



#WEBDENTALONTOUR: RECORRIENDO CHILE JUNTO A LOS AMIGOS Y LA ODONTOLOGÍA

PÁGINA 12



Pedro Aravena

**El correcto uso
de sedación con
óxido nitroso**

PÁGINA 8



Dr. Andrés E. Ponce

**"Técnica de estampado directo desarrollado
con Filtek Bulkfill 3M ESPE en clase I molar"**

PÁGINA 6



**Dr. Roberto Irribarra
Mengarelli**

**Algunas
consideraciones
sobre el Colegio
de Cirujano
Dentistas de Chile**

PÁGINA 14

www.webdental.cl



facebook.com/webdentalchile



twitter.com/webdental_cl



ACHEOF
ASSOCIACION CHILENA DE ESTUDIOS CLINICOS



- ✓ La mejor definición y resolución de Imágenes (Full HD)
- ✓ Únicos en Chile con entrega de resultados en línea
- ✓ Los mejores precios del Mercado



Sebastián Jiménez P.
Director Ejecutivo

Sofía Pollmann F.
Gerente de Negocios

Jorge Medrano V.
Periodista

Sibila Pollmann F.
Diagramación

Web:
www.webdental.cl

E-mail:
info@webdental.cl

WEBDENTAL.CL
Diagramación y Diseño Gráfico

Venta de Publicidad
ventas@webdental.cl

Suscripciones
suscripciones@webdental.cl

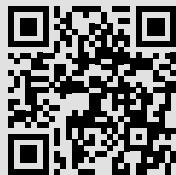
Redes sociales:
facebook.com/webdentalchile
twitter.com/webdental_cl
youtube.com/WebDentalChile

Dirección:
Pérez Valenzuela 1686, of. 48, Providencia
Santiago de Chile
Fono: (+56-2) 2783 1344
Cel.: (+56-9) 7664 4617

Boletín Informativo:
Es una publicación de
WEB DENTAL LTDA.
76.282.796-4

Tiraje: 3.000 ejemplares
Prohibida su venta

Las opiniones y avisos publicados en este boletín informativo son responsabilidad única y exclusiva de sus propios autores.



Medicina Oral:

¿Cuáles son las patologías de la mucosa oral más frecuentes en niños y adolescentes?

Dr. César Rivera

Cirujano Dentista, Diplomado en Educación Superior Basada en Competencias, Magíster en Ciencias Biomédicas con mención en Patología Oral, Estudiante de doctorado en Patología y Medicina Oral. Editor de la revista Mouth. Académico de la Universidad de Talca.

La mucosa oral es una membrana que en la cavidad oral se divide en mucosa masticatoria, de revestimiento y especializada. Su función más importante es la de otorgar protección a los tejidos y glándulas salivales que se encuentran bajo ella.

Debido al entorno dinámico propio de la cavidad oral en desarrollo y maduración en niños y adolescentes, los territorios cubiertos por la mucosa oral son susceptibles a presentar lesiones de naturaleza múltiple. Ya lo saben los colegas que ejercen la odontología pediátrica o aquellos que centran su atención en escolares en el servicio público de salud (entre los que me encontraba hasta hace no mucho tiempo).

Existen pocos reportes en la literatura mundial informando diagnósticos a partir de los tejidos blandos orales de los pacientes pediátricos. Debido a esto es que recientemente en mi sitio web compartí un reporte breve donde confluyen dos especialidades

odontológicas, la odontopediatría y la patología oral. El objetivo del reporte fue determinar la frecuencia de las lesiones y variaciones normales de la anatomía bucal en niños y adolescentes mediante una revisión sistemática de la literatura. Adicionalmente informé parte de la casuística del servicio de patología y medicina oral de la Universidad de Talca entre los años 2001 y 2014.

A partir de 37 resultados de la búsqueda, que hasta hoy suman 297 citaciones y abarcan un periodo de estudio de 36 años, obtuve 6 estudios realizados en Estados Unidos, Italia, India y Turquía. El rango de las muestras de la revisión sistemática va de 10.030 a 1.041 niños y adolescentes, con un rango etario de 0 a 18 años.

Y lo más interesante, considerando la frecuencia en conjunto, las principales patologías y variaciones de la anatomía son las úlceras recurrentes orales (UROs), candidiasis, línea alba, mucocele, lesiones traumáticas, y el herpes recurrente oral. Además, si se considera el número de artículos que informan



cada diagnóstico, se debe agregar a este grupo la lengua geográfica.

En Talca las principales lesiones fueron el mucocele, granuloma piogénico y el pseudofibroma irritativo, lo que coincide plenamente con un estudio previo realizado en Valdivia. Estos diagnósticos corresponden a casos que llevan a servicios especializados y que normalmente no se resuelven en la consulta odontológica rutinaria.

Estos resultados reflejan los principales diagnósticos presentes en los tejidos blandos orales en niños y adolescentes alrededor del mundo. Esta información es de utilidad para el establecimiento de políticas preventivas y la adecuación del currículum (de pre y postgrado) referente a la patología y medicina oral en pacientes odontopediátricos.

SUSCRÍBETE

Recibe mensualmente la edición impresa de nuestro periódico de Odontología



Estamos en...
Santiago, Viña del Mar, Antofagasta,
La Serena, Talca, Concepción,
Valdivia, Temuco, Iquique, Copiapó, Puerto Varas y Puerto Aysén



TEÓRICO
PRÁCTICO
CLÍNICO

PLANIFICACIÓN DIGITAL Y FUNCIONAL DE SONRISA

03 y 04
Diciembre

ANÁLISIS DENTOFACIAL | DISEÑO DIGITAL

PLANEAMIENTO FOTO Y VIDEO | MOCK UP EN VIVO

CD. CARLOS IVÁN ARCE A.
PERÚ

DSD TEAM MEMBER

SANTIAGO DE CHILE

webdental.cl/disenosonrisa

mail: anita@webdental.cl

cel: +569 59037301



ORGANIZA



CERTIFICA



Caso Clínico 3M ESPE Composite Bulkfill

"Técnica de estampado directo desarrollado con Filtek Bulkfill 3M ESPE en clase I molar"

**Dr. Andrés E. Ponce**

Cirujano Dentista. Especialista en Rehabilitación Oral. Encargado Programa de Salud Oral DSM Loncoche. Presidente Soc. de Rehabilitación Oral de Chile filial Temuco.

INTRODUCCIÓN

La constante evolución de las resinas fotopolímerizables han ayudado al odontólogo en su práctica diaria a obtener mejores resultados, aunque siempre teniendo presente variables importantes al momento de ejecutar como son la contracción de polimerización y el incremento de capas para evitar resultados negativos que pudiesen llevar a un fracaso del tratamiento a mediano y corto plazo. Es en esta línea que los composites de tipo Bulkfill podrían ayudar a flexibilizar el proceso de aplicación de capas incrementales, aumentando el espesor de estas, y por ende facilitando al operador a obtener un buen resultado con una técnica más "amigable", aunque siempre velando por la correcta aplicación de los protocolos en la técnica adhesiva, la cual es inherente al uso de una resina de restauración.

En este caso usaremos el composite Filtek Bulkfill de 3M ESPE para realizar una restauración oclusal clase I en la pieza 3.6 del paciente usando la técnica de estampado con resina flow, un microbrush y cinta de teflón como medio aislante, los beneficios de esta son el poder replicar de forma fácil y precisa la anatomía oclusal del molar a tratar realizando mínimos ajustes posteriormente, además de que pueda

ser aplicada por casi la mayoría de los odontólogos en sus lugares de trabajo por ser materiales de uso masivo, tanto en el área privada como pública.

DESARROLLO

Presentación de algunos de los productos a utilizar en el desarrollo del caso



Pieza 3.6 con caries oclusal, se limpió previamente la superficie de esta para eliminar cualquier resto de tejido orgánico (placa bacteriana, saliva).



Procedemos a colocar Composite Flow sobre la cara oclusal del molar, cubriendo la anatomía de este.



Introducimos el microbrush en la resina fluida para.



Fotocuramos



Retiramos la matriz creada con composite flow a partir de la resina fluida en la cara oclusal del molar a tratar, esto debe hacerse con cuidado para no dañar el estampado.



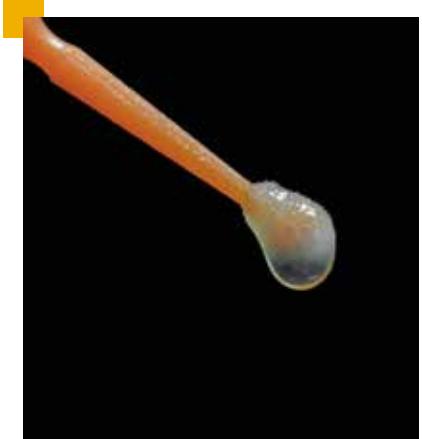
Tejido ya eliminado y Conformación de la cavidad



Medimos profundidad de la preparación con una sonda periodontal Profundidad aproximada 4mm



Grabado



Aplicación de adhesivo. Single Bond Universal 3M ESPE

¿QUIERES REGALAR SONRISAS?

- * Hazte Voluntario
- * Hazte Socio: apóyanos con un aporte mensual
- * Corre la voz: difunde con tus colegas
- * Dona insumos y materiales

Contáctanos en: www.fundacionsonrisas.cl · facebook.com/sonrisaschile · [twitter: sonrisas_chile](https://twitter.com/sonrisas_chile)





Hibridación



Retiramos aislamiento absoluto



Condensación de la resina en la preparación



Chequeamos oclusión



Aplicación de lámina de teflón como medio aislante



Estampamos presionando y posicionando con la matriz obtenida previamente



Retiramos la matriz



Resina casi terminada. Retiramos posibles excesos y pulimos



Resina Terminada



Fotocuramos

C O N C L U S I O N E S

La elección de los materiales adecuados en el tratamiento ideal puede ser de significativa ayuda tanto a lo largo del tratamiento para el operador como en el resultado para el paciente, 3M ESPE ha innovado continuamente para que así sea,

la oportunidad llama entonces a aprovechar los avances y la tecnología para ponerlas a disposición de todos los que la necesiten, ya que no solo mejorará sonrisas, sino que sanará y ayudara a personas en planos más trascendentales que el de la salud oral.

