El Espejo



AÑO 20

EDICIÓN Nº 50

NOVIEMBRE DE 2017



[ARTÍCULOS CIENTÍFICOS]

información institucional

concurso rotografía pental zøn













CASA CENTRAL Obispo Trejo 29 E.P. Centro Tel. 4237685 SUCURSAL NORTE E. Pettoruti 2436 Cerro de las Rosas Tel. 4825106 SUCURSAL SUR Vélez Sarsfield 1460 Nueva Córdoba Tel. 4681318 CENTRO SBZ EQUIPAMIENTOS 27 de Abril 864 Centro Tel. 4257406 SBZ DIGITAL www.sbzdigital.com ventas@sbzdigital.com Tel. 4810840

Sumario

Autoridades del Colegio Odontológico

Delegados Departamentales

Página 3

Páoina





Editorial:

Un camino sin desafíos es un camino sin sentido

Resistencia bacteriana, una grave amenaza. Autora: Dra. Catalina Francia

Páoina 6

Caso Clínico: Poste de fibra de cuarzo personalizado con FRC. Presentación de un caso clínico. Autores: Echandía L., Juárez Peñalva M. y Noroña D.





Caso Clínico: Restauraciones Cerámicas Adheridas. Biomimética. Planificación y Protocolos. *Autores: Bessone,* Laura Marcela; Cabanillas, Gabriela Inés y Gallardo, Edgar.

Caso Clínico: Escleroterapia: alternativa o complemento del tratamiento quirúrgico de mucoceles bucales Autores: Piemonte, Eduardo David; Brusa, Martín; Caciva, Ricardo; Gilligan, Gerardo y Panico, René Luis



FOTOGRAFÍA DE

TAPA: PRIMER

LUGAR CONCURSO

DE FOTOGRAFÍA

DENTAL 2017 "GEL

BLANQUEADOR"

AUTOR: SEBASTIÁN

VELAZQUEZ

M.P. 7444

INFORMACIÓN INSTITUCIONAL

Nuevas Autoridades Páqina 33 Nuevos Matriculados Día del Odontólogo Página 34 Concurso Fotografía Dental 2017 Página 34 Reunión con el Ministro Páqina 35 de Salud de la Provincia Acción Comunitaria Página 35 Intrusismo: Reunión con Página 36 el Fiscal General Día del Niño Jornadas de 20 Años Páqina 38 de Formación Profesional Páqina 39 Reconocimiento a la trayectoria



Dirección: Coronel Olmedo 29/35

Tel.: 0351**422 2218/425 1653** WhatsApp 3517553010

colegioodontologico@colodontcba.org.ar

www.colodontcba.org.ar

El Espejo

ISSN 2250-4133 Año 20 Edición Número 50 Noviembre de 2017 Revista El Espejo es una publicación cuyo propietario es el Colegio Odontológico de la Provincia de Córdoba.

DIRECTOR:

Od. José Augusto Ermoli

COMISIÓN CIENTÍFICA

Dr. Pablo Fontanetti -Coordinador

Dra. Rosana Morelatto Dr. Sebastián Fontana

COMISIÓN DE COMUNICACIÓN Y PRENSA

Od. Gabriela Felippa Coordinación: Periodista Héctor Carignano

DISEÑO: Marlene von Düring 351 5106135 mvonduring@gmail.com EDICIÓN: Lizabeth Kent 351 5559496 kentlizabeth@gmail.com

pelegados pepartamentales titulares

del Colegio Odontológico de la Provincia de Córdoba

pepartamento calamuchita

CESAR ALBERTO VILLACORTA MARÍA GEORGINA BORREGO CÉSAR DARÍO BUSTOS

pepartamento capital

MARCELA BEATRÍZ PANERO
CAROLINA FRANCISCA ISLA
VALERIA GARZÓN
CRISTINA DEL VALLE ESCUDERO
CANTCHEFF
MARTÍN EDUADRO BRUSA
ESTEBAN MATÍAS BRENNA
ANDRÉS LEONARDO GOUBAT
MARÍA LAURA OVIEDO
JUAN PABLO MOYANO PUGGE

pepartamento colón

LINDA ELIZABETH LAYÚS MÓNICA LEONOR MIRÁS GABRIELA SANDRA FELIPPA LEONARDO EMILIO RODRIGUEZ VÍCTOR EUGENIO MOYANO CÓRDOBA

pepartamento cruz del eje

Mauricio David Mariani Jorge Luis Hernández María Eugenia Avila Riera

pepartamento general Roca

VÍCTOR JOSÉ GARRONE SILVINA ROSA

pepartamento general san martín

EDUARDO ENRIQUE LIVINGSTON JORGE ANTONIO ROSA JANET ALEJANDRA SCAGLIA MARÍA FERNANDA ZANDRINO MARCELO ALEJANDRO QUINTEROS

pepartamento ischilín

MIGUEL EDUARDO SUAREZ CAROLINA DEL VALLE BOCH

pepartamento Juárez celman

DIEGO SEBASTIÁN ZAMBONI LILIANA ITATÍ RIVEIRO MARÍA CELESTE GÓMEZ

pepartamento marcos Juarez

FERNANDO LUIS TASSISTO VERÓNICA LAURA COPIOLI DE CAFFARATTI INÉS LUCILA BETEMPS HÉCTOR MARIO ZEGNA

pepartamento punilla

Rubén Hugo Schcolnicov María Aurelia Marull Fanny Noelia Aceto Fabiana Pía Marina Carletto Körber Pedro Daniel Di Benedetto

pepartamento Río cuarto

JUAN CARLOS MOLINA
CLAUDIA EDITH GERBAUDO
DAVID IGNACIO LESCANO
TERESA DEL VALLE BASUALDO
CLAUDIA VALERIA GAITÁN
SANTIAGO MARTÍN RODRIGUES
FOURCADE

pepartamento Río Primero

Alberto Marcelino Gaitán Cecilia Inés Ferreyra Silvana Erica Vecchio

pepartamento Río segundo

José Augusto Ermoli María Eugenia Barra Eliseo Plaza Eliana Esther Alpi

pepartamento san alberto

CECILIA CLAUDIA CORAGLIA LUCIANO OSVALDO PAGES

pepartamento san Jauler

RODRIGO ALEJANDRO LEAL MARÍA VICTORIA ZANI ROMINA EMILCE DOLORES CASTELLANO SERGIO FACUNDO ROMERO

pepartamento san Justo

María Adelaida Pire Laura Magdalena Paolasso Jaime José Bracamonte José Luis Taglioli Franco Leoni

pepartamento santa maría

Adriana Graciela López de Der Ohannesian Raúl Ignacio Brunengo María Teresa Guardabassi José Ignacio Bueno

pepartamento tercero Arriba

Noris Lilian Juri Tomás Fernando Cane Gustavo Heraldo Giraudo Macarena Belén Suárez Alejandro Marcelo More

pepartamento totoral

JORGE ALBERTO HAIECH

рерагtamento тиlumba

MARCIA ISABEL LESCANO

pepartamento unión

PERLA ANTONIA BARBERO MAURICIO FERNANDO PEIRETTI DANIELA BEATRIZ ORODAZ FERNANDO MARCIAL DOMINGO ALLADIO

Autoridades

del Colegio Odontológico de la Provincia de Córdoba

PRESIDENTE

José Augusto Ermoli Depto. Río Segundo

UICEPRESIDENTE

Mónica Leonor Miras Depto. Colón

SECRETARIA

Linda Elizabeth Layús Depto. Colón

TESORERO

Santiago Martín Rodrigues Fourcade Depto. Río Cuarto

DOCALES

Inés Lucila Betemps
Depto. Marcos Juárez

Mauricio David Mariani
Depto. Cruz del Eje

Juan Pablo Moyano Pugge
Depto. Capital

UOCALES SUPLENTES

Gustavo Heraldo Giraudo
Depto. Tercero Arriba
Claudia Edith Gerbaudo
Depto. Río Cuarto
Franco Leoni
Depto. San Justo
Janet Alejandra Scaglia

Depto. General San Martín

Cecilia Claudia Coraglia

Depto. San Alberto

REUISORES DE CUENTA

Marisol García Lacunza
Depto. Río Primero
Miguel Gorjon
Depto. Río Tercero
Pablo Gonet
Depto. Santa María

TRIBUNAL DE DISCIPLINA

Cecilia Berberian de Fabbro
Depto. Río Segundo
Ricardo Américo Leoni
Depto. San Justo
María Alejandra Ortega
Depto. Capital

SUPLENTES

Leonardo Emilio Rodríguez
Depto. Colón
José Gabriel Santolino
Depto. Punilla
Carolina del Valle Villalba
Depto. Capital





- Ortopantomografía completa o seccionada
- Telerradiografía de perfil y de frente

UN NUEVO ESPACIO CON NUEVA TECNOLOGÍA PARA BRINDAR UN MEJOR SERVICIO

- ATM en apertura y cierre
- Rx Oclusal
- Cefalometría
 Ricketts // Mc Namara
 Steiner Tweed // Björk Jarabak

Jefe de Servicio Dr. Villani German MP 4520



Horarios de Atención: Lunes a Viernes de 08.30 a 13.30 y de 14.30 a 19.00 hs.

Nicolas Avellaneda 317

Tel/Fax: (0351) 421-9632 - 5000 Córdoba Mail: rxchaud@hotmail.com / Web: www.rxchaud.com.ar

RB ORTHODONTIC

PRODUCTOS PARA ORTODONCIA DISTRIBUIDOR MAYORISTA ORTHOCLASSIC

FIGUEROA ALCORTA 124 - 9° C - 5000 CÓRDOBA

rborthodontic@ciudad.com.ar www.orthoclassic.com



editorial

un camino sin desafíos es un camino sin sentido

oce años atrás, cuando iniciaba mi etapa laboral, me llenaba de *interrogantes* y la *falta de respuestas* me llevó a introducirme en la vida institucional, intentando encontrar algunas de ellas. Lo cierto es que descubrí que sin trabajo, sin participación, sin unidad, es difícil encontrar respuestas a los problemas.



Es por ello que con mucho honor y responsabilidad tomé la decisión de formar un equipo de trabajo renovado y joven, para encarar los próximos tres arduos años en la Institución Odontológica más importante de la provincia de Córdoba. Estamos definiendo roles, interactuando de manera dinámica con los Delegados Departamentales, quienes son miembros activos del día a día de nuestras actividades, invitándolos a comprometerse y a comprometer a sus representados, para llevar a cabo un trabajo conjunto, a fin de gestionar mejoras en las condiciones científicas, sociales, humanas y laborales de los colegas, acentuando las energías en los sectores más vulnerables, los recientemente matriculados.

A tres meses de asumir la gestión, tuvimos la posibilidad de comenzar a trabajar en las tan ansiadas *residencias odontologías*; insistimos, también, ante el Ministerio de Salud sobre la necesidad de que el Colegio Odontológico lleve el contralor de las ramas auxiliares de la Odontología, proyecto desarrollado en gestiones anteriores. Nos presentamos además ante el Fiscal General de la Provincia, oportunidad en donde planteamos la problemática y el potencial riesgo sanitario que implica que los mecánicos dentales desempeñen tareas de manera directa con los pacientes, ante lo cual se dialogó acerca de la posibilidad de unificar las causas e instruir a los fiscales actuantes en procedimientos concretos a implementar.

Quiero destacar que el Colegio está en marcha, con energías renovadas, con carácter e identidad institucional, con diálogo y trabajo. Muestra de ello es que en escaso tiempo pudimos plasmar las Jornadas que conmemoran los "20 años de Formación Profesional Permanente", testimonio de que existe continuidad de quienes gestaron la construcción silenciosa de nuestra Institución.

