



**SOCIEDAD ARGENTINA
DE ENDODONCIA**



Seccional de la
**ASOCIACIÓN
ODONTOLÓGICA
ARGENTINA**

Boletín

Informativo

Mayo 2014

45

EDITORIAL



Estimado Socio

Por medio de esta comunicación deseo poner en su conocimiento que la SAE sigue trabajando arduamente por la calidad académica y por el ejercicio profesional de la endodoncia.

Con la asesoría del Consejo de Ex presidentes, la Honorable Comisión Directiva aprobó el nuevo reglamento para la obtención del título de especialista en endodoncia.

La situación económica que atraviesa nuestro país se ve reflejada en el aumento de los insumos odontológicos en general y endodónticos en particular; esto irremediablemente nos plantea un serio problema con respecto al futuro de la práctica de una endodoncia de excelencia. Por tal motivo, hemos decidido realizar una reunión en la cual participarán auditores de las obras sociales y de las empresas de medicina prepaga con más presencia en nuestro país, expertos en estructura de costos en endodoncia y colegas endodoncistas para analizar temas de ejercicio profesional referidos a la categorización del especialista, inclusión en el nomenclador de prácticas no contempladas actualmente, e insumos en endodoncia, entre otros.

Del 27 al 30 de agosto se realizará el XVII Congreso de la Sociedad Argentina de Endodoncia, Cosae 2014, en el Hotel Panamericano de la ciudad de Buenos Aires, sin duda una excelente oportunidad para disfrutar de una destacada y variada propuesta académica que incluye simposios, conferencias, Mesas Redondas, Mesas con expertos y workshops.

La Sociedad de Endodoncia Latinoamericana, SELA, sigue trabajando en pos de la unidad regional, con una intensa agenda, se llevó a cabo la 3ra Reunión Anual en la ciudad de Cali, Colombia.

Por último, quisiera invitarlos al Sábado de Actualización en endodoncia que se realizará el sábado 28 de junio, el mismo estará a cargo de las Doctoras Susana Álvarez Serrano, Gabriela Martín y Patricia Mandalunis, quienes disertarán sobre el tema "Regeneración en Endodoncia".

Recuerde que la Sociedad Argentina de endodoncia tiene sus puertas abiertas, las opiniones, sugerencias y el aporte de ideas de nuestros socios siempre serán bienvenidas y consideradas.

¡Los esperamos!

*Dr. Carlos Russo
Presidente*

SUMARIO

Página 2	Comisiones Directivas
COSAE 2014	Página 3
Página 4	COSAE 2014
Actividades Científicas Desarrolladas	Página 15
Página 16	Artículo de Actualización
Artículo de Actualización	Página 20
Página 24	Pósters 9º Encuentro de Investigación en Endodoncia
Noticias	Página 54

DIRECTORA
Gladys Fol

COLABORADORA
Susana Álvarez Serrano

DISEÑO E IMPRESIÓN
ImageGraf - Gabriel Castro

Junín 959 (C1113AAC)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina
Tel.: 4961-6141 Int. 203 / Fax.: 4961-1110
<http://www.aoa.org.ar>
<http://www.endodoncia-sae.com.ar>
e-mail: sae@aoa.org.ar



Sociedad Argentina de Endodoncia



Asociación
Odontológica
Argentina

En la Asamblea Anual Ordinaria celebrada el día 10 de Diciembre de 2013, se renovaron en forma parcial los miembros de la Honorable Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Endodoncia, quedando así constituida

PRESIDENTE

Carlos Russo

VICEPRESIDENTE

Susana Álvarez Serrano

SECRETARIA

Marcela Bidegorry

TESORERO

Emilio Manzur

PROSECRETARIO

Claudia Judkin

PROTESORERO

Gastón Musi

VOCAL PRESIDENTE ELECTO

Santiago Frajlich

VOCALES TITULARES

Gonzalo García

Salomón Dubiansky

Denise Alfie

Santiago Di Natale

VOCALES SUPLENTES

Viviana Baez

Liliana Artaza

SUBCOMISIONES**CIENTÍFICA Y CURSOS**

Emilio Manzur

EJERCICIO PROFESIONAL

Gonzalo García

Susana Álvarez Serrano

ESTATUTOS Y**REGLAMENTOS**

Salomón Dubiansky

SOCIOS

Viviana Baez

Claudia Judkin

INVESTIGACIÓN

Andrea Kaplan

Oswaldo Zmener

Elena Pruskin

Fernando Goldberg

COMUNICACIÓN Y DIFUSIÓN

Gastón Mussi

Denise Alfie

BIBLIOGRAFÍA**ENDODÓNTICA****RECOMENDADA**

Oswaldo Zmener

Elena Pruskin

Santiago Frajlich

ACTUALIZACIÓN DE**BIBLIOGRAFÍA****ENDODÓNTICA****RECOMENDADA Y****GLOSARIO**

Denise Alfie

Liliana Artaza

Claudia Judkin

DEPARTAMENTO DE COMUNICACIONES**DIRECTORA BOLETÍN**

Gladys Fol

COLABORADORA

Susana Álvarez Serrano

COMITÉ CIENTÍFICO

Elisabet Ritacco

Jorge Canzani

Rodolfo Hilú

COSAE 2014**PRESIDENTE**

Pablo Rodríguez

SECRETARIA

Gladys Fol

SECRETARIA**ADMINISTRATIVO**

Gabriela Avanzi

CORRESPONSALES DEL BOLETÍN DE LA SAE

UNIVERSIDAD NACIONAL DE BUENOS AIRES FACULTAD DE ODONTOLOGÍA CÁTEDRA DE ENDODONCIA

Claudia Judkin

UNIVERSIDAD DEL SALVADOR / ASOCIACIÓN ODONTOLÓGICA ARGENTINA

ESCUELA DE ODONTOLOGÍA CÁTEDRA DE ENDODONCIA

Emilio Manzur

UNIVERSIDAD MAIMÓNIDES ESCUELA DE ODONTOLOGÍA CÁTEDRA DE ENDODONCIA

Lucrecia Vietto

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO FACULTAD DE ODONTOLOGÍA CÁTEDRA DE ENDODONCIA

Sergio Rabinovich

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA CÁTEDRA "A" DE ENDODONCIA

Zunilda Granella de Juarez

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CÓRDOBA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA CÁTEDRA "B" DE ENDODONCIA

Patricia Fadel

UNIVERSIDAD NACIONAL DE ROSARIO FACULTAD DE ODONTOLOGÍA CÁTEDRA DE ENDODONCIA

Gabriela Claudia Racciatti

SOCIEDAD DE ENDODONCIA DEL CENTRO DE LA REPÚBLICA

Elizabeth Ludueña

CÍRCULO ODONTOLÓGICO DE ROSARIO SECCIONAL DE ENDODONCIA

José Luis Tumini

SOCIOS NUEVOS

Carregal, Mariela (reincorporación)

Salles, Miriam (reincorporación)

Solá Avellaneda, Sofía

NUEVOS ESPECIALISTAS

Baez, Viviana

Cabrera Caba, Ramiro



XVII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE ENDODONCIA

SECCIONAL DE LA ASOCIACIÓN
ODONTOLÓGICA ARGENTINA



Agradezco profundamente la posibilidad que me fue otorgada de presidir el XVII COSAE.

Además de un alto honor, significa para mí una gran responsabilidad, la de mantener el alto nivel académico que tradicionalmente sostuvo la actividad más importante de la sociedad.

Es para mí un placer invitarlos a participar de esta actividad, que se desarrollará del 27 al 30 de agosto de 2014.

Deseo comentarles que estamos elaborando junto con un gran equipo de trabajo, una propuesta científica que, sin lugar a dudas, cumplirá con las expectativas de todos aquellos que estén interesados en actualizar sus conocimientos sobre la especialidad.

Tendremos acceso a todo lo nuevo que existe en tecnología y una información científica de los diversos aspectos que hacen a la endodoncia actual, los que serán presentados para que puedan ser de utilidad, tanto para el endodoncista experimentado como para aquellos profesionales que estén desarrollando sus primeras herramientas.

En este sentido, y continuando con una línea ya instaurada, es que anunciamos la 2ª Reunión de Estudiantes de Endodoncia, actividad específicamente diseñada para alumnos que estén o hayan cursado recientemente la materia.

Otra actividad muy importante, que se desarrollará en el marco del COSAE, es el 3º Encuentro Latinoamericano de Cursantes de Posgrado de Endodoncia.

La actividad científica incluirá cursos, mesas redondas, conferencias, mesas clínicas, presentaciones de posters y casos clínicos.

Es nuestro deseo, contar con vuestra presencia para que este congreso tenga el marco que todos anhelamos.

Conocé Buenos Aires, viví Buenos Aires, aprendé en Buenos Aires.

*Dr. Pablo Rodriguez
Presidente COSAE 2014*

CURSO PRECONGRESO

Dr. Syngyeuk Kim



**"Microcirugía
Endodontica"**

**Teórico 2 Hs
3 Cirugías En Vivo**

**Aula Magna F.O.U.B.A.
Miércoles.27.Agosto.2014
de 9hs a 13hs**

**XVII CONGRESO DE LA
SOCIEDAD ARGENTINA
DE ENDODONCIA**

SECCIONAL DE LA ASOCIACIÓN
ODONTOLÓGICA ARGENTINA



**Costo \$400.- Pesos
Extranjeros 50 Dólares**

**"3er Encuentro de estudiantes de Posgrado"
HOTEL PANAMERICANO BUENOS AIRES
27 AL 30 DE AGOSTO 2014**

CURSO PRECONGRESO

**Dr. Carlos
Murgel**

**Endodoncia Contemporánea,
Expandiendo el horizonte
endodóntico.**



**Dr. Andrei
Berdichewsky**

**Magnificación y nuevas tecnologías.
Nuevas técnicas y tecnología para la
localización de conductos**



**Teórico 2 Hs
Aula Magna F.O.U.B.A.
Miércoles.27.Agosto.2014
de 9hs a 13hs**

Costo Incluido en el Precio PRECONGRESO KIM



**XVII CONGRESO DE LA
SOCIEDAD ARGENTINA
DE ENDODONCIA**

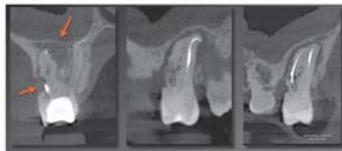
SECCIONAL DE LA ASOCIACIÓN
ODONTOLÓGICA ARGENTINA

**"3er Encuentro de estudiantes de Posgrado"
HOTEL PANAMERICANO BUENOS AIRES
27 AL 30 DE AGOSTO 2014**

Dr. José-maría Malfaz

“Uso del CBCT 3D para el diagnóstico y tratamiento en traumatología dento alveolar y reabsorciones radiculares”

La terapia endodóntica depende directamente del diagnóstico radiográfico. La radiografías periapicales convencionales y las ortopantomografías que hasta ahora eran nuestras armas más valiosas, están siendo cuestionadas y complementadas por las reciente introducción de la tomografía volumétrica de alta resolución CBCT. Esta tecnología de tomografía volumétrica de alta resolución nos permite un diagnóstico en imágenes tridimensionales de las lesiones odontogénicas y no odontogénicas, más concretamente son de gran ayuda para un diagnóstico preciso y rápido en las patologías relacionadas con la traumatología dento-alveolar y las reabsorciones radiculares. Teniendo en consideración la rapidez que se requiere en hacer un correcto plan de tratamiento, la introducción del CBCT es crítico para determinar como abordar cada caso y predecir el pronóstico mientras minimizamos las complicaciones. En esta presentación describiremos las aplicaciones del CBCT en traumatología dental y reabsorciones radiculares, y resaltaremos los beneficios de esta tecnología de imágenes 3-D en alta resolución para ver y tratar este tipo de patologías.



XVII CONGRESO DE LA
SOCIEDAD ARGENTINA
DE ENDODONCIA

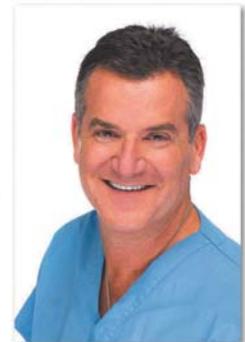
SECCIONAL DE LA ASOCIACIÓN
ODONTOLÓGICA ARGENTINA

“3er Encuentro de estudiantes de Posgrado”
HOTEL PANAMERICANO BUENOS AIRES
27 AL 30 DE AGOSTO 2014

Dr. Gary Glassman

Soluciones en Endodoncia Estrategias para una endodoncia sin dolor, predecible y rentable.

Esta presentación describirá innovadores conceptos y detallará los conocimientos necesarios para adquirir seguridad y destreza para lograr tratamientos endodónticos de la más alta calidad. Los participantes de esta conferencia se familiarizarán con las últimas tecnologías en instrumentación con NiTi como el sistema TF Twisted File Adaptive, protocolos de irrigación previsibles, y condensación vertical de gutapercha termoplastificada utilizando onda continua y otros sistemas de obturación.



XVII CONGRESO DE LA
SOCIEDAD ARGENTINA
DE ENDODONCIA

SECCIONAL DE LA ASOCIACIÓN
ODONTOLÓGICA ARGENTINA

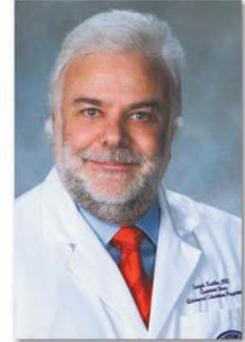
“3er Encuentro de estudiantes de Posgrado”
HOTEL PANAMERICANO BUENOS AIRES
27 AL 30 DE AGOSTO 2014

Dr. Sergio Kuttler

“Explicación científica del éxito endodóntico utilizando instrumentación recíproca”

La especialidad de Endodoncia sigue experimentando una explosión virtual de “nuevas técnicas”, “nuevos materiales” y “nuevos instrumentos”. ¿Cuántos de estos materiales, instrumentos o técnicas resistirán el paso del tiempo? Esto está por verse y determinarse. Muchos fabricantes de productos Endodónticos, proclaman guías existentes para la selección y uso de sistemas de instrumentación mecanizada, que son:

- basados en autores y conferencistas contemporáneos
- muchas veces sin ninguna base ni sustento científico
- generalmente basados en comentarios anecdóticos o experiencia clínica careciendo de bases científicas



“3er Encuentro de estudiantes de Posgrado”
HOTEL PANAMERICANO BUENOS AIRES
27 AL 30 DE AGOSTO 2014



XVII CONGRESO DE LA
SOCIEDAD ARGENTINA
DE ENDODONCIA

SECCIONAL DE LA ASOCIACIÓN
ODONTOLÓGICA ARGENTINA

Dr. Hector Alvarez Cantoni

“Endodoncia conservadora y conservación a pesar de la exodoncia”



“3er Encuentro de estudiantes de Posgrado”
HOTEL PANAMERICANO BUENOS AIRES
27 AL 30 DE AGOSTO 2014



XVII CONGRESO DE LA
SOCIEDAD ARGENTINA
DE ENDODONCIA

SECCIONAL DE LA ASOCIACIÓN
ODONTOLÓGICA ARGENTINA

Dr. Renato Miotto Palo

“Interrelación entre la preparación mecanizada y los recursos químicos a partir del avance en el conocimiento de la anatomía canalicular”

Los avances en la tecnología de imágenes dió la oportunidad de conocer con más detalles la anatomía interna de los conductos radiculares. Junto a esto, los avances en la preparación de los conductos con sistemas mecanizados hicieron que la endodoncia sea un área de frecuentes cambios. La propuesta de esta conferencia será analizar las indicaciones y limitaciones de las tecnologías rotatorias y del complemento químico en la preparación quirúrgica de los conductos



XVII CONGRESO DE LA
SOCIEDAD ARGENTINA
DE ENDODONCIA

SECCIONAL DE LA ASOCIACIÓN
ODONTOLÓGICA ARGENTINA

“3er Encuentro de estudiantes de Posgrado”

HOTEL PANAMERICANO BUENOS AIRES
27 AL 30 DE AGOSTO 2014

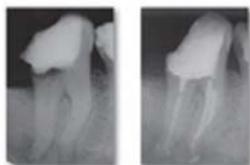
Dr. Gustavo De-Deus

Actualización sobre aspectos científicos, clínicos y educativos de la preparación quirúrgica con movimiento recíprocante.

La utilización del movimiento recíprocante se considera un abordaje posible y adecuado para la preparación quirúrgica de los conductos radiculares. Se analizará el impacto en la preparación con movimiento recíprocante sin glide path y la preparación del conducto con un solo instrumento recíprocante y sin glide path

Diferencias entre WaveOne y Reciproc.

Limitaciones biológicas y mecánicas que presentan las diferentes tecnologías para la conformación del conducto. Qué nos hace decidir cómo abordar la conformación del conducto. Limpiar y conformar o conformar para limpiar?



XVII CONGRESO DE LA
SOCIEDAD ARGENTINA
DE ENDODONCIA

SECCIONAL DE LA ASOCIACIÓN
ODONTOLÓGICA ARGENTINA

“3er Encuentro de estudiantes de Posgrado”

HOTEL PANAMERICANO BUENOS AIRES
27 AL 30 DE AGOSTO 2014

Dra. Maria Del Carmen Bonilla

“3er Encuentro de estudiantes de Posgrado”
HOTEL PANAMERICANO BUENOS AIRES
27 AL 30 DE AGOSTO 2014

Desinfección y andamios en Endodoncia regenerativa.

El éxito del tratamiento endodóntico con regeneración pulpar depende de la desinfección adecuada de los conductos y la capacidad de los tejidos de formar un andamio para regenerar la pulpa el diente inmaduro necrótico. Los procedimientos de endodoncia regenerativa pueden fallar y los motivos pocas veces son conocidos. Pero se sabe que la regeneración no puede ocurrir hasta que el conducto ha sido desinfectado. La finalidad de este Work Shop es proporcionar al participante las bases biológicas y clínicas sobre la desinfección y el uso de andamios para llevar a cabo un tratamiento de endodoncia regenerativa más predecible.



XVII CONGRESO DE LA
SOCIEDAD ARGENTINA
DE ENDODONCIA

SECCIONAL DE LA ASOCIACIÓN
ODONTOLÓGICA ARGENTINA

Dr. Javier Caviedes Bucheli

“3er Encuentro de estudiantes de Posgrado”
HOTEL PANAMERICANO BUENOS AIRES
27 AL 30 DE AGOSTO 2014

“Implicación clínica de la biología pulpar y periapical en el éxito de la endodoncia”

El éxito y fracaso de la endodoncia clínica se pueden evaluar a corto y largo plazo con manifestaciones clínicas y radiográficas que se han descrito ampliamente en la literatura científica. Estos estudios de éxito y fracaso a través de las décadas, han confirmado a la endodoncia como una terapéutica universalmente aceptada como exitosa, en donde los avances tecnológicos en esta área han tenido mucha influencia. A pesar de lo anterior se han generado muchas controversias en los conceptos que sustentan esta teoría, que se deben analizar en los “cómo?” y “porqués?” de cada concepto emitido, para dar una explicación lógica a estas controversias, en donde los “porqués” los dará la ciencia y los “cómo” la tecnología, para que la endodoncia basada en la evidencia acepte y avale estas afirmaciones. Por lo anterior la endodoncia basada en la evidencia se ha soportado en la biología pulpar y periapical para poder encontrar explicaciones al los aportes que da la tecnología a la endodoncia. La pulpa dental es la unidad estructural y funcional de un diente y el ligamento periodontal el tejido que guiara la respuesta de los procesos de reparación del periapice a la terapéutica endodóntica. Estos dos tejidos cuando un diente entra en función masticatoria, se pronuncian a través de diferentes evento clínicos que generaran unos patrones a tener en cuenta cuando un diente sea sometido a una endodoncia convencional, ya que generaran cambios morfológicos en el lumen del conducto radicular, en el tamaño, la forma y el diámetro del foramen apical, lo cual debe analizarse durante la determinación de la longitud de trabajo, la preparación biomecánica y la obturación del conducto radicular para mejorar el pronostico de la endodoncia clínica. De esta manera en la medida que la biología pulpar y periapical responda al estímulo de la función masticatoria de un individuo dará las bases para escoger la tecnología mas apropiada que nos lleve a un correcto manejo clínico



XVII CONGRESO DE LA
SOCIEDAD ARGENTINA
DE ENDODONCIA

SECCIONAL DE LA ASOCIACIÓN
ODONTOLÓGICA ARGENTINA

Dr. Celso Kenji Nishiyama

“3er Encuentro de estudiantes de Posgrado”

HOTEL PANAMERICANO BUENOS AIRES
27 AL 30 DE AGOSTO 2014

Preparación Radicular Segmentada

La instrumentación representa una de las etapas más importantes de la terapéutica endodóntica, de la misma forma es también la fase donde pueden surgir las más diversas dificultades y ocasionar accidentes y complicaciones para el clínico. El abordaje del sistema de canales radiculares requiere de una estrategia que permita finalizar los tratamientos endodónticos con éxito respetando principios técnicos y biológicos. Los sistemas actuales de instrumentación presentan una tendencia de preparación de la raíz en tercios, con instrumentos específicos para cada segmento radicular. Discutiremos los sistemas mecanizados actuales, rotatorios y oscilatorios, sus características físicas y mecánicas, destacando la acción de cada uno de los instrumentos en los diferentes tercios de la raíz, evidenciando sus ventajas y limitaciones, para así conseguir optimizar su uso y prolongar con seguridad su vida útil en la clínica endodóntica.