A G R A D E C I M I E N T O S

- Ilustre Municipalidad de Loncoche. Departamento de Salud Municipal. Equipo Unidad Dental.
- TAD Andrea Manquepán, DSM Loncoche.
- Basado en "Microbrush Stamp Technique" de Waseem Riaz, DDS. Londres, Inglaterra.

Toxina butolínica en bruxismo



Fabiola Carrasco Avilés

Cirujano Dentista Universidad de Talca
Estética Facial

El bruxismo, también conocida como enfermedad del siglo XXI, es la mayor causa de dolor orofacial de origen no dentario, presente hasta en el 20% de la población adulta. Esta parafunción mandibular persistente se conoce comúnmente como rechinar de los dientes, siendo los movimientos en excéntrica, los más comunes en el bruxismo nocturno, en cambio, el bruxismo en centrífica (sólo mantener los dientes apretados) es el más común durante el bruxismo diurno. Su principal desencadenante se sitúa en el plano psicológico; se menciona al estrés como el responsable de la mayoría de los casos, aunque las repercusiones se extienden al plano de la odontología. Además del estrés existen otros factores que pueden contribuir a la aparición:

- El tipo de alimentación que sigue el paciente.
- Los hábitos del sueño.
- La postura.
- La alineación de los dientes, especialmente si ésta es inadecuada.
- Contactos oclusales defectuosos o escasos

- Masticar chicle
- Masticar por un solo lado

Un paciente puede presentar una o varias causas, de ahí la importancia de la anamnesis, ya que no basta con controlar solamente la sintomatología, sino que en muchas ocasiones es necesario derivar a nuestros pacientes a otros especialistas.

Lo normal es contactar los dientes entre 4 a 10 minutos durante 24 hrs. Una persona con bruxismo puede hacerlo hasta por 4 horas.

Un diente al contactar con su antagonista normalmente lo hace con una fuerza puntual de 10 a 35 Kg. por diente, pero alguien que sufre de bruxismo llega a usar 150 a 300 Kg. de carga puntual al tocar un diente con otro.

A mediano y largo plazo, el daño en las articulaciones se hace mayor y los dientes y molares se van desgastando en forma irreversible. Puede haber sensibilidad frente a frío o el calor, fracturas dentarias, enfermedades en las encías, dolor en las zonas cercanas al oído, además de ruidos al abrir y/o cerrar la boca.

También puede haber cefaleas, dolor de cuello o de columna vertebral. En un alto porcentaje, estas molestias desaparecen con el tratamiento.

La solución a este problema pasa primero por un buen diagnóstico, con el paciente sentado, se palpa la musculatura para identificar los puntos de dolor y evaluar si la musculatura se presenta hipertrófica, se evalúa si hay limitación

de los movimientos de apertura bucal, así como identificar la relación entre los dientes presentes. Con esta información se puede definir el tipo de bruxismo y grado de daño a las estructuras (músculo, dientes, articulación).

El plan de tratamiento puede incluir restablecer la dimensión vertical, tratamiento de ortodoncia, uso de planos de relajación, uso de relajantes musculares de administración oral y aplicación de toxina botolínica en los principales músculos masticadores.



La atrofia maseterina es un signo externo evidente en los casos severos de bruxismo y que puede provocar una desarmonía en las proporciones del rostro, siendo este un tema estético importante, el cual se resuelve favorablemente entre 8 y 10 meses después de la primera aplicación. El alivio de los síntomas se comienza a observar entre 24 y 72 horas después de la aplicación.

Este tratamiento tiene gran aceptación por parte de los pacientes, ya que no conlleva el efecto sedante que producen los relajantes musculares de uso sistémico, y su efecto se prolonga entre 3 y 6 meses, dependiendo de la severidad del problema

TOXINA O PROTEÍNA BOTOLÍNICA

Existen 7 subtipos de toxina botolínica, se denominan de la A a la G, la toxina tipo A (TBA) es la que se utiliza en medicina y estética. Esta molécula proteica tiene gran afinidad por la unión neuromuscular. Al ser inyectada en el músculo, se conecta a la terminación colinérgica y bloquea el mecanismo de exocitosis de la acetilcolina, impidiendo su liberación en un rango de hasta 2 cm alrededor del punto de inyección. Debido a su gran porcentaje de éxito en el tratamiento de algunas patologías en que existe compromiso muscular, esta técnica se transforma en una excelente herramienta terapéutica.



Técnica de inyección:
La técnica más utilizada consiste en aplicar tres puntos de inyección en cada músculo masetero, y dos a tres en cada músculo temporal, dependiendo de cada caso. En cada músculo se inyecta entre 30 y 50 unidades de TBA.

CURSO TEÓRICO-PRÁCTICO

MICROCIRUGÍA PERIAPICAL

MÁS FIBRINA RICA EN PLAQUETAS

2 y 3 de Diciembre
contactoodontocursos@gmail.com



ODONTO
CURSOS

Global Academy of
Osseointegration

02 y 03 de diciembre

PROGRAMA:

Viernes 2 de Diciembre

Mañana de 8:30 a 13:00

Fundamentos, Diagnóstico Apical

Protocolo Quirúrgico

Uso de PRF – Sticky Bone

Casos Clínicos

Almuerzo

Tarde de 14:30 a 19:00 hrs

Hands On (Uso Microscopio,
Ultrasonido, Biodentine, PRF)

Sábado 3 de Diciembre

Mañana de 9:00 a 14:00 hrs

Cirugía en vivo 1

Cirugía en vivo 2

Conclusiones

Chesse and Wine

Docentes:

DR. JAIME CORREA | DR. JAIME ABARCA | DR. GUSTAVO MAZZEY

Más información: <http://odontocursos.cl>

Mail: contactoodontocursos@gmail.com

ESPECIALIDADES ODONTOLOGICAS

SANTIAGO Y TEMUCO

- **REHABILITACIÓN ORAL**
- **IMPLANTOLOGÍA BUCOMAXILOFACIAL**



- Director de Programas:

DR. JOSÉ VALDIVIA OSORIO

- Duración: 5 SEMESTRES ACADÉMICOS

- Modalidad: PRESENCIAL 22 HORAS

SEMANALES

- Sede Santiago: MARTES A VIERNES DE 8.00 A 13.30 HRS.

- Sede Temuco: VIERNES Y SÁBADO DE 8.30 A 19.30 HRS.

- Postulaciones: SEPTIEMBRE 2016 A MARZO 2017

- Inicio de Clases: 1 DE ABRIL DE 2017

Contacto: postgrado@uautonoma.cl

SANTIAGO: fabiola.galvez@uautonoma.cl

+56 2 23036026

Av. Pedro de Valdivia 425 Providencia 1er piso

Temuco: carolina.silva@uautonoma.cl

+56 45 2895037

Porvenir 501 Temuco

ESPECIALIZACIÓN EN REHABILITACIÓN ORAL

Objetivo: Complementar y profundizar la formación profesional del cirujano dentista en las áreas de: Oclusión, Odontología Restauradora, Prótesis Fija, Prótesis Removible y Prótesis sobre Implantes. Este programa forma Especialistas con conocimientos y competencias clínicas para diagnosticar, planificar y ejecutar el tratamiento rehabilitador en casos de mediana y alta complejidad.

ESPECIALIZACIÓN EN IMPLANTOLOGÍA BUCO MAXILOFACIAL

Objetivo: Formar a un Especialista tanto quirúrgica como protésica de la Implantología, con conocimientos y competencias para diagnosticar, planificar y ejecutar el tratamiento implantológico más adecuado para resolver casos de perdida parcial o total de la dentición natural.

El correcto uso de sedación con óxido nitroso



Bruna Benso DDS, MSc, PhD

Profesor Asociado
Instituto de Farmacología y Morfofisiología,
Universidad Austral de Chile.
Doctora en Farmacología, Anestesiología
y Terapéutica
Universidade Estadual de Campinas
(UNICAMP), Brasil.



Pedro Aravena DDS, PhD

Profesor Auxiliar
Doctor en Ciencias Médicas
Facultad de Medicina, Universidad Austral
de Chile.

La atención dental es considerada como una experiencia aversiva e invasiva la posición reclinada, falta de control o uso de instrumentos cortopunzantes. Otros aspectos tienen cuestión con rasgos de la personalidad ya sea por malas experiencias previas, ansiedad y factores cognitivos propios de la edad y madurez de los niños y niñas. Por ello, muchas veces las atenciones no son exitosas o se alargan por la dificultad de la atención. Esta situación es estresante y traumática para pacientes y dentistas, dificultando

el logro de los objetivos propuestos en cada visita (1). La norma de Control de Ansiedad en la Atención odontológica de Chile presentada el año 2007 (2) reconoce la sedación como método farmacológico en pacientes que sean incapaces de aceptar el tratamiento convencional ya sea por un nivel de ansiedad no controlable por otras medidas no farmacológicas; por un nivel de comprensión insuficiente para adaptarse al tratamiento; en pacientes refractarios al manejo no farmacológico de la ansiedad, fóbicos o ansiosos; aquellos con desórdenes de movimiento o incapacidad física o mental, en niños que presentan marcado reflejo nauseoso y en aquellos procedimientos traumáticos indicados en pacientes no cooperadores.

Actualmente la atención dental de pacientes de difícil manejo son en centros de referencia bajo el uso de anestesia general administrado en un pabellón central con las repercusiones y los costos adicionales que ello significa. La solución costo-efectiva a este problema es la sedación ambulatoria del óxido nitroso en la consulta dental. El Óxido nitroso es reconocido por la norma de Ansiedad del MINSAL (2) como un fármaco de sedación mínima para control de ansiolisis generando un estado inducido sin causar depresión de la conciencia. Es por clasificación un anestésico general débil y en concentraciones de uso clínico produce únicamente sedación y analgesia. Posee características muy favorables como rápida absorción y eliminación, efecto analgésico y ansiolítico, estabilidad respiratoria y cardiovascular, de olor dulce y carencia de efecto irritante de la vía aérea, lo que lo hace muy tolerable a la inhalación (3).



