PUBLICACION OFICIAL DE fola

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper · Hispanic and Latin American Edition

PUBLICADO EN MIAMI www.dental-tribune.com No. 4, 2010, VOL. 7

EMPRESAS & PRODUCTOS

Novedades de FGM, A-dec, EMS, VOCO, RTD, Shofu, Kerr, Bisco

Páginas 24 -25

BRASIL

Fidela Navarro, nueva presidenta de IADR

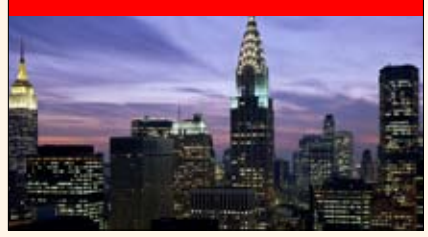
Página 21

MARKETING

El dentista debe ser un líder de opinión

Página 27

NUEVA YORK



Un congreso y una feria que no se puede perder

Página 31

Una conversación con el presidente de FDI, Roberto Vianna

El único congreso global

El presidente de FDI, Roberto Vianna, con el editor de DTI, Torsten Oemus.

Salvador, Brasil

El presidente de la Federación Dental Mundial, Dr. Roberto Vianna (Brasil), explica las metas y objetivos de la institución conocida como la "Voz de Odontología" y del Congreso Mundial de Odontología 2010, que tuvo lugar en septiembre en Salvador da Bahía.

¿Cuál es la importancia para Brasil del Congreso Mundial de FDI?

Brasil fue sede del Congreso Mundial en 1981 y ya para entonces estábamos adelantados en términos de la promoción de la salud oral a través del desarrollo científico, tecnológico y político de la odontología. El afán de Brasil en contribuir a nivel mundial ha resultado en que, casi tres décadas después, celebre su segundo congreso mundial. Brasil tiene mucho que ofrecer: tiene un 20% de los dentistas del mundo, una de las comunidades odontológicas más competentes y una creciente industria dental.

¿Cuáles son los objetivos de la FDI?

- Transferencia de conocimientos
- Desarrollo de la salud oral a nivel mundial
- Compromiso de los países miembros

→DT página 2

Un nuevo concepto y protocolo de tratamiento

Odontología Cosmética Mínimamente Invasiva

*Por Sushil Koirala**

La prensa, la publicidad y la abundante información en internet han provocado un gran interés en la estética dental y un notable aumento de los deseos, expectativas y exigencias estéticas de los pacientes. Actualmente, una sonrisa radiante y saludable ya no es del dominio exclusivo de los ricos o famosos, y la mayoría de los odontólogos generales están obligados a ofrecer tratamientos estéticos para satisfacer la creciente demanda. Este artículo ofrece un nuevo concepto y un protocolo de tratamiento mínimamente invasivo para odontología cosmética, que preserva la función, la estética y la salud a largo plazo. No seguir estas pautas «es como comprar un Rolls Royce y no darle mantenimiento: la higiene y las revisiones dentales periódicas deben ser las inversiones a largo plazo», explica el Dr. Sushil Koirala, presidente del Instituto Védico de Estética de la Sonrisa.

El objetivo de todo tratamiento es reestablecer la salud y conservar las funciones naturales y la estética del cuerpo humano. El concepto de tratamiento mínimamente invasivo (MI) fue introducido inicialmente en la medicina y adoptado por la odontología en la década de 1970, con la aplicación del flúor diamino de plata.[1] Esto fue seguido por el desarrollo de las restauraciones preventivas de resina (PRR)[2] en la década de 1980, por el tratamiento restaurador atraumático (ART)[3] y el desarrollo del gel para la remoción de la caries Carisolv[4] en la década de 1990. Los fundamentos principales de la odontología MI son la evaluación del riesgo de la enfermedad basada en principios de detección y prevención; la remineralización externa e interna, usar materiales restauradores biocompatibles y realizar intervenciones quirúrgicas únicamente cuando sean necesarias y sólo después de que cualquier enfermedad existente haya sido controlada.[5-11]

Figura 1. La Rueda de la Sonrisa, los principios para el diseño de la sonrisa del Dr. Koirala, los cuales siguen conceptos védicos. La rueda del autor de la guía clínica Direct Cosmetic Restorations with Giomer está basada en su amplia experiencia clínica en odontología estética.

LATINOAMERICA EN FDI

Una nutrida delegación latinoamericana asistió al Congreso Mundial 2010 de FDI en Salvador da Bahia (Brasil). De izquierda a derecha, en la recepción de Colgate en un convento colonial, los doctores Jorge Luis Becquer (Cuba), Roque Avellaneda, presidente de la Confederación Odontológica Argentina; Jan Agostaro, de Dental Tribune Latinoamérica; Julio Pimentel, director del Programa Odontología en su Hogar (Rep. Dominicana); Adolfo Rodríguez, presidente de FOLA (Rep. Dominicana); Miguel Angel Saravia, presidente del Colegio Odontólogico del Perú y Rubén Moronta, vicepresidente de FOLA (Rep. Dominicana).

Los protocolos de tratamiento actuales e indicaciones odontológicas MI son la abrasión por aire, el tratamiento con láser o sonoabrasión para obtener acceso a la cavidad y la extracción del tejido cariado e infectado mediante la remoción selectiva de la caries;[12,13] la restauración de la cavidad mediante la aplicación de ART, PRR, o restauración sándwich y el uso sistemas computarizados de anestesia local[14] para reparar, en vez de reemplazar, una restauración fallida.[15] Hasta ahora, la odontología MI se ha centrado en tópicos relacionados con la caries[16] y no ha sido ampliamente adoptada en otros campos de la odontología.

→DT página 6

DENTAL TRIBUNE
El periódico dental del mundo
www.dental-tribune.com

Publicado por Dental Tribune International

DENTAL TRIBUNE
Hispanic & Latin America Edition

Director General
Javier Martínez de Pisón
j.depison@dental-tribune.com
Miami, Estados Unidos
Tel.: +1-305 633-8951

Directora de Marketing y Ventas
Jan Agostaro
j.agostaro@dental-tribune.com

Diseñador Gráfico Javier Moreno
j.moreno@dental-tribune.com

COLABORACIONES
Los profesionales interesados en colaborar deben contactar al director.

Esta edición bimensual se distribuye gratuitamente a los odontólogos latinoamericanos y a los profesionales hispanos que ejercen en Estados Unidos.

BRASIL
p.debierre@dental-tribune.com
Tel.: +55 11 9962-0815

CHILE
m.wechsler@dental-tribune.com
Tel.: +562-365-9696

MÉXICO
h.cardoso@dental-tribune.com
Tel.: +52-55-5349-2468

CENTROAMÉRICA & PANAMÁ
h.klee@dental-tribune.com
Tel.: +502-515-48561

Dental Tribune Hispanic and Latin America Edition es la publicación oficial de la **Federación Odontológica Latinoamericana (FOLA)**. Además, estamos asociados con las siguientes instituciones: **AMIC Dental** (México), **Expodent/CACID** (Argentina), **CODI** (Guatemala), **Greater New York Dental Meeting** (Nueva York), **Hispanic Dental Association** (EEUU), **Federación Dental Internacional** (FDI), **Federación Odontológica de Centroamérica y Panamá (FOCAP)** y **Salón Dental de Chile**.

