

Trabajos Fin de Grado (TFGs) de la Facultad de Odontología de la Universidad de Granada presentados en el año 2019



Facultad de
Odontología

ediciones
del Genal



UNIVERSIDAD
DE GRANADA

Trabajos Fin de Grado (TFGs)

de la **Facultad de Odontología**
de la **Universidad de Granada**
presentados en el año 2019



Facultad de
Odontología

ediciones
del Genal



UNIVERSIDAD
DE GRANADA

Editor

Manuel Bravo Pérez

AUTORES

Alumnos (orden alfabético)

Acejo Gómez, Ana Mar; Alcántara Ruiz, Yolanda; Alguacil Méndez, Andrea; Alhambra Díaz, María Virginia; Amador Alemparte, Jaime; Aouessar, Soraya; Arco López, José Carlos; Barrera García, Diego; Ben Hammou, Rima; Benali Tahiri, Mohamed; Berrio Bonilla, Isabel; Boukich, Nesrine; Brykova, María; Bujaldón Rodríguez, Rocío; Castro Mesones, Kiara Esmeralda; Chafchaoui, Marwa; Cortés Ruiz, José; De Porras Carrique, Teresa; Del Fresno Aguilar, Irene; Domene Rodríguez, Isabel María; El Bouazzati Oulad Mansour, Mohamed; España Guerrero, Alba; Fernández Gámez, José Manuel; Fernández Luque, Armando; Fornieles Esteban, Gabriel; Fuentes García, Irene; García Del Pozo, Lidia; García Sánchez, María Elisabeth; Gianchandani Gianchandani, Mehendi Raju; Gómez Citarella, Érika; González Álvarez, Raquel; González González, Marta; Gutiérrez Simón, Raúl; Hernández Ruiz, Rocío Encarnación; Herrera Martín, Lucía; Idáñez Yerpes, Álvaro; Jiménez Cobo, Irene; Lanzas Rodríguez, Elena; López De La Rosa, Emilio; López Jurado, Daniel; López Pérez, María; Luna Berral, María; Mahoutou El Ghrib, Asmaa; Martín Sánchez, Raquel; Martínez González, Antonia; Martínez Navío, Pablo Jesús; Martínez Pintos, Jorge; Mezcuca Ortigosa, Laura; Moriana Romero, Rosa; Muñoz Martín, Mirian; Ortega Jiménez, Paula; Ortiz Mosquera, Victoria Eugenia; Peralta Moreno, Juan José; Peraza González, María Olga; Pitto Robles, José Luis; Ramón Carrión, Cristina; Redondo Hernández, Ramón; Reyes Guerra, Silvia; Rodríguez Soriano, Irene; Rodríguez Torres, María de los Ángeles; Romero Adila, Ángela María; Rubio Palomino, Andrés; Rueda Aldecoa, Rita Isabel; Siles Rodríguez, María Paz; Ssamdi Baroudi, Soufia; Taillefer Queipo de Llano, Teresa; Torres Arias, Lorena; Torres Carmona, Claudia; Villoslada Fernández, Francisco y Zamora Girón, Alejandro.

AUTORES

Profesores (orden alfabético)

Aguilar-Salvatierra Raya, Antonio; Anaya Aguilar, Carmen; Arcos Cebrián, Antonio; Arias Moliz, María Teresa; Barrios Rodríguez, Rocío; Benavides Reyes, Cristina; Benítez García, José Antonio; Bolaños Carmona, María Victoria; Bravo Pérez, Manuel; Del Castillo Salmerón, Ramón; Delgado Ramos, Bendición; Ferrer Luque, Carmen María; Galindo Moreno, Pablo Antonio; Garzón Bello, Ingrid Johanna; Gijón Martín, Juan José; Gil Montoya, José Antonio; Gómez Moreno, Gerardo; González López, Santiago; González Moles, Miguel Ángel; González Rodríguez, María Paloma; González-Jaranay Ruiz, Maximino; Llodra Calvo, Juan Carlos; Lucena Martín, Cristina; Magán Fernández, Antonio; Mahía Rodríguez, Javier; Manzano Moreno, Francisco Javier; Martín Piedra, Miguel Ángel; Mesa Aguado, Francisco Luis; Mesa López, Ana María; Moreu Burgos, Gerardo; Muñoz Casaubón, Tomás; Padial Molina, Miguel; Pulgar Encinas, Rosa; Ramos García, Pablo; Ramos Robles, María Carmen; Reyes Botella, Candelaria; Roa López, Antonio; Rodríguez Archilla, Alberto; Romero Olid, Nuria; Rosales Leal, Juan Ignacio; Ruiz Linares, Matilde; Ruiz Salvatierra, Esperanza; Sánchez Aguilera, Fátima; Sánchez Fernández, Elena; Sánchez Palomino, Paulino; Urquía García, Miguel; Vallecillo Capilla, Manuel; Villalba Moreno, Juan y Villalobos Torres, Mercedes.

Fotografías de portada y contraportada, cortesía del Prof. *Alberto Rodríguez Archilla*

**ediciones
del Genal**

Título: *Trabajos Fin de Grado (TFGs) de la Facultad de Odontología de la Universidad de Granada presentados en el año 2019*

Coordina la edición: *Manuel Bravo Pérez, coordinador de la asignatura TFG (Trabajo Fin de Grado) del Grado de Odontología. Universidad de Granada.*

Maquetación: *Nuria Ogalla Camacho*

Edita: *Promotora Cultural Malagueña*

Coordina: *Ediciones del Genal*

Colabora: *Librerías Proteo y Prometeo*

Depósito legal: *MA-1044-2019*

ISBN: *978-84-17974-12-1*

Granada 2019



Facultad de
Odontología



UNIVERSIDAD
DE GRANADA

Trabajos Fin de Grado (TFGs)
de la **Facultad de Odontología**
de la **Universidad de Granada**
presentados en el año **2019**

Presentación

Presentamos los trabajos de fin de grado defendidos por los alumnos de nuestra Facultad en el curso académico 2018-2019. El principal objetivo de esta publicación es poner en valor el trabajo desarrollado por alumnos y tutores, convirtiéndose en una fuente de información que, sin duda, aporta conocimiento.

Muchos de estos trabajos son el germen de futuros trabajos de investigación o revisión más ambiciosos, que culminarán en proyectos, tesis y otras publicaciones. Así se estimula al futuro profesional en la tarea científico/divulgativa. Hemos por tanto de felicitarnos por esta iniciativa, que el Prof. Bravo impulsa con determinación y constancia.

Enhorabuena a todos.

Ramón del Castillo Salmerón

Decano de la Facultad de Odontología de la Universidad de Granada.

Crónica Social y Académica. Defensa de los Trabajos Fin de Grado (TFG) del año 2019. Grado de Odontología de la Universidad de Granada.

De acuerdo con las normativas tanto de la Universidad de Granada como de la Facultad de Odontología, los alumnos de último curso deben desarrollar un trabajo tutelado (TFG), bien individualmente o en grupo (hasta un máximo de 4 alumnos por TFG). El producto final será una memoria única por TFG (de extensión proporcional al número de alumnos participantes) y un póster individual (que deben defender públicamente ante un tribunal) por cada alumno. Este documento recoge sólo los posters.

Los días 18 de junio de 2019 (convocatoria ordinaria) y 5 de julio (extraordinaria) se presentaron y defendieron, en el Pasillo de la Investigación de la Facultad de Odontología (18 de junio) o Sala de Profesores (5 de julio) del Colegio Máximo de Cartuja de la Universidad de Granada, los posters por parte de los alumnos ante el tribunal designado. Fue una sesión muy parecida a una sesión de posters de un congreso científico.

Quiero resaltar el trabajo desarrollado por muchos compañeros de la Universidad de Granada: profesores (tutores y tribunal) y PAS; así mismo profesionales de otras instituciones, como médicos y dentistas del Servicio Andaluz de Salud ejerciendo de tutores en algunos TFGs, o la profesora Carmen Anaya, de la Universidad de Málaga y miembro del Grupo de Investigación Salud Pública Dental, por su ayuda en la elaboración de este documento. El trabajo e ilusión de todos ha permitido llevar a buen puerto la defensa de los TFGs en el formato de presentación de posters.

Los brillantes resultados académicos corroboran el elevado nivel científico y docente alcanzado por los alumnos en los TFGs de Odontología de esta promoción que ha terminado en 2019 sus estudios. Quiero resaltar que desde que en 2015 se defendieran los primeros TFGs en nuestra facultad, ha sido ahora con la quinta promoción del Grado de Odontología cuando por primera vez se ha presentado y defendido íntegramente un póster en inglés, y ha sido por la alumna D^a Claudia Torres Carmona. Esto ha sido valorado muy positivamente por el tribunal, y esperamos que más alumnos sigan este camino, que ahora es opcional, en próximas promociones.

A continuación les presentamos la información académica del acto de evaluación de posters, un recuerdo fotográfico del evento del 18 de junio, y uno a uno los 69 posters defendidos por los alumnos.

Un cordial saludo a todos.

Fdo. Prof. Manuel Bravo Pérez
Catedrático de Odontología Preventiva y Comunitaria.
Coordinador de la asignatura TFG (Trabajo Fin de Grado).
Facultad de Odontología. Universidad de Granada.

