Dental Tribune

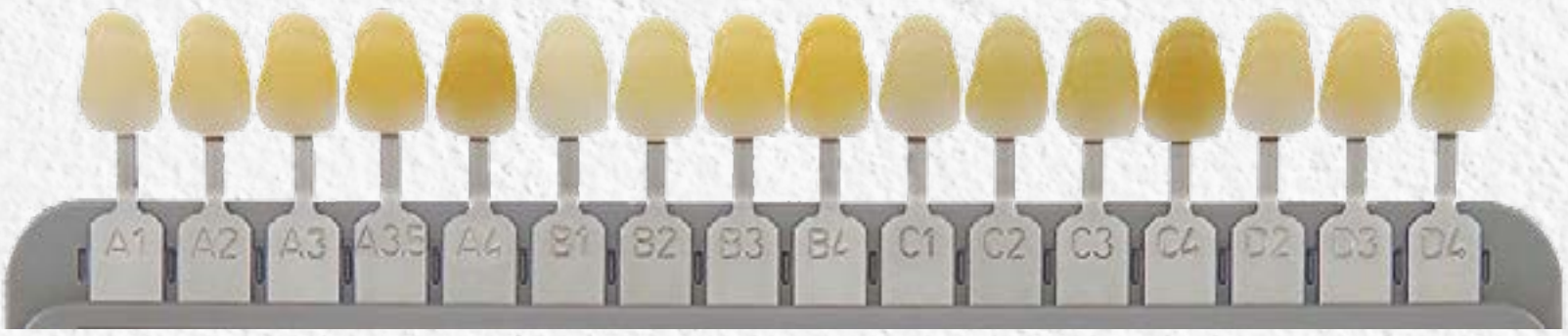
The World's Dental Newspaper

Edición España | es.dental-tribune.com | Vol. 19, No. 4, 2024

Paciente con alteraciones de color por fluorosis

Vista postoperatoria.

Técnicas de blanqueamiento en la era digital (1)



Pigmentación post-ortodoncia.

Vista postoperatoria.

Campaña educativa sobre los alineadores dentales

El Consejo General de Dentistas lanza esta iniciativa para que la población comprenda claramente en qué consiste un tratamiento con alineadores seguro y adecuado. Además, la campaña alerta de los riesgos para la salud que conlleva adquirir en internet este tipo de tratamientos sin el diagnóstico y la supervisión de un dentista.

La ortodoncia con alineadores invisibles es un tratamiento médico seguro siempre y cuando sea diagnosticado, planificado e implementado por un dentista colegiado.

Hoy en día, la población general usa las redes sociales como medio de búsqueda de información, por lo que entrar en ellas supone recibir anuncios publicitarios entre los que abundan los de empresas de venta online de alineadores invisibles que utilizan *influencers* para promocionar estos servicios, sin explicar que para que estos tratamientos se desarrollen adecuadamente, siempre deben ser realizados por un dentista colegiado.

Desde hace años, el Consejo General de Dentistas viene denunciando el *modus operandi* de estas compañías que ofrecen tratamientos de ortodoncia con alineadores transparentes sin control por parte del dentista y captan la atención de los pacientes ofreciendo resultados en tiempos "milagrosos" y con costos reducidos.

De hecho, en ciertos casos, el paciente solo asiste una vez al establecimiento para que le realicen una impresión digital, tras lo cual recibe todos los alineadores supuestamente necesarios para su tratamiento.

Incluso hay ocasiones en las que el propio paciente se encarga de hacerse las fotos y los moldes en su domicilio, los envía a la empresa a través de una App y luego recibe los alineadores, que se irá cambiando conforme a las instrucciones de la compañía. Queda claro que en ninguna de las ocasiones se realizará un correcto diagnóstico ni habrá seguimiento del tratamiento por parte de un dentista, con el peligro que ello supone.

Precisamente por ello, el Consejo General de Dentistas y la Fundación Dental Española han lanzado una campaña en redes sociales en la que se muestra qué es lo que realmente debe hacer un paciente que quiera o necesite realizarse un tratamiento de ortodoncia invisible. Para ello, se ha grabado un spot que está disponible que se puede descargar en este enlace: https://consejodentistas.es/alineadorescontudentista/

El objetivo de esta acción es educar y concienciar a la población del procedimiento correcto que debe seguir un tratamiento de ortodoncia con alineadores y los riesgos que supone someterse a uno sin seguir el proceso adecuado de la mano de un dentista colegiado.

El vídeo refleja todos los pasos necesarios para realizar de forma correcta un tratamiento de ortodoncia: la paciente pide cita en una clínica dental de confianza que le hace una exhaustiva revisión y las pruebas necesarias (radiografía, escáner, impresiones) para conseguir un diagnóstico correcto y establecer un plan de tratamiento acorde. A continuación, su dentista le explica todas fases del tratamiento y le entrega los primeros alineadores, además de darle las indicaciones para obtener un óptimo resultado.

Foto: 3D Xpert Aligner

Todo tratamiento dental, incluyendo la ortodoncia con alineadores, requiere de un diagnóstico, un tratamiento y un seguimiento por parte de un odontólogo.

> El vídeo divulgado por el Consejo General de Dentistas y la FDE muestra todas las fases que debería seguir un tratamiento con alineadores, desde que el paciente busca información hasta la primera visita al dentista, la toma de registros, diagnóstico, tratamiento y seguimiento.

El Dr. Óscar Castro Reino, presidente del Consejo General de Dentistas y de la FDE, espera que el mensaje del vídeo "cale en los ciudadanos y sean conscientes de que todo tratamiento sanitario requiere de un diagnóstico y seguimiento por parte de un facultativo, en el caso de las ortodoncias, de un dentista".

El Dr. Castro advierte de que "un mal tratamiento de ortodoncia puede provocar problemas maxilofaciales, periodontales e incluso la pérdida de dientes, tal y como le sucede a muchos de los afectados por estas empresas de venta online". Además, el Dr. Castro recuerda que estas compañías delegan toda la responsabilidad del tratamiento en los propios pacientes y buscan mecanismos para restar su responsabilidad.

Por último, el presidente del Consejo General de Dentistas insiste en que, ante la necesidad de someterse a cualquier tratamiento odontológico, se debe acudir a una clínica dental para que un dentista colegiado realice el diagnóstico y desarrolle un plan de tratamiento y seguimiento adecuado para cada paciente, comprobando su evolución hasta finalizar adecuadamente el tratamiento.

