



Facultad de Odontología  
Universidad Nacional de La Plata

Servicio de Prácticas Odontológicas Integradas

Secretaría de Asuntos Estudiantiles

Secretaría de Posgrado



Primeras Jornadas de Actualización en Prácticas Odontológicas  
Integradas S.E.P.O.I., 2015

Prof. Dr. Emanuel R Tomaghelli



22 de octubre de 2015



MEMORIAS DE LAS PRIMERAS JORNADAS DE  
ACTUALIZACIÓN EN PRÁCTICAS ODONTOLÓGICAS  
INTEGRADAS S.E.P.O.I. 2015

UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA  
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

2015

Queda rigurosamente prohibido, sin la autorización escrita de las autoridades de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata y titular del “Copyright”, bajo las sanciones establecidas en las leyes, la reproducción total o parcial de esta obra por cualquier medio o procedimiento, incluidos la reprografía y el tratamiento informático, y la distribución de ejemplares de ella mediante alquiler o préstamos públicos.

EUFOLP no se responsabiliza por el contenido de las publicaciones, siendo las mismas de estricta y total responsabilidad de los autores.

IMPRESO EN ARGENTINA

Memoras Primeras Jornadas de Actualización en Prácticas Odontológicas Integradas, S.E.P.O.I. 2015.

Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata.

Calle 51 e/ 1 y 115 La Plata Provincia de Buenos Aires.

La Plata, Octubre de 2015.

Memorias de las Primeras Jornadas de Actualización en Prácticas Odontológicas Integradas, S.E.P.O.I., 2015 / María AyellenRoude ...

[et al.] ; coordinación general de Ivana Perdomo Sturniolo;

Dirigido por Emanuel Ricardo Tomaghelli. - 1a ed adaptada. - La Plata:

Universidad Nacional de La Plata, 2015.

46 p.; 22 x 15 cm.

ISBN 978-950-34-1273-2

1. Odontología. I. Roude, María Ayellen II. Perdomo Sturniolo, Ivana, coord. III. Tomaghelli, Emanuel Ricardo, dir.

CDD 617.6

Universidad Nacional de La Plata

Facultad de Odontología

Primeras Jornadas de Actualización en Prácticas Odontológicas Integradas  
S.E.P.O.I., 2015.

### Organización y coordinación

Servicio de Prácticas Odontológicas Integradas Prof. Dr. Tomaghelli Emanuel.

Secretaria de Asuntos Estudiantiles Prof. Dr. Lazo Gabriel.

Secretaria de Posgrado Prof. Dra. Butler Teresa.

### Comité Organizador

Presidente: Prof. Dr. Tomaghelli Emanuel.

Vicepresidente: Esp. Perdomo Sturniolo Ivana.

Secretaria: Esp. Bianchi Soledad.

Vocal: Esp. Ruscitti Soledad.

Vocal: Esp. Pellegrini Virginia.

## Comisión científica evaluadora

Prof. Dra. Teresa A Butler

Prof. Dra. Alicia E Kitrilakis

Prof. Dr. Cesar G Luchetti

Prof. Dra. Roxana L Basal

Prof. Dr. Facundo Caride

## Gestión de ISBN.

Od. Ezequiel Escudero

## Agradecimientos

El Servicio de Prácticas Odontológicas Integradas S.E.P.O.I. desea expresar su agradecimiento a todas las personas que con su apoyo han posibilitado la realización de las Primeras Jornadas de Prácticas Odontológicas Integradas.

A la Sra. Decana Prof. Dra. Stella Maris Iriquin y Vice decano Prof. Dr. Gabriel Lazo por su apoyo permanente.

Al Honorable consejo directivo de la Facultad de Odontología UNLP.

A las Secretarías de Asuntos Estudiantiles, Posgrado, Ciencia y Técnica, Asuntos Académicos y Extensión Universitaria de la Facultad de Odontología.

Al centro de estudiantes Moi Conducción.

A la Asociación Cooperadora de la Facultad de Odontología UNLP

Al coro de la Facultad de Odontología UNLP

A los Profesores y auxiliares docentes de las distintas Asignaturas por su activa participación

A los alumnos de la Facultad de Odontología de la UNLP que participaron con mucho entusiasmo en la elaboración de los poster de casos clínicos presentados.

Autoridades de la Facultad de Odontología  
de la Universidad Nacional de La Plata

Decana. Prof. Dra. Stella Maris Iriquin

Vicedecano. Prof. Dr. Gabriel Lazo

Secretario de Asuntos Académicos. Prof. Dr. Ricardo Miguel

Secretaria de Ciencia y Técnica. Prof. Dra. Graciela Merino

Secretaria de Posgrado. Prof. Dra. Teresa Butler

Secretaria de Planificación y Extensión Universitaria. Prof. Dr. Sergio Lazo

Secretario de Asuntos Estudiantiles. Prof. Dr. Gabriel Lazo

Secretario de Relaciones Institucionales. Prof. Dr. Alfredo Ricciardi

Secretario de Articulación Docente Asistencial. Prof. Dra. Lidia Rancich

Secretario de Economía y Finanzas. Prof. Dr. Pedro Salazar

Secretario de Gestión Administrativa. Prof. Dr. Juan José Oviedo

Honorable Consejo Directivo de la Facultad de Odontología de la Universidad  
Nacional de La Plata



Primeras Jornadas de Actualización en Prácticas Odontológicas Integradas  
S.E.P.O.I., 2015.

- 1. Aplicación de la técnica PRAT modificado en odontología terreno.** Autores: M. R. ALFARO. N. BENTIVEGNA; E. AMARO. Asesor científico: G. E. ALFARO.; G. LAZO; S. LAZO. *Facultad de Odontología, UNLP.*

Introducción: Paciente de 8 años de Edad, de sexo femenino, residente de la localidad de Fortín Soledad, Provincia de Formosa, Argentina. En el marco del proyecto de extensión universitaria "Formosa Salud Bucal" del Voluntariado Universitario de la Prosecretaría de Acción Comunitaria perteneciente a la Secretaría de Planificación y Extensión Universitaria Facultad de Odontología de la UNLP. Presenta una lesión de surco profundo cariado en la pieza 46 sin presentar sintomatología alguna. Descripción del Caso: Para la aplicación de la Técnica es fundamental contar con la utilización de instrumental de mano, kits de aislación, cariostático, materiales de restauración y complementarios a la práctica. El primer paso de la técnica es la aislación del campo operatorio, se continua con la remoción de tejido deficiente con instrumental de mano (remoción mecánica) y posterior aplicación de un cariostático para la inactivación de la caries dental mediante este material con el método "333" (aplicación del Flúor Diamínico de plata 38% sobre la lesión cariosa durante 3 minutos, 3 veces en 3 sesiones distintas), limpieza, restauración definitiva con ionómero multipropósito como el Fuji IX. Luego de la aplicación de la técnica se logró un resultado exitoso, ya que se logró eliminar de forma eficiente los tejidos cariados y se realizó una posterior restauración con materiales de excelentes propiedades garantizando la preservación de la pieza dentaria sana. Conclusiones: El Prat es el método de elección en las intervenciones en terrenos donde las condiciones para la odontología convencional no existen, las propiedades de los materiales incompatibles como el ionómero vítreo y el fluoruro diamínico de plata aseguran la calidad por más tiempo de la eliminación de la caries dental y de la restauración, sumado, a el mantenimiento de los agentes multiplicadores de salud en la preservación de la higiene. Esta técnica se viene realizando en comunidades por este equipo de trabajo con excelentes resultados, en el control de las infecciones en población infantojuvenil.

- 2. Liquen Atrófico-Erosivo.** Autores: M. ROUDE; C. M. ARGANARAZ; Y. PERALTA; B. ACOSTA. Asesor científico: Od. P. DORATI; S. MICINQUEVICH. *Asignatura de Patología y Clínica Estomatológica. Facultad de Odontología, UNLP.*

Introducción: El liquen es una enfermedad inflamatoria crónica de etiología desconocida y patogenia inmunológica. Las formas atípicas de Liquen Bucal se han asociado a transformación maligna, tema que es muy debatido aun en diferentes

ámbitos de la especialidad. Sin embargo, muchas comunicaciones evidencian esa posibilidad. Descripción del caso: reportamos el caso de una paciente de génerofemenino de 79 años de edad que consulta refiriendo “ardor en la lengua”. Presenta un historial de visitas previas a varios profesionales, estudios complementarios y prescripciones farmacológicas sin resultados alentadores. Una vez ingresada a nuestra Asignatura, se realiza la historia clínica correspondiente; a través de un minucioso examen estomatológico funcional y topográfico se caracterizan las lesiones elementales y se pone en marcha el protocolo de descontaminación de las lesiones, detección y control del trauma funcional y parafuncional, test terapéutico y se programa la biopsia para estudio histopatológico de confirmación. Con diagnóstico de certeza continúa en tratamiento y seguimiento en la Asignatura de Patología y Clínica Estomatológica de la FOLP. Actualmente en fase de rehabilitación odontológica multidisciplinaria en nuestra institución. Conclusiones: La realización de una correcta Historia Clínica y la identificación de las lesiones elementales, son el eje fundamental para la construcción del diagnóstico clínico. El seguimiento en esta entidad se constituye en el pilar fundamental del tratamiento.

**3. Niveles de IL-1 y TNF- $\alpha$  en saliva como biomarcadores en laprogresión de laenfermedad periodontal destructiva.**Autores:J. BAUDO; S. TOSTI; A. CECHO; D. MAZZEO; P. ALLEGRETTI.*Facultad de Odontología, UNLP.*

Introducción:La enfermedad periodontal es una infección de origen bacteriano, cursa con un proceso inflamatorio crónico. La IL-1 y el TNF- $\alpha$  son potentes estimuladores de la reabsorción ósea. Objetivo: Identificar en saliva de pacientes con enfermedad periodontal, la presencia de IL-1 y TNF- $\alpha$  en las fases preoperatorias, postoperatoria y de mantenimiento; y correlacionar la concentración de estos biomarcadores con parámetros clínicos periodontales. Material y Método: se tomó una muestra de 60 individuos, divididos en 2 grupos de 30 sujetos: un grupo de enfermos periodontales y otro de control, sanos. Se les realizó historia clínica, seriada periapical, índice de placa, medición de la profundidad de la bolsa periodontal y graduación de la movilidad dentaria. Se recogió muestras de saliva que se estudiaron por cromatografía gaseosa identificando los niveles de IL-1 y TNF- $\alpha$ . Los hallazgos de estos biomarcadores se correlacionaron con los aspectos clínicos y la progresión de la enfermedad. Resultados: Se registraron mayores niveles de IL-1 y TNF  $\alpha$  en los enfermos periodontales que en el grupo control. En la etapa de mantenimiento 7 pacientes presentaron niveles altos de los biomarcadores y recidiva de la enfermedad. Conclusión: los resultados obtenidos evidencian el valor de los biomarcadores como factor determinante al momento de establecer su incidencia en la gravedad de la enfermedad periodontal.

**4. Estomatitis aftosa recidivante. Formas mayores y menores. Clínicay epidemiología.**Autores: M. ROUDE; C. M. ALFARO; S. BOSI GARCIA. Asesor científico:

P. DORATI; S. MICINQUEVICH. *Asignatura de Patología y Clínica Estomatológica. Facultad de odontología, UNLP.*

Introducción: Con el objetivo general de evaluar los aspectos clínicos y epidemiológicos de esta entidad en los pacientes que concurren a la Asignatura, se recolectaron datos de historias clínicas de pacientes ingresados durante el segundo cuatrimestre de 2014. La muestra se conformó por 270 (n=270) pacientes de ambos géneros con rango de edades entre 12 y 74 años. Descripción de los casos: Se obtuvieron datos referentes a inicio, duración, tiempo de interurrencia de los episodios y aspectos semiológicos. Esta exploración reveló que en la serie estudiada n=270; 62 pacientes (22,96%) tuvieron diagnóstico clínico al momento de la consulta; siendo 42 femeninos (67,74%) y 20 masculinos (32,25%); 41 (66,12%) fueron estudiantes universitarios; 59 (95,16%) lesiones erosivas (formas menores) y 3 (4,83%) ulcerativas (severas o mayores); 12 pacientes (24,19%) presentaron lesiones múltiples de evolución subintrante; la mucosa labial inferior se vio más afectada, con 39 lesiones (62,90%); el total de los pacientes diagnosticados clínicamente 62 (100%) refirieron haber padecido lesiones similares a las del momento de la consulta, en otros sitios de la mucosa bucal durante el año del estudio; en un paciente con aftas severas ulcerativa se corroboró la relación con enfermedad intestinal inflamatoria (enfermedad de Crohn) Conclusiones: La prevalencia coincide con los registros informados a nivel mundial. El estudio permitió corroborar las formas semiológicas más comunes y al estrés académico como condicionante favorecedor de su aparición en la población estudiantil.