Los tiempos actuales requieren de cierta celeridad en la modernización y adaptación a los cambios, brindando respuestas hacia la problemática vigente, respuestas que se encuentran entre **todos**, con consenso y una profunda discusión, con medidas concretas, acciones eficaces y sobre todo, con un profundo sentimiento de unidad entre los colegas: **7 miembros en un Consejo no pueden dar respuesta sin tu colaboración.**

Ya lo decía Martín Fierro: "Los *colegas* sean unidos, porque esa es la ley primera. Tengan unión verdadera en cualquier tiempo que sea, porque si entre ellos pelean los devoran los de afuera".

Resistencia bacteriana, una grave amenaza

Dra Catalina Francia *

a introducción de los antibióticos en la terapéutica de las enfermedades infecciosas ha supuesto una contribución trascendental para la humanidad; además de permitir la prevención de numerosos cuadros y de salvar millones de vidas, su aporte representa una de las razones del aumento de la esperanza de vida de la población.

Los antibióticos representan uno de los pilares que permitieron logros en la Odontología moderna.

Sin embargo, desde hace ya algunos años, una amenaza creciente afecta la eficacia de estos fármacos: la **resistencia bacteriana**, definida como la capacidad que posee una bacteria para sobrevivir frente a concentraciones de antibiótico que inhiben/matan a otras de la misma especie.

La resistencia de las bacterias a los antibióticos puede ser **natural**, como cuando todas las cepas pertenecientes a la misma especie son resistentes a un antibiótico por poseer determinadas particularidades que le impiden al fármaco acceder a su blanco. Cuando la resistencia bacteriana solo aparece en algunas cepas de una especie normalmente sensible se habla de resistencia **adquirida**, que es la forma más habitual de su presentación y puede ser por mutación o por la adquisición de nuevos genes. La contribución de los antibióticos es seleccionar los mutantes que aparecen en la población bacteriana sensible.

Las bacterias presentan un mecanismo evolutivo darwiniano, frente a la presencia de cambios representados en este caso por los antibióticos, sobreviven las que presentan las variaciones genéticas que le permiten una mejor adaptación. Esta adaptabilidad se debe a la plasticidad genética y a la rápida replicación de los gérmenes. El progreso de la resistencia bacteriana a los antibióticos es inevitable, pero se puede retrasar. Este proceso -evolutivamente hablando- ha ocurrido en poco tiempo y representa una de las mayores amenazas para la salud mundial. Diariamente están emergiendo y propagándose en todo el planeta nuevos mecanismos de resistencia que ponen en peligro nuestra capacidad para tratar las enfermedades infecciosas comunes. Sumado a esto, hay que considerar la facilidad y la frecuencia con que se desplazan actualmente las personas. Las infecciones causadas por bacterias resistentes se asocian más a un aumento de la morbilidad, mortalidad y costo del tratamiento, que las causadas por bacterias sensibles de la misma especie. La Organización Mundial de la Salud trabaja conjuntamente con otros organismos y países asociados para mejorar la prevención y el tratamiento de las infecciones y para promover el uso correcto de los antibióticos disponibles actualmente y en el futuro.

Se trata de una crisis global y requiere de esfuerzos por parte de diversos sectores y de todas las naciones.

Un reciente informe de la OMS indica que hay muy pocas opciones terapéuticas posibles para las infecciones resistentes a los antibióticos, como la tuberculosis farmacorresistente, que causa alrededor de 250.000 muertes por

año. Además, se han identificado 12 clases de patógenos prioritarios, algunos de ellos causantes de infecciones frecuentes como la neumonía, o las infecciones en las vías urinarias, que muestran una resistencia creciente a los antibióticos existentes y requieren con urgencia de nuevos tratamientos.

Entre algunas de las malas prácticas que contribuyen al desarrollo del fenómeno en los sectores de la salud humana se destacan: la automedicación; la adquisición sin receta; la prescripción errónea, ya sea con fines preventivos, curativos o por exceso y el incumplimiento de las pautas terapéuticas. Conductas que los odontólogos percibimos diariamente en nuestras consultas. Además, es necesario que se cambie urgentemente la forma de utilizar los antibióticos en el campo agrícolo-ganadero, donde estos fármacos son usados con fines preventivos y no curativos, con el fin de aumentar las ganancias.

Existe una necesidad urgente de aumentar la inversión en investigación y desarrollo para luchar con las infecciones resistentes a los antibióticos. La mayoría de los fármacos que se están desarrollando son modificaciones de moléculas ya existentes, que ofrecerán soluciones solamente a corto plazo. La realidad muestra que hay muy pocos antibióticos en fase de desarrollo que se podrán administrar por vía oral, a pesar de que estas formulaciones son muy necesarias para tratar las infecciones ambulatorias, como es el caso de los pacientes en Odontología. En el citado informe de la OMS se mencionan 51 nuevos antibióticos y biofármacos en desarrollo clínico que se podrían utilizar para tratar infecciones causadas por los

patógenos resistentes a los antibióticos más prioritarios; sin embargo, solo ocho de estas moléculas con potencial terapéutico han sido clasificadas como tratamientos innovadores, capaces de ofrecer alternativas válidas al actual arsenal de antibióticos.

No obstante, la aparición de nuevos tratamientos no bastará para combatir este problema. Se requiere de **estrategias integrales** como campañas de vacunación y divulgación, mejorar el saneamiento de las poblaciones y sus hábitos de higiene; de otra manera, la farmacorresistencia seguirá representando una severa amenaza y volveremos a los tiempos en que la gente temía contraer infecciones habituales y ponía en riesgo su vida si se sometía a intervenciones quirúrgicas sencillas.

Si no se toman medidas urgentes, el mundo está destinado a una era posantibióticos, en la que muchas infecciones comunes y lesiones menores volverán a ser potencialmente mortales.

El **Colegio Odontológico de Córdoba,** atento a esta severa problemática y al rol que le cabe al odontólogo como profesional de la salud, ha puesto en marcha políticas activas cuyo objetivo es estimular un uso racional del recurso entre los odontólogos, así como fomentar el conocimiento y comprensión sobre la resistencia a los antibióticos por parte de los pacientes que asisten a nuestros consultorios, y participar en las instancias normativas para evitar que la resistencia a los antibióticos siga manifestándose y propagándose.

^{*} Prof. Titular de Farmacología y Terapéutica - Facultad de Ciencias de la Salud - Universidad Católica de Córdoba. Prof. Adjunta de Farmacología y Terapéutica - Facultad de Odontología - Universidad Nacional de Córdoba.



LABORATORIO DENTAL

VITAIL

"Sonrisa y belleza natural para sus pacientes"

DE RICARDO GIANA Y DIEGO SOLEÑO

Alumina

Implantes

Prótesis Fijas

Cromos

Porcelanas

Flexibles

Removibles

35 años al Servicio de la Odontología

Cadetería propia

ENVIOS AL INTERIOR Y A OTRAS PROVINCIAS

Vélez Sársfield 30- Local 10 Complejo Santo Domingo - Córdoba Capital Te. (0351) 421 8584 labdentalvital@hotmail.com

poste de fibra de cuarzo personalizado con FRC

presentación de un caso clínico

AUTORES

Echandía L.⁽¹⁾

Juárez Peñalva M.⁽²⁾

Noroña D.⁽³⁾

RESUMEN

Introducción: Los postes de base orgánica reforzados con fibras poseen ventajas, no solo estéticas y de técnica, sino también mecánicas. Cuando se instala un poste se busca que este poste tenga retención primaria o retención mecánica, que es la que se obtiene a través de la fricción de las paredes externas del poste y pared interna del conducto. Cuando nos enfrentamos a una situación en la que las paredes del poste no logran fricción contra las paredes, debemos recurrir a otras técnicas clínicas para disminuir los riesgos de desalojo. El FRC (Fiber Reinforced Composite) es una resina compuesta que presenta una matriz orgánica y un relleno de fibras de cuarzo, que tiene la capacidad de copolimerizar, unirse a los postes y de esta manera personalizarlo para lograr la retención mecánica. El éxito clínico de estos postes se basa en la retención mecánica primaria

Presentación del Caso: Se presenta un caso donde se realizó la personalización de un poste a través de FRC para llevarlo a un conducto oval.

Conclusiones: La técnica a través de FRC es una técnica sencilla que permite obtener óptimos resultados a expensas de un material muy similar al del poste en su composición, logrando aumentar los valores de resistencia a la fractura.

Palabras clave: postes de fibra de cuarzo, retención, desalojo.

- (1) Odontólogo. Profesor Asistente de la Cátedra de Prostodoncia I "A". Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba. Profesor Asistente de la cátedra de Clínica de Prótesis II, Universidad Católica de Córdoba.
- (2) Odontóloga. Profesora Asistente de la Cátedra de Prostodoncia I "A". Facultad de Odontología Universidad Nacional de Córdoba.
- (3) Doctor en Odontología. Profesor Asistente de la Cátedra de Prostodoncia I "A". Profesor Asistente Cátedra Ergonomía y Bioseguridad, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba.

Correspondencia:

Od. Echandía: lucasechandia85@gmail.com

Od. Juárez Peñalva: mercejp@hotmail.com

Dr. Noroña: noroaa@yahoo.com.ar

ABSTRACT

Introduction: Fiber based reinforced organic posts have advantages not only aesthetic and technical but also mechanical. When a post is placed what we are looking for is that this post has primary retention or mechanical retention that is obtained through the friction of the post external walls and inner wall of the conduit. When we are faced with a situation in which post walls do not get friction against the walls, we must resort to other clinical techniques to reduce the risk of eviction. The FRC is a composite resin that has an organic matrix and a quartz fiber filler which has the ability to copolymerize, bind to the posts and thus customize it to achieve mechanical retention. Clinical success of these posts is based on retention so it is important for the dentist to handle these techniques.

Presentation of the Case: A case is presented where the customization of a post through FRC was carried out to an oval conduct.

Conclusions: The technique through FRC is a simple technique that allows obtaining optimal results at the expense of a material very similar to the post in its composition, increasing the values of resistance to fracture.

Key Words: quartz fiber posts, retention, eviction.

INTRODUCCIÓN

Los procedimientos y técnicas en Prostodoncia Fija se renuevan día a día en pro de mejorar los resultados a lo largo del tiempo, implementando nuevas técnicas, más precisas y efectivas.

Los sistemas de anclaje intrarradicular son una opción válida cuando el remanente coronario no es suficiente para reconstruir el muñón. Este anclaje será el terreno sobre el que se asentará una restauración fija, como son las coronas ⁽¹⁾, las cuales deberán ser ejecutadas respetando los principios de oclusión.

La ausencia de una restauración postendodóntica ha sido citada como la causa más común de fracasos en Endodoncia, seguido por la caries causada por la filtración y la fractura radicular, siendo lo más preocupante el fracaso clínico irreversible con fractura de la raíz, que requiere la extracción del diente. Es por esto que lograr un excelente sellado de la restauración postendodóntica es de vital importancia.

Son numerosos los estudios que muestran los beneficios y ventajas de los Postes de Base Orgánica Reforzadas

con Fibras (PBORF) en relación a otras opciones tradicionales, como los postes metálicos. Si los analizamos a nivel estético, estos postes son estructuras semitranslúcidas que permiten el uso de coronas libres de metal, presentan ausencia de corrosión y decoloraciones asociadas, disminuye las posibilidades de fracturas radiculares (2, 3). Además, la confección del poste en una sola sesión tiene como beneficio el ahorro de tiempo clínico y la disminución de las posibilidades de contaminación del conducto y filtración bacteriana en sesiones intermedias.