IMPRINT INTERNATIONAL HEADQUARTERS

PUBLISHER AND CHIEF EXECUTIVE OFFICER:
Torsten Oemus

CHIEF CONTENT OFFICER:
Claudia Duschek

Dental Tribune International GmbH
Holbeinstr. 29, 04229 Leipzig, Germany
Tel.: +49 341 4847 4302
Fax: +49 341 4847 4173

General requests: info@dental-tribune.com
Sales requests: mediasales@dental-tribune.com
www.dental-tribune.com

Material from Dental Tribune International GmbH that has been reprinted or translated and reprinted in this issue is copyrighted by Dental Tribune International GmbH. Such material must be published with the permission of Dental Tribune International GmbH. ***Dental Tribune*** is a trademark of Dental Tribune International GmbH.

All rights reserved. © 2024 Dental Tribune International GmbH. Reproduction in any manner in any language, in whole or in part, without the prior written permission of Dental Tribune International GmbH is expressly prohibited.

Dental Tribune International GmbH makes every effort to report clinical information and manufacturers' product news accurately but cannot assume responsibility for the validity of product claims or for typographical errors. The publisher also does not assume responsibility for product names, claims or statements made by advertisers. Opinions expressed by authors are their own and may not reflect those of Dental Tribune International GmbH.

EDICIÓN ESPAÑA
es.dental-tribune.com

PUBLISHER & EDITOR IN CHIEF
Javier Martínez de Pisón
j.depison@dental-tribune.com

GRAPHIC DESIGN
Jesús Eduardo Sanín Tordecilla
www.behance.net/eduardosanin

PORTADA:
Imágenes del libro "Estética y blanqueamiento dental en la era digital", de Sergio Kohen, Agustín Varas y Enrique Jadad.

Gran acogida de la Guía de Antimicrobianos en FDI

La delegación española del Consejo General de Dentistas, encabezada por el presidente, el Dr. Óscar Castro Reino, participó en el Congreso Mundial de la Federación Dental Internacional (FDI), celebrado en septiembre en Estambul. Durante este prestigioso evento, el Consejo presentó ante la Asamblea General de la FDI la *Guía del Uso de los Antimicrobianos en Odontología*, que obtuvo una gran acogida entre los asistentes.

La guía, supervisada por el Plan Nacional frente a la Resistencia a los Antibióticos (PRAN) del Ministerio de Sanidad, fue fruto de la colaboración de seis sociedades científicas españolas: AEDE, SECIB, SECOM y CyC, SEMO, SEOENE y SEPA. Durante el congreso, el Dr. Óscar Castro Reino, presidente del Consejo General de Dentistas de España, se reunió con representantes de asociaciones dentales de varios países latinoamericanos interesados en el material, que será cedido por el Consejo con el objetivo de fomentar el uso adecuado de antimicrobianos a nivel internacional.

"El papel que ha jugado la delegación española ha sido muy relevante, en parte, por nuestra campaña de antibióticos, que va a ser fundamental para mejorar los tratamientos prescritos en consulta", dijo el Dr. Castro Reino.

"El balance del Congreso Mundial de la FDI es muy positivo. Hemos analizado y debatido cuestiones de plena actualidad en Odontología, como el uso de la inteligencia artificial, la salud oral en pacientes con necesidades especiales o la ética en el ejercicio profesional", afirmó el Dr. Castro.

"El papel de la delegación española ha sido muy relevante, fundamentalmente por nuestra campaña de uso adecuado de antibióticos, que ha sido acogida con entusiasmo y que cederemos encantados a las asociaciones dentales latinoamericanas que nos lo han solicitado. Esta campaña va a ser fundamental para mejorar los tratamientos antimicrobianos prescritos en consulta, evitando resistencias", agregó.

Nuevas Declaraciones de Principios

Uno de los puntos destacados del congreso fue la aprobación de ocho nuevas declaraciones de principios de la FDI, que próximamente estarán disponibles en la página web del Consejo General de Dentistas de España. Estas declaraciones abordan temas clave como:

- Inteligencia artificial en Odontología.
- Reducción del consumo de azúcares.
- Salud oral y enfermedades no transmisibles.
- Ética en Odontología.
- Caries temprana en la infancia.
- Salud oral en pacientes con necesidades especiales.
- Técnicos de laboratorio dental.
- Uso del láser en Odontología.

Propuesta española en la ERO

Dentro de la European Regional Organization (ERO), la sección europea de la FDI, la delegación española presentó una propuesta, liderada por el Dr. Castro, para que el español sea reconocido como lengua oficial de la organización, junto al inglés, francés y alemán. La propuesta fue aprobada, marcando un hito importante para la representación de la lengua española en el ámbito odontológico internacional.

"El reconocimiento del español como lengua oficial de la ERO, que ya solicitamos en 2023, confiere a nuestro país y a nuestro idioma la importancia que merece", añadió el Dr. Castro.

Futuro Código de Ética en Europa

Durante la misma reunión de la ERO, se dio luz verde a la elaboración de un código de ética para la práctica odontológica en Europa, un proyecto de gran relevancia que será analizado y sometido a votación en mayo de 2025. Este código será un pilar fundamental en la regulación ética de la profesión odontológica en el continente.

El Congreso Mundial de la FDI ha reafirmado el compromiso del Consejo General de Dentistas de España con la salud oral global y la defensa de los estándares éticos y científicos en la práctica odontológica.

> La European Regional Organization, la sección europea de la FDI, aprobó el uso del español como lengua oficial a solicitud del Consejo General de Dentistas.

Fotos: CGDE

El Consejo General de Dentistas de España presentó en el Congreso Mundial de la Federación Dental Internacional la Guía de Uso de Antimicrobianos. En la imagen, de izquierda a derecha, Greg Chadwick, presidente de FDI; Óscar Castro, presidente del Consejo General de Dentistas, y Nikolai Sharkov, presidente electo de FDI.

La delegación española con la junta directiva de ERO en el Congreso Mundial FDI 2024, donde se dio luz verde a la elaboración de un código de ética para la práctica odontológica en Europa.