**5. Pseudopapiloma diapnéusico de lengua.** Autores: T.BAUER; A.BOAGLIO;T.F.SILVESTRE. Asesor científico:M. YUNES; M. SILINGO. *Servicio de Prácticas Odontológicas Integradas. Facultad de Odontología de LaPlata, UNLP*

Introducción:El pseudopapiloma histológicamente es una hiperplasia del tejido conectivo a diferencia del papiloma que lo es del tejido epitelial. El pseudopapiloma diapnéusico, precisamente, es provocado por el mal hábito del paciente de colocar un sector de la mucosa labial, lingual o yugal en los espacios interdentarios y succionar en forma constante. El tratamiento se basa en una corrección de los hábitos y extirpación quirúrgica. Descripción del caso: Paciente de sexo femenino de 42 años, desdentada parcial y no utiliza prótesis hace aproximadamente 5 años. Presenta molestia en el borde lateral izquierdo de la lengua a la altura de la pieza dentaria 36 causada por la presencia de una masa tumoral hace aproximadamente 2 años. No sangra y el tamaño de la misma es de aproximadamente 8 mm. Es una lesión exofítica de superficie rugosa, de consistencia semisólida, color rosado y base sésil. La técnica comprende anestesia en toda la periferia de la lesión. Excisión con bisturí Nro. 15 alrededor de la base de la lesión, siendo ayudados por una tijera roma

y una pinza de disección sin tensar la lesión. Una vez terminada la remoción total del pseudopapiloma, se realizó una sutura simple. La muestra se envió para estudio anatomopatológico. Las indicaciones postoperatorias fueron realizar el menor movimiento posible, con lo cual, tendrá comprometida la fonación, deglución, etc. Se indicó antibioticoterapia y control a la semana. Conclusiones: La gran incidencia del pseudopapiloma diaprénusico en la cavidad bucal nos lleva a pensar en preconizar la prevención: manteniendo las piezas dentarias en condiciones de salud o, de no ser posible, la sustitución de las mismas con una correcta prótesis dental.

**6. Diagnóstico del niño en crecimiento: Una visión global.** Autores: M. BETI; M. RUIZ. *Asignatura Odontología Integral Niños. Facultad de Odontología. UNLP*

Introducción. Es necesario conocer las patologías más frecuentes en el niño que pueden implicar alteraciones del sistema estomatognático, se debe conocer la Influencia sobre la Oclusión durante el Crecimiento y Desarrollo, así como también el correcto desarrollo dental. Los elementos diagnósticos que dirijan la terapéutica hacia resultados de calidad sustentable y orientados hacia la salud, exigen de un trabajo multidisciplinar e interprofesional. La teoría de función equilibrada, analiza la relación directa de la postura y tendencia de crecimiento, repercusión en la función del Sistema Cráneo Mandibular (Rocabado 1984), es indispensable evaluar oportunamente niños con un crecimiento y desarrollo normal y/o con problemas porque esta relación directa con el óptimo funcionamiento de la cabeza y cuello. Objetivo. Desde la Asignatura Odontología Integral niños proponemos una visión global del paciente donde cada estructura y sus funciones están interrelacionada entre sí. Análisis clínico facial de frente y de perfil análisis clínico intrabucal análisis postural y funcional. Siempre acompañados de auxiliares de diagnóstico como RX panorámicas, telerradiografías y modelos. Descripción del Caso: Paciente de 9 años 8 meses dentición mixta transicional. Conclusión: El estudio de la relación entre la salud bucal, oclusión y postura nos hace entender al niño como un todo, de forma que no es posible separar el estudio de la boca del estudio del resto del cuerpo. Los odontólogos que atienden niños deberían adoptar un interés consistente y continuo por la postura de los pacientes. Además de establecer los objetivos terapéuticos, también deberán estar atentos a la posible relación entre la cavidad bucal y el esquema postural. Es imperante necesidad establecer elementos diagnósticos que dirijan la terapéutica hacia resultados de calidad sustentable, con una visión global del niño en crecimiento.

**7. Mucocele en cara ventral de lengua. Reporte de un caso clínico.** Autores: F. CÁRDENAS PÉREZ, F. ALEJANDRO. Asesor científico: M.L. MERCADO; M.G. ROM; G. DASCANIO; S. MICINQUEVICH. *Unidad Hospitalaria. Patología y clínica estomatológica. Facultad de Odontología, UNLP.*

Introducción: El mucocele corresponde histológicamente a una lesión generada por un mecanismo de retención y/o extravasación de moco, causado por obstrucción o ruptura de una glándula salival menor. Se presenta en ambos sexos, entre 10 y 40 años. El labio inferior es el sitio más frecuente. Ocasionalmente se observa en la superficie ventral de lengua. Reportamos un caso de una paciente, con diagnóstico de mucocele por extravasación. Se presenta a la consulta en la Unidad Hospitalaria de Patología y Clínica Estomatológica de la FOLP, Hospital Dr. Ricardo Gutiérrez de La Plata, una paciente femenina de 15 años, soltera, estudiante, nacida y residente en La Plata. Referida desde el Servicio de Dermatología por: una lesión en lengua que le causaba molestias al comer. Usa piercing en el labio inferior izquierdo. No refiere hábitos tóxicos. Manifiesta que la lesión tiende a romperse cuando ingiere alimentos duros y que habría fluctuado en su tamaño desde que comenzó hace un año aproximadamente. En la exploración clínica se observó una lesión exofítica en la línea media de la superficie ventral anterior de la lengua de forma oval, superficie lisa, translúcida, de 13 mm x 10 mm, sésil, blando, fluctuante e indolora a la palpación. Diagnóstico clínico: mucocele. Diferenciales: Granuloma piógeno y pseudopapiloma. Se realizó Biopsia, bajo anestesia local, donde se procedió a la enucleación de la lesión mediante la escisión total y sutura. El Estudio histopatológico dio como resultado mucocele por extravasación. Se indicó retirar el piercing. Se realizaron controles periódicos y a los tres meses se presentó una adecuada evolución del paciente, sin datos clínicos de recurrencia. Conclusión: Los mucoceles en cara ventral de lengua son infrecuentes y su apariencia clínica podría ser similar a otras afecciones, tales como lesiones vasculares, granulomas piógenos, pseudo papiloma, entre otras; el estudio anatomopatológico es prioritario, para evitar errores de diagnóstico.

**8. Liberación de incisivo retenido con tratamiento de ortodoncia** **Reseña De Caso Clínico.** Autores: N. CARRIL; J.M. HERÉNUZ. Asesores científicos: M.B. HUK; M.L. SAMPRÓN; M.J. TOMAGHELLI. *Servicio de prácticas Odontológicas Integradas. Facultad De Odontología, UNLP*

Introducción: los dientes retenidos son los que una vez llegado el momento de la erupción quedan alojados en los maxilares por diversos factores patológicos o traumáticos. La retención puede causar diversas alteraciones. Caso clínico: paciente de sexo masculino de 10 años de edad que llega a la consulta presentando retención de pieza 21 pasado su periodo normal de erupción. Conclusiones: esta afección de diferentes causas etiológicas es infrecuente y puede evidenciarse en niños y rara vez en adultos, por lo que obliga al odontólogo en su examen de rutina a la identificación y eventual intervención del equipo multidisciplinario para tratar esta afección evitando complicaciones.

## 9. La importancia del diagnóstico de caries: ICDAS II.

Autores: R. FERNANDEZ; S.M IRIQUIN; M. RIMOLDI; C. MENDES; L. RANCICH; J OVIEDO; D. MAZZEO; C. LANCON; G. FINGERMAN. *Facultad de Odontología, UNLP.*

Introducción: Se han introducido criterios diagnósticos más sensibles para el registro de caries dental, ya que la medida tradicional de la caries dental en la fase de cavitación, excluyendo las fases de pre cavitación no resulta suficiente para reflejar los cambios lentos registrados en la incidencia de caries en las poblaciones actuales. Además, se ha demostrado que el diagnóstico de la caries registrado solo a nivel de cavitación conduce a una subvaloración importante de la prevalencia real de la enfermedad. El ICDAS es un sistema internacional de detección y diagnóstico de caries. Su objetivo es diagnosticar visualmente la caries dental, para establecer su severidad y detectarla lo más temprano posible. Descripción del caso: Se presentan casos clínicos diagnosticados en la Asignatura Odontología Integral Niños, respetando el protocolo de diagnóstico de caries del ICDAS: 1. Valoración de las superficies dentales limpias con buena iluminación y con el aire de la jeringa triple, 2. Utilización de criterios descriptivos en la apariencia visual de cada superficie dental 3. Utilización de un explorador de punta redonda (Sonda Periodontal WHO, 11.5) solamente para adicionar información en la apreciación visual. (Ismail 2004) 4. Se deben examinar de manera sistemática: primero la superficie oclusal, seguida de la mesial, vestibular, distal, lingual y radicular de cada diente. 5. Para efectos de diagnóstico de caries: Los cálculos no se remueven y se registra "sano". (Ismail 2006). Conclusiones: Actualmente el diagnóstico de caries dental se diferencia sustancialmente del tradicional basado en el explorador y el índice CPO. Este sistema tiene aplicaciones en la práctica diaria, la investigación clínica, la epidemiología y la salud pública, al igual que en educación dental, permite tratamientos oportunos y evita terapéuticas más invasivas y costosas.

**10. Tratamiento oportuno de mordida cruzada en dentición mixta.** Autores: A.M. FUNARO. Asesor científico: ANA MARÍA KITRILAKIS. *Asignatura Ortopedia Funcional de Los Maxilares. Carrera de Especialización en Ortodoncia. Facultad de Odontología de La Plata, UNLP*

Introducción: La mordida cruzada o mordida invertida es un trastorno del crecimiento dentario que involucra no más de dos piezas dentarias por discrepancia local o mal posición. Se debe corregir en dentición temprana o mixta. Las causas pueden ser traumatismos de dientes temporarios que desplazan a los permanentes en desarrollo, falta de diastemas, pérdida de longitud del arco, extracciones tempranas, caries. Requiere de interconsulta y tratamiento en forma conjunta con fonoaudiólogo y otorrinolaringólogo en casos de compromiso de vías respiratorias. Descripción: Paciente de 10 años de edad, sexo masculino. Examen clínico: Normo relación mandibular con mordida invertida anterior. Línea media dentaria superior e inferior

coincidente con frenillo labial y lingual. Desarmonía de arcada superior e inferior por asimetría sagital y asimetría transversal. Traba oclusal anterior por p. 31 y 33 cruzadas. Apiñamiento dentario anterior. Perfil recto tendencia a cóncavo, perfil labial superior e inferior positivo. Línea de la sonrisa desviada, línea bipupilar inclinada, asimetría facial. Examen radiográfico: ejes de erupción sin compromisos, vías aéreas permeables Examen fonoaudiológico: Posición baja y adelantada de la lengua, deglución atípica, respiración mixta bucal nocturna con babeo, tipo respiratorio costal superior. Actitud postural: pérdida de la línea de gravedad. Objetivos: Liberar traba oclusal; corregir mordida cruzada anterior, asimetría transversal, asimetría sagital; Estimular sector antero superior e inferior para alinear y nivelar, tratamiento con fonoaudiólogo para corregir la deglución atípica, respiración nocturna y rehabilitación neuromuscular. Plan de tratamiento: Registro de mordida constructiva borde a borde para confección de aparato abierto elástico de Klammt. Tratamiento fonoaudiológico. Conclusiones: Las disgnasias son problemas funcionales que detectados y tratados en tiempo oportuno evitan que se transformen en problemas de tipo esqueleto-dental. En los tratamientos ortopédicos buscamos lograr corregir la dimensión vertical, transversal y sagital correcta antes del final del brote de crecimiento puberal, y rehabilitación neuromuscular con el tratamiento coadyuvante del fonoaudiólogo obteniendo así resultados altamente satisfactorios a menor costo, tiempo, sin recidivas y menor compromiso de los tejidos dentarios.

**11. Prevalencia De Accidentes Punzocortantes Y Material Biológico EnEstudiantes De Odontología. Unlp.** Autores:G.F FINGERMANN; M.G ROM; L.E RANCICH; L.RUEDA. *Bioseguridad. Facultad de Odontología de La Plata,UNLP*

Introducción: La Odontología dentro del marco de las Ciencias de la Salud, es considerada una profesión de alto riesgo. Con la aparición de nuevas enfermedades transmisibles es imprescindible utilizar la educación para promover un modo de vida sana. La falta de conocimiento de las normas de bioseguridad sería una de las causas más importantes de accidentes con elementos punzocortantes y material biológico. Consideramos que en la etapa de formación del alumno, la bioseguridad debe constituir una acción educativa sistematizada que permitirá preservar la salud reduciendo el riesgo de transmisión de infecciones durante los procedimientos odontológicos. Objetivo: Consiste en identificar las causas de los accidentes por objetos punzocortantes y material biológico en estudiantes de la Facultad de Odontología UNLP. Material y Métodos: Se realizó un estudio retrospectivo de 127 casos(n=127) de accidentes punzocortantes y material biológico durante dos años (2013-2014) registrados durante las prácticas clínicas en los cinco turnos de los dos cuatrimestres. Relevando las siguientes variables a través de los protocolos de exposiciones y punciones accidentales: sexo, causa, ubicación anatómica de la lesión y su relación con los cursos de la carrera. Resultados: Se obtuvo un predominio en el

sexo femenino (78%). Las causas más frecuentes de los accidentes fueron: aguja de anestesia (52%), instrumental punzocortante (27%), aguja de sutura (12%), material biológico (6%) y aguja de irrigación (4%). La ubicación anatómica predominante fue del 87% en los dedos de las manos. Entre otras localizaciones se presentan en mayor porcentaje en los ojos y palmas de la mano. En el 2do. Cuatrimestre se produjeron el 64% de los accidentes. Conclusiones: Los resultados muestran una problemática existente en la práctica odontológica de los estudiantes de la FOLP-UNLP que los coloca en situación de alto riesgo, por lo que implica la necesidad de promover en ellos una cultura de seguridad para su ejercicio profesional.