XVII CONGRESO DE LA
SOCIEDAD ARGENTINA
DE ENDODONCIA

SECCIONAL DE LA ASOCIACIÓN
ODONTOLÓGICA ARGENTINA

Dr. Kleber Carvalho

“3er Encuentro de estudiantes de Posgrado”

HOTEL PANAMERICANO BUENOS AIRES
27 AL 30 DE AGOSTO 2014



Simplificando la instrumentación rotatoria con NiTi. Una secuencia sencilla y eficiente.

La instrumentación mecanizada es una realidad en la práctica endodóntica. Esta conferencia ofrecerá una breve reseña histórica sobre los diversos dispositivos utilizados.



XVII CONGRESO DE LA
SOCIEDAD ARGENTINA
DE ENDODONCIA

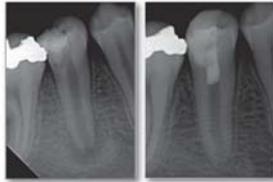
SECCIONAL DE LA ASOCIACIÓN
ODONTOLÓGICA ARGENTINA

Dra. Claudia Isabel Brizuela Cordero

“3er Encuentro de estudiantes de Posgrado”
HOTEL PANAMERICANO BUENOS AIRES
27 AL 30 DE AGOSTO 2014

Regeneración en endodoncia mito o realidad.

La Endodoncia regenerativa es un nuevo enfoque para hacer frente a las enfermedades de la pulpa . Este procedimiento utiliza principios de la ingeniería de tejidos para facilitar el crecimiento y desarrollo del complejo pulpodentinario. Esta conferencia mostrará los avances logrados hasta la fecha en el tema de ingeniería tisular en endodoncia, enfrentando la paradoja de la regeneración hacia una posible realidad.



XVII CONGRESO DE LA
SOCIEDAD ARGENTINA
DE ENDODONCIA

SECCIONAL DE LA ASOCIACIÓN
ODONTOLÓGICA ARGENTINA

Dr. Valentin Preve

“3er Encuentro de estudiantes de Posgrado”
HOTEL PANAMERICANO BUENOS AIRES
27 AL 30 DE AGOSTO 2014

Manejo del Dolor en Endodoncia con Laserterapia.

Aspectos Fisiológicos del Dolor: Características y Mecanismos fisiológicos del dolor
Principales aplicaciones de los Láser Utilizados en la Odontología:
Láser Terapéutico en la Clínica : En dolor, inflamación modulación de los tejidos y desinfección.
Láser Quirúrgico en cirugía de tejidos blandos y en tallado de tejidos duros óseos y dentarios. Acción sobre los tejidos.
Aplicaciones del Láser en: Post operatorios, regeneración ósea, cicatrización, urgencias, dolor, bruxismo, ATM, mucositis, blanqueamiento dental, estética.
Endodoncia Usos del Láser en Prevención de dolor y de inflamación, urgencias, bipersensibilidad dentinaria cervical y post tallado operatorio.
Dosis, acción , indicaciones, contraindicaciones.
Normas de Seguridad. Indicaciones – Sinergia – Contraindicaciones.



XVII CONGRESO DE LA
SOCIEDAD ARGENTINA
DE ENDODONCIA

SECCIONAL DE LA ASOCIACIÓN
ODONTOLÓGICA ARGENTINA

III Encuentro Hispano Latinoamericano de Estudiantes de Carreras de Posgrado en Endodoncia

*Enfoque Actual en el Tratamiento del
Traumatismo Dentario*



Dra. Nora Gómez

*Docente del Departamento de Traumatismos de la Facultad de Odontología
de la Universidad de Buenos Aires.*



Dra. Laura Pinasco

*Coordinadora del Departamento de Traumatismos Dentarios de la Facultad
de Odontología de la Universidad de Buenos Aires*

*El Rol de la Endodoncia en la
Rehabilitación Bucal*



Dra. Rosa Scavo

*Vicedirectora de la Carrera de Posgrado en
Endodoncia de la Universidad del Salvador/SOA.*

*Niveles de complejidad en la
Endodoncia y su Impacto
en el Endodoncista*



Dr. Ricardo Portigliatti

*Docente de la Carrera de Posgrado en
Endodoncia de la Universidad Maimónides*

Dra. Susana Álvarez Serrano y Dra. Gladys Fol
Resolución de casos clínicos



XVII CONGRESO DE LA
SOCIEDAD ARGENTINA
DE ENDODONCIA

SECCIONAL DE LA ASOCIACIÓN
ODONTOLÓGICA ARGENTINA

"3er Encuentro de estudiantes de Posgrado"

HOTEL PANAMERICANO BUENOS AIRES
27 AL 30 DE AGOSTO 2014

Avances en Sistemas de Instrumentación Mecanizada I

Sergio Kuttler: WaveONE (Dentsply Maillefer); Gary Glassman: TAF Adaptive (Sybrondental)
Gustavo De Deus: Reciproc (VDW); Renato Miotto: Tilos (Ultradent)

Moderador: Dr. Carlos Russo

Avances en Sistemas de Instrumentación Mecanizada II

Gonzalo García: Protaper Next (Dentsply Maillefer); Celso Kenji Nishiyama: Hyflex (Coltene)
Javier Caviedes: Reciproc (VDW); Kleber Carvalho: Race (FKG)

Moderador: Dr. Pablo Ensinas

MESAS REDONDAS DE TITULARES DE CÁTEDRAS DE ENDODONCIA

Límite Apical

Dra. Liliana Sierra, Universidad de Buenos Aires
Dra. Carmen Visvisián, Universidad Nacional de Córdoba
Dr. Fernando Goldberg, Universidad del Salvador
Dr. Julio Caram, Universidad Nacional de Cuyo

Coordina: Dra. Elena Pruskin

Diagnóstico y Control a Distancia

Dra. Beatriz Maresca, Universidad Kennedy
Dra. Liliana Menis de Mutal, Universidad Nacional de Córdoba
Dra. María Elena Sapienza, Universidad Nacional de La Plata
Dra. Graciela Gualdoni, Universidad del Nordeste

Coordina: Dr. Santiago Frajlich

Endoperio

Dra. María Teresa Cañete, Universidad Católica de La Plata
Dr. Pablo Spoletí, Universidad Nacional de Rosario
Dr. Rodolfo Hilú, Universidad Maimónides

Coordina: Dra. Mariel Gómez

MESAS CON EXPERTOS

Más de 70 conferencias seriadas y simultáneas que abordarán
los más importantes temas de la Endodoncia.

Dr. Sergio Kuttler
WaveOne

Dr. Gonzalo García
Protaper Next

Dr. Gary Glassan
TAF Adaptive

Dra. Beatriz Herbel
Dr. Jorge Saavedra
Diagnóstico en
traumatismos y en
endodoncia utilizando
Tomografía
Computarizada
de haz cónico*

Dr. Kenji Nishiyama
Hyflex

Dr. Renato Miotto
Tilos

Dra. Carmen Bonilla
Endodoncia
Regenerativa.
Desinfección y
andamios

Dr. Javier Caviedes
Reciproc

Dr. Kleber Carvalho
Race

*(Requisitos: Computadora con placa de video y windows 07 ó XP)

CAPÍTULO ESTUDIANTIL • TEMAS LIBRES • PRESENTACIÓN DE PÓSTERS • MESAS CLÍNICAS Y VIDEOS

ENTREGA DE PREMIOS

- *Premio Dra. Mabel Capurro*
- *Premio Estímulo de la SAE*
- *Premio 60 Aniversario de la SAE*

ARANCELES

Socios SAE	\$ 1.400
Socios AOA	\$ 1.800
No socios	\$ 2.100
Estudiantes Odontología de Universidades Argentinas	\$ 300
Estudiantes Odontología de Universidades del exterior	U\$S 50
Estudiantes de Posgrado del Exterior	U\$S 240 Efectivo - U\$S 325 Tarjeta de Crédito
Especialistas del Exterior	U\$S 300 Efectivo - U\$S 400 Tarjeta de Crédito
Promoción: Estudiante de Posgrado del Exterior (Congreso + dos noches de estadía)	U\$S 370 Efectivo - U\$S 530 Tarjeta de Crédito
PRECONGRESO KIM	\$ 400 - U\$S 50

MEDIOS DE PAGO

- *En efectivo y debito*
- *Tarjeta de crédito (Visa, MasterCard y American Express. En 1 cuota: 10%. De 2 a 3 cuotas: 15%. De 4 a 6 cuotas: 20%)*
- *Giros y transferencias nacionales.*

INFORMES E INSCRIPCIÓN

Junín 959 (C1113AAC) CABA
Tel.: 4961-6141 Int. 203 - Fax: 4961-1110
e-mail: sae@aoa.org.ar
www.endodoncia-sae.com.ar
Seguinos en Facebook:
<https://www.facebook.com/Cosae2014>



Endodoncia regenerativa

¿Una nueva y posible alternativa
en el tratamiento de dientes
incompletamente desarrollados?



Coordinador
Dr. Emilio Manzur

CONFERENCISTAS



Dra. Susana Álvarez Serrano

*Especialista en Endodoncia
Docente de la Carrera
de Especialización en
Endodoncia USAL-AOA
Conferencista de la Asociación
Odontológica Argentina
Autora de Trabajos
de Investigación de
la Especialidad*



Dra. Gabriela Martín

*Especialista en Endodoncia
Docente de la Cátedra de
Endodoncia de la Universidad
Nacional de Córdoba
Miembro de la Asociación
Americana de Endodoncia
Autora de Trabajos de
Investigación de la
Especialidad*



Dra. Patricia Mandalunis

*Licenciada en Ciencias
Biológicas.
Dra. de la Universidad
de Buenos Aires.
Docente de la Cátedra
de Embriología e
Histología UBA.
Directora de Tesis de
doctorado y Becas de
Investigación.*

Socios SAE- AOA Sin cargo No socios \$ 250

Sábado 28 de Junio, de 9 a 12:30 hs. Sede de la Asociación Odontológica Argentina
Junín 959, Ciudad Autónoma de Buenos Aires

IX Ateneo de la Cátedra de Endodoncia Escuela de Odontología USAL/AOA

El día viernes 6 de Setiembre de 2013, se llevó a cabo, en el Hotel American Towers, el IX Ateneo de la Cátedra de Endodoncia de la Escuela de Odontología de la USAL/AOA, con el auspicio de la Sociedad Argentina de Endodoncia. El curso de 8 horas de duración, contó con la participación del Dr. Jorge Vera Rojas, Profesor del Posgrado de la Universidad de Tlaxcala, México, quien disertó sobre el tema “La esencia de la Endodoncia. La utilización de conceptos científicos para mejorar la práctica clínica”.

Los Ateneos organizados por la Cátedra de Endodoncia un proyecto iniciado por su titular, el Dr. Fernando Goldberg en el año 2003, con el propósito de abrir el panorama docente a todo odontólogo interesado en la Endodoncia. La actividad contó con numerosos asistentes de diferentes espacios de la especialidad, lo cual sirvió también para compartir un grato momento de encuentro. El Dr. Jorge Vera Rojas administró un curso de alto

nivel clínico y científico, que recibió el beneplácito de toda la audiencia. La actividad estuvo coordinada por el Dr. Gonzalo García, docente de la cátedra.



Dr. Jorge Vera Rojas.

La Endodoncia en las XVII Jornadas Internacionales de la Asociación Odontológica Argentina

En el marco de las XVII Jornadas internacionales de la Asociación Odontológica Argentina destacados dic-
tantes Internacionales dictaron conferencias sobre temas de Endodoncia.

Los Dres. Doménico Ricucci (Italia), Anil Kishen (India), Klever Carballho (Brasil) y Betina Basrani (Canadá) dictaron cursos precongreso abordaron variados temas de interés referidos a nuevos protocolos de irrigación, sistemas de instrumentación rotatoria, histología pulpar y regeneración de tejidos dentarios entre otros.



Dres: Carlos Russo, Cecilia Boetto, Gabriela Martín, Doménico Ricucci, Betina Basrani, Georgette Arce Brison

En el espacio que las Jornadas destina a las distintas seccionales de la AOA, la SAE estuvo representada por los siguientes conferencistas:

Denise Alfie
Juan Antonio Araujo
Georgette Arce Brisson
Cecilia Boetto

Roberto Della Porta
Santiago Di Natale
Pablo Ensinas
Claudia Judkin

Ariel Lenarduzzi
Alejandro Leonhardt
Gabriela Martín
Gastón Musi

Ana Laura Resa
Pablo Rodríguez
Zulma Stacchiotti
Lucila Uribe

Reintervención en Endodoncia: Remoción de Gutapercha

Mario Luis Zuolo, Daniel Kherlakian, José Eduardo de Mello Jr.,
María Cristina Coelho de Carvalho, María Inés R. Cabral Fagundes



*Especialista en Endodoncia. Profesor del curso de especialización en endodoncia
Escuela de Perfeccionamiento profesional Asociación Paulista de Cirujanos dentistas.
Máster en biología molecular universidad Federal de San Pablo.
Autor del Libro Reintervención en Endodoncia. Año 2012*

Introducción

Durante la terapia endodóntica han sido utilizados diferentes materiales de obturación, los cuales se pueden clasificar como: sólidos, semisólidos, cementos y pastas¹. Apesar del gran número de materiales propuestos, la gutapercha es el material más comúnmente empleado con muy buena aceptación en la especialidad. La amplia utilización de la gutapercha para la obturación de conductos se debe a sus adecuadas propiedades físico químicas. Debido a su falta de adhesividad, la gutapercha se utiliza asociada a cementos endodónticos².

Los conos de gutapercha con diferentes diseños y conicidades, utilizados con y sin condensación lateral o plastificados, con el auxilio de condensadores calientes o termocompactadores, sistemas de calentamiento de gutapercha a través de jeringas, hornos especiales o cargadores constituyen el universo de las técnicas de obturación con el objetivo de obtener un sellado hermético del sistema de conductos³. Por lo tanto en la mayoría de los casos de reintervención endodóntica el profesional debe estar preparado para la remoción de un material obturador compuesto por gutapercha y cemento introducida a los conductos a través de diferentes técnicas.

La efectividad en la remoción de la masa obturadora compuesta por gutapercha y cemento está condicionada a su posición, extensión y adaptación a las paredes del conducto. Además de esto la anatomía dental y la presencia de accidentes de procedimiento influyen directamente en la calidad de la desobturación. En la literatura han sido propuestas varias técnicas entre las que podemos destacar⁴⁻⁷: instrumentos calientes, fresas, solventes, limas manuales y las limas rotatorias de níquel-titanio accionadas a bajas velocidades con micromotor eléctrico, en movimiento rotatorio continuo o movimiento rotatorio alternado (reciprocante).

Varios tipos de limas rotatorias de Níquel-Titanio están disponibles en el mercado para remoción de gutapercha, cada una con sus características específicas de diseño, conicidad, punta, superficie cortante, dejando al clínico una amplia posibilidad de elección para su uso en retratamiento⁸⁻¹⁰. Entre los sistemas más conocidos y utilizados, se podría subrayar las limas Mtwo Retratamiento (VDW, Munich, Germany) y Protaper Retratamiento (Dentsply – Maillefer, Ballaiques, Suiza). Esos instrumentos trabajan en el interior del conducto en movimientos mecánicos rotatorios en el sentido horario, empleando motores eléctricos con distintos torques en velocidad constante entre 250 y 350 rpm.

Limas que emplean movimientos rotatorios alternados o reciprocantes se han introducido recientemente en el mer-

cado y también son adecuados para la reintervención¹¹. El instrumento recíproco girará en sentido contra el reloj; una vez que llega al ángulo fijado en el motor girará en sentido del reloj hasta que llega el ángulo fijado en el motor y entonces girará contra el reloj de nuevo y así sucesivamente. Zuolo cols (2013)¹² estudiarán la eficacia de limas Reciproc (VDW, Munich, Germany) para eliminación de gutapercha en retratamiento, limas manuales combinados frezas Gates Glidden y limas Reciproc mostraron los más altos índices de limpieza. La técnica reciprocante era el método más rápido para desobturación de gutapercha y cemento en esa investigación.

La utilización de algún tipo de magnificación e iluminación, preferiblemente a través del uso del microscopio, conjuntamente con puntas específicas de ultrasonido ha demostrado ser muy útil en los casos de desobturación de gutapercha y cemento del interior de los conductos y su uso se ha vuelto cada vez más común^{13,14}. Estudios recientes han mostrado resultados promisorios con el uso de esta tecnología ya que podemos obtener conductos más limpios y libres de desechos con mayor facilidad y menor tiempo^{12,15}.

Será presentado un protocolo de remoción de gutapercha y cemento como regla general. Debido a la multiplicidad de casos clínicos en la práctica diaria, se pueden presentar pequeñas variaciones en este protocolo. Para este protocolo se utilizan los siguientes materiales e instrumentos³:

- limas manuales tipo K – CCPilot (VDW, Munich, Germany)
- limas reciprocantes - sistema Reciproc (VDW, Munich, Germany) (Fig 1 A)
- fresas Gates Glidden #2 y #3 (Dentsply, Maillefer, Switzerland)
- solventes – xilol
- puntas de ultrasonido lisas y de diamante: (Helse Dental Technology, São Paulo, Brasil) (Fig 1B)
- magnificación e iluminación del campo operatorio. (Alliance, São Carlos, Brasil)



Fig. 1. Lima R 25: conicidad de 0.8 mm en los 3 mm finales del instrumento. Punta no cortante. Sección en forma de S.

Técnica para la remoción de gutapercha con instrumento reciprocante³

- A) Acceso y localización de los conductos. Abrir espacio en los primeros milímetros de la masa obturadora o punta de ultrasonido. (Fig. 2)
- B) Utilización de fresas Gates Glidden #2 para remover la gutapercha en sentido cervico apical con incrementos: 3mm a 5mm dependiendo de la anatomía. (Fig. 3)
- C) Irrigación con hipoclorito de sodio (NaOCl) – 5 ml después de cada instrumento o freza.
- D) Después de la irrigación jeringa se llena el conducto con NaOCl y se activa la solución ultrasónicamente con una punta lisa HELSE Irrisonic o lima #15 permitiendo la remoción de desechos y la limpieza del conducto. (Fig. 4)
- E) Limas Reciproc R25: 3 movimientos de picoteo con 3 mm de amplitud. (Fig. 5)
- F) Limas Reciproc R25: cepillado contra las paredes del conducto.
- G) Limas Reciproc: hasta 2/3 de lo conducto. Irrigación alterna debe ser utilizado durante todo el procedimiento. (Fig. 6)
- H) Secado completo del conducto con puntas Capillary Tip (Ultradent). Con los conductos secos se aplican una gota de solvente (xilol). (Fig. 7)
- I) La lima tipo K #10 o #15 es introducida suavemente en la masa obturador. Lima usada en movimiento de rotación a través de la gutapercha reblandecida hasta llegar a las proximidades del foramen apical. Aplicación de solvente (Fig. 8)
- J) Conductometría con localizador apical electrónico. Forame zero “0”.
- L) Reparación con ampliación apical: limas manuales o reciprocantes. (Fig. 9)

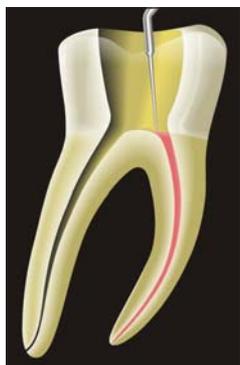


Fig. 2. Punta de ultrasonido HELSE, istmo removiendo gutapercha.

