidad en el tiempo, protegiendo la armonía facial y la salud dentaria, periodontal y articular. **Bibliografía:** Manual de Trabajo. Damon. Editado por M.A. Bagden.

TERAPIA REGENERATIVA EN DIENTE PERMANENTE JOVEN AVULSIONADO

MS Aún

Carrera de Especialización en Endodoncia de FOUNT

E-mail: marianaun33@gmail.com

Introducción: La terapia regenerativa tiene como objetivo reemplazar fisiológicamente el tejido dañado de los dientes, incluido dentina y cemento como así también células del complejo dentino-pulpar. Se considera la primera opción de tratamiento para dientes inmaduros con necrosis pulpar.

Caso Clínico: Paciente de 7 años concurre a la consulta 2 semanas después de sufrir una avulsión del elemento 21, el cual presentaba un desarrollo radicular incompleto, ápice abierto y paredes delgadas. Aproximadamente 90 minutos después del traumatismo, el diente fue reimplantado por su odontóloga, quien lo ferulizó y derivó.

En la 1er sesión se realizó inspección clínico-radiográfica para evaluar el estado del diente. Se constató la aparición de una reabsorción cervical externa, la cual no estaba en la radiografía tomada el día del accidente. El test de sensibilidad dio negativo, y se planificó iniciar una terapia regenerativa.

En la 2da sesión se realizó la 1ra etapa de esa terapia; se dejó el conducto con medicación intermedia (pasta triple antibiótica) por 2 semanas.

Debido al descontrolado avance de la reabsorción cervical se dejó nuevamente medicación intermedia (hidróxido de calcio en esta oportunidad) en esa visita.

En una 4ta sesión se completó la 2da etapa de la técnica regenerativa, seguido de restauración con resina compuesta para asegurar el sellado hermético de la cámara y conducto radicular.

Finalmente se controló clínica y radiográficamente la evolución del tratamiento en múltiples visitas realizadas durante un año y medio, en las que se constató el desarrollo radicular del diente afectado, así como ausencia de síntomas y signos que indiquen dolor o infección.

Conclusión: El diente permanente inmaduro tiene una considerable capacidad para curar la pulpa tras sufrir un traumatismo. El tratamiento debe enfocarse en la preservación de la

pulpa para permitir el desarrollo radicular. Sin embargo, cuando ocurre una necrosis del tejido pulpar, la terapia regenerativa debe considerarse como primera opción.

El pronóstico de los dientes permanentes avulsionados es tremendamente dependiente de las acciones tomadas en el lugar del accidente, por lo que la promoción de la concientización de la ciudadanía sobre los cuidados de urgencia de los dientes avulsionados es muy recomendable.

Bibliografía:

Recommendations for using regenerative endodontic procedures in permanent immature traumatized teeth. Dental Traumatology. 2011.

Effectiveness and clinical implications of the use of topical antibiotics in regenerative endodontic procedures: A review- I.E.J. 2018.

Regenerative Endodontics: A comprehensive review. I.E.J. 2018

TERAPIA REGENERATIVA EN DIENTE PERMANENTE JOVEN AVULSIONADO
CONGRESO-2024
CIRCUITO ODONTOLÓGICO RUMAHUAY
Mariana Aùn – Odontóloga Endodoncista

Esta técnica busca reemplazar fisiológicamente los tejidos dentales dañados, incluido dentina y cemento como así también células del complejo dentino-pulpar. Se considera la primera opción de tratamiento para dientes inmaduros con necrosis pulpar.

CASO CLÍNICO
Paciente de 7 años sufrió avulsión del elemento 21, el cual presentaba desarrollo radicular incompleto, ápice abierto y paredes delgadas. Aproximadamente 90 minutos después de sufrido el traumatismo, el diente fue reimplantado por su odontóloga, quien lo ferulizó y derivó a mi consultorio.

22-01-2023


Consulta
23-02-2023


1ra Sesión
25-02-2023
Anestesia
Aislamiento absoluto
Desbridamiento químico
Determinación de la L.T.
Medicación intermedia:
Pasta triple antibiótica (TAP)


2ra Sesión
10-03-2023
Anestesia s/vc.
Aislamiento absoluto
Eliminación de TAP
Medicación intermedia:
Hidróxido de Calcio
Restauración provisoria


3ra Sesión
12-07-2023
Obturación con cemento biocerámico


Control Clínico-Radiográfico
26-10-2023 **27-03-2024**


CONCLUSION
Esta técnica permite el desarrollo radicular del diente inmaduro reduciendo así, el riesgo de fractura y la pérdida prematura del diente traumatizado.

BIBLIOGRAFÍA


INTERRELACIONES PERIODONTALES Y ORTODÓNCICAS. CASO CLÍNICO.

Albornoz S, Romero Pérez JM., Barrionuevo S

Cátedra Periodoncia – Fount

Email: sergioperiodoncia@hotmail.com

Introducción. La relación entre Periodoncia y la Ortodoncia es fundamental para lograr resultados exitosos en el tratamiento integral de pacientes que presentan problemas periodontales y ortodóncicos. Un aspecto clave en esta interrelación es el uso de injertos de tejido conectivo (ITC).

Los ITC se utilizan en Periodoncia principalmente para tratar defectos muco-gingivales, como la recesión gingival, mejorando predeciblemente la estabilidad y la estética periodontal.

Un enfoque Orto-Periodontal permite prever de manera anticipada cualquier problema periodontal emergente, asegurando al paciente una alineación dental adecuada como también una salud periodontal óptima.

Caso Clínico. Paciente de 22 años, presenta recesiones en los elementos 31 y 41, asociadas a la presencia del frenillo medio, lo que dificulta la adecuada higiene, por lo que puede observarse inflamación gingival acompañada de pérdida de inserción a causa de periodontitis.

Diagnóstico. Periodontitis estadio II, localizada. Recesiones gingivales RT2 (Cairo), en elementos 31 y 41.

Tratamiento. Terapia Básica (motivación, debridamiento ultrasónico, alisado y pulido). A los dos meses de la terapia básica se procede con el tratamiento quirúrgico que consistió en la técnica CAF+ITG de Zucchelli (colgajo de avance coronal más injerto de tejido conectivo desepitelizado, obtenido del paladar).

Resultados. La cobertura radicular fue la prevista. Logramos aumentar la cantidad y calidad de encía insertada, lo que brinda mayor estabilidad y confiabilidad para el movimiento ortodóncico, así como también facilitar la higiene y mantenimiento.

Discusión. De acuerdo con Zucchelli y cols, 2014, y Stähli y cols, 2023, lo primordial es esta

blecer un diagnóstico preciso, para determinar la secuencia que puede ser previa o posterior a la Ortodoncia. La decisión sobre el momento adecuado para realizar un ITC en relación con el tratamiento ortodóncico es crucial para maximizar los resultados funcionales y estéticos.

Bibliografía. Zucchelli G, Stefanini M. (2014) Coronally advanced flap+connective tissue graft techniques for the treatment of deep gingival recession in the lower incisors. J Clin Periodontol; 41(8):806-13.

Stähli A, Duong HY, Imber JC, Roccuzzo A, Salvi GE, Katsaros C, Ramseier CA, Sculean A. (2023) Recession coverage using the modified coronally advanced tunnel and connective tissue graft with or without enamel matrix derivative: 5-year results of a randomized clinical trial. Clin Oral Investig; 27(1):105-13.

Fadda M, Stefanini M, Rendón A, Sangiorgi M, Tavelli L, Zucchelli G. (2022) Treatment of deep isolated gingival recession defects affecting mandibular incisors: A novel interdisciplinary orthodontic-mucogingival approach. Int J Period & Rest Dent; 42,25-33.

Sergio Eduardo Albornoz, Docente Fount.

DNI 24926840

sergioperiodoncia@hotmail.com

Expone: Profesional Odontólogo, Rafael Sebastián Barrionuevo

Categoría: Caso Clínico Inédito



Interrelaciones Periodontales y Ortodóncicas Caso Clínico

*Autores: Alborno S.E.; Romero Pérez JM; Barrionuevo S.;
Cátedra de Periodoncia - Facultad de Odontología - U.N.T. Av. Benjamín Araoz 800*

Introducción:
La relación entre periodoncia y la ortodoncia es fundamental para lograr resultados exitosos en el tratamiento integral de pacientes que presentan problemas periodontales y ortodóncicos combinados. Un aspecto clave en esta interrelación es el uso de injertos de tejido conectivo (ITC). Los ITC se utilizan en periodoncia principalmente para tratar defectos muco-gingivales, como la recesión gingival, mejorando predeciblemente la estabilidad y la estética periodontal. Un enfoque Orto-Periodontal permite prever de manera anticipada cualquier problema periodontal emergente, asegurando al paciente una alineación dental adecuada como también una salud periodontal óptima.

Caso Clínico:
Paciente de 22 años, presenta recesiones en los elementos 31 y 41, asociadas a la presencia del frenillo medio, lo que dificulta la adecuada higiene, por lo que puede observarse inflamación gingival acompañada de pérdida de inserción a causa de periodontitis.

Diagnóstico: Periodontitis estadio II, localizada.
Recesiones gingivales RT2 (Cairo), en elementos 31 y 41.

Tratamiento: Terapia Básica (motivación, desbridamiento ultrasónico, alisado y pulido). A los dos meses de la terapia básica se procede con el tratamiento quirúrgico que consistió en la técnica de Colgajo de Avance Coronal (Zucchelli), más injerto de tejido conectivo desepitelizado, obtenido del paladar.

Resultados: La cobertura radicular fue la prevista. Logramos aumentar la cantidad y calidad de encía insertada, lo que brinda mayor estabilidad y confiabilidad para el movimiento ortodóncico de las piezas 31 y 41, así como también facilitar la higiene y mantenimiento de largo plazo.

Conclusión: De acuerdo con Zucchelli G y cols, 2014 y Stähli A y cols, 2023, lo primordial es establecer un diagnóstico preciso, para determinar la secuencia que puede ser previa o posterior a la ortodoncia. La decisión sobre el momento adecuado para realizar un ITC en relación con el tratamiento ortodóncico es crucial para maximizar los resultados funcionales y estéticos.

Bibliografía: Zucchelli G, Stefanini M. (2014) Coronally advanced flap + connective tissue graft techniques for the treatment of deep gingival recession in the lower incisors. J Clin Periodontol, 41(8):806-13



EL USO DE BIOCERÁMICOS EN PIEZAS DENTARIAS CON LESIÓN PERIAPICAL

ME Manzur

Consultorio particular

Agregada Docente en la Carrera de Especialización en Endodoncia

E-mail: mariaemanzur80@gamil.com

Introducción: Los biocerámicos en Endodoncia permiten la resolución de casos clínicos con lesión periapical ya que al ser biocompatibles inducen la reparación ósea por un proceso de biomineralización.

Caso clínico N°1: Paciente de 46 años de edad para retratamiento de elemento 44 con periodontitis apical crónica.

Se realiza desobturación del conducto con sistema reciproc n°25 y xilol y se coloca medicación intermedia.

En la próxima cita se obtura con conos 25/06 y un material biocerámico Bio C Sealer.

Se cita a la paciente para control a 1, 4 y 5 meses y vemos que la lesión se resuelve en su totalidad.

Caso clínico N°2: Paciente de 43 años con absceso a nivel de elemento 11 y 12. Se realiza la primera sesión de Endodoncia de ambos elementos instrumentando con reciproc blue y se coloca pasta 3 atb por 10 días. En la próxima cita se obtura con conos 25/04 y se usa Filapex de Angelus. Se realiza control al mes, a los 5 meses y al año y podemos ver una gran resolución del caso

Conclusión: los materiales biocerámicos permiten la resolución de casos en que los materiales usados previamente no tenían buen pronóstico, inducen la reparación generando aposición de hidroxiapatita mediante el proceso de hidratación del silicato de calcio.

Bibliografía:

1-Abusrewil SM, Mc Lean W, Scott JA 2018. The use of bioceramics as root end filling materials in periradicular surgery: A literature review. Saudi Dent J. 30(4):273-282.doi:10.1016/j.sdentj.2018.07.004.

