

RESÚMENES DE CASOS CLÍNICOS:

01. Secuela de un traumatismo dentario en una paciente con Esclerosis Múltiple

Bertazzi Nieto María Cecilia, Ríos Natalia Analía, Villalba Carolina y Arena Ana Lía

02. TRATAMIENTO Y CONTROL DE INFECCIONES ENDODÓNTICAS PRIMARIAS Y SECUNDARIAS.

Beltrán Bedogni, Luciana - Palladini, Yanina - Bulacio, María de los Ángeles

03. Avulsión dentaria

Dr. Juan Pablo Chavarría Paredes

04. Lesión perirradicular y utilización del Licon-D en la terapéutica endodóntica.

Clere Aldana - Sabaté Rosa

05. CONSIDERACIONES SOBRE LA ANATOMÍA ENDODÓNTICA DE MOLARES SUPERIORES CON CUATRO RAÍCES

Gallardo, María Eugenia - Boiero, Luciana - Quigley, Cintya

06. Periodontitis apical crónica. Reporte de un caso clínico

Santangelo Georgina

07. PULPOTOMÍA CON MINERAL TRIOXIDO AGREGADO (MTA) EN UN DIENTE CON TAURODONTISMO

Rosas Cruz Sandra

08. Variabilidad anatómica del 7

Adrián Labanti (presentador), Luciana Boiero, Victoria Fernández, Fernando Outi, Francisco Muñoz
Institución Universidad de Mendoza, carrera de odontología, facultad de ciencias de la salud,
cátedra preclínica de endodoncia

09. Tratamiento de lesión crónica por medio de su fistula con material Licon-d. Endodoncia mínimamente invasiva.

Marcos Poggio - Clere Aldana - Diego Tempo - Sabaté Rosa

10. Prevalencia de Patologías Periapicales

Dr. Uberti Esteban Fernando - Dr. Dip Alejandro - Dra. Carino Silvia - Dr Prof. Hassan Eduardo

11. Tratamiento de una reabsorción cervical invasiva

Liliana Artaza, Profesora Titular Cátedra de Endodoncia II USAL/AOA

Federico Dimarco, Profesor Auxiliar Cátedra de Integral Adultos USAL/AOA

12. Endodoncia mínimamente invasiva como alternativa al tratamiento quirúrgico mutilante.

Tempo Diego - Clere Aldana - Poggio Marcos - Sabaté Rosa

13. REABSORCIÓN CERVICAL EXTERNA.

Od. Mariana Carvajal*. Profesor Asistente . Cátedra B de Endodoncia. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba.

14. REVITALIZACIÓN PULPAR: UNA ALTERNATIVA DE TRATAMIENTO DE UN DIENTE INMADURO EN UN PACIENTE ADULTO

Od. Elizabeth Ludueña, Dra Fabiana Franciosi, Dra Gabriela Martín Cátedra de Endodoncia "A" de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba

15. Absceso apical agudo.

Od. Zaracho Orlando Hernán; Asesora Científica: Dra. María Elena Sapienza; Asignatura Endodoncia. Facultad de Odontología Universidad Nacional de La Plata.

16. TRATAMIENTO DE REVITALIZACIÓN PULPAR EN UN INCISIVO CENTRAL SUPERIOR CON APEXOGENESIS INCOMPLETA

Od. Elizabeth Ludueña, Dra. Fabiana Franciosi, Dra. Gabriela Martín Cátedra de Endodoncia "A" de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba

17. LESIÓN ENDOPERIODONTAL: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO MEDIANTE TÉCNICA DE PRESERVACION PAPILAR (TPP)

Dra. Fabiana Franciosi, Od. Elisabeth Ludueña Cátedra de Endodoncia "A". Facultad de Odontología de Córdoba UNC

18. Luxación Palatina: Cuando la ortodoncia se convierte en protección

Escribano, María Florencia - Lujan María Gabriela - Arena Ana Lía

19. Revascularización/Revitalización pulpar en un incisivo central superior con ápice inmaduro

Natalia Lucía Tobío, Gladys Fol, Susana Álvarez Serrano

20. Estudio ConeBeam de un caso de avulsión dentaria a un año de reimplante y tiempo extra alveolar de 50 minutos

Agustina Ale, Pablo Ensinas

21. Revascularización_regeneration en 2 incisivos centrales superiores.

Carlos Andrés Pantanali. Circulo Odontológico de Jujuy; Escuela de posgrado.

22. El desafío del diagnóstico

Ríos, Natalia Analía - Bertazzi Nieto, María Cecilia - Gioino, Gabriela

23. Traumatismo dentario: Aplicación del MTA.

Od. Granados DelfordMatias, Prof. Dra.Gioino Gabriela, Od.Garofletti Julieta

24. Síndrome de GorlinGoltz

Od. Nora Bustos Od. Carla Aguilar Storniolo Od. María Georgina Garcés Od. Paola Castro

25. La endodoncia en el paciente oncológico

Clarisa María Solá Torino.

26. Radectomía: Una alternativa quirúrgica complementaria de la Endodoncia Convencional en la preservación de piezas dentarias.

Ana Cecilia Villa Mezzena Residencia de Odontología General- Hospital Público de Gestión Descentralizada San Bernardo-Salta

27. Terapia Endodóntica Conservadora en el abordaje odontológico integral de pacientes de riesgo médico

Clarisa María Solá Torino.

FORMULARIO DE INSCRIPCION PARA PRESENTACION DE CASOS CLÍNICOS

TÍTULO DEL TRABAJO: **Secuela de un traumatismo dentario en una paciente con Esclerosis Múltiple**

TIPO DE PRESENTACIÓN: Póster electrónico

Facultad: Odontología de Córdoba Cátedra: Endodoncia "B" País: Argentina

Institución: UNC

Autores:

1 Bertazzi Nieto, María Cecilia *

2 Ríos Natalia Analía

3 Villalba Carolina

4 Arena Ana Lía

Domicilio: Fleming 2925

Teléfono: 0351-156660761 Fax: E-mail: natyana_rios@hotmail.com

RESÚMEN

Los traumatismos dentarios son circunstancias que se producen frecuentemente en niños y adolescentes, provocados de manera intencional o no intencional, pudiendo afectar los dientes, el hueso y los tejidos de sostén.

Al tratarse de verdaderas emergencias, requieren actuar con rapidez y eficacia, ya que de ello depende su pronóstico y evolución.

Pero su tratamiento no debe limitarse a la terapia de urgencia, ya que el seguimiento clínico-radiográfico de estos casos debe ser riguroso y constante para evitar posibles complicaciones, más aún cuando estamos ante un paciente que presenta una supresión o déficit en su sistema inmune.

En el caso clínico se presentará la consecuencia de un traumatismo dentario, en una paciente con esclerosis múltiple, realizando una breve explicación sobre diagnóstico, tipo de tratamiento aplicado y los resultados obtenidos a distancia (9 años) de la terapéutica aplicada.

Palabras clave: Traumatismo, reabsorción, esclerosis múltiple.

BIBLIOGRAFÍA

Ingle J; Bakland L: "Endodoncia" Ed. Interamericana. México 2004.

Andreasen JO; Andreasen FM; Anderson L: "Lesiones Traumáticas de las estructuras dentales". 4ta edición. Caracas: Amolca, 2010.

Heithersay GS, Calcium hydroxide en the treatment of pulpless teeth with associated pathology. J BritEndodSociety 1975; 8(2): 74-93.

Soares JA, Estudio da liberacao de iones calcio e hidroxila de productos a base de Ca(OH)2 e sua significancia clínica. Rev.A.P.C.D.1998;54:65-9

Ricucci D, Siqueira J, Loghin S, Lin L. Repair of extensive apical root resorption associated with apical periodontitis: radiographic and histologic observations after 25 years. J. Endo 2014, 40 (8): 1268–1274.

Andreasen JO. Pulp and periodontal tissue repair - regeneration or tissue metaplasia after dental trauma. A review. Dent Traumatol. 2012 Feb;28(1):19-24
Andreasen JO, Lauridsen E, Gerds T A, Ahrensburg SS. Dental Trauma Guide: A source of evidence-based treatment guidelines for dental trauma. Dental Traumatology 2012, 28(5), 345-350

FORMULARIO DE INSCRIPCION PARA PRESENTACION DE CASOS CLÍNICOS

TÍTULO DEL TRABAJO: TRATAMIENTO Y CONTROL DE INFECCIONES ENDODÓNTICAS PRIMARIAS Y SECUNDARIAS.

TIPO DE PRESENTACIÓN: CASOS CLÍNICOS

Facultad: Odontología. Cátedra: Endodoncia País: Argentina
Institución: Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Tucumán

Autores:

- 1 (presentador) Beltrán Bedogni, Luciana
- 2 Palladini, Yanina
- 3 Bulacio, María de los Ángeles (Directora)

Domicilio: Crisóstomo Álvarez 1487

Teléfono: 0381 154623297

Fax:

E-mail: maritabulacio@hotmail.com

Resumen

La terapia endodóntica juega un papel fundamental como alternativa conservadora, en casos de piezas dentarias con lesiones periapicales crónicas, donde se procura erradicar las bacterias del sistema radicular, para promover la curación periapical.

En necrosis pulpar con lesiones radiográficamente visibles la concentración de endotoxinas en la región apical y periapical determinan erosiones cementarias y cráteres donde se aloja el biofilm bacteriano, creando áreas inaccesibles a la instrumentación e irrigación. Para su tratamiento se puede optar por el uso de medicación intraconducto para optimizar la desinfección del sistema de conductos. Una de las sustancias usadas es el hidróxido de calcio. Trabajos de investigación han sugerido combinarlo con gluconato de clorhexidina para mejorar su acción antibacteriana.

Se presentarán casos clínicos de piezas dentarias con infecciones endodónticas primarias y secundarias tratadas con medicación intermedia, controladas clínica y radiográficamente hasta su resolución.

Parcialmente subsidiado por el SCAIT.