Tribunal de Evaluación de los TFGs*

Presidente:

Prof. Manuel Bravo Pérez (Estomatología)

Vocales (orden alfabético):

Prof. Arcos Cebrián, Antonio (Estadística e Investigación Operativa)

Prof^a Arias Moliz, Teresa (Microbiología)

Prof^a Ferrer Luque, Carmen María (Estomatología)

Prof^a Garzón Bello, Ingrid Johanna (Histología)

Prof. González López, Santiago (Estomatología)

Prof. Llodra Calvo, Juan Carlos (Estomatología)

Prof. Magán Fernández, Antonio (Estomatología)

Prof. Mahía Rodríguez, Javier (Psicobiología)

Prof. Manzano Moreno, Francisco Javier (Estomatología)

Prof. Martín Piedra, Miguel Ángel (Histología)

Prof^a Ramos Robles, María Carmen (Estomatología)

Prof^a Reyes Botella, Candelaria (Estomatología)

Prof^a Robles Gijón, Virginia (Estomatología)

Prof. Rodríguez Archilla, Alberto (Estomatología)

Prof^a Ruiz Linares, Matilde. (Estomatología)

Suplentes (orden alfabético):

Profesores González Moles, Miguel Ángel (Estomatología); Rosales Leal, Juan Ignacio (Estomatología) y Vallecillo Capilla, Manuel (Estomatología).

**El Tribunal, formado por profesores e investigadores de áreas de conocimiento con docencia en el Grado de Odontología, evalúa tanto las memorias (no incluidas en este libro), como los posters (incluidos en este libro) y su presentación y defensa públicos. Los vocales se distribuyeron en 8 binomios. Los binomios 1-7 figuran en la Tabla de más abajo y fueron los evaluadores de la convocatoria ordinaria del 18 de junio. Un único binomio, el número 8, formado por los profesores Ramos Robles, M^a Carmen y Rodríguez Archilla, Alberto, actuó el 5 de julio (convocatoria extraordinaria).*

TFG-Odontología-UGR. Hora de presentaciones. 18-junio-2019. N° de Binomio-Tribunal y Profesores.

Hora	1. Candela Reyes +Fco. Javier Manzano	2. Santiago Glez. +JC Llodra	3. Carmen Mª Ferrer +Matilde R. Linares	4. Carmen Ramos + Virginia Robles Gijón	5. MA Martín Piedra +Ingríd Garzón	6. Antonio Arcos +Teresa Arias	7. Javier Mahía +Antonio Magán
10.00-10.10	Martínez González, Antonia (A.Rguez. Archilla)	DESCANSO OBLIGADO	López De La Rosa Emilio (Juan Carlos Llodra)	Amador Jaime (G.Gómez Moreno+Antonio Aguilar)	Rubio Palomino Andrés (Maximino González-Jaranay)	Arco López José Carlos (Santiago González)	
10.10-10.20	Alcántara Yolanda (G.Gómez Moreno+Antonio Aguilar)	Muñoz Martín Mirian (A.Rguez. Archilla)	Acejo Gómez Ana Mar + Ortega Jiménez Paula (Cristina Lucena)	Barrera García Diego (Miguel Padial + Pablo Galindo)	De Porras Carrique Teresa + Fernández Luque Armando + Martínez Navío Pablo Jesús (Miguel Ángel Glez Moles + Pablo Ramos)	Villoslada Fernández Francisco (Francisco Mesa + Tomás Muñoz)	Cortés Ruiz José + Domene Rodríguez Isabel María + El Bouazzati Oulad Mansour Mohamed + Gianchandani Gianchandani Mehendi Raju (José Antonio Gil)
10.20-10.30	Brykova, María (A.Rguez. Archilla)	González González Marta + Torres Carmona Claudia [en inglés] (Manuel Bravo + José Antonio Benítez)	Del Fresno Aguilar Irene + Fernández Gámez José	Aouesser Soraya (Francisco Mesa + J. Ignacio Rosales)		García Del Pozo Lidia + Torres Arias Lorena (Juan Ignacio Rosales)	
10.30-10.40	Fuentes García, Irene (Nuria Romero Olid)			Ben Hammou Rima (Rosa Pulgar)			
10.40-10.50	Alguacil Méndez Andrea + González Álvarez Raquel (Manuel Bravo + Miguel Urquía)	Bujaldón Rocio (G.Gómez Moreno+Antonio Aguilar)	Manuel (Fátima Sánchez + Mª.Paloma Glez.)	Moriana Romero Rosa (Rosa Pulgar)	Luna Berral María (A.Rguez. Archilla)	Martínez Pintos Jorge (Juan Ignacio Rosales)	Alhambra Diaz María Virginia (Francisco Mesa + Ana M. Mesa)
10.50-11.00		DESCANSO OBLIGADO	Idáñez Yerpes Álvaro (Javier Mahía)	Ssamdi Baroudi Soufia (Juan Carlos Llodra)	Rodríguez Soriano Irene (A.Rguez. Archilla)	Gómez Citarella Érika (Juan Ignacio Rosales)	DESCANSO OBLIGADO
11.00-11.10	Benali Mohamed (G.Gómez Moreno+Antonio Aguilar)	DESCANSO OBLIGADO	Reyes Guerra Silvia (Juan Carlos Llodra)	DESCANSO OBLIGADO	DESCANSO OBLIGADO	DESCANSO OBLIGADO	Taillefer Queipo de Llano Teresa (A.Rguez. Archilla)
11.10-11.20	Berrio Isabel (G.Gómez Moreno+Antonio Aguilar)	DESCANSO OBLIGADO	Rodríguez Torres Mª Ángeles (A.Rguez. Archilla)	Fornieles Esteban Gabriel (Mercedes Villalobos)	España Guerrero Alba (Gerardo Moreu + Antonio Roa)	López Pérez María (Antonio Magán + Francisco Mesa)	DESCANSO OBLIGADO
11.20-11.30	Jiménez Cobo Irene (A.Rguez. Archilla)	Chafchaoui Marwa (Juan Ignacio Rosales)	Romero Adila Ángela María (Javier Mahía)	Castro Kiara Esmeralda (Ramón Del Castillo)	Zamora Alejandro (Gerardo Moreu + Paulino Sánchez)	DESCANSO OBLIGADO	DESCANSO OBLIGADO
11.30-11.40	Bouklich Nesrine (Nuria Romero Olid)	García Mª Elisabeth (Miguel Padial + Pablo Galindo)	Gutiérrez Simón Raúl (Paloma Glez. + Cristina Benavides)	Herrera Martín Lucía (Esperanza Ruiz Salvatierra)	Pitto Robles José Luis (Ramón Del Castillo)	Ortiz Mosquera Victoria Eugenia (A.Rguez. Archilla)	Lanzas Elena (Pablo Galindo + Miguel Padial)
11.40-11.50	Redondo Hernández Ramón (Juan Ignacio Rosales)	Hernández Rocio Encarn. (MV Bolaños + Cristina Benavides)	Peralta Moreno Juan José (Bendición Delgado)	Ramón Carrión Cristina (Bendición Delgado)	López Jurado Daniel (A.Rguez. Archilla)		Martín Sánchez Raquel (Elena Sánchez)
11.50-12.00		Rueda Rita Isabel (Paloma Glez. + Cristina Benavides)					
12.00-12.10		Siles Rodríguez María Paz (Juan Villalba)					

1. En los TFGs realizados por varios alumnos, se reserva un número de huecos horarios proporcional al número de alumnos, pero el orden de intervención será decidido por el tutor en el momento de defensa. **2. Si algún alumno no presentara finalmente su TFG, su hueco horario quedaría en la categoría "DESCANSO OBLIGADO".**

TFGs defendidos en la Facultad de Odontología de la Universidad de Granada en 2019
(Grado de Odontología). Alumnos, tutores y títulos.

Alumno/s	Tutor/es	Título del TFG
Cortés Ruiz, José Domene Rodríguez, Isabel María El Bouazzati Oulad Mansour, Mohamed Gianchandani Gianchandani, Mehendi Raju	José Antonio Gil Montoya	Programa de asistencia dental domiciliaria en el centro ASPROGRADES, Granada
Acejo Gómez, Ana Mar Ortega Jiménez, Paula	Cristina Lucena Martín	Reproducibilidad y exactitud en la determinación del color: comparación entre el método visual y dos instrumentos de medida del color
Alcántara Ruiz, Yolanda	Gerardo Gómez Moreno Antonio Aguilar-Salvatierra Raya	Manejo médico-odontológico de paciente de 33 años con antecedentes de infarto agudo de miocardio y diabetes mellitus tipo I
Alguacil Méndez, Andrea González Álvarez, Raquel	Manuel Bravo Pérez Miguel Urquía García	Actividad del gabinete de medicina bucal en el Servicio Andaluz de Salud
Alhambra Díaz, María Virginia	Francisco Luis Mesa Aguado Ana María Mesa López	Repercusión del tratamiento periodontal en pacientes con síndrome de ovario poliquístico
Amador Alemparte, Jaime	Gerardo Gómez Moreno Antonio Aguilar-Salvatierra Raya	Manejo odontológico-médico de paciente con fibrosis pulmonar crónica, enfermedad renal crónica y apnea del sueño
Aouessar, Soraya	Francisco Luis Mesa Aguado Juan Ignacio Rosales Leal	Comparación del efecto sobre el raspado y alisado radicular de las curetas Gracey versus equipo ultrasónico
Arco López, José Carlos	Santiago González López	Erosión dental en el deporte de alta intensidad
Barrera García, Diego	Miguel Padiál Molina Pablo Antonio Galindo Moreno	Estudio comparativo de la pérdida marginal ósea en sobredentaduras soportadas sobre implantes tipo MIS vs tipo Astra
Ben Hammou, Rima	Rosa Pulgar Encinas	Punto de saturación en blanqueamiento dental. ¿Cuándo se alcanza?
Benali Tahiri, Mohamed	Gerardo Gómez Moreno Antonio Aguilar-Salvatierra Raya	Manejo odontológico-médico de paciente médicamente comprometida: osteoporosis y Denosumab
Berrio Bonilla, Isabel	Gerardo Gómez Moreno Antonio Aguilar-Salvatierra Raya	Manejo odontológico-médico de un paciente con trasplante renal
Boukich, Nesrine	Nuria Romero Olid	Utilización de Fibro-Guide [®] en implantología
Brykova, María	Alberto Rodríguez Archilla	Influencia de distintos parámetros hematológicos en la estomatitis aftosa recurrente