Dental Tribune Study Club
El club de estudios online de Dental Tribune, avalado con créditos de la ADA-CERP, le ofrece cursos de educación continua de alta calidad. Inscríbase gratuitamente en www.dtstudyclubspanish.com para recibir avisos y consulte nuestro calendario.

DENTAL TRIBUNE INTERNATIONAL

Group Editor: **Daniel Zimmermann**
newsroom@dental-tribune.com
+49 341 48 474 107
Editorial Assistant: **Claudia Salwiczek**
c.salwiczek@dental-tribune.com
Copy Editors: **Sabrina Raaff**
Hans Motschmann
President/CEO **Torsten Oemus**
VP Sales & Marketing **Peter Witteczek**
Director of Finance Dan Wunderlich
Marketing & Sales Nadine Parczyk
License Inquiries Manuela Hunger
Business Development Bernhard Moldenhauer
Executive Producer Gernot Meyer
Production Jens Lindenhain
Project Manager Online Alexander Witteczek
Designer Franziska Dachsel

Holbeinstr. 29, 04229 Leipzig, Germany
Tel.: +49 341 4 84 74 302 | Fax: +49 341 4 84 74 *173*
E-mail: info@dental-tribune.com

Oficinas Regionales

ASIA PACIFIC
Dental Tribune Asia Pacific Limited
Room A, 26/F, 389 King's Road, North Point, Hong Kong
Tel.: +852 3118 7508 | Fax: +852 3118 7509

THE AMERICAS
Dental Tribune America, LLC
213 West 35th Street, Suite 801, New York, NY 10001, USA
Tel.: +1 212 244 7181 | Fax: +1 212 224 7185

La información publicada por Dental Tribune International intenta ser lo más exacta posible. Sin embargo, la editorial no es responsable por las afirmaciones de los fabricantes, nombres de productos, declaraciones de los anunciantes, ni errores tipográficos. Las opiniones expresadas por los colaboradores no reflejan necesariamente las de Dental Tribune International.
©2010 Dental Tribune International.
All rights reserved.

Newton Carvalho, presidente de ABO

"Brasil tiene una odontología de primera línea"

Salvador, Brasil

El presidente de la Asociación Brasileña de Odontología (ABO) a nivel nacional, Dr. Newton Miranda de Carvalho, explica a continuación los proyectos de una de las organizaciones más poderosas del continente.

¿Cómo ha coordinado ABO el congreso de FDI?
La FDI y ABO han trabajado conjuntamente para obtener el éxito del Congreso Mundial de FDI en Salvador. El programa científico de FDI 2010 ha contado con más de 150 actividades dirigidas a todos los ámbitos de la odontología y de la salud. Además, programamos 20 sesiones clínicas previas para expertos donde se debatieron tópicos de elevada relevancia clínica, sesiones de pósters y comunicaciones libres, que han permitido una gran interacción de los profesionales.
En colaboración con la Asociación Internacional de Fabricantes Dentales (IDM), la Exposición Mundial de FDI acogió a más de 300 compañías, probando ser una gran plataforma para que la industria exhiba sus productos y servicios.
Políticamente, delegaciones de 140 países han estado en Salvador en representación de más de un millón de dentistas de todo el mundo para discutir temas importantes durante las dos Asambleas Generales de FDI, tres foros y reuniones de diversos comités y organizaciones afiliadas. Estos encuentros producen documentos que influyen en la odontología de todo el planeta.

El director de Educación y Ciencia de FDI, Julián Fisher, el presidente de FDI Roberto Vianna, el presidente de ABO, Newton Carvalho, la coordinadora del congreso en Salvador da Bahia, Claudia Tavares y el presidente del Congreso Científico, Claudio Fernandes.

Foto: Jan Agostaro

¿Cómo funciona ABO?
Contamos con 27 Secciones en todo Brasil, estamos en todos los estados y en 294 municipios de provincias. A nivel educativo contamos con UniABO, un conjunto de 64 Escuelas de Perfeccionamiento Profesional (EAP) en todo el país que capacita anualmente a 1.500 expertos. Son escuelas que ofrecen una amplia gama de cursos de especialización y actualización. Nuestra misión es promover la odontología a nivel nacional e internacional, mejorar el contexto técnico y sociocultural de los odontólogos y contribuir a la promoción de la salud oral de la población.

¿En qué nivel pondría a la odontologia brasileña?
Creo que en todo el mundo se la califica como de primera la línea, y verdaderamente lo es. Estamos a la vanguardia en la investigación dental, en la clínica, hemos realizado muchas innovaciones tecnológicas y hemos demostrado este congreso una impecable gestión organizativa. DT

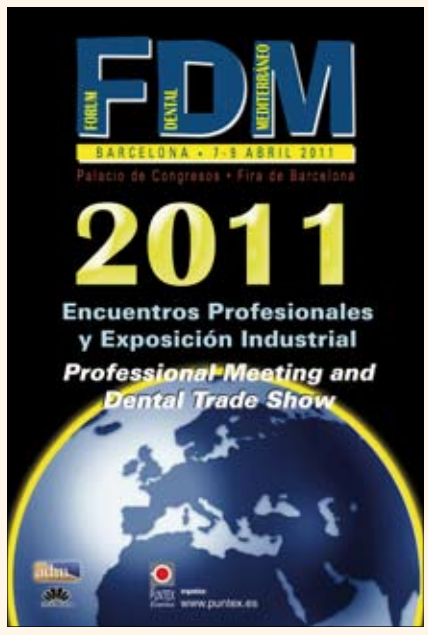
Una conversación con el presidente de FDI, Roberto Vianna

El único congreso global

DT página 1

¿Cómo alcanza estos objetivos la FDI?
Mediante:
• **Programas de Educación y Ciencia.** FDI participa y apoya los programas de educación continua de todo el mundo. Además, organiza el programo científico del congreso mundial, un evento educativo con dictantes de todo el mundo centrado en los temas que afectan a la profesión a nivel global.
• **Actividades de apoyo.** FDI desarrolla y difunde a nivel mundial políticas, normas e información relacionada con todos los aspectos de la atención bucodental, incluyendo la salud global y el control del tabaquismo.
• **Proyectos de desarrollo.** FDI promueve y apoya el desarrollo global de la salud oral en poblaciones y comunidades marginadas de diversas maneras:
—Proyectos de base. En cooperación con asociaciones miembro de FDI, organizaciones no gubernamentales y subvenciones del Fondo de Desarrollo Dental Mundial de FDI, se han establecido proyectos en América Latina, Asia y África.
—Apoyo a la elaboración de políticas. FDI apoya a gobiernos y otras organizaciones a formular políticas integrales de salud oral y a su aplicación.
—Alianzas para mejorar la salud oral. FDI trabaja en estrecha colaboración con la OMS y otros organismos de las Naciones Unidas, las profesiones de la salud y organizaciones de todo el mundo para mejorar la salud oral.
• **Promoción de la Salud Global.** FDI es un miembro de la Alianza Mundial de Profesiones de la Salud, junto con el Consejo Internacional de Enfermeras, la Federación Farmacéutica Internacional y la Asociación Médica Mundial.
• **Comunicaciones.** FDI edita publicaciones sobre temas relacionados con la salud oral mediante su división FDI World Dental Press, con sede en Reino Unido, como el *International Dental Journal* (IDJ), *Developing Dentistry, FDI Worldental Communiqué* y *Annual Report.* Otros recursos incluyen el sitio web de FDI, VOX y Data Mirror.