Los PBORF poseen propiedades físicomecánicas similares a la dentina, tanto por su módulo elástico –aproximadamente 18 GPa–, como por el comportamiento anisotrópico, el cual previene la formación de puntos de concentración de fuerzas. Esto último se refiere a la capacidad de adaptación del poste cada vez que el diente recibe una carga: el poste se deforma más o menos en el mismo grado que el diente, dando como resultado una distribución del estrés sobre el área radicular, lo que permite la transmisión de estas fuerzas a los tejidos de sostén, reduciendo el riesgo de fractura de la raíz (2-4).

A pesar de estas ventajas existen dos limitaciones clinicamente significativas:

- Fracturas del poste (generalmente en tallo verde).
- Desalojos del poste del conducto.

Las fracturas de los postes de fibra están intimamente relacionadas con fallas estructurales de los mismos, presentando diferencias significativas entre distintas presentaciones comerciales.

La selección del poste es clave y hay diversos factores que influyen en ella: algunos referidos a la estructura dentaria y otros a los postes propiamente dichos. En relación a la estructura dentaria, dependerá de factores como el largo radicular, conformación anatómica del conducto, diámetro radicular, cantidad de estructura coronaria, estrés, etc.⁽⁵⁾.

En relación a los postes propiamente dichos, la evolución tecnológica ha derivado en nuevas características de los PBORF. Estos están compuestos por una matriz de resina epoxi, un refuerzo especial de fibras continuas y una interfaz o sistema de unión. Actualmente, las fibras más empleadas son de cuarzo o de vidrio siendo la cantidad de fibras por mm² y la distribución homogénea de las mismas lo que aporta las mejores propiedades mecánicas de los postes. Un poste cuya cantidad de fibras por mm² sea baja o bien su matriz se encuentre llena de poros, tendrá un rendimiento fisicomecánico inferior. La consecuencia de esto es que el poste puede fracturarse en tallo verde.

Es importante que el poste sea sometido a estudios de re-

sistencia a la fatiga con resultados satisfactorios y superiores a 5.000.000 de ciclos.

Otro factor que puede influir en las propiedades mecánicas es que ante la necesidad de que el poste sea radiopaco, se reduzca la cantidad de fibras para incorporar otro material que provoque este efecto y de esta forma se debilite toda la estructura.

Hasta ahora la mejor opción es la presentada por la firma RTD, cuya tecnología X-RO radiopacifica las fibras antes de incorporarlas al poste. Esto permite que el poste presente buena radiopacidad, manteniendo sus propiedades mecánicas y una adecuada proporción fibras-matriz.

Respecto a los desalojos del poste del conducto radicular, estos están directamente relacionados con la adaptación del poste a las paredes del conducto.

En la mayoria de los casos, los conductos radiculares presentan formas ovales o irregulares que distan mucho de la forma circular del poste, dificultando el contacto íntimo entre el poste y las paredes del conducto radicular, sin lograr la fricción necesaria para logar retención mecánica primaria ⁽⁶⁾ (Fig. 1).

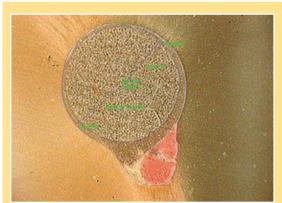


Figura 1: Corte transversal de un elemento dentario y su poste cementado.

Este problema de adaptación hace necesario individualizar los postes. Para ello existen diferentes técnicas:

- Utilizar postes accesorios.
- Personalizar o individualizar los postes: postes anatómicos.
- Combinar las técnicas anteriores.
- Rellenar con ionómero vítreo ⁽⁷⁾.
- Utilizar postes ovales.

La técnica para personalizar postes consiste en aumentar el diámetro de los mismos en el área donde no tienen fricción contra las paredes, a través de la adhesión de composite, o de tiras de fibra de cuarzo, o FRC (Fiber Reinforced Composite) sobre las paredes del poste.

En el caso clínico que se expone a continuación se utilizó un poste anatómico personalizado a través de tiras de fibra de cuarzo (Quartz Splint UD, RTD, Francia). Esta técnica permite obtener una adecuada retención mecánica primaria aumentando el calibre del poste y con ella sus propiedades mecánicas.

El FRC se trata de una resina compuesta que presenta una matriz orgánica, compuesta por dimetacrilatos y un relleno de fibras que pueden ser de cuarzo o de vidrio. Debido a su composición, este material puede copolimerizar y unirse a los postes de manera adecuada. En el mercado se lo encuentra actualmente bajo el nombre comercial de Quartz Splint UD (RTD, Francia) y Grand Tec (Voco GmbH). Cabe aclarar, sin embargo, que en las indicaciones del fabricante de este último no figura el uso de este material para personalizar postes. La composición que este material presenta es más parecida a los postes, ya que presenta fibras que se disponen de manera paralela. Para lograr adherir correctamente estas fibras con los postes, debemos utilizar una resina liquida que presenta en su composición únicamente dimetacrilatos, sin solventes y de pH neutro. Esta será un agente de enlace que, al ser líquida, penetra en las microrrugosidades del poste y por otro lado, copolimeriza con la matriz resinosa del FRC, estableciendo una unión adhesiva entre ambas partes.

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino de 52 años de edad que presenta una corona provisoria y un perno metálico de corta longitud en el elemento dentario 15, colocado de manera provisoria. El mismo necesita ser reconstruido con poste y corona (Figuras 2 y 3). Se eliminó la corona provisoria y el poste, y se realizó el retratamiento de conducto de la pieza dentaria debido a que la misma presentaba lesión apical crónica.



Figura 2

CASO CLÍNICO





Se aisló correctamente la pieza dentaria con aislamiento absoluto y se seleccionó un PBORF de cuarzo RTD (Macro-Lock Post RTD, Francia) adecuado al conducto. Se prepararon los dos tercios coronarios del conducto, siendo la secuencia de fresado la siguiente:

- Fresa de Gattes Glidden #1 diámetro 0,50 mm (utilizar esta fresa evita que se generen falsas vías de desobturación).
- Fresa de Largo (Maillefer) #1 diámetro 0,70 mm.
- Fresa de terminación del avio Macro-Lock (RTD)
 #1, diámetro apical 0,80 mm (Fig. 4).
- Fresa de terminación del avio Macro-Lock (RTD)
 #2, diámetro apical 0,80 mm (Fig. 5).

Es importante irrigar con una solución de Clorhexidina al $2\,\%$ entre cada fresa para evitar generar calor durante el fresado.



Figura 4



Figura S

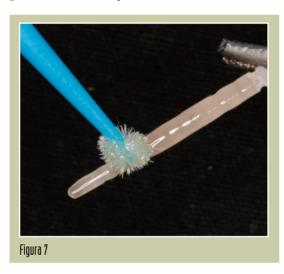
Una vez finalizada la secuencia de fresado se procedió a la limpieza manual del conducto mediante excavadores de tallo largo de endodoncia (EXC 31L, American Eagle), para eliminar restos de gutapercha y cemento endodóntico de las paredes del conducto. Se probó el poste número dos y se observó total desadaptación en el tercio cervical, por lo que se decidió realizar un poste anatómico o personalizado con FRC (Fig. 6).



Figura 6

Primero se acondicionó el poste, frotando al mismo con alcohol y luego dejándolo embebido en alcohol durante 2 ó 3 minutos. Posteriormente, se lo retiró del alcohol y se secó con aire seco.

Luego, se pinceló la superficie del poste con una resina líquida de pH neutro y libre de solventes (Quartz Splint Resin, RTD) (Fig. 7), se adelgazó la capa mediante un chorro de aire seco y se fotopolimerizó durante 20 segundos cada cara del poste.



Se colocó en las paredes del lecho radicular una capa de glicerina que también debió ser adelgazada con aire (Fig. 8).



Con el poste preparado de manera adhesiva se cortaron dos tiras de fibras de FRC, que fueron colocadas en la porción media y coronaria del poste y así, en conjunto, fue llevado al interior del lecho radicular. Se asentó el poste haciendo presión y se fotoactivaron las fibras 40 segundos (debido a que las fibras no tienen capacidad de

fluir, se reducen notoriamente las posibilidades de que el poste quede "trabado" en zonas retentivas del conducto sin poder ser retirado, como habitualmente ocurre al individualizar postes con resinas compuestas) (Fig. 9).



Antes de retirar el poste, se hicieron marcas con lápiz, tanto en este como en el remanente coronario, para facilitar la reubicación del poste, que luego se retiró del conducto y se completó la fotopolimerización de las fibras fuera del conducto (Fig. 10).



Se eliminó la glicerina del poste mediante un lavado con agua a presión y se enjuagó el conducto radicular con agua. Luego, se frotó con cepillos interdentales y una solución con detergente para desgrasar el conducto. Se realizó un último lavaje con hipoclorito de sodio al 5% por 1 minuto; durante este tiempo se activó el hipoclorito de sodio con ultrasonido (Fig. 11).

CASO CLÍNICO



Figura 11

Luego, se desactivó con tiosulfato de sodio, se lavó el conducto con alcohol y se secó con chorro de aire y conos de papel estéril.

Se llevó el cemento autoacondicionante Bifix SE, (Voco GmbH) al interior del conducto a través de sistema de automezcla e inyección con que cuenta la presentación del producto. A continuación, se llevó el poste al conducto, posicionándolo en la ubicación correspondiente y ejerciendo presión hasta permitir el desalojo del cemento. Se eliminaron los excedentes y luego se fotopolimerizó el cemento durante 40 segundos por cara (Figuras 12 y 13).



Fioura 12



Figura 13

Confección del muñón: se realizó un grabado con ácido fosfórico al 37% durante 20 segundos, luego se lavó con

agua durante 15 segundos, se colocó un adhesivo dentinario de quinta generación y se fotopolimerizó durante 20 segundos.

Se colocó un composite fluido para que penetre adecuadamente entre los espacios dejados entre las fibras (Quartz Splint Flow, RTD) y se fotoactivó durante 20 segundos por cara. Es importante recordar que en este tipo de muñones la resistencia no es brindada por la resina compuesta, sino por la cantidad de fibras presentes en el muñón (Fig. 14).



Figura 14

Se talló el pilar dentario hasta lograr la anatomía deseada y se tomaron impresiones de arcada completa superior (Panasil Putty- Panasil X-Light, Kettembach GmbH) y su antagonista, y se envió al laboratorio para confeccionar una corona de disilicato de litio (E. Maxcad, Ivoclar). La corona cerámica fue confeccionada mediante tecnología CAD-CAM y cementada con cemento de curado dual (Rebilda, VOCO GmbH) (Figuras 15, 16 y 17).



Figura 15







Figura 17

CONCLUSIONES

Los postes de base orgánica reforzados por fibras constituyen una de las técnicas más predecibles para reconstruir elementos dentarios tratados endodónticamente. El éxito de los mismos se basa, entre otros, en lograr retención mecánica primaria a través del mecanismo de fricción. Los postes preformados que no logran cumplir estas condiciones en relación a su lecho, deben ser personalizados para mejorar las propiedades mecánicas y ayudar a evitar el desalojo de los mismos. La técnica a través de FRC es una técnica sencilla, que permite obtener óptimos resultados a expensas de un material muy similar al del poste en su composición, logrando aumentar los valores de resistencia a la fractura.