RESUMEN CASO CLINICO

Dr. Juan Pablo Chavarría Paredes

Especialista en Endodoncia

Título del tema

Avulsión dentaria

Revisión de caso clínico de avulsión dentaria de pieza dentaria 11 y su reimplantación inmediata con un periodo Extra alveolar de 34 horas.

Paciente varón de 29 años acude a la consulta, con avulsión dentaria del incisivo central superior derecho (11) La pieza dentaria fue traído al consultorio envuelto en papel higiénico, con un periodo Extra alveolar de 34 horas, lo primero que se realizo es la endodoncia extraalveolar, seguidamente se realizó el tratamiento del tejido periodontal necrótico se dejó en hipoclorito de sodio al 2.5% durante 10 minutos, posteriormente para hidratar el diente se dejó en un recipiente que contenía suero fisiológico con doxiciclina también durante 10 minutos, seguidamente se realizó la eliminación del coagulo y la reimplantación de la pieza dentaria avulsionada y se colocó la férula rígida durante 4 semanas. Se hizo el seguimiento correspondiente durante un periodo de 3 años, a la fechas el paciente todavía presenta la pieza dentaria.

FORMULARIO DE INSCRIPCION PARA PRESENTACION DE CASOS CLÍNICOS

TÍTULO DEL TRABAJO: Lesión perirradicular y utilización del Licon-D en la terapéutica Endodóntica

TIPO DE PRESENTACIÓN: Caso Clínico
Facultad: Universidad Argentina JF Kennedy
Cátedra: Endodoncia Regenerativa País: Argentina
Institución: Universidad Argentina JF Kennedy

Autores:

- 1 * Clere Aldana
- 2 Sabaté Rosa
- 3
- 4
- 5

Domicilio: Vera 1226 CABA

Teléfono: 1556995585

Fax

E-mail: aldanaclere@hotmail.com

Resumen del trabajo:

Título: Lesión perirradicular y utilización del Licon-D en la terapéutica endodóntica.

Objetivos: Regenerar el sistema de inserción mediante la utilización de biomateriales de 3ª generación para obturación endodóntica.

Materiales y método: La lesión perirradicular es una estructura de componentes heterogéneos donde se asocian acciones, interacciones y retroacciones. Es un sistema complejo altamente organizado.

Según la filosofía de nuestra escuela, el tratamiento endodóntico no concluye con la obturación, sino a distancia del mismo con las distintas etapas de la reparación postendodóntica (respuesta defensiva destructiva, defensiva constructiva y homeostasis).

Sobrepasando el foramen apical con una lima pasante y ejerciendo una acción terapéutica en el sitio de la lesión con un biomaterial de 3ª generación, antiséptico, bioabsorbible y bioerodible, a través de la acción a nivel molecular de distintos iones, estimulando a los tejidos remanentes para inducirlos a la reparación por regeneración de los tejidos que conforman el sistema de inserción. El conducto radicular es el vector a través del cual el material de obturación actúa como carrier de los iones que van a ejercer su acción no solo dentro del mismo, sino también en su área de influencia y en el mismo sitio de la lesión. Dichos iones son el calcio, yodo y zinc.

El Licon-D es un biomaterial de 3^o generación logrado con la utilización en endodoncia de un nuevo recurso tecnológico (microencapsulación de medicamentos), que contiene en su formulación sistemas matriciales de liberación controlada de iones que permite la liberación lenta, sostenida y controlada de iones como terapéutica molecular.

Resultados: La concentración de iones Ca^{2+} incorporado al Licon-D contenido en microesferas de alginato de calcio (MAC) actúa positivamente en el proceso reparativo apicoperiapical a través del sistema Rank/Rank-L/OPG y dicho efecto se halla relacionado a la modulación de un gen osteoblástico.

Conclusiones: Podemos influir con una acción terapéutica no solo en el interior del conducto radicular durante cada paso de la preparación quirúrgica, sino también con el material de obturación, no solo en el interior del conducto radicular, sino también en toda su área de influencia e incluso en el mismo sitio de la lesión a través de la acción de los iones calcio, yodo y zinc, actuando sobre el ecosistema bacteriano y sobre el sistema Rank/Rank-L/OPG estimulando al organismo induciéndolo hacia la regeneración de los tejidos afectados, con una endodoncia regenerativa mínimamente invasiva.

Bibliografía:

Maresca BM, Fernandez Monjes J, Taddei E, Monjes E. La biología molecular como instrumento de una terapia endodóntica. Rev. Asoc. Odont. Arg. [revista en internet]. 2005; 44(2): 9-17.

Disponible en: <http://www.odontologia.org.ar/revista/xliv02/articulo1.pdf>

Fernandez Monjes J, Maresca BM. Consideraciones sobre el uso del hidróxido de calcio y el ión calcio en endodoncia. Rev. Asoc. Arg. Odont. [revista en internet]. Sep. 2008; Vol. XLVII. Núm. 2

10:15. Disponible en: <http://www.ateneo-odontologia.org.ar/revista/xlvii02/articulo1.pdf>

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS

TÍTULO DEL TRABAJO: *CONSIDERACIONES SOBRE LA ANATOMÍA ENDODÓNTICA*

DE MOLARES SUPERIORES CON CUATRO RAÍCES

TIPO DE PRESENTACIÓN: *Poster electrónico*

Facultad: *De Odontología*

Cátedra: *Escuela de Posgrado – Carrera de Especialización*

País: *Argentina*

Institución: *Universidad Nacional de Córdoba*

Autores:

1 Gallardo, María Eugenia

2 Boiero, Luciana

3 Quigley, Cintya

Domicilio: *Caseros 261 4to F, Córdoba Capital*

Teléfono: *351 3139888*

Fax: *0351 4218870*

E-mail: eugegallardo@gmail.com

Resumen:

Conocer la anatomía de los dientes, tanto en su aspecto externo como interno, es un requisito de fundamental importancia para el tratamiento endodóntico. Slowey, (1974) señala que a menudo, se debe tratar dientes con configuraciones atípicas, siendo las más frecuentes los conductos y las raíces adicionales. Además, que si tales variantes no son detectadas oportunamente, a menudo se convierten en un motivo para el fracaso. La variante anatómica más frecuente en los molares superiores permanentes es, sin duda, la presencia de un cuarto conducto en su raíz mesio-vestibular, situación que para Harrys (1980) es un hallazgo corriente, siendo muy escaso esto en la raíz disto-vestibular y palatina. Se utilizaron 8 (ocho) 2MSP que presentaban cuatro (4) raíces independientes o fusionadas. Bajo condiciones de bioseguridad, las muestras se fotografiaron por cada una de sus cuatro caras laterales y posteriormente incluidas en tacos de resina, para obtener cortes transversales con intervalos de 1mm, cuyas imágenes fueron escaneadas y digitalizadas. Y en función de la ubicación de los conductos, se analizaron aspectos referidos a la configuración del piso cameral y la distribución de las raíces, para establecer luego en estas, el número, disposición y forma, etc., como así también, aspectos de sus conductos. Como conclusión podemos decir que: La raíz adicional en 2MSP se ubica en el ángulo mesio-palatino, por detrás de la RMV y junto a la RP, con la que guarda particular semejanza. De las cuatro raíces, la RMV es la más compleja. A veces, por su exagerada amplitud en sentido VP, aloja dos conductos hasta el sector apical. La RA(adicional) no parece ser un obstáculo para el tratamiento, la dificultad radica en su identificación radiográfica. No obstante, una prolija exploración puede ser tan efectiva como el más sofisticado método de diagnóstico.

FORMULARIO DE INSCRIPCION PARA PRESENTACION DE TRABAJOS

TÍTULO DEL TRABAJO: **Periodontitis apical crónica. Reporte de un caso clínico**

TIPO DE PRESENTACIÓN

- Oral
 Poster

Facultad: Facultad de Odontología de La Plata País Argentina

Institución: Universidad Nacional de La Plata

Autores:

- 1 (presentador) Santangelo Georgina
2
3

Domicilio: Calle 21 N° 4793 esquina 484 M.B.Gonnet

Teléfono: 0221.15.4819650 Fax: Email: gesan26@hotmail.com

Resumen del caso clínico

Se presentó a la consulta una paciente de 31 años de sexo femenino con buen estado de salud general. Presentaba el primer y segundo premolar superior izquierdo con reconstrucciones protéticas que habían sido recementadas en varias oportunidades. La paciente relató tener dolor a la masticación. Al examen clínico se observó fístula en fondo de surco vestibular y zona edematizada. El examen radiográfico reveló imagen radiolúcida periapical en ambas piezas dentarias asociada probablemente a un tratamiento endodóntico previo.

Tratamiento: Retratamiento de conducto

Retiro de pernos y coronas con utilización de ultrasonido. Se elimina la gutapercha con una lima F1 nueva a 400rpm, sin el uso de solventes ya que la gutapercha no estaba bien condensada. Se continúa con Sistema Protaper hasta F3. Irrigación con hipoclorito de Na al 5% con agujas endodónticas de salida lateral con activación ultrasónica. Medicación intermedia: hidróxido de calcio. Obturación: Fillapex MTA y conos de gutapercha con técnica de condensación lateral.

Rehabilitación: se indica al colega que deriva que realice obturación con composite hasta control en 3 meses. Allí se valorará la reconstrucción definitiva de acuerdo a la evolución de la lesión.

Bibliografía

1. Endodoncia de la biología a la técnica. Lima Machado, Manoel. Enero 2012 2ª Edición Editorial AMOLCA
 2. Peak JD, Hayes SJ, Bryant ST, Dummer PMH. The outcome of root canal treatment. A retrospective study .British Dent Journal 2011;190:140-4.
 3. Helminen S.E et al. Quality evaluation of process of root canal treatments performed on young adults in Finnish public oral health service. J Dentistry 2010;28:227-32.
 - 4- Endodoncia. Segunda Edición. Bergenholtz Gunnar, Editorial Manual Moderno ,2011
 - 5- WeissEI, Shallaw M, Fuss Z, Assessment of antibacterial activity of endodontic sealers. Endod Dent Traumatol 2006; 26: 203-208.
- Palabras clave: periodontitis, retratamiento, obturación.