Información completa en
www.dental-tribune.com



Entrevistamos al Director Científico de FDI Salvador

Investigación de alta calidad

Por Javier Martínez de Pisón

Salvador, Brasil

El Prof. Claudio Fernandes, director científico del Congreso Mundial 2010 de la Federación Dental Internacional, es un conocido investigador y profesor de prostodoncia. Tras su afable carácter esconde amplios conocimientos clínicos y científicos y una gran capacidad organizativa. Fernandes destaca el programa del congreso y los avances logrados por Brasil, donde en la actualidad hay 150.000 odontólogos, casi 200 escuelas de odontología y la industria dental más desarrollada de Latinoamérica.

¿Cuáles han sido las características del Congreso de Salvador?
Un importante elenco de dictantes de todo el mundo ha presentado cursos y conferencias sobre los avances clínicos más relevantes en odontología. Los capítulos de la FDI han impartido talleres y foros sobre un amplio espectro de temas. Además, cientos de miembros de FDI se reunieron en el Parlamento Dental Mundial para establecer las directrices estratégicas y políticas globales para los próximos años. Y en la Feria Mundial Dental se han expuesto nuevos productos, equipos y tecnologías.

¿Por qué es importante asistir a un de FDI?
Es algo único. Es el único congreso realmente global que ofrece a los participantes una visión amplia de la odontología en todo el mundo. Y no es raro encontrar soluciones a desafíos caseros mientras se toma una taza de café. El centro de la atención es la clínica y se realizan todos los esfuerzos para garantizar el crecimiento profesional. La fusión de diferentes culturas también proporciona un estímulo para aprender sobre otros países.

¿Por qué se eligió a Brasil como sede?
Debido a que Brasil, que será sede de otros importantes acontecimientos mundiales como la Copa del Mundo de 2014 y los Juegos Olímpicos de 2016, está de moda. Es un país con un rápido desarrollo económico, nuestra odontología tiene muchos talentos y ofrece muchas oportunidades. Tenemos 182 facultades de odontología y cerca de 150.000 odontólogos en ejercicio. El gobierno se ha centrado en la atención preventiva y restaurativa con iniciativas como «Brasil Sorridente», un programa integral que llega a casi 100 millones de brasileños que hace apenas unos años no tenían otra alternativa que la mutilación dental. Con una industria dental que factura 1.500 millones de dólares y un alto nivel de investigación, Brasil es un lugar muy interesante para estudiar y ejercer.

¿En qué se ha destacado el programa científico?
Ha sido desarrollado para proporcionar al dentista una visión amplia de los avances en la odontología clínica en todo el mundo. El objetivo principal es mejorar las condiciones de salud bucal mediante estrategias científicamente sólidas. Las nuevas tecnologías, como el CAD/CAM, los nuevos diseños en las superficies de los implantes y la evolución de los adhesivos están cambiando la profesión. En lo que respecta a la biotecnología, las células madre, la odontología genética y la investigación salival están produciendo importantes avances científicos. Además, el Programa Científico 2010 tuvo como objetivo promover la salud bucodental mundial. Las actividades científicas se distribuyeron en cuatro áreas principales con el objetivo de promover debates sobre políticas públicas y prácticas privadas, las nuevas tendencias, la investigación, el desarrollo de materiales y las técnicas clínicas de todas las especialidades. Por otra parte, un importante debate discutió el impacto de la salud bucal en la salud sistémica.

¿Y las «disparidades en la salud oral»?
Las desigualdades en la salud oral son demasiado comunes y se han discutido para concientizar sobre la importancia de promover la salud oral. El foro «Salud Bucal para Todos: Desigualdades, Desafíos locales, Soluciones globales» discutió el tópico con la participación de expertos como Saskia Estupiñán-Day, Denis Bourgeois, Celio Percinoto, Peter Cooney, Paulo Capel Narvai y Juan Carlos Llodra Calvo. El tema es tan interesante que se organizó también otro foro de la Asociación Internacional para la Investigación Dental (IADR). Varios líderes mundiales, como María Fidela Navarro, David Williams, Christopher Fox y Roberto Vianna debatieron la cuestión.

El Prof. Claudio Fernandes.

¿Y respecto a la prevención de la caries?
La Iniciativa Global contra la Caries brindó una excelente oportunidad para el debate. Además, muchas empresas decidieron participar el área de odontología preventiva con sus propios simposios. GSK y Colgate aportaron nuevos conocimientos sobre la hipersensibilidad y Cadbury/Kraft presentó modelos de odontología preventiva y comunitaria. Por otra parte, dictantes de renombre mundial, como Jaime Cury, Yvonne Buischi, Nigel Pits o Claes Goran Emilsson discutieron el tema, ofreciendo la información más actualizada sobre flúor, evaluación de caries, odontología mínimamente invasiva y otros temas relevantes. DT