El óxido nitroso es considerado una alternativa a anestesia general, especialmente para la atención de paciente fóbicos y portadores de necesidad especiales, disminuyendo riesgos al procedimientos clínicos, costos operacionales y complejidad al tratamiento. En países desarrollados como Estados Unidos, Inglaterra, Australia y Suecia la técnica de sedación es usada ampliamente y desde 1889 y se encuentra disponible en el sistema de salud (4). Una gran ventaja de la técnica la analgesia y sedación que potencializa el efecto del anestésico local, no induciendo a dependencia y como no es metabolizado por el organismo, no posee efectos tóxicos y residuales. En aspectos de seguridad, la técnica es considerada el procedimiento más seguro de sedación medicamentosa. Los efectos adversos reportados son menores con una frecuencia cercana al 10% de las atenciones dentales

(trastornos vasovagales y problemas digestivos), considerándose la sedación por inhalación de óxido nitroso una alternativa segura y eficaz (5).

En Chile, el uso de sedación con óxido nitroso es reconocido por el MINSAL como un método farmacológico de atención. Sin embargo, aún no es usado popularmente en las consultas dentales. Por ello y, lamentablemente, se está usando la sedación como propósito comercial, en el cual reconocidas marcas comerciales ofrecen cursos diarios y la venta de equipo sin una capacitación adecuada con el inminente riesgo de sobre sedación, depresión del Sistema nervioso Central y riesgo de muerte. Ante ello, se debe reconocer que la administración de un fármaco que actúa a nivel central requiere de capacitación y experiencia del personal profesional a cargo de, a lo menos, cursos de 100 horas académicas. Al respecto, este año se ha iniciado un diploma de postítulo en Sedación Consciente con Óxido Nitroso para uso en la Clínica Odontológica en la Universidad de Valparaíso, reconociendo el primero en ofrecer las competencias idóneas para el trabajo de sedación inhalatoria en nuestro país.

Con estos antecedentes, esperamos que las nuevas generaciones de cirujanos dentistas y de especialistas en el tratamiento de pacientes de difícil manejo incorporen profesionalmente el método de sedación consciente con óxido nitroso. Insto a que instituciones de salud y Universidades debidamente acreditadas o áreas afines contribuyan con la enseñanza de esta tecnología, esperando que poco a poco contribuir con la atención integral de este tipo de paciente y, con ello, la mejora de su calidad de vida.

REFERENCIAS:

1. Aravena P & Benso B. Management of phobic dental patients and conscious sedation with nitrous oxide in Chile. *Journal of Oral Research*, 2016; 5(3):101-102.
2. Fernández Fredes O, Flores Barret MT & Mánquez Hatta E. Norma control de la ansiedad en la atención Odontológica. Ministerio de Salud. 2007
3. Peterson SA & Tahmassebi JF. Paediatric dentistry in the new millennium: 3. Use of inhalation sedation in paediatric dentistry. *Dent Update*. 2003;30(7):350- 356
4. Hennequin M, et al. A clinical trial of efficacy and safety of inhalation sedation with a 50% nitrous oxide/oxygen premix (Kalinox™) in general practice. *Clinical oral investigations*, 2012;16(2):633-642.
5. Malamed SF & Clark MS Nitrous oxide-oxygen: a new look at a very old technique. *CDA*, 2003;31(5):397-404.

UNA PERSONA CULTA SE PREOCUPA DE SU SALUD BUCAL.

PRÓXIMAMENTE ...

La nueva aplicación para smartphone
que aumentará el flujo de pacientes
en tu clínica odontológica

Preínscribete ahora en www.dentu.cl



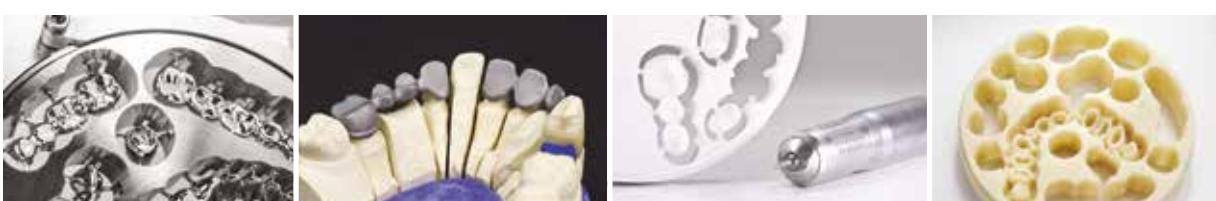


*Dental
Innovation
Techniques*

Abiertos, digitales, multimaterial

Somos un centro de fresado con tecnología láser de punta, desarrollamos soluciones protésicas en rehabilitación dental.

DITChile está preparado para recibir en nuestros múltiples sistemas CAD/CAM cualquier archivo digital en formato .stl, lo que nos convierte en un sistema abierto. Podemos reproducir estos archivos en estructuras de variados materiales aprobados por entidades de la mayor exigencia en calidad, como lo es el CrCo, zirconio, titanio, entre otros. Nuestro flujo de trabajo depende de los requerimientos de los laboratorios y clínicas, quienes pueden elegir un proceso completamente digital o modular.



Rehabilitación oral implantoasistida de un paciente dentado parcial



Yuri Adriazola

Cirujano dentista, Especialista en Rehabilitación Oral. Docente Universidad Mayor.



Fernando Seguel

Cirujano dentista, Especialista en Implantología Bucocomaxilofacial, Magíster en Pedagogía Universitaria. Director Escuela de Odontología, Facultad de Medicina, Universidad Austral de Chile.



RESUMEN

Se presenta un caso clínico de una mujer de 37 años dentada parcial, atendida en las clínicas odontológicas de la Universidad Autónoma de Chile, Temuco, la cual presenta una prótesis removible superior desajustada y con compromiso estético desfavorable. Adicionalmente presenta mal pronóstico terapéutico en varios de sus dientes remanentes. Posteriormente se realizó un tratamiento rehabilitador mediante una prótesis híbrida total superior implantoportada sobre seis implantes



Se utilizaron los siguientes exámenes complementarios:

1. Análisis oclusal de modelos en articulador semiajustable tipo arcón Whip-Mix 2240.
2. Fotografías extra e intraorales con cámara Reflex Nikon D5000.
3. Tomografía CBCT de haz cónico de alta resolución bimaxilar voxel isotrópico de 100µm. Se realiza corrección de centro de nitidez e individualización de eje individual en área anatómica de interés. Se realizan cortes de 0.3 mm referenciados a escala 1:1.
4. Radiografía panorámica, lateral y análisis cefalométrico.
5. Exámenes de laboratorio: hemograma, tiempo de protrombina y tromboplastina, glicemia y ECG, los cuales presentaban valores normales.



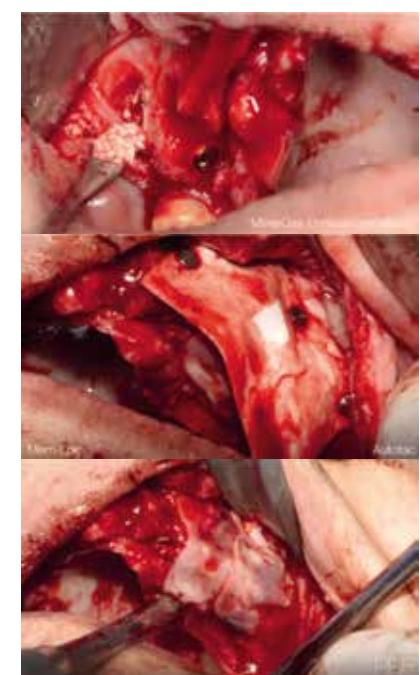
HALLAZGOS CLÍNICOS

En el examen físico general la paciente presenta una marcha y deambulación normal, consciente, en buen estado nutritivo, pulso, presión, respiración y temperatura dentro de parámetros normales. En el examen físico segmentario es mesofacial, y presenta leve asimetría facial, plano bipupilar no coincidente con plano oclusal y perfil convexo. Presenta maxilares de tamaño normal, secuelas de enfermedad periodontal y múltiples recesiones gingivales. Dada esta condición, manifiesta complicaciones al intentar relacionarse de manera óptima con su entorno cercano y laboral.



TRATAMIENTO

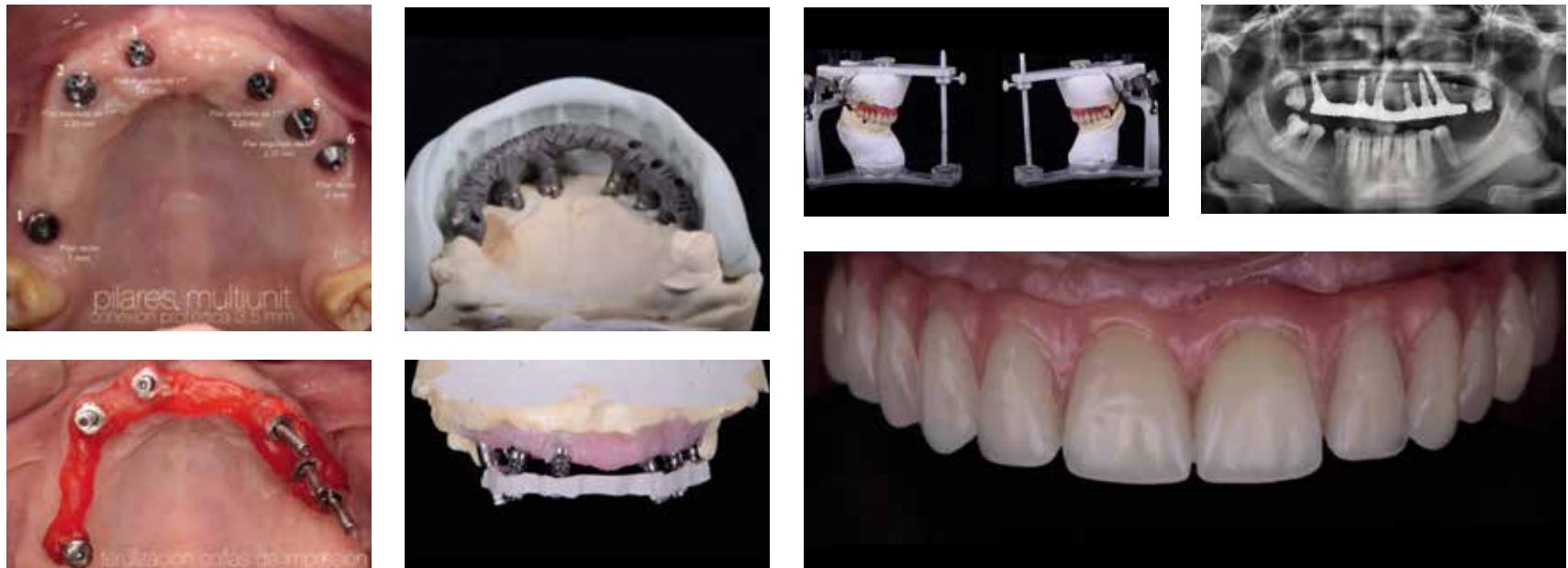
En consideración del motivo de consulta del paciente y análisis clínico y de sus exámenes complementarios, se planificó la exodoncia de los dientes 1.6, 1.2, 1.1, 2.1, 2.2, y destartraje supra y subgingival del maxilar inferior en una primera etapa etiológica y la confección de una prótesis inmediata.