CONGRESO-2024

Uso de biocerámicos en piezas dentarias con lesión periapical

Autores

Od.Esp.Maria Eugenia Manzur

Los biocerámicos en endodoncia permiten la resolución de casos clínicos con lesión periapical ya que al ser biocompatibles inducen la reparación ósea por un proceso de biomíneralización

Caso clínico : Paciente de 46 años de edad llega con dolor en elemento 44 con endodoncia y lesión periapical, se realiza el retratamiento desobturando con reciproc 25 y xilol y se coloca pasta triple antibiótica como medicación intermedia. En la siguiente sesión a los 10 días se realiza la obturación con conos de gutapercha y un biocerámico (Bio c sealer). Se cita al paciente a 1 y 5 meses para control clínico y radiográfico y podemos observar que al mes la lesión se resuelve casi en su totalidad.



Pre endodoncia



Post endodoncia



Control 1 mes



Control 5 meses

Caso clínico : Paciente de 43 años con absceso a nivel de elemento 11 y 12; se realiza el tratamiento endodóntico de ambos elementos con sistema reciproc blue 25/06 y se coloca medicación intermedia de pasta triple antibiótica por 10 días; en la siguiente sesión se obtura con conos de gutapercha y se usa un biocerámico Filapex de Ángelus. Se realiza control a 3 y 6 meses y podemos observar gran resolución del caso.



Conclusion

Los materiales biocerámicos permiten la resolución de casos en los cuales los materiales usados previamente no tenían buen pronóstico; inducen la reparación generando aposición de hidroxiapatita mediante el proceso de hidratación del silicato de calcio

Bibliografía

1_AbusrewilSM,McLean W,ScottJA 2018.the use of bioceramics as root end filling materials in periradicular surgery ;A literature review.saudi dent j 30(4):273_282.doi:10.1016/j.sdentj.2018.07.004.

OSTEOARTROSIS EN ARTICULACIÓN TEMPORO MANDIBULAR. CARACTERIZACIÓN CLÍNICA Y POR RESONANCIA MAGNÉTICA

RG Páez, VB Lencina

Diplomatura de Ortodoncia y ATM FOUNT

Consultorio privado

ragupa1@yahoo.com.ar

Introducción: La osteoartritis (OA) de ATM es una enfermedad articular crónica inflamatoria, caracterizada por sinovitis, destrucción del cartílago articular y remodelación del hueso subcondral. El examen clínico muchas veces no es suficiente para diagnosticar un Desorden Temporo Mandibular. La resonancia magnética (RM) es un método de diagnóstico no invasivo y seguro, considerado como el gold estándar en el diagnóstico de tejidos blandos en DTM

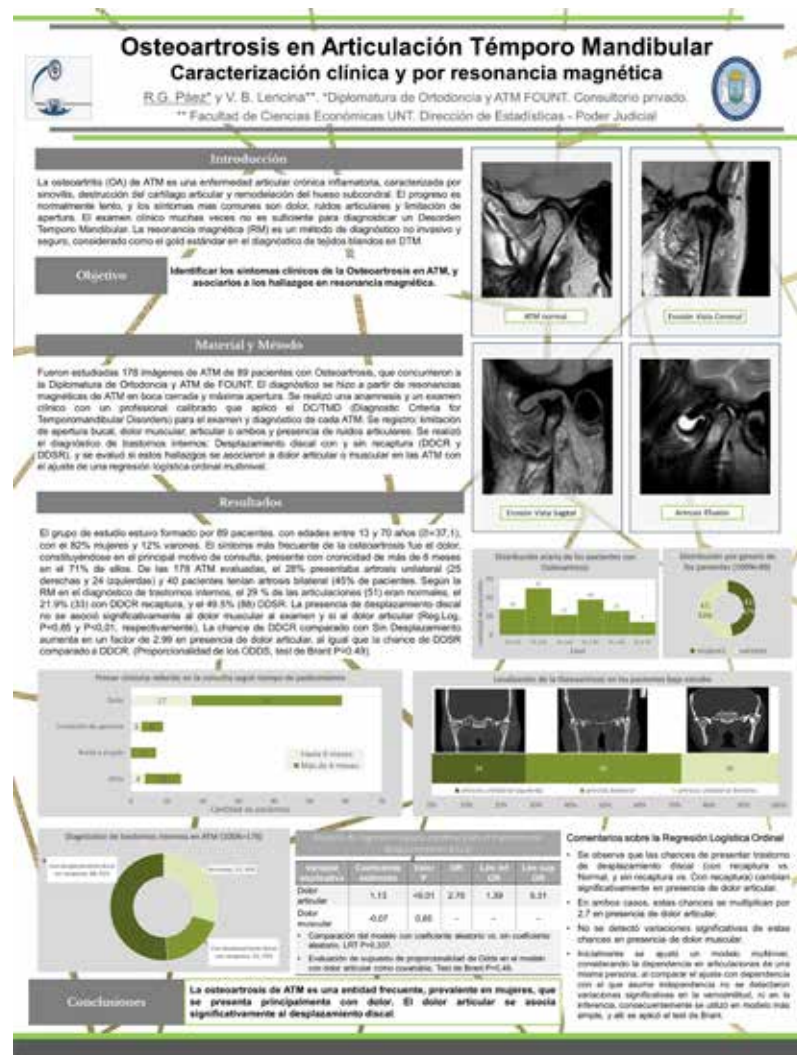
Objetivos: Identificar los síntomas clínicos de la OA en ATM, y asociarlos a los hallazgos en resonancia magnética.

Materiales y Métodos: Fueron estudiadas 178 imágenes de ATM de 89 pacientes con Osteoartritis que concurrieron a la Diplomatura de Ortodoncia y ATM de FOUNT. El diagnóstico se hizo a partir de resonancias magnéticas de ATM en boca cerrada y máxima apertura. Se realizó una anamnesis y un examen clínico con un profesional calibrado que aplicó el DC/TMD (Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders) para el examen y diagnóstico de cada ATM. Se registró: limitación de apertura bucal, dolor muscular, articular o ambos y presencia de ruidos articulares. Se realizó el diagnóstico de trastornos internos: desplazamiento discal con y sin recaptura (DDCR y DDSR) y se evaluó si estos hallazgos se asociaron a dolor articular o muscular en las ATM con el ajuste de una regresión logística ordinal multinivel.

Resultados: El grupo de estudio estuvo formado por 89 pacientes, con edades entre 13 y 70 años ($\bar{x}=37,1$), con el 82% mujeres y 12% varones. El síntoma más frecuente de la osteoartritis fue el dolor, constituyéndose en el principal motivo de consulta, presente con cronicidad de más de 6 meses en el 71% de ellos. De las 178 ATM evaluadas, el 28% presentaba artrosis unilateral (25 derechas y 24 izquierdas) y 40 pacientes tenían artrosis bilateral (45%

de pacientes). Según la RM, el 29% de las articulaciones (51) eran normales, el 21,9% (33) con DDCR recaptura, y el 49.5% (88) con DDSR. La presencia de desplazamiento discal no se asoció significativamente al dolor muscular al examen y sí al dolor articular (Reg. Log, $P=0,85$ y $P<0,01$, respectivamente). La chance de DDCR comparado con Sin Desplazamiento aumenta en un factor de 2.99 en presencia de dolor articular, al igual que la chance de DDSR comparado a DDCR (Proporcionalidad de los ODDS, test de Brand $P=0,49$)

Conclusiones: La osteoartritis de ATM es una entidad frecuente, prevalente en mujeres, que se presenta principalmente con dolor. El dolor articular se asocia significativamente al desplazamiento discal.



TECNICA DE EXTRACCION DENTAL CON INSTRUMENTAL ATRAUMATICO PARA CONSERVACION DE TEJIDOS DUROS Y BLANDOS. ESTUDIO PRELIMINAR

ME Chaya, JC Cajal, AN Budeguer, J Ibáñez, MI González, FC Singh
Cátedra de Cirugía Dento Máxilo Facial 1º curso. FOUNT me.chaya@hotmail.com

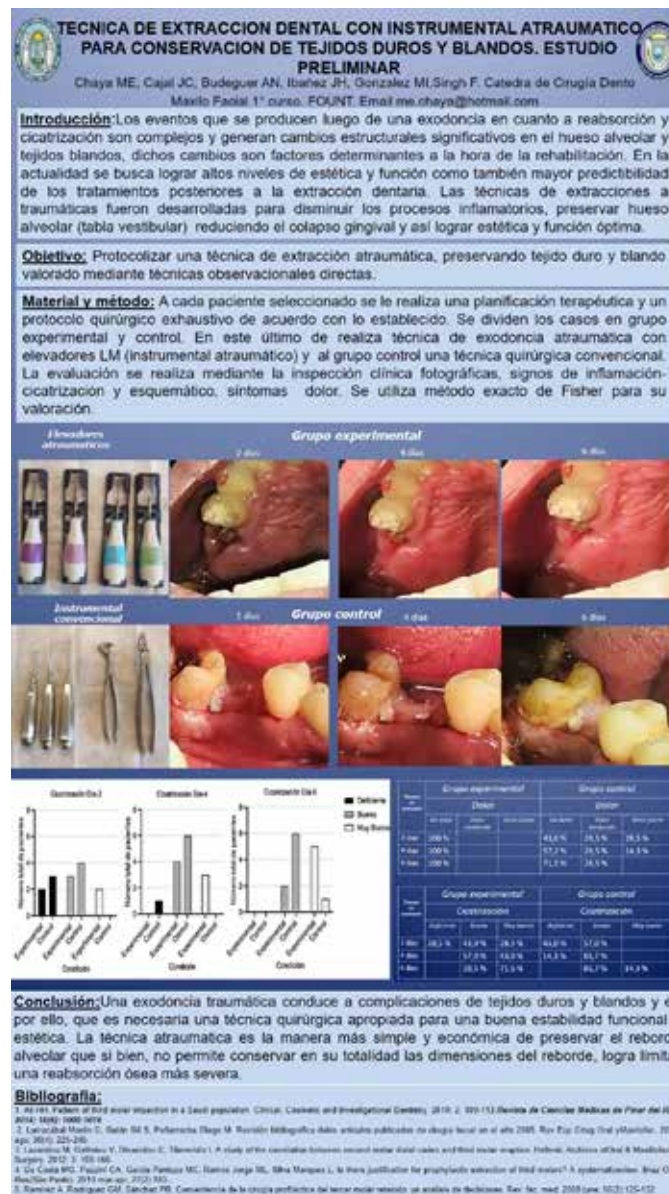
Introducción: Los eventos que se producen luego de una exodoncia en cuanto a reabsorción y cicatrización son complejos y generan cambios estructurales significativos en el hueso alveolar y tejidos blandos, dichos cambios son factores determinantes a la hora de la rehabilitación. En la actualidad se busca lograr altos niveles de estética y función como también mayor predictibilidad de los tratamientos posteriores a la extracción dentaria. Las técnicas de extracciones atraumáticas fueron desarrolladas para disminuir los procesos inflamatorios, preservar hueso alveolar (tabla vestibular) reduciendo el colapso gingival y así lograr estética y función óptima.

Objetivo: Protocolizar una técnica de extracción atraumática, preservando tejido duro y blando valorado mediante técnicas observacionales directas.

Material y método: Se seleccionaron pacientes que concurren a la Cátedra de Cirugía I con indicación de exodoncia. A cada uno se le realizó una planificación terapéutica y un protocolo quirúrgico exhaustivo de acuerdo con el protocolo establecido. Se dividieron los casos en grupo control y grupo experimental. En este último se realizó técnica de exodoncia atraumática con elevadores LM (instrumental atraumático) y al grupo control una técnica quirúrgica convencional (fórceps). La evaluación se realizó mediante la inspección clínica, fotografías (signos de inflamación y cicatrización) y con un esquema (síntomas dolor). Se utilizó método exacto de Fisher para su valoración.

Resultados: Se evaluó el dolor mediante una escala visual analógica entregada a los pacientes, la inflamación y cicatrización se realizó de manera visual y fotográficas (2, 4 y 6 días). De las muestras estudiadas se concluye que los resultados obtenidos fueron satisfactorios. Posteriormente, al aumentar los casos, se obtendrán conclusiones más relevantes.

Conclusiones: Una extracción dental traumática puede llevar a complicaciones relacionadas con daño de tejidos duros y blandos. Es necesaria una técnica quirúrgica apropiada para obtener la curación del tejido para la estabilidad funcional y estética. La técnica atraumática es la manera más simple y económica de preservar el reborde alveolar que si bien, no permite conservar en su totalidad las dimensiones del reborde, logra limitar una reabsorción ósea más severa.