**12. Gingivoestomatitis herpética. Reporte de Caso Clínico.** Autores: M. GRUCE; M. A. LAJARA LAMBRECHT; M. BONAVIDA. Asesor científico: YAMILA SARIN. *Servicio de Prácticas Odontológicas Integradas. Facultad de Odontología de La Plata, UNLP*

Introducción: La gingivoestomatitis herpética primaria (GEHP) es la primera infección causada por el virus herpes simple tipo 1 (VHS-1); si bien la infección inicial suele ser subclínica, alrededor del 1% de los pacientes experimenta manifestaciones agudas en forma de GEHP. Las manifestaciones clínicas son malestar general, odinofagia, fiebre, linfadenopatías y lesiones bucales. Descripción del caso: Se diagnostica un caso clínico de primera infección herpética primaria en un pre adolescente de 13 años en la Asignatura SEPOI de la FOLP. A la exploración se observan pequeñas vesículas y erosiones dolorosas recubiertas de una pseudomembrana amarillenta distribuidas por lengua, paladar y encías de forma bilateral. Además el paciente refiere fiebre alta, malestar general y presenta adenopatías cervicales. Conclusiones: La primera infección herpética puede producirse en niños y adolescentes con sintomatología general inespecífica y lesiones bucales notoria y bastante característica, lo que puede constituir motivo de consulta odontológica. Por lo cual el odontólogo debe tener en consideración esta patología para diagnosticarla fácilmente y disminuir la sintomatología del cuadro.

**13. Quistes de retención: caso clínico de un mucocele.** Autores: N. CARRIL; J.M. HEREÑUZ. Asesores científicos: C. ESPAÑON; M. ZANELLI. *Servicio de Prácticas Odontológicas Integradas. Facultad De Odontología, UNLP*

Introducción: El mucocele es la lesión que se debe al bloqueo de un conducto de una glándula salival menor, aunque no puede ser considerado como un verdadero quiste pues carece de revestimiento epitelial, estos se presentan como tumefacciones fluctuantes e indoloras del labio inferior con un tono azulado translúcido, se encuentran con más frecuencia en el labio inferior y son consecuencia de un origen traumático Descripción del Caso Clínico Paciente de sexo masculino de 27 años, que se presenta a la consulta con una tumoración de 1,5 cm en el labio inferior Conclusión Es importante el interrogatorio del paciente para la realización del diagnóstico, el cual debe ser confirmado por la toma de la biopsia y luego hacerse la



remoción total de la lesión con el fin de evitar las recidivas. Hay que capacitar al odontólogo no sólo en la labor terapéutica, sino también en acciones preventivas para que el paciente aprenda a valorar la importancia de su propia salud.

**14. Manifestaciones Del Síndrome De Down Para Su Atención Clínica Odontológica.** Autores: A.ARMENDANO; M. BANDER; R.BASAL; T.BUTLER; D. CRIMALDI; A.CECHO; L. MEDINA; M.PALEO; L. PILONE; E. PACI; N.RASSE; V. SERRANO; S. SUAREZ. Asesor científico:A. IANTOSCA. *Asignatura Biología General de la Facultad de Odontología, UNLP*

Introducción: El síndrome de Down es la aberración cromosómica más prevalente. En el 95% de los casos hay un cromosoma extra libre (trisomía 21). Los otros casos tienen el cromosoma adicional fijado a otro cromosoma (translocación). Existe una mayor incidencia de esta alteración a medida que aumenta la edad de la madre. Debido a que gran parte de las alteraciones clínicas del síndrome de Down se manifiestan en la región orofacial, el objetivo es concientizar al odontólogo acerca de la importancia de las manifestaciones clínicas, sistémicas y bucales que lo caracterizan. Dentro de las manifestaciones generales se destacan perfil facial plano, reflejo de moro disminuido, hipotonía, fisuras palpebrales oblicuas, anomalías del pabellón auricular, clinodactilia, pliegue palmar simiano, talla pequeña, retardo mental, alteraciones cardíacas congénitas. Las manifestaciones orales son variables. La boca se observa pequeña y entreabierta exteriorizando una macroglosia con depapilación y protrusión lingual. El prolapso lingual favorece la eversión del labio inferior, encontrándose agrietado. El labio superior se evidencia corto y la comisura labial descendida. Generalmente poseen respiración bucal que conduce a un inadecuado desarrollo del paladar, siendo motivo de sequedad en las mucosas, lo que da lugar a estomatitis y queilitis angular. El mayor riesgo de gingivitis implica que manifiesten con frecuencia enfermedad periodontal, incluso a edades tempranas de forma agresiva. Comúnmente presentan alteraciones dentarias tales como hipoplasia del esmalte, microdoncia, agenesia, retraso eruptivo y maloclusiones, pudiéndose encontrar mordida cruzada posterior, mordida abierta anterior. El conocimiento de las manifestaciones que estos pacientes presentan es muy relevante dado que hacen posible una adecuada atención integral, con el propósito de mejorar la salud bucal y aumentar la calidad de vida de estos niños.

**15. Revisión Bibliográfica Sobre Técnica Estratificada.** Autor: S.M.LUNA; E.R. TOMAGHELLI. Asesor científico: G.D.ONNINI. *Servicio de Practicas Odontológicas Integradas; Facultad de Odontología de LaPlata.*

Introducción: La técnica estratificada o también llamada restauración directa consiste en la aplicación e inserción en forma incremental y progresiva, de pequeños volúmenes o capas de resina compuesta, con el fin de poder devolver la naturalidad y

reconstruir la anatomía de las piezas dentarias anteriores como posteriores de la cavidad bucal. Desarrollo: Para que la técnica sea exitosa depende de varios factores, uno de ellos es el conocimiento de la morfología anatómica de la pieza dentaria que se quiera restaurar y de la correcta integración a través del factor de configuración cavitaria o factor C de la resina compuesta, al remanente dentario mediante el sistema adhesivo; procurando un equilibrio entre la fuerza de contracción de la resina fotopolimerizable y la resistencia del sistema adhesivo, con el fin de evitar la filtración marginal, la sensibilidad al frío, la sensibilidad a la masticación. En el sector anterior pueden emplearse dos técnicas, una de ellas consiste en la confección de una llave de silicona en boca (mock up) o sobre el modelo de yeso, para luego crear la cara palatina o lingual hacia vestibular de forma incremental. La segunda opción trata de un trabajo tridimensional estratificado de capas a mano alzada. La primera técnica requiere de dos o tres sesiones mientras que la segunda técnica es resuelta en una sesión. En el sector posterior el procedimiento es el mismo colocando capas de resinas desde la profundidad hasta la superficie, devolviendo forma, textura, color, funcionalidad y permanencia en boca. Conclusión: La técnica estratificada nos ofrece resultados favorables tanto en funcionalidad como en estética, que es lo que se busca hoy en día como así también los tiempos que son óptimos para llegar al objetivo y la competencia del operador. Por lo que es de suma importancia que los odontólogos actualicen sus conocimientos sobre materiales y tecnología disponible.

**16. Lesiones Bucales por Autoagresión Bucal. Caso Clínico.** Autores: G. RODRIGUEZ; B. MEDINA; J. APABLAZA. Asesores científicos: M.G. ROM; M.L. MERCADO; S. MICINQUEVICH. *Patología y clínica estomatológica. Facultad de Odontología, UNLP*

Introducción: La autoagresión o Patomimia Morsicatio Buccarum es una forma de afectación mucocutánea que se produce por un acto de automutilación deliberado del paciente. Este comportamiento autolesivo es más frecuente en adolescentes del sexo femenino. En algunos individuos el mordisqueo de las mucosas de la cavidad bucal se convierte en una neurosis, que la mayoría de ellos así como sus familiares desconocen. Las características psicológicas de los jóvenes que se auto agreden son: depresión, irritabilidad, vergüenza, etc. Entre los tipos de autoagresión están las mordeduras, quemaduras, arañazos y otros. Se reporta un caso de una paciente, de 24 años de edad, estudiante universitaria, nacida en Coronel Brandsen y residente en la Ciudad de La Plata. Llega a la consulta por presentar lesiones bucales, muy dolorosas. Relata que hace 5 días se mordisquea las mucosas y las uñas cuando estudia para los exámenes, manifiesta que se encuentra muy ansiosa. No refiere hábitos tóxicos. A la inspección endobucal presenta en mucosa yugal derecha: múltiples lesiones erosivas y pseudomembrana en la línea de la oclusión y en mucosa yugal izquierda lesiones erosivas y desprendimiento de pseudomembrana. También en mucosa labial inferior se observan similares lesiones dolorosas, acompañado de

acentuada Onicofagia. El diagnóstico clínico fue de patomimia morsicatio Buccarum o Autoagresión Bucal y Onicofagia. Indicamos un tratamiento local con gel de xilocaina, buches antisépticos, higiene oral, corticoides tópicos y confección de placas biorrelajantes. Se remitió a la paciente para la valoración psicológica. Conclusión: El comportamiento autolesivo puede reflejar la necesidad de afecto, o la manifestación de un desorden emocional o psiquiátrico. Las estrategias psicoterapéuticas están encaminadas a que el paciente aprenda a entender y expresar sus emociones de manera constructiva. El diagnóstico de autoagresión Bucal, suele obtenerse de manera indirecta, con un exhaustivo interrogatorio, siendo frecuente que el paciente oculte que se auto induce las lesiones.

**17. Dientes Supernumerarios: Oportunidad de tratamiento.** Autores: C. MENDES; M.RIMOLDI; M.CAPECE; D.MEZZEO; R. FERNANDEZ. Asesor científico: S.M. IRIQUIN. *Asignatura Odontología Integral Niños. Facultad de Odontología. UNLP*

Introducción: Las piezas dentarias supernumerarias constituyen una anomalía de número caracterizada por la presencia de una mayor cantidad de piezas de las que aparecen en la fórmula dentaria normal. Se acepta como su causa a una aberración embriológica de la lámina dentaria durante el periodo de formación de los folículos dentarios. Estas piezas pueden ser únicas o múltiples, uni o bilaterales; presentarse con morfología normal o alterada; erupcionadas, impactadas o retenidas y asociados o no a síndromes. Se evidencian clínicamente o bien pueden constituir un hallazgo radiográfico, durante un examen de rutina. Descripción del caso: Se presenta un caso clínico de la Asignatura Odontología Integral Niños de un niño de 8 años que concurre con una pieza dentaria supernumeraria. Se realizó el tratamiento respetando un protocolo de trabajo preestablecido: Diagnóstico clínico y radiográfico; Antisepsia; Aislación; Anestesia; Exodoncia; Controles. Conclusiones: Las piezas dentarias supernumerarias son alteraciones frecuentes en la cavidad bucal en pacientes pediátricos. Por este motivo, es importante realizar un diagnóstico temprano de estas anomalías de número para instaurar un tratamiento oportuno, evitando complicaciones dentomaxilares y terapéuticas más complejas.

**18. Microimplantes en ortodoncia.** Autores: N. OLAIZOLA; N. RAMIREZ; M. SISTI MICHELLOD; I. PERDOMO STURNIOLO; E. R. TOMAGHELLI. *Servicio de Prácticas Odontológicas Integradas. Facultad de Odontología de LaPlata. UNLP*

Introducción: El control del anclaje es uno de los aspectos más importantes en el tratamiento ortodóncico. Algunas veces se requiere anclaje máximo o absoluto, es decir una alta resistencia al desplazamiento. El tipo de movimiento dental que puede producir el anclaje con microimplantes está determinado por las mismas consideraciones y principios biomecánicos que operan durante el tratamiento ortodóncico convencional por ejemplo: fuerzas, momento, centro de rotación. Un microimplante puede colocarse en muchas áreas de la boca y a diferentes alturas

sobre la encía en relación al plano oclusal creando diferentes orientaciones biomecánicas. Descripción del Caso: Se presentan dos casos clínicos, los cuales por sus características el plan de tratamiento indica la exodoncia de las piezas dentarias nº 14 y 24 y el espacio de la extracción debe ser utilizado a expensas de distalar el sector anterior sin perder anclaje de los sectores posteriores. Conclusión:La colocación de un microimplante no es un procedimiento quirúrgico peligroso o invasivo. Por el contrario, los pacientes no se quejan de ninguna hinchazón o dolor luego de la cirugía. La colocación de rutina por parte del clínico experimentado no llevará más de 5 minutos. Son lo suficientemente pequeños como para colocarse en cualquier área de la boca si hay hueso adecuado, por lo tanto, el mejor sitio para su colocación dependerá de las metas del tratamiento, así como de las consideraciones biomecánicas específicas del caso.

**19. Osteonecrosis Maxilar Asociada A Bifosfonatos.** Autores: M.C.ARGUELLO; J.BONIFACI; J.I. QUINTANA TOULOUSE; E.IBAÑEZ Asesores científicos: G.D.ONNINI; D.VILLALBA. *Servicio de Prácticas Odontológicas Integradas. Facultad de Odontología de La Plata. UNLP*

Introducción: Los bifosfonatos (BF) son un grupo de medicamentos, análogos sintéticos de la hidroxiapatita, que reducen la velocidad de recambio óseo, inhibiendo la reabsorción, principalmente mediante la inhibición de la acción de los osteoclastos. Se utilizan en pacientes con enfermedades oncológicas y en patología reumatológica. Objetivos: informar a los profesionales de la salud sobre la problemática, dar a conocer el protocolo de trabajo planteado por la AAOMS (Asociación Americana de cirujanos Orales y Maxilofaciales). Conocer los riesgos y beneficios del suministro de bifosfonatos para tomar la decisión médica, diferenciar el diagnóstico según la vía de administración y prevenir la Osteonecrosis Maxilar (ONM). Descripción: Según la AAOMS se considera ONM si se dan las siguientes características: 1. El paciente ha estado o está bajo tratamiento con bifosfonatos 2. Hueso expuesto o necrótico por más de 8 semanas de evolución 3. No hay antecedentes de radioterapia maxilar. Estadios: Estadio 1: exposición de hueso necrótico, asintomática y sin signos de infección. Estadio 2: exposición de hueso necrótico, en pacientes con dolor y signos de infección. Podría incluirse en este estadio a aquellos pacientes con proceso doloroso en los maxilares no atribuible a otra causa y con signos radiológicos de osteonecrosis. Estadio 3: exposición de hueso necrótico, en pacientes con dolor, signos de infección y evidencia clínica o radiográfica de secuestro óseo u otra complicación (tal como fracturas). Conclusiones: es de suma importancia la anamnesis del paciente y el trabajo interdisciplinario entre los profesionales de la salud, para minimizar riesgos y poder mejorar la calidad de vida del paciente. Se sugiere realizar un plan de tratamiento

odontológico, a fin dejar la cavidad bucal en óptimas condiciones previo a recibir tratamiento con bifosfonatos y realizar controles periódicos durante el tratamiento.