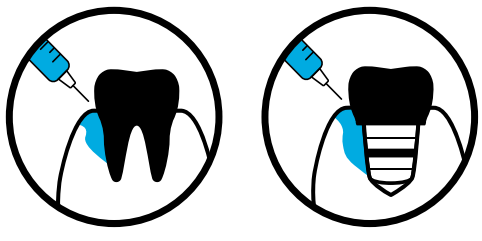
Publicidad

NUEVO Sterify Gel

Ampliando los límites del cuidado y la protección

Conozca la solución de contaminación bacteriana reducida para apoyar el proceso de curación en el tratamiento de la enfermedad periodontal

¡Empiece a usar Sterify Gel hoy y vea la diferencia!
HuFriedyGroup.eu/es/Sterify-Gel



HuFriedyGroupEurope

Hu-Friedy Mfg. Co., LLC. • European Headquarters • Lyoner Str. 9 • 60528 Frankfurt am Main, Germany
Sterify es una marca registrada de Sterify Srl. Todos los nombres relativos a empresas y productos son marcas registradas de Hu-Friedy Mfg. Co. LLC., sus afiliados o empresas relacionadas, salvo que se indique lo contrario.
©2024 Hu-Friedy Mfg. Co., LLC. Todos los derechos reservados. HFL-946ES/1024

HuFriedyGroup
The Best In Practice

Efectividad para curar la bolsa periodontal

HuFriedyGroup se enorgullece en presentar en el mercado su último producto llamado Sterify Gel, un innovador gel que se aplica en la bolsa gingival, donde actúa como relleno para restaurar el volumen, evitando de manera eficiente que las bacterias la infecten este tejido periodontal.

Foto: HuFriedyGroup

Sterify Gel es un hidrogel que primero cura y luego evita que las bacterias entren e infecten la bolsa periodontal.

Sterify Gel es un dispositivo médico Clase III y, más específicamente, un hidrogel polimérico mucoadhesivo que viene en una jeringa precargada y está indicado para el tratamiento de la enfermedad periodontal.

Este nuevo hidrogel ha sido formulado para promover la curación de tejidos gingivales y alveolares que resultan afectados durante la eliminación mecánica de bacterias, placa y sarro de las superficies dentales, al igual que por la colocación de implantes supragingivales y subgingivales.

La acción oclusiva del hidrogel a nivel de las bolsas gingivales periodontales y periimplantarias crea un entorno inadecuado para el crecimiento bacteriano y promueve la posterior regeneración de tejidos.

Se trata de un producto muy útil en casos de enfermedad periodontal estadio III y IV como tratamiento complementario después operaciones mecánicas de eliminación de placa y alisado radicular de bolsas periodontales y periimplantarias (raspado y alisado radicular).

Sterify Gel es un gel único en el mercado: no contiene antibióticos, ni desinfectantes ni antisépticos y, gracias a sus propiedades viscoelásticas y mucoadhesivas, penetra fácilmente en las zonas más profundas y de difícil acceso de las bolsas periodontales y perimplantarias, adhiriéndose al tejido gingival, alveolar, superficie ósea o radicular e implante dental, proporcionando una cobertura completa de las bolsas.

Después del raspado o alisado radicular y la eliminación del biofilm, el gel se aplica en la bolsa gingival, donde actúa como relleno para restaurar volumen, evitando de manera eficiente y mediante una barrera física que las bacterias entren y infecten la bolsa.

Sterify Gel puede así proteger mecánicamente las bolsas tratadas y el hueso alveolar, favoreciendo la curación del tejido.

Sterify Gel es un dispositivo médico clase III con certificado CE bajo MDR. El estudio clínico sobre su seguridad y efectividad fue publicado en el "International Journal of Dentistry".

Para más información visita: hufriedygroup.eu/es.

—HuFriedyGroup

Claves para prevenir complicaciones con implantes

El Museo Nacional Centro de Arte Reina Sofía de Madrid acogió el 5 de octubre una nueva edición de Kaleidoscope'24, coordinado a nivel científico por Antonio Bujaldón e Ignacio Sanz Sánchez.

La nueva edición del evento se centró en los límites y complicaciones reales de la terapia con implantes, haciendo especial hincapié en la cirugía de implantes, la fase restauradora, las herramientas digitales y la comunicación con el paciente.

El evento, organizado por Klockner con el apoyo de Sepa, ofreció claves para ayudar a comprender y prevenir las complicaciones asociadas con los distintos procedimientos en implantología.

El foro utilizó un formato innovador y dinámico en el que se respondieron dudas prácticas y habituales que se plantean en la rutina clínica diaria y que no siempre se abordan en congresos científicos: ¿Alguna vez te has planteado que esa odontología sin límites que vemos en las redes sociales puede tener importantes complicaciones? ¿Te has sentido sólo o con miedo cuando tienes que explicar un fracaso al paciente? ¿Puede el estrés que te generan los tratamientos complejos, los errores o los fracasos quitarte el sueño?

Fotos: SEPA

Vista del auditorio del Museo Nacional Centro Reina Sofía donde se celebró Kaleidoscope'24, patrocinado por Klockner y Sepa.

Xavier Domenech, CEO de Klockner, y Paula Matesanz, vicepresidenta de Sepa, fueron los encargados de dar la bienvenida a los asistentes.

Por su novedad y excelente acogida, destacó la intervención de Javier Román, conducida por Miguel Carasol, donde se reflejó la experiencia de un reconocido oncólogo sobre cómo entender y ponerse en el lugar del paciente ante una complicación o un fracaso.

Igualmente, Nazaret Castellanos deleitó a los asistentes con una técnicas de respiración para gestionar el estrés. Y, como colofón, resaltar también la entrevista de Mariano Sanz al alpinista Sebastián Álvaro, que con su carisma, entusiasmo y amplia experiencia insufló ánimos y ofreció lecciones personales motivadoras para superar cualquier límite, aunque se esté "Al filo de lo imposible".

El elenco de ponentes participantes en este cita fue extraordinario e incluyeó a figuras como Ana Carrillo de Albornoz, Ana Echeverría, Norma Estela, David García Baeza, Pedro Lázaro, Roberto Padrós, Victoria Sánchez, Andrea Alonso Vicente Berbís, Dino Calzavara, Nazareth Castellanos, Adriana Castro, Herminio García, Jon Gurrea, Robert Korp, Yolanda Liaropoulou, Jaime Lladó, Wenceslao Piedra, Javier Román, Leticia Sala, Patricia Solano, Xavier Vela y Juan Zufía.