Entrevista con el experto Fotinos Panagakos

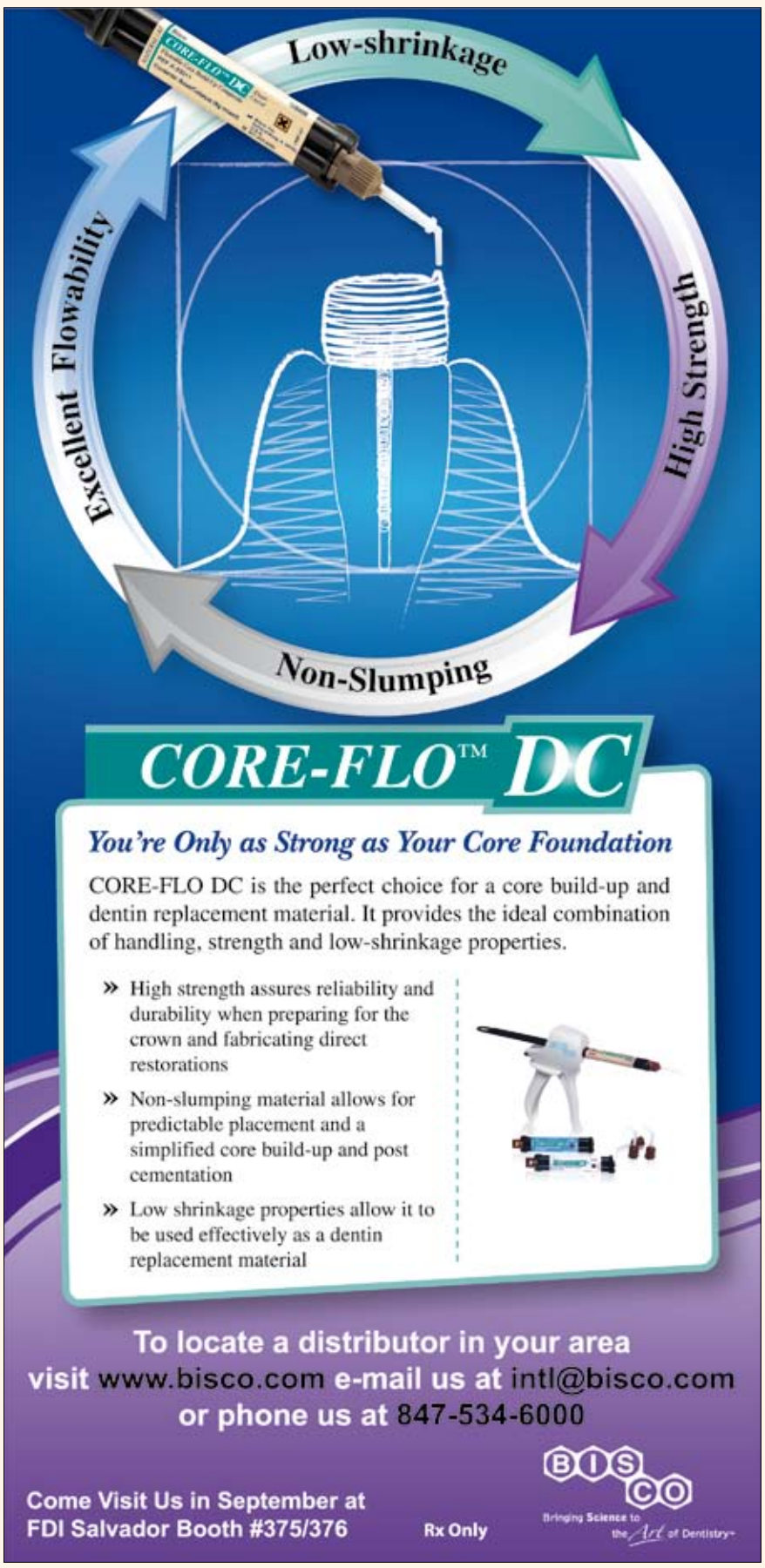
La caries dental hoy

El Dr. Fotinos Panagakos, DMD, PhD, es director de investigación clínica y estrategia de Colgate-Palmolive Co., y un experto mundial en la caries dental en particular. En el congreso de FDI dictó una importante conferencia.

¿Cómo está el problema de la caries dental en el mundo?

La caries dental sigue siendo a nivel mundial una infección endémica y un gran problema de salud pública. Aunque las tasas disminuyeron durante el siglo 20 en Estados Unidos, no registraron muchos cambios en 1988-1994 y 1999-2002, según la encuesta NHANES. En niños de entre 2-11 años, la encuesta reveló que el 41% presentaba caries en la dentición primaria y que el al 21% no se la había tratado. En los mayores de 20 años el 91% había tenido una "experiencia de caries coronal", lo que significa al menos un diente cariado o restaurado. En este mismo grupo se halló caries radicular en el 18% de la población. La prevalencia de caries radicular aumenta con la edad y alcanza aproximadamente el 32% en los mayores de 60 años. La caries radicular es cada vez más común y se está convirtiendo una creciente preocupación para los profesionales.

En el mundo en desarrollo la caries sigue siendo un problema grave en los niños. La falta de higiene oral, de acceso al agua fluorada, a pasta de dientes y enjuagues, junto con la falta de cuidado dental, constituyen un problema serio en muchos países. Los países desarrollados parecen imitar lo que sucede en EE UU. En resumen, a pesar de que el problema ha mejorar, actualmente 6.300 millones de personas —casi el 80% de la población mundial— sufre de caries dental (OMS - Informe sobre la salud oral, 2003). En los últimos 20 años se ha intentado comprender por qué la caries sigue siendo un problema. La respuesta es que la presencia y extensión de la caries depende tanto de factores de riesgo primarios como secundarios.



¿Cuáles son los factores de riesgo de caries?

La caries es el resultado de la acción simultánea de tres factores independientes: el agente causal (placa bacteriana), el huésped y el medio ambiente (Figura 1).

1. Placa bacteriana. Las bacterias cariogénicas que producen el ácido responsable de la desmineralización en la placa dental coexisten con obacterias no cariogénicas. Las principales implicadas en la caries son el *Streptococcus mutans* y los lactobacilos, si bien también se han identificado otras de bajo pH en la placa adyacente en lesiones tempranas de caries.

2. Huésped. Los dientes están compuestos de tres tejidos mineralizados: la dentina, que forma el núcleo de la corona y la raíz del diente, el esmalte, que está sobre la dentina coronal y expuesta a la cavidad oral, y el cemento, una capa delgada de tejido mineralizado que cubre la lraíz de dentina y es responsable de anclar a las fibras periodontales que sostienen el diente. Estos tejidos tienen cierto nivel de resistencia a los ataques ácidos, pero pueden ser superados por el producido por la placa bacteriana. El uso de flúor puede aumentar la resistencia a los ácidos.

3. Medio Ambiente. Para que la placa bacteriana produzca ácido y desmineralice al diente debe estar presente una fuente de carbohidratos. Las bacterias de la placa consumen los carbohidratos y producen ácido láctico como un subproducto: el cual es secretado y puede desmineralizar el diente. El aumento en el consumo de bebidas azucaradas y de aperitivos contribuye al aumento de la caries, no sólo en el mundo desarrollado, sino también en desarrollo, a medida que más países adoptan una dieta "occidental".

Además de estos factores de riesgo primarios, existe otros que también pueden contribuir a la caries, como:

• Xerostomía inducida por medicamentos: la reducción de la saliva crea un entorno favorable para el desarrollo de la caries

• Enfermedad periodontal y su tratamiento: la exposición de la raíz hace que la dentina sea más susceptible a la caries dental

• Restauraciones: un prolongado mantenimiento de los dientes, a menudo restaurados, puede provocar con el tiempo apertura de los márgenes o defectos, lo cual causa caries recurrentes

Tratamiento ortodóncico: el inadecuado control de placa alrededor de los brakets puede causar mancha blanca (reversibles tempranamente)

• Inadecuada higiene oral: siegue siendo un factor de riesgo importante

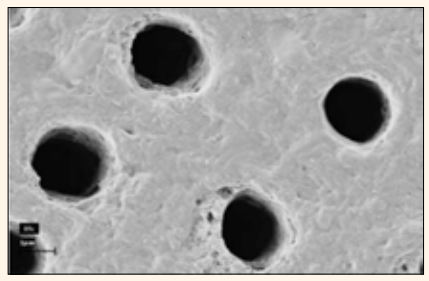


Figura 1

Es importante señalar que a medida que una persona envejece, ciertos factores de riesgo adquieren más influencia que otros.

¿Cómo ayuda el flúor a prevenir la caries?

Durante la desmineralización, la bacteria acidogénica de la placa produce ácido, que hace que el pH disminuya a menos de 5,5. En estas condiciones de acidez, los minerales que constituyen la estructura del diente, el calcio y el fosfato, se pierden. Esto se denomina pH crítico. Sin embargo, como el pH comienza a aumentar, la migración de minerales se invierte, dando lugar a la remineralización de la superficie mediante la captación del calcio y fosfato presentes en la superficie del diente. El flúor, si está presente, también entra en el diente y ayuda a su remineralización, lo que resulta en la formación de un cristal de fluorapatita más fuerte que la hidroxiapatita original. La producción repetitiva de ácido por las bacterias de la placa, a menudo debido al consumo continuo o frecuente de carbohidratos, eventualmente resulta en una pérdida de tejido mineralizado, haya flúor o no.

El fluoruro es ampliamente utilizado y es adecuado para reducir el riesgo y para la prevención. Ha desempeñado un papel importante en la prevención de la caries dental desde la introducción de la fluoración del agua en la década de 1940, y se considera que ha tenido un gran impacto en reducir la caries en regiones del mundo donde existe agua fluorada, pasta de dientes y enjuagues.