Agradecimientos: al operador, Od. Lucas Echandía, al laboratorista Od. Martín Ibañez y a la Od. Natalia Meloni por las fotografías tomadas.

referencias bibliográficas

- Alejandro BertoldiHepburn, Carlos Cáceres Gutierrez. Perno de fibra modificado con FRC asociado a corona de porcelana feldespática. Revista Cúspide. 2017. Año 20. N° 35; 9-16
- 2) Ibáñez, C.; Mansilla, M.; Jruz, M.; Noroña, D. (2002). Pernos Preformados, ¿por qué resistirse? Revista Claves de la Odontología , 50, 3-8
- Pilo; R.; Cardash, H.; Levin, E. and Assif,
 D. (2002). Effect of core stiffness on the in vitro fracture of crowned endodontically treated teeth. J Prosthet Dent, 88, 30.
- 4) Assif, D.; Oren, E.; Marshek, B. and Israel Aviv, D. (1989). Photoelastic analysis of stress transfer by endodontically treated teeth to the supporting structure using different restorative techniques. J ProsthetDent, 61, 535-543.
- Fernandes Aquaviva, S; Shetty, S. and Coutinho, I. (2003). Factors determining post selection: A literature review. J ProsthetDent, 90, 556-562.
- 6) Noroña, D. M. (2014). Tesis. Doctoral Análisis cuantitativo de adaptación de pernos fibra de vidrio cilíndricos y cilíndrico-cónicos en diferentes anatomías de dientes unirradiculares (In Vitro). Pautas para diseñar nuevas técnicas. (2014)
- Bertoldi Hepburn, Alejandro; Ensinas Pablo. ¿Deben los postes de base orgánica reforzados con fibras fijarse en forma adhesiva? Revista de la AOA, 2011. 99 (2) 125-137.

Un nuevo phisio dispenser, que viene a revolucionar el mercado de estos equipos.

Fabricado con la más alta y moderna tecnología a nivel mundial.

Su enorme display con iluminación por Back light, entrega una información totalmente completa de los procesos que se están realizando.

Su motor de ínfimas vibraciones y muy bajo peso, de tecnología Brushless (motor sin carbones) permite por primera vez en un equipo de fabricación nacional manejar todo el espectro de revoluciones (fresar y colocar implantes con el mismo contra ángulo) desde 15 a 2.200 RPM, pudiendo usarse con contra ángulos de 16:1, 20:1 ó 32:1.

Con una forma de manejo y programación muy amigable y simble.

Bomba de alto caudal. Semi oculta. A igual que todas las fichas (motor, pedal).

Pedal multifunción.





IMPLANCOR

Deán Funes 1763 - PB "C" - Córdoba Tel.: (0351) 486 5164 - 5980 - 155 591627 lopezmarcelo@uolsinectis.com.ar







Gauss Diagnóstico por Imágenes

TOMÓGRAFO CONE BEAM

DIAGNÓSTICO CON UNA DOSIS DE RADIACIÓN MUY BAJA. IMÁGENES DE MAYOR CALIDAD Y EXACTITUD.

IMÁGENES MPR Y 3D DE MAXILARES.

ATM RADIOGRAFÍAS DE CRÁNEO DIGITAL.

ITOMÓGRAFÍAS DE S.P.N. OIDOS, MAXILARES Y ATM.

ORTOPANTOMOGRAFÍAS Y TELERRADIOGRAFÍAS DIGITALES.

20 VECES MENOS RADIACIÓN QUE LA TAC Y 80 VECES MENOS QUE MULTISLICE.

TECNOLOGÍA PARA EL MEJOR DIAGNÓSTICO

Tel.: 03543 442374 / 443260 / Av. Gauss 5639 Barrio Villa Belgrano Cba. Capital / info@resonanciasgauss.com.ar





Federico Amenábar - M.P. 1920



Prótesis fija

Cromo cobalto

Prótesis removible

Prótesis flexible deflex

Prótesis sobre implantes







📞 0351 - 4241574





restauraciones cerámicas adheridas. Biomimética.

Planificación y protocolos

AUTORES

Bessone, Laura Marcela⁽¹⁾

Cabanillas, Gabriela Inés⁽²⁾

Gallardo, Edgar (3)

RESUMEN

Introducción: La estética en Odontología está orientada a imitar la naturaleza, a tratar de conservar las proporciones, las formas, el color y la simetría. Esto se basa fundamentalmente en el principio biomimético, método básicamente conservador y biológicamente saludable. El objetivo de la presente publicación consiste en demostrar los pasos clínicos y de laboratorio necesarios para la rehabilitación de un paciente con restauraciones de cerámica pura.

Presentación del caso: Se presenta el análisis y resolución de un caso clínico de una paciente de 30 años, estudiante de Odontología, cuya rehabilitación protésica se realizó con materiales cerámicos libres de metal, debido a que son capaces de imitar mejor a la naturaleza (biomimética), reemplazando así a los materiales tradicionales.

Discusión: Los distintos autores citados concuerdan en que: los actuales sistemas cerámicos de uso odontológico permiten la obtención de restauraciones que imitan la naturaleza. Para realizar la elección más conveniente, resulta útil observar los siguientes criterios: apariencia, resistencia, simplicidad o complejidad de fabricación, ajuste marginal e interno, análisis costo-beneficio, experiencia personal y exigencias clínicas particulares.

Palabras clave: biomimética, restauraciones cerámicas adheridas, sistemas cerámicos.

ABSTRACT

Introduction: Aesthetics in dentistry is oriented to imitate nature, to try to conserve proportions, shapes, color and symmetry. This is fundamentally based on the biomimetic principle, basically conservative and biologically healthy method. The purpose of this publication is to demonstrate the clinical and laboratory steps necessary for the rehabilitation of a patient with pure ceramic restorations.

Case presentation: The analysis and resolution are presented in a clinical case of a 30-year-old female student of Dentistry, whose prosthetic rehabilitation was done with metal-free ceramic materials, because they are able to better imitate nature (biomimetics) and thus replace traditional materials.

Discussion: The different authors cited agree that: The current ceramic systems of dental use allow the obtaining of restorations that mimic nature. To make the most convenient choice, it is useful to observe the following criteria: appearance, resistance, simplicity or complexity of manufacture, marginal and internal adjustment, cost benefit analysis, personal experience and particular clinical requirements

Key words: biomimetics, ceramic crowns, ceramic systems.

- Docente Cátedra de Clínica de Prótesis Fija y Removible, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba. Presidenta de FUNDACOS, Fundación Córdoba Sonríe.
- (2) Profesor Adjunto Cátedra de Clínica de Prótesis Fija y Removible, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba.
- (3) Laboratorista, Posgrado en Universidad de Buenos Aires.

Correspondencia: laurabessone@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La cooperación entre el odontólogo y el laboratorista es una condición sumamente relevante para lograr el éxito en las rehabilitaciones estéticas. Aunque los dos sean idóneos en sus campos, esto no es una garantía fiable del éxito del trabajo conjunto. El criterio decisivo para conseguir un buen resultado trabajando en equipo es un intercambio de opiniones intenso y el interés de cada uno de los implicados por la actividad del otro. Desde la fase de planificación preprotética, el objetivo del tratamiento debe ser definido en forma conjunta. Asimismo, las restauraciones deben regirse por principios de biomimética, que consiste en imitar la naturaleza, conservando las proporciones, las formas, el color y la simetría.

Desde hace más de un siglo, el desarrollo de los sistemas cerámicos ha estado impulsado por el interés incuestionable en la porcelana como material supremo para las restauraciones adheridas, habida cuenta de sus propiedades ópticas, peso liviano, altos valores de dureza, inercia química y características biológicas incomparables⁽¹⁾. El objetivo de la presente publicación consiste en demostrar con imágenes la secuencia de la planificación, el tratamiento protético y el trabajo conjunto entre el odontólogo clínico y el laboratorio.

PRESENTACIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente de 30 años, estudiante de Odontología; se presenta a la consulta con demandas de una resolución estética en el sector anterior, aunque es consciente de las necesidades funcionales y de la resolución clínica integral de su boca. En el examen clínico se detectan restauraciones de resinas deficientes y coloreadas en los elementos dentarios 12,11, 21; un elemento con endodoncia y restauración coronaria provisional en 22, agenesia de 13 y 23; como resultado del tratamiento ortodóncico, los elementos 14 y 24 están ubicados en reemplazo de los mismos, sustituyendo la guía canina con premolares, observándose manchas en algunos de los elementos a tratar. Además, en el examen estético se observan asimetrías en los márgenes gingivales.

Resolución

La problemática inicial se valoró en conjunto con el equipo de trabajo, formado por el odontólogo especialista en prótesis fija, el periodoncista y el laboratorista. Se analizaron las fotografías, radiografías, modelos de estudio montados en un articulador semiajustable y se realizó un encerado de diagnóstico, teniendo en cuenta todos estos parámetros y las expectativas de la paciente (Figuras 1 y 2).

Una vez establecido el plan de tratamiento, se trataron los elementos 14, 12, 11, 21, 24 con restauraciones cerámicas puras parciales o carillas.

El elemento 22 se restauró con una corona cerámica, ya que estaba endodonciado y no presentaba el soporte ni la resistencia adecuada para colocar una carilla.

protocolo de trabajo

En una primera etapa se procedió a realizar el alargamiento quirúrgico de las coronas clínicas a través de una gingivectomía, con el objetivo de devolver simetría a los márgenes gingivales, que son el "marco de nuestra restauración". (Figuras 3, 4 y 5).

Una vez restablecidos los márgenes, se colocó en el elemento 22 un perno de fibra de vidrio (Illusion, RTD) con una resina para muñones (Enforce Core, Dentsply).

Transcurrido el tiempo necesario para la cicatrización de la encía (Fig. 6), se realizaron las preparaciones dentarias, el tallado de los 6 elementos dentarios antero-superiores, las impresiones, el *mockup* y los provisorios con resina bisacrílica (Structur, Voco) (Figuras 7 y 8).

Se decidió, junto con el laboratorista, el uso de una cerámica vítrea de disilicato de litio (E-Max-Press, Ivoclar, Vivadent) empleando para ello pastillas LT, que significa baja translucidez, color A1, ya que se consideró en la elección de la misma el gran requerimiento estético de la paciente, por lo cual al ser de baja translucidez, oculta las diferencias de colores en el sustrato (elemento dentario).

Esta cerámica inyectada es especialmente adecuada para la fabricación de coronas híbridas, así como restauraciones monolíticas de una pieza, e incluso puede ser indicado para puentes de 3 piezas hasta la región premolar. El sistema patentado de cerámica vítrea se ha probado y testeado en millones de casos desde su lanzamiento. Se distingue de otros materiales cerámicos anteriores principalmente por su mayor resistencia al estrés y su excelente apariencia estética.

Para la terminación se seleccionó una cerámica vítrea de fluorapatita (FAP, IPS e.max Ceram, Ivoclar), que es una cerámica de estratificación altamente estética para el sistema IPS e.max. Gracias a una cerámica de estratificación común, todas las restauraciones con IPS e.max presentan las mismas propiedades de durabilidad y brillo en la superficie.

Se prueban clínicamente los núcleos de porcelana metal free, se realizan las correcciones con el consenso de la paciente (Fig. 9), y se terminan las restauraciones coronarias, cementándolas con cemento de resina de fotocurado (Light Curing, Variolink E, Ivoclar Vivadent) (Figuras 10, 11 y 12).

En el presente caso clínico se han obtenido colores y formas muy similares a las presentes en la naturaleza, logrando una integración biomimética gracias a una acción conjunta entre el odontólogo y el protésico, de forma predecible y con un despliegue razonable 11 (Figuras 13 y 14).