**20. Hiperplasia Paraprotética.** Autores: N.A.PELAYO; S.G.BUSTOSAsesores científicos:J.PAPASODARO; M.C. COLOMBO. *Servicio de Prácticas Odontológicas Integradas. Facultad de Odontología.UNLP*

Introducción: El término de Hiperplasia se refiere a un aumento de volumen de un tejido producido por el incremento en el número de sus células. Su etiología es variada y se asocia a la presencia de factores irritativos como la presencia de biofilm, cálculo, aparatología ortodóntica o protésica mal ajustada o sobre extendida, mal posición dental y por desequilibrios hormonales. Caso clínico: se presenta a la Facultad de Odontología un paciente femenino de 54 años de edad, derivada del Hospital de Florencio Varela donde había concurrido sólo por control. La misma refiere una higiene bucal deficiente, y es portadora de prótesis completa superior e inferior. Clínicamente se observan 3 masas hiperplásicas ubicadas en fondo de surco vestibular, sector anterior de la mandíbula. Se programa la cirugía a realizarse en la Facultad de Odontología. Pasos clínicos: 1. Antisepsia del campo operatorio, 2.Anestesia en: fondo de surco vestibular, rodeando las masas hiperplásicas y se aplica también sobre éstas. 3. Resección de las masas con electrobisturí.4. Colocación de pinzas hemostáticas para controlar el sangrado, 5.Sutura 6.Se colocan los tejidos en formol al 10% y son enviados al laboratorio para realizarse la biopsia, 7.Se realiza un desgaste de la prótesis para permitir una mejor adaptación, 8.Indicaciones postquirúrgicas. Luego de una semana se vuelve a citar el paciente para evaluar la cicatrización de los tejidos, la cual se muestra favorable ya que el paciente cumplió con las normas de higiene establecidas. Los resultados de la biopsia evidencian una Hiperplasia Fibrosa Inflamatoria. Conclusión: La hiperplasia inflamatoria es una lesión multifactorial, en este caso producida por una mala adaptación de la prótesis completa inferior. Ésta razón es suficiente como para realizar un buen tratamiento protético con su correspondiente seguimiento, de manera de evitar estas lesiones.

**21. Blanqueamiento dental.**Autores: D. L. PICOTTI; Asesor científico: Od. P. BIANCHI; Od. M. ZEGAIB. *Cátedra de Operatoria Dental B. Facultad de Odontología. UNLP*

Introducción:Estamos viviendo en una era donde los valores estéticos ocupan en la vida cotidiana una gran importancia. Los pacientes se acercan a la consulta no solo para resolver problemas particulares como la caries o enfermedades periodontales, hoy piden y exigen estándares de alta estética. Aquel paciente que presenta una patología como la ya descrita puede provocarle un efecto negativo y afectar las relaciones sociales y alteraciones psicológicas. Blanqueamiento es sinónimo de una técnica mínimamente invasiva para el tratamiento de alteraciones de color que afectan las piezas dentarias. Una de las patologías bucales que más afectan a las piezas dentarias son las pigmentaciones intrínsecas y extrínsecas, estas últimas las

más complejas de tratar. Descripción del caso En este trabajo se muestra cómo resolver pigmentaciones severas que afectan al paciente desde el punto de vista estético y psicológico. La pigmentación más compleja y por la cual se realizan más consultas es la fluorosis dental. En la asignatura de Operatoria Dental B de la Universidad Nacional de La Plata se realizan en promedio por año 180 blanqueamientos de alta complejidad desde el año 2002 (se entiende Blanqueamiento de Alta complejidad, a aquellos que requieren técnicas combinadas como: Microabrasión, Profesional y Ambulatorio) Con estos tratamientos se beneficia a personas de ambos sexos, con edades que oscilan entre los 18 y 65 años. Para dicha tarea se sigue el siguiente protocolo: Historia clínica, Diagnostico, Toma de colores, Plan de tratamiento, Explicación al paciente, Consentimiento informado, Microabrasión. Para realizar la técnica micro abrasivo utilizamos ácido clorhídrico del 9% al 18%. Asociado a un material abrasivo (sílice) pudiendo alcanzar manchas de 0,2 mm de profundidad dentro del esmalte. En la segunda sesión se evalúa si se necesita o no microabrasión o si solo continuaremos con el tratamiento ambulatorio. Conclusiones. La experiencia acumulada a lo largo de 13 años de realizar este tipo de tratamientos demuestran que esta técnicas poco invasivas comparadas con carillas o coronas es una alternativa válida como primera elección, que se ve reflejada en las expectativas alcanzadas en los pacientes que se ven beneficiados estética y psicológicamente.

**22. Traumatismo del tercio apical.** Autores: J. M. GULLO; M. A. PIRERA; R. N. RAFAGHELLI. Asesor científico: I. PERDOMO; E. R. TOMAGHELLI. *Servicio de Prácticas Odontológicas Integradas. Facultad de Odontología. UNLP*

Introducción: La altura de la fractura radicular es de importancia primordial para un tratamiento favorable. Las fracturas producidas en el tercio apical de la raíz tienen buen pronóstico, si se pueden mantener en estrecha proximidad los segmentos coronario y apical. Descripción del caso: Paciente de 18 años de edad, sexo masculino, se presenta a la consulta del Servicio de Prácticas Odontológicas Integrales, manifestando dolor y movilidad de las piezas dentarias n° 1.1 y 2.1. Al examen clínico se observa fractura en la corona de la pieza n° 2.1 y movilidad en ambas. Se realiza radiografía periapical del sector, donde se observa la fractura radicular ubicada en el tercio apical. Decidiendo reducir los cabos de fractura y ferulizar las mismas. Conclusión: se podría reducir significativamente la incidencia de dientes fracturados si se corrigiesen ortodóncicamente las condiciones predisponentes y si el uso de protectores bucales constituyera una práctica de los deportes de contacto en los jóvenes.

**23. Aftas Severas Como Manifestación De Enteropatía Inflamatoria.** Autores: ROUDE; C. MAGANINI; T. TAULER. Asesor científico: P. DORATI;

S. MICINQUEVICH. *Asignatura de Patología y Clínica Estomatológica. Facultad de Odontología. UNLP.*

Introducción: la Celiaquía es un desorden sistémico con base inmunológica causado por la ingesta de gluten y otras proteínas similares que afecta a personas con predisposición genética. La interacción entre el gluten y el sistema inmunológico del paciente puede manifestarse además a diferentes niveles: piel, articulaciones, riñón y en la mucosa oral (ESTOMATITIS AFTOSA RECIDIVANTE). Descripción del caso: se presenta a la consulta derivada por su odontóloga particular, un paciente de sexo femenino, 39 años de edad, que desde los 15 años presenta episodios recurrentes de lesiones dolorosas llegando a estar presentes algunas 5 a 6 meses. El dolor se extiende a la garganta dificultando tragar y al oído, le impide higienizarse correctamente y alimentarse lo que ha llevado a cambios drásticos de hábitos alimenticios. Al el examen clínico se observan cicatrices en mucosa labial inferior, yugales y dorso lingual. El vértice lingual y sus bordes se encuentran indentados. En el derecho dos ulceraciones profundas necróticas de bordes elevados infiltrados e indentados en su polo superior. En borde izquierdo presenta una lesión de similares características. Como estudios complementarios se solicitaron radiografía panorámica, exámenes de laboratorio entre los que se detallaron los anticuerpos Antigliadina IgA y Antiendomiso IgA resultando el primero positivo y el segundo con valores por encima de la referencia. Se derivó a la paciente a un especialista. Conclusiones: establecer la relación entre enteropatía inflamatoria y Estomatitis Aftosa exige un alto índice de sospecha y conocer las manifestaciones orales de estas entidades en la práctica clínica.

**24. Enfermedades priónicas: Riesgos y medidas preventivas en odontología.** Autores: Y. DARDANELLI; W. LUQUE. Asesor científico: M. E. WEISBURD; J. GIMENEZ *Servicio de Prácticas Odontológicas Integradas. Facultad de Odontología, UNLP.*

Introducción: El objetivo del presente trabajo es hacer una revisión de los últimos trabajos de investigación sobre las enfermedades priónicas para poder actualizar y transmitir información sobre las medidas de prevención y bioseguridad de estos agentes infecciosos no convencionales. Los priones son glucoproteínas situadas en las superficies celulares. Las versiones modificadas de los priones normales ocasionan enfermedades de progresión lenta, a menudo mortales del sistema nervioso central, una de las más frecuentes es la Enfermedad de Cretzfeld- Jakob conocida vulgarmente como enfermedad de las vacas locas que causó muchas muertes a mediados de los años 80 en el Reino Unido y se extendió rápidamente a otros países europeos. Estos agentes infecciosos son altamente resistentes a las medidas de esterilización convencionales y tienen gran afinidad por el acero inoxidable. Los priones son un nuevo desafío de la esterilización y replantean la necesidad de contar

con instrumental de un solo uso, tanto en odontología como en medicina para evitar infecciones cruzadas. Dentro de la odontología especialidades tales como la endodoncia y la cirugía merecen especial cuidado ya que las partículas priónicas infecciosas se alojan en tejido nervioso. En este trabajo se realiza una revisión de las publicaciones más destacadas relacionadas con la enfermedad haciendo especial énfasis en sus implicancias para el odontólogo.

**25. Graves consecuencias por desconocimiento de la presencia del primer molar permanente en la boca de un niño.** Autores: C. V. ZUBIARRAIN; D. VICENTE; M. V. IRIQUIN. Asesor científico: M. N. YUNES; M. C. SILINGO. *Servicio de Prácticas Odontológicas Integradas. Facultad de Odontología UNLP.*

Introducción: Las caries evoluciona rápidamente a lesiones avanzadas hasta la exposición de la cámara pulpar, destrucción coronaria consecuentemente la pérdida prematura del PMP. Son catalogados como la llave del ajuste correcto de los planos inclinados o llave de la oclusión, constituyen la base de la estructura bucal, mientras las demás estructuras dentarias se encuentran en fase de recambio. DESCRIPCION DEL CASO se presentaron a la consulta: un paciente masculino de 10 años de edad con caries penetrantes en 16 y 26 donde se le realizaron tratamientos endodónticos y restos radiculares con pólipos gingivales en 36 y 46 donde se realizaron exodoncias y uno femenino de 11 años restos radiculares en 16 y 26 y caries penetrantes con pólipos gingivales en 36 y 46. Sus progenitores revelaron el desconocimiento del carácter de permanente de dichas piezas y aguardaban su recambio. CONCLUSIONES La desinformación de familias y niños sobre la importancia del estado bucal en la dentición temporaria/permanente y la presencia del PMP como iniciador de la dentición mixta, hacen que la caries avance y no sea detectada de manera temprana para controlar el daño. Por ello es de vital importancia practicar la odontología restauradora y una odontología preventiva realizando campañas de concientización de la relevancia del primer molar definitivo y prevención bucal en los colegios, como agentes multiplicadores de las familias y de la sociedad.

**26. Biología de la inflamación pulpar.** Autores: A.AMENDANO; M.BANDER; T.BUTLER; A.CECHO; D.CRIMALDI; A.IANTOSCA; L.MEDINA; M. MORON AYALA; E.PACI; M.PALEO; L.PILONE; N.RASSE; V.SERRANO; SUAREZ. Asesor científico: R. BASAL *Asignatura: Biología General, Facultad de Odontología, UNLP*

Introducción: La pulpa dental es un tejido conectivo localizado en la cavidad pulpar, conformando el complejo dentinopulpar, Presenta en la periferia una capa de odontoblastos los cuales se relacionan entre sí mediante uniones intercelulares especializadas. El cuerpo de dicha célula se localiza en la pulpa y su prolongación ocupa los conductillos dentinarios. Una zona pobre en células, integrada por capilares sanguíneos, fibras nerviosas amielínicas y prolongaciones citoplasmáticas de los fibroblastos. Una zona rica en células integrada por fibroblastos, macrófagos células



dendríticas y células mesenquimatosas indiferenciadas .Descripción del caso.Debido a las características específicas que presenta, ante algún estímulo físico, químico y biológico desencadena una respuesta inmunitaria vinculada con el proceso inflamatorio denominado pulpitis. Agudas y crónicas dando sintomatología particulares debido a los cambios que se producen en el tejido pulpar. Las pulpitis agudas manifiestan alteraciones del calibre vascular que aumentan el flujo sanguíneo provocando su enlentecimiento, cambios estructurales de los microvasos haciéndolos permeables a la salida de proteínas plasmáticas y leucocitos, acumulación de los mismos en el foco de la lesión y activación para eliminar el agente lesivo; mientras que las crónicas manifiestan inflamación con célulasmononucleares, incluyen macrófagos, linfocitos y células plasmáticas, destrucción tisular inducida por el agente lesivo o por las células inflamatorias, intentos de reparación mediante la proliferación de vasos pequeños y fibrosis del tejido. Objetivo, realizar una pequeña revisión de la literatura que permita rrelacionar los aspectos biológicos con las características clínicas del proceso de la inflamación pulpar. Conclusión.Debido a que la pulpa dental responde con dolor ante estímulos físicos, químicos y biológicos por localizarse en una cavidad inextensible, la inflamación de la misma será en primera instancia defensiva y luego destructiva; ante este mecanismo el odontólogo deberá realizar el diagnóstico pulpar oportuno y el tratamiento indicado evitando la evolución de la enfermedad .