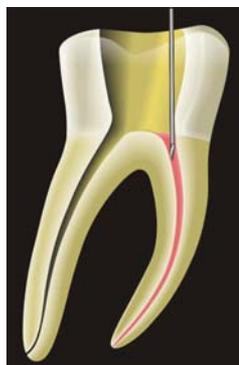


Fig. 3. Utilización de fresas Gates Glidden #2.

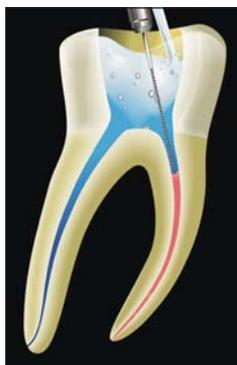


Fig. 4. Agitación del irrigante con ultrasonido después del uso de cada instrumento.



Fig. 5. Reciproc R 25: movimientos de picoteo con 3 mm de extensión.



Fig. 6. Remoción de gutapercha hasta 2/3 de la longitud de trabajo.

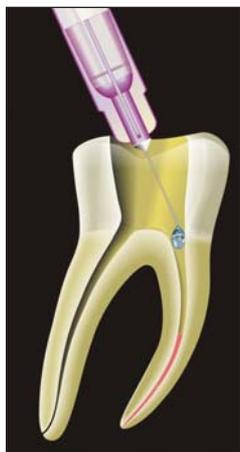


Fig. 7. Aplicación de solvente.

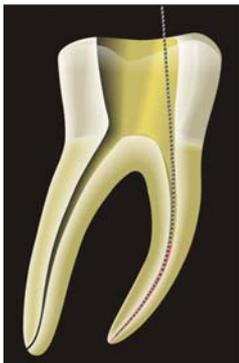


Fig. 8. Desobturación tercio apical.

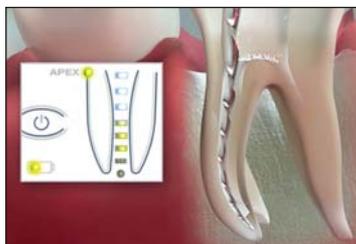


Fig. 9. Reparación del canal con limas manuales o reciprocantes.



Fig. 10A. Caso tratado de acuerdo con el protocolo descrito en el texto. Diente 46, lesiones apicales en ambas raíces.



Fig. 10B. Radiografía final después del retratamiento.



Fig. 10C. Control de 16 meses con reparación.

Consideraciones finales

El objetivo de la nueva intervención es realizar una terapia Endodóntica que permita volver al diente tratado nuevamente funcional y confortable, permitiendo la reparación completa de las estructuras de soporte avaladas desde el punto de vista clínico e radiográfico³. Gorni y Gagliani (2004)¹⁶ en un estudio clínico prospectivo evaluando 452 casos de reintervención, dividieron la muestra en 2 grupos: 1) Casos donde se respetó la anatomía del canal y 2) casos donde la anatomía del canal fue alterada debido al tratamiento anterior (transporte del canal original, escalón y perforaciones). Después de 24 meses de control el índice promedio de éxito fue de 69%. En el grupo 1 –anatomía respetada– el índice de éxito fue de 86%, mientras que en el grupo 2 –anatomía alterada– el índice de éxito fue de apenas el 47%.

La lima final de instrumentación está en íntima relación con la forma de la constricción apical y su diámetro, tipo de técnica de preparación anterior y presencia de bacterias en la región apical. Baugh y Wallace¹⁷ evaluando los estudios sobre diámetro inicial de conductos - entre .20 y .70 mm dependiendo del agrupamiento analizado y la presencia de bacterias en la región apical, los mismos autores creen que existe un fuerte consenso de que preparaciones apicales más anchas producen una mayor reducción de bacterias y desechos cuando comparado a preparaciones apicales más conservadoras.

Basado en esas informaciones, es lícito concluir que en los casos de reintervenciones una lima final de diámetro entre .40 y .80 mm debe ser utilizada en los distintos agrupamientos dentales con el objetivo de promover una adecuada limpieza y desinfección de la porción apical del conducto, especialmente en casos de lesiones apicales^{18,19}. Se debe llamar la atención para la falta de estudios clínicos sobre ese tópicó en los casos de reintervención.

Gracias a la casa editorial GEN Santos por permitir la reproducción de parte del capítulo 4 de la obra : Reintervención in Endodoncia, Gen Santos, 1 ed, 2012.

Bibliografía

- 1) Stabholz A & Friedman S. *Endodontic Retreatment – Case Selection and Technique. Part 2: Treatment Planing for retreatment. J Endod* 1988;14(12):607-614.
- 2) Weine FS. Capítulo 9: Preenchimento do canal com materiais semi-sólidos, in *Tratamento Endodôntico, 5ª edição, editora Santos, 1998;pp.426-428.*
- 3) Zuolo ML, Kherlakian D, Mello Jr. JE, Carvalho MCC, Fagundes MIRC. *Reintervención en Endodoncia. São Paulo: GEN SANTOS; cap 6: Reintervención fase de acceso 2 – Remoción de Postes Intraradiculares* 2012; pp. 252-269.
- 4) Chong BS, Pitt Ford. *Endodontic retreatment 2: methods. Dent Up Date* 1996b; 23(9): 384-387.
- 5) Gilbert JB & Rice T. *Re-treatment endodontics. Oral Surg* 1987;64:333-338.
- 6) Wong R. *Conventional endodontic failure and retreatment. Dent Clin North Am* 2004; 48(1): 265-289.
- 7) Friedman S & Stabholz A. *Endodontic Retreatment – Case Selection and Technique. Part 3. Retreatment Techniques. J Endod* 1990;16(11): 543-549.
- 8) Barrieshi-Nussair KM. *Gutta-percha Retreatment: Effectiveness of Nickel-Titanium Rotatory instruments versus Stainless Steel Hand Files. J Endodon* 2002;28(6): 454-456.
- 9) Kosti E, Lambrianidis T, Economides N, Neofitou C. *Ex vivo study of the efficacy of H-files and rotatory NiTi instruments to remove gutta-percha and four types of sealer. Int Endodontic J* 2006;39, 48-54.
- 10) Gu LS, Ling JQ, Wei X, Huang XY. *Efficacy of Protaper Universal Rotary retreatment system for gutta-percha removal from root canals. Int Endodontic J* 2007;1-8.
- 11) Yared G (2011). *Canal preparation with only one reciprocating instrument without prior hand filing: A new concept. (VDW000300 Rev. 0/13.01.11) http://www.vdw-reciproc.de/images/stories/pdf/GY_ArtikeL_en_WEB.pdf (accessed on 02 August 2013)*
- 12) Zuolo AS, Mello JR, Cunha RS, Zuolo ML, Bueno CES. *Efficacy of reciprocating and rotary techniques for removing filling material during root canal retreatment. Int Endod J* 2013;46,947-953.
- 13) Iqbal MK. *Nonsurgical endodontic instruments. Dent Clin North Am* 2004; 48(1): 19-34.
- 14) Kim S, Baek S. *The microscope and endodontics. Dent Clin North Am* 2004;48(1): 11-18.
- 15) Mello Junior JE, Cunha RS, Bueno CES, Zuolo, ML : *Retreatment efficacy of gutta-percha removal using a clinical microscope and ultrasonic instruments: Part I—an ex vivo study. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod* 2009;108:e59-e62.
- 16) Gorni FG, Gagliani MM. *The outcome of endodontic retreatment: a 2-yr follow-up. J Endod* 2004;30(1):1-4.
- 17) Baugh D & Wallace J. *The role of apical instrumentation in root canal treatment: A review of the literature. J Endod* 2005; 31(5): 333-340.
- 18) Card SJ, Sigurdsson A, Orstavik D, Trope M. *The effectiveness of increased apical enlargement in reducing intracanal bacteria. J Endod* 2002;28:535-779-783.
- 19) Fornari VJ, Silva-Sousa YTCJ Vanni R J, Pecora JDM, Versiani. *Sousa-Neto AMD. Histological evaluation of the effectiveness of increased apical enlargement for cleaning the apical third of curved canals. Int End J* 2010;43,988-994.



XVII CONGRESO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE ENDODONCIA

SECCIONAL DE LA ASOCIACIÓN
ODONTOLÓGICA ARGENTINA

**“3er. Encuentro de Estudiantes de Posgrado”
“2da. Reunión de Estudiantes de Endodoncia”**

“Posters” “Mesas Clínicas”

“Premio Mabel Capurro” “Premio 60° Aniversario SAE”

*“AVANCES EN SISTEMAS ROTATORIOS”, para que conozcas todas las opciones del mercado!
Por G. GARCÍA, GLASSMAN, CAVIEDES, DEDEUS, MIOTTO, KUTTLER, KENJI, CARLOS RUSSO, CARVAHLO!*

CURSO PRECONGRESO

“Microcirugía endodóntica”

Syngche Kim



*“Explicación científica del éxito
endodóntico utilizando
instrumentación reciprocante”*

Sergio
Kuttler



*Endodontic Solutions: Strategies for
Performing Endodontic Treatment
Predictably Profitably and Painlessly*

Gary
Glassman



*“Uso del CBCT 3D para el diagnóstico
y tratamiento en traumatología dento
alveolar y reabsorciones radiculares”*

José-maría
Malfaz



*“Endodoncia conservadora
y conservación a
pesar de la exodoncia”*

Alvarez
Cantoni



*“Update sobre los aspectos clínicos,
científicos y educativos de preparación
con el movimiento recíproco”*

De-deus



**HOTEL PANAMERICANO BUENOS AIRES
27 AL 30 DE AGOSTO 2014**

Avances y desafíos de la Endodoncia Regenerativa. ¿Hacia dónde vamos?



**Claudia Brizuela Cordero¹, Carolina Inostroza Silva²,
Claudia Morales Zeballos³**

¹Cirujano Dentista Universidad de Concepción de Chile. Especialista en Endodoncia Universidad de Concepción de Chile. Magister en Educación Pontificia Universidad Católica de Chile. Profesor Asociado, Facultad de Odontología Universidad de los Andes de Chile.

²Bioquímica Universidad de Santiago de Chile. Magister en Ciencias Biológicas. Universidad de Chile. Profesor Asistente Extraordinario, Centro de Investigación en Biología y Regeneración Oral (CIBRO), Facultad de Odontología, Universidad de Los Andes de Chile.

³Cirujano Dentista Facultad de Odontología Universidad de los Andes.

Las enfermedades bucales son las más comunes de las enfermedades crónicas y son un importante problema de Salud Pública por su alta prevalencia, impacto en los individuos, en la sociedad, y el costo de su tratamiento¹.

Las patologías bucales más prevalentes en el mundo son la caries dental, las enfermedades gingivales y periodontales y las anomalías dentomaxilares. Éstas se inician desde los primeros años de vida y presentan un importante incremento con la edad. La Organización Mundial de la Salud (OMS), ha trabajado intensamente en los últimos 5 años en un Programa Mundial de la Salud Oral para aumentar la conciencia de todo el mundo de la salud oral, como un componente importante de la salud general y la calidad de vida. Mientras tanto, la enfermedad oral sigue siendo un importante problema de salud pública en los países de altos ingresos y la carga de la enfermedad oral está aumentando en muchos países de bajos y medianos ingresos². La investigación clínica y de salud pública ha demostrado una serie de logros, sin embargo, los avances en ciencias de la salud oral, todavía no han beneficiado a las poblaciones más vulnerables y desfavorecidas en todo el mundo.

Las terapias actuales que solucionan el problema de caries no controlada, son el tratamiento de conducto, prótesis, e incluso la extracción e implante. Históricamente, la terapia endodóntica se ha encargado del reemplazo de la pulpa enferma irreversiblemente o necrótica, con materiales biocompatibles que permitan que los dientes mantengan su función por largos períodos de tiempo, sin su pulpa vital. Sin embargo, a pesar de la tasa de éxito de la terapia endodóntica, que según varios estudios puede variar desde un 78 a 98%³, no está exenta de inconvenientes como por ejemplo, que el paciente pierde totalmente la sensibilidad de ese diente y si aparece una nueva caries o frente a una sobrecarga excesiva de fuerza, al morder el paciente no tenga la capacidad de respuesta. Además, el diente en algunos casos podría cambiar de color con el inconveniente estético que esto trae al paciente. Por otro lado desde el punto de vista biomecánico este diente, considerando sólo el compromiso dentario del acceso coronario disminuye en un 5% su resistencia a las fuerzas de oclusión, y si agregamos a esto el compromiso de los rodets marginales es aún más frá-

gil, pudiendo llegar entre un 30 a 60% de disminución de la resistencia⁴. Esto podría traer como consecuencia la fractura y en algunas ocasiones terminar en la extracción. Por otro lado podemos agregar como inconvenientes el dolor durante y después de este tratamiento, infecciones, riesgos en pacientes con enfermedades sistémicas por la posibilidad de infecciones y el costo asociado etc. Es por esto que mantener la vitalidad pulpar nos entrega un sin número de ventajas, como por ejemplo permitir la continua formación de dentina, importante en el cierre apical de los dientes permanentes jóvenes, conservar la sensibilidad dentaria para percibir los cambios ambientales, y mantener la integridad estructural de la pieza para mejorar su comportamiento biomecánico. Finalmente los pacientes están cada vez más informados de las alternativas de tratamiento y valoran la mantención de su dientes naturales en boca.

En respuesta a estos inconvenientes, surge como alternativa la Endodoncia regenerativa. Este procedimiento utiliza principios de la ingeniería de tejidos para facilitar la formación y desarrollo del complejo pulpo dentinario. Esta terapia representa un nuevo campo emocionante en endodoncia, que avanza vertiginosamente junto a la utilización de células madre, andamiajes, y factores de crecimiento que proporcio-

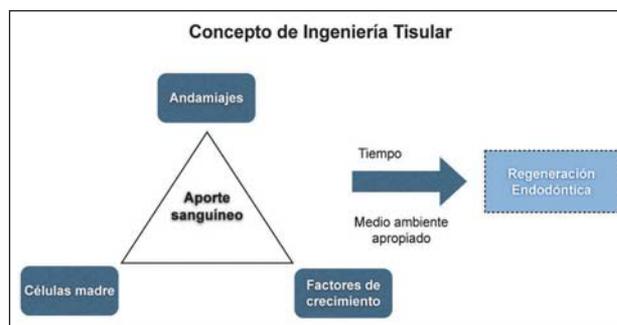


Fig. 1. Triada que explica los elementos necesarios en ingeniería tisular: células madre, andamiajes y factores de crecimiento en combinación con el adecuado aporte sanguíneo, el medio ambiente apropiado y el tiempo. Adaptado por Claudia Morales de Kao et. al.¹⁰ y Pandit et al.¹¹.

nan las bases de la ingeniería tisular⁵. Los procedimientos de regeneración endodóntica se pueden resumir como aquellos procesos basados en la biología y diseñados para reemplazar estructuras dañadas que incluyen la dentina y las estructuras radiculares, como también las células del complejo pulpo-dentinario⁶⁻⁹. Este término es más global, debido a que incluye todos aquellos procedimientos que tienen como objetivo alcanzar la reparación organizada de la pulpa dentaria, sin excluir las nuevas modalidades terapéuticas emergentes⁶.

En el status mundial actual, ningún tratamiento ha logrado la regeneración pulpar. Probablemente esto se deba a que clásicamente los avances de endodoncia se han centrado principalmente en el tratamiento curativo, teniendo como foco desarrollar los aspectos mecánicos con un relleno artificial, la desinfección del canal y el desarrollo de instrumentos endodónticos. El desarrollo de la terapia regenerativa en endodoncia está recién dando sus primeros pasos.

La endodoncia regenerativa tiene como objetivo permitir la regeneración de los tejidos pulpo-dentinarios, con el uso de materiales biocompatibles, que conllevan a mayores beneficios en la práctica clínica, tanto para el profesional como para el paciente. Asimismo, nos da la posibilidad de otorgar una nueva alternativa de tratamiento para las patologías pulpares irreversibles y periodontitis apicales. Desde el 2001 hasta la fecha se han reportado 152 estudios de caso control relacionados con terapias de regeneración endodóntica, publicados y distribuidos en 34 publicaciones¹⁶.

Es sorprendente que la mayoría de estos casos reportados carecen de la utilización de un protocolo de tratamiento estándar, ya que difieren, por ejemplo en la etiología de la enfermedad tratada, el régimen de tratamiento quimio-mecánico, el número de visitas, y el proceso de desinfección utilizado. A pesar de estas deficiencias y la falta de ensayos clínicos controlados aleatorios, estos reportes de caso han abordado un problema clínico que aún no tiene respuesta. Por lo tanto aún existe el desafío clínico en promover una desinfección adecuada, que permita un microambiente apropiado para la proliferación y diferenciación celular.

Los resultados histológicos de los casos clínicos de terapia endodóntica regenerativa sugieren por un lado, la necesidad de utilizar protocolos de desinfección que creen un mejor entorno adaptado para una formación organizada de tejido pulpar, y por otro lado el enfoque en la bioingeniería más avanzada en base a la entrega de células madre en un andamiaje con factores de crecimiento y/o enfoques basado en nichos celulares ricos en quimioquinas¹⁷.

Profundizando acerca del rol que juegan las células madre mesenquimales en esta triada, es que nuestra investigación ha desarrollado estrategias para aislar y cultivar células madres mesenquimales (CMM) derivadas de pulpa y foliculo dental de terceros molares de dientes permanentes jóvenes humanos. Los cultivos de CMM fueron monitoreados por microscopía óptica, las células obtenidas de los explantes se inmunotipificaron mediante citometría de flujo. Posteriormente se evaluó su capacidad de diferenciación a linajes osteocito, adipocito y condrocito. En nuestras condiciones experimentales se com-

probó que las células aisladas y cultivadas de pulpa y foliculo dental correspondían a células madre mesenquimales humanas funcionales, siendo éstas últimas más fáciles de obtener y proliferar. Las CMM de foliculo dental poseen mayor potencial de crecimiento y capacidad de diferenciación en comparación a las CMM de pulpa dental, probablemente debido a su estado evolutivo más inmaduro¹². (Fig. 2)

Los reportes existentes han demostrado que las células madre mesenquimales de pulpa dentaria aisladas, pueden ser inducidas para diferenciarse hacia células de tipo odontoblastos y generar una estructura mineral similar a la dentina en estudios *in vitro*¹³. Por otro lado, los estudios *in vivo* indican que las células madre mesenquimales de la pulpa dentaria son capaces de generar un complejo pulpo-dentinario ectópico en un modelo de ratón inmunocomprometido¹⁴. Asimismo, se han aislado células madre mesenquimales a partir de la papila apical (Fig. 3) y se ha demostrado que son capaces de formar células de tipo odontoblastos que producen dentina *in vivo*¹³⁻¹⁵.

Estudios en modelos animales muestran que las células mesenquimales alogénicas de origen pulpar pueden sobrevivir en la cámara pulpar si existe vascularización adecuada¹⁸. Otros estudios en animales muestran evidencia radiográfica e histológica que confirma tejido pulpar luego de revitalizar un diente permanente inmaduro en un modelo de periodontitis apical¹⁹. Investigaciones en perros muestra que el trasplante de células mesenquimales pulpares autólogas con plasma rico en plaquetas (PRP) no es efectivo en la formación de tejido pulpar nuevo.