Alumno/s	Tutor/es	Título del TFG
Bujaldón Rodríguez, Rocío	Gerardo Gómez Moreno Antonio Aguilar-Salvatierra Raya	Resolución de un caso de osteonecrosis de los maxilares relacionada con denosumab tras exodoncia
Castro Mesones, Kiara Esmeralda	Ramón Del Castillo Salmerón	BOPT (Técnica de preparación biológicamente orientada)
Chafchaoui, Marwa	Juan Ignacio Rosales Leal	¿Existe relación entre los desórdenes temporomandibulares y el dolor de la columna cervical?
Del Fresno Aguilar, Irene Fernández Gámez, José Manuel	Fátima Sánchez Aguilera María Paloma González Rodríguez	Estudio epidemiológico de la salud bucodental de una población atendida en la facultad de Odontología de Granada
España Guerrero, Alba	Gerardo Moreu Burgos Antonio Roa López	Implantes inmediatos postextracción en la zona estética maxilar
Fornieles Esteban, Gabriel	Mercedes Villalobos Torres	Protectores intraorales en la braquiterapia de cáncer oral para disminuir el riesgo de osteorradionecrosis. Una herramienta más del odontólogo en comités oncológicos
Fuentes García, Irene	Nuria Romero Olid	Utilización de injerto de tejido conectivo en tratamiento de recesiones gingivales
García Del Pozo, Lidia Torres Arias, Lorena	Juan Ignacio Rosales Leal	Trastornos temporomandibulares en músicos de viento
García Sánchez, María Elisabeth	Miguel Padiál Molina Pablo Antonio Galindo Moreno	Percepción de los estudiantes de Odontología sobre la Práctica Basada en la Evidencia
Gómez Citarella, Érika	Juan Ignacio Rosales Leal	¿Hay relación entre los desórdenes de la articulación temporomandibular y alteraciones del oído?
González González, Marta Torres Carmona, Claudia	Manuel Bravo Pérez José Antonio Benítez García	Ensayo clínico sin grupo control de la aceptabilidad del protector oral customizado realizado en deportistas de rugby de la Universidad de Granada Uncontrolled clinical trial of a custom mouthguard acceptance by rugby players of the University of Granada
Gutiérrez Simón, Raúl	María Paloma González Rodríguez Cristina Benavides Reyes	Evaluación de la filtración de algodón y politetrafluoroetileno (PTFE) como materiales espaciadores provisionales endodónticos
Hernández Ruiz, Rocío Encarnación	María Victoria Bolaños Carmona Cristina Benavides Reyes	Estudio comparativo de Soprofile [®] y la tinción clásica en la detección de la caries residual durante la preparación cavitaria
Herrera Martín, Lucía	Esperanza Ruiz Salvatierra	Síndrome de Raynaud. Consideraciones en el manejo dental. A propósito de un caso clínico.
Idáñez Yerpas, Álvaro	Javier Mahía Rodríguez	Efectos de diferentes técnicas psicológicas sobre la ansiedad dental
Jiménez Cobo, Irene	Alberto Rodríguez Archilla	Efecto del consumo de café y té sobre el cáncer oral
Lanzas Rodríguez, Elena	Miguel Padiál Molina Pablo Antonio Galindo Moreno	Influencia del ratio corona/implante en la pérdida ósea marginal

López De La Rosa, Emilio	Juan Carlos Llodra Calvo	Efecto de un dispositivo intraoral (placa Confort®) en la reducción de la gingivitis a 6 meses en pacientes respiradores orales
López Jurado, Daniel	Alberto Rodríguez Archilla	Eficacia de los antibióticos sistémicos en la prevención de la osteitis alveolar
López Pérez, María	Antonio Magán Fernández Francisco Luis Mesa Aguado	Ausencia de transmisión cruzada familiar en casos de periodontitis agresiva. Aislamiento y determinación de nuevas bacterias en lesiones de periodontitis agresiva por pirosecuenciación
Luna Berral, María	Alberto Rodríguez Archilla	Cánceres orales adyacentes a implantes dentales
Mahoutou El Ghrib, Asmaa	Miguel Ángel Martín Piedra	Regeneración de la pulpa dental mediante ingeniería tisular
Martín Sánchez, Raquel	Elena Sánchez Fernández	Evaluación de la ansiedad ante la extracción dentaria
Martínez González, Antonia	Alberto Rodríguez Archilla	Variabilidad geográfica del cáncer de labio en el mundo
De Porras Carrique, Teresa Fernández Luque, Armando Martínez Navío, Pablo Jesús	Miguel Ángel González Moles Pablo Ramos García	Riesgo de transformación maligna del líquen plano oral: Revisión sistemática y metaanálisis
Martínez Pintos, Jorge	Juan Ignacio Rosales Leal	Propuesta de guía clínica para el diseño de la oclusión en prótesis implantosoportada
Moriana Romero, Rosa	Rosa María Pulgar Encinas	Blanqueamiento dental. ¿Cuándo dejar de blanquear?
Muñoz Martín, Mirian	Alberto Rodríguez Archilla	Evaluación de diferentes colutorios para el tratamiento de la halitosis
Ortiz Mosquera, Victoria Eugenia	Alberto Rodríguez Archilla	Características diferenciadoras entre cánceres orales VPH-positivos y VPH-negativos
Peralta Moreno, Juan José	Bendición Delgado Ramos	Mordida cruzada: diagnóstico, tratamiento y estabilidad de los pacientes en crecimiento
Peraza González, María Olga	Rocío Barrios Rodríguez	Conocimientos y actitudes sobre Soporte Vital Básico en los estudiantes de Odontología de la Universidad de Granada
Pitto Robles, José Luis	Ramón Del Castillo Salmerón	Bruxismo y dolor orofacial. La importancia del diagnóstico y el tratamiento.
Ramón Carrión, Cristina	Bendición Delgado Ramos	Técnica quirúrgica abierta versus cerrada en el tratamiento de caninos incluidos por palatino
Redondo Hernández, Ramón	Juan Ignacio Rosales Leal	Guía clínica para el tratamiento de la periimplantitis
Reyes Guerra, Silvia	Juan Carlos Llodra Calvo	Síndrome de Down: Elaboración de una guía para padres y personal asistencial
Rodríguez Soriano, Irene	Alberto Rodríguez Archilla	Factores predictores de la osteonecrosis de los maxilares asociada a fármacos (ONMAF)
Rodríguez Torres, María de los Ángeles	Alberto Rodríguez Archilla	Manifestaciones orales asociadas a la ingesta de anticonceptivos

Alumno/s	Tutor/es	Título del TFG
Romero Adila, Ángela María	Javier Mahía Rodríguez	Ansiedad dental y salud oral
Rubio Palomino, Andrés	Maximino González-Jaranay Ruiz	Estudio clínico de un paciente tratado con Amelogenina (EMDOGAIM®). A propósito de un caso
Rueda Aldecoa, Rita Isabel	Cristina Benavides Reyes María Paloma González Rodríguez	Efecto del pH, capacidad ácida y tiempo de exposición de diferentes bebidas en la composición química del esmalte
Siles Rodríguez, María Paz	Juan Villalba Moreno	Actuación con embarazadas en radiología oral
Ssamdi Baroudi, Soufia	Juan Carlos Llodra Calvo	Prevención de lesiones de mancha blanca (desmineralización) en pacientes portadores de tratamiento de ortodoncia: la evidencia científica
Taillefer Queipo de Llano, Teresa	Alberto Rodríguez Archilla	Estado periodontal de pacientes con y sin diabetes mellitus tipo 2
Villoslada Fernández, Francisco	Francisco Luis Mesa Aguado Tomás Muñoz Casaubón	Efecto del tratamiento de la apnea del sueño en pacientes periodontales
Zamora Girón, Alejandro	Gerardo Moreu Burgos Paulino Sánchez Palomino	Paciente periodontal severo (estadio IV) a la luz de la evidencia científica

Álbum de fotos
Fotografías del día de Defensa Pública de los TFGs
(18-junio-2019)









SEMINARIOS DE ODONTOLOGIA SOBRE BASADA EN LA EVIDENCIA
 CÍA SÁNCHEZ MELIZARETH CORREO LUGO LES BAL MOUNA, PABLO GAUQUINO MORENO
 ODONTOLOGIA: JUNIO 2019

Actividad

Componentes
• Parencia o grupo de pacientes (Sexo, raza, edad...)
• Enfermedad, condición o estado
• Método de atención
• Tipo de tratamiento (medicamento, procedimiento, cirugía)
• Nivel de evidencia (Clase, frecuencia)
• Qué, dónde, cómo, cuándo

C

- Intervención alternativa (tratamiento estándar, placebo, otro intervención)
- No comparación
- Resultado o efecto de interés
- Magnitud de síntomas, curación...
- Efectos secundarios
- Coste, eficacia, beneficio

Tabla 1. Componentes de Biología PICC

SUJETOS Y MÉTODOS

Se realizó un cuestionario anónimo a 184 alumnos. Voluntariamente 20 participaron en los seminarios. Se realizaron 2 seminarios presenciales y actividades semipresenciales en grupos reducidos. Tras los seminarios se volvió a aplicar el mismo cuestionario a los 20 alumnos.