**27. Anquiloglosia en adultos.Reporte de un caso clínico.** Autores:N. CARRIL; J.M. HEREÑUZ; J.M PEREZ OLIVERO. Asesores científicos:C. ESPAÑON; M.B. HUK; M.L.SAMPRÓN; M.J TOMAGHELLI; M. ZANELLI.*Servicio de Practicas Odontológicas Integradas; Facultad de Odontología UNLP*

Introducción: La limitación en la movilidad lingual con frecuencia se debe a la presencia de un frenillo lingual corto o engrosadoque une la lengua con el suelo de boca o con el proceso alveolar. La anquiloglosia es la restricción física del movimiento normal anterior de la lengua, como consecuencia de un frenillo lingual corto. Si se descubre a tiempo y se interviene debidamente es posible evitar los trastornos físicos y psicológicos que produce a largo plazo. Descripción del caso clínico: Paciente de sexo femenino de 22 años, presentando frenillo lingual corto con dificultad fonética y deglutoria. Conclusión: Esta técnica quirúrgica aplicada es simple, en una sola sesión, no es traumática y con muy buenos resultados funcionales y emocionales para el paciente.

**28. Nuevo paradigma de evaluación de caries ICDAS II.**Autores: M.R.OGUIZA; R.FERNANDEZ. Asesor científico:IRIQUÍN STELLA MARIS.*Asignatura Odontología Integral Niños. Facultad de Odontología de La Plata - UNLP*

Introducción: ICDAS II (International Caries Detection and Assessment System) es un nuevo sistema internacional de detección y diagnóstico de caries, consensuado en

Baltimore, Maryland. USA en el año 2005, para la práctica clínica, la investigación y el desarrollo de programas de salud pública. Objetivos: desarrollar un método visual para la detección de la caries, en fase tan temprana como fuera posible, y que además detectara la gravedad y el nivel de actividad de la misma. Es un método especialmente útil para la detección temprana de caries de esmalte y la planificación de la terapia de remineralización individual; así como para el seguimiento del patrón de caries de una determinada población. Descripción: ICDAS II presenta 7 categorías, la primera para dientes sanos (código 0) y las dos siguientes para caries limitadas al esmalte, mancha blanca / marrón (códigos 1 y 2). Las dos siguientes categorías (código 3 y 4) son consideradas caries que se extienden al esmalte y dentina, pero sin dentina expuesta. Y las otras dos categorías restantes (códigos 5 y 6), consideradas caries con dentina expuesta. Conclusiones: La Mínima Intervención ha cambiado el modelo tradicional donde el tratamiento de caries no implica solamente un enfoque mecánico sino que requiere de un enfoque biológico, que las técnicas menos invasivas lo hacen posible, así como favorecen la remineralización buscando la no intervención mecánica de la enfermedad de caries dental. Actualmente se puede afirmar, que el futuro de la odontología de mínima invasión y la remineralización es más que promisorio. Siempre sustentado por un correcto y temprano diagnóstico de caries como el que nos permite realizar el sistema ICDAS II.

**29. Actinomicosis periapical con resistencia a las penicilinas.**  
Autores: C.A.JOTKO; A.E.IANTOSCA; B.POLVORA; R.V.GAGLIARDI; V.C.SERRANO; M.CATTANEO; E.SOLARI; M.R.PERTINO; S.MELE; G.L.GIMENEZ; S.DEGAETANO; C.AMERI; M.SPINA. Asesor científico: T. A.BUTLER. Asignatura *Farmacología Y Terapéutica. Facultad De Odontología UNLP.*

Introducción: La Actinomicosis es una enfermedad comúnmente causada por el *Actinomyces israelii*, bacteria anaeróbica gram positiva habitante normal de la cavidad bucal. La infección aparece generalmente después de un trauma, cirugía o una infección previa aunque extracciones dentarias, cirugía periodontales e infecciones orales predisponen al desarrollo de esta enfermedad. El tratamiento habitual es la eliminación de la causa acompañado de antibioticoterapia con Penicilinas. Descripción del Caso: Paciente masculino diabético, de 53 años con dolor en la zona del canino inferior derecho. A la inspección intrabucal se observa en el 43 restauración con amalgama filtrada y en fondo de surco lesión eritematosa, granulomatosa, supurada. Ante el aspecto de esta supuración, se sospecha de Actinomicosis, por lo que se envía material para cultivo y antibiograma. Mientras se medica con Amoxicilina clavulanico 1 g cada 12 horas durante 10 días. Al no obtener cambios significativos, aún después de la extracción de la pieza dentaria, se reemplazó la Amoxicilina-Clavulanico por Clindamicina, 600 mg cada 8 horas. Días después, se recibe los resultados bacteriológicos, confirmando la infección por *Actinomyces Israelii* como también indicando su sensibilidad a la Clindamicina y

Eritromicina y su resistencia a las Penicilinas e inhibidores. Luego de 15 días de ingesta de este último antibiótico el paciente no tiene más sintomatología de la infección. Conclusiones: La Actinomicosis periapical es extremadamente infrecuente al igual que la resistencia de esta bacteria a las Penicilinas. No es de fácil diagnóstico ya que se debe hacer el diagnóstico diferencial con otras lesiones periapicales. Ante la duda no hay que dudar en la realización de cultivo y antibiograma para ayudar al diagnóstico de certeza.

**30. ¿Es posible obtener resultados positivos luego de la terapia periodontal?** Autores: R. S. ELCANO, J. SARASOLA. Asesores científicos: M. C. COLOMBO, J. PAPANODARO. *Servicio de Prácticas Odontológicas Integradas. Facultad de Odontología, UNLP.*

Introducción: Se presenta a la consulta odontológica un paciente de 26 años de edad con un cuadro periodontal agudo, caracterizado por dolor, inflamación y sangrado espontáneo y al sondaje. El mismo nunca había asistido al odontólogo. DESCRIPCIÓN DEL CASO En la primera sesión se le realizó al paciente la historia clínica con el correspondiente examen clínico e índice de placa, los cuales permitieron determinar el diagnóstico del paciente que es Guna (Gingivitis ulcero necrotizante aguda), donde el cuadro clínico se presentaba con gran inflamación de las papilas perdiendo su forma a filo de cuchillo, sangrado al sondaje, abundante sarro y cálculo; con la pseudomembrana característica de la guna. Luego de esto se le explicó al paciente la técnica de cepillado y se le indicaron métodos complementarios para mejorar la salud bucal (plac out en gel, palillos interdentales, cepillo post quirúrgico, entre otros). En la segunda sesión se inició la terapia periodontal, comenzando el raspaje y alisado radicular por el sector 5 ya que este era el más comprometido sobre todo en la cara lingual de las piezas dentaria que estaba cubierta por un puente de sarro, aunque la cara vestibular también se encontraba en estado crítico. Luego se continuó con el tratamiento por el sector 2, ya que junto con el sector 5 eran los dos sectores más comprometidos. El acondicionamiento de estos 2 sectores tardó unas 6 sesiones y marcó un cambio muy positivo en la salud bucal del paciente, para luego continuar la terapia con los sectores 1, 3, 4 y 6. Al terminar la 9ª sesión se completó el tratamiento con la profilaxis correspondiente y se pudo darle el alta con controles posteriores. CONCLUSIÓN: Luego de realizar la terapia periodontal, se llegó a la conclusión de que es posible obtener resultados positivos si se llevan a cabo una serie de pasos durante el tratamiento como son la correcta explicación de la técnica de cepillado y la indicación de los métodos de complemento. También fue fundamental que haya un compromiso mutuo entre quien realiza el tratamiento periodontal y el paciente para mejorar su salud bucal. Lo cual fue muy gratificante al ver las notorias mejorías en el paciente a medida que avanzaba el tratamiento y el cambio que se produjo tanto en las papilas recuperando favorablemente su anatomía, reduciendo la inflamación al mínimo, como así también con una evolución muy positiva en las

piezas dentales, excepto en el sector 5 donde las papilas quedaron en forma de meseta siendo esto una secuela característica de la gona y a pesar de eso la mejoría muy notoria. Por último es fundamental para completar el tratamiento continuar con los controles para asegurarse de que no haya una recidiva en la enfermedad.

**31. Pernos y postes radiculares en la reconstrucción coronariapos endodónticos.** Autores: A. P. MUÑOZ ORTEGA; L. MORAND. Asesores científico: O. D'UVA; A. GARCÍA. *Facultad de Odontología, UNLP.*

Introducción: Las piezas dentarias tratadas endodónticamente necesitan frecuentemente la utilización de anclajes intrarradiculares con el propósito de contribuir a sostener la restauración coronaria. La preparación de la cavidad que alojara a los anclajes requiere una técnica cuidadosa que tenga en cuenta diferentes consideraciones con la finalidad de no generar errores que pongan en riesgo la permanencia de la pieza dentaria. Debe tenerse en cuenta los principios biológicos, mecánicos, funcionales y estéticos tanto como la anatomía de la pieza dentaria, lo cual constituye un elemento esencial para la realización y elección de una técnica correcta y un adecuado tratamiento. La finalidad de la presentación consistirá en la comparación de dos técnicas empleadas en la restauración de una pieza dentaria endodónticamente tratada. Las mismas son, por un lado, «pernos colados» y, por otro, «pernos preformados». La descripción de las características diferenciales de éstas permitirá discernir aquellas condiciones más favorables para su empleo, facilitando al profesional la elección de la técnica a emplear.

**32. Manifestaciones bucales de la bulimia.** Autores: L. MORAND; A. P. MUÑOZ ORTEGA. Asesores científicos: O. D'UVA; A. GARCÍA MOLINARI. *Facultad de Odontología, UNLP.*

Introducción: Hay una importante presión social que induce a los jóvenes a estar delgados y lo asocia a felicidad, éxito laboral, belleza, juventud y mejor calidad de vida; esto sumado a algunos rasgos individuales como problemas para ser autónomos, miedo a madurar, poca autoestima, perfeccionismo etc. crean condiciones propicias para los llamados trastornos de la alimentación. La bulimia es uno de ellos, obedece a múltiples causas, es difícil de tratar y se caracteriza por la ingestión compulsiva y episódica de grandes cantidades de comida. Teniendo el paciente a posteriori un sentimiento de culpa y depresión por no poder controlar esta conducta; luego trata de recuperarse mediante la inducción del vómito, el uso de diuréticos, laxantes, ejercicio físico y ayunos prolongados. En la bulimia las manifestaciones bucales y complicaciones dentarias son las únicas que no pueden ser revertidas, por lo que requieren un diagnóstico y tratamiento preventivo oportuno. No todos los pacientes bulímicos padecen erosión dado que su presencia depende de la combinación de otros aspectos como tipo de dieta, capacidad búfer de saliva, cantidad de saliva, composición y grado de calcificación dental, presencia de

bruxismo, etc. El tratamiento adecuado comienza con una correcta instrucción y educación de los distintos aspectos que causan la erosión y efectos que la deshidratación y la dieta pueden tener sobre los dientes y mucosa.

**33. Lesiones adquiridas de los tejidos duros dentarios. su prevalencia.** *Autores: A. ARMENDANO; M.BANDER; R. BASAL; T.BUTLER; A.CECHO; A.IANTOSCA; L. MEDINA M. MORON AYALA; E. PACI; M. PALEO; L.PILONE; N. RASSE; V. SERRANO; S. SUAREZ. D, CRIMALDI. Facultad de odontología, UNLP*

Introducción: Se denomina lesiones de tejidos duros dentarios a cambios patológicos sufridos por esmalte, dentina o cemento, luego de completada la ontogénesis normal. Se incluye desgastes, modificaciones del color y modificaciones cuantitativas de los tejidos dentarios originadas en cambios biológicos o patológicos locales. La nómina de lesiones más importantes incluye: fracturas, atrición, abrasión, erosión, reabsorciones, pigmentaciones y CRIES DENTAL. Se estudiara durante un periodo de 2 años, a una población de pacientes adultos, concurrentes al SEPOI (Servicio de practica odontológica integral de la FOLP), siendo el objetivo de este trabajo determinar la prevalencia de lesiones adquiridas de los tejidos duros dentarios en adultos, considerando a estas lesiones como cambios patológicos sufridos por esmalte, dentina o cemento luego de completada la odontogénesis normal. Algunas van acompañadas de alteración de la función masticatoria, alteraciones de la morfología dentaria y complicaciones en otros tejidos bucales como pulpa, periodonto, etc. La nómina de las lesiones más importantes incluye: fracturas, atrición, abrasión erosión, reabsorciones, pigmentaciones, hipercementosis, anquilosis y caries dental. Sobre 80 pacientes examinados se identificaron los siguientes resultados: 18 presentaron atrición, 3 presentaron abrasión, 14 erosiones acidas, 10 pigmentaciones exógenas, 6 fracturas coronarias y 2 presentaron fracturas radiculares. Con respecto a caries dental se observaron 27 pacientes con caries de corona asociadas a erosiones acidas y pigmentaciones. Las lesiones prevalentes fueron: atrición y erosiones ácidas asociadas a caries dental ocasionando alteraciones funcionales de gran importancia.