—SEPA

FINCLINIKS® ONLINE

NUEVA PLATAFORMA FINANCIERA "ONE-STEP"

Consigue financiación rápida y sin trámites para todos tus pacientes.

ofrecemos los mejores precios con las mejores financieras del país trámite en menos de 5 minutos

APROBACIONES* 95% APROBACIONES*

NEW PLATAFORMA AUTOMATIZADA

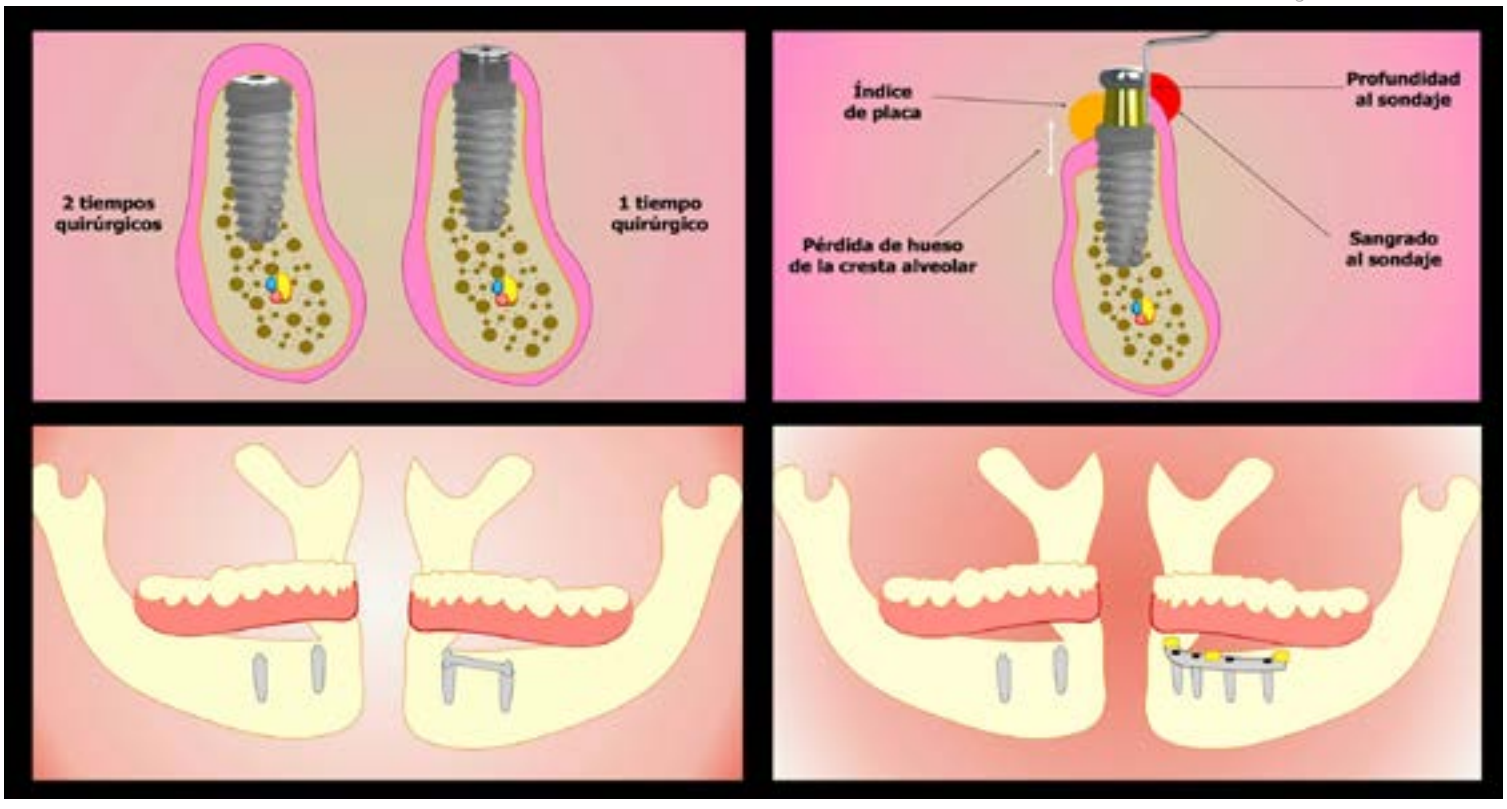
FINCLINIKS®

* en pacientes que no figuran en las listas RAI o ASNEF

Ahorra tiempo en la gestión administrativa de tu clínica y en un solo trámite consigue financiar a tus pacientes

info@fincliniks.com · tel. 671 824 674 · www.fincliniks.com

Imágenes: Yassine Harichane



Ilustraciones que comparan los tiempos los quirúrgicos de la colocación del implante, los índices de medición del tejido periimplantario, los tipos de ataches y el número de implantes cargados.

Carga inmediata o diferida en la mandíbula completamente edéntula

Tres expertos explican que la efectividad entre la carga inmediata y la carga diferida de implantes en el paciente con mandíbula totalmente edéntula es muy similar. Sin embargo, se deben tener en cuenta muchos factores para obtener un resultado clínicamente satisfactorio. El papel del profesional es evaluar la relación beneficio-riesgo al realizar dicho procedimiento, tal como se explica en este artículo.

Por Yassine Harichane, Rami Chiri, Benjamin Droz Bartholet

El Dr. Yassine Harichane ejerce en París, Francia.
El Dr. Rami Chiri ejerce en París, Francia.
El Dr. Benjamin Droz Bartholet ejerce en Chantilly, Francia.

Introducción

La rehabilitación del edentulismo mandibular completo se considera un desafío clínico en odontología. Las prótesis completas removibles convencionales tienen limitaciones que comprometen la calidad de vida del paciente. El Consenso de McGill recomienda que la prótesis mandibular completa removible estabilizada sobre 2 implantes sobredentadura sobre implantes sea el estándar de tratamiento. De hecho, ayuda a mejorar la retención y la eficiencia de la masticación.

Para lograr la osteointegración, Brånemark et al. sugirieron que la carga del implante debería realizarse 3 meses después para la mandíbula y 6 meses después para el maxilar. La investigación científica se podría reducir el tiempo de curación. En 2008, la reunión de consenso del ITI definió así los tiempos de carga de los implantes (Figura 1):

- Carga inmediata: durante la primera semana tras la colocación del implante.
- Carga temprana: entre 1 semana y 2 meses después de la colocación del implante
- Carga convencional o diferida: más de 2 meses después de la colocación del implante.