¿Cómo se debe enfocar la prevención con los pacientes?

Para determinar el tratamiento preventivo se debe realizar una evaluación de los factores de riesgo. Debido a la naturaleza multifactorial de la caries, el dentista debe evaluar cada riesgo potencial y determinar qué papel juega en el paciente. Afortunadamente, existen métodos documentados de evaluación de riesgos como el Cariograma, el CAMBRA (Caries Risk Assessment) o el (CAT (Caries-Risk Assessment Tool). El CAMBRA ha recibido amplia atención y se puede obtener más información al respecto en el número de noviembre de 2007 del *Journal of the California Dental Association.*

Una vez evaluados los riesgos el odontólogo determina las medidas necesarias para reducir el riesgo de caries. Estas pueden incluir modificación de la dieta, la aplicación de fluoruro en el consultorio, como un barniz de flúor, la prescripción de un dentífrico fluorado de alta concentración, la enseñanza de la higiene bucal y el uso de enjuagues antibacterianos para evitar la acumulación de placa. Una adecuada educación del paciente, motivación y un refuerzo positivo de la buena conducta en las visitas subsiguientes proporciona resultados positivos. DT

bluephase®

Licencia para polimerizar

Nueva

LED para todos los usos

CUALQUIER MATERIAL
LED poliwawe con espectro de banda ancha

CUALQUIER INDICACIÓN
Utilización contínua gracias al enfriamiento integrado

CUALQUIER MOMENTO
Sistema click & Cure opcional, de funcionamiento con cable

2009 The Dental Advisor – Top Light-curing Unit

Dental Product Shopper – Best Product 2008

reddot design award
honourable mention 2008

www.ivoclarvivadent.com

Ivoclar Vivadent AG
Bendererstr. 2 | FL-9494 Schaan | Liechtenstein | Tel.: +423 / 235 35 35 | Fax: +423 / 235 33 60

Ivoclar Vivadent S.A. de C.V.
Av. Mazatlan No. 61, Piso 2 | Col. Condesa | 06170 México City, D.F. | Mexico
Tel.: +52 (55) 50 62 10 00 | Fax: +52 (55) 50 62 10 29

Ivoclar Vivadent Marketing Ltd.
Calle 134 No. 7-B-83, Office 520 | Bogotá | Colombia | Tel.: +57 1 627 33 99 | Fax: +57 1 633 16 63

ivoclar vivadent®
passion vision innovation

Donde el legado histórico y la avanzada tecnología se encuentran.

Herculite Précis, resina nanohibrida de uso Universal.

Pulido y manejo asombroso. Resistencia y durabilidad. Efecto Camaleón de alta calidad. Todo construido en 25 años de tecnología probada combinado con lo último en nanotecnología. Y el legado de la excelencia continúa.

Para más información, contacte a su Distribuidor autorizado Kerr de confianza.

Kerr
Sybron Dental Specialties

Your practice is *our* inspiration.®

Un nuevo concepto y protocolo de tratamiento

Hacia una Odontología Cosmética Mínimamente Invasiva

←DT página 1

Los protocolos de tratamiento actuales e indicaciones odontológicas MI son la abrasión por aire, el tratamiento con láser o sonoabrasión para obtener acceso a la cavidad y la extracción del tejido cariado e infectado mediante la remoción selectiva de la caries;[12,13] la restauración de la cavidad mediante la aplicación de ART, PRR, o restauración sándwich y el uso sistemas computarizados de anestesia local[14] para reparar, en vez de reemplazar, una restauración fallida.[15] Hasta ahora, la odontología MI se ha centrado en tópicos relacionados con la caries[16] y no ha sido ampliamente adoptada en otros campos de la odontología.

El Dr. Miles Markley, uno de los líderes de la odontología preventiva, advirtió que hasta la pérdida de una parte de un diente debe ser considerada una lesión grave y que el objetivo de la odontología debe ser mantener sana y natural la estructura dentaria. Sus palabras son mucho más relevantes en la práctica dental cosmética actual, donde la demanda de procedimientos estéticos es cada vez mayor. Dado que la tendencia es realizar tratamientos invasivos, millones de dientes sanos se restauran agresivamente cada año para rediseñar la sonrisa u ofrecer ortodoncia instantánea, en detrimento de la función, la estética de los tejidos orales y la salud a largo plazo.

Un nuevo concepto

Las odontología estética contemporánea exige conceptos sólidos y protocolos que proporcionen un enfoque MI sencillo, completo, fácil para el paciente y con énfasis en la psicología, la salud, la función y la estética (PHFA; **Figura. 1**). La necesidad de un concepto integral y de directrices básicas de tratamiento ha sido expresada por profesionales, asociaciones de odontología estética y académicos de todo el mundo por las siguientes razones: debido a un aumento de la demanda, la odontología estética se está volviendo parte integral de la odontología general. El resultado estético de cualquier tratamiento dental es de importancia vital en el criterio de satisfacción del paciente. La odontología MI se centra actualmente en la prevención, remineralización y la mínima intervención en lesiones de caries. No ha prestado la atención necesaria a problemas que afectan negativamente la estética de la sonrisa, por ejemplo, lesiones dentales no cariosas, defectos del desarrollo y maloclusión.

Los tratamientos de la odontología estética contemporánea tienden a ser procedimientos invasivos y al uso excesivo de coronas, puentes, carillas gruesas y cirugías estéticas periodontales invasivas, descuidando la salud oral a largo plazo, las necesidades estéticas reales y las características del paciente.

La confianza social en la odontología está degradándose debido a la tendencia a satisfacer las exigencias cosméticas de los pacientes sin tener en cuenta consideraciones éticas ni el suficiente conocimiento científico (cuanto más piezas se sustituyen, más se gana; es la mentalidad de que más es mejor).

A continuación presentamos un concepto y protocolo de tratamiento de odontología cosmética mínimamente invasiva (MICD) para enfrentar adecuadamente estos hechos e integrar la filosofía MI basada en la evidencia y su aplicación estética.

Figura 1. La Rueda de la Sonrisa recoge los principios que el Dr. Koirala sigue para el diseño de la sonrisa siguiendo conceptos védicos. Está basada en sus más de 17 años de experiencia clínica en odontología estética, durante los que ha desarrollado diversas técnicas para restauraciones estéticas directas, tópico sobre el que ha publicado una guía clínica titulada "Direct Cosmetic Restorations with Giomer".

Definición de la MICD

Como la percepción de la estética y de la belleza es muy subjetiva y depende en gran medida de opiniones personales, tendencias, modas y de los medios de comunicación, no existe una definición universal. Por lo tanto, la estética de la sonrisa es un problema multifactorial que debe ser tratado adecuadamente durante un tratamiento estético.[17]

La MICD trata tanto con aspectos subjetivos como objetivos. Por lo tanto, en este artículo defino MICD como "un enfoque integral que explora los defectos de la sonrisa y los deseos estéticos del paciente en una fase temprana y los trata mediante las opciones diagnósticas y de tratamiento menos invasivas posibles, considerando la psicología, la salud, la función y la estética del paciente."[18]

El núcleo de los principios de la MICD son:

1. Aplicar la filosofía "más temprano que tarde" y explorar tempranamente los defectos de la sonrisa del paciente y sus deseos estéticos a fin de minimizar tratamientos invasivos en el futuro
2. Diseñar la sonrisa considerando la psicología, la salud, la función y la estética[18] del paciente
3. Adoptar la estrategia de "no hacer ningún daño" a la hora de elegir formas de tratamiento y conservar los tejidos orales sanos todo lo que sea posible
4. Seleccionar materiales dentales y equipos que respalden tratamientos MI con un enfoque basado en la evidencia
5. Fomentar una relación con el paciente para facilitar el mantenimiento periódico, la restauración oportuna y la evaluación rigurosa del trabajo estético

Los principales beneficios de la MICD incluyen:

1. Promociona la salud, la función y la estética de los tejidos bucales y tiene un impacto positivo en la calidad de vida del paciente
2. Conserva las estructuras dentales sanas y alcanza el resultado estético deseado
3. Reduce el miedo al tratamiento y genera una mayor confianza del paciente
4. Fomenta la confianza y mejora de la imagen profesional.