**34. Eficacia del gel de papaína para la remoción de caries en dientes deciduos recién exfoliados.** *Autores: D.M.A. MAZZEO; S.M. IRIQUÍN. Facultad de Odontología. UNLP.*

Introducción: En este trabajo estudiamos in vitro la efectividad antimicrobiana del Gel de papaína observando si presenta ventajas significativas que justifiquen su utilización clínica. Objetivos: 1) Verificar la acción enzimática selectiva del gel de papaína sobre dentina infectada y la no afectación de la dentina sana. 2) Determinar la efectividad antimicrobiana in vitro del gel de papaína en dientes deciduos recién exfoliados. Material y Métodos: Se realizó un estudio experimental, in vitro, con una n=60. Se dividió la muestra para su estudio microbiológico y ultraestructural,

seleccionando 60 dientes recién extraídos con caries profunda de dentina sin cobertura de esmalte, los que fueron mantenidos en solución fisiológica hasta el momento del experimento. Los dientes se distribuyeron aleatoriamente en dos grupos: Grupo 1: (n=30). Se realizó la remoción de tejido cariado con la técnica químico mecánica con un estudio ultraestructural con microscopía electrónica de barrido (MEB). Grupo 2: (n=30). Se colocó el gel de papaína en la cavidad de acuerdo a las instrucciones del fabricante. Dejándolo actuar por 2 minutos con la remoción del tejido. El material recogido en cada diente fue colocado en frascos con solución fisiológica. Se realizó el cultivo y posteriormente se procedió al conteo de unidades formadoras de colonias. Resultados Esperados: A través de esta experiencia se espera poder utilizar tratamientos más conservadores como una opción para la remoción de tejido cariado mínimamente invasiva. Logrando mayor comodidad para el paciente, y causando menos daño al tejido dental.

**35. Residencia odontológica social y comunitaria.** Autores: M. CASAS; F. CERQUETTI; A.CUESTA; P.LAZO; M.MORVELI, C. WASINGER. *Residencia Odontológica Social y Comunitaria, Facultad de Odontología, UNLP*

Introducción: La Residencia Odontológica Social y Comunitaria (ROSyC) perteneciente a la Secretaría de Planificación y Extensión Universitaria de la FOLP, donde cuenta con su centro operativo. Tiene como objetivos principales brindar servicio a la comunidad y centrar la formación del odontólogo residente en el concepto de salud comunitaria. La práctica de dicha residencia está vinculada a actividades de terreno a corta distancia (barrios periféricos a la ciudad) y larga distancia (otras provincias de la Argentina). Introducción: La Residencia actualmente se encuentra equipada con un sector de Admisión de pacientes, sala de recepción, dos clínicas,, 1 equipo de rayos X, 2 quirófanos, sala de esterilización, equipo de endodoncia mecanizada, localizador apical, radiovisiógrafo, microscopio electrónico, electro bisturí, vacupres, cavitador, articuladores semiajustables. Esta aparatología nos permite realizar altas básicas. En conjunto con la cátedra de prótesis B se logran altas integrales a través de la rehabilitación protética del paciente admitido. Y como mayor premisa en la atención, la prevención intramuros y extramuros.Resultados: Hasta el día de la fecha, a lo largo de 3 meses, se han atendido más de 1.100 pacientes. Los cuales, en su mayoría, a través de la motivación, se han logrado comprometer con su estado de salud actual y al estado que se desea llegar.

**36. Condiloma acuminado biopsia de un caso clínico.** Autores: G. SANTANGELO; A.RICCIARDI; P. BOGO; G.PRADA; S. CACCIOLA; Z.CELIS; P.DI FRANCO; M.TEIXEIRA POCAS; A.LUNASCHI.*Facultad de Odontología, UNLP*

Introducción: Un grupo de VPH genitales de alto riesgo está fuertemente asociado con el desarrollo de cánceres genitales. Se presentan clínicamente como zonas únicas

o múltiples de engrosamiento del epitelio, de aspecto papilar. Las lesiones pueden ser elevadas de base pediculada o planas de base sésil. La mayoría son blanquecinas, pero las lesiones más planas y de base ancha pueden ser rojizas o presentar el color rosado de la mucosa oral normal. Descripción del caso clínico: Se reporta un caso clínico de un paciente masculino, de 12 años de edad que asistió al área clínica de la Cátedra de Cirugía A de la Facultad de Odontología de la UNLP. Al examen intrabucal, se observaron múltiples lesiones en forma de placas o pápulas, sésiles, con superficie en empedrado, del mismo color que el resto de la mucosa, no queratinizadas, localizadas a lo largo de toda la mucosa del labio inferior y algunas solitarias en la mucosa del labio superior. Se tomó una muestra de la lesión y se envió a biopsar. En el examen microscópico se observó acantosis con engrosamiento de redes de cresta, papilomatosis, vacuolización focal del epitelio, algunas mitosis basales y suprabasales. El estroma subyacente denso y vascular. El diagnóstico definitivo resultó ser Condiloma Acuminado. Conclusiones: El condiloma acuminado es una enfermedad no muy peligrosa pero si ligada a la sexualidad, en el caso de los niños es importante descartar que la causa sea a partir de abuso sexual por parte de un mayor.

**37. Biopsia y estudio anatomopatológico de una lesión quística de mucosa bucal.** Autores: G. SANTANGELO; A. RICCIARDI; P. BOGO; G. PRADA; S. CACCIOLA; Z. CELIS; P. DI FRANCO; M. TEIXEIRA POCAS; A. LUNASCHI. *Facultad de Odontología, UNLP.*

Introducción: Los quistes mucoides son lesiones pseudotumorales benignas que resultan de la acumulación de saliva en el corion mucoso o dentro del sistema de conductos; pueden tener diversas apariencias y se originan a partir de las glándulas salivales. Su tamaño es variable y se presentan en todos los grupos de edad con más frecuencia en el labio inferior (74%) pudiendo presentarse en otras zonas de la mucosa bucal. Descripción del caso clínico: Se presenta a la consulta un paciente de género femenino de 32 años de edad con una lesión única de tipo tumoral ubicada en la cara interna del labio inferior. Clínicamente la lesión se ve elevada, hemiesférica, de base amplia, indolora, de aproximadamente 15 mm de diámetro, cubierta de mucosa sana con características normales. A la palpación se revela blanda y fluctuante. El tiempo de evolución de la lesión es de aproximadamente 3 meses. Diagnóstico presuntivo: Quiste mucoide. Tratamiento: biopsia escisión. Pasos: anestesia, incisión, extirpación, sutura, acondicionamiento de la muestra para su estudio. Diagnóstico histopatológico: Quiste de extravasación mucosa. Cavity pseudoquística con acumulación de moco, tejido de granulación y neovascularización periférica. Hiperplasia pseudoepiteliomatosa en el epitelio de revestimiento mucoso. Conclusiones: Es importante crear conciencia en la población de que toda acción odontológica es una acción preventiva y que la labor terapéutica del odontólogo

debe necesariamente acompañarse de una actividad educativa mediante la cual el paciente aprenda a valorar la importancia de su propia salud.

**38. Litiasis submaxilar: Intervención quirúrgica del conducto de Warton.** Autores: M.S. MONTERO; R. ARRIENTI; L.E. PEREYRA. *Servicio de Odontología del Hospital Dr. Alejandro Korn de Melchor Romero.*

**Introducción.** Los cálculos salivales, localizados en el parénquima glandular o en los conductos salivales, son considerados una de las afecciones más comunes de las glándulas salivales. Las sialolitiasis suelen afectar las glándulas salivales mayores, con implicancia de la glándula submaxilar (80-90%), de la glándula parótida (5-20), y raramente la glándula sublingual (0,5-2%). La glándula submaxilar es la más afectada, la formación de cálculos parece estar relacionada con las debilidades anatómicas que presenta esta glándula: la posición, las dos curvas marcadas del recorrido del conducto, el estrechamiento del foramen secretor sumado a la saliva submandibular bastante densa y viscosa. La afección puede presentarse a cualquier edad, con una mayor incidencia en hombres adultos entre las segundas y la sexta década de vida. **Descripción del Caso.** En esta oportunidad, presentaremos la secuencia clínica del tratamiento quirúrgico de 2 casos de litiasis submaxilares. **Conclusiones.** Es importante tener en cuenta que tanto el correcto diagnóstico diferencial como el tratamiento oportuno de este tipo de patología litiásica, es fundamental para evitar posibles alteraciones morfofuncionales de la glándula. La permanencia del cálculo en el conducto puede producir desde trastornos mecánicos e infecciosos hasta ulceraciones de la pared del conducto, con la formación de fistulas intraorales, pudiendo evolucionar a una escleroatrofia glandular con pérdidas funcionales.

**39. Análisis de las distintas generaciones de localizadores apicales.** Autores: J. N. VARELA; L. GOMEZ VIGLINO; G. MENTA; F. CAROSILLO; M. HERVIT; S. TISSONE. *Asignatura Endodoncia, Facultad de odontología de La Plata.*

**Introducción:** Para facilitar la terapéutica endodóntica surgieron los localizadores apicales, que reducen el tiempo evitando la toma de radiografías de la conductometría. Desde su nacimiento transcurrieron ya tres generaciones distintas **Objetivo:** Analizar la eficacia y veracidad de distintos métodos electrométricos, localizadores apicales, para poder compararlos. **Descripción del Caso:** En este trabajo se busca analizar la efectividad de localizadores de ápice de distintas generaciones. Para ello se tomaron grupos de control, integrados por pacientes que concurren a la clínica de la asignatura Endodoncia, con conductometría convencional y luego la toma electrónica. Se seleccionaron sesenta pacientes por cada generación haciendo la doble toma, es decir la radiográfica y la electrónica en piezas anteriores. **Resultados:** La aparatología perteneciente a la última generación presentó menor margen de error y mayor coincidencia con la toma radiográfica de conductometría



Conclusión: La tercera generación de localizadores apicales electrónicos, mejoró los errores que poseían los anteriores, tales como falsas lecturas en presencia de agentes de irrigación, sangre o exudados. Motivo por el cual la última generación de localizadores resulta muy recomendable para acortar el tiempo de trabajo.

**40. Acción de los desinfectantes en piezas dentarias tratadas endodónticamente.** Autores: G.V.SANTANGELO; N. BERTOLA; I. Piantanida; M. HERVIT; A.L.DOMENCH; F. POLO. Asignatura Endodoncia, Facultad de odontología de La Plata.

Objetivos: La patogenia de la pulpa dental y de los tejidos periapicales depende en gran medida de las bacterias, por lo que es necesario conocer las situaciones que permiten a los microorganismos sobrevivir o prevalecer dentro del sistema de conductos radiculares y su medio y así mejorar el criterio clínico en el tratamiento de las infecciones pulpares y de las regiones de influencia. Descripción del Caso: Se realizó un estudio comparativo para analizar la eficiencia de la desinfección del sistema de conductos radiculares en piezas dentarias, sin tener en cuenta sexo ni edad del paciente, con diferente anatomía topográfica en los conductos radiculares. Resultados: Los gérmenes pueden colonizar zonas del interior del diente de los conductos en los que la técnica empleada consiguió cerrar herméticamente. Existen diferencias en cuanto a la capacidad de permitir el paso de colorantes y permitir la colonización bacteriana. El hecho de que exista un paso de colorante no significa necesariamente que los gérmenes puedan colonizar ese conducto. Conclusión: Dado la capacidad de colonización de las bacterias presentes, hoy en día es muy difícil encontrar un desinfectante eficaz para todo el biofilm endodóntico, siendo esto último un gran desafío.

**41. Aspectos físicos de los irrigantes ductales.** Autores: M.E.SAPIENZA; M. J. BUSTOS; N. MAYDANA; J.N. VARELA; G. AMESTOY; I. Piantanida. Asignatura Endodoncia, Facultad de odontología de La Plata.

Objetivos: Conocer que sustancia coadyuvante de irrigación tiene menor tensión superficial y por consiguiente mayor penetración dentro del conducto radicular. Descripción del Caso: En este trabajo se investigó el poder de penetración por capilaridad en de los irrigantes de acuerdo a sus tensiones superficiales. Se tomaron 40 piezas dentarias y se dividieron en cuatro subgrupos, instrumentándolos hasta el calibre 60. Irrigando profusamente con el irrigante seleccionado para cada grupo. Preparadas todas las piezas se procedió a seccionar las mismas para visualizar la penetración del irrigante. Se observó que por capilaridad a partir de la lima N° 15 el primer irrigante en llegar al CDC es el digluconato de clorhexidina. En orden decreciente se ubicaron el E.D.T.A, (calibre 20); el hipoclorito con (calibre 35) y el

H2O2 (calibre 55).Conclusiones: Concluyendo que el H2O2 y el hipoclorito de sodio no abordan el CDC; el EDTA es muy recomendable y el clorhexidina es el más adecuado desde el punto de vista físico para irrigar él y tiene además una fuerte acción antiséptica. Bibliografía: 1) Waine, F. et al.: The effect of preparation procedure on original canal shaper. JOE 1:255, 1975. 2) Fuss, Z. et al: Tubular permeability to bleaching agents. JOE 15:1989.