PREGUNTA	T0	T1	Valor P	95%
1	3,60 ± 1,66	4,38 ± 2,10	0,148	-0,25; 1,66
2	3,96 ± 1,58	3,85 ± 2,35	0,297	-0,43; 1,43
3	2,96 ± 1,56	3,69 ± 2,29	0,124	-0,20; 1,49
4	3,54 ± 1,67	4,15 ± 2,86	0,209	-0,34; 1,56
5	4,08 ± 1,81	4,37 ± 1,89	0,656	-0,79; 1,26
6	4,02 ± 2,03	5,15 ± 1,82	0,051	-0,31; 1,97
7	5,37 ± 1,60	5,92 ± 1,44	0,228	-0,35; 1,46
8	5,78 ± 1,59	5,46 ± 1,94	0,448	-1,23; 0,59
9	4,46 ± 1,59	5,46 ± 1,60	0,193	-0,30; 1,50
10	3,77 ± 1,46	5,00 ± 1,82	0,00447	0,39; 2,02
11	4,32 ± 1,49	5,15 ± 1,82	0,0566	-0,01; 1,69
12	3,90 ± 1,55	4,61 ± 1,80	0,014	-0,07; 1,50
13	3,65 ± 1,39	4,44 ± 1,76	0,0469	0,01; 1,63
14	3,62 ± 1,44	4,08 ± 1,90	0,282	-0,28; 1,30
15	3,82 ± 1,44	4,38 ± 2,86	0,187	-0,28; 1,60
16	4,03 ± 1,47	4,31 ± 1,84	0,263	-0,17; 1,52
17	4,24 ± 1,47	5,31 ± 1,49	0,0125	0,21; 1,60
18	4,32 ± 1,46	5,15 ± 1,57	0,0519	-0,01; 1,65

Tabla 2. Comparativa de cuestionarios iniciales (0) y finales (1).

BIBLIOGRAFÍA

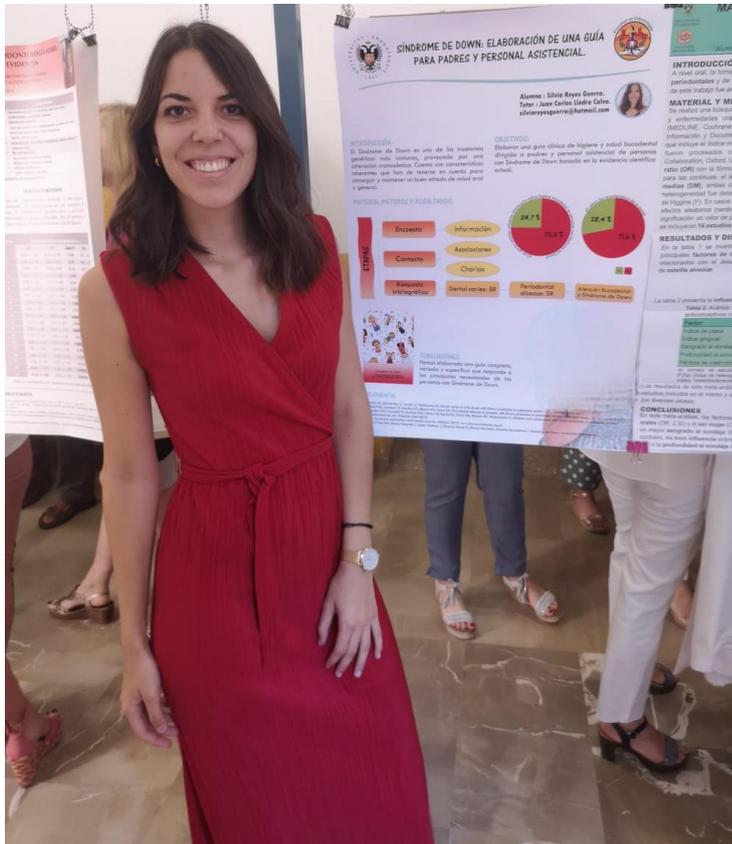
1. Górriz de Aranda, J. C. "Guía de práctica clínica: actualización de la evidencia científica sobre la Práctica Clínica de la Odontología." *Revista Española de Odontología*, vol. 11, no. 1, pp. 1-11, 2011.

2. Górriz de Aranda, J. C. "Actualización de la evidencia científica sobre la Práctica Clínica de la Odontología." *Revista Española de Odontología*, vol. 11, no. 1, pp. 1-11, 2011.

3. Górriz de Aranda, J. C. "Actualización de la evidencia científica sobre la Práctica Clínica de la Odontología." *Revista Española de Odontología*, vol. 11, no. 1, pp. 1-11, 2011.