FORMULARIO DE INSCRIPCIÓN PARA PRESENTACIÓN DE TRABAJOS

TÍTULO DEL TRABAJO: **PULPOTOMÍA CON MINERAL TRIOXIDO AGREGADO (MTA) EN UN DIENTE CON TAURODONTISMO**

TIPO DE PRESENTACIÓN

Oral

Poster

Facultad: Justo Sierra Cátedra Estudiante País México

Institución

Autores:

1 Rosas Cruz Sandra

2

3

4, etc

Domicilio: Calle Pedro Armendáriz Lote 15 Mz. 202 Col. Jorge Negrete

Teléfono: 044.55.26993113 Fax: E-mail: sandra_rjs@hotmail.com

Resumen del trabajo. Máximo 350 palabras.

Se presenta un caso de pulpotomía con MTA en un diente con Taurodontismo, ya que el MTA ha sido propuesto como un medicamento potencial en pulpotomías que puede proteger el tejido de la pulpa restante y promover la cicatrización.

En el presente trabajo muestra la importancia de apoyar la necesidad de alejarse de los preparados que contienen formaldehído como lo es el formocresol en el cuidado dental de los niños. Se afirma que esa medida debe hacerse no sólo debido a las preocupaciones relativas a la posible toxicidad del formaldehído sino para reflejar un enfoque más contemporáneo, biológico a la terapia pulpar en la dentición primaria.

Resumen

Titulo Variabilidad anatómica del 7

Autor/es. Adrián Labanti (presentador), Luciana Boiero, Victoria Fernández, Fernando Outi, Francisco Muñoz
Institución Universidad de Mendoza, carrera de odontología,
facultad de ciencias de la salud, cátedra preclínica de endodoncia

La realización de dicho trabajo está enfocada en presentar casos clínicos de diferentes variedades de anatomías posibles de segundo molares, ya sean inferiores o superiores y su endodoncia correspondiente, resaltando las dificultades encontradas para su tratamiento, para lo cual una correcta diagramación del mismo, que incluya una correcta lectura anatómica, radiológica y clínica, es indispensable para poder llegar a su conclusión y no fracasar en el intento.

Debido a la modalidad de póster se presentará en dos pósters separando en este caso molares superiores de inferiores

X° Encuentro de investigación en Endodoncia

3 y 4 de Setiembre 2.015, Salta- Argentina

Sede: Hotel Presidente, Salta

Requisitos para la presentación de casos clínicos

1. La presentación de casos clínicos se realizará en la modalidad de poster electrónico
2. Deberá presentar el nombre del autor/es del caso, institución a la que pertenece, el título de la presentación, un resumen del caso clínico y bibliografía.
3. El poster deberá contar con las siguientes secciones: a) Introducción b) Caso clínico: materiales y técnicas empleadas c) Discusión d) Conclusiones f) Bibliografía.
- 4 Los casos clínicos no deben haber sido presentados en formato de poster en congresos anteriores.

Requisitos obligatorios de Posters Electrónicos

1. Utilizar solamente el modelo de plantilla enviado respetando fondo, colores, formato, etc. Tamaño 16:9. Orientación vertical
2. Tipo de letra: No se podrán utilizar tipos de letras que no sean las standards de Windows
3. Tamaño de letra: mínimo 12
4. No se pueden insertar vídeos
5. La presentación tiene que ser en una sola placa (1 diapositiva)
6. La presentación NO podrá tener animaciones
7. La presentación tiene que estar guardada en formato Power Point 2003- 2010 con extensión .ppt
8. La presentación NO podrá tener un tamaño mayor a 2MB
9. La Presentación tendrá que tener un espacio en blanco en el borde superior izquierdo para poder insertar el número asignado por el Organizador
11. Las tablas, gráficos, fotografías, deberán estar en formato .JPG

La fecha límite para la presentación de Casos Clínicos es el 1 de Agosto de 2015. Las inscripciones para la presentación de casos deberán ser enviadas antes de esa fecha a las siguientes direcciones de e-mail: saesalta@hotmail.com y sae@aoa.org.ar

FORMULARIO DE INSCRIPCION PARA PRESENTACION DE CASOS CLÍNICOS

TÍTULO DEL TRABAJO: Tratamiento de lesión crónica por medio de su fistula con material Licon-d. Endodoncia mínimamente invasiva.

TIPO DE PRESENTACIÓN Caso clínico

Facultad: Odontología Cátedra: Endodoncia Regenerativa País Argentina

Institución Universidad Argentina JF Kennedy

Autores:

1 Marcos Poggio*

2 Clere Aldana

3 Diego Tempo

4 Sabaté Rosa

Domicilio: Pasaje Robertson 575 CABA

Teléfono: (11) 1565789289 E-mail:mar12_cos@hotmail.com

RESUMEN:

El uso de un material de 3ra generación biocompatible, bioerodible, bioabsorbible y antiséptico en una lesión crónica a través de su fistula y mínimamente invasivo aportara resultados positivos además del mantenimiento de estructuras fijas en casos donde se amerite.

X° Encuentro de investigación en Endodoncia

3 y 4 de Setiembre 2.015, Salta- Argentina

Sede: Hotel Presidente, Salta

FORMULARIO DE INSCRIPCION PARA PRESENTACION DE CASOS CLÍNICOS

TÍTULO DEL TRABAJO: la Prevalencia de Patologías Periapicales.....

TIPO DE PRESENTACIÓN caso clínico de patología quísticas de los maxilares

Facultad: facultad de odontología de tucuman Cátedra..... País.....

Institución_ Hospital Angel C Padilla – Hospital Nestor Kirchner____

Autores:

1 Dr. Uberti Esteban Fernando.....

2 Dr. Dip Alejandro.....

3 Dra. Carino Silvia.....

4 Dr Prof. Hassan Eduardo.....

5.....

Domicilio: 20 de junio 830.....

Teléfono: 03815500991..... E-mail: efu49@hotmail.com.....

CIRUGIA PERIAPICAL : PROCEDIMIENTO Y ANALISIS
PRESENTACION DE CASOS.

ESPECIALIDAD DE CIRUGIA Y TRAUMATOLOGIA ORAL Y MAXILO FACIAL DE LA F.O.U.N.T ,
HOSPITAL NESTOR KIRCHNER Y HOSPITAL PADILLA DE SAN MIGUEL DE TUCUMAN.
CATEDRA DE ANATOMIA PATOLOGICA DE LA F.O..U.N.T

LAS CIRUGÍA APICAL ES UNA PARTE DEL TRATAMIENTO QUIRÚRGICO- ENDODONTICO
MEDIANTE LA CUAL NOS PERMITE MANTENER ELEMENTOS DENTARIOS EN BOCA,
resolviendo situaciones que el tratamiento ENDODONTICO no pudo hacer.

SE PRESENTAN UNA SERIE DE CASOS CLÍNICOS EN LOS QUE SE INDICÓ CIRUGIAS APICALES,
LUEGO DE QUE el tratamiento ENDODONTICO primario no pudo resolver la patología
original.

LOS PROCEDIMIENTOS FUERON CON ABORDAJES INTAORALES , BAJO ANESTESIA LOCAL ,
CON apicectomias , OBTURACIONES RETROGRADAS Y LA UTILIZACION DE BIOMATERIALES
PARA DEVOLVER LA ARQUITECTURA OSEA PERDIDA, y así AYUDAR A LA RESOLUCION
BIOLOGICA CORRESPONDIENTE.

TODO LO SUSTRADO FUE REMITIDO A SU ESTUDIO ANATOMO PATOLOGICO
CORRESPONDIENTE, DANDO RESULTADOS SIGNIFICATIVOS como indicadores paramétricos
esenciales.

X° Encuentro de investigación en Endodoncia

3 y 4 de Setiembre 2.015, Salta- Argentina

Sede: Hotel Presidente, Salta

Requisitos para la presentación de casos clínicos

1. La presentación de casos clínicos se realizará en la modalidad de poster electrónico
2. Deberá presentar el nombre del autor/es del caso, institución a la que pertenece, el título de la presentación, un resumen del caso clínico y bibliografía.
3. El poster deberá contar con las siguientes secciones: a) Introducción b) Caso clínico: materiales y técnicas empleadas c) Discusión d) Conclusiones f) Bibliografía.
- 4 Los casos clínicos no deben haber sido presentados en formato de poster en congresos anteriores.

Requisitos obligatorios de Posters Electrónicos

1. Utilizar solamente el modelo de plantilla enviado respetando fondo, colores, formato, etc. Tamaño 16:9. Orientación vertical
2. Tipo de letra: No se podrán utilizar tipos de letras que no sean las standards de Windows
3. Tamaño de letra: mínimo 12
4. No se pueden insertar vídeos
5. La presentación tiene que ser en una sola placa (1 diapositiva)
6. La presentación NO podrá tener animaciones
7. La presentación tiene que estar guardada en formato Power Point 2003- 2010 con extensión .ppt
8. La presentación NO podrá tener un tamaño mayor a 2MB
9. La Presentación tendrá que tener un espacio en blanco en el borde superior izquierdo para poder insertar el número asignado por el Organizador
11. Las tablas, gráficos, fotografías, deberán estar en formato .JPG

La fecha límite para la presentación de Casos Clínicos es el 1 de Agosto de 2015. Las inscripciones para la presentación de casos deberán ser enviadas antes de esa fecha a las siguientes direcciones de e-mail: saesalta@hotmail.com y sae@aoa.org.ar

FORMULARIO DE INSCRIPCION PARA PRESENTACION DE CASOS CLÍNICOS

TÍTULO DEL TRABAJO: Tratamiento de una reabsorción cervical invasiva.....