Los estudios demuestran que la carga inmediata es comparable a la carga diferida para prótesis fijas. Sin embargo, no existe consenso sobre el momento de carga del implante para sobredentadura sobre implantes. La pregunta es: ¿La carga inmediata proporciona mejores resultados clínicos que la carga diferida para sobredentadura sobre implantes?

Supervivencia del implante

Es necesario un año de observación para evaluar el efecto de la carga inmediata en la osteointegración. Un análisis de la literatura científica reciente parece indicar que los implantes cargados inmediatamente tienen una tasa de fracaso más alta que los de carga diferida. Sin embargo, la diferencia no es estadísticamente significativa. A pesar de ello, los autores recomiendan utilizar carga diferida en vez de carga inmediata.

El protocolo de colocación del implante se puede realizar en 1 ó 2 tiempos quirúrgicos (Figura 2). Sin embargo, no existe una diferencia significativa en términos de pérdida temprana del implante entre las diferentes etapas quirúrgicas. Por lo tanto, la colocación de implantes en una sola etapa no parece afectar ni al implante ni a la pérdida de hueso crestal.

Un parámetro relevante durante la carga inmediata es la medición del torque de inserción o ISQ (Implant Stability Quotient). Generalmente, durante restauraciones múltiples se requiere un torque mínimo de 20 Ncm, sin que esto sea garantía de supervivencia del implante. Los estudios que miden el ISQ informan una diferencia significativamente mayor para la carga realizada a los 3 meses. Sin embargo, más allá de los 3 meses no se encontraron diferencias entre carga inmediata y diferida.

Tejidos duros y blandos periimplantarios

La evaluación de los índices de tejidos blandos (índice de placa, profundidad al sondaje, sangrado al sondaje) (Figura 3) indica valores similares entre la carga inmediata y diferida al año de la colocación. Se ha citado una pérdida de hueso crestal inferior a 1,5 mm como criterio de supervivencia del implante. Cabe señalar que normalmente se produce una media de 1 mm de pérdida de hueso marginal durante el primer año, que es seguida por una pérdida de 0,2 mm cada año. Los metanálisis no revelan ninguna diferencia estadística entre los 2 protocolos de carga.

Pasa a la página 7

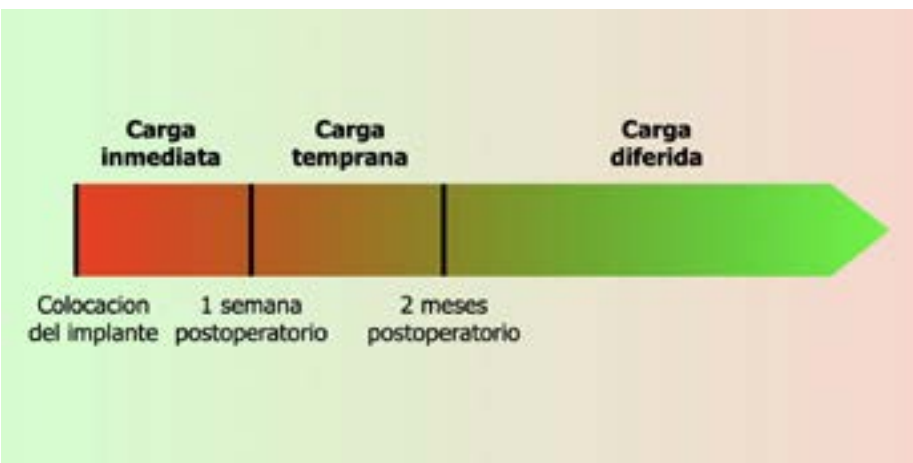


Figura 1. Tiempos de carga del implante. Carga inmediata: 1 semana tras la colocación del implante. Carga temprana: entre 1 semana y 2 meses después de la colocación del implante. Carga convencional o diferida: 2 meses después de la colocación del implante.

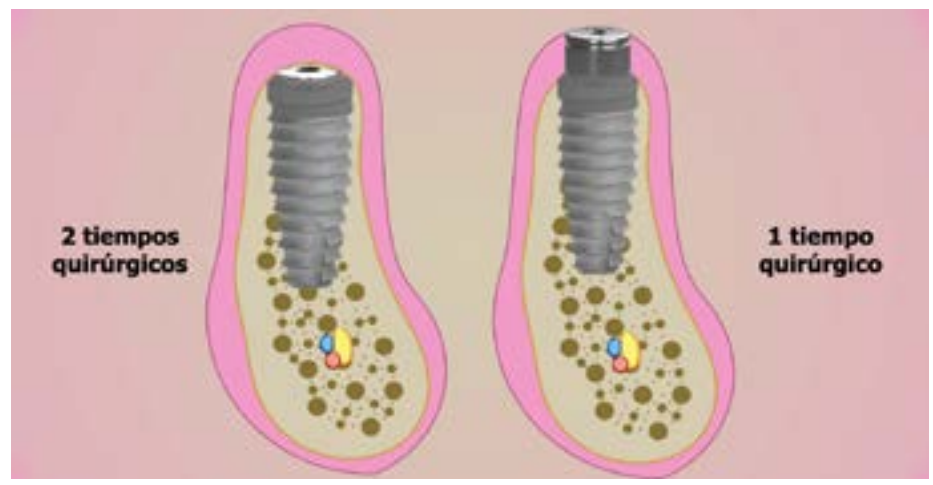


Figura 2. Comparación entre tiempos los quirúrgicos de la colocación del implante: la colocación de implantes en una sola etapa no parece afectar ni al implante ni a la pérdida de hueso crestal.

Viene de la página 6

Tipo de atache adjunto

Un análisis de los grupos de carga señala que los diferentes tipos de ataches no resultaron en una diferencia estadísticamente significativa. Además, no se encontró diferencia entre los implantes conectados por barra a la mandíbula y los no conectados (Figura 4). Sin embargo, la profundidad de sondeo parecía menor con un accesorio de bola y carga retardada que con una barra y carga inmediata. Esto se puede explicar por la facilidad de limpieza de la bola, ya que la barra puede provocar hiperplasia gingival.