DISCUSIÓN

El requisito esencial de todo tipo de restauración es garantizar: resistencia, duración, precisión, funcionalidad y estética. Para cumplirlo, cuando se trata de procedimientos indirectos, se cuenta con materiales cerámicos cuya gama ha sido ampliada en la actualidad de modo sustancial; asimismo, sus propiedades han sido superadas gracias al desarrollo de materiales novedosos de óptima presentación, que permiten ela-





Figuras 1 4 2: Presentación del caso clínico, examen intraoral, análisis de modelos, encerado de diagnóstico.







Figuras 3, 4 4 5: Ante la asimetría de los márgenes gingivales se realiza la gingivectomía.



Figura 6: Preparaciones dentarias para carillas y corona del 22.



Figura 9: Prueba clínica de los núcleos de porcelana Emax.





Figuras 7 4 8: Mockup y provisionales.



Figura 10: Pastillas que utilizó el laboratorista: Emax PRESS MT a1, Ivoclar, Vivadent.

borar restauraciones libres de metal.

Estas nuevas tecnologías van reemplazando a las tradicionales, por ello resulta imprescindible el conocimiento tanto de la biología oral, particularmente en cuanto a forma y función, así como de las características de los materiales restauradores capaces de imitar mejor a la naturaleza⁽²⁾.

Los actuales sistemas cerámicos de uso odontológico permiten la obtención de restauraciones mediante diversos métodos de producción, tales como: moldeado, sinterizado, inyección, presión, colado, y torneado. Dado su vasto rango, que varía desde la sinterización sobre un muñón refractario hasta su elaboración mediante soporte informático⁽³⁾. Para realizar la elección más conveniente, resulta útil observar los siguientes criterios: apariencia, resistencia, simplicidad o complejidad de fabricación, ajuste marginal e interno, análisis costo beneficio, experiencia personal y exigencias clínicas particulares.

La tecnología de avanzada ofrece una amplia gama de sistemas, que se desarrollaron en el transcurso de más de un siglo de experiencia adquirida en el uso de



Figura 11: Carillas y coronas terminadas.



Figura 12: Cementado de las restauraciones con Variolink E.



Figuras 13 4 14: Perfil de emergencia de las restauraciones terminadas, obsérvese el estado de las restauraciones y del marco gingival.



restauraciones coronarias totalmente cerámicas. Además de sus propiedades individuales, las cerámicas puras están dotadas de cualidades singulares que las convierten en el material de primera elección, entre ellas: biocompatibilidad, estética, inalterabilidad cromática, posibilidad de ser acondicionadas, adhesividad, preparaciones dentarias más conservadoras, aislamiento térmico, resistencia al desgaste, a la corrosión y a la adherencia de la placa bacteriana. No obstante, más allá de tener presente su menor resistencia con respecto a una restauración metalocerámica, su utilización requiere: una manipulación delicada, una cuidadosa preparación dentaria y su adecuada selección a fin de adecuar sus propiedades ópticas y físicas al requerimiento clínico. La resistencia de la cerámica vítrea puede incrementarse a través de su capacidad de adhesión a los tejidos dentarios, como mecanismo de refuerzo adicional a los propios de cada sistema, entre los que se cuentan: recristalización y dispersión de cristales (4).

La adaptación marginal de estas restauraciones es en general muy exacta, más aún cuando se combinan con técnicas adhesivas de cementado que garantizan un cierre íntimo de la interfaz (5-10).

CONCLUSIÓN

- En una rehabilitación protésica orientada hacia la estética, se debe partir del principio básico de la *biomimética*, que consiste en imitar la naturaleza, y orientar el trabajo en equipo, el cual debería ser una condición indispensable.
- El desarrollo de las cerámicas de alta resistencia para subestructuras está en pleno auge y continúa superándose constantemente, incorporando nuevas tecnologías que permiten la confección de restauraciones cada vez más resistentes, precisas, y de simplificada fabricación y utilización.

referencias bibliográficas

- 1) Della Bona, A. Adhesión a las cerámicas. São Paulo: Artes Médicas;3:217-219; 2009.
- 2) Magne, P; Belser, U. Restauraciones de porcelana adherida en los dientes anteriores: método biomimético. Editorial Quintessence, S.L. Barcelona;63-64;2004.
- 3) Wolilwerd, A; Scharer, P; Strub, J.R. Restauraciones ceramometálicas y totalmente cerámicas (II). Quintessence (Ed.Esp.); 4:211-215;1992.
- 4) Fernández-Bodereau E (h), Ibáñez C. Análisis comparativo de adaptación marginal in situ en restauraciones cerámicas metálicas. Odontoestomatol. Vol 8:619-24;1998.
- 5) Fernández-Bodereau E (h), Fernández Bodereau E. Prótesis Fija e Implantes. Práctica Clínica. 1ra ed. Madrid: Avances; 87-88;1996.
- 6) Fernández-Bodereau E (h), Bascones A, Maddalena A, Maddalena L. Odontologia Restauradora Contemporánea. Estética e Implantes. 1ra ed. Ma-

- drid: Avances: 106-110: 2002.
- Fernández-Bodereau E (h), Mendez S, Torassa D. Endopostes Estéticos: Revisión Bibliográfica. Revista Internacional de Prótesis Estomatológica. Vol 3(4):183-90;2002.
- 8) Fernández-Bodereau E (h), Naldini P. Coronas de cerámica pura o vitrocerámicas. Rev Asoc Odontol Argent. Vol 87(6): 448-56;1999.
- Fernández-Bodereau E (h), Naldini P. Coronas de porcelana pura, Actualidad. JANO. Vol 1(2);2000.
- 10) Fernández Bodereau E (h), Naldini P. Diseños de márgenes cervicales coronarios. Cómo y cuándo. Quintessence. Vol 8 (8): 493-501;2002.
- 11) Magne, P; Hanna, J; Magne, M . The case for moderate guided prep indirect porcelain veneres in the anterior dentition. The pendulum of porcelain veneer preparations: from almost no-prep to over prep to no prep.Eur J Esthet Dent Vol:8;376-388; 2013.



César Emilio Re M.T. 784

PROTESIS FIJA

PROTESIS SOBRE IMPLANTES

METALES, CERAMICA, PORCELANA PURA

INCRUSTACIONES y CORONAS DE CERAMAGE

Roma 1220 - Tel.: 0351 4520392



+549 351 6172000



Somos una empresa con más de 35 años en el mercado Argentino, comercializando equipamientos odontológicos de alta calidad.



Equipamiento Odontológico - Servicio Técnico Amoblamiento Odontológico - Repuestos



www.strikeequipamientos.com.ar

Horarios: Lunes a Viernes de 9 a 13hs y de 15 a 18hs.

Tel: 0351-4896977/9247 www.strikeequipamientos.com.ar Email: info@strikeequipamientos.com.ar Av. Colon 1996, Alto Alberdi





CURSOS CLINICOS* 2018

ORTODONCIA NIVELI

Director y Dictante: Prof. Dr. Alfredo Bass (Cba) Co-Dictantes: Dra. Regina Bass (Cba)

> Dra. Nayré Mondino (Cba) Dr. Baiocco Javier (Cba)

Inicia: Marzo 2018

Duración: 23 sesiones
Insumos incluidos
Jornada completa

ORTODONCIA NIVEL II

Director y Dictante: Prof. Dr. Alfredo Bass (Cba)

Co-Dictantes: Dra. Regina Bass (Cba)

Dra. Nayré Mondino (Cba) Dra. Adriana Piacenza (Cba)

Tipo: Teórico-Clínico con práctica en pacientes

Inicia: Mayo 2018

Duración: 14 sesiones

Asistencia: Mes de por medio

Insumos incluidos Jornada de un día y medio

ORTODONCIA LINGUAL

Dictantes: Dra. Regina Bass (Cba), Dra. Navré Mondino (Cba)

Tipo: Teórico-Workshop-Práctica en pacientes

Inicia: Mayo 2018
Duración: 14 sesiones
Asistencia: Mes de por medio
Insumos incluidos

Insumos incluidos Jornada completa

ORTOPEDIA FUNCIONAL DE LOS MAXILARES

Dictacte: Dr. Gaston Arceguet (Cba)
Tipo: Teórico-Clínico con práctica en pacientes

Inicia: Abril 2018
Duración: 20 sesiones
Insumos Incluidos
Jornada completa

LABORATORIO DE ORTODONCIA

Dictantes: Dra. Regina Bass (Cba),

Dra. Nayré Mondino (Cba)

Tipo: Teórico-Práctico
Inicia: Julio 2018
Duración: 6 meses
Jornada completa

CONSULTORIA DE AVANCES DE CASOS DE ORTODONCIA

Modalidad: Turnos Personalizados con el Prof. Dr. Alfredo Bass para ayudar a resolver

casos clínicos.

Inicia: Marzo 2018

ORTODONCIA MBT

Dictante: Dr. Sergio Mignola (Cba)
Colaboradora: Dra. Elisa Bianchini (Cba)
Tipo: Teórico-Workshop
Inicia: Abril 2018
Duración: 7 meses
Jornada completa

ESTETICA DENTAL I

Director y Dicte.: Prof. Dr. Pablo Abate (Bs. As.) Co-Dictante: Prof. Dr. Gustavo Di Bella (Bs. As) Tipo: Teórico-clínico con práctica en pacientes

Inicia: Abril 2018
Duración: 9 meses
Insumos Incluidos
Jornada completa

ESTETICA DENTAL II

Director y Dicte.: Prof. Dr. Pablo Abate (Bs. As.) Co-Dictante: Prof. Dr. Gustavo Di Bella (Bs. As.) Tipo: Teórico-Clínico con práctica en pacientes

Inicia: Abril 2018
Duración: 9 sesiones
Insumos Incluidos
Jornada completa

ENDODONCIA I

Dictantes: Dra. Marta Lammertyn (Cba)
Dra. Paola Lammertyn (Cba)

Tipo: Teórico-Workshop-Práctica en pacientes

Inicia: Marzo 2018 Duración: 11 meses Jornada completa

IMPLANTOLOGIA

Directora: Dra. Blanca L. Ospina (Bs. As.) Dictante: Dr. Arnaldo Garrone (Bs. As.) Tipo: Teórico-Workshop-Práctica en pacientes

Inicia: Abril 2018 **Duración: 22 meses**Jornada de 2 días completos

PERIODONCIA

Talleres: Maneio de Teiidos Blandos

Dictantes: Dra. María Noel Benassi (Sta Fe)

Dra. Villegas Lucrecia (Cba)

Tipo: Teórico-Workshop y demostración en VIVO

Inicia: Abril 2018 Jornada completa

PROTESIS

Dictante: Dr. Guillermo Peralta (Cba)
Jefe de Clínica: Dr. Ariel Bergagna (Cba)
Colaboradores: Dr. Federico Flammini (Cba)
Dra. Julieta Spaccesi (Cba)

Dr. Santiago Villagra (Cba) Dra. Mónica Berardo (Cba)

Tipo: Teórico-clínico con práctica en pacientes

Inicia: Mayo 2018
Duración: 13 meses
Jornada completa

ODONTOPEDIATRIA

Dictantes: Dra. Magdalena Bolesina (Cba)

Dra. Silvia Sorokin (Cba)

Jefe de Clínica: Dra. Karina Añazgo (Cba) Tipo: Teórico-clínico con práctica en pacientes

Inicia: Mayo 2018 Duración: 18 meses Jornada completa

CIRUGIA

Dictante: Dr. Guillermo Peralta (Cba)
Jefe de Clínica: Dr. Claudio Linares (Cba)
Tipo: Teórico-Clínico con práctica en pacientes

Inicia: Abril 2018
Duración: 7 meses

INSCRIPCIONES ABIERTAS!







escleroterapia: alternatiua o complemento del tratamiento quirúrgico de mucoceles bucales

AUTORES

Piemonte, Eduardo David ⁽¹⁾

Brusa, Martín (2)

Caciva, Ricardo (3)

Gilligan, Gerardo ⁽⁴⁾

Panico, René Luis ⁽⁵⁾

Resumen

Introducción: La escleroterapia es una técnica menos invasiva que los procedimientos quirúrgicos, que se utiliza fundamentalmente para tratar malformaciones arteriovenosas. El objetivo de este trabajo es presentar la técnica de escleroterapia intralesional con polidocanol en el tratamiento no quirúrgico de mucoceles labiales y linguales

Presentación del caso: se presentan tres casos clínicos de mucoceles bucales, dos en mucosa labial y uno en cara ventral de lengua. En los tres casos se realizó el vaciamiento parcial del contenido del mucocele para luego realizar la aplicación intralesional de polidocanol 2%. En los tres casos presentados, la aplicación intralesional de polidocanol 2% redujo significativamente el tamaño del mucocele. En los casos en que la lesión se redujo total o casi totalmente, los pacientes decidieron no realizar extirpación quirúrgica. En el restante caso, el procedimiento quirúrgico fue facilitado por la consistencia fibrosa de la cápsula del mucocele. No se registraron recidivas ni efectos adversos en ninguno de los pacientes.