TIPO DE PRESENTACIÓN

Facultad: Odontología..... Cátedra: Endodoncia II..... País Argentina.....

Institución: Universidad del Salvador/AOA.....

Autores:

1 (presentador)Liliana Artaza, Profesora Titular Cátedra de Endodoncia II USAL/AOA.....

2 Federico Dimarco, Profesor Auxiliar Cátedra de Integral Adultos USAL/AOA.....

3

4

5

Domicilio: Pasco 408 4to. A. CABA (1081).....

Teléfono:49424871..... Fax:49424871..... E-mail:dra.artaza@gmail.com.....

Plazo impostergable para la recepción: 01 de Agosto de 2015

Condición imprescindible: estar inscripto al X°ENCUENTRO.

X° Encuentro de investigación en Endodoncia

3 y 4 de Setiembre 2.015, Salta- Argentina

Sede: Hotel Presidente, Salta

Requisitos para la presentación de casos clínicos

1. La presentación de casos clínicos se realizará en la modalidad de poster electrónico
2. Deberá presentar el nombre del autor/es del caso, institución a la que pertenece, el título de la presentación, un resumen del caso clínico y bibliografía.
3. El poster deberá contar con las siguientes secciones: a) Introducción b) Caso clínico: materiales y técnicas empleadas c) Discusión d) Conclusiones f) Bibliografía.
- 4 Los casos clínicos no deben haber sido presentados en formato de poster en congresos anteriores.

Requisitos obligatorios de Posters Electrónicos

1. Utilizar solamente el modelo de plantilla enviado respetando fondo, colores, formato, etc. Tamaño 16:9. Orientación vertical
2. Tipo de letra: No se podrán utilizar tipos de letras que no sean las standards de Windows
3. Tamaño de letra: mínimo 12
4. No se pueden insertar vídeos
5. La presentación tiene que ser en una sola placa (1 diapositiva)
6. La presentación NO podrá tener animaciones
7. La presentación tiene que estar guardada en formato Power Point 2003- 2010 con extensión .ppt
8. La presentación NO podrá tener un tamaño mayor a 2MB
9. La Presentación tendrá que tener un espacio en blanco en el borde superior izquierdo para poder insertar el número asignado por el Organizador
11. Las tablas, gráficos, fotografías, deberán estar en formato .JPG

La fecha límite para la presentación de Casos Clínicos es el 1 de Agosto de 2015. Las inscripciones para la presentación de casos deberán ser enviadas antes de esa fecha a las siguientes direcciones de e-mail: saesalta@hotmail.com y sae@aoa.org.ar

FORMULARIO DE INSCRIPCION PARA PRESENTACION DE CASOS CLÍNICOS

TÍTULO DEL TRABAJO: Endodoncia mínimamente invasiva como alternativa al tratamiento quirúrgico mutilante.

TIPO DE PRESENTACIÓN Caso clínico

Facultad: Odontología Cátedra: Endodoncia Regenerativa País Argentina

Institución Universidad Argentina JF Kennedy _____

Autores:

1 Tempo Diego*

2 Clere Aldana

3 Poggio Marcos

4 Sabaté Rosa

5

Domicilio: Vera 1226 EP "C" CABA

Teléfono: 1159304199 E-mail: diegoetempo@gmail.com...

RESUMEN:

Aun en la actualidad, en determinados casos, y casi en la mayoría, cuando una pieza presenta lesiones inaccesibles de forma convencional los caminos son dos y se encuentran dentro del campo de la cirugía; la exodoncia o la apicectomia.

A partir de la premisa de nuestra escuela de endodoncia regenerativa tratamos dichas lesiones de manera mínimamente invasiva y a partir del uso de un material de 3ra generación (LICON-D) lograremos la neutralización de la noxa como así también la REGENERACION del sistema de inserción de la pieza.

REABSORCIÓN CERVICAL EXTERNA.

Od. Mariana Carvajal*. Profesor Asistente .

Cátedra B de Endodoncia.

Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba.

El ligamento periodontal que forma parte del periodonto de inserción de un elemento dentario, posee en sí mismo ,como tejido conectivo, gran variedad de elementos celulares destinados a diferentes funciones que serán desarrolladas a lo largo de la vida del diente. Debido a determinadas injurias o irritaciones en este ligamento, pueden activarse células del tipo clásticas que generan el proceso de Reabsorción Externa. La reabsorción, ya sea fisiológica o patológica, implica pérdida de tejido dentario y es desarrollada por células gigantes multinucleadas de bordes rugosos, asociadas a monocitos y macrófagos. Estos llevan a cabo un proceso de degradación orgánica de la hidroxiapatita en el que también participan enzimas. Existen diferentes tipos de reabsorción dentaria externa (RDE) y su clasificación se basa en la localización, naturaleza y tipo de proceso. Las RDE pueden ser: R. Superficial externa o de superficie, Inflamatoria radicular externa apical o cervical ,tema a tratar en este trabajo , Anquilosis y Por sustitución. La Reabsorción Cervical Externa Invasiva es un tipo de reabsorción externa poco común caracterizada por su localización cervical, naturaleza invasiva , predisposición a producir coloración rosada de la corona y persistencia de la vitalidad pulpar durante el proceso. Heithersay realizó una clasificación a partir de los hallazgos clínico-radiográficos que sirve de guía para la terapéutica posterior. Es de gran relevancia el diagnóstico de la patología en sus estadios tempranos para que el profesional detecte y este alerta ante algunas irregularidades del contorno gingival, cambios de coloración coronal y pequeños defectos que se observen en el examen periodontal y radiográfico. Palabras Claves: rebsorción cervical externa, células clásticas, coloración rosada, factores predisponentes. Key Words: invasive cervical resorption, clastic reabsorbing cells, pink discoloration, predisposing factors.

REVITALIZACIÓN PULPAR: UNA ALTERNATIVA DE TRATAMIENTO DE UN DIENTE INMADURO EN UN PACIENTE ADULTO

Od. Elizabeth Ludueña, Dra Fabiana Franciosi, Dra Gabriela Martín

Cátedra de Endodoncia "A" de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba

Los dientes inmaduros con necrosis pulpar y periodontitis apical de origen endodóntico, constituye un gran desafío para el endodoncista. El objetivo en este caso será suplir la función de apexogénesis, que por la patología pulpo - apico - periapical se encuentra interrumpida o irreversiblemente comprometida. Los procedimientos de revitalización pulpar, promueven la formación de tejido vital dentro del conducto y tejido mineralizado no sólo en la porción apical sino también engrosando las paredes del mismo, permitiendo así un desarrollo radicular continuo. Se presentó un paciente de 48 años de edad para el tratamiento del incisivo lateral superior izquierdo con cambio de coloración coronaria y movilidad al examen clínico. Radiográficamente se diagnosticó periodontitis apical crónica con necrosis pulpar y apexogénesis incompleta. Además, se observó el canino del mismo lado retenido a nivel del ápice del incisivo lateral, cuya ubicación nos permitió realizar un diagnóstico presuntivo sobre la causa de la falta de desarrollo radicular del incisivo. El tratamiento en primera instancia fue cirugía del elemento retenido para posteriormente realizar el de revitalización pulpar en el incisivo lateral superior. Para la desinfección del diente con ápice inmaduro se usó hipoclorito de sodio y medicación intraconducto con pasta de hidróxido de calcio, durante varias sesiones. Controlada la infección, la revitalización se promovió a través del sangrado de la zona apical con la formación del coagulo sanguíneo en el conducto radicular. Se selló el tercio coronario y medio del conducto con MTA y la corona se obturó con ionómero vítreo. Pasado 7 días y con silencio clínico, se talló y se colocó corona provisoria. La elección del tratamiento de revitalización sobre el implantológico, se basó en la posibilidad que nos brinda ésta técnica, no sólo de controlar la infección, sino también un desarrollo radicular necesario para la realización de una rehabilitación protésica adecuada tanto funcional como estética, manteniendo así, el elemento dentario en boca.-

Bibliografia

- Translational science in disinfection for regenerative endodontics. Diogenes AR, Ruparel NB, Teixeira FB, Hargreaves KM JOE 2014 Apr;40(4 Suppl):S52-7
- Histological findings of revascularized /revitalized immature permanent molar with apical periodontitis using plasma-rich plasma. Martin G, Ricucci D, Gibbs J, Lin L. JOE 2013 Jan ; 39 (1): 138-44
- Treatment of a large cystlike inflammatory periapical lesion associated with mature necrotic teeth using regenerative endodontic therapy. Saoud TM, Sigurdsson A, Rosenberg PA, Lin LM, Ricucci D. JOE 2014 Dec; 40(12):2081-6

Autor: Od. Zaracho Orlando Hernán; Asesora Científica: Dra. María Elena Sapienza;
Asignatura Endodoncia. Facultad de Odontología Universidad Nacional de La Plata.

Título del poster: Absceso apical agudo.

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 desobturación 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.

Bibliografía:

- Castellucci Arnaldo. ENDODONTICS. Edizioni Odontoiatriche il Tridente. 2009 2nd Ed. pp. 370.
- Cohen, Stephen, Burns, Richard C. PATHWAYS OF THE PULP. 10ªEd. Elsevier España. 2011. pp 37-65.
- Estrela, Carlos. CIENCIA ENDODÓNTICA. Artes Médicas Latinoamérica. Sao Paulo 2005. pp 999.
- <http://www.iztacala.unam.mx/nrvaspatologiaeriapical2.htm/>.
- [http://www.carlosboveda.com/odontólogosfolder/odontoinvitadoold/odontoinvitado.html/ htm/](http://www.carlosboveda.com/odontólogosfolder/odontoinvitadoold/odontoinvitado.html/htm/).