ETAPA QUIRÚRGICA

Seis meses después, y de manera de compensar la severa atrofia del maxilar superior tanto en sentido vestibulo-palatino como de altura, se realizó un recontorneado y splitting de los rebordes alveolares de forma bilateral, elevación de seno maxilar derecho y regeneración ósea guiada bilateral mediante aloinjerto particulado cortical-esponjoso Mineross® en conjunto con PRF obtenido mediante centrifugación de una muestra de sangre de la paciente a 1500 rpm por 15 minutos, uso de membrana de colágeno (Mem-Lok®) biorreabsorbible y fijación mediante microtornillos de titanio con el sistema Autotac®.

El fresado quirúrgico e instalación de los implantes se realiza según protocolo indicado por el fabricante de implantes Biohorizons®.



ETAPA REHABILITADORA

Se rehabilitó el maxilar superior mediante una prótesis híbrida total implantosportada sobre seis implantes de conexión interna de plataforma regular con tratamiento de superficie (Biohorizons®). Se instalan pilares multiunit rectos y angulados de 17° de 2.25 mm de altura para compensar la inclinación de los implantes. Luego se realiza la instalación de cofias de transferencia sobre cada pilar multiunit las cuales se ferulizan mediante Pattern resin®. La impresión se realiza con una cubeta individual espaciada y perforada utilizando silicona por adhesión de consistencia mediana y fluida. Posteriormente se realiza una llave de yeso para comprobar la correcta confección del modelo definitivo y se llevó a cabo el registro de las relaciones cráneo máxilo mandibulares y estéticas mediante una placa de relación. La selección dentaria se basó en parámetros fisiológicos, estéticos y craneométricos de la paciente en relación a forma, tamaño y color. Despues se envió a realizar la estructura metálica al laboratorio (Gubelin, Temuco) guiada por el índice de silicona obtenida de la ordenación previa. Luego se realiza la prueba clínica y radiográfica de la estructura metálica de forma pasiva. Una vez aprobada esta etapa, se realiza la ordenación dentaria en cera la cual se vuelve a probar en el paciente de manera de evaluar factores estéticos y funcionales. Finalmente se envía a terminar en acrílico de termopolimerización rosado y se realizan las pruebas estéticas, funcionales y de oclusión definitivas.



reddot award 2014
winner

#webdentalOnTour: Recorriendo Chile junto a los

La agenda de eventos odontológicos a lo largo del país cada día se pone más extensa, interesante y muy rica tanto en aspectos profesionales como en camaradería. webdental.cl presente en los más importantes eventos del área, comparte algunos de los más destacados.

Puerto Varas

JORNADAS OUTDOOR SOCH PUERTO MONTT

Con paisajes de ensueño, grato ambiente y camaradería, el Hotel Cabaña del Lago en la hermosa ciudad de Puerto Varas fue el epicentro de las Jornadas Outdoor SOCH Puerto Montt, que contaron con la asistencia de destacados profesionales de la salud oral, además de diversas actividades.

Cabe señalar que el Dr. Francisco Marchesani dictó cátedra de su conocimiento con el tema: "Aspectos Quirúrgicos Imprescindibles en Rehabilitación Implantoadsistida".

También el MotoRaid en la Carretera Austral fue el deleite de los asistentes que buscaban adrenalina y velocidad.



La Serena

IV JORNADAS ODONTOLÓGICAS INTEGRAMÉDICA LA SERENA

El 21 y 22 de octubre el Hotel Casino Enjoy fue el lugar ideal para llevar a cabo las IV Jornadas Odontológicas Integramédica La Serena. Más de 250 asistentes, conferencistas de lujo y las empresas que siempre respaldan a la odontología nacional repletaron el lugar.

Asimismo los profesionales de la salud oral asistentes, se mostraron más que satisfechos con el altísimo nivel mostrado por los speakers en las dos jornadas que constituyeron el evento.

Destacamos a cada uno los destacados speakers quienes brillaron con luz propia en sus respectivas áreas, destacándose: Dr. Andrés Powditch, Dra. Andrea Ormeño, Dr. Gustavo Mazzei, Dr. Nicolás Skármata, Dr. Carmen Moren y Dr. Marcelo Ferrer.



Concepción

CONGRESO INTERNACIONAL SPROCH CONCEPCIÓN

El pasado fin de semana, 30 de septiembre y 01 de octubre, en la hermosa ciudad de Concepción, se vivieron 2 jornadas Odontológicas cargadas de conocimiento científico, profesionalismo y camaradería. El Congreso Internacional SPROCH Concepción se disfrutó con todo, y fue el lugar ideal donde se reunieron a lo más destacado de la odontología nacional, donde tanto exponentes como participantes e invitados disfrutaron, aprendieron y compartieron.

Así también, los conferencistas dictaron cátedra en sus respectivos temas y dejaron la vara muy alta en lo que se refiere a odontología, donde los profesionales, Dr. Marco Antonio Bottino (Brasil), Dr. Hugo Albera (Argentina), Dr. Edgar García (Colombia), Dr. Abelardo Báez (Chile), Dr. Jorge Jofré, demostraron el altísimo nivel que la odontología nacional e internacional se encuentra.

amigos y la Odontología



Valparaíso CONGRESO ODONTOLÓGICO SPROCH FILIAL VALPARAÍSO

El Dr. José Valdivia, el Dr. Mariano Rocabado y el Dr. Abelardo Báez, fueron los encargados de entregar todo su conocimiento y experiencia a los asistentes al Congreso Odontológico SPROCh Filial Valparaíso, que se llevó a cabo el 21 y 22 de octubre, en el Club Naval de dicha ciudad.



Antofagasta INAUGURACIÓN DEL ITI STUDY CLUB NORTE CHILE

El pasado 15 de octubre, en el Hotel Enjoy del Desierto en la hermosa ciudad de Antofagasta se llevó a cabo el lanzamiento ITI Study Club Norte Chile.

Y dos reconocidos especialistas en la materia, el Dr. Hugo Albera (Argentina) y el Dr. Pablo Llorens (Chile), fueron los encargados de transmitir su conocimiento, experiencia y metodología a los asistentes a la ocasión.



Santiago

III JORNADAS INTERNACIONALES DE LA SOCIEDAD DE TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES Y DOLOR OROFACIAL

En la Universidad del Desarrollo y con una altísima convocatoria, se desarrollaron las III Jornadas Internacionales de la Sociedad de Trastornos Temporomandibulares y Dolor Orofacial de Chile.

El evento estuvo a cargo del Prof. Dr. Rafael Bonoliel quien haciendo gala de su conocimiento en la materia, recibió el merecido reconocimiento de los asistentes.



Productos & Servicios
URIEL

Doris Rubilar y Cia. Ltda. - Uriel Eventos
General Holley #2381 Of. 903
Providencia - RM - Chile

+562 2378 9920 | +569 9051 3070
www.urielrubilar.cl
urieeventos@gmail.com

Expertos en Productos y Servicios para
Pacientes y Profesionales



PHARMA INVESTI **PHILIPS** **CURAPROX**
SWISS PREMIUM DENTAL CARE

Colgate **VOCO** **Oral-B** **DENTAID** **Nordent**

Colegio de Dentistas

Algunas consideraciones sobre el Colegio de Cirujano Dentistas de Chile



Dr. Roberto Irribarra Mengarelli C.D.

Consejero Nacional Colegio de Cirujano Dentistas de Chile
Ex Presidente Consejo Nacional.

Ante la baja participación en el proceso eleccionario para la renovación parcial de sus Consejeros Nacionales y de Consejos Regionales, que desarrolló el Colegio de Cirujano Dentistas de Chile, **Dr. Roberto Irribarra**, Consejero Nacional y ex - presidente de la orden, puntualiza que el proceso se ha caracterizado por el cumplimiento del reglamento y la tradicional poca participación de los colegas, tanto en la propuesta de candidatos, como en la participación en las votaciones, dándole máxima importancia, la "estatura ética y moral de quienes dedicamos parte de nuestro tiempo a la labor gremial".

En dicho espíritu, Dr. Irribarra se animó algunas consideraciones que aparentemente "no son de dominio de los colegas":

1.- "Eliminaron el arancel del Colegio y ahora me pagan lo que quieren."