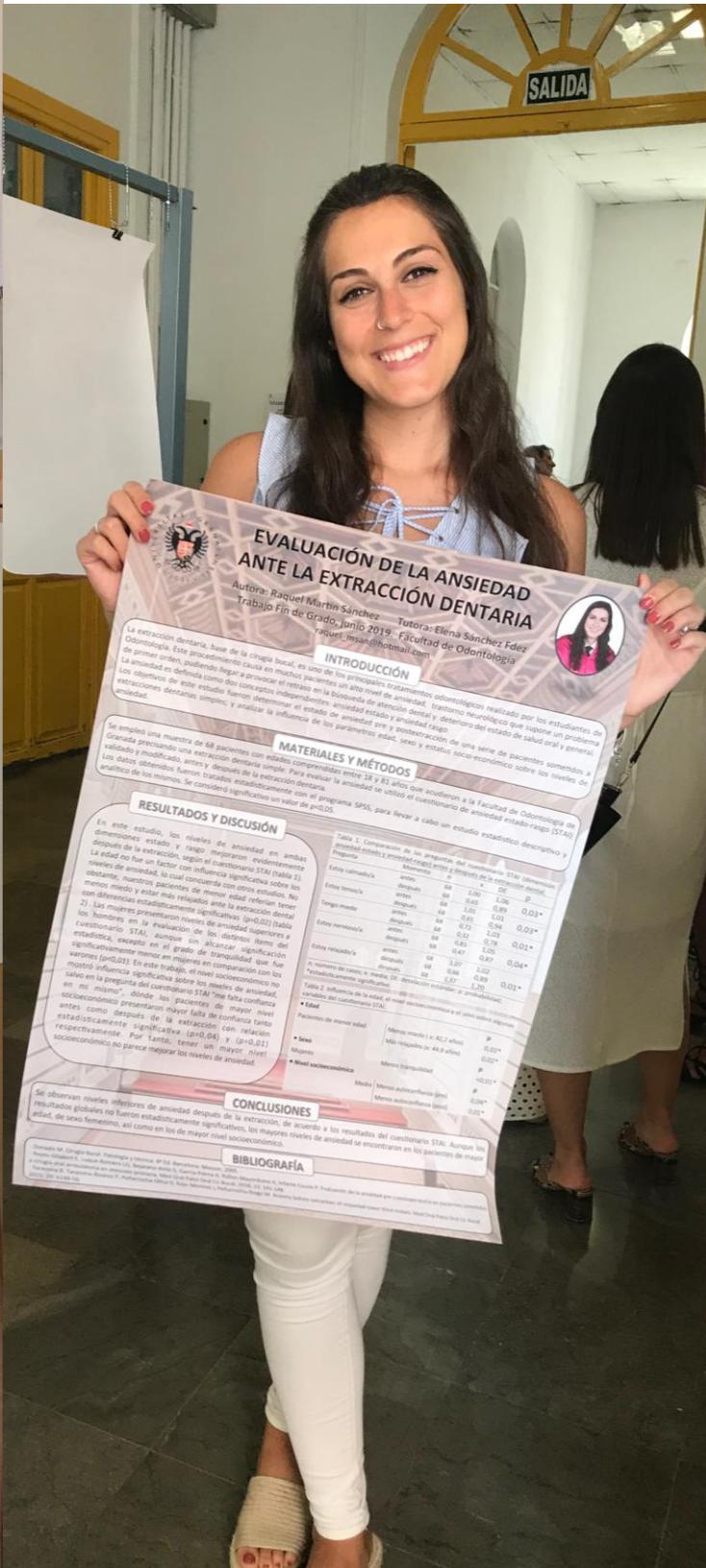


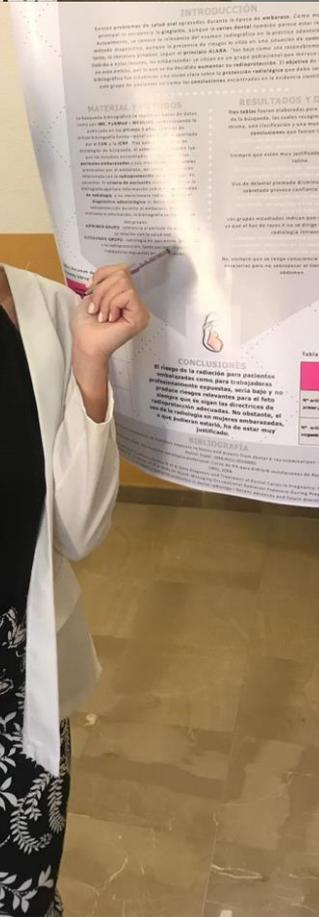
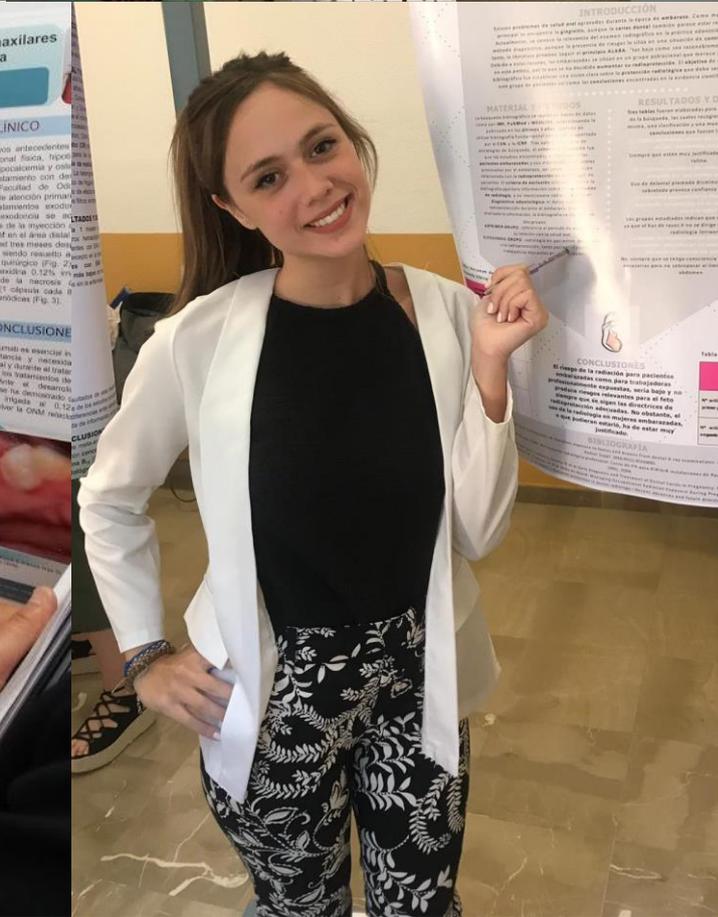
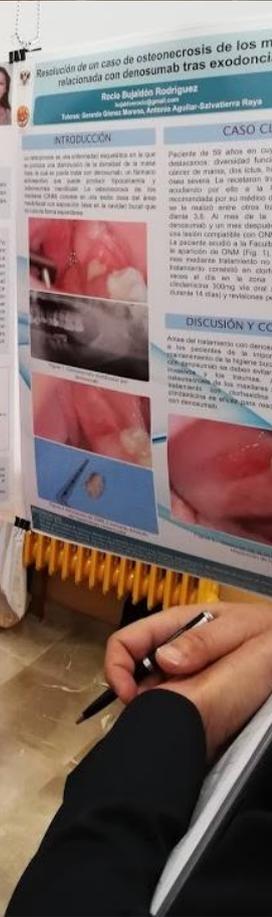