EVALUACIÓN DEL ESPESOR DE DENTINA RESIDUAL MEDIANTE CBCT. ESTUDIO PRELIMINAR

A Marini, MC García Leonardi, ML de la Casa

Cátedra de Endodoncia. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Tucumán.
cotygleonardi@hotmail.com

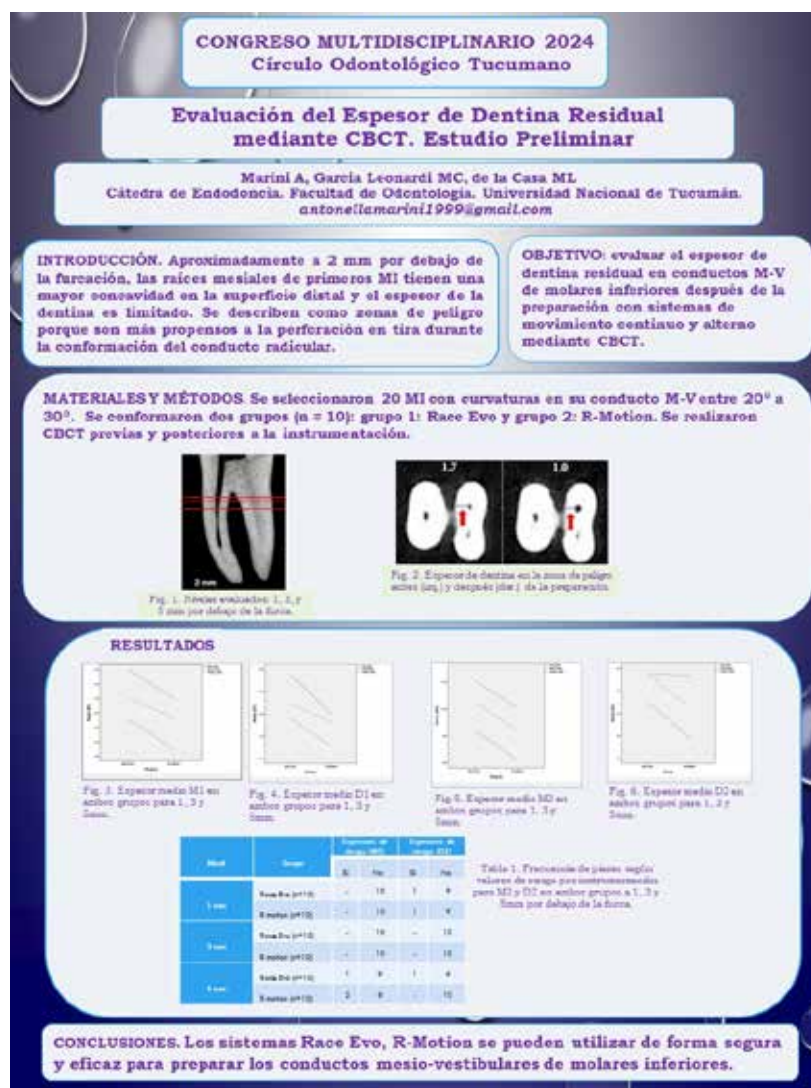
Introducción. Los primeros molares inferiores son los dientes tratados endodónticamente con mayor frecuencia, con una incidencia tan alta como 17%. Aproximadamente 2 mm por debajo de la furcación, las raíces mesiales tienen una mayor concavidad en la superficie distal y el espesor de la dentina es limitado. Se describen como zonas de peligro porque son más propensos a la perforación de la tira durante la conformación del conducto radicular y preparación del espacio para postes. El espesor de dentina restante después de la instrumentación influye directamente en la resistencia a la fractura de la raíz. La preservación del espesor de dentina residual durante la instrumentación es un requisito esencial para la fuerza y la longevidad de un diente tratado endodónticamente.

Objetivo. Evaluar el espesor de dentina residual en conductos mesio-vestibulares de molares inferiores después de la preparación con sistemas de movimiento continuo y alterno mediante Cone Beam.

Materiales y métodos. Se seleccionaron 20 molares inferiores con curvaturas en su conducto M-V entre 20° a 30°. La muestra se dividió al azar en dos grupos (n = 10): grupo 1: Race Evo y grupo 2: R-Motion. Las piezas fueron montadas en un rodete de silicona y se realizaron CBCT previas y posteriores a la instrumentación. Se registró el menor espesor de dentina de la pared mesial y distal de cada pieza a 1, 3, y 5 mm por debajo de la furca. Las imágenes fueron analizadas mediante el software GALAXIS para GALILEOS. La comparación entre grupos y niveles del espesor se realizó mediante ANOVA y test de Tukey. Se usó un nivel de significancia $\alpha=0,05$.

Resultados. No hubo diferencias significativas entre los grupos en cuanto al espesor de dentina remanente ($p > 0,05$). No se registraron espesores de riesgo pos-instrumentación. Las limas Race Evo, R-Motion tuvieron un comportamiento similar en cuanto el espesor de dentina remanente.

Conclusión. Los sistemas Race Evo, R-Motion se pueden utilizar de forma segura y eficaz para preparar los conductos mesio-vestibulares de molares inferiores.



ANÁLISIS DE LA POSICIÓN CONDILAR LUEGO DEL USO DE UN PROPULSOR MANDIBULAR. ESTUDIO PRELIMINAR

R.G Páez, G. López, N. Alonso

Diplomatura de Ortodoncia y ATM. Facultad de Odontología UNT. ragupa1@yahoo.com.ar

Introducción: La clase II es una de las alteraciones dentoalveolares más comunes en la clínica ortodóncica, generando alteraciones estéticas, funcionales y psicológicas de variable intensidad. Según la estructura esquelética, los pacientes clase II pueden presentar una protrusión maxilar, una retrusión mandibular, o una combinación de ambas situaciones. En pacientes con esta maloclusión, se observó que los dispositivos fijos de propulsión mandibular corrigen la clase II mediante un avance mandibular con cambios tanto dentarios como esqueléticos. Este avance mandibular podría causar, además, un cambio en la posición del cóndilo dentro de la fosa articular.

Objetivo: Analizar posibles cambios en la posición condilar de pacientes ortodóncicos, antes y después del uso del propulsor.

Material y métodos: En este estudio observacional analítico, fueron evaluados 4 pacientes clase II dentaria (tres mujeres y un varón), en los que se utilizó propulsores mandibulares en el plan de tratamiento ortodóncico. Ninguno de los pacientes presentaba signos ni síntomas de disfunción temporomandibular. Se utilizó el Power Scope TM para la corrección de la clase II dentaria.

La posición condilar fue estudiada en tomografías Cone Beam tomadas inmediatamente antes de la colocación del propulsor y una vez corregida la clase dentaria. Las tomas fueron realizadas con arcadas en oclusión. Se midió el espacio articular superior (ES), anterior (EA) y posterior (EP) de cada cóndilo antes y después del tratamiento en cada articulación. Las mediciones se hicieron digitalmente de acuerdo con criterios establecidos por Ideka y Kawamura (2012). El análisis estadístico se realizó con software SPSS, usando Test t con nivel de significancia de 0.05.

Resultados: No se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la posición condilar inicial entre ATM derechas e izquierdas ($p>0.05$). Los promedios de medida iniciales al tratamiento fueron: espacio articular superior $3.7 \text{ mm} \pm 0.62$, anterior $2.47 \text{ mm} \pm 0.51$ y posterior $1.83 \text{ mm} \pm 0.74$; mientras que para las medidas post tratamiento fueron: $3.52 \text{ mm} \pm 0.88$ (ES), $2.33 \text{ mm} \pm 0.51$ (EA) y $2.25 \text{ mm} \pm 0.37$ (EP). Aunque se encontró un aumento del espacio posterior en las medidas finales (lo que significaría un adelantamiento del cóndilo), las medidas indicaron que no había diferencias significativas en la posición condilar luego del tratamiento con el propulsor.

Conclusiones: Bajo las condiciones del presente estudio, podemos concluir que el efecto del propulsor mandibular no genera un cambio en la posición del cóndilo de la ATM.

ANÁLISIS DE LA POSICIÓN CONDILAR LUEGO DEL USO DE UN PROPULSOR MANDIBULAR. ESTUDIO PRELIMINAR.
R.G. Pérez, G. L. López, N. V. Alonso Rendace. Diplomatura de Ortodoncia y ATM. Facultad de Odontología UNT.
ragupa01@yahoo.com.ar

Introducción

La clase II es una de las alteraciones dentofaciales más comunes en la clínica odontológica, generando alteraciones estéticas, funcionales y psicológicas de variable intensidad. Según la estructura esquelética, los pacientes clase II pueden presentar una protrusión maxilar, una retrusión mandibular, o una combinación de ambas situaciones. En pacientes en crecimiento, con el objetivo de estimular el crecimiento de la mandíbula en una posición anterior, se utilizan métodos como la ortopedia funcional y en pacientes mayores, dispositivos tipo de propulsor mandibular. En pacientes con esta maloclusión, se ha observado que los dispositivos tipo de propulsor mandibular corrigen la clase II mediante un avance mandibular con cambios tanto dentales como esqueléticos. Este avance mandibular puede causar, además, un cambio en la posición del cóndilo dentro de la fosa articular. Entre los aparatos de propulsión, se encuentra el Power Scope TM que representa un dispositivo con un mecanismo tipo de inclinación deslizante y cambio simple. Sus efectos ortopédicos pueden ser controlados, pero su eficacia en la compensación dentofacial de la clase II es satisfactoria. Por ser fijo, mantiene a la mandíbula en una posición anterior frotada en reposo y durante las funciones mandibulares. Este avance mandibular continuo produce fuerzas supalares ortopédicas dirigidas a los dientes y huesos también son transmitidas a los cóndilos mandibulares. Por consecuencia, podría producirse una adaptación fisiológica, dando lugar a la clase II que se transforme en la clase I en una posición mandibular después de Clase I. Hasta ahora no hay trabajos que estudien el efecto de estos propulsores en la posición condilar.

Objetivo

Medir posibles cambios en la posición condilar de pacientes ortodóncos, antes y después del uso del propulsor.

Materiales y Métodos

Se realizó un estudio observacional analítico. Fueron evaluados 4 pacientes clase II dentales libres de cirugía y en los que se utilizó propulsores mandibulares en el plan de tratamiento ortodóncico. Ninguno de los pacientes presentaba signos ni síntomas de disfunción temporomandibular, ni procesos degenerativos en las ATM previo al tratamiento. Se utilizó el Power Scope TM para la corrección de la clase II dentaria. Los propulsores fueron instalados quirúrgicamente y activados. Hasta la corrección de la clase dentaria (Foto 1). Las imágenes de Cone Beam fueron realizadas con técnica coronal y con posición natural de cabeza, inmediatamente antes de la colocación del propulsor y una vez corregida la clase dentaria. Las mediciones se hicieron digitalmente con el programa Kilo Dental viewer (Foto 2), de acuerdo con criterios establecidos por Vela y Kawamura (2012) (Fig. 1) en un corte axial, se seleccionó el corte medio entre el polo lateral y medial de cada cóndilo. Debido a la individualidad morfológica de cada cóndilo, para cada variable estudiada, se tomó como medida final el promedio de las medidas en el corte central y en los cortes próximos anterior y posterior al central. Se midió el espacio articular superior (ES), anterior (EA) y posterior (EP) de cada cóndilo antes y después del tratamiento (Foto 3). El análisis estadístico se realizó con software SPSS, usando Test t con nivel de significancia de 0.05.

Resultados

Para el análisis de posición condilar entre lados, se utilizó test t para dos muestras. No se encontró diferencias estadísticamente significativas en la posición condilar inicial entre ATM derechas e izquierdas (p=0.05) (Tabla 1). La diferencia entre la posición inicial de tratamiento y la posición post propulsor fue analizada mediante test t pareado. Las promedios de medida iniciales al tratamiento fueron: espacio articular superior $3.7 \text{ mm} \pm 0.62$, anterior $2.47 \text{ mm} \pm 0.51$ y posterior $1.83 \text{ mm} \pm 0.74$; mientras que para las medidas post tratamiento fueron: $3.52 \text{ mm} \pm 0.88$ (ES), $2.33 \text{ mm} \pm 0.51$ (EA) y $2.25 \text{ mm} \pm 0.37$ (EP) (Tabla 2 y 3). Aunque se encontró un aumento del espacio posterior en las medidas finales lo que significaría un adelantamiento del cóndilo, las medidas indicaron que no había diferencias significativas en la posición condilar luego del tratamiento con el propulsor.