#### **42. Estudio comparativo del sellado total de tres selladores endodónticos.**

Autores: M. JARA ORTIZ; L. GOMEZ VIGLINO; F. CAROSILLO; F. POLO; C. TUDOR. Asignatura Endodoncia, *Facultad de odontología de La Plata.*

Introducción:Buscando el éxito de la terapia endodóntica sabemos que uno de los ítems más difíciles dentro de nuestra especialidad es lograr la hermeticidad del conducto; a través de un sellador ideal. Hoy día seguimos buscando un sellador que cumpla con todos los requisitos esperados Objetivo: El objetivo de este trabajo fue estudiar en. Forma comparativa el sellado en la totalidad del conducto por medio de la técnica de transparentación. Los selladores endodónticos utilizados en esta oportunidad son el cemento de Grossman, el sellador de CPM Sealer y Roeko Seal. Descripción del Caso: En este estudio in vitro se utilizaron treinta piezas dentarias anteriores unir radiculares a las que se les practicó el tratamiento endodóntico convencional, finalmente se dividieron en tres grupos, Grupo 1 se utilizó el Cemento de Grossman;Grupo 2elCemento CPM Sealer;Grupo 3 Cemento Roeko Seal. Acto seguido las piezas fueron sometidas al proceso de transparentación para poder visualizar la hermeticidad y el poder de escurrimiento de cada material. Conclusión: Analizando el resultado estadístico comparativo del presente trabajo podemos decir que el cemento sellador Roeko Seal, sería el mejor sellador endodóntico dentro de los tres cementos selladores utilizados en este trabajo.

**43. Técnicas de apicodentometría. ¿Cuál Elegir?** AUTORES: M. LOPEZ; J. MAINETTI; C, TUDOR; A. L. DOMENCH; N. BERTOLA; N. RAFAELI. Asignatura Endodoncia, *Facultad de odontología de La Plata.*

Objetivos: Determinar que técnica de apicodentometría es más eficaz en la hora de la clínica.Descripción del Caso: La apicodentometría es el procedimiento por el cual se determina la longitud del endodonto. En este trabajo se busca comparar las diferentes técnicas para determinar cuál es más adecuada. Se seleccionó un universo de 120 piezas, que se dividieron en tres grupos, y a cada uno se le aplicó una técnica diferente (Presuntivo digital, Convencional radiográfico y con localizadores

electrónicos). Al primer grupo se le realizó con lima lisa tipo "K" calibre 15 la conductometría presuntiva. Al segundo se le realizó igual tarea con toma radiográfica, y en el tercero se utilizó localizador apical (Propex II). Resultados: Los resultados arrojados por la conductometría digital no fueron significativos, la conductometría tradicional se obtuvieron datos significativos, pero tiene la desventaja de irradiar al paciente y al odontólogo. El método electrónico Propex II dio índices de precisión que van del 87 al 96,5 %. Además tiene como ventaja evitar la irradiación tanto del paciente como del profesional. Bibliografía: 1) Goldberg, F. Evaluación clínica del Root ZX en la determinación de la conductometría. 2) Leonardo, M. Endodoncia, Tratamiento de conductos radiculares, principios técnicos y biológicos.

**44. Obturación de conductos curvos utilizando técnicas termoplásticas.** Autores: M. LOPEZ; S. TISSONE; M. JARA ORTIZ; O. H. ZARACHO; M. J. BUSTOS; M. E. SAPIENZA. *Asignatura Endodoncia, Facultad de odontología de La Plata.*

Objetivos: Conocer las técnicas termoplásticas de obturación de conductos. Los conductos radiculares son sistemas complejos por su anatomía tan particular y por medio de la endodoncia tratamos parte de ese problema. Las técnicas de obturación convencionales, utilizando conos de gutapercha y cemento se podían utilizar en conductos curvos o con ciertas curvaturas: No así en conductos muy curvos por la dificultad de la correcta utilización del instrumental y material. Por todo esto surgen nuevas técnicas de obturación, que son de carácter termoplásticas que trabajan con gutapercha reblandecida y selladora y/o cementos. Descripción del Caso: Las técnicas más utilizadas usan pistolas e instrumental como obturadores ya calibrados. De esta forma se trata de solucionar el problema de las técnicas convencionales logrando un obturación que cumple con todos los requisitos: tridimensional, permanente y que llegue a la medida de trabajo. Se realizará una demostración de las distintas técnicas de obturación con material termoplástico utilizado en conductos curvos. Conclusiones: con las nuevas técnicas de obturación termoplástica se logra obturar conductos con curvaturas que, eran hasta la aparición de estas técnicas, imposibles de obturar.

**45. Premolar inferior con tres conductos: reporte de dos casos clínicos.** Autores: O. H. ZARACHO; C. TUDOR; G. AMESTOY; F. CAROSILLO; J. MAINETTI. *Asignatura Endodoncia. Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata.*

Introducción: Para alcanzar el éxito en el tratamiento endodóntico, uno de los grandes desafíos es acceder, conformar y sellar la totalidad de los conductos radiculares. El clínico no sólo deberá tener conocimiento básico de la morfología interna del sistema de conductos, sino conocer las variaciones anatómicas de los conductos de las piezas dentarias. Estadísticamente, la posibilidad de un tercer conducto, en los primeros premolares es de 0.5%. El objetivo del siguiente trabajo es demostrar, dos casos clínicos de primeros premolares inferiores con tres conductos realizados en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de la Plata. Reporte de caso clínico Número uno. Paciente: femenino Diagnóstico: Pulpitis irreversible en pieza dentaria N°34. Tratamiento: Biopulpectomía total. Fecha de intervención: 28/07/2013. Reporte de caso clínico Número 2 Paciente: masculino Diagnóstico: necrosis pulpar séptica en pieza dentaria N° 44 Tratamiento: tratamiento de conducto. Fecha de intervención: 28/05/2010. Resultados: se encontraron tres conductos principales en la pieza núm. 44. Y tres conductos principales en la pieza núm. 34. Conclusión: el conocimiento de la morfología interna y externa de la pieza dentaria nos permitirá, junto a la correcta interpretación radiográfica y el estudio de la casuística, permite resolver variaciones anatómicas y morfológicas complejas, y así mejorar el pronóstico del tratamiento

**46. Absceso Apical Agudo.** Autores: M. JARA ORTIZ; M. LOPEZ; L. GOMEZ VIGLINO; N. MAYDANA; M. HERVIT; N. BERTOLA. Asignatura *Endodoncia, Facultad de Odontología*. Universidad Nacional de La Plata.

Introducción: En casos de urgencia, muchas veces debemos poner a prueba distintos elementos de diagnóstico para encontrar la mejor respuesta posible. En este caso se reporta un absceso apical agudo en la zona palatina del sector 1, que, de acuerdo al test de vitalidad pulpar y correcta interpretación radiográfica se localiza la pieza causal N° 1.8. Asistió a la consulta un paciente masculino 30 años de edad, dolor a la masticación, edema y tumefacción, en zona palatina comprendida en piezas 1.5; 1.6; 1.7 y 1.8. Se realizó en otro lugar la remoción del perno de la pieza Núm. 1.5 y la desobstrucción del conducto palatino de la pieza dentaria 1.6, sin encontrar solución a dicha terapia. Con ayuda análisis clínico, percusión vertical, test de vitalidad pulpar al frío y al calor, más técnica radiográfica de Clark se localiza caries penetrante por mesial en pieza 1.8 sin vitalidad pulpar. Se decide realizar la apertura de dicha pieza, sin anestesia, drenaje y medicación antibiótica. 48 horas después, se procede a finalizar la endodoncia ya con silencio clínico. Como conclusión pensamos que, es de suma importancia realizar un correcto y minucioso análisis clínico - radiográfico, ya que éste nos aporta la información necesaria que luego permitirá dar solución a patologías periapicales de urgencia; quizás, sin necesidad de recurrir a otras

técnicas de diagnóstico complementarias que muchas veces, no son sólo más costosas, sino que además, irradian innecesariamente al paciente o retardan nuestro accionar clínico, para dar pronta solución a la patología dolorosa.

**47. Importancia de la rehabilitación post-endodóntica en relación a la permanencia y funcionalidad de las piezas en boca.** AUTORES. G. MENTA; G. V. SANTANGELO; N. RAFAELI; F. POLO; N. MAYDANA; A. L. DOMENCH. *Asignatura Endodoncia, Facultad de odontología de La Plata*

Introducción: La micro filtración coronaria es una causa potencial de fracaso endodóntico. Ésta, junto a la caries recurrente o restauraciones fracturadas, permiten la re contaminación del sistema de conductos. La exposición de la gutapercha coronaria a la cavidad oral puede provocar la migración de bacterias hacia el ápice en cuestión de días y sus endotoxinas lo hacen con aún mayor velocidad. Por lo que se recomienda realizar la restauración lo más inmediatamente posible del diente, aunque sea con una "barrera intracoronaria" de composite o ionómero vítreo sobre la entrada a los conductos. La rehabilitación realizada luego del tratamiento de conductos tiene un impacto directo sobre el pronóstico del diente endodonciado. Siempre que el remanente dentario lo permita, deberá optarse por restauraciones adheridas, ya que generan un efecto de monobloque que disminuye el micro filtración marginal. En casos en donde no sea posible, tratar de lograr la mejor adaptación posible de las estructuras coladas. La idea es lograr un sellado hermético, tridimensional y estable desde la corona hasta el ápice que impida penetración de bacterias.

**48. Influencia del surco palato-radicular en la terapia endodóntica.** Autores: M. E. SAPIENZA; G. MENTA; J.N.VARELA; S.TISSONE; M J. BUSTOS. *Asignatura Endodoncia. Facultad de odontología de La Plata.*

Introducción: Los surcos palatinos son anomalías de desarrollo que se encuentran en incisivos superiores, centrales y laterales. Varían en longitud: pequeños, del cingulum a la unión cemento-esmalte o moderados, del cingulum se extiende apicalmente en la raíz; y en profundidad: poco profundo -1mm, profundo +1mm o tubo cerrado. Los surcos profundos alteran la forma externa de la raíz y del conducto pudiendo provocar la bifurcación. La presencia de esta patología tiene implicancias tanto periodontales como endodónticas, debido a que es un reservorio de biofilm bacteriano que puede provocar destrucción ósea y bolsas periodontales y a su vez, de acuerdo a la profundidad, también afectar la vitalidad pulpar. Si bien el pronóstico de estas piezas es dudoso, es importante conocer este defecto que suele alterar la

común anatomía de la pieza dentaria, debiendo estar preparados para poder realizar un tratamiento endodóntico correcto, acompañado de un tratamiento periodontal, para intentar arribar a los mejores resultados. Objetivos: conocer los defectos que suelen alterar la común anatomía de la pieza dentaria

**49. Complejidad Del Endodonto.** Autores: O. H .ZARACHO; N. RAFAELI; J. MAINETTI; G. AMESTOY; I. PIANTANIDA; G. V. SANTANGELO. Asignatura Endodoncia. *Facultad de odontología de La Plata.*

Objetivos: conocer el sistema de conductos y sus variaciones para el éxito de nuestro tratamiento endodóntico. Descripción del Caso: en este trabajo se expondrán distintas imágenes de la morfología y números de conductos de cada pieza dentaria y sus variantes. Para el éxito de cada tratamiento es necesario el profundo conocimiento de la anatomía interna de los conductos radiculares. Este trabajo surge desde la inquietud de cómo fue variando la anatomía de las piezas dentarias, como por ejemplo hoy en día encontramos incisivos inferiores con más de un conducto; premolares inferiores multirradiculares, deltas apicales. Todos estos ejemplos, ante su desconocimiento llevaban a un fracaso en el tratamiento endodóntico. Conclusiones: el conocimiento de la morfología interna de los conductos nos permite trabajar con un margen de seguridad

**50. Endocrown de composite en molar endodónticamente tratado.** Autores: M. B. PAGOLA; E. CHRESTIA. Asesor científico: J. I. GIMENEZ; M. E. WEISBURD. *Servicio de Practicas Odontológicas Integradas; Facultad de Odontología, UNLP*

Introducción: Tradicionalmente, la devolución de función y estética a dientes tratados endodónticamente con extensa pérdida coronaria, se ha logrado fabricando coronas totales con pernos intrarradicales. Con el advenimiento de la odontología adhesiva, es posible restaurarlas con onlays y overlays, usando la extensión de la cámara pulpar como recurso de retención. Las restauraciones endocrown están formadas por un monobloque que contiene la porción coronaria integrada a una proyección apical que llena la cámara pulpar. Descripción del Caso: Presentación de caso clínico de una endocrown en un primer molar inferior con extensa destrucción coronal. El protocolo establece una preparación con paredes de la cámara pulpar expulsivas con un ángulo cercano a los 10º y la terminación marginal en hombro redondeado. Se decidió realizarla con resinas compuestas ya que posee propiedades físicas similares a los tejidos dentarios y por su bajo costo. Conclusiones: Las restauraciones endocrown representan una interesante y conservadora alternativa a las coronas completas. Promueven adecuada función y estética, mantienen la integridad biomecánica y permiten un mínimo desgaste de tejido. En el futuro, con

una aplicación más minuciosa de las técnicas contemporáneas de preparación y restauración conservadora, la colocación de postes debe convertirse en la excepción y no en la regla. La conservación de los tejidos y la adhesión son los elementos más relevantes para el éxito a largo plazo.