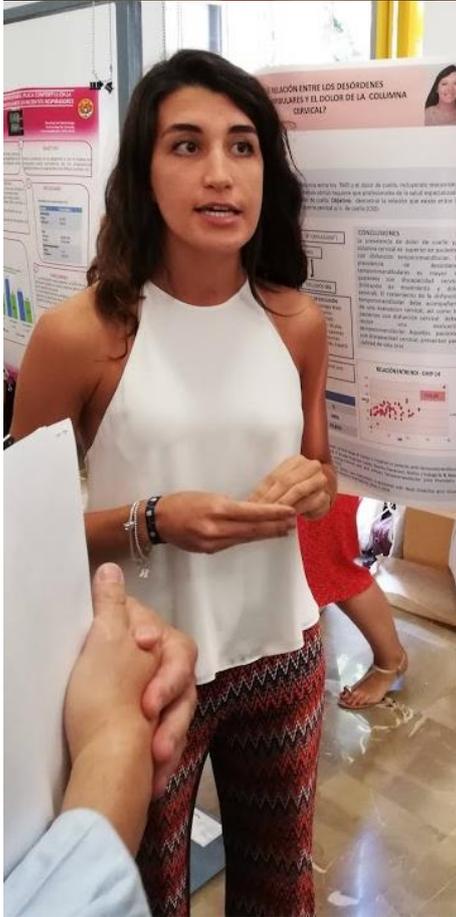
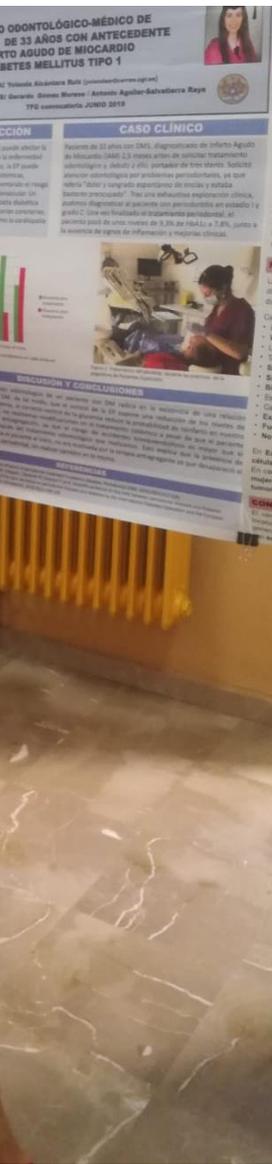


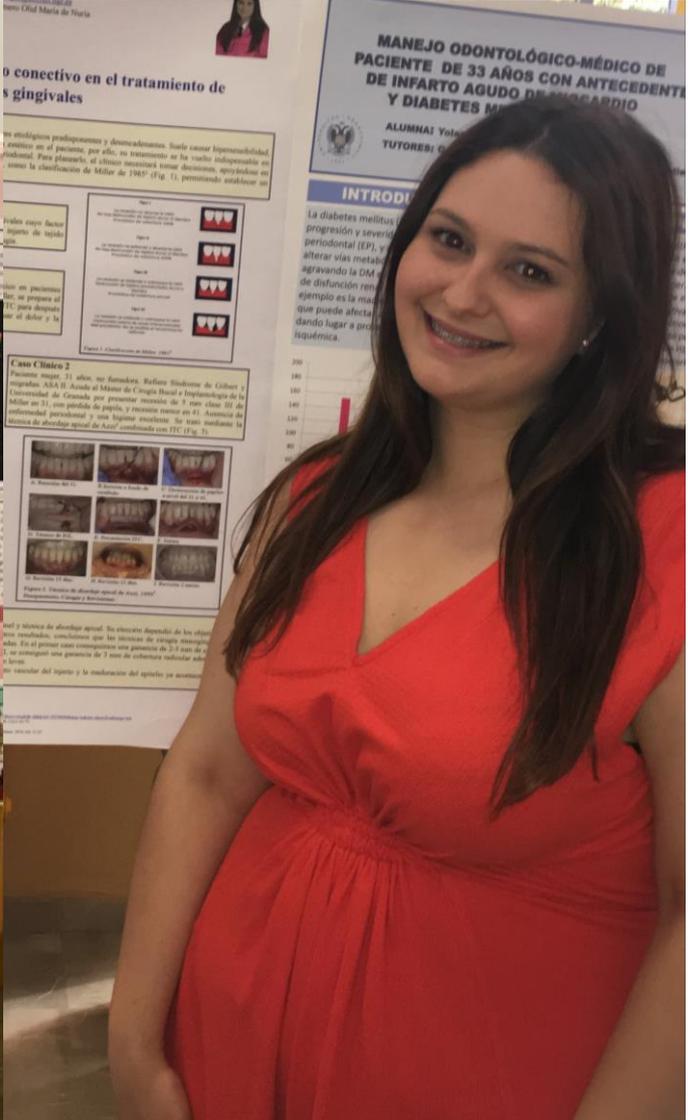
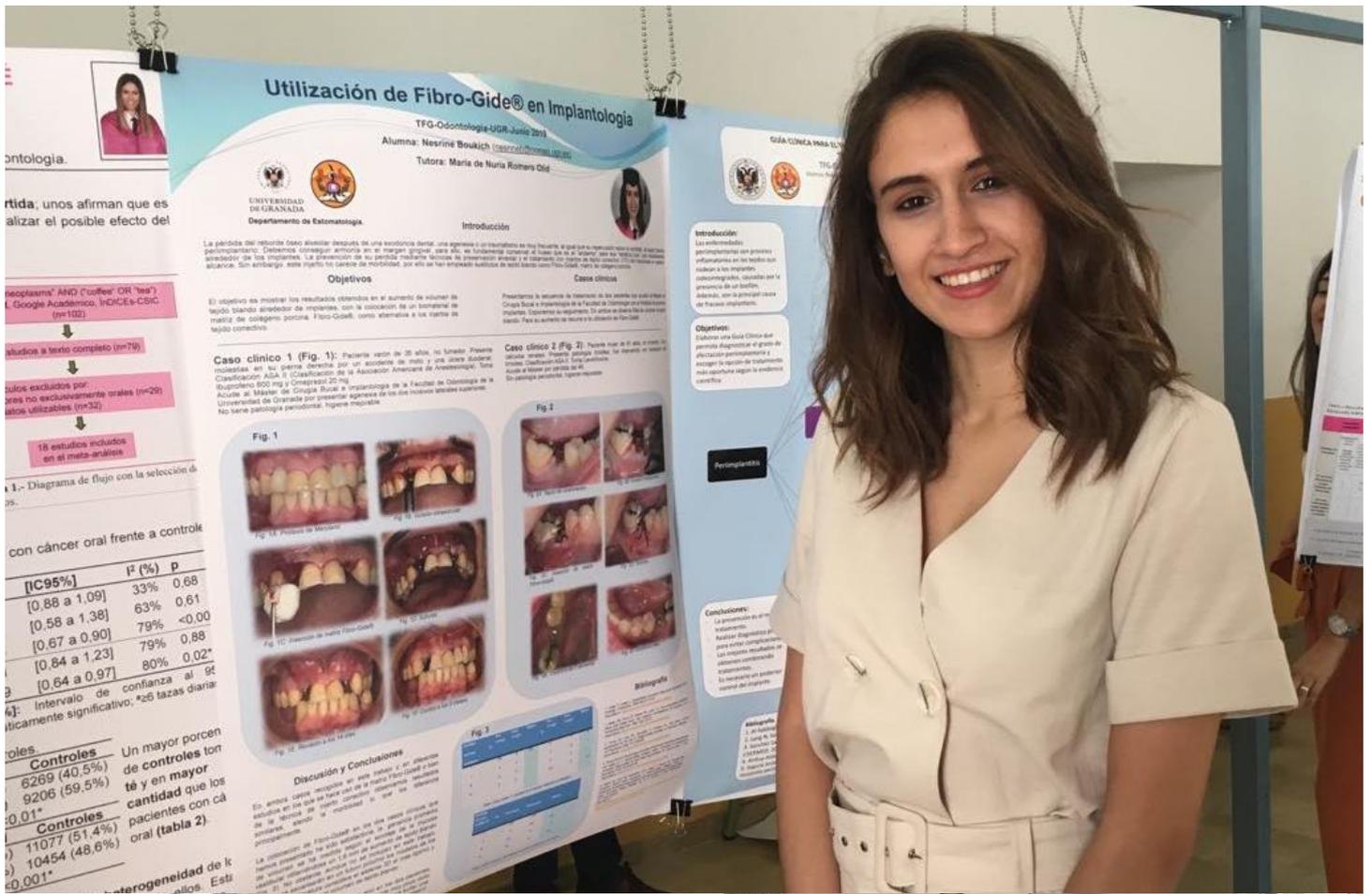