Conclusiones

Bajo las condiciones del presente estudio, podemos concluir que el efecto del propulsor mandibular no genera cambios en la posición del cóndilo de la ATM.

Foto 1: propulsor Power Scope TM en boca

Foto 2: Mediciones en el Kilo Dental Viewer

	DERECHA	IZQUIERDA	Valor p
ESPACIO ART			
Espacio Superior	3,67 (0,35)	3,7 (0,78)	0,46
Espacio Anterior	2,25 (0,36)	2,62 (0,48)	0,06
Espacio Posterior	2,02 (0,74)	3,92 (0,60)	0,44

Tabla 1: mediciones articulares iniciales según lado

DERECHA				IZQUIERDA			
ESPACIO ART	PRE	POST	Valor p	ESPACIO ART	PRE	POST	Valor p
Espacio Superior	3,67 (0,35)	3,4 (0,33)	0,72	Espacio Superior	3,7 (0,78)	3,91 (0,62)	0,57
Espacio Anterior	2,25 (0,36)	2,12 (0,13)	0,39	Espacio Anterior	2,62 (0,48)	2,53 (0,68)	0,36
Espacio Posterior	2,02 (0,74)	2,25 (0,38)	0,13	Espacio Posterior	3,92 (0,67)	3,1 (0,52)	0,18

Tabla 2: Espacios articulares pre y post tratamiento según lado

Figura 1: Esquema de Ido y Kawamura

FLAP ASOCIADO A DIENTES RETENIDOS

NM Morales Chaya, ME Chaya

Consultorio privado

od.micaelamoralesc@gmail.com

Introducción: Las fisuras labiopalatinas son malformaciones congénitas frecuentes que originan problemas en las estructuras óseas del maxilar superior presentando así una alteración en el perfil facial, problemas en la deglución, respiración y fonética del paciente. Además, el desarrollo del proceso alveolar en la región del paladar de estos pacientes determina una serie de anomalías dentarias tanto en su número y forma, lo que constituye un factor etiológico de maloclusiones que se encuentran en la totalidad de pacientes fisurados. De esta manera, el odontólogo debe considerar estos desordenes para establecer un plan de tratamiento y buscar la armonía del arco dentario como parte importante de un equipo multidisciplinario encargado del tratamiento integral para estos pacientes.

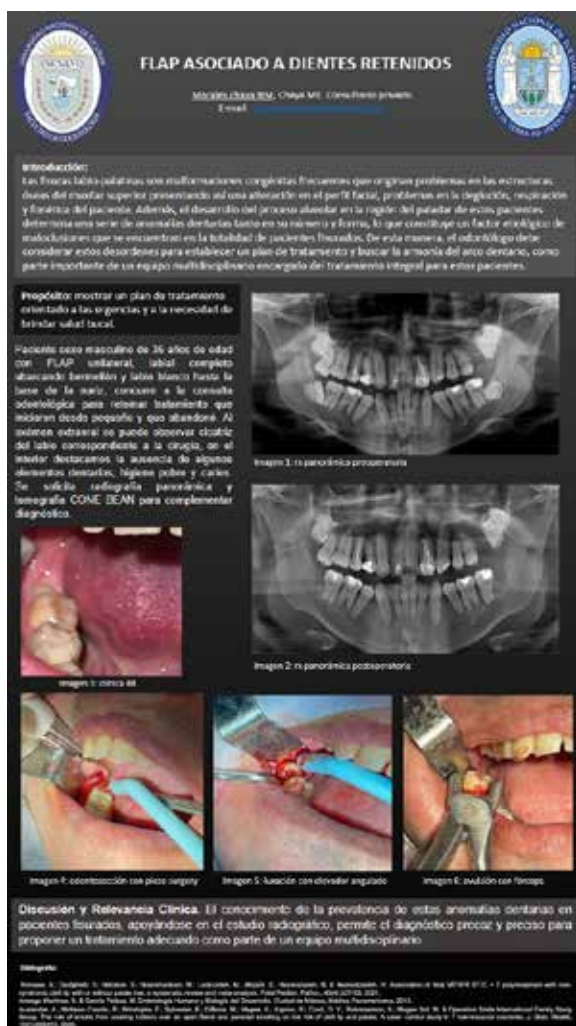
El propósito del presente trabajo es mostrar un plan de tratamiento orientado a las urgencias y a la necesidad de brindar salud bucal.

Descripción del caso: Paciente sexo masculino de 36 años de edad con FLAP unilateral, labial completo abarcando bermellón y labio blanco hasta la base de la nariz, concurre a la consulta odontológica para retomar tratamiento que iniciaron desde pequeño y que abandonó. Al examen extraoral se puede observar cicatriz del labio correspondiente a la cirugía, en el interior, ausencia de algunos elementos dentarios, higiene pobre y caries. Se solicita radiografía panorámica y tomografía Cone Beam para complementar diagnóstico.

Discusión y Relevancia Clínica. El conocimiento de la prevalencia de estas anomalías dentarias en pacientes fisurados, apoyándose en el estudio radiográfico, permite el diagnóstico precoz y preciso para proponer un tratamiento adecuado como parte de un equipo multidisciplinario.

Bibliografía:

- Amooee, A.; Dastgheib, S.; Niktabar, S.; Noorishadkam, M.; Lookzadeh, M.; Mirjalili, S.; Heiranizadeh, N. & Neamatzadeh, H. Association of fetal MTHFR 677C > T polymorphism with non-syndromic cleft lip with or without palate risk: a systematic review and meta-analysis. *Fetal Pediatr. Pathol.*, 40(4):337-53, 2021. [Links]
- Arteaga Martínez, S. & García Peláez, M. *Embriología Humana y Biología del Desarrollo*. Ciudad de México, Médica Panamericana, 2013. [Links]
- Auslander, A.; McKean-Cowdin, R.; Brindopke, F.; Sylvester, B.; DiBona, M.; Magee, K.; Kapoor, R.; Conti, D. V.; Rakotoarison, S.; Magee 3rd, W. & Operation Smile International Family Study Group. The role of smoke from cooking indoors over an open flame and parental smoking on the risk of cleft lip and palate: A case- control study in 7 low-resource countries. *J. Glob. Health*, 10(2):020410, 2020. [Links]



PROTOCOLO TUBO, APOYO, CONECTOR (T.A.C.)

A Loys, J Maestri, L Dalla Costa, M Ibáñez, JC Ibáñez, C Ibáñez

Consultorio privado

Quimilí, Santiago del Estero

adrianloys77@gmail.com

INTRODUCCIÓN: El Protocolo T.A.C. (es una nemotecnia de, tubo, apoyo, conector) es un método innovador para la confección de guías quirúrgicas de precisión en implantología. Este protocolo ofrece ventajas significativas en términos de estabilidad, retención y precisión, facilitando la inserción de implantes de acuerdo con la prótesis planificada y mejorando la predictibilidad de la posición tridimensional de los implantes.

OBJETIVOS: El objetivo de este trabajo es describir el Protocolo T.A.C. y sus beneficios en la preparación de guías quirúrgicas de precisión. Se busca demostrar cómo este protocolo mejora la estabilidad de las guías quirúrgicas, reduce el trauma al paciente y optimiza la colocación de implantes.

CONTENIDOS:

1. Preparación de las guías quirúrgicas:
 - Utilización de archivos DICOM y STL para la superposición de tomografías y escaneos intraorales o modelos.
 - Diferentes métodos de asociación de archivos en pacientes dentados y edéntulos.
2. Tipos de soporte para las guías quirúrgicas:
 - Soporte dental, mucoso, dental y mucoso, óseo e implantoportado.
3. Requisitos básicos de las guías quirúrgicas:
 - Estabilidad mediante soporte tripode.
 - Ventanas de inspección para verificar el contacto de la guía.
 - Retención mediante invasión del ecuador protésico.
4. Ventajas del Protocolo T.A.C.:
 - Mejora en la estabilidad al fresar.
 - Facilita la irrigación durante el fresado.
 - Optimización en el diseño de las guías para no caer en un error clínico.

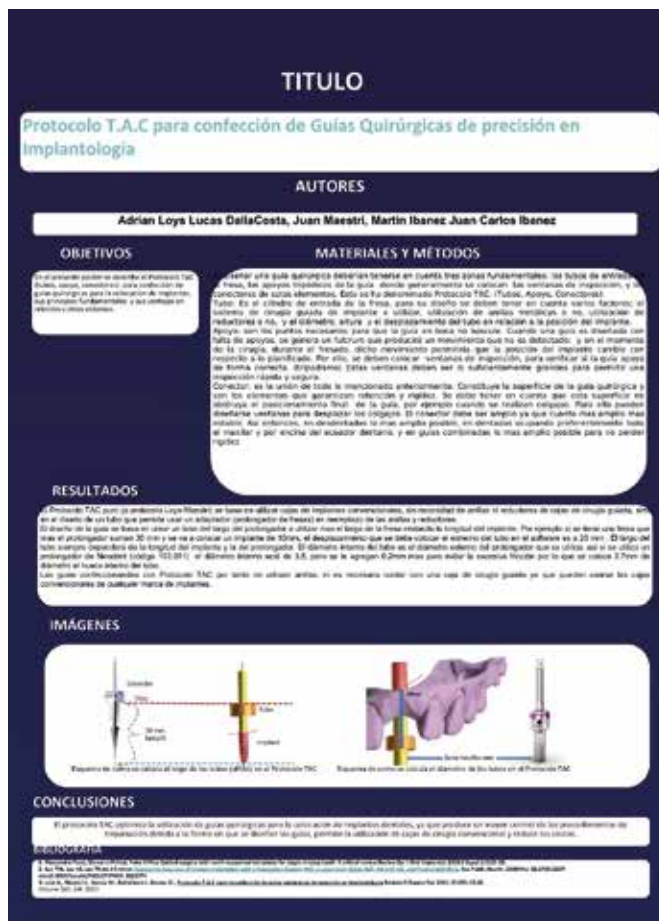
CONCLUSIONES: El Protocolo T.A.C. presenta una serie de ventajas que lo posicionan como técnica para confección de guías quirúrgicas de precisión. La combinación de estabilidad, retención y precisión proporcionada por este protocolo permite una mejora significativa en los resultados de la implantología oral, reduciendo el trauma al paciente y aumentando la predictibilidad de la colocación de implantes.

BREVE BIBLIOGRAFÍA:

Loys A, Ibañez, JC, et al. Advantages of the T.A.C Protocol for the Preparation of Precision Surgical Guides in Implantology. Scientific Archives of Dental Sciences 5.2 (2022).

Misch CE. Dental Implant Prosthetics. Elsevier Health Sciences, 2014.

Greenstein G, Cavallaro J, Tarnow D. Clinical Recommendations for Avoiding and Managing Surgical Complications Associated with Implant Dentistry: A Review. Journal of Periodontology, 2008.



RELACION ENTRE pH SALIVAL E INDICADORES DE DIAGNÓSTICO GINGIVAL

T Juárez, C Chaya, R López, A Granado, V Castillo, L Sotomayor, S Iturre

Odontología Preventiva FOUNT

preventiva@odontologia.unt.edu.ar


Introducción: Las alteraciones en saliva respecto a los cambios del pH y flujo, pueden aumentar la susceptibilidad para la aparición de enfermedades bucales tales como, caries y periodontopatías. Cualquier factor que ocasione un incremento del pH, puede iniciar la formación de cálculos, puesto que el flujo salival aumentado ocasiona un ambiente bucal alcalino. Los rangos normales de pH salival oscilan entre 5.7 y 7.6; el pH de la saliva está próximo a la neutralidad.

Objetivo: El objetivo fue determinar, en pacientes, la relación entre el pH salival y la presencia de placa bacteriana, hemorragia gingival y cálculo dental.