** El Dr. Koirala, fundador y presidente de la Academia de Odontología Estética de Nepal y de Asia Meridional, dirige el Instituto Védico de Estética de la Sonrisa (VISA) y es el profesor principal de Odontología Estética Integral, un programa de capacitación de dos años basado en la filosofía védica de la belleza y la estética. Además, es editor jefe de la revista Cosmetic Dentistry. Contáctelo en skoirala@wlink.com.np.*

Cursos de Implantología CUBA 2010
CURSO PRACTICO DE 40 HORAS CON CREDITOS DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE CUBA
Información e inscripciones: Esther Cortés • Telf +34 93 253 0887
+34 647 88 32 23 • esther@rrobadental.com

Opciones de tratamiento MICD

NO INVASIVAS	MÍNIMAMENTE INVASIVAS
ADIESTRAMIENTO DE LA SONRISA	MICRO Y MACROABRASIÓN
BLANQUEAMIENTO DENTAL	CONTORNO SELECTIVO (ENCÍAS, DIENTES)
REMINERALIZACIÓN DE MANCHAS BLANCAS	RESTAURACIONES DIRECTAS CON MINIMA PREPARACIÓN DEL DIENTE
ORTODONCIA BREVE (SECCIONAL)	PREPARACIÓN MÍNIMA PARA ADHESION DE PUENTES
CARILLAS SIN PREPARACION	CARILLAS, INLAYS Y ONLAYS
AUMENTO DE ESMALTE	IMPLANTES MI
ADHESIVO CON PÓNTICO (RESTAURACION TEMPORAL DE LARGO PLAZO) DISPOSITIVO ORAL	

Tabla 1

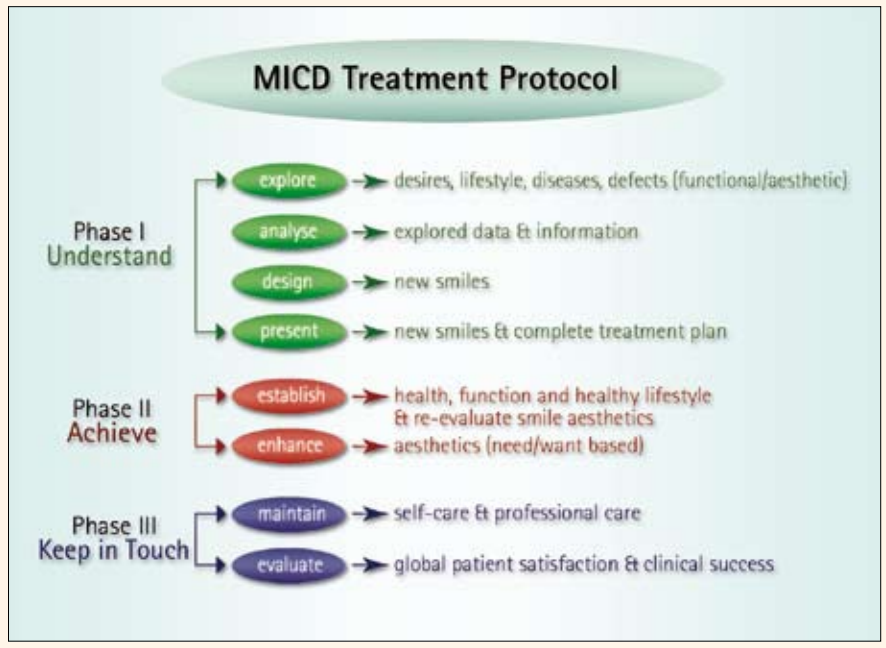


Figura 2.

Protocolo del tratamiento MICD

Los protocolos actuales de odontología estética se basan sobre todo en técnicas y procedimientos invasivos. Usando estos protocolos los dentistas, a sabiendas o no, se exceden en el uso de técnicas invasivas, lo cual es preocupante profesional y éticamente. El objetivo básico de los protocolos de MICD es orientar a los profesionales a obtener resultados óptimos con la menor intervención posible. El nivel de intervención del tratamiento de MICD depende del tipo de defectos de la sonrisa y necesidades estéticas (medición objetiva y percepción subjetiva) del paciente.

El marco básico y el protocolo de MICD se ilustran en las **Figuras 2 y 3.** Cabe señalar que el protocolo en las ciencias médicas y odontológicas debe ser dinámico por naturaleza y flexible para incorporar resultados basados en la evidencia.

Fase I: Comprensión

En la primera etapa de la Fase I se explora la percepción, el estilo de vida, la personalidad y deseos del paciente. El objetivo principal de este primer paso es tener una mejor comprensión paciente-dentista. Como la percepción estética del dentista y del paciente pueden ser diferentes, es imprescindible comprender la percepción estética subjetiva del paciente. Varios tipos de preguntas, entrevistas y aditamentos visuales se pueden utilizar como herramientas de apoyo. En este paso, el profesional debe pedir al paciente que llene el formulario autoevaluación de la sonrisa de MICD. La información obtenida ayudará a definir la puntuación percibida de la sonrisa y estética y es la medida de referencia de la etapa de evaluación. A continuación se exploran las enfermedades, fuerzas y defectos estéticos de la sonrisa. Se recaba información sobre antecedentes médicos y dentales, la salud general y específica (oral y facial) del paciente y se lleva a cabo una completa cartografía dental y periodontal. Se estudian en profundidad para comprender las fuerzas existentes, la oclusión, la comodidad, actividad muscular, el habla y la fonética, y se evalúan los hábitos orales parafuncionales al igual que otros, la comodidad durante la masticación y deglución y los movimientos de las articulaciones temporo-mandibulares (ATM). Se preparan las pruebas diagnósticas necesarias, la documentación fotográfica y los modelos de pruebas diagnósticas elaborado tras la exploración adicional de las enfermedades existentes, fuerzas y defectos estéticos.