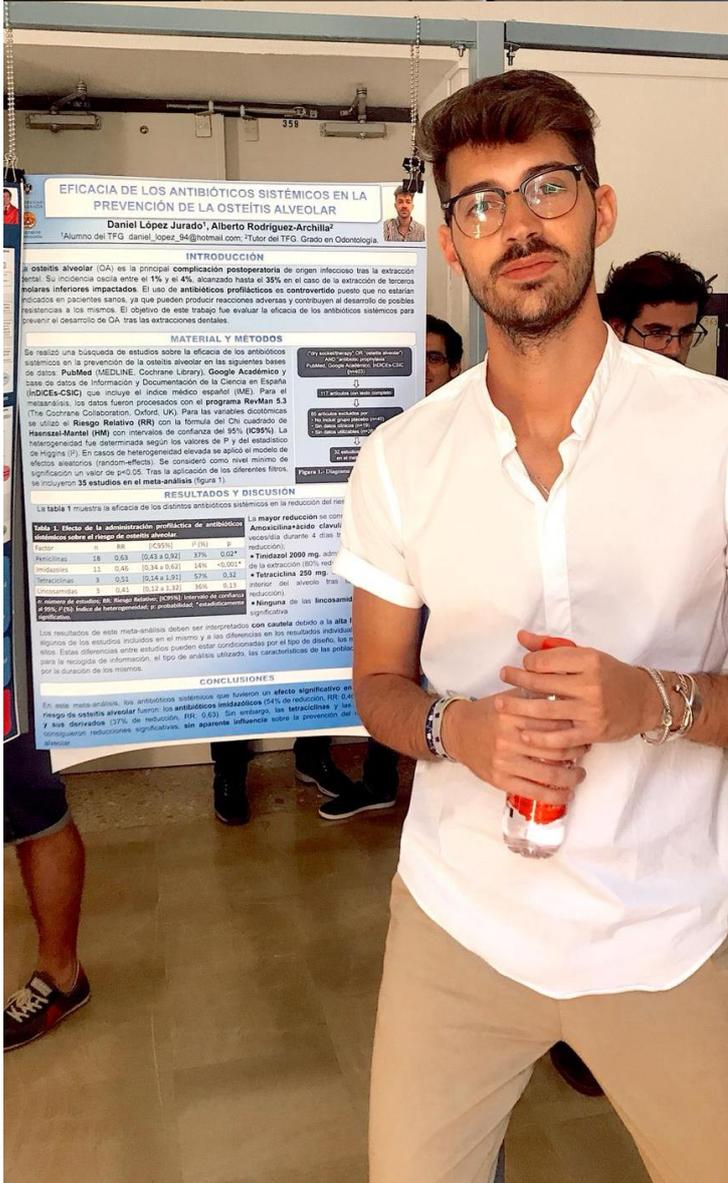










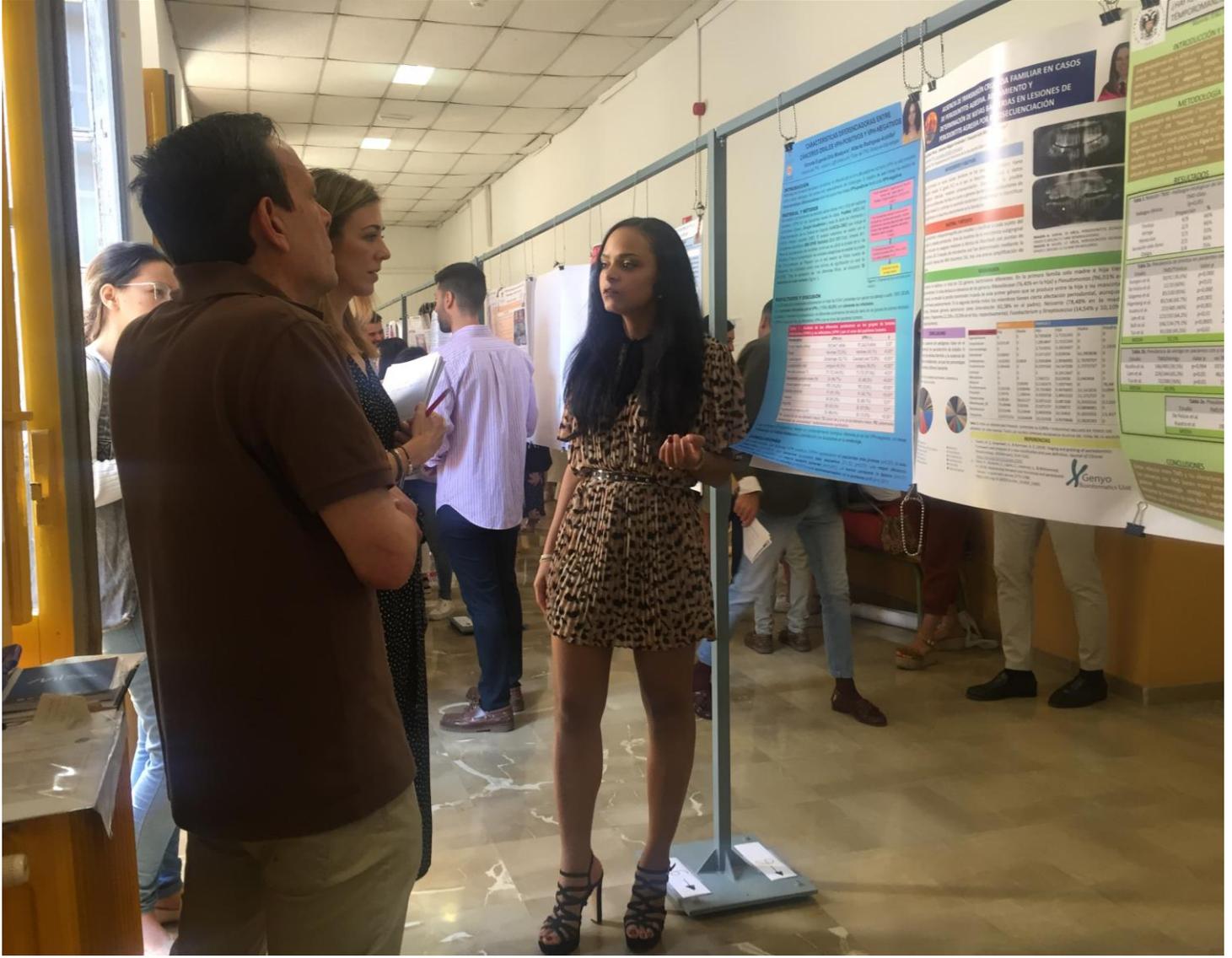
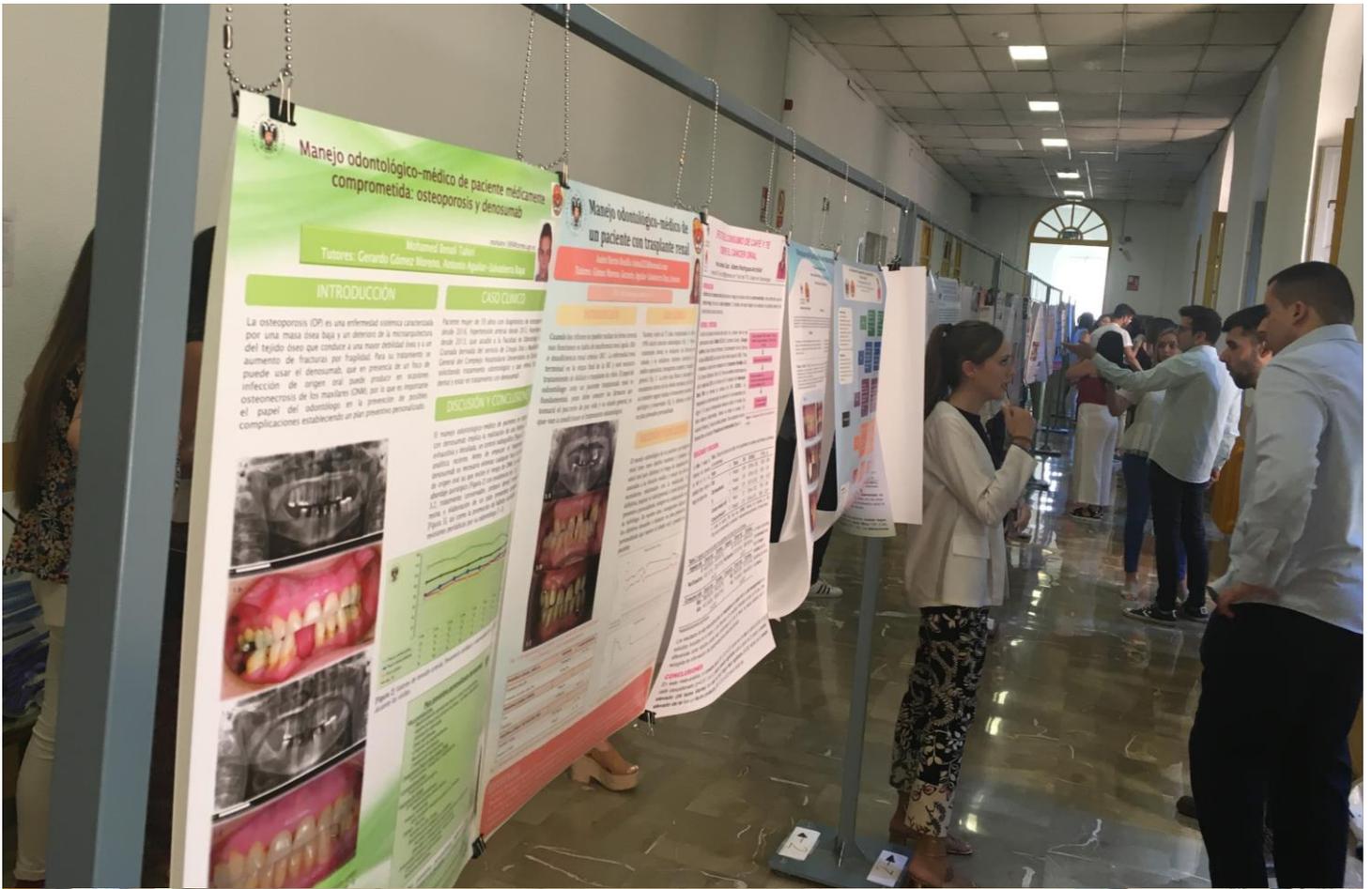








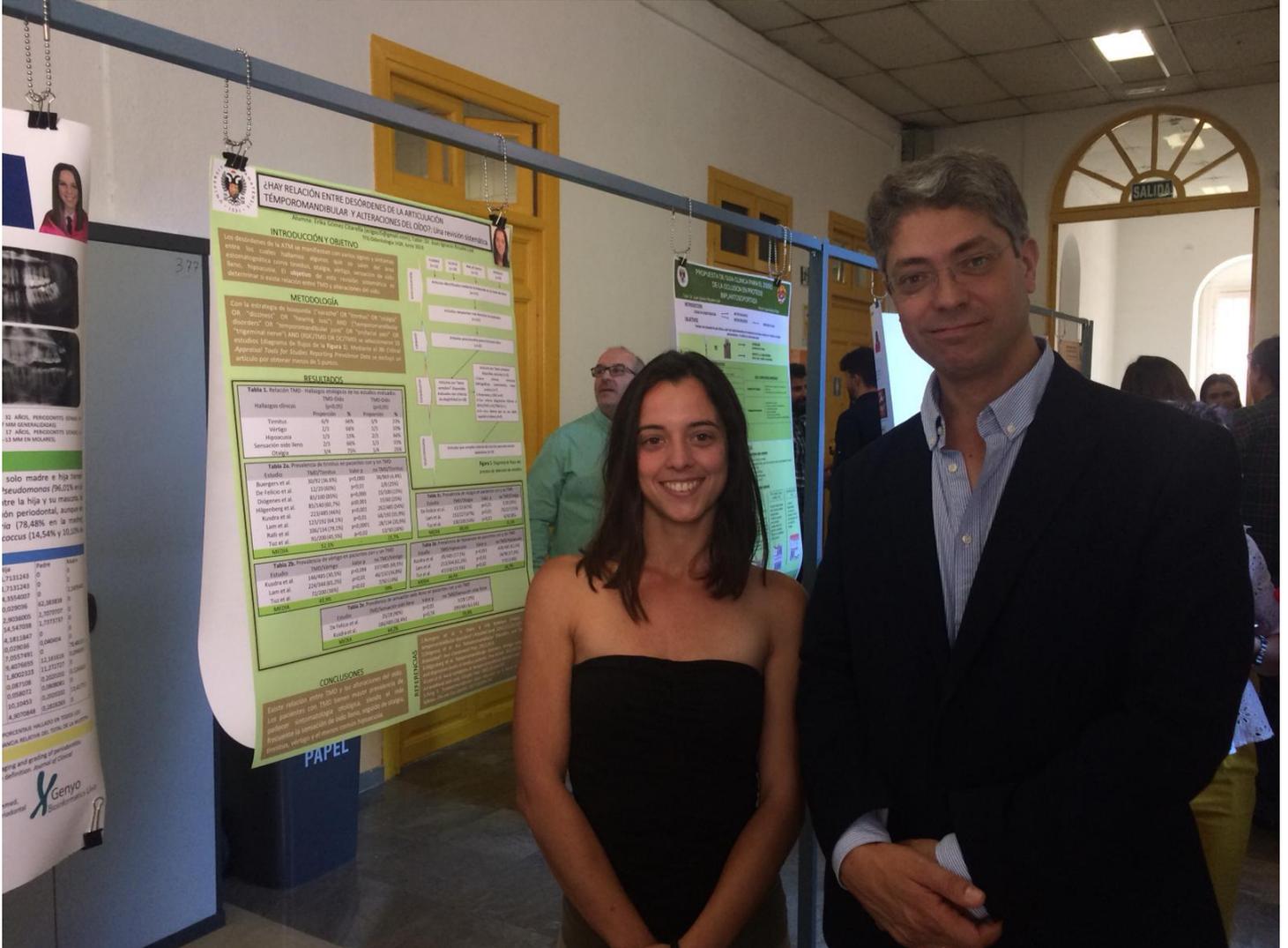
































Posters

REPRODUCIBILIDAD Y EXACTITUD EN LA DETERMINACIÓN DEL COLOR: COMPARACIÓN ENTRE EL MÉTODO VISUAL Y DOS INSTRUMENTOS DE MEDIDA DE COLOR (PARTE I)



ALUMNA: Ana Mar Acejo Gómez (anamaracejo@gmail.com)
TUTORA: Profesora Cristina Lucena Martín



INTRODUCCIÓN

La selección del color dentario es un paso fundamental dentro del protocolo restaurador. La toma de color en clínica se realiza visualmente, pero este método es subjetivo y diversos factores afectan a su rendimiento¹. Para mejorar la fiabilidad del registro del color, se han comercializado instrumentos clínicos de medida de color. Estudios previos² han valorado la exactitud y reproducibilidad de estos dispositivos, con resultados poco concluyentes. Por tanto, se necesita información adicional sobre la fiabilidad de estos instrumentos antes de ser incorporados de forma rutinaria en la clínica³. Se han planteado como objetivos del presente estudio in vitro:

1. Comparar el color de las tablillas de la guía Vita Toothguide 3D –Master (3DMaster) medido con VITA Easyshade Compact® (EAS) y SpectroShade® (SS) con el determinado con un espectrorradiómetro (SP) calibrado (grupo control).
2. Evaluar la exactitud y reproducibilidad de la toma visual e instrumental (con EAS y SS) del color de las tablillas de la guía 3DMaster.