Materiales y Métodos: En pacientes que concurrieron a la Cátedra de Odontología Preventiva FOUNT se realizó el examen clínico que consistió en los índices: Hemorragia al sondaje (IHS), Placa de Løe y Silness (IP), Cálculo Simplificado de Ennever (ICS) y medición de pH salival (pHímetro digital, calibrado con una solución buffer estándar pH 7 y 4.). Estos datos se tomaron antes de realizar cualquier procedimiento dental, inmediatamente después de la recolección de saliva no estimulada. Mediante un cuestionario se relevaron los momentos de azúcar (MA), frecuencia de cepillado (FC). Se analizaron los datos estadísticamente.

Resultados: Fueron evaluados 30 pacientes de edad $X=23,19 (\pm 4,82)$; 66,67% femeninos, la moda de FC=3, la mediana de MA=5; IP=0,44 ($\pm 0,31$); IHS=0,26 ($\pm 0,22$); ICS=6.03 (± 4.93); pH salival=7,486 ($\pm 0,266$). Todos los pacientes presentaron gingivitis. Al asociar el valor de pH salival e ICS se encontró una correlación débil ($p=0,29$ Pearson), IP 0.27 débil, IHS 0,18 débil.

Conclusión: Es importante identificar y relacionar los factores asociados a las enfermedades gingivo-periodontales y alteraciones de pH salival para establecer medidas de intervención preventivas en las etapas de diagnóstico y posterior monitoreo.



RELACION ENTRE pH SALIVAL Y DIAGNOSTICO GINGIVAL

Juárez T.¹; Chaya C.²; López R.²; Granado M. A.²; Castillo V.²; Sotomayor L.²; Iturre S.²

¹Cat. De Biofísica, ² Odontología Preventiva, ³ Facultad de Odontología, Universidad de San Carlos de Guayaquil

INTRODUCCIÓN

El pH salival juega un papel fundamental en el mantenimiento de los tejidos de la cavidad oral. Los desequilibrios en valores salivales, se relacionan a mayor riesgo a progresión de caries o enfermedad periodontal. Los cambios en las propiedades de la saliva influyen en la progresión de la enfermedad periodontal.

OBJETIVO

El objetivo fue determinar la relación entre el pH salival y la presencia de gingivitis, hemorragia y cálculo dental en pacientes que concurren a Odontología Preventiva de FOUNT.


MATERIAL Y METODO

Se realizó en pacientes que concurren a Odontología Preventiva FOUNT durante año el 2023, examen clínico consistió en Índice: Hemorragia al sondaje (IHG), Placa de Loe y Silness (IP), Cálculo Simplificado de Emmer (ICS), medición de pH salival (pHímetro digital, calibrado con solución buffer estándar pH 7 y 4.) antes de realizar cualquier procedimiento dental, inmediatamente de la recolección de saliva se estimulada, se enjuagó el electrodos en un recipiente con agua destilada, colocó el electrodos en la muestra de saliva, lectura del registro del pH. Mediante un cuestionario se relevó los momentos de aseo bucal (MB), frecuencia de cepillado (FC). Se efectuó el coeficiente de correlación de Pearson entre pH salival e ICS, IP e IHG para establecer su relación.

RESULTADOS

Fueron evaluados 30 pacientes de edad $x=23,19$ ($\pm 4,82$), el 65,67% femeninos, la media de FC=3, la mediana de MB=5; IP=3,44 ($\pm 0,31$); IHG=0,25 ($\pm 0,22$); ICS=6,03 ($\pm 1,93$); pH salival=7,475 ($\pm 0,27$). Todos los pacientes presentaron gingivitis. Al asociar el valor de pH salival e ICS se encontró una correlación débil ($r=0,29$ Pearson); con IP correlación débil ($r=0,27$); al igual que la asociación pH con IHG ($r=0,18$).

Foto 1: Cálculos dentales



CONCLUSIÓN

Es importante identificar y relacionar los factores que influyen en la enfermedad gingivoperiodontales y alteraciones de pH salival para establecer medidas de intervención preventivas en las etapas de diagnóstico, monitoreo.

Subsidiado por CIUNT

NUEVA LÍNEA



ENJUAGUES BUCALES Y GELES DENTALES

con CPC y Flúor



0%

ALCOHOL



HORAS DE PROTECCIÓN



USO DIARIO



ALIENTO FRESCO



AYUDAN A PREVENIR:

- ✓ caries
- ✓ sarro
- ✓ inflamación de encías

Síguenos en: GUM Argentina
SonrisaGUM.com.ar | info.profesional@ar.sunstar.com

Revista FOUNT 2024; 50: 43 - 48

ISSN 0325 - 125X

**EVALUACIÓN DEL ESPESOR DE DENTINA RESIDUAL
MEDIANTE CBCT****MariniA, García Leonardi MC, Leonardi L, de la Casa ML.**Cátedra de Endodoncia, Facultad de Odontología,
Universidad Nacional de Tucumán.**RESUMEN**

El objetivo de este trabajo fue evaluar el espesor de dentina residual en conductos mesio-vestibulares de molares inferiores después de la preparación mecanizada con sistemas de movimiento continuo y alterno. Materiales y métodos: Se seleccionaron 20 molares inferiores con curvatura (Schneider) de 20° a 30°. Se dividieron en 2 grupos, grupo 1 (n=10) instrumentados con Race Evo y grupo 2 (n=10) instrumentados con R-Motion. Las piezas fueron montadas en rodetes de silicona para ser instrumentadas, tomando tomografías pre y post instrumentación. Se registró el menor espesor de dentina de la pared mesial y distal del conducto mesio-vestibular de cada pieza a 1, 3 y 5 mm por debajo de la furca. Los resultados se analizaron estadísticamente con test T. Se usó un nivel de significancia $\alpha=0,05$. Resultados: Se encontró que el espesor medio pos-instrumentación en la pared mesial difiere significativamente a 1 mm ($p=0,02^*$), 3 mm ($p=0,02^*$) y 5 mm ($p=0,04$) siendo mayor para Race Evo en los tres niveles, sin embargo, no hubo diferencias entre los sistemas en los espesores de dentina en la pared distal (1 mm $p=0,96$, 3 mm $p=0,41$ y a 5 mm $p=0,36$). Conclusión: Los sistemas Race Evo y R-Motion tuvieron un comportamiento similar en cuanto a la frecuencia de espesores de riesgo. Ambos sistemas se pueden utilizar de forma segura y eficaz para preparar los conductos mesio-vestibulares de molares inferiores.

ABSTRACT

The objective of this study was to evaluate the residual dentin thickness in mesiobuccal canals

of mandibular molars after mechanized preparation using continuous and alternating motion systems. Materials and methods: Twenty mandibular molars with a 20° to 30° curvature (Schneider) were selected. They were divided into two groups: group 1 (n = 10), instrumented with Race Evo, and group 2 (n = 10), instrumented with R-Motion. The teeth were mounted on silicone rims for instrumentation, and pre- and post-instrumentation CT scans were taken. The smallest dentin thickness of the mesial and distal walls of the mesio-buccal canal of each tooth was recorded at 1, 3, and 5 mm below the furcation. The results were statistically analyzed using the t test. A significance level of $\alpha = 0.05$ was used. Results: The mean pos-instrumentation thickness on the mesial wall was found to differ significantly at 1 mm ($p=0,02^*$), 3 mm ($p=0,02^*$) y 5 mm ($p=0,04$) being greater for Race Evo at all three levels, however, there were no differences between the systems in the dentin thicknesses on the distal wall (1 mm $p=0,96$, 3 mm $p=0,41$ y a 5 mm $p=0,36$). Conclusion: The Race Evo and R-Motion systems had similar behavior regarding the frequency of risky thicknesses. Both systems can be used safely and effectively to prepare the mesio-buccal canals of mandibular molars.

INTRODUCCIÓN

Los primeros molares inferiores son los dientes tratados endodónticamente con mayor frecuencia, representando hasta un 17% de los casos de tratamiento de conductos (1).

La anatomía de estos dientes presenta retos significativos, especialmente en los conductos mesio-vestibulares, donde la concavidad radicular en la pared distal reduce el espesor de dentina, creando una zona de riesgo de perforación y fracturas radiculares (2).

Se ha demostrado que el espesor remanente de dentina después de la instrumentación influye directamente en la resistencia estructural del diente tratado. Estudios previos han establecido que un mínimo de 0,5 mm de dentina es necesario para evitar fracturas verticales o perforaciones radiculares (3,4). Sin embargo, la preparación del conducto con instrumentos mecanizados puede reducir significativamente este espesor, dependiendo del tipo de lima utilizada, el diseño de los instrumentos y la técnica de instrumentación (5).

Actualmente, los sistemas de instrumentación rotatorios y reciprocantes han mejorado la eficacia del tratamiento endodóntico al reducir el tiempo de trabajo y mejorar la conformación del conducto. Sin embargo, cada sistema tiene un impacto diferente en la preservación de la dentina. Los sistemas rotatorios, como Race Evo, están diseñados para mantener un movimiento continuo y progresivo, lo que permite una remoción más controlada del tejido dentinario (6). Por otro lado, los sistemas reciprocantes, como R-Motion, utilizan un movimiento alternante que puede generar un mayor desgaste en zonas de contacto prolongado, especialmente en conductos curvos o con variaciones anatómicas (5).

Dado que la preservación del espesor de dentina es crucial para el éxito del tratamiento endodóntico, es fundamental evaluar qué sistema de instrumentación permite una mayor conservación de la estructura radicular sin comprometer la limpieza y conformación del conducto. En este contexto, el objetivo de este estudio fue comparar el espesor de dentina residual en conductos mesio-vestibulares de molares

inferiores instrumentados con los sistemas Race Evo y R-Motion, determinando si existe una diferencia significativa en la cantidad de dentina remanente tras la preparación mecanizada.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se seleccionaron 20 molares inferiores con curvaturas en su conducto M-V entre 20° a 30°. La muestra se dividió al azar en dos grupos (n = 10): grupo 1: Race Evo y grupo 2: R-Motion. Las piezas fueron montadas en un rodete de silicona y se realizaron CBCT previas y posteriores a la instrumentación. Se registró el menor espesor de dentina de la pared mesial y distal de cada pieza a 1, 3, y 5 mm por debajo de la furca. Se fijó como espesor de riesgo todo valor menor de 0.5 mm. Las imágenes fueron analizadas mediante el software GALAXIS para GALILEOS. La comparación entre grupos y niveles del espesor medio pre y pos instrumentación, se realizó mediante test t. Se usó un nivel de significancia $\alpha=0,05$.

RESULTADOS

Espesores de dentina pre-instrumentación

Se encontró que el espesor medio pre-instrumentación en la pared mesial difiere significativamente a 1 mm siendo mayor para Race Evo (Tabla 1) (Figura 1), mientras que no se observaron diferencias significativas entre los grupos en el espesor de la pared distal.

Tabla 1. Medidas resumen y resultado del test t para la comparación del espesor pre-instrumentación en ambos grupos para 1, 3 y 5mm por debajo de la furca.

Nivel	Grupo	Media	Desvio estándar	Mínimo	Máximo	Test t valor p
1 mm	Race Evo	1,50	0,17	1,19	1,82	p=0,02*
	R-Motion	1,30	0,18	0,95	1,55	
3 mm	Race Evo	1,31	0,30	0,91	1,89	p=0,26
	R-Motion	1,16	0,25	0,76	1,69	
5 mm	Race Evo	1,16	0,28	0,77	1,60	p=0,06
	R-Motion	0,95	0,15	0,80	1,23	

* Significativo al nivel de 0,05

Tabla 1.

Nivel	Grupo	Media	Desvio estándar	Mínimo	Máximo	Test t valor p
1 mm	Race Evo	1,21	0,19	1,02	1,69	p=0,02*
	R-Motion	1,01	0,17	0,70	1,19	
3 mm	Race Evo	1,05	0,23	0,75	1,48	p=0,02*
	R-Motion	0,84	0,14	0,70	1,09	
5 mm	Race Evo	0,84	0,28	0,44	1,34	p=0,04*
	R-Motion	0,62	0,16	0,31	0,83	

* Significativo al nivel de 0,05

Tabla 2.