Recientemente un reporte de casos en niños realizado por la autora principal, demuestra que la utilización de PRP podría servir como un andamiaje ideal en la revascularización

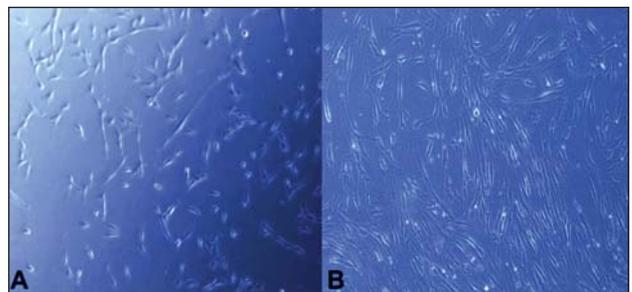


Fig. 2. Proliferación celular. A. CMM de la pulpa dental. B. CMM de foliculo dental. Ambos cultivos de CMM en pasaje 4, alcanzando un 100% de confluencia. Microscopía óptica, magnificación 10X. Obtenido de Brizuela et al.¹².



Fig. 3. Obtención de explante de papila apical. Fotografía tomada por Claudia Brizuela.

de dientes permanentes inmaduros con pulpas necróticas, ya que es rico en factores de crecimiento, aumenta la proliferación y diferenciación celular, y actúa como una matriz para el crecimiento del tejido²⁰, (Fig. 4)

Es por esto que la aplicación de la terapia celular en adultos, que logre la regeneración pulpar podría tener un importante impacto a nivel social. Para ello existen diferentes estrategias que busca encontrar respuestas a la endodoncia regenerativa. Los reportes existentes representan una posibilidad real para la regeneración de novo del complejo

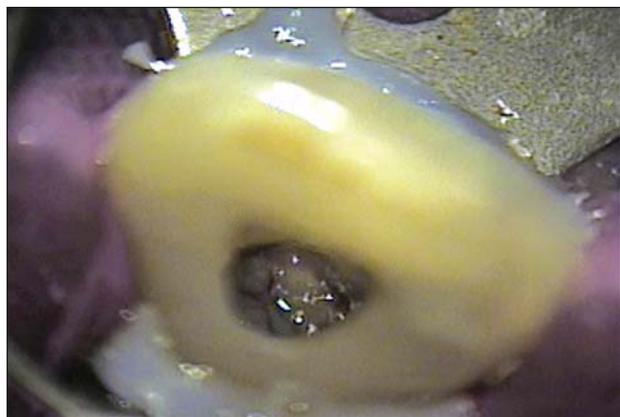


Fig. 4. PRP al interior del canal. Caso realizado y fotografiado por Claudia Brizuela.

pulpo-dentinario, utilizando un método de ingeniería tisular basado en células madre mesenquimales^{21,22}. (Fig. 5)

Sin embargo, aún quedan interrogantes por resolver, ya que mayoritariamente los estudios se han enfocado en modelos in vitro y/o animales.

Dentro de los desafíos que enfrenta la regeneración en endodoncia podemos mencionar:

- La angiogénesis debe ocurrir a partir del foramen apical y sin otra fuente de irrigación colateral, y llegar hasta la parte más coronal de la pulpa dentaria regenerada^{21,24-26}.
- La pulpa dentaria regenerada debe tener nueva inervación con las mismas funciones y arquitectura que las originales²⁴.
- Se debe formar una nueva capa de odontoblastos alineados en la capa de dentina preexistente^{21,24,25}.
- Los nuevos odontoblastos deben tener la capacidad de producir nueva dentina sobre la pared dentinaria ya existente^{21,22,24,25}.
- Para la regeneración funcional del complejo pulpo-dentinario se debe regenerar el esmalte sobre la capa de dentina²².

El camino es largo, desafiante y no exento de dificultades, pero nos acerca a la Endodoncia del futuro que aspira a ser más biológica, predecible, sencilla, económica y que de respuesta a la alta demanda social existente. En definitiva aspira a cumplir con nuestro deber ético como profesionales del área de la salud, de intentar devolver la salud y bienestar a nuestros pacientes.

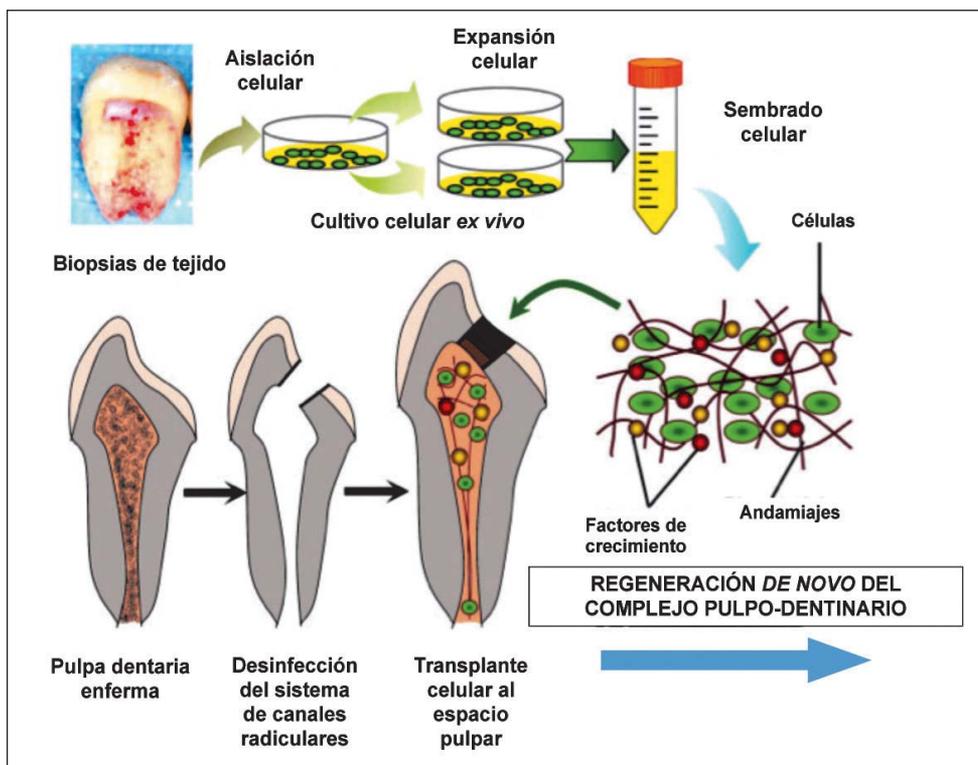


Fig. 5. Dibujo esquemático que representa la regeneración de novo del complejo pulpo-dentinario. Adaptado por Claudia Morales de Sun et al 2011²³.

Bibliografía

- 1) Sheiham A. Oral health, general health and quality of life. *Bull World Health Organ* 2005;83(9):644.
- 2) Petersen PE. Global policy for improvement of oral health in the 21st century-implications to oral health research of World Health Assembly 2007, World Health Organization. *Community Dent Oral Epidemiol* 2009;37(1):1-8.
- 3) Huang GT. Pulp and dentin tissue engineering and regeneration: current progress. *Regen Med* [Internet], septiembre de 2009 [citado 24 de junio de 2013];4(5):697-707. Recuperado a partir de: <http://www.futuremedicine.com/doi/abs/10.2217/rme.09.45>
- 4) Sun H-H, Jin T, Yu Q, Chen F-M. Biological approaches toward dental pulp regeneration by tissue engineering. *J Tissue Eng Regen Med* 2011;5(4):e1-e16.
- 5) Fisher MB, Mauck RL. Tissue engineering and regenerative medicine: recent innovations and the transition to translation. *Tissue Eng Part B Rev* 2013;19(1):1-13.
- 6) Diogenes A, Henry MA, Teixeira FB, Hargreaves KM. An update on clinical regenerative endodontics. *Endod Top* 2013;28(1):2-23.
- 7) Deepak BS, Nandini DB, Naik S. Tissue engineering: Is it the future of endodontics. *People's J Sci Res* 2011;4(1):76-82.
- 8) Bansal R, Bansal R. Regenerative endodontics: A state of the art. *Indian J Dent Res* 2011 ;22(1):122.
- 9) Gandhi A, Gandhi T, Madan N, Gandhi A. Dental pulp stem cells in endodontic research: a promising tool for tooth tissue engineering. *RSBO* 2011;8(3):335-340.
- 10) Kao RT, Murakami S, Beirne OR. The use of biologic mediators and tissue engineering in dentistry. *Periodontol* 2000 2009;50(1):127-153.
- 11) Pandit N, Malik R, Philips D. Tissue engineering: A new vista in periodontal regeneration. *J Indian Soc Periodontol*. 2011;15(4):328.
- 12) Brizuela C, Galleguillos S, Carrión F, Cabrera C, Luz P, Inostroza C. Aislación y Caracterización de Células Madre Mesenquimales Provenientes de Pulpa y Folículo Dentario Humano. *Int J Morphol* 2013;31(2):739-746.
- 13) About I. Human Dentin Production in Vitro. *Exp Cell Res* 10 de julio de 2000;258(1):33-41.
- 14) Gronthos S, Mankani M, Brahimi J, Robey PG, Shi S. Postnatal human dental pulp stem cells (DPSCs) in vitro and in vivo. *Proc Natl Acad Sci* 2000;97(25):13625-13630.
- 15) Sonoyama W, Liu Y, Yamaza T, Tuan RS, Wang S, Shi S, et al. Characterization of the Apical Papilla and Its Residing Stem Cells from Human Immature Permanent Teeth: A Pilot Study. *J Endod* febrero de 2008;34(2):166-171.
- 16) Diogenes A, Henry MA, Teixeira FB, Hargreaves KM. An update on clinical regenerative endodontics. *Endod Top* 2013;28(1):2-23.
- 17) Martin G, Ricucci D, Gibbs JL, Lin LM. Histological findings of revascularized/revitalized immature permanent molar with apical periodontitis using platelet-rich plasma. *J Endod* 2012.
- 18) Kim E, Cho S, Yang J, Cai J, Lee S, Ohshima H, et al. Tooth survival and periodontal tissues healing of allogenic transplanted teeth in the mice. *Oral Dis* 2006;12(4):395-401.
- 19) Thibodeau B, Teixeira F, Yamauchi M, Caplan DJ, Trope M. Pulp revascularization of immature dog teeth with apical periodontitis. *J Endod* 2007;33(6):680-689.
- 20) Keswani D, Pandey R. Revascularization of an immature tooth with a necrotic pulp using platelet-rich fibrin: a case report. *Int Endod J* 2013.
- 21) Huang G, Yamaza T, Shea L, Djouad F, Kuhn N, Tuan RS. Stem/progenitor cell-mediated de novo regeneration of dental pulp with newly deposited continuous layer of dentin in an in vivo model. *Tissue Eng Part A* 2010;16(2):605-615.
- 22) Huang G. Dental pulp and dentin tissue engineering and regeneration: advancement and challenge. *Front Biosci Élite Ed* 2011;3:788-800.
- 23) Sun H-H, Jin T, Yu Q, Chen F-M. Biológica! approaches toward dental pulp regeneration by tissue engineering. *J Tissue Eng Regen Med*. abril de 2011;5(4):1-16.
- 24) Huang GT. Pulp and dentin tissue engineering and regeneration: current progress. *Regen Med*. septiembre de 2009;4(5):697-707.
- 25) Huang GT-J. Apexification: the beginning of its end. *Int Endod J* octubre de 2009;42(10):855-66.
- 26) Huang G, Sonoyama W, Liu Y, Liu H, Wang S, Shi, S. The Hidden Treasure in Apical Papilla: The Potential Role in Pulp/Dentin Regeneration and BioRoot Engineering. *J Endod* 2008;34(6):645-651.

9º Encuentro de Investigación en Endodoncia

Los siguientes posters fueron presentados en el Encuentro de Investigación en Endodoncia que se llevó a cabo los días 27 y 28 de Junio de 2013 en la ciudad de Rosario. Los autores autorizan la publicación de sus trabajos.




Tratamientos conservadores con MTA (CPM) en pacientes jóvenes y adolescentes con controles a distancia

Autores: Llompert L*, Ahumada ME, Fadel P, Gutiérrez M, Jeréz MI, Marega G, Menis de Mutal L, Villalba C. Cátedra de Endodoncia "B", Fac. de Odontología, UNC.

Introducción

Según el diagnóstico clínico-radiográfico del tejido pulpar, el tratamiento de la caries profunda variará desde terapias conservadoras (protecciones dentino-pulpares o pulpotomías) a tratamientos de pulpectomía. El hidróxido de calcio (Ca(OH)_2) ha sido el material de elección para los procedimientos de pulpotomía. Lee et al. (1993) demuestran las propiedades físico-químicas y biológicas del trióxido mineral agregado (MTA) y, posteriores investigaciones, indican que superan a aquél.

Casos clínicos

L.P. 17 años. PD: 36-37. Dx: hiperemia. Tto: Protección Pulpar (36). Pulpotomía (37)

Previa: 2009



1º Control: 7 días



2011



2013



G J. 21 años. PD: 46-47. Diagnóstico: Pulpitis incipiente. TTo: Pulpotomía con CPM

Previa: 2006



1º Control: 7 días



2009



2013



(*)= 1:Luz del conducto sin grandes alteraciones; 2:Continuidad del ligamento periodontal y cortical ósea; 3: Normalidad ápico-periodontal.

Discusión

Históricamente el Ca(OH)_2 se utilizó como protector de la herida pulpar e inductor de procesos reparativos. El MTA es un compuesto constituido mayormente por cemento Pórtland, mantiene la vitalidad pulpar, promueve la formación de tejido mineralizado, pero tiene el inconveniente que al necesitar humedad para fraguar requiere de dos sesiones para su aplicación, como así también el costo es considerable.

Conclusiones

A través de los controles realizados, los molares se encontraban asintomáticos, con vitalidad pulpar, salud apico-periapical y la luz del conducto, si bien disminuida, no obliterada totalmente. La técnica no requiere demasiados recursos técnicos ni económicos y brinda a los adolescentes y los jóvenes la posibilidad de mantener dichos molares, sin tener que realizar un tratamiento endodóntico total.

Bibliografía

Kenneth M et al. (2011) Vías de la pulpa. Ed. Elsevier Science, 10ª edición, Madrid. Mente J et al. (2010). Mineral trioxide aggregate or calcium hydroxide direct pulp capping: an analysis of the clinical treatment outcome. J Endod. 36(5):806-13. Lee SM et al.(1993) Sealing ability of a mineral trioxide aggregate for repair of lateral root perforations. J. Endod. 19 (11). 541-4.12. Torabinejad M et al.(1999) Clinical applications of mineral trioxide aggregate. J. Endod.25 (3),197-05. Zmener O et al. (2009). Posibilidades del compuesto de minerales trióxido (MTA) como material de protección directa de la pulpa dental expuesta: una revisión bibliográfica. RAOA / Vol. 97 / N° 2 / 129-137.

La Tomografía Axial Computada como Método de Resolución en Endodoncia

Autores: Od. Ludueña E*, Dra. Franciosi F, Od. Schuty L. Cátedra "A" de
Endodoncia, Facultad de Odontología (UNC), Córdoba, Argentina.

Introducción:

El examen radiográfico es fundamental para el diagnóstico y plan de tratamiento en endodoncia. Sin embargo, a veces necesitamos otros elementos complementarios como la medición de los parámetros periodontales y el empleo de la tomografía axial computada.

Caso clínico:

Paciente femenino de 37 años concurre a la consulta con dolor espontáneo y a la percusión y palpación en el elemento 27. Al examen clínico se observa edema en zona del paladar entre los elementos dentarios 26 y 27.



Diagnóstico: *Periodontitis apical crónica en elemento 26*

Discusión:

La terapia endodóntica tiene por objetivos la eliminación de la población bacteriana y prevenir la recolonización del conducto tratado. Las maniobras destinadas al control de la infección incluyen la instrumentación, irrigación y obturación del sistema de los conductos radiculares. Sin embargo, a veces estos objetivos no se logran ya que las bacterias pueden evadir los efectos letales de la preparación químico-mecánica y la medicación intraconducto por medio de la adherencia a las superficies disponibles formando biopelícula.

Conclusiones:

Esta tecnología cuya aplicación en la clínica endodóntica avanza rápidamente, sirve de gran ayuda para el diagnóstico y localización de lesiones periapicales de origen dudoso que afectan los tejidos de soporte del diente.

Bibliografía:

- Siqueira y col. *J Endod* 2007;33:667-72.
Siqueira JF Jr. y Rocas IN. *J Endod* 2008;34:1291-1301.
Estrela C y col. *J Endod* 2008;34:1325-31.
Lin LM y col. *J Endod* 2009;35:607-15.
Ricucci D, Siqueira JF Jr. *J Endod* 2010;36:1277-88.



AVULSIÓN TRATAMIENTO Y CONTROL A DISTANCIA



*Od. M. Julieta Garofletti, Dra. Gabriela Gioino, Od. M. Elena Ahumada.
Cátedra "B" de Endodoncia. Facultad de Odontología. U.N.C.

Los Traumatismos dentarios son emergencias odontológicas frecuentes en la clínica. La Avulsión se caracteriza por el total desplazamiento del diente de su alveolo, es una lesión grave y severa que presenta pérdida de la vitalidad del tejido pulpar, ruptura de las fibras del ligamento periodontal y lesiones en la capa cementoblástica (Estrela 2005). Etiología: caídas, prácticas deportivas, juegos infantiles, etc, y factores clínicos predisponentes como protrusión de incisivos, incompetencia labial y clase II.

CASO CLÍNICO



2002

11 Hidróx de calcio
21 Pasta alcalina

1° Control
2 meses Pasta
alcalina

2° Control
2003

3° Control
2004



Obtención
definitiva
2004

2005

2006

2012

Discusión

Los resultados y el pronóstico dependen fundamentalmente del periodo extra oral transcurrido y el medio de conservación de las piezas (Andreasen). En este caso se realizó el reimplante en el tiempo establecido y se mantuvo en medio húmedo. Goldberg- Soares mencionan la manera de hacer contención y el tiempo que debe permanecer como 2 factores significativos para el éxito. También hablan de prevenir o minimizar la intensidad del proceso de reabsorción realizando dentro de los 7 días el tratamiento endodóntico y obturación con hidróxido de calcio. Esto no fue tenido en cuenta, por lo cual no se realizó férula y con la aparición de fistulas y complicación se realizó terapia endodóntica (2 meses).

Conclusiones

El tratamiento indicado es el reimplante. -El pronóstico guarda estrecha relación con el grado de desarrollo radicular, con el tiempo extra oral y el medio de conservación. - El resultado favorable dependerá de controles sucesivos, permanentes en el 1° año y constantes durante mas de 5 años.

Bibliografía

Andreasen J.O, Andreasen F.M. Lesiones Dentarias Traumáticas. Ed. Panamericana. Bs As. 1990.
Walton R.E, Torabinejad M. Endodoncia. Principios y Práctica. Ed. Interamericana. México 1996.
Soares I, Goldberg F. Endodoncia. Técnicas y Fundamentos. Ed. Panamericana. Bs As. 2002.
Estrela C: Ciencia Endodóntica. 1° Edición. Ed. Español Artes Médicas Latinoamericanas. 2005.