En el paso siguiente, se analizan los datos en relación con los valores normales aceptados de un paciente según su sexo, raza y edad (SRA factors). Los componentes estéticos de la sonrisa se analizan en detalle agrupados en macroestéticos (relación de línea media facial y dental, perfil facial, simetría de los tercios faciales y hemifaces), miniestéticos (visibilidad de dientes anteriosuperior, arco de la sonrisa, simetría de la sonrisa, corredor bucal, zona visible, índice de sonrisa y línea del labio) y microestéticos (dental: predominio central, proporción de los dientes, inclinación axial, tronera incisal, progresión de puntos de contacto, progresión

PROMEDICA
La más alta calidad Made in Germany
Todos nuestros productos convencen por sus
excelentes características físicas
efacilidad de uso
perfectos resultados estéticos
más información en:
www.promedica.de
¡Nuevo tono aclarador!
Tecnología Nano-Ceram
Composite de nano-ceram con fotocurado
– altamente estético y biocompatible
– de uso universal para todo tipo de cavidades
– de uso cómodo y fácil de modelar
– disponible también en versión fluida
Material para coronas y puentes temporales
– con resistencia especial a la fracturas y la fatiga
– viene en 6 atractivos tonos
Cemento de ionómero de vidrio
– película de muy poco grosor
– perfecta precisión para obturar
Cemento de obturación de ionómero de vidrio
– perfecta consistencia para rellenar
excelente y duradera estética
disponible también en versión de mezclado manual
Composite microhíbrido con fotocurado
– excelente facilidad de uso
– de uso universal para todo tipo de cavidades
¡Si es un distribuidor interesado en los productos de PROMEDICA, por favor contáctenos!
PROMEDICA Dental Material GmbH
Tel. +49 43 21 / 54 173 · Fax +49 43 21 / 51 908
Internet: http://www.promedica.de · eMail: info@promedica.de
PROMEDICA

Figura 3.

de la sombra, textura de la superficie; gingival: forma, contorno, troneras y altura de cenit). El profesional puede ahora clasificar la sonrisa en términos de la salud del paciente, la función y la estética de la siguiente manera:

Grado A: Los parámetros de salud bucal, función y estética se encuentran dentro de los límites normales y sólo es necesaria una mejora para satisfacer los deseos estéticos del paciente.

Grado B: Los parámetros de salud oral y función están dentro de los límites normales; sin embargo, los parámetros estéticos están por debajo del nivel aceptable. Un tratamiento estético puede mejorar estos parámetros.

Grado C: Los parámetros de salud oral, los de función o ambos están por debajo de los límites normales. Un tratamiento establecido es obligatorio antes de cualquier mejora estética.

Con lo anterior el profesional obtiene una clasificación de la estética de la sonrisa en términos de la salud del paciente, la función y la estética, así como una visión completa de los problemas estéticos y de los macro, mini y micro defectos de la sonrisa.

Los factores PHFA del paciente son los cuatro componentes fundamentales de la odontología estética[18] y deben ser respetados para lograr una sonrisa sana, armoniosa y bella. La etapa de diseño depende de la información obtenida en la exploración y análisis. La información psicológica es de carácter subjetivo; sin embargo, el análisis de la salud, función y estética proporciona información objetiva para dirigir el diseño según los principios básicos de la estética de la sonrisa y también, en la medida de lo posible, de los deseos estéticos del paciente. La maqueta estética, el seguimiento manual, la transformación digital y los catálogos de sonrisas son algunas de las herramientas más utilizadas. En este paso debe determinarse la nueva sonrisa, los diseños alternos, los tipos de tratamientos involucrados, la complejidad, los posibles factores de riesgo y las complicaciones, la limitación del tratamiento y los costos provisionales.

Para facilitarlo clasificamos los tratamientos de MICD de la siguiente manera:

—**Tipo I:** Componentes Microestéticos
—**Tipo II:** Componentes Miniestéticos, y
—**Tipo III:** Componentes Macroestéticos: relación línea media facial y dental, perfil facial, simetría de tercios faciales y hemifaces.

Cono la modalidad de tratamiento depende de la capacidad y experiencia del profesional, se utilizan métodos sencillos y prácticos para clasificar la complejidad del tratamiento MICD:

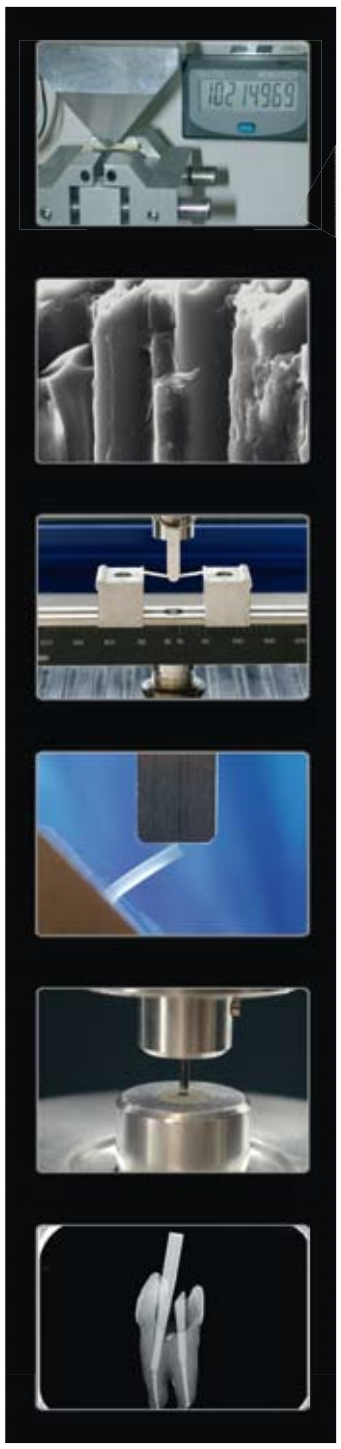
—**Grado I:** Tratamiento que requiere consultar a un especialista (preventivo, cirugía oral simple / endodoncia / periodoncia / implantes, ortodoncia ligera)
—**Grado II:** Tratamiento que requiere la participación en el procedimiento de otros especialistas (endodoncia / periodoncia / ortodoncia compleja), pero no cirugía oral, maxilofacial, ni cirugía plástica
—**Grado III:** Tratamiento que exige cirugía oral y maxilofacial o cirugía plástica.

Con este simple sistema de clasificación cualquier odontólogo puede determinar la complejidad del tratamiento para realizar un diseño de ka sonrisa para un paciente y planificar el apoyo multidisciplinar necesario.

El último paso de esta fase es el más importante en el protocolo MICD porque se le presenta al paciente la imagen de su futura sonrisa. Los aditamentos visuales, como catálogos de sonrisas, maquetas, bocetos manuales, modificaciones digitales o animaciones pueden utilizarse como herramientas de presentación. Los resultados de la etapa de diseño se le presentan sistemáticamente al paciente con honradez y ética profesional. Todas las consultas pertinentes del paciente en relación con la sonrisa propuesta deben ser tratadas durante la presentación. La complejidad del tratamiento, sus limitaciones, sus riesgos, posibles complicaciones, estimación de costos y la responsabilidad del mantenimiento deben explicarse adecuadamente. El paciente está así involucrado en la finalización del plan de tratamiento y debe firmar el consentimiento informado antes de proceder a la Fase II.

Fase II: Mejora

Según el protocolo, que se llena durante la etapa de presentación, todos los tratamientos preventivos, interceptivos y restauradores (curativos) [**Figura 3**] se llevan a cabo con el fin de reestablecer la salud y función de los tejidos orales. Debido a su complejidad puede



En RTD todo pasa por la ciencia.

RTD inventó el poste de fibra, mantiene la patente de esta tecnología, y es la compañía líder en el mundo por sus continuas innovaciones.

Desde que apareció el primer poste de fibra de carbono en 1989 hasta que desarrollamos el nuevo poste de fibra patentado X-RO en 2009, los pilares de RTD han demostrado tener propiedades mecánicas superiores y ofrecer el máximo nivel de calidad, por lo que ocupan un lugar prominente en la literatura científica.