Número de implantes

La mayoría de los estudios compararon 2 implantes versus 4 y no encontraron diferencias significativas. Durante los primeros años de tratamiento con sobredentadura sobre implantes, se utilizaron 4 implantes interforaminales con una barra asegurada. A lo largo de los años, el uso de 2 implantes con ataches axiales o conectados por barra ha demostrado ser tan eficaz como la opción de 4 implantes con barra. Los resultados de los metanálisis indican que no hay diferencia en el fracaso del implante o la pérdida de hueso marginal con carga inmediata o diferida cuando se utilizan 2 implantes no asegurados o 4 implantes asegurados (Figura 5). En cuanto a las prótesis soportadas por uno o tres implantes, los estudios son insuficientes en cantidad y calidad para determinar diferencias estadísticamente significativas.

Calidad de vida bucal del paciente

La satisfacción del paciente puede estar asociada con la estabilidad obtenida al convertir la prótesis removible en una prótesis implantosoportada. La insatisfacción con el retraso en la carga puede estar relacionada con la incomodidad o el dolor causado por la interferencia de los tornillos de cicatrización con las prótesis existentes.

Una revisión de la literatura indica que cuando se evalúan la incomodidad, el dolor y el edema del paciente, no se informaron diferencias significativas entre la colocación inmediata y diferida. Una explicación podría ser que los procedimientos rara vez eran incómodos, el número de pacientes incluidos era demasiado pequeño y los cuestionarios no eran lo suficientemente sensibles para detectar diferencias. Los mismos argumentos podrían utilizarse para la satisfacción del paciente, ya que la mayoría de los pacientes estaban muy satisfechos con el tratamiento. La puntuación de satisfacción más baja se encontró en la prótesis temporal.

Al año del tratamiento, los estudios no encontraron diferencias entre los diferentes protocolos de carga (Figura 6). Esto indica que es posible que los pacientes hayan olvidado el procedimiento con el tiempo. Por tanto, los beneficios declarados con la carga inmediata no están respaldados por pruebas sólidas. La percepción del paciente sobre el tratamiento implantológico depende más de elementos distintos al protocolo de carga. Los pacientes pueden aceptar molestias temporales, si están convencidos de que esto es lo más apropiado para un resultado estable a largo plazo.

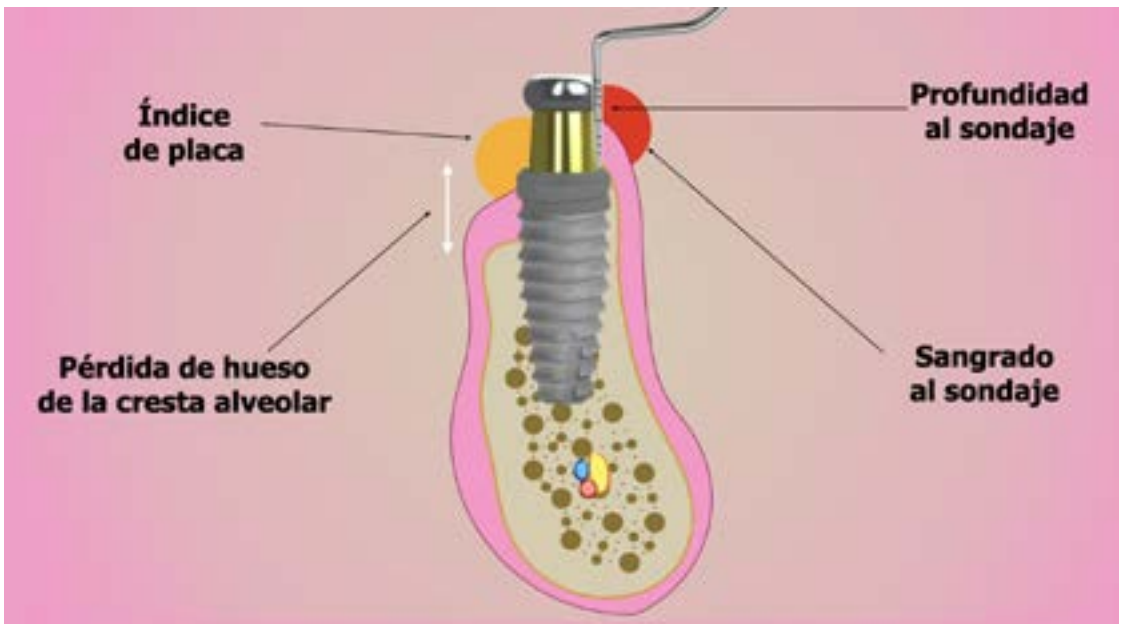


Figura 3. Índices de medición del tejido periimplantario. La evaluación de los índices de tejidos blandos (índice de placa, profundidad al sondaje, sangrado al sondaje) indica valores similares entre la carga inmediata y diferida al año de la colocación.

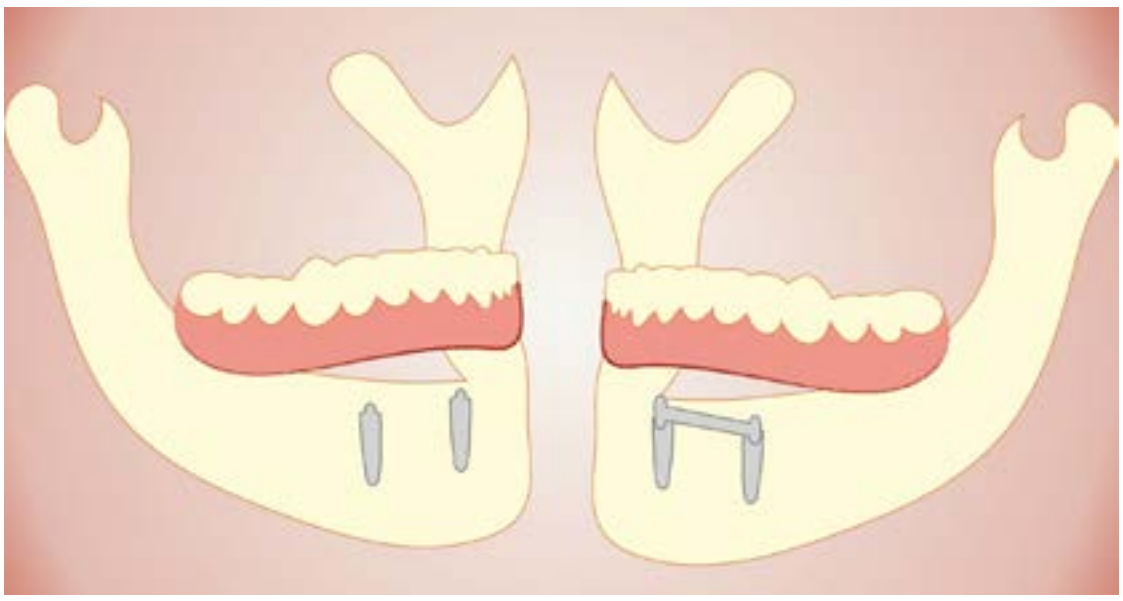


Figura 4. Una comparación entre tipos de ataches no resultó en una diferencia estadísticamente significativa, y no se encontró diferencia entre los implantes conectados por barra a la mandíbula y los no conectados