TÍTULO:

Protocolo de atención endodóntica en pacientes oncohematológicos: caso clínico

Autores:

Od. Atilio Vela Ferreira. Especialista en endodoncia.
JTP Cat endodoncia Fac Odontología UCALP-SOLP
Od. Marisol Michelet. Jefe Odontología FUNDALEU

Introducción:

Paciente hombre de 78 años con Mieloma Múltiple, con osteonecrosis de maxilar inferior asociada a medicación con bifosfonatos (ácido Zoledronico (Zometa) debido a una prótesis removible no controlada que le generó una ulceración con la posterior evolución al cuadro osteolítico

Caso clínico:

Marzo de 2012

Julio de 2012

Mayo de 2013



Discusión

Dentro de la medicación del mieloma múltiple se encuentran los bifosfonatos que tienen altos porcentajes de ocasionar osteonecrosis espontánea (20%) y asociada a heridas quirúrgicas o traumáticas (80%)

Conclusiones

Realizando las endodoncias múltiples se pudo rehabilitar la función masticatoria por medio de una férula de Isosit con pernos, para luego realizar la toilette quirúrgica de la osteonecrosis; que al cabo de 10 meses presenta una epitelización completa

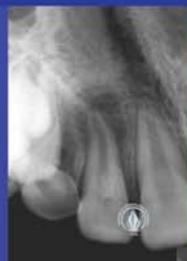
Bibliografía

- Beatrice J. Edwards, MD, FACP; y col. "Updated recommendations for managing the care of patients receiving oral bisphosphonate therapy". An advisory statement from the American Dental Association Council on Scientific Affairs. J Am Dent Assoc 2008; 139: 1674-1677
- American Dental Association Council on Scientific Affairs. "Dental management of patients receiving oral bisphosphonate therapy". JADA Vol 137. August 2006.

Regeneración pulpar. Desinfección con hidróxido de calcio más yodoformo.

Od. Esp. Gabriel Rizzo, Dr. Pablo Spoleti

Los protocolos de apicoformación logran solo el cierre apical, sin permitir el desarrollo en ancho y longitud de la raíz. En la actualidad la regeneración pulpar permite lograr la continuidad del desarrollo radicular en ancho y longitud, como también el cierre apical y la curación de las lesiones apicales.



01/3/2012



Abril 2012



Octubre 2012



04/04/2013



Junio 2013

Discusión

A pesar de que la mayoría de los protocolos publicados indican el uso de la pasta triantibiótica, esta combinación puede generar reacciones alérgicas, resistencia bacteriana, decoloración coronaria (por la minociclina) y es dificultosa su dosificación. Además hay estudios que demostraron que esta combinación es más citotóxica que el uso de cada antibiótico por separado; y que concentraciones excesivas de los antibióticos causan muerte celular. Recientemente (febrero 2013) la AAE reconoció al hidróxido de calcio como agente desinfectante en el protocolo de regeneración pulpar.

Conclusiones

La desinfección del conducto es clave para el éxito del tratamiento de regeneración pulpar. En este caso se decidió el uso de $\text{Ca}(\text{OH})_2$ más yodoformo con solución fisiológica como vehículo por su accesibilidad, amplia aceptación como desinfectante y por un reconocimiento histórico a la Pasta de Maisto Capurro.

Hargreaves et al. Treatment options. Biological basis of regenerative endodontic procedures. J of Endod 2013, 39(3s):s30-43.

Chuensombat et al. Cytotoxic effects and antibacterial efficacy of a 3-antibiotic combination: an in vitro study. J of Endod 2013,39(6):813-9.

Considerations for regenerative endodontic procedure. American Association of Endodontists. Februar 2013.

Alternativa quirúrgica de lesiones que comprometen los tejidos de soporte

Autores: Dra Franciosi F*, Prof. Dra. Rodrigo S. Cátedra "A" de Endodoncia, Facultad de Odontología (UNC), Córdoba, Argentina.

Introducción:

La resección radicular es una alternativas de tratamiento en piezas multirradiculares que presentan infección y pérdida de inserción periodontal.

Caso clínico:

Paciente femenino de 67 años concurre a la consulta con dolor a la percusión y palpación en el elemento 46. Al examen clínico se observa la presencia de fístula en zona de encía insertada y profundidad de sondaje de 9mm alrededor de la raíz mesial. Radiográficamente se visualiza imagen radiolúcida en ápice de dicha raíz.



Discusión:

Los criterios para decidir el tratamiento ideal debería basarse en el procedimiento capaz de eliminar la etiología, tratar de preservar la estructura natural del diente y aumentar o mejorar el pronóstico de la lesión. Consideramos que las estrategias de tratamiento y los resultados clínicos van a depender fundamentalmente de una correcta terapia de mantenimiento periodontal.

Conclusiones:

La radectomía es considerado un tratamiento de futuro incierto en molares inferiores. Sin embargo, la terapia correcta y el mantenimiento periodontal adecuado, permitió en este caso, establecer un pronóstico favorable y lograr la permanencia de la pieza dentaria desde hace 7 años.

Bibliografía:

De Sanctis M y Murphy KG. *Periodontol* 2000;22:154-58
Bashutski JD y Hom-Lay Wang. *J Endod* 2009;35:321-28.
Louis L y col. *J Endod* 2010; 4: 618-25.
Tsesis I y col. *J Endod* 2010;36:1455-58.

CONFORMACIÓN DE CONDUCTOS CURVOS CON SISTEMA RaCe

ZULMA A STACCHIOTTI

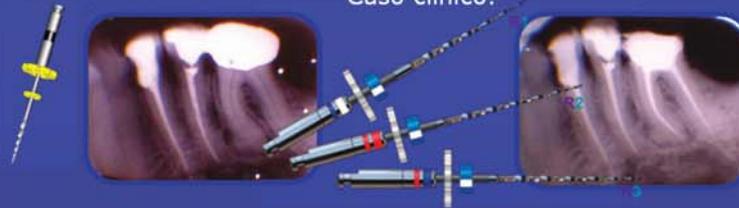
Prof. Adjunta cátedra Endodoncia II Facultad Odontología UCALP-SOLP

Introducción:

La preparación de los conductos radiculares, con sistemas rotatorios de Ni-Ti, se aconseja en especial en la conformación de anatomías radiculares con curvas de moderadas a severas.

Con el sistema RaCe se logra la conformación de conductos curvos con menor posibilidad de transporte del foramen apical, conservando su posición, forma y diámetro original.

Caso clínico:



Discusión

La limpieza y conformación de los conductos radiculares experimentó un cambio muy favorable con la aparición de sistemas mecanizados con aleaciones de níquel titanio.

Conclusiones

Los instrumentos RaCe de Ni-Ti se usan en rotación continua y respetan la anatomía original de los conductos radiculares. Permiten una preparación centrada y minimizan el número de instrumentos requeridos para una buena preparación.

Bibliografía

Ajuz Natasha, Armada Luciana, Goncalves Lucio, Debelian Gilberto, y Siqueira Jose Jr.

Glide Path Preparation in S-shaped Canals with Rotary Pathfinding Nickel-Titanium Instruments

JOE- volume 39, number 4, April 2013



Incisivo lateral superior con dos raíces y dos conductos radiculares. Caso Clínico.



Autores: Martínez Pablo , Corominola Paula , BuldoMauro, Lenarduzzi Ariel, Pablo Rodríguez.

Cátedra de Endodoncia. Facultad de Odontología U.B.A. Prof. Titular Dra. Liliana G. Sierra

Introducción

Las anomalías en la morfología del incisivo lateral superior no es un hallazgo común. Estas piezas dentarias presentan el 100% de los casos una sola raíz con un conducto único (Vertucci 1984; Pineda- Kuttler 1972; Green 1956; Pucci y Reig 1945). Sin embargo, hasta la actualidad, se han reportado en la literatura, casos de incisivos laterales superiores con dos, tres y cuatro conductos radiculares, atribuyéndose estas variantes morfológica a un desarrollo anormal de la pieza dentaria (geminación, fusión, dens in dents).

En el presente caso se describe la realización del tratamiento endodóntico en un paciente con incisivo lateral superior izquierdo con dos raíces y dos conductos.

Caso Clínico

Paciente masculino de 52 años de edad, refiriere dolor espontaneo y dolor a la oclusión en el incisivo lateral superior izquierdo (2.2). Presentaba una apertura realizada hace 48 hr. Las pruebas de percusión vertical fue positiva. A la palpación no presentaban ningún signo ni síntoma como tampoco no presentaba movilidad dentaria. La radiografía periapical revelaba un incisivo lateral superior con dos raíces y dos conductos las cuales no presentaban ninguna radiolucidez periapical y el espacio periodontal se observaba intacto. El diagnostico clínico radiográfico presuntivo fue necrosis pulpar sin compromiso apical. Se procedió a la endodoncia, el cual, revelaba un conducto central y amplio y la exploración sobre la cara mesial a nivel del tercio cervical se insinuaba la entrada a un segundo conducto radicular excéntrico y estrecho, con una orientación mesiopalatino, compatible con la imagen que se observaba radiológicamente.



Rx Preoperatoria



Rx Conductometria



Rx Post operatoria



Rx periapical de incisivos centrales y laterales superiores.

Discusión

En la literatura se han publicado reportes de tratamientos endodóntico sobre incisivos laterales superiores con más de un conducto radicular. La descripción de conductos radiculares múltiples se limita a los informes de casos de anomalías conocido como fusión, geminación o dens in dente. El incisivo lateral superior es la pieza que presenta con más frecuencia el dens in dente, con incidencia variable entre 0,04 y el 10 % .

En el presente caso clinico, el paciente presentaba una corona clínica de un tamaño mesiodistal similar, en forma y tamaño, a su homologo derecho, por lo tanto, no corresponde a una anomalía morfológica de fusión y geminación. Sin embargo, al concurrir a la consulta con una apertura cameral por palatino, no se puede correlacionar a una variante de dens in dente.

En la radiografía periapical, se revelaba también la morfología radicular de los incisivos centrales superior y se observo que la pieza dentaria 2.1 presentaba al igual que la pieza dentaria 2.2, dos raíces y dos conductos radiculares y la pieza dentaria 1.1 revelaba una sola raíz con un conducto único. Clínicamente estos incisivos centrales superiores no presentaban ninguna invaginación adamantina por palatino. Actualmente se han reportaron dos casos de incisivos laterales superior con dos conductos y dos raíces clasificando esta anomalía radicular como el desarrollo anormal de raíces adicionales a la pieza dentaria, por lo tanto, las anomalía de desarrollo no solo puede presentarse en el número de conductos radiculares sino también en el número de raíces.

Conclusiones

El conocimiento profundo de la complejidad anatómica de cada pieza dentaria y sus posibles variaciones de desarrollo representan un gran desafío clínico para el profesional. Estas variaciones morfológicas de desarrollo pueden presentarse en cualquier pieza dentaria, incluyendo el incisivo lateral superior.



Regeneración pulpar. Presentación de tres casos clínicos.



Autores: Pablo Martínez, Paula Corominola, Mauro Buldo, Ariel Lenarduzzi, Pablo Rodríguez.

Introducción

Se ha demostrado que la revascularización se puede lograr en los dientes jóvenes que han sido traumáticamente avulsionados. Es necesario reproducir estas condiciones en el caso de piezas con formación radicular incompleta; muerte pulpar y periodontitis apical; creando un canal libre de bacterias, que contenga un andamio de tejido nuevo para crecer y sea resistente a la penetración bacteriana. Esto es posible con tecnologías disponibles en la actualidad.

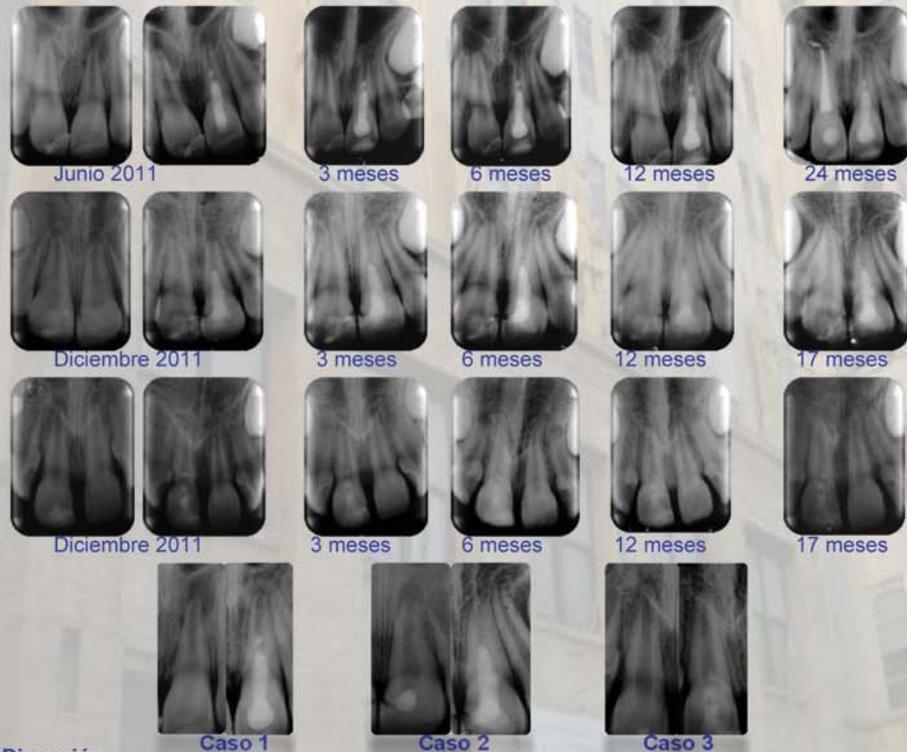
Estas condiciones pueden darse gracias a la presencia de unas células embrionarias multipotenciales denominadas células Stem que se encuentran presentes en la papila apical de piezas dentarias que no han completado su formación radicular. La vitalidad de estas células es clave para que este proceso sea posible.

Este procedimiento conservador permite ganar espesor de la pared dentinaria, longitud radicular y cerrar la porción apical del diente, por el depósito de tejido duro con lo que estaríamos disminuyendo el riesgo de fractura de la pieza dentaria.

El objetivo de este estudio es reportar tres casos clínicos en los que se aplicó a los pacientes el protocolo de revascularización y en la actualidad manifiestan ausencia de signos y síntomas tanto clínico como radiográfico.

Casos clínicos

Todos los pacientes presentan diagnóstico de necrosis pulpar con antecedentes de traumatismo.



Discusión

En este trabajo se informaron tres casos clínicos, que hubieran sido tradicionalmente consideradas con indicación para el tratamiento de apicoformación. El enfoque conservador y la reserva de cualquier resto de tejido pulpar vital puede ofrecer la esperanza de un mejor resultado, aunque el control de la infección del conducto radicular puede ser un tema difícil. La duración de la infección, las especies microbianas involucradas, la inmunidad del huésped, el diámetro del ápice abierto y la longitud radicular pueden jugar un papel importante en el resultado de este tratamiento.

Conclusiones

En el presente informe se presenta un procedimiento de endodoncia regenerativa aplicada a piezas dentarias permanentes inmaduras con diagnóstico de necrosis. Se necesitan más estudios clínicos con un gran número de casos para investigar el resultado del tratamiento de la endodoncia regenerativa.



Variante morfológica del primer molar inferior permanente. Caso Clínico.



Autores: Martínez Pablo, Corominola Paula, BuldoMauro, Lenarduzzi Ariel, Pablo Rodríguez.

Cátedra de Endodoncia. Facultad de Odontología U.B.A. Prof. Titular Dra. Liliana G. Sierra

Introducción

El primer molar inferior es la pieza dentaria más frecuentemente tratada endodónticamente. Skidmore A y Bjorndal A (1971), Pineda F y Kuttler Y (1972) y Vertucci F (1984) coinciden en que el primer molar inferior presenta tres o cuatro conductos radiculares, disponiéndose dos conductos en la raíz mesial y uno o dos conductos en la raíz distal. Sin embargo, la literatura informa que la presencia de un tercer conducto en la raíz mesial se halla con una tasa de incidencia del 1 al 15%, teniendo mayor prevalencia en los estudios in vivo que in vitro. Esta variante puede presentarse tanto como un conducto que converge y se fusiona con el conducto mesiolingual o mesiovestibular, o bien, puede desembocar en un foramen independiente. En el presente trabajo se reporta el tratamiento endodóntico en un paciente que presenta en un primer molar inferior izquierdo con cinco conductos radicular.

Caso Clínico

Paciente femenino de 38 años de edad, con dolor espontáneo y a la oclusión referida a la pieza dentaria 3.6. post apertura. Al examen clínico, respondía positivamente a la percusión vertical y negativamente a la percusión horizontal, mientras que las piezas vecinas y antagonistas respondieron negativamente. A las pruebas térmicas y a la palpación periapical respondió negativamente. La radiografía periapical revelaba un molar inferior con dos raíces bien delimitadas. Se observó un espacio periodontal intacto y la región periapical sin radiolucidez. El diagnóstico presuntivo clínico radiográfico fue necrosis pulpar sin compromiso periapical. Se procedió a la terapia endodóntica realizándose el cateterismo de los conductos con una lima Tipo K 10 (Maillefer, Suiza). La raíz distal, presentaba la entrada a dos conductos radiculares amplios (distovestibular y distolingual). En la raíz mesial se encontraba el conducto mesiovestibular y el mesiolingual y entre ambos conductos se insinuaba la entrada a otro conducto radicular estrecho. Se determinó la longitud de trabajo radiográficamente y con un localizador apical (Morita, Root ZX, Japón). Se realizó una preparación mecanizada con sistema Wave One Small (Maillefer, Suiza) con la técnica de preparación sugerida por el fabricante utilizándose hipoclorito de sodio 2,5 % y EDTAC 17% (Farmadental, Ind Arg). Se obturo con una técnica de condensación lateral.



Rx Preoperatoria



Rx Conductometría



Rx Conductometría



Rx Post Operatoria

Discusión

La morfología dentaria interna del primer molar inferior permanente es variable, hallándose en la literatura reportes de variantes de siete, seis, cinco conductos radiculares y en forma de C. Reeh E. (1998) reportaron un caso de primer molar inferior con seis conductos radiculares, tres distales y tres mesiales, concluyendo que la aparición de un tercer conducto en la raíz distal es una morfología muy atípica de hallar. La presencia de un tercer conducto (mesial medio) en la raíz mesial se ha informado que tienen una incidencia de 1 a 15%. Weine (1982) reportó un caso de un retratamiento de conducto en un primer molar inferior, en el que halló el conducto medio mesial terminando en un foramen independiente. Fabra- Campos (1989) en un estudio clínico de 760 primeros molares inferiores, informó de que 2,6% tenía tres conductos en la raíz mesial, en el cual el 1,7% el tercer conducto se unió al conducto mesiovestibular en el tercio apical, el 1,6% se fusionaba con el conducto mesiolingual y únicamente el 0,13% presentaba un conducto independiente, con salida en un foramen independiente. Sin embargo, Mortman R y Ahn S. (2003) concluyen en su investigación que el tercer conducto radicular mesial, no es un conducto adicional, sino más bien las secuelas de instrumentar el istmo entre los canales mesiovestibular y mesiolingual. En el presente caso clínico los tres conductos mesiales se considero que terminaban en tres forámenes independiente, debido a que las limas de permeabilidad apical alcanzaron longitudes mayores a la longitud de trabajo, cuando se introducían todas simultáneamente en los diferentes conductos.

Conclusiones

El éxito de la terapia de conducto radicular depende de la ubicación de todos los conductos, por lo tanto, se concluye que debe ser considerada la probabilidad de hallar otros conductos radiculares inclusive cuando presentan baja frecuencia de aparición, siendo así un desafío para el odontólogo clínico localizar y tratar adecuadamente este conducto radicular.



“Diagnostico y resolución de fracturas radiculares. Caso clínico”



Autores: Uribe Lucila, Rodríguez Lorena, Willems Gilda, Gómez Nora, Pinasco Laura

Introducción

Las fracturas radiculares, definidas como fracturas que comprometen la dentina, cemento y pulpa, son relativamente poco frecuentes entre los traumas dentales. Se deben generalmente a un impacto frontal que crea zonas de compresión labial y lingual. La zona de stress resultante determina el plano de fractura.

En la dentición permanente las piezas más afectadas son los incisivos centrales superiores.

En el diagnóstico clínico las piezas se presentan ligeramente extruídas por lo que deberá diferenciarse de las luxaciones. Por este motivo el diagnóstico diferencial depende de una técnica radiográfica fiable.

Antecedentes del caso:

Paciente: femenino- 49 años

Lesión: luxación de 2.1, fractura radicular tercio medio del 1.1, fractura radicular tercio apical en 2.2 y 2.3 por accidente en moto (14-07-08)

Tratamiento en el DTCEUBA

Concurre al servicio un mes después del accidente. Se realiza test de sensibilidad: Las piezas 21, 12, 13, 22, 23 responden al estímulo frío. La pieza 11 no responde.