TRATAMIENTO DE REVITALIZACIÓN PULPAR EN UN INCISIVO CENTRAL SUPERIOR CON APEXOGENESIS INCOMPLETA

Od. Elizabeth Ludueña, Dra. Fabiana Franciosi, Dra. Gabriela Martín

Cátedra de Endodoncia "A" de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba

El tratamiento de Revitalización Pulpar es un procedimiento clínico, biológicamente diseñado para reemplazar con tejidos vivos estructuras perdidas, incluyendo dentina y tejidos radiculares, como así también células del complejo dentino-pulpar. Actualmente se presenta como una alternativa de tratamiento endodóntico en aquellos casos clínicos de pacientes con necrosis pulpar y ápices incompletamente desarrollados. El objetivo es promover la formación de un tejido vital en el conducto y un tejido mineralizado que genere no sólo un cierre apical sino engrosamiento de las paredes radiculares. En el presente caso clínico, una paciente de 18 años llegó a la consulta con una fístula a la altura del incisivo central superior derecho. El diagnóstico clínico fue absceso apical crónico con necrosis pulpar; y radiográficamente se observó una lesión apical con ápice inmaduro. Se realizó tratamiento de revitalización pulpar en dos etapas. En la primera, para la desinfección del conducto radicular se usó hipoclorito de sodio y una medicación intraconducto con pasta de hidróxido de calcio. Cuando desaparecieron los síntomas y signos de la infección se realizó la segunda etapa donde se promovió la formación de un coágulo de sangre en el conducto radicular y se colocó una matriz de colágeno. Se selló el conducto con MTA y a los 15 días se realizó la reconstrucción de la corona con composite. En los controles clínicos radiográficos a los 3 y 7 meses se observó ausencia de síntomas y signos clínicos y disminución del tamaño de la lesión apical. El tratamiento de revitalización pulpar permitió controlar la infección y crear condiciones favorables para promover un continuo desarrollo radicular en el incisivo central superior inmaduro en un paciente adolescente.-

Bibliografía

- Missing Concepts in De Novo Pulp Regeneration. Huang GT, Garcia-Godoy F. J Dent Res. 2014 May 30; 93 (8):717-724
- Concentration dependant effect of sodium hypochlorite on stem cells of apical papilla survival and differentiation. Martin D, De Almeida J, Teixeira F, Henry M, Khaing Z, Schmidt C, Teixeira F, Diogenes A JOE 2014 Jan; 40 (1): 51-5
- Histological findings of revascularized/revitalized immature permanent molar with apical periodontitis using plasma-rich plasma. Martin G, Ricucci D, Gibbs J, Lin L. JOE 2013 Jan ; 39 (1): 138-44

LESIÓN ENDOPERIODONTAL: TRATAMIENTO QUIRÚRGICO MEDIANTE TÉCNICA DE PRESERVACION PAPILAR (TPP)

Dra. Fabiana Franciosi, Od. Elisabeth Ludueña

Cátedra de Endodoncia "A". Facultad de Odontología de Córdoba UNC

Las lesiones endoperiodontales son expresiones clínicas de las intercomunicaciones anatómicas entre la pulpa y el tejido periodontal. La acción destructiva de la necrosis pulpar sobre el periodonto está bien documentada. Según la literatura, dientes afectados por enfermedad periodontal y asociados a conductos infectados presentan riesgo significativamente mayor de tener bolsas profundas, pérdida de inserción y defectos óseos angulares. A su vez, los autores expresan asociación entre la enfermedad periodontal y cambios inflamatorios, degenerativos y necrosis del tejido pulpar. Según lo expuesto, en lesiones combinadas endoperiodontales es imperativo implementar además del tratamiento endodóntico, el complemento quirúrgico para acceder a las lesiones intraóseas asociadas. Las técnicas de Preservación Papilar se emplean para el manejo de los defectos óseos periodontales promoviendo ganancia de inserción clínica, disminución de la profundidad de sondaje, mínima recesión y mejorar el pronóstico de los dientes afectados. Se presenta un caso clínico de un paciente de 45 años de edad, con diagnóstico de periodontitis complicada severa generalizada. Consulta por dolor espontáneo en el diente N° 16; el examen clínico reveló vitalidad pulpar y diagnóstico de pulpitis irreversible, movilidad de grado II, PS:6mm-NIC9 - LF grado II y la presencia radiográfica de un defecto intraóseo angular profundo en cara mesial del diente afectado. Tratamiento implementado: posterior a la terapia etiológica, durante la cual se realizó la endodoncia, se accedió quirúrgicamente al defecto con (TPP) y relleno con sustituto óseo. Se efectuaron controles a los 6 y 12 meses. **CONCLUSIÓN:** el tratamiento combinado endodóntico y quirúrgico mediante (TPP) permitió la reparación tisular con ganancia de N.I.C, producto de la restitución del componente intraóseo del defecto, disminución de la profundidad de sondaje y mínima recesión.

BIBLIOGRAFÍA:

1. Jansson L, Ehnevid H, Linskg S, Blomlof L. Relationship between periapical and periodontal status. A clinical retrospective study. J Clin Periodontol 1993;2:117-23.
2. Rotstein I, Simon JH. Diagnosis, prognosis and decision making in the treatment of combined periodontal-endodontic lesions. Periodontol 2000. 2004;34:165-203.
3. Oh SL, Fouad AF, Park SH. Treatment strategy for guided tissue regeneration in combined endodontic-periodontal Lesions: Case Report and Review. J Endod 2009;35:1331-36.
4. Takei HH, Hans TJ, Carranza FA Jr, Kenney EB, Lekovic V. Flap technique for periodontal bone implants. Papilla preservation technique. J Periodontol 1985;56:204.10.

5. Cortellini, PJ. Minimally invasive surgical techniques in periodontal regeneration. *J Evid Base Dent Pract* 2012;SI:89-100.
6. Cortellini, PJ, Tonetti, M. Clinical concepts for regenerative therapy in intrabony defects. *Periodontology* 2000. 2014;65:1-27.

FORMULARIO DE INSCRIPCION PARA PRESENTACION DE CASOS CLÍNICOS

TÍTULO DEL TRABAJO: **Luxación Palatina: Cuando la ortodoncia se convierte en protección**

TIPO DE PRESENTACIÓN: Póster electrónico

Facultad: Facultad de Odontología Cátedra Cátedra

de Endodoncia "B" País: Argentina

Institución _____ Universidad Nacional de Córdoba

Autores:

1 (presentador) **Escribano, María Florencia***;

2 **Lujan María Gabriela**

3 **Arena Ana Lía**

Domicilio: **Castilla 1653 Barrio Crisol Sur**

Teléfono: **3516719831**

Fax: _____

E-mail: _____

florescribano@hotmail.com

Resumen:

Las lesiones dentarias traumáticas constituyen un gran desafío en la práctica odontológica. La incidencia de las mismas prevalece sobre todo en niños y jóvenes adolescentes.

Hoy, es ampliamente conocida la estrecha relación que existe entre los traumatismos bucales y ciertas prácticas deportivas. Sobre todo cuando se practican deportes extremos y no se utilizan protectores a pesar de las numerosas recomendaciones.

En el presente trabajo se expondrá un caso clínico de una adolescente de 14 años de edad, que sufrió un traumatismo en una práctica de Parkour, sin protector bucal, donde la violencia del golpe provocó heridas profundas en labio, gingiva y luxación palatina de las piezas dentarias 21 y 22.

La paciente se encontraba bajo tratamiento ortodóncico, situación que contuvo el impacto del trauma, previniendo la avulsión de los dientes involucrados.

La concurrencia a la consulta fue inmediata y la terapia se realizó rápidamente antes de la primera hora, siguiendo el protocolo general y específico establecido para esta situación clínica.

Expondremos también la evolución del caso, realizado a través de controles de seguimiento clínicos- radiográficos.

Palabras clave: Traumatismo, luxación, ortodoncia.

Bibliografía:

SOARES I, GOLDBERG, F. (2002). Endodoncia. Técnicas y fundamentos. 1ra. Ed. Panamericana. Bs.As.

ANDREASEN, J. O.; ANDREASEN, F. M.; ANDERSSON, L. (2010). Texto y atlas a color de lesiones traumáticas a las estructuras dentales. Tomo 1 4ta. ed. Amolca. Caracas

ANDREASEN, J. O.; ANDREASEN, F. M.; ANDERSSON, L. (2010). Texto y atlas a color de lesiones traumáticas a las estructuras dentales. Tomo 2 4ta. ed. Amolca. Caracas.

INTERNATIONAL ASSOCIATION OF DENTAL TRAUMATOLOGY- IADT. (2007) Protocolo para el manejo de lesiones traumáticas dentarias.

ANDREASEN J, HJÖRTING-HANSEN E. Intraalveolar root fractures: radiographic and histologic study of 50 cases. J Oral Surg 1967; 25: 414-426.

RESUMEN: Revascularización/Revitalización pulpar en un incisivo central superior con ápice inmaduro

Presentación Póster: Caso clínico

Carrera de especialización en Endodoncia USAL-AOA

Autores: *Natalia Lucía Tobío, Gladys Fol, Susana Álvarez Serrano*

INTRODUCCIÓN: Banchs F. y Trope M. (2004) proponen la técnica de revascularización como la conocemos hoy en día. (1) La misma consiste en la estimulación de la papila apical y la formación de un coágulo para permitir y promover el crecimiento de nuevo tejido en el conducto radicular. El objetivo del tratamiento es lograr en el tiempo que la pieza se encuentre asintomática, que continúe el desarrollo radicular y que haya ausencia de lesiones periapicales. (2)

OBJETIVO: Presentar un caso de revascularización/revitalización en un incisivo central superior con historia de traumatismo dentario, diagnóstico de necrosis pulpar y periodontitis apical.

CASO CLÍNICO: Una paciente de 8 años de edad se presenta a la consulta en la Clínica de la Carrera de especialización en endodoncia, motivada por la presencia de una fístula de 6 meses de evolución en fondo de surco sobre pieza 2.1. La misma había sufrido una luxación y se le había realizado un tratamiento de ortopedia para su reubicación.