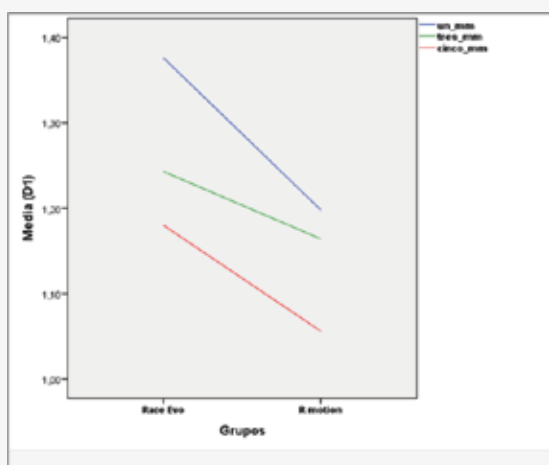


Figura 1. Espesor medio pre-instrumentación de la pared mesial en ambos grupos a 1, 3 y 5 mm por debajo de la furca.

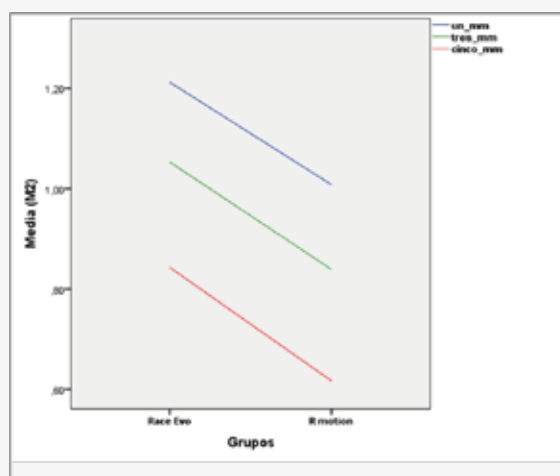


Figura 2. Espesor medio pos-instrumentación de la pared mesial en ambos grupos a 1, 3 y 5 mm por debajo de la furca.

Espesores de dentina pos-instrumentación

Se observaron diferencias significativas en el espesor pos-instrumentación de la pared mesial a 1 mm ($p=0,02^*$), 3 mm ($p=0,02^*$) y 5 mm ($p=0,04^*$), siendo mayor para Race Evo en los tres niveles (Tabla 2) (Fig. 2). Sin embargo, no se encontraron diferencias significativas entre los grupos en la pared distal (Tabla 3) (Fig. 3).

Tabla 2. Medidas resumen y resultado del test t para la comparación del espesor pos-instrumentación de la pared mesial en ambos grupos a 1, 3 y 5 mm por debajo de la furca.

Tabla 3. Medidas resumen y resultado del test t para la comparación del espesor pos-instrumentación en ambos grupos para 1, 3 y 5 mm por debajo de la furca.

Nivel	Grupo	Media	Desvio estándar	Mínimo	Máximo	Test t valor p
1 mm	Race Evo	0,94	0,28	0,46	1,36	p=0,96
	R-Motion	0,93	0,25	0,42	1,32	
3 mm	Race Evo	0,94	0,22	0,66	1,31	p=0,41
	R-Motion	0,87	0,15	0,70	1,11	
5 mm	Race Evo	0,88	0,23	0,46	1,31	p=0,36
	R-Motion	0,80	0,14	0,56	1,06	

* Significativo al nivel de 0,05

Tabla 3.

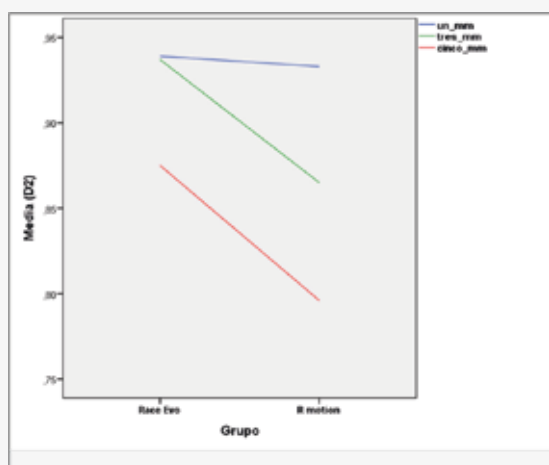


Figura 3. Espesor medio pos-instrumentación de la pared distal en ambos grupos para 1, 3 y 5 mm por debajo de la furca

Espesores de riesgo

Se observaron valores de riesgo pos-instrumentación en la pared mesial a los 5 mm en una pieza para Race Evo y en dos piezas para R-Motion. Mientras que, en la pared distal, se presentaron valores de riesgo a 1 mm en una pieza tanto para Race Evo como para R-Motion y a los 5 mm en una pieza para Race Evo (Tabla 4).

Las limas Race Evo dejaron mayores espesores de dentina en la pared mesial, sin embargo, no hubo diferencias entre los sistemas en los espesores de dentina en la pared distal. Ambos sistemas tuvieron un comportamiento similar en cuanto a la frecuencia de espesores de riesgo.

Tabla 4. Frecuencia de piezas según valores de riesgo pos-instrumentación de la pared mesial y distal en ambos grupos a 1, 3 y 5 mm por debajo de la furca.

Nivel	Grupo	Espesores de riesgo (M2)		Espesores de riesgo (D2)	
		Si	No	Si	No
1 mm	Race Evo (n=10)	-	10	1	9
	R-Motion (n=10)	-	10	1	9
3 mm	Race Evo (n=10)	-	10	-	10
	R-Motion (n=10)	-	10	-	10
5 mm	Race Evo (n=10)	1	9	1	9
	R-Motion (n=10)	2	8	-	10

Tabla 4.

DISCUSIÓN

El presente estudio evaluó el espesor de dentina residual en conductos mesio-vestibulares de molares inferiores después de la instrumentación con los sistemas Race Evo y R-Motion. Se estableció como umbral de riesgo, valores menores a 0,5 mm, basándose en estudios previos que indican que espesores inferiores pueden comprometer la resistencia radicular y aumentar el riesgo de perforaciones y fracturas verticales (4, 7).

Nuestros resultados indicaron que Race Evo preservó un mayor espesor de dentina en la pared mesial a 1, 3 y 5 mm por debajo de la furca, con diferencias estadísticamente significativas. Este hallazgo podría atribuirse, por un lado, a la conicidad progresiva y diseño de la lima. Race Evo utiliza una conicidad controlada y una geometría que favorece la eliminación eficiente de tejido sin un desgaste excesivo en zonas de contacto prolongado (2) y, por otro lado, a la flexibilidad de la aleación de NiTi, la mayor resistencia a la fatiga cíclica de Race Evo (5) permite que la lima se adapte mejor a la curvatura del conducto, minimizando el riesgo de desgaste innecesario en las paredes dentinarias (6).

En contraste, R-Motion mostró una mayor reducción de dentina en la pared mesial. Esto puede explicarse por la naturaleza del movimiento reciprocante, que, al alternar direcciones de corte, tiende a aumentar el contacto con la pared interna del conducto, generando una mayor remoción de dentina en conductos con curvatura marcada (8).

En la pared distal, no se encontraron diferencias significativas entre ambos sistemas. Esto sugiere que la anatomía del conducto es un factor determinante en la preservación del espesor dentinario, independientemente del sistema utilizado. Estudios previos han demostrado que la pared distal de la raíz mesial es más propensa a perforaciones debido a su menor espesor original (3, 4).

Se observaron espesores de riesgo ($< 0,5$ mm) en 6 piezas, lo que representa un 5% del total de secciones analizadas. Aunque esta cifra es relativamente baja, en casos individuales donde la dentina ya es limitada antes de la instrumentación, se podría comprometer la resistencia estructural del diente (9).

Los resultados obtenidos coinciden con estudios de Ortiz Ordoñez 2016 quien comparó el espesor de dentina remanente en raíces mesiales de molares inferiores utilizando instrumentos Mtwo 25.06 (rotatorio) y Reciproc R25 (reciprocante). En ese estudio, Reciproc R25 mostró una mayor reducción de dentina, un patrón similar al observado con R-Motion en nuestro estudio (8).

Además, Basturk y col. 2022 analizaron las propiedades mecánicas de Race Evo y R-Motion y encontraron que Race Evo tiene una mayor resistencia a la fatiga cíclica, lo que puede traducirse en una mejor preservación del conducto sin comprometer su limpieza (5).

Un estudio de De-Deus y col. 2019 confirmó que un espesor dentinario menor a 0,5 mm compromete la integridad estructural del diente (4). En nuestro estudio, la frecuencia de espesores de riesgo fue baja, pero en los casos donde se observaron valores críticos, el riesgo de fractura radicular podría ser alto si se requieren preparaciones adicionales para postes.

Los hallazgos de este estudio tienen relevancia clínica directa, ya que la preservación del espesor dentinario es esencial para garantizar la resistencia estructural del diente tratado endodónticamente.

Los sistemas Race Evo y R-Motion demostraron ser confiables para la instrumentación de conductos mesio-vestibulares de molares inferiores. Sin embargo, Race Evo preservó mayores espesores de dentina en la pared mesial, lo que lo hace una opción más recomendable en casos donde la estructura dentinaria es limitada.

CONCLUSIONES

Los sistemas Race Evo, R-Motion se pueden utilizar de forma segura y eficaz para preparar los conductos mesio-vestibulares de molares inferiores.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Zhou G, Leng D, Li M, Zhou Y, Zhang C, Sun C, Wu D (2020). Root dentine thickness of danger zone in mesial roots of mandibular first molars. *BMC Oral Health* 6;20(1):43. <https://doi.org/10.1186/s12903-020-1026-8>
2. Elayouti A, Homayoon K, Judenhofer MS, Friedmann D, Löst C, Pichler BJ (2008). Micro-computed tomography assessment of dentin removal following rotatory root canal instrumentation with tapered instruments. *Journal of Endodontics*, 34(5), 580–583. <https://doi.org/10.1016/j.joen.2008.02.015>
3. Plotino G, Grande NM, Isufi A, Ioppolo P, Pedullà E, Bedini R, Gambarini G, Testarelli L (2017). Fracture strength of endodontically treated teeth with different access cavity designs. *Journal of Endodontics*, 43(6), 995-1000. <https://doi.org/10.1016/j.joen.2017.01.022>
4. De-Deus G, Rodrigues EA, Belladonna FG, Simões-Carvalho M, Cavalcante DM, Oliveira DS, Souza EM, Giorgi KA, Versiani MA (2019). Anatomical danger zone reconsidered: a micro-CT study on dentine thickness in mandibular molars. *Int Endod J*;52(10):1501-1507. doi: 10.1111/iej.13141.

ISSN 0325 - 125X

5. Basturk FB, Özyürek T, Uslu G, Gündoğar M (2022). Mechanical Properties of the New Generation Race Evo and R-Motion Nickel-Titanium Instruments. *Materials (Basel)* 6;15(9):3330. doi: 10.3390/ma15093330.
6. Guedes IG, Rodrigues RCV, Marceliano-Alves MF, Alves FRF, Rôças IN, Siqueira JF Jr (2022). Shaping ability of new reciprocating or rotary instruments with two cross-sectional designs: An ex vivo study. *Int Endod J* ;55(12):1385-1393. doi: 10.1111/iej.13834.
7. Zhou G, Leng D, Li M, Zhou Y, Zhang C, Sun C, Wu D (2020). Root dentine thickness of danger zone in mesial roots of mandibular first molars. *BMC Oral Health*. 2020 Feb 6;20(1):43. doi: 10.1186/s12903-020-1026-8.
8. Ortiz Ordoñez J. (2016). Evaluación del espesor de dentina remanente en raíces mesiales de molares inferiores. Repositorio UAP. https://repositorio.uap.edu.pe/jspui/bitstream/20.500.12990/4164/1/Tesis_Dentina_Ra%C3%ADces_Instrumentos.pdf
9. Akhlaghi NM , Bajgiran LM , Naghdi A , Behrooz E , Khalilak Z (2015).The minimum residual root thickness after using ProTaper, RaCe and Gates-Glidden drills: A cone beam computerized tomography study. *Eur J Dent*;9(2):228-33.

Revista FOUNT 2024; 50: 49 - 50

ISSN 0325 - 125X

TRATAMIENTO MUCOGINGIVAL EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA ACTUAL**Albornoz SE, Castro CE.**

Cátedra de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la UNT.