Se le coloca una férula de Fiber Splint. Se realizan controles una vez por mes.

Al mes siguiente se observa fistula vestibular en la zona 2.2. Se decide realizar inactivación del conducto con Hidróxido de Calcio.

Se realizó un nuevo recambio de hidróxido de calcio a los 20 días y un mes después se obtura el conducto en forma definitiva. El retiro de la férula se realizó a los 9 meses de su colocación.

Se realizan controles cada tres meses. Ultimo control el 26-4-13.

Conclusión

Los principios del tratamiento en dientes permanentes son la reducción de los fragmentos coronales desplazados y la inmovilizarlos con fijación semipermanente.

Si el tratamiento es instituido inmediatamente después de la lesión, el reposicionamiento del fragmento por manipulación digital es logrado fácilmente y el pronóstico es mucho más favorable.

El diagnóstico pulpar debe basarse en evaluaciones clínicas y radiográficas.

En los casos en que no se obtenga respuesta favorable a los test de sensibilidad se deberán utilizar los signos y síntomas del paciente como indicador del estado pulpar. La separación de los segmentos fracturados de la raíz a menudo interrumpe la innervación del segmento coronal, que reaccionaria de manera “no vital” a las pruebas de vitalidad pero la circulación colateral a través de la línea de fractura permite que la pulpa conserve su vitalidad como sucedió en las piezas 11 y 23.

Cuanto mayor es la separación de los tramos fracturado y mayor el tiempo transcurrido hasta la reubicación del fragmento coronal peor es el pronóstico.

Discusión

Andreasen y Hjørtting-Hansen fueron los primeros en describir las cuatro categorías de curación de las fracturas radiculares. Los segmentos coronal y apical pueden mostrar unión de tejido calcificado, unión por tejido conectivo, unión por interposición de hueso y tejido conectivo a través de la línea de fractura o formación del tejido de granulación o no curación.

El resultado más conveniente es la unión por tejido calcificado que depende de una pulpa intacta y se ve principalmente en casos con poca o ninguna dislocación del fragmento coronal.

El grado de movilidad del segmento coronal depende de la fuerza del impacto en el diente y la magnitud del apoyo intraóseo del segmento coronal, este último factor guarda relación directa con la situación de la línea de fractura.

Las curaciones por interposición de tejido conectivo se relacionan a una lesión pulpar moderada (extrusión o luxación lateral del fragmento coronal), en la cual se debe completar la revascularización y/o reinervación de la pulpa antes de la participación de la misma en la curación de la fractura.

Bibliografía

Andreasen JO, Andreasen FM: Essentials of Traumatic Injuries to the Teeth. Copenhagen Munksgaard, 1990

Andreasen FM, Andreasen JO, Bayer T. Prognosis of root fracture permanent incisors-prediction of healing modalities. Endodontics and Dental Traumatology 5:11,1989

Andreasen JO, Hjørtting-Hansen E: Intaalveolar root fractures: Radiographic and histologic study of 50 cases. Journal of Oral Surgery 25:414,1967



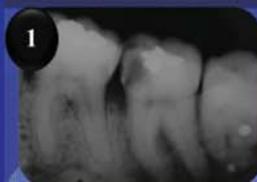
Periodontitis Apical Crónica: desafío de la clínica diaria

Autoras: Menta Gabriela – Sapienza María Elena
FOLP-UNLP - Hospital Neuropsiquiátrico I.E.A. y C.
“Dr. Alejandro Korn”

Introducción:

Patología secuela de la infección endodóntica. Las defensas del huésped actúan contra los microorganismos, lo que resulta en inflamación, resorción de tejidos duros y formación de lesiones periapicales. Es asintomática. El tratamiento consiste en reducir los microorganismos y prevenir la reinfección mediante el sellado hermético. Éxito: ausencia de síntomas y disminución o ausencia de radiolucidez periapical.

Caso clínico:



1
•Paciente fóbica, concurre por pérdida de arreglo de PD 37.
•Ausencia de síntomas y movilidad de PD 37-38.
•Radiografía y diagnóstico presuntivo de PAC.



2
•Acceso cameral.
•Acceso radicular con Gates.
•Conductometría: LAE.
•Instrumentación apical lima 30 y step back a lima 50.
•Irrigación: NaOCl.



3
•Secado.
•Conometría.
•Obturación: condensación lateral a conos múltiples.



4
Control inmediato.



5
Control mediato 8 meses.



6
Control mediato 1 año y 8 meses.

Discusión

Existen varias técnicas, instrumentos y sustancias que pueden utilizarse para tratar esta patología, sin embargo hay factores fundamentales a tener en cuenta durante el tratamiento como son el mantenimiento de la asepsia, para no sobreagregar microorganismos y el conocimiento de la anatomía, para tratar correctamente el sistema de conductos.

Conclusión

Esta es una patología frecuente dentro de la práctica odontológica, que compromete no solo a la pieza dentaria involucrada sino también a los tejidos perirradiculares e incluso puede afectar a las piezas dentarias adyacentes, pero tratada correctamente, las tasas de éxito son muy altas.

Bibliografía

- Bergenholtz Gunnar, Endodoncia. Diagnóstico y Tratamiento de la pulpa dental. Manual Moderno. 2007.
- Cohen Stephen, Vías de la Pulpa, 9ª Edición. Editorial Elsevier, 2008.
- P.N.R. Nair, Pathogenesis of Apical Periodontitis and the Causes of Endodontic Failures, Critical Reviews in Oral Biology & Medicine, 2004.

Un desafío endodóntico: Conducto en "C"

Carrera de Especialización en Endodoncia. F.O.U.B.A

Dimaio Y; Chavez S; Ritacco ED; Labarta AB; Sierra LG.

Introducción

Los conductos en C son variaciones morfológicas frecuentes en segundos molares inferiores. Poseen fusión radicular por cara vestibular o lingual. Tienen piso profundo y conductos con anastomosis. Fan los clasificó radiográficamente en, **Tipo I:** Fusionado, **Tipo II:** Simétrico y **Tipo III:** Asimétrico. El **objetivo** de este trabajo es concientizar al clínico sobre la dificultad que presenta esta anatomía en la realización exitosa del tratamiento endodóntico.



Fig 1. Rx Preoperatoria

Caso clínico

Paciente masculino, 19 años. Presentó dolor espontáneo, contínuo, pulsátil e irradiado que calmaba con el frío en pieza 3.7. Se observó caries, respuesta positiva a pruebas de sensibilidad pulpar, percusión vertical y exploración. Radiográficamente evidenció cámara pulpar amplia y tres conductos rectos, raíz cónica y ápice desarrollado (Fig 1). Diagnóstico presuntivo pulpitis abscedosa. Se observó **forma de C continua** en piso cameral (Fig 2). Conductometría (Fig 3). Instrumentación con Sistema Easy Race. Irrigación con NaOCl 5,25%. Conometría (Fig 4). Obturación con Técnica Híbrida de Tagger. Se observó la **forma de C continua** del material de obturación en piso cameral (Fig 5). Radiografía postoperatoria muestra obturación de delta apical (Fig 6).



Fig 2. Forma de C



Fig 3. Conductometría



Fig 4. Conometría

Discusión

No se puede predecir la configuración anatómica en toda su longitud por la forma que presenta su entrada. Clínicamente se diagnostica observando la anatomía del piso cameral y la hemorragia persistente, que es característica. La radiografía muestra que los instrumentos convergen en el ápice y/o pueden salir por la furcación simulando una perforación. La TC Cone-Beam (3D) es muy útil para identificar estas anatomías. El microscopio operativo y el ultrasonido se usan para su instrumentación y obturación. El espesor mínimo de la pared dentinaria está en el área de la fusión, en el tercio coronario.



Fig 5. Forma de C

Conclusiones

La complejidad anatómica del conducto en C interfiere en su instrumentación y obturación. Se diagnostican por interpretación simultánea de la radiografía preoperatoria y la observación clínica del piso cameral. Usar limas de pequeño calibre e NaOCl al 5,25% es importante para realizar la instrumentación del mismo. Los mejores resultados en su obturación se obtienen con técnicas termoplastizadas.



Fig 6. Rx Postoperatoria

Bibliografía

- Fan B, Min Y, Lu G, Yang J, Cheung G, Gutman J. Negotiation of C-shaped Canal System in Mandibular Second Molars. J Endod. 2009; 35:1003-08.
- Jafarzadeh H, Nong Y. The C-shaped Root Canal Configuration: A Review. J Endod. 2007;33:517-23.

OBTURACIÓN DE CONDUCTO ACCESORIO DISTAL EN 2° MOLAR INFERIOR

Autor: Od. Marcos Gastón Laurens

Introducción: La instrumentación y conformación de los conductos radiculares debe respetar la anatomía presente. Lograr que la preparación posea un mayor diámetro a nivel del tercio cervical y uno menor a nivel apical, es necesario para que los líquidos irrigantes, sean efectivos en la eliminación química de las sustancias orgánicas e inorgánicas presentes en el sistema de conductos.

Caso Clínico: Mariel, 35 años, con pulpitis infiltrativa por caries en OM de 47. **Instrumentación:** apertura-pre Gates con limas flexofile 10 a 30. Gates-Glidden 1-2-3. Step Back con limas manuales flexofile: 15, 20, 25, 30. Race 20.02 y 25.02. Mtwo 25.06 y 30.05. **-Irrigación:** NaClO 5,25%. Final: clorhexidina 0,2%, EDTA 17% y alcohol etílico 96°. **-Lubricación:** glicerina. **-Permeabilidad:** en los 3 conductos.



Discusión: La irrigación de los conductos con sucesivas reposiciones de Hipoclorito de Sodio (mantenido en un recipiente a 60° C), activándolo con ultrasonido, logró potenciar su eficacia. El lavado final con EDTA y alcohol fue vital para la correcta penetración del sellador.

Conclusiones:

- *El uso de lubricantes permite un eficaz deslizamiento de los instrumentos a lo largo y ancho de los conductos.
- *La irrigación copiosa, abundante y activada con ultrasonido, permite una óptima acción del Hipoclorito de Sodio.
- *El secado realizado mediante la aspiración con jeringas de irrigación y sondas emboladas estériles, permitieron un correcto corrimiento del sellador.

Bibliografía:

- Hargreaves, Cohen. "Cohen's Pathways of the Pulp", 10th Edition. Mosby, 2011-Chapter 7-"Tooth Morphology and Access Cavity Preparation"
- Pecora, Capelli, Guerisoli, Spano & Estrela."Influence of cervical preflaring on apical file size determination".
- Schilder, Herbert. "Limpieza y desinfección de los conductos"
- Kara Tuncer A. "Effect of different final irrigation solutions on dentinal tubule penetration depth and percentage of root canal sealer".
- Baek SH, Lee W. "Effect of final irrigation regimen on sealer penetration in curved root canals.
- Teixeira CS, Felipe MC, Felipe WT. The effect of application time of EDTA and NaOCl on intracanal smear layer removal: an SEM analysis.

Uso del sistema Reciproc para la práctica diaria

Resa, Ana Laura. Jefe de trabajos prácticos. Cátedra de Endodoncia II .Facultad de Odontología UCALP-convenio SOLP

La utilización de los sistemas de limas únicas están generando nuevas expectativas en la Endodoncia.

El sistema Reciproc permite realizar la preparación del conducto con una sola lima de níquel titanio M-Wire , que es activado por un motor que trabaja por rotación reciproca.



Utilizar un sistema de lima única genera un cambio de paradigma, ya que la costumbre adquirida es utilizar sistemas compuestos por varios instrumentos para lograr un ensanchamiento gradual del conducto.

El sistema Reciproc parece ser adecuado para la preparación de conductos radiculares, ya que presenta mayor resistencia a la fractura torsional y a la fatiga cíclica. Esta última es mayor en los 5mm de la punta. Produce mayor extrusión de detritus, que Mtwo y Protaper, sin afectar el resultado clínico. Genera preparaciones centradas, sin transportaciones, reduce el tiempo de trabajo y es de técnica fácil.

Influence of continuous or Reciprocating Motion on cyclic Fatigue Resistance of Different Nickel-Titanium Rotary Instrument. JOE, 2013 Pedulla E; Grande N M; Plotino; 39:258-261.

Difference in cyclic fatigue resistance at the apical and coronal level of reciproc and wave one new files. Arias, Perz, Higueiras, J, J De la Mallorca J. JOE 2012, 38, 1244-1248.



Regeneración ósea post cirugía apical utilizando hueso particulado y membrana reabsorbible: caso clínico



Autores: Rodríguez P.A. Fernández Solari J., Lenarduzzi A., Sierra, L.G., ELVERDIN J.C

Cátedra de Endodoncia Facultad de Odontología U.B.A.

Catedra de Fisiología

INTRODUCCION

La cirugía apical es un tratamiento alternativo importante en los casos de lesiones periapicales. El éxito en el tratamiento de las mismas depende de la reducción y eliminación de los microorganismos presentes. Muchas veces estas no son satisfactorias con solo el tratamiento endodóntico convencional. Por eso resulta fundamental para el endodoncista indicar conocer la técnica y aplicar en el momento adecuado una terapéutica alternativa como las Cirugías Apicales (apicectomía curetaje apical retro obturación). Históricamente este tipo de tratamiento no tubo el éxito esperado debido, muchas veces, a la invaginación del tejido conectivo dentro de la lodge quirúrgica preparada, debido a un diferente tiempo reparativo entre ambos tejidos. Es por esto que se confeccionó un protocolo, que incluye la colocación de una membrana reabsorbible de colágeno interpuesta entre el colgajo de espesor total y el tejido óseo, con el objetivo de salvar el problema descrito. El advenimiento de nuevas bio tecnologías aplicadas a la odontología mas el uso del recurso del microscopio operativo permiten hoy la realización de microcirugías apicales con una mayor definición quirúrgica

REPORTE DE CASO

Paciente derivado al servicio, que se presenta ala consulta con indicación de cirugía apical. Presentando una restauración periférica total correctamente adaptada sobre un anclaje de aspecto radiográfico deficiente. El alto riesgo de fractura limita la repetición del anclaje radicular mediante SE DECIDE TRATAMIENTO QUIRURGICO. Se realizo el legrado, exposición del ápice radicular y la zona periapical afectada. Se procedió a la limpieza, con la utilización de magnificación, se empleo un microscopio Kapps (Colonia, Alemania). Con el auxilio de micro espejos se pudo acceder a la visión dela zona palatina de la raíz, que de otra manera hubiera resultado de imposible visualización se utilizo tetraciclina en polvo, que forma parte de nuestro protocolo quirúrgico ya que su vehiculo acido facilita la remoción de tejido fibroso adherido a la estructura ósea remanente. Una vez limpia la cavidad se continuo con la preparación quirúrgica por método ultrasónico del conducto radicular por vía retrograda, se procedió al secado con conos de papel y se obtuvo con gutapercha termoplastizada y condensación vertical con "System B" (Analytic tecnology, USA) finalizada esta maniobra se sello el ápice radicular con ionomero vítreo Fuji 9. (GC) Una vez finalizado el tratamiento endodóntico se relleno la lodge ósea con aliojetro FDA "Hueso Humano Liofilizado" (Ostium BIOTAR Rosario, Argentina) se coloco una membrana "Fascia Lata Liofilizada" (Ostium BIOTAR Rosario, Argentina) con 10 mm de margen de seguridad y se realizo la sutura correspondiente se indico medicación corticóide antibiótica y se tomo rx postoperatoria inmediata Se controló a los 5, 7, y 15 días, y controles a distancia hasta 18 meses



RX Pre Operatoria



Foto Pre Operatoria



Vista Primaria



Tetraciclina



Cavidad Preparada



Exposición Ápice Radicular



Microespejos



Condensación Vertical Retrograda



Sellado Cavitario con Ionomero Vítreo



Relleno Óseo



RX Post Operatoria



Post Operatoria



Post Operatoria 15 meses



Colocación de Membrana

DISCUSION

Como ya se expuso el fracaso endodóntico se debe mayormente a la persistencia de microorganismos, formación de biofilm bacteriano que representan los problemas que aun no han sido resueltos en endodoncia (Orstavik D., siogren) y a la inaccesibilidad anatómica. Es por ello que el tratamiento complementario a la endodoncia planteado en este caso clínico y que forma parte de nuestros protocolos quirúrgico que en nuestra casuística clínica (de seguimiento) hemos obtenido valores d éxitos coincidentes con las publicaciones científicas en un rango de 88 a 90 % de éxito. , mediante un protocolo quirúrgico con colocación de relleno con biomateriales y utilización de membrana, que actúa como barrera entre tejidos blandos y duros se logrando paridad en los periodos de cicatrización. La utilización de la microscopía nos permite acceder al terreno quirúrgico que nos era dificultoso con la cirugía tradicional. El desafío esta en lograr a través de la endodoncia convencional o de la cirugía completaría la regeneración ósea.

CONCLUSION

La disyuntiva del clínico es indicar un tratamiento endodóntico o implanto lógico tendrá que ver en el future con nuestros mayores índices de porcentaje de éxito desafiando el 97% que hoy tiene la implanto logia

BIBLIOGRAFIA

- Rubinstein RA, Kim S. Short-term observation of the results of endodontic surgery with the use of surgical operation microscope and Super-EBA as root end filling material. J Endod 1999; 25:43-8
- Rubinstein RA, Kim S. Long-term follow-up cases considered healed one year after apical microsurgery. J Endod 2002; 28:378-83
- Zuolo ML, Ferreira MO, Gutmann JL. Prognosis in periradicular surgery: A Clinical Prospective Study. Int Endod J 2000; 33:91-8
- Igor Thesis, Eyal Rosem, Devorah Schwartz-Arad And Zvi Fuss. Retrospective Evaluation of Surgical Endodontic Treatment: Traditional versus Modern Technique. J Endod 2006; 32:6-412
- Sjogren, influence of infection at the time of root filling on the outcome of endodontics treatment of teeth with apical periodontitis. In end Journal 1997 30 297c



Diagnostico y Tratamiento de Incisivo lateral superior con reabsorción dentinaria interna.

*Carlos E. Peucelle, Carlos E Russo. Curso Urgencias en Odontología. Servicio de Guardia Hospital de Odontología "Dr. Ramón Carrillo". Ciudad Autónoma de Buenos Aires.