Esta afirmación es carente de verdad. El arancel que manejaba el Colegio de Cirujano Dentistas de Chile no cumplía las normas legales de la libre competencia,

incluso hecha la consulta al Colegio de Abogados, se nos informó que ellos lo habían suspendido. Por la normativa vigente, el Consejo Nacional decidió suspender la aplicación del arancel y hacer la consulta de su aplicabilidad al Tribunal de la Libre Competencia y a la Fiscalía Nacional Económica. ¿El riesgo de no hacerlo?, posiblemente aún lo estaríamos aplicando pero también existía la posibilidad cierta, dados los casos de colusión en los que estaban involucradas otras asociaciones gremiales, que el Colegio fuera acusado de colusión de precios, con el riesgo de perder la personería jurídica de Asociación Gremial.

La Fiscalía Nacional económica nos dio la razón y el Arancel, tal como lo aplicábamos, no se puede seguir aplicando.

2.- "Cada día hay más dentistas y el Colegio no hace nada para detenerlo".- El Colegio ha hecho campañas informativas en todos los Consejos que han debido enfrentar el problema, incluidas reuniones con autoridades del Ministerio de Educación, de Salud, las comisiones de Salud y educación de ambas cámaras, asociaciones de estudiantes etc.

Ninguna carrera ha logrado limitar la cantidad de vacantes que se ofrecen en la educación superior chilena. ¿Cuál es la varita mágica que insinúan, se podría usar para lograrlo?

Son comentarios mal intencionados que no consideran la realidad nacional de todas las carreras de educación superior, olvidando que estamos insertos en una país cuyas políticas generales no obedecen a los intereses



particulares un gremio determinado.

3.- "El Colegio no ha hecho nada por la Autorización Sanitaria de las clínicas dentales". Lo que no se ha podido conseguir es que nos liberen de la obligación de tener la autorización sanitaria para nuestras salas de procedimiento. Obligación establecida en el Decreto 1 del MINSAL del año 1990. El Colegio ha conseguido disminuir las exigencias en puntos específicos y durante el 2014 y 2015 se ha trabajado en modificaciones del decreto 283 que regula las salas de procedimiento y pabellones de cirugía menor, para incluir situaciones específicas para odontología, incluido un artículo transitorio que permita a las clínicas dentales enroscar sus salas de procedimiento y obtener tiempo necesario para regularizar su situación y obtener la autorización sanitaria definitiva sin riesgo de un sumario sanitario o clausura del recinto.

4.- "¿Te indignó el cierre de la piscina de Pirque? La piscina de Pirque se construyó en un predio de uso agrícola al que no se le hizo cambio de destino, se construyó sin permisos municipales y sin autorización sanitaria.

En la misma época que se ordenó, con acuerdo del Consejo Nacional, el cierre de la piscina, se había ahogado un menor en una piscina de una agrupación gremial en Pirque y se iniciaban las acciones legales en contra de esa organización.

La estructura jurídica del Colegio y su patrimonio estaba en riesgo al mantener la piscina funcionando en esas condiciones. Se iniciaron las gestiones para obtener la autorización sanitaria sin poder obtenerla

hasta el día de hoy por los problemas de autorización municipal. A mí también me indigna que se haya construido sin los permisos y sin el cambio de destino, arriesgando el patrimonio de todo el Colegio por ignorancia respecto de la normativa que permite la construcción de las piscinas de uso público.

En general, creo que los problemas principales de la profesión se generan por la falta de un interlocutor que tenga injerencia directa sobre los asuntos odontológicos en el país. Una Dirección Odontológica Nacional que tenga la visión nacional, el manejo presupuestario y la comunicación directa con las más altas autoridades del país, tal como lo ha manifestado incansablemente el Prof. Dr. Carlos Briede y el Colegio ante todas las autoridades con las que hemos podido reunirnos. Esta solicitud ha sido tomada por el Senado y por unanimidad han solicitado a la presidencia de la República la implementación de esta Dirección Odontológica Nacional durante este mes de Septiembre. Mientras esto no ocurra, seguiremos teniendo regiones con cobertura insuficiente, programas odontológicos más enfocados, información insuficiente acerca de la patología bucal que afecta a los beneficiarios del sistema público y careceremos de una política odontológica nacional que responda a estos problemas.

Por último quiero agradecer a todos y cada uno de los colegas que se han atrevido a ser Consejeros del Colegio y a todos los colegas que son miembros del Colegio ya que eso nos permite tener una entidad que nos represente.



Quieres compartir un Caso Clínico y NO sabes dónde Publicarlo?

Si quieras compartir información con la Comunidad Odontológica Nacional, deseas expresar tu opinión, realizar Sugerencias, Presentar Casos Cínicos o Trabajos de Investigación, hablar de Tendencias o Tecnologías Aplicadas

Puedes hacerlo ingresando a



www.webdental.cl/sitio/colabora

La comunidad odontológica de Chile te está esperando

ESTA ES TU OPORTUNIDAD

UN KIT STRONG SW KCSWO2 DE 34 PIEZAS + 30 IMPLANTES STRONG SWHI Y/O CM + MOTOR NSK

OFERTA
4.350.000



+56 965493855
+22 233 3343



VENTAS@SICHILE.COM



Unitite
The Future is NOW

1 KIT QUIRURGICO UNITITE +
20 IMPLANTES UNITITE

\$2.300.000

¿Se puede mantener el hueso cortical vestibular postexodoncia en un biotipo fino?

P.E.T. Socket Shield Technique, que saber y como hacerla



Dr. Raúl Fernando Bravo B.

Especialista en Implantología Bucamaxilofacial UDD.

Magíster en Odontoestomatología UNAB. Perfeccionamiento Implantología Avanzada. (U. de Concepción).

Perfeccionamiento Cirugía Plástica Periodontal. (U. de Concepción). Valdivia.

Docente colaborador Perfeccionamiento Implantología Avanzada. Dr. Francisco Marchesani.

Cirujano - Dentista / Laboratorista Dental

Dra. Beatriz Gómez B.

Cirujano - Dentista

Especialista en Imagenología Oral y Maxilofacial

REPORTE CASO CLINICO

Siguiendo con la secuencia de casos ya publicados, donde señalabamos los aspectos biológicos de la técnica Socket Shield Technique (Hürzeler et al. Salama et al.. Davarpanah y Szmkler-Moncler), nos centraremos en la descripción paso a paso de la misma.

EXAMEN CLÍNICO

Paciente género femenino, 30 años de edad, sin antecedentes de enfermedades sistémicas, ASA I, consulta por dolor espontáneo en relación a Pza 2.5. Al examen radiográfico se observa una pieza tratada endodónticamente, con su ligamento periodontal levemente engrosado, caries cervical, sin lesión periapical. Clínicamente, se encuentra rehabilitada mediante P.F.U. desajustada con data 10 años, perno espiga metálico intraconducto de escasa longitud. Periodontalmente posee Biotipo Fino. Se solicita scanner (CBTC) al Centro Radiológico y Maxilofacial BEGMAX, a la Dra. Beatriz Gómez Bonilla.

¿QUE SE DEBE ESTUDIAR?

1. Anamnesis, expectativas del paciente y su relación con las posibles propuestas de tratamiento para este caso en relación a implantes dentales:

-Exodoncia atraumática, injerto conectivo y preservación alveolar con provisorio Adhesivo.

-Exodoncia atraumática, implante inmediato, injerto conectivo, R.O.G con provisorio Adhesivo o atornillado según estabilidad primaria lograda.

-P.E.T. Socket Shield Technique,

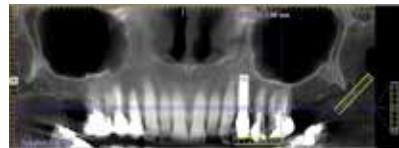


Fig. 1

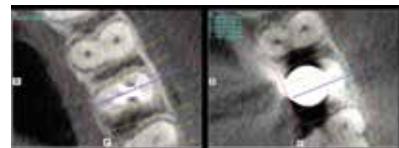


Fig. 3



Fig. 4



Fig. 6



Fig. 2



Fig. 5



Fig. 7

Fig. 1 Imagen Panorámica de Pza. 2.5 CBTC, sistema ICAT de BEGMAX.

Fig. 2 Secuencia fotográfica donde se observa desde el retiro atraumático de la corona metal porcelana desajustada y con caries cervical, continuando con la odontosección con fresa zecrya a lo largo de la raíz, dejando 1.5 mm grosor de escudo radicular y a un nivel óseo, hasta el comienzo de la instalación del implante mediante una osteotomía con protocolo de subfresado por ser hueso tipo III y torque progresivo para la provisionalización inmediata, respetando posición 3D del implante.

Fig. 3 Comparación de pre y post exodoncia de la cortical vestibular, el cual señala una medida inicial de 1.08 mm y con posterior rehabilitación mediante implante y Socket Shield Technique de 1.08mm en el mismo corte tomográfico. Es decir, sin sufrir los cambios de remodelación propios de la cortical vestibular post exodoncia que se describen en la literatura.

Fig. 4 Comparación de pre y post exodoncia de distancia con piso seno maxilar el cual señala una medida inicial de Pza 2.5 C.A de 22.6 mm, la misma con posterior rehabilitación mediante implante y Socket Shield Technique en el mismo corte tomográfico.

Fig. 5. Imagen de rehabilitación metal cerámica atornillada, en la que se observa la emergencia por zona oclusal en armonía con la posición vestibulo - palatina de la pieza dentaria original.

Fig. 6 Salud y mantención de los tejidos periimplantarios e interproximales, estética rosada respetada en este Biotipo Fino.

Fig. 7. Imagen de Corte Tomográfico ICAT de Begmax, de la relación entre la pieza 2.5 en la que se observa la posición 3D del implante, el escudo radicular y la correcta oclusión con su antagonista.

implante inmediato, provisionalización atornillada en caso de lograr estabilidad primaria.

2. Anatomía ósea del sitio quirúrgico:

- Estudio Clínico/imagenológico.
- Clasificación lecho quirúrgico. (defectos, paredes, dehiscencias, fenestraciones).
- Paralelismo o divergencia de corticales vestibulares y palatinas.
- Relación con piezas vecinas.
- Biotipo Óseo.
- Presencia o ausencia hueso interproximal.
- Longitudes VP- OA - MD, angulación.