Cátedra de Clínica Estomatológica, Carrera de Odontología, Facultad de Medicina, Universidad Católica de Córdoba.

- 1) Dr. en Odontología. Profesor Adjunto, Cátedra de Estomatología "A", FOUNC. Jefe de Trabajos Prácticos, Cátedra de Clínica Estomatológica, UCC.
- 2) Odontólogo. Profesor Asistente, Cátedra de Estomatología "A", FOUNC. Jefe de Trabajos Prácticos, Cátedra de Clínica Estomatológica, UCC.
- 3) Dr. en Odontología. Profesor Asistente Cátedra de Estomatología "A", FOUNC. Profesor Adjunto, Cátedra de Clínica Estomatológica, UCC.
- 4) Odontólogo. Profesor Asistente Cátedra de Estomatología "A", FOUNC. Odontólogo Adscripto, Cátedra de Clínica Estomatológica, UCC.
- 5) Dr. en Odontología. Profesor Titular Cátedra de Estomatología "A", FOUNC. Profesor Titular, Cátedra de Clínica Estomatológica, UCC.

Autor responsable de correspondencia: Eduardo David Piemonte - epiemonte@yahoo.com Fuentes de financiamento: Ninguna

EL ESPEJO

Discusión: la escleroterapia puede ser considerada el tratamiento de primera elección para los mucoceles bucales, ya sea como único tratamiento o como coadyuvante de la terapia quirúrgica.

Palabras Clave: Mucocele. Escleroterapia. Glándulas salivales menores

ABSTRACT

Introduction: Sclerotherapy is a technique lesser invasive than surgical procedures, employed mainly in the treatment of arteriovenous malformations. The aim of this work is to present intralesional sclerotherapy with polidocanol as a technique for the nonsurgical treatment of lip and lingual mucoceles.

Case presentation: three cases of mucoceles were presented, two in lower lip mucosa and the other in the ventral tongue. In all cases, the content of mucoceles was drained partially and then 2% polidocanol was injected into the lesion. With the intralesional injection of 2% polidocanol size reduction was significative in all cases. In two cases, the size of mucocele reduced completely, and patients refused surgical treatment. In the remaining case, fibrous capsule allowed an easier surgical procedure. There were not recurrences or adverse effects in any patient.

Conclusion: sclerotherapy could be considered as the first election in the treatment of oral mucoceles, both as only treatment or aiding the surgical procedure.

Key Words: Mucocele. Sclerotherapy. Minor salivary glands.

INTRODUCCIÓN

El mucocele de la mucosa bucal es producido por colección de mucina proveniente de una glándula salival menor de cavidad bucal⁽¹⁾. La colección de mucina puede obedecer más frecuentemente a extravasación, causada generalmente por traumatismos agudos sobre la mucosa bucal⁽²⁾, como mordeduras, golpes durante práctica de deportes, ulceraciones por aparatología ortodóncica o intervenciones quirúrgicas. Como consecuencia de ese traumatismo, el conducto excretor de la glándula salival menor resulta seccionado o lacerado, y la secreción salival en vez de salir por el conducto se deposita en el tejido conectivo, produciendo una acumulación que desplaza los tejidos circundantes, generando una cápsula fibrosa que no constituye un verdadero quiste. El mucocele por extravasación es más frecuente en niños, adolescentes y adultos jóvenes. En menor porcentaje, cerca del 10 % de los casos, el mucocele se produce por retención, debido a obstrucción del conducto excretor por proliferación epitelial,

con la consiguiente acumulación de saliva y aumento del volumen glandular. Este tipo de mucocele, considerado un quiste verdadero, se da generalmente en personas mayores de 40 años y su relación con eventos traumáticos es menor que la de los mucoceles por extravasación⁽³⁾.

La ubicación de los mucoceles guarda estrecha relación con sitios en donde existen normalmente glándulas salivales menores, es decir mucosas labiales superior e inferior, tercio posterior de mucosa yugal, paladar blando, cara ventral y tercio posterior de dorso lingual. Sin embargo, el sitio más frecuente es la mucosa labial inferior, quizás debido a su mayor facilidad para ser traumatizada. Menos frecuentes, siguen los mucoceles de cara ventral de lengua, denominados de Blandin y Nuhn. La presencia de mucoceles en otros sitios anatómicos resulta excepcional^(4,5).

Generalmente, el mucocele es una lesión única. Su tamaño depende del tipo de mucocele, variando desde 1 mm hasta 2 ó 3 centímetros de diámetro. Los mucoceles por extravasación tienden a ser más grandes que los de retención. Si se ubican profundamente pueden ser lesiones de aspecto tumoral, de base amplia, sésil, e inclusive poco visibles y de aspecto nodular, y no producen cambios de color en la mucosa que los recubre por no traslucir su contenido. En cambio, si son superficiales pueden llegar a tener un ligero estrangulamiento de su base; y cubiertos por una delgada capa de mucosa, dejan translucir con facilidad su contenido, por lo que suelen aparecer de color azulino o grisáceo. La presencia de factores traumatizantes puede producir la ruptura de las paredes de la lesión, con el derramamiento al medio bucal del contenido de mucina; o por contraparte, generar inflamación y mayor aumento de tamaño del sector afectado. La consistencia a la palpación también puede ser variable. A la palpación, su consistencia es tensa, fluctuante; poco desplazable cuando es una lesión de más de 1 cm de diámetro, y algo desplazable cuando es de menor tamaño. Si ha drenado recientemente parte de su contenido, es blanda a la palpación. Cuando el mucocele ha vaciado su contenido en varias oportunidades, además de presentar un tamaño menor al original, suele ser de consistencia más fibrosa y poco desplazable. Rara vez son dolorosos, y cuando eso sucede es por traumatización o infección sobreagregada.

Un porcentaje de los mucoceles, ya sea por retención o extravasación, desaparecen espontáneamente en pocos días y nunca vuelven a formarse⁽⁶⁾. Mientras tanto, otros mucoceles no desaparecen, o lo hacen temporariamente debido al vaciamiento de su contenido, para luego de pocos días volver a formarse, constituyendo una alteración estética y/o funcional.

El diagnóstico clínico del mucocele puede ser casi de certeza si al hacer punción de la lesión drena un contenido viscoso y filante. Sin embargo, la certeza absoluta se obtiene mediante estudio histopatológico.

En el tratamiento del mucocele deben considerarse dos aspectos fundamentales. El primero es determinar cuál fue la o las causas que intervinieron en su apari-

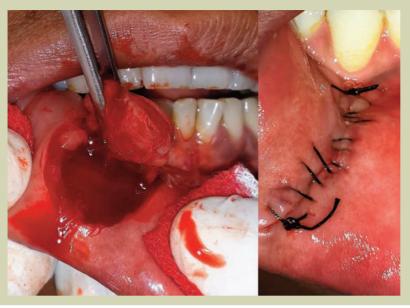


Figura I: Extirpación quirúrgica convencional de mucocele labial, que requiere una extensa incisión.

ción, para controlarlas o eliminarlas y de esa manera prevenir su recurrencia. Cuando la causa ha sido accidental, como por ejemplo un golpe durante la práctica de deportes, puede resultar conveniente confeccionar un protector bucal para disminuir la intensidad de un eventual nuevo impacto sobre la mucosa oral. Cuando se registra entre las causas posibles la presencia de algún factor crónico, como por ejemplo un diente filoso o mal posicionado, tratamiento de ortodoncia fija, diastemas, hábitos de succión o mordisqueamiento labial, resulta entonces imprescindible corregir dicha situación. Esto puede realizarse, según el factor causal, mediante tratamientos odontológicos si la causa es dentaria, o mediante tratamiento fonoaudiológico y/o psicológicos si la causa es un hábito disfuncional o parafuncional. El otro aspecto es la eliminación del mucocele, para lo cual existen diversas opciones, cada una de ellas con sus ventajas y desventajas. La mayoría de estas alternativas se orientan a la eliminación de la lesión y de la glándula que la originó. Otras se orientan a disminuir su tamaño, para después realizar o no su extirpación quirúrgica.

El tratamiento quirúrgico convencional es claramente un procedimiento más cruento, y por ello presenta numerosas posibles complicaciones intra y postquirúrgicas. Estas complicaciones suelen ser más frecuentes en mucoceles de mayor tamaño o cuando se ubican en cara ventral de lengua. Un mucocele de gran tamaño implica una cirugía con el riesgo de lesiones vasculares y nerviosas, con mayor área quirúrgica, mayor dolor e inflamación, y por la eventual rotura de su cápsula favorece la recurrencia u obliga a extender el área quirúrgica eliminando todas las glándulas vecinas al mucocele (Figura 1). En cara ventral de lengua, donde los mucoceles suelen ser por extravasación

de origen traumático, la mucina se entremezcla con las fibras musculares y eso aumenta el riesgo de recurrencia. Extender el área quirúrgica para prevenir esta recurrencia aumenta a su vez el riesgo de lesiones de estructuras vasculares, nerviosas, glandulares y musculares de lengua. Ante esta situación, es necesario buscar alternativas que disminuyan la incidencia de estas posibles complicaciones, y la reducción del tamaño de la lesión mediante escleroterapia constituye una alternativa para ello.

La escleroterapia es un procedimiento utilizado en varias áreas de la medicina, pero se aplica principalmente en el tratamiento de neoformaciones o malformaciones vasculares, fundamentalmente en angiomas cavernosos y tuberosos, y en várices superficiales y profundas, preferentemente en aquellas cuyas características y ubicación hagan poco conveniente la utilización de técnicas quirúrgicas, como por ejemplo las várices esofágicas. Las sustancias que se utilizan para escleroterapia vascular son, entre otras, bleomicina, tetradecilsulfato de sodio, picibanil y polidocanol, empleadas inclusive en pacientes pediátricos⁽⁷⁾. Actualmente, no hay acuerdo acerca de qué agente esclerosante es más eficaz con la menor cantidad de efectos secundarios y un malestar mínimo para los pacientes, aunque el polidocanol podría ser el que genera menos dolor y menos complicaciones⁽⁸⁾. Las complicaciones más frecuentes de la escleroterapia en el tratamiento de lesiones vasculares son embolias, infecciones vasculares, hemorragias intra y postratamiento⁽⁹⁾, procesos que no se podrían producir en el tratamiento de mucoceles. También puede haber fibrosis excesiva por sobredosificación del producto (estenosis esofágica en el tratamiento de várices esofágicas) y dolor los primeros días posteriores a la aplicación.