**D
I
A
G
N
Ó
S
T
I
C
O**

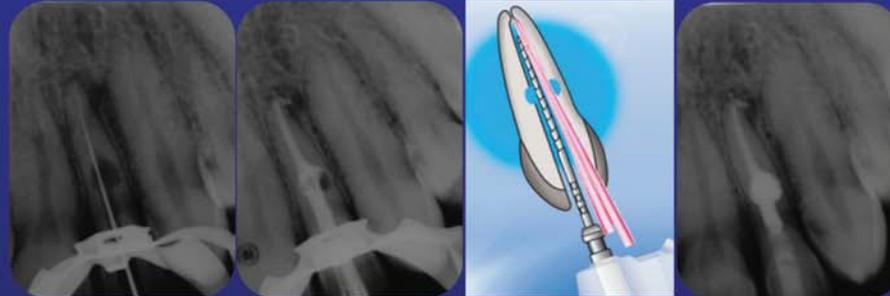
Paciente Masculino, 41 años.
Riesgo médico. Hallazgo rx. Antecedente: Restauración palatina (posible protección pulpar directa)



Reabsorción Dentinaria Interna con lesión periapical asociada

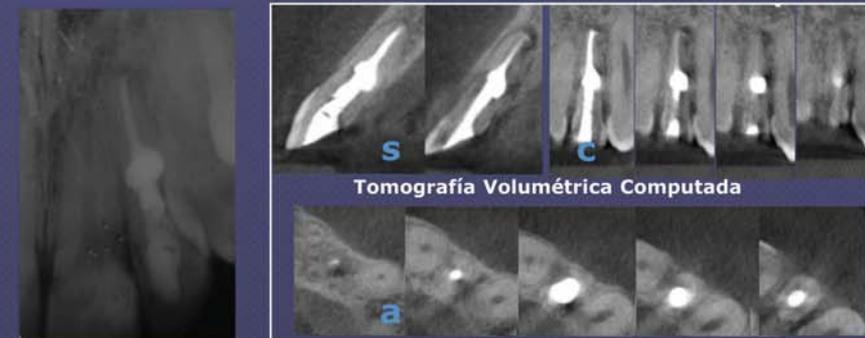
	Reabs. Externa 	Reabs. Interna 
Márgenes	Rugoso. Apollado. Variación en densidad	Liso. Bien definido
Forma	Irregular y asimétrica	Simétrica
Efecto sobre el contorno del conducto	Contorno inalterado	Cambio en la configuración anatómica del conducto
Angulación Rx	La reabsorción se desplaza del conducto	La reabsorción permanece asociada al conducto.
Reabs. Ósea	En la mayoría reabsorbe el hueso adyacente	No hay reabs. ósea (a menos que sea perforante)

**T
R
A
T
A
M
I
E
N
T
O**



Sesión Única. Profilaxis ATB (Indicación médica). Prep. quirúrgica: Inst. Manual Limas K (LAM N° 55); Fresas de largo I y II. Hipoclorito de Na 5%. Activación Ultrasónica.
Obturración: Gutapercha Termoplastizada.-Tec. Híbrida de Tagger. Cono Maestro N° 55. Sellador: Cemento de Grossman.
Obturración Coronaria: Ionómero Vitreo y Resina Compuesta

**C
O
N
T
R
O
L
A
D
I
S
T
A
N
C
I
A**



**B
I
B
L
I
O
G
R
A
F
Í
A**

Internal inflammatory root resorption: the unknown resorption of the tooth. Haapasalo M, Endal U. Endodontic Topics 2006; 14, 60-79
Estudio comparativo entre diferentes técnicas para la obturración de reabsorciones internas creadas artificialmente. F. Goldberg, E. Manzur, M. Mignanelli. RAOA 2001; 89 (2) 125-9
Evaluation of the apical seal produced by a hybrid root canal filling method, combining lateral condensation and thermatic compaction. Tagger M, et al. J Endod. 1984; 10(7):299-303.
Reabsorción dentinaria interna. Reporte de un caso. Rev. de la Asociación Dental Mexicana. 2005; 62(2):63-66
Effectiveness of different gutta-percha techniques when filling experimental internal resorptive cavities. Gencglu N et al. Int Endod Journal 2008; 41(10):836-42.



REABSORCIÓN DENTINARIA INTERNA

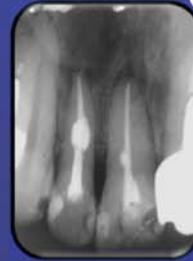


Od. Candela Sakalian, Od. Carolina Villalba, Dra. Cecilia de Caso.
Cátedra de Endodoncia, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba

Introducción:

La reabsorción dentinaria interna es una patología pulpar ocasionada por un proceso inflamatorio del complejo dentinopulpar, de etiología diversa, la cual por lo general cursa de manera asintomática y sólo se detecta por hallazgos radiográficos, que se manifiestan como un aumento o agrandamiento radiotransparente del diámetro de la cámara pulpar o conducto radicular.

Caso clínico:



Radiografías pre-operatorias

Conductometría

Radiografías post-operatorias

Discusión

La confirmación del diagnóstico de RDI plantea una serie de estrategias terapéuticas, que pueden ser muy diversas, como hipoclorito de sodio, EDTA, activación ultrasónica, una sesión, dos sesiones, MTA, gutapercha fría, gutapercha caliente, pronóstico, restauración definitiva. La selección del procedimiento adecuado será válida, siempre y cuando esté fundamentada en la evidencia científica y el juicio crítico del especialista.

Conclusiones

La reabsorción dentinaria interna requiere para su abordaje terapéutico considerar diferentes alternativas. Después del seguimiento clínico y radiográfico por 10 meses se puede afirmar que la terapia endodóntica tradicional y las estrategias aplicadas han resultado adecuadas para lograr el éxito del caso clínico.

Bibliografía

- GOLDBERG, F., MANZUR, E. y MIGNANELLI, M. (2001). Estudio comparativo entre diferentes técnicas para la obturación de reabsorciones internas creadas artificialmente. *Rev. Asoc. Odontol. Argent.*; 89 (2): 125-129.
- LIROUDIA KM, DOROU VI, PANTELIDOU OC, LABRIANIDIS T, PITAS IK. (2002). Internal root resorption studied by radiography, stereomicroscope, scanning electron microscope, and computerized 3D reconstructive method. *Dent Traumatol.* 18: 148-52.
- VIER FV, FIGUEIREDO JAP. (2004). Internal apical resorption and its correlation with the type of apical lesion. *Int Endod J* 37: 730-37.
- GABOR C, TAM E, SHEN Y, HAAPASALO M. (2012). Prevalence of internal inflammatory root resorption. *Jendod* 38:1, 24-27.

Obturación de conducto accesorio en conducto distal de 2do Molar Inferior

Autor: Marcos Gastón Laurens

Introducción:

-Mariel, paciente de 35 años de edad, con pulpitis infiltrativa por lesión cariosa en caras oclusal y mesial de molar 47

-Instrumentación: Apertura- Pre Gates con limas flexofile 10,15,20,25,30. Gates 1-2-3. Técnica Step Back con limas manuales flexofile: 15,20,25,30.

Race 20.02 y 25.02. Mtwo 25.06 y 30.05.

-Irrigación: NaClO 5,25%. Final con Alcohol puro, clorhexidina 0,2% y EDTA 17%.

-Lubricación: glicerina.

-Permeabilidad: lograda en los 3 conductos.

Caso clínico:



Discusión

Paciente con intenso dolor. Luego del bloqueo anestésico, se accede a cámara pulpar, se instrumentan los conductos que se perciben con importantes curvaturas a nivel de los tercios medio y apical. Se permeabilizan y se irrigan abundantemente con Hipoclorito de Sodio, activándolo reiteradas veces con ultrasonido. Lavado final con EDTA, con correcta penetración del sellador.

Conclusiones

- *El uso de lubricantes permite un eficaz deslizamiento de cada instrumental a lo largo y ancho de los conductos.
- *La irrigación copiosa, abundante y estimulada por la aplicación de ultrasonido, permite una óptima activación del Hipoclorito de Sodio.
- *El secado realizado mediante la aspiración con jeringas de irrigación y sondas emboladas estériles, permite un correcto corrimiento del sellador.

Bibliografía

Hargreaves, Cohen. "Cohen's Pathways of the Pulp", 10th Edition. Mosby, 2011. CHAPTER 9 -Cleaning and Shaping of the Root Canal System-Pecora, Capelli, Guerisoli, Spano & Estrela. "Influence of cervical preflaring on apical file size determination". Schilder, Herbert. "Limpieza y desinfección de los conductos" Kara Tuncer A. "Effect of different final irrigation solutions on dentinal tubule penetration depth and percentage of root canal sealer" Baek SH., Lee W. "Effect of final irrigation regimen on sealer penetration in curved root canals. Teixeira CS, Felipe MC, Felipe WT. The effect of application time of EDTA and NaOCl on intracanal smear layer removal: an SEM analysis. Franklin S. Weine. "El enigma del conducto lateral". Dental Clinics of North America. Vol 28, N° 4, October 1984.



Reabsorción inflamatoria, tres años posterior al reimplante dentario. Resolución protética. Caso clínico



Autores :Willems Gilda, Uribe Lucila, Rodríguez Lorena, Lenarduzzi Ariel, Rodríguez Pablo, Pinasco Laura, Gómez Nora DTUBA (departamento de traumatismos Catedra De endodoncia U.B.A).

Introducción:

El grado de curación periodontal luego de la replantación de una pieza dentaria alcanza hasta un 36% de éxito según demuestra la literatura actual.

Diversos factores clínicos inmediatos y/o a distancia de la lesión, contribuyen al desencadenamiento de la reabsorción de los tejidos duros del diente. Estas se presentan de forma más agresiva en individuos jóvenes. Es probable que lesiones al periodonto o tejidos peri-radicales inicien la liberación de mediadores que activen varias vías de inflamación .

La replantación dentaria, en los casos en que dichos factores fueran favorables (tiempo y medio de almacenamiento, longitud de raíz, edad del paciente, etc.) es un procedimiento de elección.

Antecedentes del caso:

Paciente femenino- 15 años

Lesión :avulsión de 2.1 ,fractura amelo-dentinaria del 1.1 por caída accidental

Medio de conservación: solución salina y posterior en leche

Reimplantación: una hora post accidente.(Fig. 1)

Tratamiento en el DTUBA

Concurre al servicio quince días después del accidente con férula de composite (Fig 2).

Se realiza la apertura del 21 y se obtura con una mezcla de hidróxido de calcio y pasta cortico-antibiótica(Fig 3).

Los controles clínico-radiográficos y recambios de hidróxido de calcio fueron cada 30 días durante 3 meses. A los cuatro meses se realiza la obturación definitiva con conos y cemento de Grossman (Fig 4).

Dos años después observamos una infra-clusión de la pieza confirmando diagnóstico de anquilosis con una tomografía. (fig 5)

A los tres años de la lesión se observa una importante reabsorción dentinaria externa (fig 6).y se realiza la cirugía con colocación de un implante.(Fig 7 y 8) y su rehabilitación protética definitiva tres meses después.

Discusión

La reimplantación se la puede considerar una medida temporal ya que muchas veces estos dientes se pierden por reabsorción radicular .

Sin embargo hay caso reportados de dientes reimplantados que bajo ciertas condiciones se mantuvieron por 20 a 40 años

El mantenimiento de una buena higiene por parte del paciente colaboraría en mantener la integridad y función de la pieza reimplantada

Conclusión:

Las reabsorciones inflamatorias y las anquilosis son secuelas frecuentes luego del reimplante dentario.

En la anquilosis, la pieza dentaria se puede presentar en infra oclusión ya que . el hueso alveolar que lo rodea enlentecce su crecimiento, llegando a veces el diente a sumergirse en él dependiendo de la relación entre la edad del paciente y la intensidad de la lesión. Cambios inflamatorios en los tejidos circundantes contribuirían a la aparición de una reabsorción inflamatoria localizada en una primera instancia en la unión cemento-adamantina

En este caso, al producirse luego del crecimiento puberal, la infra oclusión no fue tan severa. La presencia de bacterias en el surco gingival y su penetración en los túbulos dentinarios, a causa de una higiene deficiente ,podría ser una de las etiologías del desencadenamiento de la reabsorción inflamatoria.

Es recomendable para su diagnóstico y tratamiento un seguimiento con controles clínico-radiográficos y tomográficos a los dos, y seis meses, uno, dos y cinco años.



1 Avulsion 2 aspecto clínico y rx de férula



3 relleno (Ca OH) 4 obt Definitiva



Fig 6

Fig 7

Fig 5

Fig 8



Post.operatorio clínico y rx

REABSORCIÓN DENTINARIA EXTERNA

Autores: Od. Leandro RÍOS.

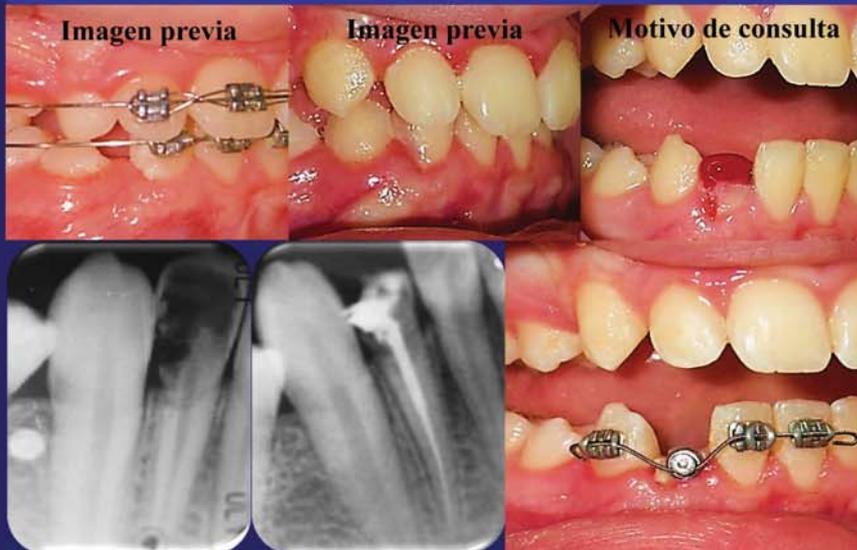
Introducción: El tratamiento ortodóncico genera fuerzas que si no son controladas pueden producir reabsorciones en las piezas dentarias involucradas.

Caso clínico: Luciano, 14 años, consulta por cambio de coloración en 4.2. No recuerda haber tenido algún trauma. Dos meses atrás finalizó el tratamiento ortodóncico, por lo cual se decide una interconsulta con el profesional tratante para obtener fotos previas.

Se diagnostica reabsorción dentinaria externa. Presumiblemente generadas por fuerzas desmedidas en el tratamiento ortodóncico. Se realiza la endodoncia de la pieza 4.2 en forma urgente.

Posteriormente por medio de fuerzas ortodóncicas se realiza la extrusión de la pieza hasta dejar al descubierto el defecto para ser tratado por el periodoncista. Siendo esto posible gracias a la longitud radicular que ofrece la pieza.

Cuando los tejidos se encuentren en un estado óptimo de salud se procederá a la rehabilitación protésica.



Discusión: Las reabsorciones generadas por fuerzas ortodóncicas suelen presentarse en el extremo apical de las piezas dentarias. Casos como el presentado suelen ser infrecuentes.

Conclusiones: El seguimiento interdisciplinario y el diagnóstico precoz se hacen necesarios para evitar lesiones que, avanzadas, generan tratamientos más complejos.

Bibliografía:

Brezniak N, Wasserstein A. Root resorption alter orthodontic treatment. Am J. Orthod. Dentofac.Orthop. 1993;103(1):62-66.2.

Linge L. Patient characteristics and treatment variables associated whith apical root resorption during orthodontic treatment. Am J. Orthod, Dentof. Orthop. 1991;99:35-43

Graver V.H. Ortodoncia principios generales y técnicas: reabsorción radicular. Editorial Panamericana. Argentina,2003. pp. 167-179.

Artun, J; S. I. Orthodontic. Apical root resorption Six and 12 Months after initiation of fixed orthodontic appliance therapy. 2004,p.p 2.

ENDO ACTIVATOR®

UN MANEJO SENCILLO & UNA SOLUCIÓN
SIMPLE PARA ACTIVAR SU IRRIGACIÓN



Diseñado por
Clifford J. Ruddle DDS,
Robert H. Sharp DDS,
Pierre Machtou DDS

BENEFICIOS MÚLTIPLES

SEGURIDAD

- Puntas resistentes y flexibles, en polímero de grado médico
- Único uso con cada paciente
- Puntas no revestidas, ni cortantes

EFICAZ

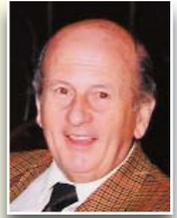
- Se crea un fluido hidrodinámico que mejora el desbridamiento y la desorganización del barro dentinario y el biofilm

SIMPLE

- Técnica clínica muy sencilla
- Aparato intuitivo
- Ideal cuando se requiere portabilidad

DENTSPLY
MAILLEFER

Beca de la Sociedad Argentina de Endodoncia, Prof. Dr. Enrique Basrani



Las condiciones y requisitos para acceder al concurso Beca Prof. Dr. Enrique Basrani son las detalladas a continuación:

El plan de trabajo deberá encarar una investigación aplicada a la disciplina Endodoncia que se espera culmine con un manuscrito enviado para su publicación en la Revista de la Asociación Odontológica Argentina, dejando constancia del apoyo financiero recibido.

Los proyectos podrán tener 1 o 2 años de duración prevista. El Tutor del Proyecto deberá recibir un informe semestral de avance y uno final.

Mientras dure el proyecto, el grupo de Investigación involucrado, no podrá presentarse a un nuevo concurso hasta haber finalizado su trabajo.

Todos los pacientes incluidos deberán firmar el anexo II y haber leído y firmado el anexo III. Asimismo, deberán tenerse en cuenta todos los principios éticos relacionados con la tarea de investigación y el uso de animales en laboratorio.

Financiación: El subsidio anual será de hasta \$ 4.000 distribuidos a convenir de acuerdo a la modalidad del proyecto de investigación aprobado.

Presentación del Proyecto: El Proyecto se presentará en un formulario provisto por la SAE que deberá contener:

Detalle del Plan de Investigación.

Antecedentes bibliográficos y documentales en general que identifiquen el grado de originalidad de la investigación.

Nombres, curriculum vitae de los integrantes de la Investigación y lugar principal de realización del proyecto.

Presupuesto de los gastos para la ejecución del Proyecto.

Otras informaciones necesarias para la evaluación (cantidad de unidades experimentales - pacientes u otras - con especificación de los criterios a utilizar para su inclusión o exclusión, diseño experimental, proceso general de obtención de datos con descripción de los instrumentos a emplear para ello, forma prevista de análisis estadístico o cualitativo según corresponda), según se indica en las planilla que se adjunta como Anexo I.

Fecha tope para la presentación: **31 de mayo del año en curso.**

Lugar de presentación: secretaria de la SAE, Sr. Fabián Capano. Se deberán entregar 5 copias escritas y un CD.

NOTA: Los trabajos que fueron presentados en cursos anteriores y no obtuvieron la adjudicación económica, podrán hacerlo el año siguiente.

ANEXO I

Plan de investigación

Título:

Resumen: (Máximo 200 palabras).

Estado actual del conocimiento sobre el tema (desarrollado en una carilla como máximo).

Objetivos e hipótesis de la investigación (no más de una carilla).

Plan a desarrollar (Materiales y métodos).

Duración estimada del estudio y cronograma de desarrollo.

Presupuesto.

Referencias bibliográficas.

ANEXO II

Consentimiento de pacientes

Antes de dar mi consentimiento firmando este documento he sido informado de su contenido. He recibido, además, una copia escrita con un resumen de esa información.

El odontólogo investigador ha contestado personalmente y a mi entera satisfacción todas las preguntas respecto a esta investigación.

Estoy de acuerdo en informar todos los síntomas inesperados o inusuales y cumplir con los procedimientos establecidos para la realización del estudio.

Estoy informado de que puedo retirarme del estudio en el momento en que yo lo disponga.

Basándome en esta información acepto voluntaria y libremente participar en este estudio, por lo que firmo el presente, reteniendo una copia.

.....
Firma

.....
Aclaración

Paciente o responsable legal:

Operador:

Testigo:

Lugar y Fecha:

En caso de presentar algún problema, comuníquese con el Dr.:

Dr.:TE.:

Dr.:TE.:

ANEXO III

Folleto de información para el paciente

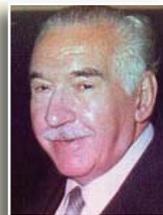
Los responsables del Proyecto deberán redactar una explicación sencilla y clara de los siguientes items para el paciente: 1. Título del trabajo. 2. Propósito del Estudio. 3. Duración del estudio. 4. Enumeración de sus derechos como participante en el Estudio. Su participación en este ensayo es completamente voluntaria y Ud., podrá negarse a participar en él, sin afectar esto la atención médica. El investigador retiene el derecho de retirarlo del ensayo si piensa que es en función de su mejor cuidado médico o si detecta que Ud. no informó correctamente de su historia médica o si no siguió correctamente las indicaciones del Estudio. 5. Explicación de la participación del paciente en el estudio. Previo al ingreso en el Estudio Ud. recibirá todas las explicaciones y respuestas a sus preguntas. El investigador le pedirá que confirme que Ud. ha recibido esta información y otorgue entonces su consentimiento por escrito. Le preguntaremos acerca de su historia clínica para determinar si Ud. es apto para participar en este Estudio. Ud. no deberá ingerir ni administrarse ningún tipo de medicación excepto la prescrita. En caso de necesitar hacerlo deberá informar al Odontólogo que esta realizando su control. Deberá realizarse los estudios radiográficos de control, cada vez que el investigador a cargo se lo indique. 6. Precauciones o restricciones de sus actividades durante el ensayo. 7. Confidencialidad: Toda la información obtenida durante el curso del trabajo es estrictamente confidencial. Los datos podrán presentarse en reuniones científicas pero no incluirá ninguna información que lo identifique a Ud. como participante de este trabajo. 8. Contacto en caso de urgencia:

Investigador/es

<i>Nombre</i>	<i>Teléfono</i>	<i>Horarios</i>
.....
.....
.....