Al realizar el examen clínico se observó una fístula en zona de pieza 2.1, cambio de coloración y respuesta negativa al test térmico al frío. El examen radiográfico reveló que la pieza presentaba el ápice inmaduro y radiolucidez perirradicular.

En la primera sesión se realizó la apertura, cateterismo, irrigación con hipoclorito de sodio a baja concentración (1,5%), colocación de pasta triantibiótica (metronidazol, ciprofloxacina y amoxicilina) y obturación provisoria con cavit y ionomero vítreo. Se realizó una segunda sesión para el recambio de pasta triantibiótica. En la tercera sesión se removió la pasta triantibiótica, se colocó anestesia sin vasoconstrictor, se irrigó con hipoclorito de sodio al 1,5% y con EDTA al 17%, se indujo el sangrado sobrepasando el ápice y se aguardó el tiempo pertinente para la obtención de un coágulo. Posteriormente se colocó MTA (Angelus Blanco) en el tercio cervical 2mm por arriba del cuello dentario. Se selló la cavidad con cavit. (3)

En los controles a distancia, a los cuatro meses se observó la formación de una barrera radiopaca por debajo del MTA. Al año y seis meses de haber realizado el procedimiento el paciente se encontraba asintomático, sin fístula y radiográficamente se observó la pieza en proceso de cierre apical.

DISCUSIÓN: Se propone la técnica de revascularización/revitalización como tratamiento alternativo al de apexificación tradicional, o a la colocación de un tapón apical de MTA en piezas permanentes jóvenes que han sufrido traumatismos.

Los tratamientos hasta ahora utilizados como la apexificación o la realización de un tapón apical con MTA, facilitan la obturación del conducto radicular, sin embargo las paredes dentinarias permanecen delgadas y con poco desarrollo en longitud aumentando los riesgos de fractura. Además se ha comprobado que en los tratamientos prolongados con hidróxido de calcio aumenta aún más el riesgo de fractura. (4)

No habiendo aún estandarización de los protocolos de tratamiento, optamos por el propuesto por la American Association of Endodontist, (protocolo vigente al momento de realizar este procedimiento), donde se utiliza como irrigante hipoclorito de sodio al 1,5% y EDTA al 17%. Galler K et al. (2011) investigaron si la irrigación afectaba la proliferación celular en la dentina, y observaron que en las superficies dentarias tratadas con hipoclorito de sodio 5.25% proliferaban células con actividad clástica, mientras que en las muestras irrigadas con hipoclorito de sodio 5,25% y con EDTA 17% observaron células odontoblastoides con procesos odontoblásticos que penetraban en dentina. Se cree que esto se debe a la adhesión de las células a la matriz de colágeno expuesta que deja el EDTA. (5)

CONCLUSIONES: La endodoncia regenerativa es una terapia con varios puntos sensibles aún por analizar, a pesar de no contar con un protocolo estandarizado se comprobó una alta tasa de éxito según los casos publicados hasta el momento. Este procedimiento hoy se considera de primera elección a la hora de tratar una pieza necrótica con ápice inmaduro, aunque hay que tener en cuenta la correcta selección del caso para asegurar el éxito a largo plazo.

BIBLIOGRAFÍA:

1. *Banchs F, Trope M. Revascularization of immature permanent teeth with apical periodontitis: new treatment protocol? J Endod 2004;30:196-200.*

2. Méndez GV y cols. Revascularización en dientes permanentes con ápice inmaduro y necrosis pulpar. Rev ADM 2014; 71 (3): 110-114.
3. http://www.aae.org/uploadedfiles/publications_and_research/endodontics_colleagues_for_excellence_newsletter/ecfespring2013.pdf
4. Huang GT. Apexification: the beginning of its end. Int Endod J 2009;42:855-866.
5. Galler K, D'Souza R, Federlin M, Cavender A, Hartgerink J, Hecker S, Schmalz G. Dentin conditioning codetermines cell fate in regenerative endodontics. J endod 2011;37:1536-41.

FORMULARIO DE INSCRIPCION PARA PRESENTACION DE CASOS CLÍNICOS

TÍTULO DEL TRABAJO: Revascularización/ Revitalización pulpar en un incisivo central superior con ápice inmaduro.....

TIPO DE PRESENTACIÓN: Poster Caso clínico

Carrera Carrera de Especialización en Endodoncia País: Argentina.....

Institución: Universidad del Salvador Asociación Odontológica Argentina

Autores:

1 (Presentador) Natalia Lucía Tobío.....

2 Gladys Fol.....

3 Susana Álvarez Serrano.....

4.....

5.....

Estudio Cone Beam de un caso de avulsión dentaria a un año de reimplante y tiempo extra alveolar de 50 minutos

Presentación Póster: Caso clínico

Curso de postgrado de Endodoncia/ Nivel Inicial.

Residencia de odontología General. Hospital San Bernardo.

Autores: Agustina Ale, Pablo Ensinas

INTRODUCCION: Según IADT (2012), la avulsión dentaria es uno de los traumatismos mas serios y las acciones implementadas durante el mismo determinan el pronóstico de la pieza dentaria. La reimplantación en algunos casos salva el diente, pero tenemos que saber que en muchos otros las piezas tienen bajas chances de permanencia a largo plazo.

El tratamiento depende de la maduración del elemento dentario y del estado de las células del ligamento periodontal; la viabilidad de estas va a depender del medio de transporte y de la cantidad de tiempo fuera de la boca (1).

CASO CLÍNICO: Paciente masculino, de 20 años, recibe un golpe en la boca durante un partido de fútbol. Como consecuencia sufre la avulsión de los elementos 11 y 21 y una fractura coronoradicular del elemento 22. Es llevado de urgencia a la guardia del Hospital San Bernardo, llegando aproximadamente 50 minutos después que se produjo el traumatismo. Siendo el medio de transporte de ambos elementos una servilleta de papel. Inmediatamente se colocan ambos elementos dentarios en un vaso con solución fisiológica. Se descontamina la zona perioral del paciente con iodopovidona. Se coloca anestesia local infiltrativa. Se lavan los alveolos con solución fisiológica y se examinan verificando que no haya elementos extraños ni fracturas óseas. Se reimplantaron los elementos 11 y 21, con una ligera presión digital. Se suturo la encía vestibular de la zona traumatizada y la mucosa labial inferior. A continuación se procedió a realizar una férula flexible, con tanza y resina desde el elemento 14 al 24. Se indica administración de vacuna antitetánica y amoxicilina con ácido clavulánico vía oral por 7 días. Además se indica al paciente dieta blanda, buches con clorhexidina 2 veces por día durante una semana y abstenerse de realizar deportes. A los 10 días, se realizó apertura y colocación de pasta de Hidróxido de Calcio en ambos elementos. Se controla cada 3 meses y se realiza el recambio de la pasta. Hasta el momento no se ven signos de reabsorción radicular. A los 12 meses del traumatismo se toma una tomografía computada de haz cónico (cone beam) donde se evidencian ligeros signos de reabsorción radicular.

Autor: Carlos Andrés Pantanali.

Circulo Odontológico de Jujuy; Escuela de posgrado.

Revascularización _regeneracion en 2 incisivos centrales superiores.

Resumen: La revascularización pulpar es un tratamiento regenerativo con un enfoque biológico alternativo para tratar dientes inmaduros con pulpa necrótica por caries o traumatismos. A diferencia de la apexificación y las técnicas que postulan el uso de barreras apicales artificiales, permite la continuación del desarrollo radicular.

El daño pulpar como consecuencia de traumatismos o caries en dientes inmaduros puede conducir a la pérdida de vitalidad y a la detención del desarrollo radicular, dando como resultado raíces cortas con paredes muy delgadas y un mayor riesgo de fractura.

Los procedimientos de regeneración en endodoncia se basan, biológicamente, en restaurar la función de la pulpa dañada por la estimulación de células madre o troncales existentes en el conducto radicular y/o la introducción y estimulación de nuevas células madre bajo condiciones favorables para su diferenciación, permitiendo reemplazar estructuras dañadas de la raíz y células del complejo dentino-pulpar. Dicho objetivo se busca a través de procedimientos de desbridamiento endodóntico y una combinación de medicamentos que reducen la carga microbiológica para promover la reparación. La naturaleza del tejido formado en el espacio del conducto en dientes permanentes inmaduros con periodontitis apical es especulativa porque la presencia de estudios histológicos es prácticamente nula.

Se presentan 2 casos clínicos de incisivos centrales superiores en una paciente de 7 años de edad, con necrosis pulpar por trauma y diferente evolución al control a los 19 meses.

FORMULARIO DE INSCRIPCION PARA PRESENTACION DE CASOS CLÍNICOS

TÍTULO DEL TRABAJO: RDI: **El desafío del diagnóstico**
TIPO DE PRESENTACIÓN: Póster Electrónico
Facultad: Odontología de Córdoba Cátedra: Endodoncia "B" País: Argentina
Institución: UNC
Autores:
1 Ríos, Natalia Analía *
2 Bertazzi Nieto, María Cecilia
3 Gioino, Gabriela
4
5
Domicilio: Fleming 2925
Teléfono: 0351-156660761 Fax: E-mail: natyana_rios@hotmail.com

RESUMEN

La reabsorción es una patología que se produce por varias causas, una de ellas es por fuerzas ortodónticas no controladas o poco adecuadas. Esta lesión puede avanzar produciendo lesiones pequeñas lacunares de dentina o grandes destrucciones que afectan dentina y cemento. La pérdida de tejido puede ser impredecible y cuando se extiende en la dentina es irreversible, está relacionado a fuerzas axiales excesivas de un tratamiento ortodóntico; la reabsorción es consecuencia de movimientos intencionales, sobre todo los intrusivos e intensos incrementan el riesgo.