La escleroterapia ha sido ya utilizada en el tratamiento de mucoceles y ránulas, empleando para ello la inyección intralesional de bleomicina o de picibanil. Los reportes de casos han mostrado remisión total o parcial de los mucoceles, con muy pocas recurrencias y con complicaciones menores, como dolor leve e inflamación^(10,11).

Por esto, la presentación de esta serie de casos tiene como objetivo presentar la técnica de escleroterapia intralesional con polidocanol en el tratamiento no quirúrgico de mucoceles labiales y linguales, ya que es una técnica con mayores potenciales beneficios y menores riesgos que los procedimientos quirúrgicos.

CASOS CLÍNICOS

Los casos de mucoceles presentados son demostrativos del comportamiento de los mucoceles tratados con escleroterapia, por lo que son representativos de una serie de más de 20 casos de mucoceles. En todos los pacientes se realizó el mismo procedimiento, pudiendo variar solo en el número de aplicaciones de polidocanol. En primera instancia se realizó punción y drenaje del contenido del mucocele, pero dejando un volumen residual que permitiera identificar dónde aplicar el agente esclerosante. Luego, se inyectó dentro del mucocele polidocanol 2% hasta recuperar el volumen inicial del mismo. El procedimiento se repitió una vez por semana, hasta que la lesión desapareció o hasta que no fue posible drenar el contenido, o hasta que no fue posible identificar el sitio de invección intralesional. En ningún caso hubo efectos adversos ni malestar local o general, ni recidivas, al menos hasta seis meses después del tratamiento. Todos los pacientes fueron atendidos en la Cátedra de Clínica Estomatológica de la Carrera de Odontología de la Universidad Católica de Córdoba, respetando los procedimientos éticos de la Asociación Médica Mundial (Declaración de Helsinki). Todos los pacientes aprobaron la realización de los procedimientos a los que fueron sometidos, firmando un consentimiento informado

caso clínico 1:

Paciente masculino, 10 años de edad, con mucocele en mucosa labial de dos meses de evolución, y más de 1 cm de diámetro. Se le realizaron 6 aplicaciones de polidocanol 2% hasta su remisión visual completa. A la palpación solo se percibió un nódulo de consistencia ligeramente aumentada, no mayor a una glándula salival menor de labio. El paciente y sus padres desistieron de hacer tratamiento quirúrgico (Figura 2).

caso clínico 2:

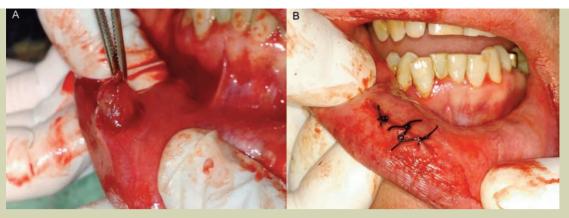
Paciente masculino de 23 años de edad, con mucocele en mucosa labial de un mes de evolución, y de más de 1 cm de diámetro. Se le realizaron tres aplicaciones de polidocanol 2%, luego de lo cual el diámetro del mucocele se redujo a menos de medio centímetro. La extirpación quirúrgica fue facilitada por el menor tamaño de la lesión, de manera que la incisión fue mucho menor a la que se hubiera necesitado para un mucocele de mayor tamaño. Pero además, la cápsula del mucocele, fibrosa y densa, se pudo separar fácilmente de los tejidos vecinos, tomándola con una pinza muy firmemente sin que se desgarre, y la glándula que le dio origen fue fácilmente identificada porque estaba adherida a la cápsula fibrosa (Figura 3).

caso clínico 3:

Paciente de sexo femenino, 18 años de edad, con mucocele en cara ventral de lengua de 3 meses de evolución, de casi 1 cm de diámetro mayor, pediculado. Se realizaron dos aplicaciones de polidocanol 2%, y el mucocele redujo su tamaño a 3 mm de diámetro mayor. La paciente desistió de realizar extirpación quirúrgica de la lesión (Figura 4).



FÍQUITO 2: Mucocele labial con remisión clínica total luego de 5 sesiones escleroterapia.



FÍQUFO 3: Mucocele labial extirpado con facilidad y menores complicaciones luego de escleroterapia.



FÍQUIGO 4: Mucocele lingual con remisión clínica muy marcada luego de dos sesiones de escleroterapia.

DISCUSIÓN

El tratamiento de los mucoceles se puede realizar con diversas técnicas, la mayoría de ellas quirúrgicas. La cirugía convencional consiste en la eliminación completa del mucocele y de la glándula que lo originó. Es un procedimiento relativamente rápido; pero tiene como contraparte que cuando el mucocele es mayor a 1 cm de diámetro, la cirugía puede llegar a ser innecesariamente cruenta, con mayor riesgo de complicaciones, como dolor, hemorragia intra o posquirúrgica, inflamación y eventualmente, parestesia por sección quirúrgica de algún filete nervioso. Como la cirugía del mucocele suele ser compleja, y es muy fácil que durante la misma la cápsula del mucocele se rompa, vaciando el contenido y haciendo muy difícil identificar restos de cápsula y glándula salival causante, suele tener mayor tasa de recidiva que las otras alternativas. Esta posibilidad de recurrencia se acentúa cuando la lesión se ubica en cara ventral de lengua, ya sea porque no se eliminó completamente la glándula causante del problema, o porque durante la cirugía se lesionó alguna glándula vecina.

La criocirugía, mediante la aplicación de agentes crioterápicos como nitrógeno líquido en el polo externo del mucocele, es un procedimiento que puede realizarse sin anestesia, aunque requiere de un equipamiento de costo intermedio, entrenamiento específico y renovación oportuna del agente crioterápico⁽¹²⁾. La criocirugía deja una lesión erosiva que puede sufrir dolor y sobreinfección superficial.

La cirugía láser, en sus distintas versiones quirúrgicas, se puede utilizar de manera similar a la crioterapia, para eliminar el polo superior de la lesión, dejando una superficie erosiva; o también para enuclear completamente el mucocele con la mucosa que lo recubre, dejando igualmente un lecho erosivo. Su uso permite una cirugía con menor sangrado y por lo tanto más fácil y rápida⁽¹³⁻¹⁶⁾. Su principal inconveniente es el alto costo del equipamiento, aunque en los últimos años han aparecido equipos portátiles, inclusive inalámbricos, de costos relativamente accesibles.

La micromarsupialización consiste en la aplicación, generalmente bajo anestesia, de una sutura de seda que atraviesa el mucocele y se fija en ambos extremos a la mucosa vecina. Esto permite el drenaje continuo de la saliva que antes se coleccionaba, retirándose la sutura a la semana⁽¹⁷⁾. Como consecuencia de este tratamiento, la lesión puede desaparecer, o puede reducir su tamaño, lo cual permite continuar con una extirpación quirúrgica

convencional menos cruenta. La micromarsupialización es una técnica simple, de bajo costo, relativamente poco invasiva, con baja recurrencia de lesiones, por lo que está recomendada como una técnica de primera elección para tratamiento de mucoceles^(18,19).

La escleroterapia consiste en la inyección de una solución esclerosante, preferentemente bajo anestesia local, en el interior del mucocele. Estas sustancias estimulan la formación de fibras colágenas, produciendo una disminución en el volumen del mucocele. De esta manera, la lesión puede desaparecer o reducirse en tamaño, pudiendo o no ser extirpada quirúrgicamente. Este procedimiento puede ser utilizado cuando se necesita evitar alguna cirugía más complicada, como por ejemplo en pacientes niños o cuando el mucocele se localiza en cara ventral de lengua.

Los mucoceles esclerosados poseen una cápsula fibrosa más firme que los no esclerosados, lo que permite tomarla con pinzas de disección sin riesgo de ruptura de dicha membrana. Esto permite eliminar la cápsula fibrosa de manera íntegra. Asimismo, la glándula causante del problema queda firmemente adherida a la cápsula fibrosa, resultando fácilmente identificable y extirpable, y haciendo innecesaria la eliminación de otras glándulas vecinas que pudieran resultar igualmente sospechosas durante una cirugía convencional. Todas estas observaciones nos permiten suponer que la escleroterapia permite una cirugía más sencilla, rápida y efectiva que la cirugía convencional.

En algunos casos, la escleroterapia produce una reducción tan marcada del tamaño del mucocele, que no pueden ser identificados visualmente, sino solo mediante palpación, evidenciándose un pequeño nódulo de consistencia fibrosa. Principalmente en niños, esto permite evitar la cirugía del mucocele. Los pacientes y sus padres deben ser informados de la necesidad de controlar la lesión y ante una eventual recurrencia, proceder con el tratamiento quirúrgico.

El empleo de escleroterapia en el tratamiento de los mucoceles, si bien parece sencillo, debe realizarse con extrema meticulosidad, puesto que no debe inyectarse la solución esclerosante alrededor del mucocele sino dentro de la luz quística. Por ello, no se recomienda su uso en mucoceles en los cuales no sea posible identificar la luz del mismo para depositar la solución esclerosante. Hacerlo por fuera del mucocele podría generar una fibrosis excesiva del tejido en un sitio donde no es necesario. Una contraindicación relativa de la escleroterapia es la urgencia del paciente, puesto que suelen ser necesarias de una a tres aplicaciones del esclerosante, una por semana, para obtener el resultado deseado, lo que alarga el tiempo de tratamiento.

comentario final

La escleroterapia podría constituir un tratamiento de primera elección para mucoceles de cavidad bucal, pudiéndose complementar o no con extirpación quirúrgica.