Esta planilla es por duplicado con la firma del paciente en ambos ejemplares.

Reglamento Premio Prof. Dr. Oscar Maisto*



Objetivo: En reconocimiento a la trayectoria del Profesor Dr. Oscar A. Maisto pionero de la Endodoncia Latinoamericana, la SAE resolvió en el año 1980 otorgar un premio en su nombre, al Mejor Trabajo de Investigación sobre la Especialidad. El objetivo de este reconocimiento es incentivar el espíritu de investigación que aporte un avance significativo en el campo de la Endodoncia.

1. El mismo será otorgado cada 2 años durante el Congreso de la SAE o en caso de no efectuarse el mismo, se entregará en la Asamblea Anual Ordinaria.
2. Podrán optar a dicho premio, los odontólogos socios de la SAE. Cuando el trabajo tuviere varios autores, como mínimo uno de ellos, deberá cumplir con el requisito mencionado.
3. Cada autor o autores podrán presentar como máximo tres trabajos.
4. Los trabajos podrán tener la extensión que su autor juzgue conveniente y serán presentados por copias quintuplicadas y una copia en CD. La entrega se efectuará hasta el 31 de Mayo del año correspondiente en la Secretaría de la SAE. La SAE entregará una constancia por los trabajos presentados.
5. Los trabajos deberán ser originales no habiéndose publicado o presentado oralmente, en forma total con anterioridad.
6. Los trabajos se identificarán con seudónimos. En un sobre adjunto cerrado se incluirán los datos de identidad, número de socio, domicilio y teléfono del autor o autores, en el que se inscribirá el seudónimo.
7. Los trabajos presentados no premiados podrán ser devueltos una vez expedido el Jurado sin abrir los sobres conservando el secreto de autor.
8. El premio Profesor Dr. Oscar A. Maisto consiste en una medalla al mejor trabajo y un diploma de honor que lo acredite, al autor o autores del mismo. Se podrán entregar hasta un máximo de tres medallas.
9. Se sugiere la publicación del trabajo en la Revista de la Asociación Odontológica Argentina.
10. Se podrán otorgar 2 Menciones Especiales a los trabajos que a criterio del Jurado, merezcan tal distinción, entregando en este caso un Diploma de Honor al autor o autores.
11. El premio y/o las menciones pueden ser declarados desiertos.
12. Cualquier situación no contemplada en el presente Reglamento, será resuelta por la Honorable Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Endodoncia.

* Modificado en Comisión Directiva 13/10/09

Reglamentación Especialistas en Endodoncia de la SOCIEDAD ARGENTINA DE ENDODONCIA

Visto la resolución de la Secretaría de Salud Pública del Ministerio de Bienestar Social (Expediente N° 2020-23770/80-6) - Resolución Nro. 370 del 19/03/1981, por la cual dicha Secretaría reconoce a la Sociedad Argentina de Endodoncia (Seccional de la Asociación Odontológica Argentina), idoneidad para otorgar Certificados de Especialistas en Endodoncia, por haber cumplido ante esta Secretaría de Estado con los requisitos establecidos en el Artículo 31° inciso c) de la ley 17, 132 y su Decreto Reglamentario N° 6216/67.

La H. Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Endodoncia (Seccional de la Asociación Odontológica Argentina), en su reunión del 3-9-81 resuelve aprobar la siguiente reglamentación para el otorgamiento del Título de Especialista en Endodoncia:

- 1) La H. Comisión Directiva constituye un Consejo de Especialistas, cuya función es evaluar los antecedentes y la capacidad de los aspirantes que soliciten el Título de Especialistas en Endodoncia.
- 2) Dicho Consejo de Especialistas estará integrado por los socios Honorarios y los ex Presidentes de la Sociedad Argentina de Endodoncia, presidido por el Presidente en Ejercicio.
- 3) Deberá reunirse periódicamente a solicitud de la H. Comisión Directiva, para tratar las solicitudes de aspirantes, que le someta a consideración.
- 4) Los antecedentes y capacidad de cada aspirante será evaluados por un jurado, integrado por tres miembros del Consejo de Especialistas, sorteados para cada convocatoria, el Presidente de la Asociación Odontológica Argentina y un representante de la Secretaría de Estado de Salud Pública.
- 5) Las reuniones del Jurado tendrán carácter de secretas y en ellas se podrán valorar:
 - a) Condiciones Éticas. b) Títulos, Antecedentes y Trabajos. c) Entrevista personal con el solicitante. d) Examen teórico-práctico.
- 6) Los Aspirantes deberán presentar una solicitud a la H. Comisión Directiva manifestando su deseo de lograr el “Título de Especialista” conjuntamente con 5 (cinco) copias de su Curriculum Vitae, de acuerdo con las normas universitarias vigentes en ese aspecto y presentados en la Sociedad Argentina de Endodoncia **antes del 31 de julio del correspondiente año.**
- 7) El veredicto del Jurado es inapelable y los Aspirantes que resultasen aprobados, recibirán el Título de “Especialistas en Endodoncia” que les será otorgado en ocasión de la Asamblea Anual Ordinaria.
- 8) La H. Comisión Directiva comunicará anualmente a la Asociación Odontológica Argentina y a la Secretaría de Estado de Salud Pública, la nómina de los títulos otorgados, la cual constará en la Memoria Anual de la Sociedad Argentina de Endodoncia.
- 9) Por resolución de la Secretaría de Estado de Salud Pública, dicho título deberá ser inscripto por el interesado, en la Subárea de Contralor del Ejercicio Profesional, previamente a su utilización.
- 10) Podrán presentarse para aspirar al Título de Especialistas en Endodoncia, sólo los socios de la Sociedad Argentina de Endodoncia con 3 años de antigüedad.
- 11) El título tendrá una validez de 5 años y luego deberá ser re-certificado.

Resolución n°2

Con el objeto de integrar el Consejo de Especialistas y cumplimentando la reglamentación aprobada por la H. Comisión Directiva considerando que los Dres.: Oscar A. Maisto, Margarita Muruzabal, Roberto Egozcue, Alberto Solinas, Julio Rajcovich, José A. Rapaport, Luis J. Aloise, Jorge H. Canzani, Enrique Basrani, Jorge García e Isidoro Abramovich Palke, han acreditado fehacientemente su condición de Especialistas en Endodoncia con su actividad docente, universitaria, por sus trabajos y antecedentes, la H. Comisión Directiva resuelve otorgarles el título de Especialistas en Endodoncia.

Resolución n°3

Cumplimentando la reglamentación aprobada por la H. Comisión Directiva se resuelve constituir el Consejo de Especialistas de la Sociedad Argentina de Endodoncia que estará integrado por los Dres: Oscar A. Maisto, Margarita Muruzabal, Roberto Egozcue, Alberto Solinas, Julio Rajcovich, José A. Rapaport, Luis J. Aloise, Jorge H. Canzani, Enrique Basrani, Jorge García e Isidoro Abramovich Palke.

Reglamento para la obtención del Título de Especialista.

Requisitos

- Tener 5 años de recibido como odontólogo en una Universidad Argentina y ser socio activo de la SAE con antigüedad de tres años.
 - Poseer seguro de Mala Praxis y matrícula al día.
 - Acreditar haber tomado cursos de endodoncia de distintos niveles en Facultades e Instituciones Odontológicas de Prestigio, que serán evaluados por el Consejo Consultivo
 - Tener un trabajo científico de investigación o monográfico sobre la especialidad publicado o depositado en la biblioteca de la AOA o presentado en Congresos.
 - Justificar participación activa con práctica en Servicios Públicos de Endodoncia (Facultades, Hospitales o Instituciones Odontológicas de Prestigio).
 - Rendir un examen práctico.
 - Concurrir a una entrevista personal en la que el Jurado valorará las condiciones del aspirante.
 - El Jurado designado por la C.D de la SAE de acuerdo con la reglamentación vigente considerará las condiciones éticas, los antecedentes, tomará el examen práctico y la entrevista personal.
 - El Consejo Consultivo resolverá sobre toda situación no contemplada en estas disposiciones.
 - Las designaciones de “Especialista” serán elevadas a la C.D de la SAE y por intermedio de ésta a los interesados.
- Este reglamento fue modificado y aprobado por la Honorable Comisión Directiva el 22 de Octubre de 2013.

SOCIEDAD ARGENTINA DE ENDODONCIA.

Normas para la presentación de Antecedentes Profesionales

Datos Personales

Capítulo 1: Títulos

1.1 Título Universitario. 1.2 Título Superior de Doctorado. 1.3 Título de Especialista. 1.4 Recertificaciones. 1.5 Residencias
1.6 Premios, Becas y Distinciones

Nota: En todos los ítems anteriores deberá constar: Institución, Fecha y lugar.

Lugar

Capítulo 2: Capacitación Profesional en Argentina y en el Exterior

2.1 Cursos Tomados. 2.1.1 Teórico. 2.1.2 Teórico - Práctico. 2.1.3 Teórico con Práctica

Nota: En todos los ítems anteriores deberá constar: Título, Dictante, Entidad, Fecha, Carga horaria

2.2 Jornadas Y Congresos

Nota: En todos los ítems anteriores deberá constar: Título, Entidad, Fecha y lugar.

Capítulo 3: Antecedentes Docentes en Argentina y en el Exterior

3.1 Actividad Docente de Grado. 3.2 Actividad Docente de Posgrado. 3.3 Docencia Terciaria afín al Área de Salud.

Nota: En todos los ítems anteriores deberá constar: Fecha, Lugar, Institución

Capítulo 4: Trabajos Científicos

4.1 Trabajos de Investigación. 4.2 Monografías. 4.3 Publicaciones

Nota: En todos los ítems anteriores deberá constar: Fecha, Lugar, Institución.

Capítulo 5: Cargos

5.1 Administración Pública. Cargos en Salud Pública, en el ámbito Nacional, Provincial o Municipal. Cargos en Instituciones Odontológicas. 5.2 Actuación en Instituciones Odontológicas y de Comisiones Directivas.

Nota: En todos los ítems anteriores deberá constar: Fecha, Lugar, Institución.

Capítulo 6: Instituciones a la que pertenece

Nota: Deberá constar año de ingreso

Recertificación del Título de Especialista en Endodoncia

Ante el avance de la tecnología y el conocimiento científico y considerando la sugerencia de al Honorable Comisión Directiva de la Asociación Odontológica Argentina, la Sociedad Argentina de Endodoncia ha estudiado la posibilidad de implementar la recertificación del Título de Especialista. En reunión de Comisión Directiva del 10 de Enero de 1995 luego de un exhaustivo estudio y profundo debate se estableció que para estimular el constante mejoramiento de los profesionales y como la hicieran entre otras Instituciones la Academia Nacional de Medicina, la Fundación Favarolo, la Sociedad Argentina de Pediatría y la Sociedad de Argentina de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial, se aprueba el siguiente reglamento a fin de que los Socios Especialistas que así lo deseen puedan solicitar dicha recertificación:

Artículo 1

La recertificación será voluntaria para aquellos Socios cuyos títulos tengan 5 o más años de expedidos por la Sociedad Argentina de Endodoncia.

Artículo 2

Deberá presentar 3 copias de sus antecedentes de los últimos 5 años

Artículo 3

Las solicitudes y antecedentes se recibirán hasta el 31 de Julio de ese año.

Artículo 4

El Jurado estará integrado por tres miembros, dos designados por la Seccional en un sorteo realizado entre sus ex Presidentes y otro designado por la A.O.A. Además la Seccional con igual mecanismo designará dos miembros suplentes.

Artículo 5

Los requisitos, las valoraciones y el mecanismo de evaluación de las recertificaciones serán iguales al Título original.

Artículo 6

La recertificación a entregarse tendrá una duración de 5 años

Artículo 7

Los especialistas con recertificación podrán anunciarse con el siguiente texto:
Especialista en Endodoncia- Sociedad Argentina de Endodoncia 19..... Recertificado 199...

Artículo 8

La Sociedad entregará un diploma con la constancia de la recertificación.

Artículo 9

La Sociedad Argentina de Endodoncia y la Asociación Odontológica Argentina darán a publicidad la nómina de aquellos especialistas que aprueben la recertificación de su Título.



Segunda Reunión Anual de SELA

La Sociedad de Endodoncia de Latinoamérica se fundó en el año 2011, con el firme propósito de trabajar en pos de la unidad y comunicación latinoamericana, el progreso de la especialidad y el intercambio científico y social en la región.

El 5 de Septiembre de 2013, en la ciudad de Cali y en el marco del Congreso Nacional y Latinoamericano de la Asociación Colombiana de Endodoncia, la Sociedad de Endodoncia de Latinoamérica SELA celebró su segunda reunión anual.

Bajo la presidencia del Dr. Manoel Lima Machado (Brasil) se reunieron los representantes de Argentina, Carlos Russo; Bolivia, Jorge Rendón Ávila; Chile, Marcia Antúnez; Colombia, Jorge Forero; Ecuador, Jenny Guerrero; México, Armando Hernández; Panamá, Mateo Simmons; Perú, Martín Vargas; Uruguay, Valentín Prevé y Venezuela, José Francisco Gómez. Este año se incorporó la Academia de Endodoncia de Guatemala siendo su representante el Dr. Hugo Muñoz.

La agenda trató: Objetivos y Normas en la educación de posgrado, se prepara un programa curricular mínimo unificado para obtener el título de especialista.

Protocolo Clínico: Proyecto Amazonas: Prueba piloto de la planificación de trabajo clínico comunitario a realizarse en la población carente de cada país, solicitando el auspicio de casas comerciales en donde se optimizarán los usos del instrumental rotatorio.

Interrelaciones de Sociedades de endodoncia; se realiza la calendarización de los eventos de cada país a fin de evitar superposiciones. Otorgamiento de becas a los socios SELA.

Convenio para unificar los valores de inscripción a congresos de los socios SELA en todos los eventos científicos latinoamericanos.

Crear vínculos y convenio con la AAE Asociación Americana de Endodoncia. Propuesta de inscripción al congreso al mismo valor que el socio de la AAE.

Se fijó como sede la Ciudad de San Pablo, Brasil, para realizar la 3º reunión, en el mes de Noviembre de 2014. Ahí se presentarán los documentos elaborados por la sociedades durante el año.



Representantes de SELA.



El Dr. Carlos Russo entrega una plaqueta de la SAE al presidente de la Asociación Colombiana de Endodoncia, Dr. Jorge Forero.

Círculo Odontológico de Concordia



Dr. Emilio Manzur

El 15 de diciembre de 2014 el Dr. Emilio Manzur dictó un curso de 8 h de duración en el Círculo Odontológico de Concordia, Provincia de Entre Ríos. Se abordaron temas de interés de los asistentes como utilización de distintos sistemas rotatorios para la preparación quirúrgica, cómo realizar la obturación frente a diferentes situaciones clínicas, y manejo de la urgencia en endodoncia. Asistieron al mismo 30 colegas quienes manifestaron en todo momento gran interés por los temas tratados.

COSUE 2013

Del 16 al 18 de Octubre de 2013, bajo la presidencia del Dr. Valentín Prevé, se realizó en el Hotel Sheraton de la ciudad de Montevideo, Uruguay, el Congreso Internacional de Endodoncia, Láser, Nanotecnología, y Gestión.

El mismo contó con la presencia de numerosos dictantes nacionales e internacionales de Argentina, Paraguay, Chile, Canadá y Brasil.



Zulma Stachiotti, María Teresa Cañete, Santiago Frajlich, Ana Laura Resa, Florencia Barcia, Miriam Salles, Valentín Prevé



Carolina Villalba, Liliana Menis de Mutal, Susana Rodrigo, Valentín Prevé, Gabriela Martín

La SAE en la AAE

El Dr. Pablo Rodríguez, Presidente del Cosae 2014, asistió a la Sesión Anual de la Asociación Americana de Endodoncia que se desarrolló del 30 de abril al 3 de mayo de 2014 en Washington DC.



Pablo Rodríguez en la entrada al Congreso



Pablo Rodríguez y Singkuc Kim



Ove Peters y Pablo Rodríguez



Paul Abbot y Pablo Rodríguez

Círculo Odontológico de Esquel

El Dr. Carlos Russo, Presidente de la Sociedad Argentina de Endodoncia dictó un Curso teórico de Endodoncia de 8 hs de duración en Círculo Odontológico de Esquel, Chubut.

Ante una nutrida concurrencia se abordaron temas sobre emergencias en endodoncia, preparación quirúrgica, protocolos de irrigación, obturación, reabsorciones y traumatismos.

Dr. Carlos Russo y Dr. Salsamendi, Presidente del Círculo Odontológico de Esquel



Actividad de la Carrera de Posgrado en Endodoncia de la universidad Maimónides

La Carrera de Posgrado en Endodoncia de la Universidad Maimónides realizó una actividad de actualización en la cual se dictó el Curso “La infección endodóntica y su tratamiento”.

El mismo estuvo presentado por el Director de la Carrera, Prof. Dr. Carlos García Puente, y los disertantes fueron los Dres. Patricia Ferrari (Brasil) Carlos Heilborn (Paraguay) y Leonor Pasteris (Argentina).

Dres. Ricardo Portigliatti, Silvia Martinez Felloni, Patricia Ferrari, Rita Tomaselli y Carlos García Puente



Congreso Nacional de la Asociación Española de Endodoncia

Del 31 de octubre al 2 de Noviembre se llevó a cabo en Madrid, España, el XXXIV Congreso Nacional de la Asociación Española de Endodoncia y el XXXIV Congreso de la Asociación Iberoamericana de Endodoncia, Claide.

La sociedad Argentina de Endodoncia estuvo representada por el Dr. Horacio Núñez Irigoyen quien hizo entrega de una plaqueta conmemorativa al Sr. Presidente de la AEDE Dr. Rafael Cisneros.



Dres. José María Malfaz, Jenny Guerrero, Valentín Prevé, Horacio Nuñez Irigoyen, Manoel Lima Machado, Rafael Cisneros, Presidente de la AEDE, Ana Arias, Eugenio Grano de Oro, Secretario AEDE.

Asamblea y brindis de fin de año



Marcela Bidegorry, Secretaria SAE, Carlos Russo, Presidente SAE, Emilio Manzur, Tesorero SAE.



Elisabet Ritacco, Emilio Manzur, Alberto Martínez Lacarrere, Marcela Bidegorry, Carlos Russo, Jorge Basilaki, Gustavo Lopreite, Liliana Artaza.



Elisabet Ritacco, Viviana Baez (Título de Especialista), Carlos Russo.



Elisabet Ritacco (Recertificación), Carlos Russo.



Gustavo Lopreite (Recertificación), Carlos Russo



Liliana Artaza (Recertificación), Carlos Russo.

CALENDARIO DE CONGRESOS Y JORNADAS

AÑO 2014 - ARGENTINA

27 de Agosto



Curso Pre Congreso
Aula Magna Facultad
de Odontología U.B.A.

27 al 30 de Agosto



**3º Encuentro
de Estudiantes
de Posgrado**
Hotel Panamericano
Buenos Aires

AÑO 2014 - EXTERIOR

10 al 13 de Septiembre

CONGRESO 50 AÑOS
ASOCIACIÓN DE ENDODONCIA DE BOGOTÁ

Centro de Convenciones del Irotama Resort
Ciudad de Santa Marta, Colombia

16 al 19 de Septiembre



AÑO 2015 - EXTERIOR

6 al 9 de Mayo



2015 Annual Session
Seattle, Washington

AÑO 2016 - EXTERIOR

3 al 6 de Junio



10th World Endodontic Meeting
South Africa