CASO CLINICO: Paciente masculino de 32 años concurre a la consulta con "dolor al tacto" en el elemento 21. Presenta aparatología ortodóntica desde hace 18 meses aproximadamente. Luego de exhaustivos exámenes clínicos y radiográficos, tanto con periapicales y orto-pantomografía, resultan negativos los signos radiológicos en relación a la sintomatología. Sin evidencias claras, se indica el retiro de la fuerza ortodóntica del elemento problema, junto a una terapia analgésica/antiinflamatoria. El paciente no presentó mejoras en control a los 20 días y el Od. Especialista solicita una Tomografía Computada Cone Beam (TCCB). Fue aquí donde tuvimos nuestro primer hallazgo en cortes sagitales, axiales y coronales de una Reabsorción Dentinaria Interna que ni la clínica ni las radiografías convencionales pudieron evidenciar. Se decide realizar la terapia endodóntica, preparación quirúrgica y obturación del conducto radicular con conos y MTA. Se efectúan controles clínicos-Rx durante más de un año: no se revela sintomatología dolorosa y radiológicamente no hay cambios significativos.

BIBLIOGRAFIA:

Andreasen JO; Andreasen FM; Anderson L: "Lesiones Traumáticas de las estructuras dentales". 4ta edición. Caracas: Amolca, 2010.

Cohen S., Kenneth L. Vías de la Pulpa. 10 Edición. Editorial El Sevier. España 2011.

Soares I, Goldberg F. Endodoncia. Técnicas y Fundamentos. 2ª Edición. Ed .Panamericana. Bs As. 2012.

Torabinejad M, Rastegar, A, y col. Bacterial leakage of mineral trioxide aggregate as a root end filling material, J. Endod, Loma Linda University 21(3):109-12. (1995a)

Ricucci D, Siqueira J, Loghin S, Lin L. Repair of extensive apical root resorption associated with apical periodontitis: radiographic and histologic observations after 25 years. *J. Endo* 2014, 40 (8): 1268–1274.

RESUMEN PARA EL POSTER EN LA PRESENTACION del SAE

FORMULARIO DE INSCRIPCION PARA PRESENTACION DE CASOS CLÍNICOS

TÍTULO DEL TRABAJO: Traumatismo dentario: Aplicación del MTA.

TIPO DE PRESENTACIÓN: *Poster electrónico*

Facultad: *De Odontología*

Cátedra: *“B” de Endodoncia*

País: *Argentina*

Institución: *Universidad Nacional de Córdoba*

Autores: *Od. Granados Delford Matias, Prof. Dra. Gioino Gabriela, Od. Garofletti Julieta*

Domicilio *Los Durazneros 1058 Barrio Tres Cerritos.*

Teléfono: *0351_153343589 / 3512075599*
marijuliga@yahoo.com.ar

E-mail:*matigra377@hotmail.com/*

El MTA es un material biocompatible con excelente capacidad de sellado, fragua en presencia de humedad y promueve la regeneración tisular. Favorece la formación de hueso, cemento y puede provocar la regeneración del ligamento periodontal sin producir inflamación, con importante acción antimicrobiana. Por tales propiedades, tiene indicaciones específicas para los casos de traumatismos de larga evolución y gran pérdida ósea.

En el caso clínico se presenta un adolescente de 13 años de edad a la consulta con un absceso dentoalveolar agudo, como consecuencia de un traumatismo a sus 6 años, sin control. En el examen radiográfico se puede apreciar un proceso periapical de gran tamaño en el elemento 31. Se realiza la terapia endodóntica con la instrumentación del conducto y obturación con pasta de hidróxido de calcio. Se realizaron controles clínicos y radiográficos durante 8 meses. Se utilizó el MTA más conos de gutapercha para la obturación definitiva del conducto radicular.

Conclusión: se considera un material ideal para casos clínicos con pérdida ósea importante, favoreciendo a su regeneración en relativo poco tiempo sobretodo en pacientes jóvenes.

Bibliografía:

Andreasen J.O, Andreasen F.M. Lesiones Dentarias Traumáticas. Ed. Panamericana. Bs As. 1990.

Torabinejad M, Rastegar, A, y col. Bacterial leakage of mineral trioxide aggregate as a root end filling material, *J. Endod*, Loma Linda University 21(3):109-12. (1995a)

Walton R.E, Torabinejad M. Endodoncia. Principios y Práctica. Ed. Interamericana. Méjico 1996
Estrela C: Ciencia Endodóntica. 1º Edición. Ed. Español Artes Médicas Latinoamericanas. 2005

.Cohen S., Kenneth L. Vías de la Pulpa. 10 Edición. Editorial El Sevier. España 2011.
Soares I, Goldberg F. Endodoncia. Técnicas y Fundamentos. 2ª Edición. Ed. Panamericana. Bs As. 2012.

Autores del caso:

Od. Nora Bustos

Od. Carla Aguilar Storniolo

Od. María Georgina Garcés

Od. Paola Castro

Institución:

Residencia de endodoncia. Hospital Luis C. Lagomaggiore, Mendoza.

Título de la Presentación:

Síndrome de Gorlin Goltz

Resumen del caso clínico:

Paciente de sexo femenino de 34 años de edad con diagnóstico de Síndrome de Gorlin Goltz sin otros antecedentes patológicos de relevancia, presenta lesión radiográficamente compatible con Tumor Odontogénico Queratoquístico en cuerpo mandibular que involucra premolares, caninos e incisivos inferiores. La paciente es recibida por el Servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Lagomaggiore y realiza interconsulta con el Servicio de Odontología del mismo Hospital. El tratamiento quirúrgico a realizar implica la enucleación del tumor bajo anestesia general. Dado que el tratamiento quirúrgico será conservador, se realizó tratamiento endodóntico previo de dichas piezas para preservarlas. Una biopsia excisional confirmó el diagnóstico de Tumor Odontogénico Queratoquístico. El caso exigió controles a distancia para la detección precoz de potenciales recidivas.

Bibliografía:

- NEVILLE D., Oral & Maxillofacial Pathology. 2da edición 2002 Ed. W.B Saunders Company
- Díaz-Fernández JM, Infante-Cossío P, Belmonte-Caro R , Ruiz-Laza L, García-Perla-García A, Gutiérrez-Pérez JL . Basal cell nevus syndrome. Presentation of six cases and literature review. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2005;10:E57-E66.

- Małgorzata Kiwilsza, Katarzyna Sporniak-Tutak. Gorlin-Goltz syndrome a medical condition requiring a multidisciplinary approach. *Med Sci Monit*, 2012; 18(9): RA145-153

RESUMEN: La endodoncia en el paciente oncológico

Presentación Póster: Caso clínico.

Autor: *Clarisa María Solá Torino.*

INTRODUCCION: El cáncer oral es una de las neoplasias más frecuentes en el ser humano. Si bien, el carcinoma de células escamosas es el más frecuente, se observan además tumores de cabeza y cuello que en algún momento de su evolución pueden afectar la cavidad bucal.

Si se trata el cáncer en estadios tempranos con los tratamientos multidisciplinarios se logra una tasa de supervivencia del 50%, aproximadamente a los 5 años; es por ello que el tratamiento odontológico en estos pacientes cobra gran importancia ya que las infecciones orales pueden ser el punto de partida de infecciones sistémicas letales, y que además pueden favorecer la ocurrencia de complicaciones durante o después del tratamiento oncológico por lo que deben ser eliminadas.

OBJETIVO: Presentar un caso clínico de un Tratamiento Odontológico Integral de un paciente Oncológico en el cual se consideró la endodoncia preventiva como alternativa de tratamiento en elementos dentarios sin sintomatología pulpar pero que presentan caries medianas y/o profundas.

CASO CLÍNICO: Paciente de sexo masculino, de 21 años de edad, con diagnóstico de Angiofibroma Juvenil Nasofaríngeo desde los 17 años, a quien se le realizó la resección del tumor con Hemimaxilectomía de Maxilar Superior derecho.

El Servicio de Cabeza y Cuello del H.P.G.D. San Bernardo de la Provincia de Salta solicita al Servicio de Odontología la confección de un obturador provisional postquirúrgico a fin de lograr alimentación por vía oral para poder dar el Alta Hospitalaria al mismo.

A los 21 días de la instalación de dicho obturador se observa recidiva tumoral por lo que se solicita tratamiento odontológico integral para iniciar terapia oncológica.

Al examen bucal se observaba un terreno con nuevos crecimientos tumorales, zonas con actividad hemorrágica y una marcada desadaptación del obturador al terreno además de enfermedad periodontal, grandes acúmulos de sarro, actividad de caries, restos radiculares y candidiasis oral en cara dorsal de lengua.

Se elaboró un plan de tratamiento integral con el objetivo controlar la infección, reforzar el huésped y eliminar infecciones remanentes.

Se realizó terapia periodontal básica y detartraje supra e infragingival. Se instruyó al paciente en técnica de higiene con pasta dental fluorada de 1500ppm y además como coadyudante buches con clorhexidina al 0,2% 2 veces al día.

Se indicó además para tratar la candidiasis en dorso de lengua Nistatina 150.000 UI cada 6 hs por 10 días más buches con fluconazol 2 veces al día.

Se realizaron las extracciones de los elementos de forma atraumática y en estricta asepsia y selladores de fosas surcos y fisuras y se trataron lesiones de caries en estadios tempranos

En los elementos 23 y 32 que presentaban caries medianas sin sintomatología pulpar se realizaron endodoncias preventivas.

Los tratamientos endodónticos de ambas piezas se planificaron 21 días antes del tratamiento oncológico con profilaxis antibiótica con amoxicilina 2gr una hora antes del procedimiento y se realizaron en una sola sesión, mediante instrumentación manual, irrigación con hipoclorito de Na al 2,5 %, obturación canalicular con sealer26 y obturación definitiva con resinas de fotocurado.

Se realizaron controles sistemáticos del nivel de salud logrado a los 3 y 6 meses, en los cuales se observaron que los elementos tratados endodónticamente se encontraban asintomáticos, clínica y radiográficamente.