3. Anatomía de pieza a tratar:

- Estado radicular (con lesión ACTIVA se descartaría la S.S.T)
- Estado endodóntico.
- Estado periodontal.
- Anatomía Radicular (curvaturas, número de raíces, direcciones, etc).
- Ausencia movilidad grado 2 o 3.

4. Selección adecuada del implante:

- Diseño cónico o cilíndrico según características que requiera el sitio quirúrgico.
- Tratamiento de superficie libre de contaminantes y que estimulen la

osteogénesis de contacto.

- Conexión interna o cónica con indexación de preferencia y con cambio plataforma.

TÉCNICA S.S.T. PARA PZA. UNIRADICULAR:

- a)** Anestesia infiltrativa, ideal al 3% para conseguir coágulo sanguíneo óptimo y estabilizarlo mediante provisionalización inmediata.
- b)** Usar técnica sin colgajo.
- c)** Retirar restauraciones o rehabilitaciones defectuosas. Eliminar caries presente.
- d)** Marcar con fresa zecrya en sentido MD dejando un grosor de 1.5 mm del fragmento vestibular sin tocar hueso interproximal.
- e)** Realizar odontosección hasta ápice de la pieza dentaria, previamente estudiada mediante Scanner.
- f)** Eliminación cuidadosa de fragmento radicular palatino previa luxación sin hacer palancas hacia vestibular.
- g)** Bajar altura con fresa de diamante o carbide redonda el fragmento vestibular hasta nivel óseo.
- h)** Biselar en 45° fragmento vestibular para no interferir con perfiles de emergencia.
- i)** Acondicionamiento alveolar como cualquier lecho quirúrgico.
- j)** Iniciar osteotomía con protocolo de subfresado en palatino.
- k)** Verificar direcciones con un Pin posicionador, corregir en caso de ser necesario.
- l)** Instalar el implante seleccionado de manera protésicamente guiada y con torque progresivo.
- m)** Dejar GAP entre borde del implante y fragmento radicular de 1 a 1,5 mm, de esta manera con nuestra superficie tratada fomentamos una osteogénesis de contacto.
- n)** Como alternativas, el GAP puede dejarse solo con el coágulo de sangre, con autoinjerto recolectado desde las fresas de osteotomía, con PRF o con Aloinjerto. No se recomienda injertos de lenta reabsorción o materiales aloplásticos (xenoinjertos, ni rellenos como Bio Oss).
- o)** Provisionalizar de forma inmediata idealmente atornillada, con perfil de emergencia adecuado.
- p)** Chequear oclusión y dejar sin carga, solo contacto saliva.
- q)** Antibioterapia y AINES. Colutorio a elección después del 2do día.
- r)** Esperar el tiempo de oseointegración adecuado



CONSTRU|MED

ESPECIALISTA EN ESPACIOS ODONTOLÓGICOS

DISEÑO / ARQUITECTURA / CONSTRUCCIÓN / CERTIFICACIÓN



OFRECEMOS PROYECTOS PARA SU CONSULTA

- Habilitaciones de oficinas en planta libre.
- Remodelaciones de oficinas a consultas odontológicas.
- Remodelaciones de consultas existentes.
- Todas nuestras obras son 100% certificadas.

ENTREGAMOS SU PRESUPUESTO
Y LO OPTIMIZAMOS SEGÚN SUS NECESIDADES

CONTACTOS:

www.construmed.cl / info@medempresas.cl +56 9 94990748 / +56 9 92761191

Importancia de la epidemiología en las ciencias odontológicas

Diego Prieto D.

Actualmente existe un concepto errado y muy reducido, dentro de los cirujanos dentistas, sobre los usos y la importancia de la epidemiología. Desde un punto de vista colectivo se tiende a creer que solo sirve para establecer la prevalencia de diferentes condiciones dentro de una población o un de grupo determinado de personas. Es el “típico dato” epidemiológico que toda enfermedad debe tener. Sin embargo, la importancia de la epidemiología en las ciencias odontológicas es muy extensa y es casi imposible describirla en pocas líneas.

La epidemiología se define como el estudio de la distribución y de los determinantes de los estados o eventos relacionados con la salud en poblaciones específicas y sus implicancias en el control de estos problemas de salud¹. En el área odontológica es una herramienta que aporta gran información al momento de tomar diferentes decisiones, desde cuál es la población que posee mayor prevalencia de ciertas patologías hasta cuáles son las medidas terapéuticas más eficientes, tanto para prevenirlas como para darles una repuesta de tratamiento satisfactoria.

En efecto, la enfermedad periodontal y la caries dental son uno de los mayores problemas de salud pública. Los estudios epidemiológicos son útiles para identificar y monitorear sus prevalencias entre diferentes edades y grupos geográficos, dando nuevas perspectivas de tratamiento².

El presente ensayo tiene como objetivo abordar la importancia y algunos de los usos más relevantes de la epidemiología en odontología poniendo el foco en sus enfermedades más prevalentes a través de estudios realizados en Chile y el extranjero.

El primer uso que abordaremos es el de aportar información sobre el estado de salud de la población. En Chile se han realizado diferentes estudios para establecer la prevalencia de la enfermedad periodontal y de las lesiones cariosas.

Gamonal y colaboradores realizaron, en el año 2010, el primer estudio de evaluación periodontal en que se midió la prevalencia y extensión de la pérdida del nivel de inserción clínica en la población adulta chilena. Además, evaluaron la



“ La epidemiología, a través de estudios clínicos nos puede aportar información relevante a la hora de establecer y evaluar intervenciones sanitarias. ”

relación existente entre esa pérdida de inserción con la edad, sexo, nivel socio económico / educacional y hábitos como el consumo de tabaco. Las conclusiones de este estudio determinaron que la población chilena muestra una gran prevalencia de pérdida del nivel de inserción clínica con la edad, sexo, nivel educacional y consumo de tabaco como los principales indicadores de riesgo de pérdida de inserción clínica severa³. Sus resultados se pueden comparar con los obtenidos en la última encuesta nacional de salud realizada en EE. UU entre los años 2009 y 2010 (National Health and Nutrition Examination Survey) cuyos datos publicados el año 2012, en relación a enfermedad periodontal, determinaron que cerca del 47% de la muestra presentaba algún grado de periodontitis⁴.

En relación a las lesiones cariosas, durante el año 2012, Urzúa y colaboradores elaboraron un estudio para evaluar la prevalencia de caries dental, pérdida de piezas dentarias y factores de riesgo entre la población adulta chilena, considerando la edad, sexo y diferentes tipos de comportamientos. También llegaron a la conclusión de que la población chilena tiene una alta prevalencia de caries y de pérdida de piezas dentarias con la edad, nivel educacional, depresión e ingreso económico personal y familiar como los principales factores de riesgo⁵.

Como se puede apreciar, la prevalencia de estas enfermedades es alta dentro nuestra población. Por este motivo, además del uso anterior, es importante conocer la historia natural de estas patologías y las causas que la producen

a través de estudios epidemiológicos. Para esto se usará un ejemplo aplicado en periodoncia.

Un estudio muy cuestionado por sus implicancias éticas fue el realizado por el Dr. H Löe entre los años '70 y '80 del siglo pasado. El Dr. Löe y su equipo describieron el inicio, la progresión de la enfermedad periodontal y la consecuente pérdida de piezas dentarias en una población de Sri Lanka que nunca estuvo expuesta a ningún programa o incentivos relativos a la prevención o tratamiento de enfermedades orales. Pudieron determinar que la tasa de progresión anual de pérdida de inserción periodontal fue, en el grupo de rápida progresión, de 0,1 a 1 mm; en el de mediana progresión, de 0,05 a 0,5 mm y en el de baja progresión, entre 0,005 y 0,09 mm. Un dato interesante y alarmante a considerar fue que los individuos de rápida progresión, a los 35 años, habían perdido 12 dientes; a los 40 años, 20 dientes y a los 45 todos eran desdentados totales⁶.

Actualmente hay suficiente evidencia científica que demuestra que la enfermedad periodontal es predominantemente una infección bacteriana^{7,8}. Se ha descrito que los principales patógenos de la microbiota subgingival tienen una potencial virulencia y están asociados fuertemente con la etiología y la patogénesis de esta condición patológica. Pese a que ciertos microorganismos son el factor etiológico causal primario de enfermedad periodontal se han descrito algunos factores de riesgo individuales de periodontitis como, por ejemplo: sexo, consumo de tabaco y alcohol, diabetes, obesidad y síndrome

metabólico, osteoporosis, estrés y ciertos factores genéticos⁹. De este modo, otro uso e importancia de la epidemiología es establecer factores de riesgo o factores pronósticos de ciertas enfermedades.

Por último, diversos estudios clínicos han demostrado que la mayoría de las patologías orales son fácilmente prevenibles a través de simples medidas de prevención primaria como, por ejemplo: higiene oral, visitas periódicas al dentista, aplicaciones de productos fluorados y sellantes de fosas y fisuras².

La epidemiología, a través de estudios clínicos nos puede aportar información relevante a la hora de establecer y evaluar intervenciones sanitarias.

Un ejemplo práctico de esto, en nuestro país, es la implementación del plan GES cuya cobertura beneficia a niños de 6 años y adultos de 60 años dentro de otras condiciones. De esta forma se aplica una estrategia sanitaria concreta frente a patologías que, desde el punto de vista epidemiológico, presentan una alta prevalencia¹⁰.

Debido a la importancia que tiene la epidemiología en nuestro quehacer diario, los egresados de los diferentes programas de formación de cirujanos dentistas debieran ser capaces de tomar decisiones basadas en la evidencia, que los estudios epidemiológicos de diversa naturaleza nos aportan.

En conclusión, el conocimiento de la prevalencia de las enfermedades orales, su historia natural y las causas que la producen es fundamental para orientar al profesional de la salud a que tome medidas preventivas adecuadas y elabore estrategias terapéuticas a nivel individual o aplicadas a nivel poblacional como medidas de salud pública. Próximos estudios epidemiológicos son necesarios para un desarrollo adecuado de programas que, frente a individuos de diferentes grupos etarios, promuevan la salud oral y de este modo la calidad de vida de la población se pueda ver considerablemente beneficiada.