RTD ha ampliado ahora su reconocida experiencia en fibra y la ha aplicado a la fabricación de refuerzos para prostodoncia, ortodoncia y periodoncia.

Obtenga más información y encuentre a su distribuidor más cercano en www.rtd.fr.

Nuestra experiencia en fibras es tu fuerza™

Recherches Techniques Dentaires
3 rue Louis Neel
38120 St Egréve France
www.rtd.fr

ser necesario utilizar un enfoque multidisciplinario para obtener un buen resultado. Una vez que se estabiliza el caso en cuestión de salud (enfermedad controlada) y función (equilibrio de elementos de fuerza) y se siguen buenos hábitos de higiene bucal, se le pide al paciente que vuelva a evaluar la estética de su sonrisa con la ayuda del formulario de autoevaluación MICD.

Esto es importante porque en algunos casos el paciente puede cambiar de opinión respecto al procedimiento estético. El protocolo de tratamiento MICD considera que es poco ético que el profesional no vuelva a indagar al respecto mediante el formulario de reevaluación del paciente.

El paso de la mejora en MICD se centra en cumplir los deseos estéticos del paciente, que pueden agruparse en dos categorías según sus necesidades y deseos. Aunque a veces es difícil trazar una línea clara entre los dos y su tratamiento correspondiente, en MICD se clasifican así:

—**Necesidades** objetivas de restauración del paciente en armonía con los factores SRA y la debida importancia en la salud oral y la función de los tejidos orales (mejora de la sonrisa naturomimética)

—**Deseos:** anhelos subjetivos del paciente, que pueden no estar en armonía con los factores SRA (mejora estética de la sonrisa). Durante cualquier tratamiento estético deseado, en el que se tratan tejidos orales sanos sin beneficio directo para salud o la función, las modalidades de tratamiento debe estar dentro del ámbito de la no-invasiva (NI) o mínimamente invasiva (MI).[19] Los deseos estéticos del paciente por sí solos no deben ser el parámetro del tratamiento.[20] El credo pertinente de todo tratamiento dental debe ser siempre *¡No hacer daño!*

Fase III: Manténgase en contacto

El mantenimiento regular y la oportuna restauración desempeñan un papel crucial en el éxito a largo plazo de los procedimientos estéticos. Por lo tanto, la MICD hace hincapié en el concepto de *mantenerse en contacto* y anima a los pacientes a que hagan visitas regulares de seguimiento. La responsabilidad del mantenimiento se agrupa en dos categorías:

—**Autocuidado:** se aconseja a los pacientes que sigan los procedimientos normales de higiene oral. Si es necesario, se le deben explicar métodos especiales preventivos y darle dispositivos de protección. El autocuidado debe centrarse en el cepillado, el uso de hilo dental, de dispositivos de protección y otros consejos profesionales para mantener la salud general.

—**Cuidado profesional:** los hábitos de higiene bucal, la salud de los tejidos bucales y el estado funcional y estético deben ser bien documentados en cada visita de seguimiento y de las restauraciones de mantenimiento que se lleven a cabo.

El paso final del protocolo de tratamiento de MICD es la evaluación. Cualquier tratamiento terminado sin una evaluación adecuada es considerado incompleto en el protocolo MICD. Los siguientes componentes deben ser evaluados:

Satisfacción general del paciente: Después de un tratamiento estético el paciente debe llenar un formulario de salida de MICD en el que evalúa su nueva sonrisa, da una segunda puntuación de los resultados estéticos que percibe (puntuación b) e indica su grado de satisfacción general. La puntuación b se compara con la anterior. Esto ayuda a determinar el estado de satisfacción real del paciente. En MICD este es el principal parámetro para evaluar la satisfacción estética del paciente.

Exito clínico: el éxito clínico es un

Figura 4a. Sonrisa en la que sobresalen las encías y sin dominio de posición de los centrales superiores.

Figura 4b. Sonrisa armónica con predominio central adecuado, tratada con MI.

Figura. 5a. Sonrisa después del tratamiento.

Figura. 5b. Mejora estética de la sonrisa con tratamiento no invasivo con carillas.

EMS-SWISSQUALITY.COM

EMS
ELECTRO MEDICAL SYSTEMS

SAVE CELLS

NUEVOS SWISS INSTRUMENTS SURGERY EMS – SALVANDO TEJIDO CON NUEVAS INNOVACIONES EN IMPLANTOLOGÍA

El inventor del método Original Piezon ha ganado otra batalla contra la destrucción de tejido cuando se realiza los implantes dentales. La palabra mágica es doble refrigeración – refrigeración del instrumento desde dentro y fuera junto con la evacuación simultánea de residuos y preparaciones quirúrgicas eficientes en el maxilar.

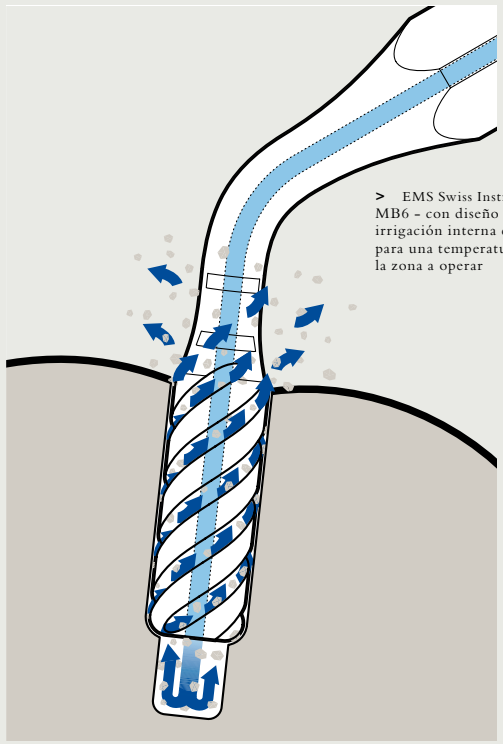
LA REFRIGERACIÓN CURA
Un diseño único espiral y la irrigación interna eviten que suba la temperatura del instrumento durante el procedimiento quirúrgico. Estas características se combinan eficazmente para favorecer la excelente regeneración del tejido óseo.

EMS Swiss Instruments Surgery MB4, MB5 y MB6 son instrumentos cilíndricos diamantados para la preparación quirúrgica secundaria (MB4, MB5) y osteotomía final (MB6). El diseño espiral combinado con doble refrigeración innovadora hacen que estos instrumentos sean únicos en implantología.

EL CONTROL SALVA
El control eficaz del instrumento potencia la preparación atraumática del implante y minimiza cualquier daño potencial al tejido óseo.

LA PRECISIÓN TRANQUILIZA
El corte selectivo representa sustancialmente ningún riesgo de daño al tejido blando (membranas, nervios, vasos sanguíneos , etc.). Una visión óptima de la zona a operar y sangrado mínimo gracias a la cavitación (¡efecto hemostático!) mejoran todavía más la eficacia.

Los nuevos EMS Swiss Instruments Surgery representan la precisión Suiza sin precedentes y innovación por el beneficio de tanto los dentistas como los pacientes – la misma filosofía adoptado por EMS.



> EMS Swiss Instrument Surgery MB6 - con diseño espiral único y irrigación interna del istrumento para una temperatura ultrabaja en la zona a operar

Para más información >
www.ems-swissquality.com

"I FEEL GOOD"