INTRODUCCIÓN

El tratamiento mucogingival ha evolucionado significativamente en las últimas décadas, integrando nuevas técnicas quirúrgicas y biomateriales que mejoran la cobertura radicular y la estabilidad de los tejidos blandos. La comprensión de los factores biológicos y mecánicos ha permitido optimizar los procedimientos y predecir mejor sus resultados.¹

Los defectos mucogingivales, como las recesiones gingivales, pueden afectar tanto la función como la estética del paciente, generando hipersensibilidad dentaria, mayor susceptibilidad a la caries radicular y problemas estéticos. Por ello, su manejo adecuado es fundamental dentro de la periodoncia contemporánea.²

Definición y Clasificación de los Defectos Mucogingivales

Los defectos mucogingivales incluyen alteraciones en la cantidad y calidad de la encía queratinizada, inserción de frenillos aberrantes y recesión gingival. La clasificación de Miller (1985) y la clasificación de Cairo (2011) han sido ampliamente utilizadas para categorizar las recesiones gingivales y determinar su pronóstico de cobertura radicular.^{3,4}

Clasificación de Miller: Define la recesión en cuatro clases, considerando la relación con la línea mucogingival y la pérdida de inserción interproximal.

Clasificación de Cairo: Distingue entre recesión gingival tipo 1 (RT1), sin pérdida de inserción interproximal; tipo 2 (RT2), con pérdida interproximal menor o igual a la recesión bucal; y tipo 3 (RT3), con pérdida interproximal mayor.

Descripción de las Técnicas Quirúrgicas**1. Injertos de Tejido Conectivo Subepitelial**

Considerado el "gold standard" en la cobertura radicular, este procedimiento implica la obtención de un injerto de tejido conectivo del paladar y su colocación bajo un colgajo mucoperióstico en la zona receptora. Ha demostrado altos niveles de éxito y estabilidad a largo plazo.⁵

2. Injertos Gingivales Libres

Utilizados principalmente para el aumento de encía queratinizada, estos injertos se obtienen del paladar y se suturan en la zona de deficiencia. Aunque eficaces, pueden presentar limitaciones estéticas debido a la falta de integración cromática con los tejidos circundantes.⁶

3. Colgajos Avanzados Coronalmente

Esta técnica mínimamente invasiva permite la cobertura radicular sin necesidad de injertos adicionales. En combinación con matrices dérmicas acelulares, se ha convertido en una alternativa predecible con menor morbilidad para el paciente.⁷

ISSN 0325 - 125X

4. Técnicas Regenerativas

El uso de proteínas derivadas de la matriz del esmalte, factores de crecimiento y biomateriales de ingeniería tisular han potenciado la regeneración periodontal en defectos mucogingivales, mejorando tanto la calidad como la cantidad del tejido resultante.⁸

Consideraciones Biológicas y Factores Pronósticos

La planificación del tratamiento debe considerar múltiples factores biológicos y mecánicos que influyen en el éxito de la terapia mucogingival:

- Grosor y biotipo gingival: Biotipos finos tienen mayor riesgo de recesión.
- Presencia de encía queratinizada: Se recomienda un mínimo de 2 mm para la estabilidad periodontal.
- Etiología de la recesión: Factores como el trauma por cepillado y la malposición dentaria deben ser controlados.
- Manejo postoperatorio: Uso de antisépticos, control de hábitos y terapia de mantenimiento.¹

Avances Tecnológicos y Diagnóstico

- El desarrollo de herramientas de diagnóstico avanzadas ha mejorado la precisión quirúrgica y la predictibilidad de los procedimientos:
- Tomografía de coherencia óptica: Permite evaluar la integridad tisular en tiempo real.
- Planificación digital: Facilita el diseño prequirúrgico y la selección de técnicas.
- Láser en periodoncia: Puede mejorar la cicatrización y reducir el sangrado intraoperatorio.⁹

CONCLUSIONES

La periodoncia contemporánea busca no solo restaurar la funcionalidad y la estética, sino también garantizar la estabilidad a largo plazo de los tejidos tratados. La evidencia científica respalda la importancia de un enfoque interdisciplinario y personalizado para cada caso clínico, asegurando resultados óptimos en la práctica odontológica actual. La integración de nuevas tecnologías y biomateriales continúa

expandiendo las posibilidades de tratamiento, permitiendo una odontología regenerativa y mínimamente invasiva.

BIBLIOGRAFÍA

1. Scandola D, Muñoz Corcuera M, Gil-Abando G, González Ibarguren E. (2024) Actualización de las técnicas para el tratamiento de las recesiones periodontales. *Odontología Vital* ; (40): 18-29. Available from: http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1659-07752024000100018&lng=en
2. Carrión Azuero KL, Fernández Muñoz TP. (2023) Efeitos da hipersensibilidade dentária associada à recessão gengival. *Brazilian Journal of Health Review*; 6: 28538-28556.
3. Miller PD Jr. A classification of marginal tissue recession. (1985) *Int J Periodontics Restorative Dent*; 5:8-13.
4. Cairo F, Nieri M, Cincinelli S, Mervelt J, Pagliaro U. (2011) The interproximal clinical attachment level to classify gingival recessions and predict root coverage outcomes: an explorative and reliability study. *J Clin Periodontol*, 38: 661-666.
5. Rajeswari S, Triveni M, Tarun Kumar A, Ravishankar P, Rajula M, Almeida L. (2021). Patient -centered comparative outcome analysis of platelet-rich fibrin-reinforced vestibular incision subperiosteal tunnel access technique and Zucchelli's technique. *J Indian Soc Periodontol*; 25(4):320-9. https://doi.org/10.4103/jisp.jisp_187_20
6. Carreño Pérez Luis, Castro-Rodríguez Yuri. (2021) Técnica de doble injerto gingival libre para incremento de encía queratinizada. *Rev Cubana Invest Bioméd* ; 40(1): Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002021000100020&lng=es.
7. Zabalegui I, González-Febles J, Romandini M. (2023) Túnel clásico en el quinto sextante para el tratamiento de defectos mucogingivales. Indicaciones y descripción de la técnica. *Revista científica de Sepa Sociedad Española de Periodoncia y Osteointegración*. 26, 87-97.
8. Mazzotti C, Mounssif Il, Rendón A, Mele M, Sangiorgi M, Stefanini M, Zucchelli G. (2023) Complications and treatment errors in root coverage procedures. *Periodontology* 2000. 92, 62-89.
9. Osorio M, Soto E, Toledano M, Rivas M, Vallecillo C, García P. (2022). Treating Gingival Recessions Using Coronally Advanced Flap or Tunnel Techniques with Autografts or Polymeric Substitutes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Polymers*. <https://doi.org/10.3390/polym14071453>

ISSN 0325 - 125X

Del 16 al 28 de septiembre de 2025, la Dra. Marta E. Saravia Prof.a Titular de la Catedra de Microbiología y Parasitología de la FOUNT ha participado en actividades de docencia e investigación en la Fac. de Odontología de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo Brasil (FORP/USP). La docente es Profesora visitante desde 2012 para el dictado de cursos para alumnos y docentes del Programa de Posgrado. Este año ha dictado dos cursos: “Metodología y Técnicas Microbiológicas Aplicada al Estudio de la Odontología Preventiva” y “Una Nueva Mirada de la Cariología en Odontología”, además a realizar actividades de investigación como integrante externa de Proyectos de Investigación desarrollado en la FORP/USP, titulado CÁRIE DENTAL E DOENÇA PERIODONTAL: ETIOLOGIA, PREVENÇÃO E TRATAMENTO subsidiado por CAPES y FAPESP.

En esta oportunidad la Dra. Saravia también ha participado de la V Reunión ALUMINI USP TALKS. ALUMINI es una plataforma que nuclea a todos los Posgraduados de la Universidad de São Paulo Brasil y del mundo que estudiaron en la USP. Este año el lema fue los “ALUMINIS y su Conexión con la Sociedad” donde además del reencuentro de profesionales, se abordaron temas sobre el papel que tienen los egresados de la USP en la sociedad.



Profesores de la FORP-USP, Ana Zilda Nazar Bergamo, Adelvina Campos Freitas, Andiará De Rossi Daldegan, Paulo Nelson Filho con la Dra. Marta Saravia durante el dictado de los cursos.



La Prof. Raquel Assed Becerra Segato de la FORP-USP y la Prof. Marta Saravia de la FOUNT en el encuentro de la V Reunión ALUMNI de la Universidad de São Paulo, Brasil.



Alumnos y Profesores de la FORP-USP con la Prof. Marta Saravia de la FOUNT al finalizar el curso.
<https://sites.usp.br/odontopediatria/docente-da-argentina-2/>



Profesores y alumnos de la USP con la Dra Saravia al finalizar el dictado del curso.
<https://sites.usp.br/odontopediatria/docente-da-argentina-2/>

ISSN 0325 - 125X

El libro " Adhesión, Remineralización, Estética y Biomimética. Evidencia y Práctica Clínica" dirigido por Jorge Uribe Echevarría, de la Universidad Nacional de Córdoba, se destaca por estar a la vanguardia del conocimiento científico en el campo de la odontología. Se enfoca en la odontología regenerativa y restauradora de nuestros días.

Es una obra especialmente didáctica, cuya organización de capítulos, apartados y, sobre todo el lenguaje utilizado, se destaca por su claridad. Incluye imágenes de alta calidad que facilitan significativamente la comprensión de conceptos y técnicas, además de permitir la verificación de los diversos resultados obtenidos tras aplicar los distintos procedimientos empleados.

Oportuno y esencial, respalda científicamente las técnicas innovadoras más recientes en operatoria dental, consolidándose como una referencia clave para los profesionales del área.

Prof. Od. Viviana M. Rosino

Prof. Titular Cat. Clínica de Operatoria Dental
FACULTAD DE ODONTOLOGIA -UNT

TEXTO "ADHESIÓN, REMINERALIZACIÓN Y BIOMIMÉTICA"
EVIDENCIA Y PRÁCTICA CLÍNICA

Autor: JORGE URIBE ECHEVARRÍA

Secretaría Académica de la FOUNT, tiene el agrado de compartir con los integrantes de nuestra Facultad y la Comunidad odontológica, la primera edición del Texto publicado por Editorial AMOLCA (México) Jorge URIBE ECHEVARRÍA DDS PhD.

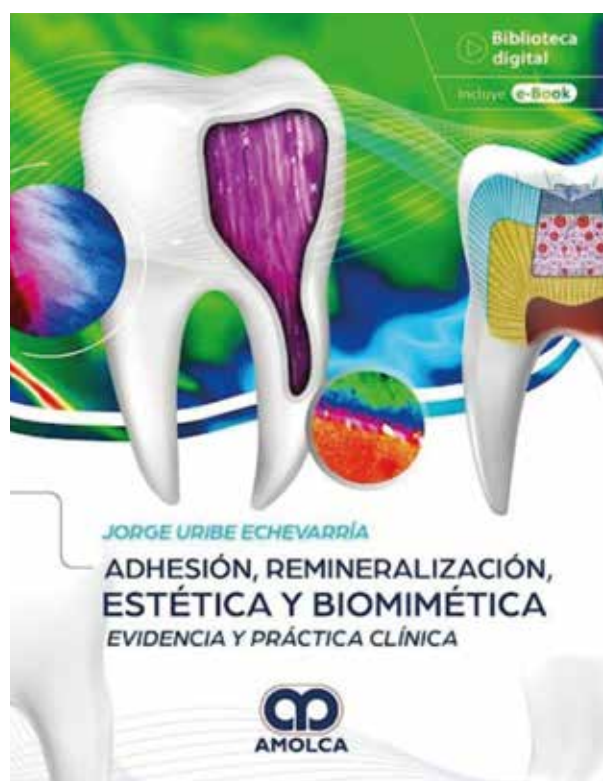
ISSN 0325 - 125X

Debemos referirnos a la relevancia que en el campo de la CARIOLOGÍA y de la OPERATORIA DENTAL, ofrece esta bibliografía, ya que contiene bases científicas que sustentan todos los capítulos, y que además brinda los más actualizados criterios sobre Prevención y Odontología Conservadora Mínimamente Invasiva. Además, nos ofrece una ilustración de excelencia con imágenes de tejidos dentarios bajo acción de diferentes biomateriales, como así también fotografías sobre caso clínicos con resoluciones de alto grado estético.

Por último, me cabe señalar el interés que conlleva la presente edición, ya que una profesora de esta casa, la Dra. Marta Estela SARAVIDA comparte la escritura de este libro en los Capítulos 1 y 2 sobre CARIOLOGÍA.