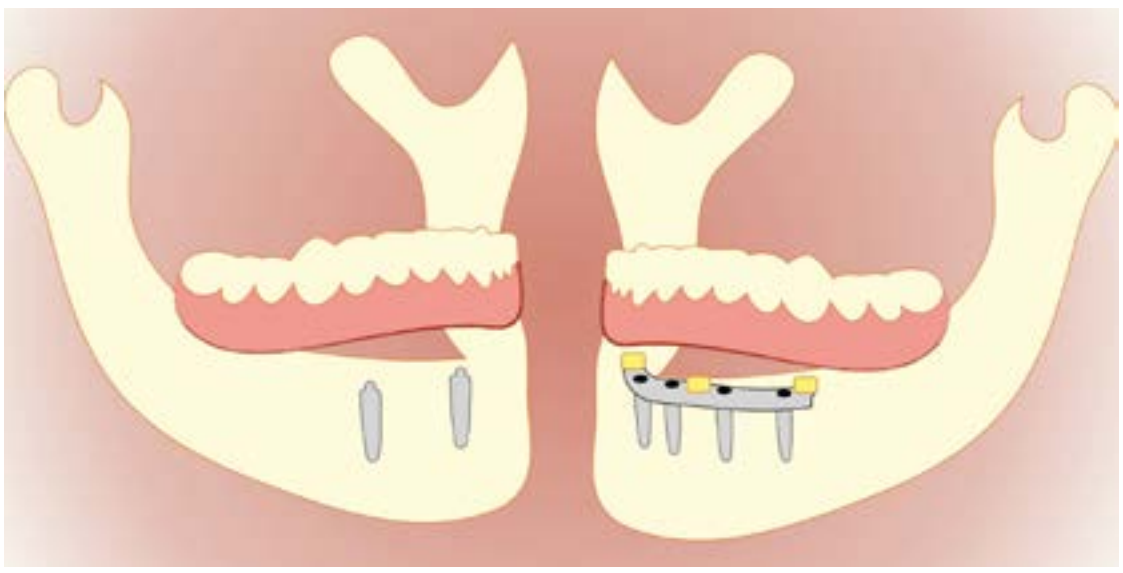


Figura 5. Comparación del número de implantes. No hay diferencia en el fracaso del implante o la pérdida de hueso marginal con carga inmediata o diferida cuando se utilizan 2 implantes no asegurados o 4 implantes asegurados.

Figura 6. Comparación de la calidad de vida bucal. No se encontraron diferencias entre los diferentes protocolos de carga.

Complicaciones protésicas y mantenimiento

Los estudios han comparado la carga inmediata y diferida con respecto a las complicaciones y el mantenimiento de las prótesis. Las principales complicaciones en el grupo de carga inmediata incluyeron fractura protésica y cambio de revestimiento. Mientras que en el grupo de carga diferida, el desplazamiento del accesorio, la fractura del tornillo y la fractura de la dentadura fueron más comunes. No se encontraron diferencias entre los protocolos de carga.

Conclusión

Una revisión de la literatura científica reciente permite extraer las siguientes conclusiones:

• No hay diferencia estadística en la tasa de fracaso del implante y la pérdida ósea marginal entre la carga inmediata y diferida en sobredentadura sobre implantes.

• El riesgo de pérdida temprana del implante (antes de 1 año) es mayor con carga inmediata que con carga temprana.

• La evidencia disponible no muestra diferencias en la salud de los tejidos periimplantarios independientemente del tipo de fijación, el número de implantes o el protocolo de carga. Un único metanálisis ha demostrado que con accesorios de bola o locator es preferible retrasar la carga.

• La satisfacción del paciente y la calidad de vida son similares en los protocolos de carga inmediata y diferida. Sin embargo, con la carga inmediata los pacientes rehabilitados con prótesis fijas quedan más satisfechos que aquellos con prótesis removibles. Esta diferencia no persiste después de 1 año.

• Las sobredentaduras mandibulares de carga inmediata soportadas por implantes fueron similares a las sobredentaduras de carga diferida con respecto a complicaciones protésicas y mantenimiento.

• La evidencia disponible recomienda la carga temprana en lugar de la inmediata y la carga diferida en lugar de la temprana.

El protocolo de carga inmediata tiene ventajas para sobredentadura sobre implantes. Sin embargo, no se puede ignorar el riesgo potencial de mayor de fracaso del implante. Por lo tanto, se debe informar al paciente de los riesgos y beneficios antes de realizar carga inmediata.

Un análisis general de todos los estudios reveló que ningún tipo de fijación, número de implantes o protocolo de carga específicos tenían una ventaja significativa sobre los demás.

En resumen, la carga inmediata en el paciente mandibular completamente edéntulo es un protocolo científicamente validado. Sin embargo, se deben tener en cuenta muchos factores para obtener un resultado clínicamente satisfactorio. El papel del profesional es evaluar la relación beneficio-riesgo al realizar dicho procedimiento. Argumentos como la satisfacción del paciente y la reducción del número de sesiones en carga inmediata no son suficientemente relevantes dados los riesgos que se corren en caso de fracaso terapéutico.

Nota

Este artículo se publicó originalmente en la revista *Dental Tribune France 10/2023* y se reproduce con la debida autorización.

Ver referencias

La estética del color dentario

Portada del libro "Estética y blanqueamiento dental en la era digital".

Este es el resumen del primer capítulo del libro "Estética y blanqueamiento dental en la era digital", de Sergio Kohen, Agustín Varas y Enrique Jadad. El artículo describe los procesos físicos y sensoriales que involucran la percepción del color dentario y su importancia en la odontología estética. Además, explica que el color es una respuesta psíquico-física que resulta de la interacción entre la energía luminosa y un objeto, asociado con la experiencia subjetiva de un observador.