referencias bibliográficas

- Delli, K., Spijkervet, F. K. L. & Vissink, A. Salivary gland diseases: infections, sialolithiasis and mucoceles. Monogr Oral Sci 2014; 24, 135–148.
- Valério RA, de Queiroz AM, Romualdo PC, Brentegani LG, de Paula-Silva FWG. Mucocele and fibroma: treatment and clinical features for differential diagnosis. Braz Dent J 2013;24(5):537-41.
- 3. Khandelwal S, Patil S. Oral mucoceles review of the literature. Minerva Stomatol 2012;61(3):91-9.
- 4. Bahadure RN, Fulzele P, Thosar N, Badole G, Baliga S. Conventional surgical treatment of oral mucocele: a series of 23 cases. Eur J Paediatr Dent 2012;13(2):143-6.
- Granholm C, Olsson Bergland K, Walhjalt H, Magnusson B. Oral mucoceles; extravasation cysts and retention cysts. A study of 298 cases. Swed Dent, J 2009;33(3):125-30.
- Mínguez-Martinez I, Bonet-Coloma C, Ata-Ali-Mahmud J, Carrillo-García C, Peñarrocha-Diago M, Peñarrocha-Diago M. Clinical characteristics, treatment, and evolution of 89 mucoceles in children. J Oral Maxillofac Surg 2010;68(10):2468-71.
- Miguel I, Vargas L, Saelzer E, Ossandon F, Soto JR. Hemorragia por varices esofágicas en niños: rendimiento de la escleroterapia. Rev Chil Pediatría 1993; 64, 228–231.
- Schwartz L, Maxwell H. Sclerotherapy for lower limb telangiectasias. En: The Cochrane Collaboration, editor. Cochrane Database of Systematic Reviews [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 2010. Disponible en: http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD008826
- Lidsky ME, Markovic JN, Miller MJ, Shortell CK. Analysis of the treatment of congenital vascular malformations using a multidisciplinary approach. J Vasc Surg 2012;56(5):1355-1362; discussion 1362.
- Cai Y, Wang R, Yang S-F, Zhao Y-F, Zhao J-H. Sclerotherapy for the mucoceles of the anterior lingual salivary glands with pingyangmycin. Oral Dis 2014;20(5):473-6.
- Castillo, H. A. A. Uso de OK-432 (Picibanil) como alternativa no quirúrgica para el manejo de ránulas y mucoceles. Rev Asoc Dent Mex 2001; 68, 215–221.
- Moraes P de C, Teixeira RG, Thomaz LA, Arsati F, Junqueira JLC, Oliveira LB. Liquid nitrogen cryosurgery for treatment of mucoceles in children. Pediatr Dent. 2012;34(2):159-61.
- Romeo U, Palaia G, Tenore G, Del Vecchio A, Nammour S. Excision of oral mucocele by different wavelength lasers. Indian J Dent Res 2013;24(2):211-5.
- 14. Wu CW, Kao Y-H, Chen C-M, Hsu HJ, Chen C-M, Huang I-Y. Mucoceles of the oral cavity in pediatric patients. Kaohsiung J Med Sci 2011;27(7):276-9.
- Huang I-Y, Chen C-M, Kao Y-H, Worthington P. Treatment of mucocele of the lower lip with carbon dioxide laser. J Oral Maxillofac Surg 2007;65(5):855-8.
- Yagüe-García J, España-Tost A-J, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Treatment of oral mucocele-scalpel versus CO2 laser. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2009;14(9):e469-474.
- Sagari SK, Vamsi KC, Shah D, Singh V, Patil GB, Saawarn S. Micro-marsupialization: a minimally invasive technique for mucocele in children and adolescents. J Indian Soc Pedod Prev Dent 2012;30(3):188-91.
- 18. Amaral MBF, de Freitas JB, Mesquita RA. Upgrading of the micro-marsupialisation technique for the management of mucus extravasation or retention phenomena. Int J Oral Maxillofac Surg 2012;41(12):1527-31.
- Piazzetta CM, Torres-Pereira C, Amenábar JM. Micro-marsupialization as an alternative treatment for mucocele in pediatric dentistry. Int J Paediatr Dent Br Paedodontic Soc Int Assoc Dent Child 2012;22(5):318-23.

INFORMACIÓN INSTITUCIONAL

NUEJAS AUTORIDADES PERÍODO 2017/2020

19 de agosto asumieron las nuevas autoridades del Consejo Directivo, integrado por:



presidente

José Augusto Ermoli

uicepresidenta

Mónica Leonor Miras

secretaria

Linda Elizabeth Layús

Tesorero

Santiago Martín Rodrigues Fourcade

DOCALES

Inés Lucila Betemps Mauricio David Mariani Juan Pablo Moyano Pugge

NUEUOS MATRICULADOS

odos los meses recibimos a los nuevos colegas, conversamos sobre la profesión, el rol de las Instituciones Odontológicas y fundamentalmente, escuchamos sus inquietudes y observaciones. ¡GRACIAS Y BIENVENIDOS!









INFORMACIÓN INSTITUCIONAL

pía del odontólogo

on motivo del **Día del Odontólogo** realizamos un sorteo para premiar a los Colegas en su día. El viernes 20 de octubre entregamos lo regalos. Felicitaciones a los ganadores!







entrega de premios concurso rotografía pental 2017

130 de octubre entregamos los premios a los ganadores: Primer lugar: "Gel blanqueador", de Sebastián Velázquez; Segundo lugar: "Encerado de luces y contraste", de Sergio Raúl Azcona y Tercer lugar: "Sonrisa encendida", de Justo Agustín Magnasco.

!Felicitaciones a los ganadores y gracias a todos los que participaron, así como a los miembros del Jurado!





Reunión con el Ministro de Salud de la Prouincia





1 22 de agosto el presidente del Colegio, José A. Ermoli, junto a la vicepresidenta, Mónica Miras, asistieron a una reunión de trabajo con el Ministro de Salud de la Provincia, Dr. Francisco Fortuna. Durante la misma se plantearon las problemáticas de la profesión y los proyectos de trabajo vinculados con medidas para combatir el intrusismo, reglamento de registro y superintendencia de auxiliares de la profesión, habilitación y/o registro de consultorios, residencias y concurrencias odontológicas.

ACCIÓN COMUNITARIA

ontinuamos apoyando a los colegas que realizan campañas de Salud Bucal en toda la provincia. Durante el último semestre de 2017 se realizaron acciones en el Centro de Atención Primario de Salud de Cabana, Unquillo, en la Escuela Yapeyú del Paraje San Isidro, en la Localidad de Luyaba (Traslasierra), en la Escuela García Faure de la ciudad de Córdoba, en la Escuela Modesta



Rodríguez de barrio Uocra, Córdoba Capital, en el Jardín de 4 años de Nuestra Señora de las Mercedes en Unquillo y en el Hospital René Favaloro, de Berrotarán.



Recordamos que el Colegio Odontológico, a través de la Comisión de Acción Comunitaria, pone a disposición de los interesados todo el material didáctico para aquellos profesionales que deseen utilizarlos en Campañas de Salud Bucal.







INTRUSISMO Reunión con el Fiscal General

l martes 19 de septiembre, el Presidente Od. José Augusto Ermoli y la responsable del área de intrusismo Od. Inés Betemps, se reunieron con el Dr. Alejandro Oscar Moyano (Fiscal General de la Provincia). Se trató la problemática del sector con respecto a la actividad intrusa de algunos mecánicos dentales y como primera medida se resolvió aunar en un mismo juzgado todas las causas ya iniciadas.

Para aportar denuncias u otras informaciones: intrusismo@colodontcba.org.ar

pía del niño

Rodeados de sonrisas y con gran alegría, el 14 de septiembre entregamos los regalos a los ganadores del sorteo del **Día del Niño.**













Herramientas para cada una de tus necesidades.

Un producto exclusivo, pensado para brindar respuesta a los riesgos implícitos de tu profesión.

Consultá más con nuestros Productores Asesores:

Brondino, Marcela Alejandra (Matrícula N° 61.454) Chavarría, Fernando Gabriel (Matrícula N° 61.460) Mariano, Fernando Mario Marcelo (Matrícula N° 61.453)

Datos de la oficina:

Domicilio: San José de Calasanz 41 P.A., Córdoba C.P. 5000

Tel.: 0351 4216085 | 4216573 | 4256855 Email: marianofm@fibertel.com.ar



Jornadas "20 años formación profesional permanente"

on motivo de la conmemoración de los 20 años del comienzo del programa de capacitación a los matriculados, organizamos las Jornadas "20 años de la Formación Profesional Permanente". Los días 3 y 4 de noviembre centenares de colegas pudieron participar de las conferencias de los siguientes disertantes nacionales e internaciones: Dr. Patricio Doñas Nuñez (Chile), Dr. Marcelo Ferrer Balart (Chile), Dr. Juan José Gras, Dr. Ricardo Bachur, Dr. Enrique Lehner Rosales, Dr. Claudio Boiero, Dra. Catalina Francia, Dr. Carlos Jure, Od. Beatriz Herbel, Dr. Pablo Gigena, Dr. Julio Chávez Lozada.

Expresamos nuestro sincero agradecimiento a todos los participantes, ya que con su apoyo pudimos concretar estas exitosas jornadas de capacitación.

















reconocimiento a la trayectoria y a los disertantes de F.P.P.

1 4 de noviembre realizamos la ceremonia de entrega de medallas y certificados a los colegas que cumplieron 50 y 25 años de matriculados. En el acto, también recibieron certificados los profesionales que participaron como dictantes del programa de capacitación "Formación Profesional Permanente".























Todas las Especialidades

Cursos, Conferencias y Workshops



Práctica Clínica



- * Certificados otorgados por el Círculo Odontológico de Córdoba y la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Córdoba
- ** TODAS LAS ACTIVIDADES SON VÁLIDAS PARA REVÁLIDA ÉTICA DE MATRÍCULA

CONSULTAS E INSCRIPCIONES: Escuela de Perfeccionamiento Círculo Odontológico de Córdoba

27 de Abril 1135 - Córdoba - Línea Directa 54 (0351) 4253951 LÍNEA GRATUITA 0800-888-3951 - epo@coc-cordoba.com.ar

www.coc-cordoba.org.ar



















El 18 de Abril de 1971 fue creada una entidad de segundo grado sin fines de lucro, denominada Federación Gremial Odontológica de la Provincia de Córdoba; cuya intención fue nuclear a los círculos odontológicos existentes en el ámbito provincial (actualmente quince círculos).

La flamante institución instaló su sede en un lugar cedido por el Colegio Odontológico de la Provincia. Con el paso del tiempo, y debido al desarrollo de la institución, se hizo evidente la necesidad de un lugar propio y en el año 1975 la Federación adquirió su primer local.

Con el correr de los años, el crecimiento de la entidad determinó la búsqueda de una infraestructura acorde a las nuevas necesidades.

La flamante sede fué instalada en el edificio de la calle 9 de Julio 1109 de la ciudad de Córdoba, lugar donde actualmente sigue funcionando. Asimismo, mediante préstamos la Federación Odontológica fué colaborando en la construcción y/o ampliación de la sede de varios de los Círculos Odontológicos provinciales. También se asumió la representación de la provincia ante la Confederación Odontológica de la República Argentina (CORA). Desde ese entonces se evidencia un crecimiento de nuestra labor en el seno de la máxima entidad de los profesionales odontólogos del país.

Con más de cuarenta años de vida la actualmente denominada Federación Odontológica de la Provincia de Córdoba (FOPC), tuvo un crecimiento sostenido. Hoy cuenta con más 3100 profesionales inscriptos en el Padrón de Prestadores. Brinda Cobertura odontológica a más de 1 millón de afiliados y beneficiarios de las casi 70 Obras Sociales que tienen convenio con la FOPC.

Se mantiene en forma permanente el convenio con la Obra Social APROSS que posee 530.000 afiliados en toda la Provincia de Córdoba.

COMITÉ EJECUTIVO FOPC 2016-2019

Presidente: Dr. Daniel Natalio Aimar (C. O. San Francisco)

Vicepresidente: Dr. Rubén Hugo Schoolnicov (C. O. Punilla)

Secr. de Hacienda: Dr. César Luis Malatesta (C. O. Córdoba)

Secr. Acción Social: Dr. Adrián Alberto Marino (C. O. Marcos Juárez)

Sect. Accion Social. Dr. Adilan Alberto Marino (o. o. Marcos dadi

Secr. Asuntos Profesionales: Dra. María Laura Mihaich (C. O. Unión)

Secr. Actas y Relac. Institucionales: Dr. Justo César Magnasco (C. O. Río Cuarto)

Secr. Prensa y Publicaciones: Dr. José Carlos Fernández (C. O. Alta Gracia)

9 de Julio 1109 5000 Córdoba - Rep. Arg. Tel. (0351) 4270527/28/29 4240235 - 4216051 4241216 - 4262333 líneas rotativas

E-mail: info@fopc.org.ar www.fopc.org.ar





2018



FÁBRICA: COLÓN 2899 ROSARIO S2001RAC - ARGENTINA TEL.: +54 341 4810645 WWW.NARDIHERRERO.COM.AR