Finalmente, es necesario determinar cuantitativamente el éxito de las medidas sanitarias realizadas, mediante un acabado análisis de la satisfacción del paciente, debido a que es el beneficiario último de todos los esfuerzos terapéuticos y de gran parte de la investigación que se desarrolla actualmente.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Last JM, Abramson JH, Friedman GD. *A dictionary of epidemiology*. : Oxford Univ Press; 2001. 2. Veiga N, Coelho I. *The Importance of Epidemiology in Dental Medicine*. of 2015;4:1983-1984. 3. Gamonal J, Mendoza C, Espinoza I, Munoz A, Urzua I, Aranda W, et al. *Clinical attachment loss in Chilean adult population: first Chilean national dental examination survey*. J Periodontol 2010;81(10):1403-1410. 4. Eke PI, Dye BA, Wei L, Thornton-Evans GO, Genco RJ, CDC Periodontal Disease Surveillance workgroup: James Beck (University of North Carolina, Chapel Hill, USA), Gordon Douglass (Past President, American Academy of Periodontology), Roy Page (University of Washin. Prevalence of periodontitis in adults in the United States: 2009 and 2010. J Dent Res 2012 Oct;91(10):914-920. 5. Urzua I, Mendoza C, Arteaga O, Rodriguez G, Cabello R, Faleiros S, et al. *Dental caries prevalence and tooth loss in chilean adult population: first national dental examination survey*. Int J Dent 2012;2012:810170. 6. Löe H, Anerud A, Boysen H, Morrison E. *Natural history of periodontal disease in man*. J Clin Periodontol 1986;13(5):431-440. 7. Kinane DF. *Causation and pathogenesis of periodontal disease*. Periodontal 2000 2001;25(1):8-20. 8. Socransky SS, Haffajee AD. *Periodontal microbial ecology*. Periodontal 2000 2005;38(1):135-187. 9. Genco RJ, Borgnakke WS. *Risk factors for periodontal disease*. Periodontal 2000 2013;62(1):59-94. 10. MINSAL. <http://www.supersalud.gob.cl/difusion/572/w3-propertyname=501.html>

contacto@edigma.cl



+56950091085
02-22011466



Manquehue Sur 520 of 512,
Las Condes, Santiago



Ez Sensor

The Premium Value For
Your Image



Dental Pioneer
VATECH
VATECH Global



- Extradelgado y cómodo
- Conexión directa al PC
- Imágenes en segundos y en todos los formatos
- Cable de alta duración.

**3 CUOTAS DE:
\$815.000**

WWW.EDIGMA.CL

 /edigmachile

DIPLOMADO EN ORTOPEDIA FUNCIONAL Y ORTODONCIA PARA EL ODONTOLOGO GENERAL 2017

DESCRIPCION Y OBJETIVOS DEL CURSO

El curso está dirigido al odontopediatra y al clínico general, su objetivo es capacitar al profesional en el diagnóstico, planificación y tratamiento de maloclusiones simples en dentición temporal, mixta y permanente, mediante el uso de la Ortopedia Funcional de los Maxilares y Ortodoncia Fija.

DURACION DEL CURSO

Curso Teórico Práctico modular 1 vez al Mes, con 10 meses de duración (Marzo a Diciembre) y un total de 200 hrs. lectivas

CURSO TEORICO PRÁCTICO

Clases teóricas, y práctica clínica con atención de pacientes en Ortopedia y Ortodoncia. Los alumnos tratarán pacientes con anomalías dentomaxilares tanto con terapia de Ortopedia Funcional de los Maxilares (aparatología removible) como de Ortodoncia (aparatología fija), bajo la supervisión de los docentes.

INICIO CURSO: Marzo 2017

COSTO CURSO

Matrícula \$100.000
\$1.200.000 (FINANCIAMIENTO 10 CHEQUES DE \$120.000)

CUPO: 24 alumnos



INFORMACION Y POSTULACIONES:

Carolina Mery :: Mail: cmeryd@yahoo.es :: Celular: 99829 0145 :: Fono: 22813 7720
Padre Mariano 83 local 1 Providencia (Metro Pedro de Valdivia)



SOMOS ESPECIALISTAS EN EQUIPAMIENTO DENTAL



PANORÁMICO HOY, TOMÓGRAFO MAÑANA

Eagle está construido sobre una plataforma inteligente, que permite UPGRADE en sus versiones. Puede adquirir un pan y futuramente realizar un upgrade para pan, tele y 3D.



Sintec Ltda.

Equipos Odontológicos de Alta Calidad

Clesta e III

■ Belmont



- Iluminación LED
- 4 posiciones para pieza de mano
- 2 líneas de aspiración

Microscopio Alltium AM 4000 Plus



- Alta Precisión
- Binocular Ergonómico
- Iluminación LED
- Cámara de vídeo digital incorporada

Clesta II

■ Belmont



- Diseño de la División Europea
- 2 líneas de aspiración
- Sillón con 4 posiciones automáticas
- Iluminación LED

Compass

■ Belmont



- Unidad Ambidiestra
- Fácil cambio de Posición de salivera y bandeja de instrumentos.
- Iluminación LED



Posición diestro



Cambio de la bandeja de lado izquierdo

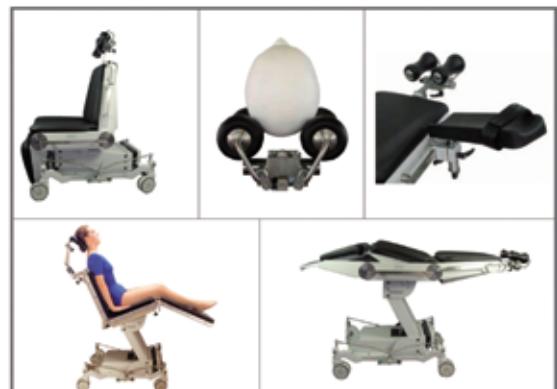


Cambio de la salivera al lado derecho



Posición zurda

Akrus SC 500



- Sillón para cirugía de implantes
- Base rodante
- Apoyo de cabeza Multiajustable
- Componentes de acero inoxidable

■ BienAir
SWITZERLAND

■ Belmont

NORTHWEST SINOL

ALLTION

Carestream

trophy

MM
MICRO MEGA

akrus

DYNMIR

Obispo Orrego N° 42, Ñuñoa-Santiago

Fonos: 2274.8165 – 2274.8170 • Fax: 2274.5639 / www.sintecltda.cl / e-mail: sintec_sec1@123.cl • sintecltda@entelchile.net

Corrección de una maloclusión clase III sólo con ortodoncia en un adulto

Dr. Juan Horacio Morales B.

Ortodoncista U. de Chile, Miembro activo de la Sorch, Director de ORTODONCIA MODERNA.

Dr. Sebastián Barraza A.

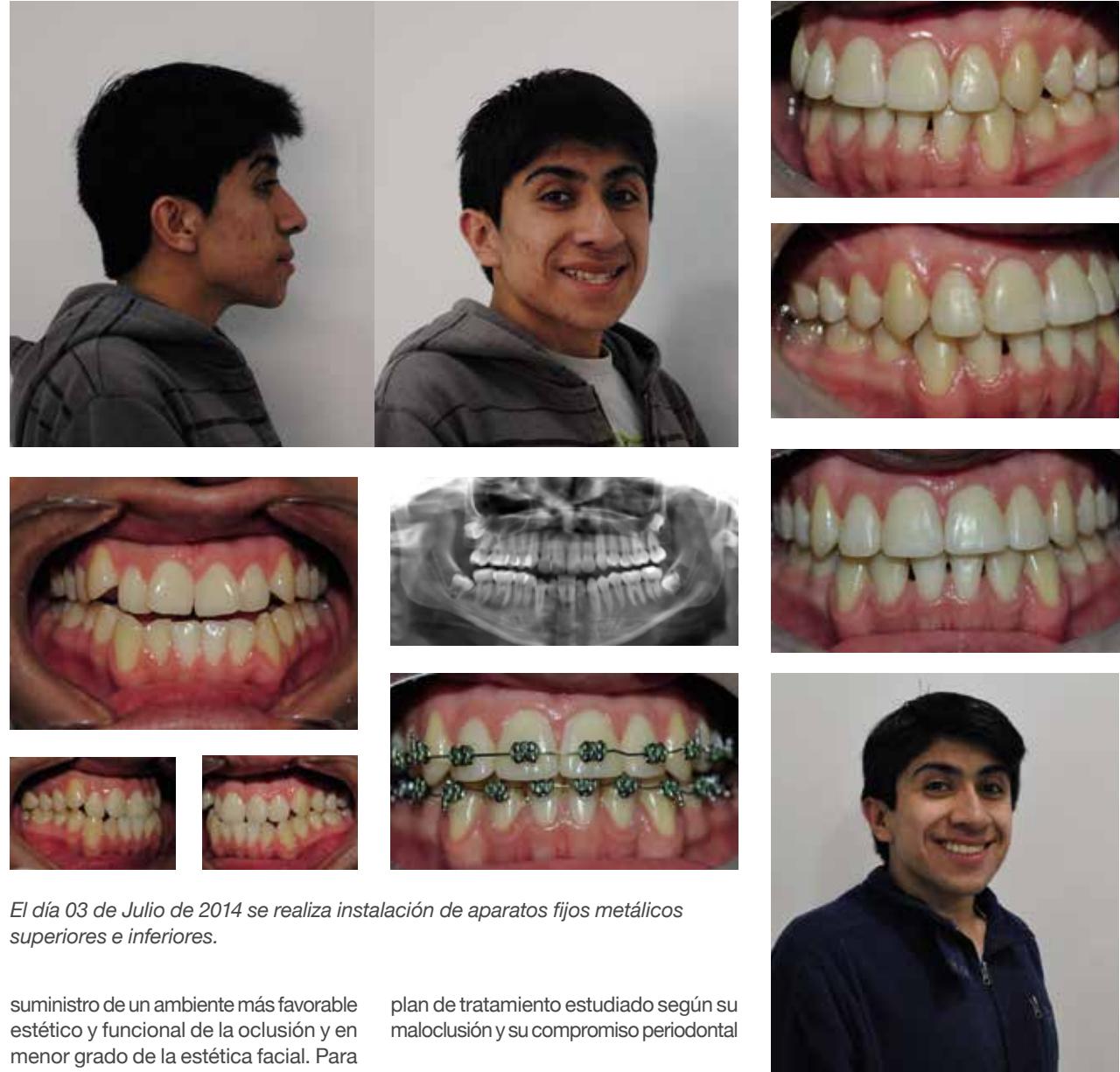
Dra. Camila Moreno C.