Sergio Kohen

Agustín Varas

Enrique Jadad

Autores

Doctor en Odontología (PhD Profesor Adjunto, Cátedra de Odontología Integral Adultos; Facultad de Odontología UBA. Docente de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires. Profesor de postgrado de la Universidad del Salvador y AOA.

Especialista en Prostodoncia; y en Operatoria y Estética Dental, FOUBA. Jefe de Trabajos Prácticos de la Cátedra de Odontología Integral Adultos; Facultad de Odontología, UBA. Prof. Adjunto, Cátedra de Operatoria Dental, Pontificia Universidad Católica Argentina.

Odontólogo, rehabilitador oral e investigador con Máster en Oseointegración, que ejerce en Barranquilla, Colombia.

"Estética y blanqueamiento dental en la era digital". Capítulo 1

La luz es un espectro continuo de longitud de onda, con un número infinito de colores. La luz que se irradia sobre un objeto produce ciertas longitudes de onda remitidas (reflejadas), refractadas o transmitidas que son detectadas por las células fotorreceptoras sensibles a la luz del ojo humano (Fig. 1). Cuando la fuente de luz se observa directamente, el color que detecta la visión humana es el resultado de las longitudes de onda emitidas, que es el color de la luz por sí misma. Cuantos más colores emite simultáneamente una fuente de luz, más se acerca a lo que denominamos: color blanco. El cerebro recibe esta información de forma codificada y capta el tipo y la cantidad del estímulo luminoso (longitudes de ondas electromagnéticas del espectro visible) que producirán la sensación de color. Sólo es en el cerebro donde aparece la impresión sensorial llamada COLOR.

En el caso específico del color dentario, éste está determinado por la percepción e interpretación de la sumatoria de ondas remitidas por las estructuras interpuestas, empezando de adentro hacia afuera por: la pulpa (roja), seguida por la dentina (varía de amarillo a amarillo anaranjado), la proyección de la gíngiva, los labios y la sombra de la cavidad oral. Por ende, es imposible que los dientes se vean blancos. El matiz de los dientes se concentra dentro del amarillo-anaranjado con variaciones de croma y valor.

Dentro de la composición de los colores están sus propiedades, que hace que un color varíe y sea único. Dichas propiedades incluyen las tres dimensiones del color: el matiz, (es el nombre del color; aquella cualidad por medio de la cual distinguimos un color familiar de otro, como rojo del amarillo, verde del azul o violeta), el croma (determinado por la concentración del mismo matiz), y el valor (varía en la escala de los grises, o sea que un mayor valor se acerca al blanco y un menor valor se aproxima al negro). Otras propiedades que determinan el color dentario son la translucidez, la opalescencia y la fluorescencia. La textura de la pieza dentaria también tiene un rol importante en la percepción del color.

También se aborda la importancia de la iluminación y su influencia en la percepción del color.

> En el presente capítulo se detallan los distintos métodos para evaluar el color de los dientes, ya que dicho registro es de gran importancia para realizar restauraciones directas imperceptibles.

Pasa a la página 9

Figura 1. Los autores explican cómo la descomposición de la luz en los espectros visibles afecta la percepción del color dentario.

A

B

Figura 2. El patrón de colores más utilizado en odontología: la Guía de Color Vita 3D (A). El espectrofotómetro digital Vita EasyShade Advance (B) proporciona una selección objetiva y precisa del color.

Viene de la página 8

La intensidad de la fuente de luz, que está relacionada con la cantidad de energía lumínica, influye en la presentación de los matices dominantes de los dientes, de manera que la fuente de luz debe ser lo suficientemente intensa como para sobrellevar la participación del ambiente, pero no tanto como para ocultarnos las variaciones en los matices dentarios.

Dichas variaciones deben ser registradas y en el presente capítulo se detallan los distintos métodos para evaluar el color de los dientes ya que dicho registro es de gran importancia para realizar restauraciones directas imperceptibles y una buena comunicación con el laboratorio en restauraciones indirectas. Los métodos pueden ser visual o instrumental (espectrofotometría, colorimetría y análisis por fotografías digitales).

Autores del capítulo: Rony Christian Hidalgo Lostaunau, Roberto Montalvo Man y Leyla Delgado Cotrina

Rony Hidalgo Lostanau es Especialista en Odontología Estética y Restauradora; Universidad Científica del Sur, Lima, Perú. Docente de Postgrado del Programa de Especialidad en Rehabilitación Oral, Universidad Peruana de Ciencias Aplicadas y Universidad Privada San Juan Bautista.

Roberto Montalvo Man posee una Maestría en Ciencias, Universidad Nacional Agraria La Molina. Especialista en Dentística Restauradora, Facultad de Odontología de Bauru, Universidad de São Paulo. Ex-Profesor de Postgrado, Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.

Leyla Delgado Cotrina es Magister en Odontología Integral, Universidad Estadual de Ponta Grossa; Paraná, Brasil. Docente en la Especialidad en Odontología Restauradora y Estética, Universidad Peruana Cayetano Heredia. Coordinadora de programas de Maestría en la Facultad de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Se enumeran las distintas consideraciones que debemos tener para la selección subjetiva del color en cuanto al ambiente (orientación de las ventanas del consultorio, colores del ambiente de trabajo, características de las distintas fuentes de iluminación) y se brindan sugerencias de maniobras clínicas prácticas para un correcto registro del color.

El método visual aún se considera efectivo, debido a que los ojos pueden percibir diferentes variaciones en el color. Sin embargo, existen dificultades para poder comunicar cada uno con precisión que, junto con la necesidad de eliminar el componente subjetivo en el proceso de selección del color dental, motivaron el desarrollo de métodos digitales. La evaluación instrumental se realiza con colorímetros, espectrofotómetros y fotografías digitales que proporcionan un resultado de selección más objetivo y preciso.

Conclusiones

En términos generales, la luz detectada por los ojos determina la percepción del color como una mixtura de ciertas longitudes de onda reflejadas, difundidas y emitidas por el diente, entendidas por el sistema visual como un conjunto policromático.

La percepción y descripción del color requiere profundizar en temas que comúnmente hemos atribuido al ámbito artístico o puramente científico. Una mejor comprensión de los procesos físicos y fisiológicos involucrados en la visión humana del color, la teoría del color y la colorimetría optimiza la selección del color de los dientes y disminuye los desafíos asociados con este proceso.

Nota: Este resumen se publica con la autorización de la editorial del libro. Hacer clic aquí para adquirir el libro "Estética y blanqueamiento dental en la era digital".