Prof.Od. María Carolina Zelarayan
Secretaria Académica

Prof. Tit. Int. Cat. Técnica de Operatoria Dental
FACULTAD DE ODONTOLOGIA -UNT



El objetivo de la Revista de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Tucumán, es ofrecer a la comunidad científica y académica, un medio adecuado para la difusión local, nacional e internacional de la producción relacionada con la odontología y su enseñanza. Será también el órgano de comunicación de actividades científicas académicas y de gestión institucional que de se realicen en la Facultad y publicará dentro de las posibilidades toda información considerada de interés que se le haga llegar, relativa a actividades relacionadas con la Odontología en Latinoamérica u otro lugar del exterior. El estudio crítico de los originales será objetivo de una evaluación (referato) s cargo de revisores nacionales y del extranjero, seleccionados por el Comité Editorial, a fin de lograr mejor nivel posible del contenido científico de la Revista.

Secciones de la Revista

La Revista clasificará los trabajos según su contenido en:

- Trabajos de Investigación
- Trabajos de Divulgación
- Comunicaciones Breves
- Artículos de Opinión

Los trabajos de Investigación son los que resultan de experiencias que significan un aporte a la ciencia odontológica. Constarán de Título, Nombre del autor o autores, Resumen de hasta 200 palabras en castellano o inglés, Introducción, Conclusiones, Agradecimientos (si los hubiere), Referencias Bibliográficas y nombre, dirección, teléfono y correo electrónico del autor responsable. Extensión máxima incluyendo espacios para 8 carillas.

Los autores deberán mencionar el comité de ética que aprobó el protocolo de investigación y la institución responsable.

Cuando describan investigaciones en seres humanos la revista exigirá que los procedimientos seguidos respeten las normas éticas del comité de experimentación humana responsable y la Declaración de Helsinki de 1975, revisada en el año 2000. (<http://www.bioeticanet.info/documentos/Helsinki2008.pdf>)

En caso de realizar investigaciones con animales, el trabajo presentado deberá cumplir con las especificaciones establecidas internacionalmente para el uso y cuidado de

animales de laboratorio teniendo en cuenta los principios basados en: Guía para el cuidado y uso de animales de laboratorio, del Institute of Laboratory Animal Resources. Commission of Life Sciences. National Research Council. National Academy Press. Washington, D.C. 1996. (http://www.nap.edu/openbook.php?record_id=10929&page=R1Internacional%20Guiding) Principales of Biomedical Research Involving Animals (1985) (http://cioms.ch/publications/guideline-d/1985_texts_o_f_guidelines.htm)

Los artículos de Divulgación (Actualización, Revisión Bibliográfica) informan acerca del estado actual del conocimiento sobre un tema determinado. Constarán del Título, Nombre del autor/es, Resumen hasta de 200 palabras en castellano o inglés, Introducción, Desarrollo, Conclusiones, Bibliografía. Extensión máxima incluyendo espacios para figuras y cuadros, 8 carillas.

Los Casos Clínicos describen situaciones no habituales. Constarán de Título, Nombre de autor/es, Resumen de hasta 150 palabras en castellano o inglés. Introducción, Caso Clínico, Discusión y Bibliografía. Extensión máxima incluyendo espacios para figuras, 4 carillas. Se aceptarán como máximo 10 figuras entre fotos, tablas y gráficos. Podrá acompañarse de revisión bibliográfica.

Las Comunicaciones Breves constituyen aportes metodológicos o técnicos. Constarán de Nombre de autor/es, Introducción, Descripción técnica, Conclusiones y Bibliografía. Extensión máxima 2 carillas, no tenfrdn necesariamente resumen.

Los Artículos de Opinión son exposiciones con argumentación sobre un tema reconocido. El texto será redactado de forma impersonal e invitará a la reflexión. Se podrán abordar temas científicos y educacionales. Constará de Introducción, Desarrollo y Conclusiones. Extensión máxima 2 carillas.

La Revista incluirá la Sección Editorial, que es escrita por el Director o por los colaboradores del Comité Editorial. Además podrán escribirse otras secciones según aceptación del Director y el Comité Editorial tales como Resúmenes de Tesis, Trabajos premiados en Congresos, Página Cultural, Información Institucional, Agenda de Cursos y Jornadas. Los autores que deseen publicar estos aportes deben adjuntar una nota de solicitud de publicación de artículo junto con el original. El

texto será breve y conciso. La Sección Cartas a los Lectores permitirá observaciones y comentarios sobre trabajos publicados previamente o abordará aspectos de interés relacionados con el ejercicio de la profesión. Otras secciones tales como Educación en Odontología, Traducciones, Comentarios Bibliográficos podrán ser incluidas, deberán responder a todo lo expresado en Instrucciones para los Autores y ser analizadas por el Director y el Comité Editorial.

Instrucciones a los autores

Los trabajos que se remitan para ser publicados en la Revista FOUNT deben ser inéditos, permaneciendo en tal condición durante el proceso de evaluación Editorial. El manuscrito debe ser presentado a doble espacio en hoja A4, dejando 3cms en los márgenes, en letra Arial 11 y escrito en una columna sin sangría ni tabulación.

Presentación

En la carta de presentación del manuscrito deberá expresarse en que sección de la Revista se desea publicar la contribución, junto con el nombre del autor corresponsal, domicilio, correo electrónico, teléfono y fax. Todos los autores deben estar de acuerdo con el envío y son responsables del contenido, incluyendo a la correcta descripción de las referencias bibliográficas y a los agradecimientos.

Primera Página

La primera página debe contener: Título completo del trabajo. Título reducido de no más de 40 letras para el encabezamiento de cada página. Apellido/s y Nombre/s del autor o autores, Dirección del lugar o institución donde se haya realizado el trabajo. Resumen en castellano y en inglés. De 3 a 6 palabras clave en castellano y en inglés. Nombre, dirección postal completa, teléfono, fax y correo electrónico del autor al que ha de dirigirse la correspondencia.

Figura y Tablas

Las figuras y tablas deben ser de fácil lectura y ubicarse en el lugar correspondiente del texto. Se ordenarán con números correlativos y deberán tener su correspondiente epígrafe, que se debe ser claro y permitir la comprensión de los datos sin necesidad de recurrir al texto. Las figuras y tablas deberán estar en forma de tiff o jpg. con resolución mínima de 300 dpi. Cuando de desee reproducir figuras, tablas o texto (total o parcialmente) de otras publicaciones el autor principal es responsable de los permisos que sean necesarios del

editor y autor original. Los permisos firmados deben enviarse a la Revista de la FOUNT y deben mencionarse en el original.

Agradecimientos

Solo se referirán a personas o instituciones que hayan colaborado con algún aspecto del trabajo, sin llegar a corresponderle la condición de autor. Deberá ser avalado por todos los autores. Podrá referirse al reconocimiento por asistencia técnica, o por apoyo material y financiero. Se deberá especificar la naturaleza del apoyo.

Abreviaturas y Símbolos

Todas las abreviaturas y símbolos deben definirse, poniendo éstas entre paréntesis la primera vez que se empleen.

Referencias Bibliográficas

Las Referencias Bibliográficas se citarán con un número correlativo entre paréntesis, según su orden de aparición en el texto. Ej: (1) (2) (3). Es recomendable que las citas bibliográficas sean publicaciones de los últimos 10 años. Las mismas, seguirán el estilo Vancouver mostrado en los siguientes ejemplos.

Si es artículo: apellido del autor e iniciales de el o de los nombres. Si los autores fueran más de seis, se mencionan los seis primeros seguidos de la abreviatura y col., Año (entre paréntesis), Título del trabajo, nombre de la revista abreviado según el Index Médicos; volumen en número arábigo, página inicial y final. Ej: Rominu M, Lakatos S, Florita Z, Neguitu M (2002). Investigación of microleakage at the interface between a Co-Cr based alloy and four polymers veneering materials. J Prosthet Dent 87:620-4

Si es cita de libro: apellido del autor e iniciales de el o de los nombres, título del libro, edición, casa editora, ciudad, número de página inicial y final de la referencia. Ej: Craig RG (1998). Materiales de Odontología Restauradora. Harcourt Brace de España, S.A., 3º edición Madrid, pp. 234-6

Si es capítulo de libro: apellido del autor e iniciales de los nombres, título de capítulo. En: Autor según lo indicado, año de publicación, título del libro, edición, casa editora, ciudad, número de página inicial y final del capítulo. Ej: Sturdevant JR, Roberson TM, Sockwell CL. Restauraciones de color dental para preparaciones de cavidades de clase I, II, IV. En: Sturdevant CM (1996). Operatoria Dental, Arte y Ciencia. Mosby / Doyma. Libros S.A, Madrid; pp. 586-623.

Nurs [Internet]. 2002 Junio [citado 12 agosto 2002]; 102: 6-8 [aprox 3 p]. Disponible en: <http://www.nursingworld.org/AJN/2002/june/Wawatch.htm> Para otros ejemplos de formato de referencias bibliográficas, los autores deberían consultar la página web: http://www.nlm.nih.gov/bsd/uniform_requirements.html.

Los trabajos se enviarán por correo electrónico a: revista.fount@hotmail.com, como archivo de Word.

El autor al que debe dirigirse la correspondencia (autor corresponsal), actuará en representación de los demás autores en todo lo concerniente a la publicación. El Director de la Revista informará por correo electrónico al autor corresponsal, del proceso que sigue en el manuscrito científico.

Evaluación Editorial

Todos los artículos seguirán un proceso de evaluación Editorial. El Director de la Revista los enviará para ser evaluados por expertos del Comité de Árbitros, especialistas en el tema. Según el resultado de la evaluación el autor será notificado de su:

- A) Aceptación
- B) Necesidad de revisión
- C) Devolución sin publicación

Los trabajos aceptados se publicarán oportunamente de acuerdo con la temática que tenga cada edición, quedando a cargo del Comité de la Revista la elección de los artículos a publicar en cada número.

El original evaluado como con necesidad de revisión deberá ser corregido y reenviado, según las sugerencias mencionadas. Cuando un artículo se devuelve el autor corresponsal para que se realicen las modificaciones pertinentes, debe ser devuelto al Editor antes de 10 días.

De no ser así, se considerará que los autores no desean que continúe el proceso de publicación.

Prueba de imprenta y separatas

El Comité de la Revista enviará una prueba de impresión del trabajo aceptado al autor

16. LIBRO EN FORMATO ELECTRÓNICO
formato Morrison V. Psicología de la Salud [Internet]. Madrid; Prentice Hall; Disponible desde <http://unab.libri.mx/libro.php?librol-d=403#> URL o Link Fecha de consulta Día/mes abreviado/Año

17. CAPÍTULO DE LIBRO Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 3º ed. México: McGraw-Hill; c2003. Capítulo 8, Selección de la muestra; 299-341. Páginas del capítulo, Número del Capítulo, Título del Capítulo.

18. CAPÍTULO DEL LIBRO ELECTRÓNICO
Formato fecha de la consulta Morrison V. Psicología de la Salud [Internet]. Madrid: Prentice Hall; 2010. Ene. Capítulo 2, Desigualdades sanitarias; [citado el 31 de Oct. De 2011]; p 37-69. Disponible desde <http://www.unab.libri.mx/libro.php?librol-d=403#> URL o Link

19. PÁGINA WEB Título de la página de inicio
Lugar de Publicación Ministerio de Salud, Gobierno de Chile [Internet]. Santiago. Chile. Ministerio de Salud [citado el 11 de Jul. de 2011]. Disponible desde: http://www.minsal.gob.cl/portal/URL/page/minsalcl/g_nuevo_home/nuevo_home.html Editorial URL o LINK

Correspondencia

Revista de la Facultad de Odontología
Universidad Nacional de Tucumán
Av. Benjamin Aráoz al 800
C.P 4000
San Miguel de Tucumán
Las comunicaciones pueden hacerse a
Tel: 54-0381-4311395
Tel- fax: 54-0381-4227589
Email: revista.fount@hotmail.com



www.odontologia.unt.edu.ar

Facultad de Odontología
Universidad Nacional de Tucumán
REPÚBLICA ARGENTINA

Revista de la Facultad de Odontología
Universidad Nacional de Tucumán

Revista Digital

Av. Benjamin Aráoz al 800
C.P 4000

San Miguel de Tucumán

Las comunicaciones pueden hacerse a

Tel: 54-0381-4311395

Tel- fax: 54-0381-4227589

Email: revista@odontologia.unt.edu.ar