Las maloclusiones de clase III se caracterizan por una posición más adelantada de la arcada inferior con respecto a la superior. Este tipo de maloclusiones también llamadas prognatismo, son difíciles de resolver. En la mayoría de los estudios de epidemiología, la clase III aparece como el tipo de maloclusión menos frecuente con cifras inferiores a un 5% según el origen y la raza.

Generalmente si se trata de una clase III esquelética en un paciente adulto, el tratamiento de elección es habitualmente la cirugía ortognática combinada con ortodoncia. La cirugía reubica los huesos maxilares ya que el paciente ha terminado su etapa de crecimiento por lo que no pueden ser modificados con ortopedia como en un tratamiento temprano de clase III. Mediante la ortodoncia combinada se pretende dejar la oclusión estable y alineada. El dilema de si tratarla mediante la intervención ortopédica o tratarla tardíamente por medios quirúrgicos todavía carece de un consenso claro.

Sin embargo existen pacientes en etapa adulta, con algún grado de prognatismo que no desean someterse a cirugía ortognática dado que están conformes con su perfil o bien no poseen los recursos económicos suficientes para operarse, en algunos casos también su salud no es compatible para ello. Ellos solo buscan mejorar su condición oclusal y los apiñamientos que pueda presentar. La respuesta a estos requerimientos del paciente donde la solución se torna exclusivamente de responsabilidad de la Ortodoncia, ha sido motivo de controversia. Por un lado existe la ventaja de evitar una cirugía ortognática y sus consecuencias post operatorias más el oprobio económico y psicológico e invalidante por algunos días con resultados funcionales y estéticos exitosos en la oclusión y aceptables desde el punto de vista del perfil. Por otro lado están los detractores que alegan que es un tratamiento que en algunas ocasiones se prolonga en el tiempo y con resultados estéticos tanto oclusales como faciales inesperados.

En la actualidad se hace cada vez más necesario incrementar la tendencia hacia la solución exclusivamente ortodóncica de las maloclusiones, cuando los cambios por crecimiento y desarrollo del complejo craneofacial están terminados, para beneficio del paciente. Su objetivo es centrarse en el



El día 03 de Julio de 2014 se realiza instalación de aparatos fijos metálicos superiores e inferiores.

suministro de un ambiente más favorable estético y funcional de la oclusión y en menor grado de la estética facial. Para estos casos Cuando la mayor parte del crecimiento facial ha cesado, las opciones de tratamiento son difíciles y limitadas, se necesita un diagnóstico y una planificación de tratamiento individual, un objetivo visual de tratamiento (VTO) para estabilizar la oclusión

El presente reporte, pretende exponer una visión más amplia de cómo tratar con ortodoncia a un paciente de acuerdo a sus necesidades específicas. Enfocado en dar una solución menos invasiva a problemas considerados como de resolución totalmente quirúrgica teniendo en cuenta la importancia de mantener la salud de los tejidos periodontales. Logrando también la colaboración multidisciplinaria, el entendimiento y la coordinación de los diferentes actores en el tratamiento.

Bajo ningún aspecto, esta publicación considera incluir o comparar y discutir todos y cada uno de los aspectos de los análisis cefalométricos que avalen los movimientos ortodóncicos. Dicha discusión será objeto de presentaciones futuras.

En el siguiente caso clínico se observa el

plan de tratamiento estudiado según su maloclusión y su compromiso periodontal

CASO CLINICO

Paciente de sexo masculino, 18 años de edad, clasificación ASA I, acude solicitando tratamiento ortodóntico ya que siendo evaluado por otros profesionales no le propusieron más que la solución ortodóncica-quirúrgica a su problema. Al examen clínico se aprecia tendencia progénica con clase III Molar derecha de 4 mm y 6 mm izquierda, clase III Canina, mordida vis a vis, apiñamiento incisivo superior e inferior.

PLAN DE TRATAMIENTO

- **Maxilar superior:** Alineación de piezas dentarias en base a stripping y leve protrusión.

- **Maxilar inferior:** Exodoncia de piezas 21 y 28, distalización de caninos y retruir grupo incisivo, además de alinear las piezas dentarias y cierre de diastemas; mediante éstos actos se podrá lograr descruzar la mordida.

- **Tratamiento ejecutado mediante aparatología fija metálica MBT**

Luego de 22 meses de tratamiento, el día 09 de Mayo de 2016, se realiza el retiro de aparatos fijos metálicos en ambas arcadas.

A 3 meses de la finalización del tratamiento activo se observa estabilidad oclusal y no se observan mayores alteraciones en las piezas dentales ni en los tejidos adyacentes. Esto es posible independiente de la edad del paciente y teniendo muy en cuenta la mantención de la salud de los tejidos periodontales. Siempre empleando un protocolo correcto, así como una técnica adecuada, como en este caso en particular, se pudo entregar una solución real de forma, función y estética de manera prolongada, adecuada y definitiva al alcance de pacientes que así lo requieran.

El conocimiento ganado en biología ósea y la respuesta de los tejidos a fuerzas ligeras permite hoy en día incorporar la ortodoncia como tratamiento de primera línea.

25, 26 Y 27 DE NOVIEMBRE

PRÓXIMA FECHA: 16, 17 Y 18 DE DICIEMBRE



CONVENIOS INTERNACIONALES

CURSO DE REJUVENECIMIENTO FACIAL Y ESTÉTICA ODONTOLÓGICA

MÁS DE 150 PROFESIONALES CAPACITADOS EL 2015



ACADEMIA CHILENA DE ESTÉTICA OROFACIAL

ÁCIDO HIALURÓNICO

PARTE DEL CONTENIDO TEMÁTICO

- Anatomía y función de la piel.
- Proceso de envejecimiento.
- Estructura y función del producto biológico
- Ácido Hialurónico (descripción y propiedades).
- Resultados Clínicos esperados y tiempo de duración del efecto.
- Presentación y Preparación de las diferentes marcas
- Anatomía y función muscular facial.
- Aspectos legales.
- Farmacodinamia de la Botulina.
- Resultados Clínicos esperados y tiempo de duración del efecto.
- Presentación y Preparación de las diferentes marcas comerciales.
- Cuidados de la piel pre y post procedimiento, medicamentos complementarios, controles y re aplicación.
- Casos clínicos.

CLÍNICA CON PACIENTES

TOXINA BOTULÍNICA

PARTE DEL CONTENIDO TEMÁTICO

- Dosificación.
- Contraindicaciones. / Riesgos.
- Técnicas de aplicación
- Selección de músculos a tratar en sector odontoestomatológico.
- Fotografía clínica.
- Preparación de la piel para aplicación (limpieza, anestesia).

PLASMA RICO EN FACTORES DE CRECIMIENTO (PRGF)

PARTE DEL CONTENIDO TEMÁTICO

- Introducción y descripción histórica de la técnica.
- Fundamentación Biológica/ Histológica y Fisiológica del PRGF.
- Beneficios biológicos.
- Indicaciones y Contraindicaciones.
- Riesgos.
- Técnicas de aplicación.
- Manejo de Urgencias y Situaciones Críticas en la Práctica Clínica y Estética
- Fotografía clínica.

CLÍNICA CON PACIENTES:

- Preparación de PRP.
- Conocimiento y uso de centrífuga / calibración.
- Activación de PRP con Cloruro de Calcio.

“APRENDA EL USO
DE LA PISTOLA PARA
MESOTERAPIA U225,
LA MÁS MODERNA
DEL MUNDO”



PROFESORES DICTANTES

PROF. DR. ANDRÉS GAETE NAVARRO

- Cirujano Dentista, U. Valparaíso
- Coordinador Académico de Diplomado de Rejuvenecimiento Facial y Estética Odontológica, Universidad de la Frontera Santiago
- Magíster en Gestión de Organizaciones (MBA), U. Valparaíso
- Máster en Implantología, Rehabilitación Oral y Estética, ESI Barcelona.

PROF. DR. MANUEL NOVAJAS BALBOA

- Médico Cirujano, U. Valparaíso
- Especialista en Cardiología y Cirugía Cardiovascular (Bélgica)
- Miembro de la Sociedad Chilena de Trasplante

TM. CLAUDIA BRAVO O.

- Tecnólogo Médico, Mención en Laboratorio Clínico Hematología y Banco de Sangre, UDP.

CONTAMOS CON 10 BOX CLÍNICOS PARA QUE NUESTROS ALUMNOS
APLiquEN LOS PROCEDIMIENTOS EN PACIENTES

URGENCIAS EN CLÍNICA

Manejo de Urgencias y Situaciones Críticas en la Práctica Clínica y Estética

CLÍNICA CON PACIENTES

En nuestro curso, el alumno realizará los procedimientos clínicos aprendidos en la etapa teórica

CURSO TEÓRICO, PRÁCTICO Y DEMOSTRATIVO DIRIGIDO A: ODONTOLOGOS, MÉDICOS Y PROFESIONALES DEL ÁREA DE LA SALUD

Lugar: Andrés de Fuenzalida 55, Providencia | Matrícula: \$100.000 - descontable del curso

Valor por Módulo (1 Módulo, 1 día): \$470.000 | Valor Curso Completo (3 Módulos) : \$1.200.000

Más Información en: Celular: +(569) 540 99919



ESI Barcelona
Centro Superior de Mesoterapia y Fototerapia Uso



ACADEMIA CHILENA DE ESTÉTICA OROFACIAL

WWW.ACHEOF.CL



Nº1
en
CHILE