**51. Traumatismo de urgencia: Resolución estética.** Autores: L. PEREYRA; N. BERTOLA; M. S. MOLINA AGOSTINI; M. E. ROLLIE. *Hospital Dr. Alejandro Korn, Melchor Romero, La Plata.*

Introducción: Se presenta un caso clínico de un paciente masculino de 27 años, que consulta tras haber sufrido la avulsión de la pieza dentaria 2.1. Debido al tiempo transcurrido desde el accidente, el tratamiento de reimplantación no está indicado. Se decide realizar una ferulización provisoria con su pieza dentaria a fines estéticos y para mantenimiento del espacio mesiodistal hasta la realización del tratamiento definitivo. Descripción del caso. En la anamnesis el paciente relata haber sufrido un accidente con la consiguiente pérdida de la pieza dentaria 2.1. Demora su consulta 5 días, asistiendo con la pieza dentaria conservada en un recipiente. En la evaluación intraoral se observa el alvéolo en vías de cicatrización, sin lesiones mucosas; radiográficamente no se reconocen alteraciones óseas. Se propone al paciente realizar una férula inmediata con su propia pieza dentaria, de manera temporaria. Se realiza el seccionamiento de la corona y la raíz, se elimina el tejido de la cámara pulpar y parte de la dentina para evitar la pigmentación de la pieza, se descontamina en clorhexidina al 0,2%, se seca y se aplica la técnica adhesiva, con relleno de composite para sellar la misma. Se adapta la pieza dentaria a la encía, se realiza aislación relativa y se feruliza con una malla metálica y técnica adhesiva a las piezas dentarias adyacentes 1.1 y 2.2. Se procede al chequeo de la oclusión con papel de articular y se dan pautas de higiene y dieta blanda al paciente. Conclusiones. En estos casos las campañas de prevención cumplen un rol fundamental. El tiempo trascurrido y medio de conservación son dos factores que condicionan altamente el pronóstico de este tipo de traumatismos. El conocimiento del profesional junto a protocolos estandarizados de actuación permitirán devolverle al paciente la salud oral. A su vez es importante tener presente los requerimientos estéticos y sociales en la actualidad

**52. Linfangioma: reporte de un caso en el centro de alta complejidad de la FOLP.** Autores: A. ARCURI; M. FERNANDEZ; K. MAYOCCHI; K. SIRIMARCO. *Facultad de Odontología, UNLP*

Introducción: Los linfangiomas son neoplasias benignas que ocurren predominantemente en la infancia y cuya localización más frecuente es cabeza y cuello. De acuerdo a sus características anatomopatológicas son tumoraciones linfáticas. El dato histológico relevante es la presencia de canales linfáticos que penetran y disecan estructuras adyacentes. Esto confiere un comportamiento

«agresivo» a estas lesiones benignas. Se presenta un caso en el Centro Alta Complejidad de la Facultad de Odontología UNLP. Paciente de sexo masculino, 17 años de edad, proveniente de Quilmes. Al examen bucal se observan lesiones en el tercio anterior de la lengua que se prolongan hacia el tercio posterior de la cara dorsal, múltiples, elevadas, de superficie irregular, base sésil, rosadas, blandas a la palpación. Se solicitan exámenes complementarios. Como diagnóstico presuntivo: granuloma piógeno – linfangioma. El diagnóstico certero: linfangioma. Los linfangiomas de lengua resultan de gran interés histopatológico, porque pueden inducir obstrucción del tracto respiratorio superior y frecuentes recidivas tras su resección. Son considerados por muchos autores como hamartomas vasculares o como disembrioplasias del sistema linfático. Para el diagnóstico precoz de estas lesiones es relevante la utilización de imágenes (ecografía, TAC). El estomatólogo tiene la misión de aportar el diagnóstico de la lesión, extensión y valoración de bordes quirúrgicos.

**53. Diagnóstico Precoz.** Autores: S. RUSCITTI; S. BIANCHI; V. PELLEGRINI. *Servicio de Prácticas Odontológicas Integradas; Facultad de Odontología de La Plata.*

**Introducción** El objetivo del tratamiento temprano o precoz es crear un ambiente más favorable para el desarrollo dentofacial. Este puede reducir la cantidad de compensaciones dentales y discrepancias esqueléticas que generalmente están asociadas a la maloclusión esquelética severa en la adolescencia. **Descripción del caso** Se muestran varios casos tratados con las imágenes pre y post tratamiento. **Conclusiones** El tratamiento temprano puede ayudar a minimizar las adaptaciones que generalmente se ven en las maloclusiones tardías de los adolescentes y disminuir el potencial de daño a las estructuras dentarias (resorción, descalcificación, trauma etc.) El odontólogo cuenta con una amplia gama de terapias las cuales puede implementar en dentición primaria y en dentición mixta

## Presentaciones Orales

**1. Desordenes Potencialmente Malignos** J.I. GIMENEZ. *Servicio de Prácticas Odontológicas Integradas. Facultad de Odontología, UNLP*

**Introducción:** En la última reunión de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (2005) fueron discutidas definición, terminología y clasificación de aquellas lesiones con predisposición a la transformación maligna. El término “Potencialmente Malignos” fue preferido por sobre los términos “pre malignos” o “precancer”, ya que no todas las lesiones agrupadas bajo esta terminología terminan transformándose en cáncer, además fue sugerido abandonar la distinción que se hacía antaño entre lesiones premalignas y condiciones premalignas y usar el término “Desordenes Potencialmente Malignos”. Se considera así a aquellas lesiones que tienen un riesgo



mayor o una predisposición a desarrollar un carcinoma de células escamosas (CCE). Hoy en día la OMS considera dentro de esta terminología las siguientes lesiones: leucoplasia, eritroplasia, palatitis nicotínica, fibrosis oral submucosa, queratosis actínica (queilitis crónica), liquen plano, lupus eritematoso discorde y desordenes hereditarios como la disqueratosis congénita y la epidermolisis bulbosa. En nuestro país también se incluye bajo esta clasificación a la ulceración por trauma crónico (UTC), ya que existe evidencia clínica y científica respaldatoria. En nuestro país el liquen atípico y la UTC son las que tienen mayor prevalencia e incidencia. Es fundamental el estricto seguimiento y examen funcional clínico estomatológico de los pacientes con desordenes potencialmente malignos y aquellos tratados por cáncer bucal.

## **2. Diagnóstico Oportuno De Maloclusiones. ¿Cuándo Intervenir?**Autor:V.PELLEGRINI.*Servicio de Practicas Odontológicas Integradas; Facultad de Odontología de La Plata.UNLP*

Introducción: El diagnóstico oportuno de las maloclusiones puede ayudar a minimizar las adaptaciones que generalmente se ven en las maloclusiones tardías y disminuir el potencial de daño a las estructuras dentarias.El objetivo de realizar un tratamiento a tiempo es crear un ambiente más favorable para el desarrollo dentofacial futuro. Diagnosticar para así poder actuar oportunamente y evitar el agravamiento de la patología. Los beneficios de estos tratamientos, a menudo son discutidos, pero sabemos que la plasticidad del sistema orofacial es mayor a edades tempranas y permite mejorar las condiciones de crecimiento. El propósito entonces del diagnóstico oportuno es corregir o interceptar maloclusiones antes de la erupción de las piezas dentarias permanentes reduciendo así el tiempo de tratamiento futuro.

## **3. Impresiones En Prótesis Fija.**Autor:M.BERRO. *Servicio de Prácticas Odontológicas Integradas. Facultad de Odontología, UNLP*

Introducción:Una de las zonas más críticas en la confección de una corona es la marginal o cervical (área de superficie crítica), dependiendo de esta el futuro de la corona en cuanto a filtración de la estructura dentaria remanente. El objetivo buscado en la historia de la Prostodoncia fija fue y es, el concepto de sellado marginal perfecto. Existen muchos términos al definir el proceso para exponer los márgenes cuando se toman impresiones de dientes preparados. La palabra dilatación tisular es sinónimo de retracción o desplazamiento tisular. El manejo de los tejidos es el factor clave para la duplicación exacta de los márgenes subgingivales. Clasificación de la dilatación tisular: mecánica, mecánica – química, quirúrgica, la selección de las mismas estará condicionada a la ubicación del margen gingival, condición y situación de la encía, material y método, habilidad del operador. Se hará una revisión de dos técnicas mecánicas Cubetilla de Ripol (técnica directa o indirecta) y Cubetilla abierta. Esta última tiene como ventajas:Reducción del tiempo clínico, mayor

reproducción de detalles, espesores óptimos del material de impresión, evaluación del ajuste marginal (cofia), duplicación del troquel, economía del material de impresión, simplicidad de la técnica.

**4.Tratamiento Interdisciplinario En Rehabilitación.**Autor: I.PERDOMO STURNIOLO. *Servicio de Prácticas Odontológicas Integradas. Facultad de Odontología, UNLP.*

Introducción: La ortodoncia es una especialidad odontológica y como tal es parte de las ciencias de la salud. Estudia, previene y corrige las alteraciones del desarrollo, la forma y las posiciones dentofaciales con el fin de restituir el equilibrio morfofuncional, las proporciones y por lo consiguiente, la estética facial. Para poder realizar un correcto diagnóstico debemos saber que se considera como normal y cuáles son los motivos que alteran ese estado de eugracia y así poder desasnar el camino de la patología. Descripción del caso:Se mostraran distintos casos clínicos con diferentes grados de complejidad, con el objetivo que el clínico general conozca los alcances de la ortodoncia en relación al diagnóstico de sus pacientes y encuentre en la ortodoncia un aliado para poder trabajar en forma conjunta y así poder otorgarle al paciente un mejor plan de tratamiento, no solo devolviéndole estética sino también función. Conclusión:Cada paciente representa un verdadero desafío, no existen recetas predeterminadas de tratamiento, y por lo tanto la individualización de es fundamental. La realización de prácticas odontológicas, desarrollo de estrategias, habilidades y manejo de los recursos profesionales de manera integrada, e interdisciplinaria es sin lugar a dudas un avance en el campo de la Odontología.

**5. Oclusión y Sonrisa.** Autor: M.S.BIANCHI. *Servicio de Prácticas Odontológicas Integradas. Facultad de Odontología. UNLP*

Introducción: Hoy en día todos los tratamientos odontológicos (rehabilitaciones odontológicas) tienen como objetivos fundamentales la obtención una vez finalizados de una oclusión funcional, de la mejor estética facial y dental y de una estabilidad postratamiento.Descripción:En esta presentación se expondrán los principios de una oclusión funcional, los principios estéticos de la odontología en general y de la estabilidad dentaria y mandibular.Conclusiones: El estudio, análisis y descripción de los principios oclusales estáticos y dinámicos, de los principios estéticos (características macroestéticas, miniestéticas y microestéticas) y de la neurofisiología mandibular (estabilidad dentaria y mandibular) nos permitirá realizar una optimización del plan de tratamiento, mejorando nuestros resultados finales. Hay que ver porque viene el paciente, evaluar que debería hacerse, examinarlo clínicamente, hacer un tratamiento acorde al problema siempre teniendo una visión más amplia, ya que si sólo tenemos en cuenta los objetivos oclusales sin tener en cuenta los objetivos estéticos sólo estaremos viendo la mitad de nuestro paciente siendo nuestra deber realizar un análisis dentofacial más extendido para asegurarnos

la realización de un tratamiento rehabilitador que nos proporcione la estabilidad del tratamiento deseada.

**6. Contribución de la Imágenes en el Diagnostico de ATM.** Autor: S.RUSCITTI. *Servicio de Prácticas Odontológicas Integradas. Facultad de Odontología, UNLP*

Introducción: La Disfunción Cráneo mandibular, temporomandibular, paciente de ATM o Disfunción Cráneo-cérvido-mandibular es una condición crónica que afecta la forma y función de las articulaciones temporomandibulares, el sistema neuromuscular y la articulación dentaria. Descripción del caso: Es importante poder reconocer alteraciones en la ATM en las imágenes de rutina de la consulta odontológica y tener presente que estudios son más específicos para estudiar esta articulación y las patologías que puede presentarse en ella. Conclusión:El paciente es una unidad, por lo que no debe ser tratado en sus partes por separado. Siendo la disfunción temporomandibular una patología de origen multifactorial, que requiere para su detección y tratamiento de todos los elementos que tengamos a nuestra disposición, es importante recalcar la necesidad y de su tratamiento en forma interdisciplinaria.

**7. Rehabilitación Integral de Paciente.** Autor:E.R. TOMAGHELLI.*Servicio de Prácticas Odontológicas Integradas. FACULTAD de Odontología, UNLP*

Introducción:El servicio de prácticas odontológicas integradas S.E.P.O.I tiene entre sus objetivos:

- ❖ Integrar los conocimientos, actitudes, habilidades y destrezas adquiridas durante el trascurso de la carrera para ser proyectados a la comunidad.
- ❖ Reconocer al paciente como una unidad biopsicosocial y desarrollar una odontología que atienda a la salud integral.
- ❖ Profundizar la formación intensiva e integral del estudiante en una estructura multidisciplinaria.
- ❖ Fortalecer el proceso de enseñanza y aprendizaje de acuerdo al método de resolución de problemas.

Para cumplimentar los objetivos se requiere de un correcto diagnóstico como punto de partida, una planificación que conlleve a un tratamiento adecuado basado en la toma de decisiones. La formación de recursos humanos, científicos y tecnológicos disponibles necesarios para llevarlo a cabo. Se presentaran casos clínicos diversos, con grados de complejidad ascendente haciendo hincapié en la toma de decisiones y posibles acciones terapéuticas a seguir, se discutirán ventajas y desventajas así como los límites de cada una de las especialidades. Conclusiones: La rehabilitación integral del paciente supone ir de lo más simple a lo más complejo apoyándose en todas las especialidades de la profesión odontológica. Sin dejar de lado el cuidado y mantenimiento de la salud, esta cuestión implica conocimientos científicos,

tecnológicos y recursos humanos capacitados en prácticas preventivas, tratamientos integrales y seguimiento de los mismos.