DISCUSIÓN:

Debido a que el paciente oncológico es sujeto a terapéuticas cruentas e invasivas durante su tratamiento, la endodoncia preventiva plantea una alternativa válida en la preservación de piezas dentarias y el control de las infecciones de origen odontogénico, alcanzando un nivel de salud bucal óptimo a fin de evitar complicaciones durante el tratamiento oncológico.

CONCLUSIONES

El tratamiento oncológico produce un gran número de complicaciones y/o secuelas orales, muchas de ellas muy graves y letales.

El odontólogo debe ser una pieza clave en el equipo multidisciplinario oncológico y una primera línea en la prevención y defensa. Su participación debe establecerse antes, durante y después del tratamiento oncológico propiamente dicho.

Obtener la mejoría en la calidad de vida del paciente debe ser primordial al plantear nuestros objetivos en el plan de tratamiento, independientemente del pronóstico sistémico del paciente

Bibliografía

1-Tratamiento odontológico integral del paciente oncológico. Parte I.Damián Guillermo Lanza Echeveste. Odontoestomatología vol.13 no.17 Montevideo mayo 2011

2-Tratamiento odontológico integral del paciente oncológico. Parte III Lanza Echeveste, Damián Guillermo. Odontoestomatología vol.15 no.22 Montevideo nov. 2013

3-Manejo quirúrgico del angiofibroma nasofaríngeo juvenil. Autores: Juan F. Oré 1, José Saavedra 1, Ladislao Pasache 1, Roberto Iwaki 1, Francisco Avello 1, Johnny Cárdenas 1. ISSN 1025 – 5583 Págs. 254 – 263

4-Importancia de la prótesis obturadoramaxilar en la rehabilitación del paciente oncológico. autores. rene troconis zurita, maría del carmen zurita servicio de odontología, hospital oncológico “padre machado”, caracas, venezuela. rev venez oncol 2003;15(2):92-99

RESUMEN: Radectomía: Una alternativa quirúrgica complementaria de la Endodoncia Convencional en la preservación de piezas dentarias.

Presentación Póster: Caso clínico.

Autor: Ana Cecilia Villa Mezzena

*Residencia de Odontología General- Hospital Público de Gestión
Descentralizada San Bernardo-Salta*

INTRODUCCION:

La Radectomia es un tratamiento conservador e invasivo de los elementos dentarios multirradiculares que permite conservar su porción coronaria unida a una de sus raíces preservando el máximo soporte óseo posible con el objetivo de evitar la extracción de los mismos.

Si bien su principal indicación es para los primeros Molares Inferiores también es factible realizar esta técnica en los 1ª Molares Superiores conservando de ellos la raíz MV, por ser ésta más larga y gruesa que la DV. Con menor frecuencia se describe la amputación radicular en los 2º Molares Superiores por presentar estos en un alto porcentaje sus raíces fusionadas o convergentes.

OBJETIVO: Presentar un caso clínico Contribuir a la casuística de los métodos conservadores con fines protésicos/ ortodonticos.

Determinar el Pronóstico de las piezas dentarias que fueron sometidas a este tratamiento.

CASO CLÍNICO: Paciente de sexo femenino, de 17 años de edad, derivada al Servicio de Odontología del H.P.G.D. San Bernardo de la Provincia de Salta con necesidad de tratamiento endodóntico de elemento 27.

Al examen intraoral se observó un estado bucal deficiente con pérdida prematura de varias piezas dentarias. El elemento 27 presentaba caries macropenetrante, los Test de vitalidad arrojaron resultados negativos. Al examen radiográfico se observaron conductos vestibulares aparentemente atrésicos, ligero ensanchamiento del espacio periodontal.

Se realizó el tratamiento endodóntico del elemento 27 con diagnóstico de necrosis para lo cual se realizó instrumentación manual con técnica Crown-down, irrigación con hipoclorito de Na al 2,5 %, obturación canalicular con cemento de Grossman y obturación provisoria con cemento de fosfato.

Durante el tratamiento surgió la imposibilidad de canalizar el conducto DV, el cual resultó inaccesible a deferentes técnicas, por lo que se consideró la amputación radicular de dicha pieza a fin de su conservación.

En la Fase quirúrgica se realizó la radectomía del elemento 27 para lo cual se elevó un colgajo de espesor total, odontosección de la raíz DV con fresa extra larga N°8, a alta velocidad e intensa refrigeración y se obturó el espacio cameral con Ionometro Vitreo de Fotocurado. Transcurrido el período de cicatrización y curación de los tejidos se realizó la Rehabilitación de la pieza dentaria con poste de fibra de vidrio y Resinas de Fotocurado,

Se realizaron controles sistemáticos a los 3, 6, 12, 18 y 24 meses, en los cuales se observó que el elemento se encontraba asintomático, clínica y radiográficamente.

DISCUSIÓN: Cuando la terapéutica endodóntica convencional resulta insuficiente para conseguir la estabilización del diente afectado, se debe considerar otra alternativa de tratamiento. Es así que técnicas quirúrgicas complementaria como la radectomía brinda la posibilidad de preservar la pieza dentaria.

CONCLUSIONES: La Radectomía es una maniobra invasiva y a su vez conservadora destinada a la preservación de elementos dentarios multirradiculares.

Cuando la Endodoncia convencional se ve limitada, la utilización de esta técnica puede valernos el éxito de nuestro tratamiento.

Si bien el pronóstico de la pieza tratada es reservado, resulta útil y efectiva en la conservación de remanentes dentarios con posibilidades de una rehabilitación coronaria.

BIBLIOGRAFÍA

Cirugía Periapical, Miguel Diago. Pag 144, 145, 146.EDITORIAL: Lexus Cirugía Periodontal.

Técnicas Resectivas, Cátedra de Periodoncia, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Bs As. Presentación Power Point. <http://>

www.slideshare.net/ecapellan/93-cirugia-tecnicas-resectivas

Cirugía bucal con patología, clínica y terapéutica. Guillermo Ries Centeno.

Tratado de la Cirugía Bucal. Tomo I. Pág 127, 128 y 129 Cosme Gay Escoda.

**RESUMEN: Terapia Endodóntica Conservadora en el abordaje
odontológico integral de pacientes de riesgo médico**

Presentación Póster: Caso clínico.

Autor: Clarisa María Solá Torino.

INTRODUCCION:

El tratamiento odontológico en pacientes considerados de Alto Riesgo, es uno de los mayores desafíos a los que se puede enfrentar el odontólogo, ya que ésta es una situación compleja, que requiere de una atención meticulosa, cuya meta es alcanzar un estado bucal compatible con Salud, con la menor cantidad posible de secuelas.

OBJETIVO: Presentar un caso clínico de un Tratamiento Odontológico Integral de un paciente con Lupus Eritematoso Sistémico en el cual la Terapia Endodóntica cumple un rol fundamental en la conservación de los remanentes dentarios y preservación de los procesos alveolares.

CASO CLÍNICO: Paciente de sexo femenino, de 32 años de edad, con diagnóstico de Lupus Eritematoso Sistémico hace 5 años, actualmente compensada, que concurre al Servicio de Odontología del H.P.G.D. San Bernardo de la Provincia de Salta con necesidad de tratamiento odontológico.

Al examen intraoral se observa: gingivitis, actividad cariogénica, restos radiculares, obturaciones desadaptadas, múltiples tratamientos endodónticos deficientes, elementos con necesidad endodóntica, plano oclusal quebrado.

Se elaboró un plan de tratamiento integral con el objetivo de conservar la mayor cantidad de piezas dentarias a fin de evitar una atrofia precoz de los procesos alveolares.

El tratamiento se llevó a cabo en un lapso de 6 meses, durante esta fase se realizaron endodoncias y retratamientos varios, todos en una sola sesión, mediante instrumentación manual, irrigación con hipoclorito de Na al 2,5 %, obturación cradicular con Sealer 26.

En la Fase de Rehabilitación se retribuyó integridad oclusal mediante la confección de pernos colados y coronas de chromasites.

Se realizaron controles sistemáticos del nivel de salud logrado a los 3, 6 y 12 meses, en los cuales se observaron que todos los elementos tratados endodónticamente se encontraban asintomáticos, clínica y radiográficamente

DISCUSIÓN:

Cuando los dientes son extraídos, el alvéolo, el periodonto y las inserciones gingivales desaparecen como tales, ya que, al no haber función específica que cumplir, su existencia no se justifica. Es así que, en este abordaje integral, se propone una endodoncia netamente conservadora que permite el mantenimiento y preservación de remanentes dentarios y la conservación de los procesos alveolares a fin de mantener la anatomía local.

CONCLUSIONES: Los tratamientos rehabilitadores deben ir acompañados de un plan de trabajo adecuado el cual debe ajustarse a las necesidades y características del paciente y del caso clínico, cuyo objetivo sea el de devolver la salud de la boca al paciente en todos sus niveles, rehabilitarla y lograr mantener ese estado a lo largo del tiempo.

Bibliografía

- 1-Manifestaciones bucales de Lupus Eritematoso Sistémico-
http://www.actaodontologica.com/ediciones/2007/2/manifestaciones_bucales_lupus_eritematoso.asp
- 2-Manejo Odontológico del paciente con Lupus Eritematoso Sistémico.
- 3-Andreasen JO. Oral manifestations in discoid and systemic lupus erythematosus. Acta Odontol Scand 1964; 22: 295-310.
- 4- Guía chilena de Lupus eritematoso sistémico. Ministerio de Salud pública.
[www. web.minsal.cl/portal/url/item/db8329e1efed9a22e040010165015626.pdf](http://www.web.minsal.cl/portal/url/item/db8329e1efed9a22e040010165015626.pdf)
- 5-Tratamiento Endodóntico Actual: Su rol en la conservación de la dentición natural de nuestros pacientes. Association of Endodontists N° 9 - Otoño/Invierno 2003
- 6-Bertos J, Lluch JM. Rehabilitación de sectores posteriores mandibulares atróficos. Revisión de la literatura. Rev Oper Dent Endod 2007;5:70