MATERIAL Y MÉTODOS

El color de las 26 tablillas de la guía 3DMaster se midió con SP, EAS (Figura 1) y SS (Figura 2) en condiciones estandarizadas. Las medidas de EAS y SS se compararon con las medidas control (SP) mediante la fórmula de diferencia de color CIELAB (ΔE_{ab}):

$$\Delta E_{xy}^* = [(\Delta L_x^*)^2 + (\Delta a_x^*)^2 + (\Delta b_x^*)^2]^{1/2}$$

Las ΔE_{ab} se calcularon con los tests de Shapiro-Wilk y U Mann-Whitney ($\alpha = 0,05$). Las ΔE se interpretaron tomando como referencia los valores umbrales de perceptibilidad (1,80) y aceptabilidad (3,46) para diferencias de color.



Figura 1. Medición con SpectroShade



Figura 2. Medición con EasyShade Compact®

Además, diez voluntarios determinaron el color de 14 tablillas de la guía (5 por duplicado) por comparación visual con otra guía 3DMaster. La exactitud de los métodos visual e instrumental se calculó como porcentaje de aciertos en la selección de la referencia nominal de la tablilla problema, y la reproducibilidad como porcentaje de coincidencias en valoraciones repetidas de la misma tablilla.



Figura 3. Toma visual del color

BIBLIOGRAFÍA

1. Curd FM, Jasinevicius TR, Graves A, et al. Comparison of the shade matching ability of dental students using two light sources. J Prosthet Dent. 2006; 96: 391-396.
2. Browning WD, Chan DC, Blalock JS, Brackett MG. A comparison of human raters and an intra-oral spectrophotometer. Operative Dentistry 2009; 34: 337-343
3. Parameswaran V, Anilkumar S, Lylajam S, Rajesh C, Narayan V. Comparison of accuracies of anintraoral spectrophotometer and conventional visual method for shade matching using two shade guide systems. The Journal of The Indian Prosthodontic Society 2016; 16: 352-358.

MANEJO ODONTOLÓGICO-MÉDICO DE PACIENTE DE 33 AÑOS CON ANTECEDENTE DE INFARTO AGUDO DE MIOCARDIO Y DIABETES MELLITUS TIPO 1



ALUMNA: Yolanda Alcántara Ruiz (yolandaar@correo.ugr.es)

TUTORES: Gerardo Gómez Moreno / Antonio Aguilar-Salvatierra Raya

TFG convocatoria JUNIO 2019



INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus (DM) puede afectar la progresión y severidad de la enfermedad periodontal (EP), y a su vez, la EP puede alterar vías metabólicas sistémicas, agravando la DM e incrementando el riesgo de disfunción renal y cardiovascular. Un ejemplo es la macroangiopatía diabética que puede afectar a las arterias coronarias, dando lugar a procesos como la cardiopatía isquémica.

CASO CLÍNICO

Paciente de 33 años con DM1, diagnosticado de Infarto Agudo de Miocardio (IAM) 2,5 meses antes de solicitar tratamiento odontológico y, debido a ello, portador de tres stents. Solicitó atención odontológica por problemas periodontales, ya que refería "dolor y sangrado espontáneo de encías y estaba bastante preocupado". Tras una exhaustiva exploración clínica, pudimos diagnosticar al paciente con periodontitis en estadio I y grado C. Una vez finalizado el tratamiento periodontal, el paciente pasó de unos niveles de 9,3% de HbA1c a 7,8%, junto a la ausencia de signos de inflamación y mejorías clínicas.

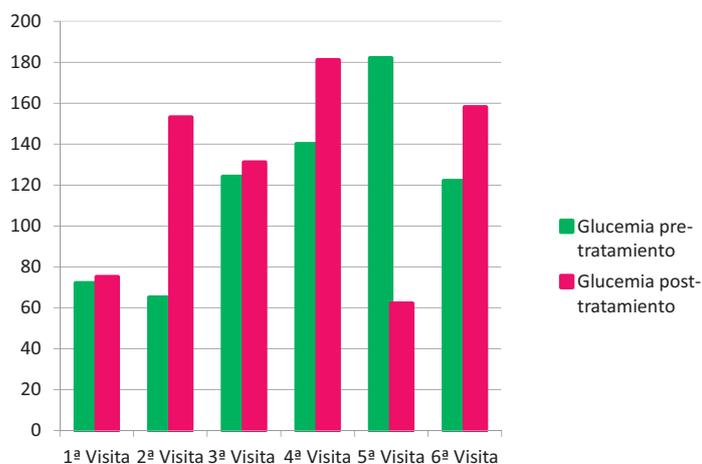


Tabla 1. Valores de TA y glucemia que tomábamos en cada visita en la Facultad de Odontología de UGR.



Figura 2. Tratamiento del paciente durante las prácticas de la asignatura de Pacientes Especiales.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

La importancia del manejo odontológico de un paciente con DM radica en la existencia de una relación bidireccional entre EP y DM, de tal modo, que el control de la EP supone una reducción de los niveles de glucemia y viceversa. Además, el correcto control de la glucemia reduce la probabilidad de reinfarcto en nuestro paciente. Por otra parte, no realizamos modificaciones en el tratamiento sistémico a pesar de que el paciente estaba tomando doble antiagregación, ya que el riesgo de accidentes tromboembólicos es mayor que el sangrado durante y después del tratamiento odontológico que realizamos. Esto explica que la presencia de sangrado que presentaba el paciente al inicio, no era motivada por la terapia antiagregante ya que desapareció al terminar el tratamiento periodontal, sin realizar cambios en la misma.

REFERENCIAS

- Falcao A, Bullón P. A review of the influence of periodontal treatment in systemic diseases. *Periodontol* 2000. 2019;79(1):117-128.
- Sanz M, Ceriello A, Buysschaert M, Chapple I, Demmer RT, Graziani F et al. Scientific evidence on the links between periodontal diseases and diabetes: Consensus report and guidelines of the joint workshop on periodontal diseases and diabetes by the International Diabetes Federation and the European Federation of Periodontology. *J Clin Periodontol*. 2018;45(2):138-149.



UNIVERSIDAD
DE GRANADA

ACTIVIDAD DEL GABINETE DE MEDICINA BUCAL EN EL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD

PARTE II

TFG Odontología UGR. Junio 2019.

Alumna: Alguacil Méndez, Andrea (andreaalgmnz@correo.ugr.es)

Tutores: Bravo Pérez, Manuel – Urquía García, Miguel



RESULTADOS

Los datos fueron recogidos de 4 sistemas de registro, la mayoría de las lesiones tenían asiento en 2 sistemas de los 4 al mismo tiempo. El porcentaje de lesiones que estaban reflejadas en los 4 sistemas de registro fue del 0%, siendo excluyentes normalmente SIPAD y DIRAYA. Las lesiones a las que se hizo fotografía, tuvieron que almacenarse en un registro aparte por la imposibilidad de los programas SIPAD y DIRAYA de almacenar fotografías.

Los resultados muestran que las lesiones más frecuentes fueron las recogidas como “lesiones blancas o queratosis”; el líquen plano y las ulceraciones (traumáticas o no traumáticas).

Se denota la presencia de 4 casos de carcinoma epidermoide y 2 de verrucoso, 4 casos de sífilis y 2 casos de papilomatosis oral florida.

Se habían fotografiado el 84'9% de las lesiones. Sin embargo la reunión de datos iconográficos de éstas y los datos clínicos que están en DIRAYA y SIPAD han tenido que hacerse “paciente a paciente” y no de forma automática en el 100% de los casos.

La mayoría de los pacientes fueron derivados al Gabinete, por otros dentistas públicos (37'6%) y por parte de médicos de familia del sistema de salud (35'7%). Las derivaciones realizadas por dentistas del ámbito privado fueron del 13'7%.

La adherencia de los pacientes al programa resultó ser del 63'5%, acudiendo 3 o más veces a consulta debido a la misma lesión.

DISCUSIÓN

La herramienta más útil para la planificación táctica de los servicios de salud es la información que surge del análisis de los registros. Su retroalimentación permite la detección de deficiencias.

Se recogieron datos de 37 tipos de lesiones diferentes. La frecuencia de alguna de ellas es pequeña y por lo tanto no se puede hacer análisis estadístico.

Diferentes autores han descrito retrasos diagnósticos en pacientes con lesiones cancerizables, condicionados por malos protocolos de derivación. Es importante establecer protocolos estandarizados de referencia, con el fin de asegurar un rápido acceso al sistema sanitario y el establecimiento precoz del diagnóstico definitivo.

En el estudio de los resultados se observa una adherencia alta del paciente al programa de seguimiento.

Tabla I. Frecuencia de las lesiones registradas.

LESION	Freq	Porcent			
AMELOBLASTOMA	1	0%	LEUCOPLASIA o QUERATOSIS FRICCION	54	21%
ANGIOMA	1	0%	LIQUEN PLANO	38	15%
BOTRIOMIOMA	1	0%	LUPUS	4	2%
CANDIDIASIS	8	3%	MELANOSIS	2	1%
CARCINOMA	6	2%	MUCOCELE	6	2%
CONDILOMA	3	1%	NEUROLEIOMA	1	0%
DIAPNEUSIA	18	7%	PAPILOMA	13	5%
EPULIS	1	0%	PAPILOMATOSIS ORAL FLOR	2	1%
ESCLEROSIOS OSEA	1	0%	PENFIGO	8	3%
FIBROMA	7	3%	PENFIGOIDE	4	2%
GINGIVITIS DESCAMATIVA	1	0%	PERICORONARITIS	1	0%
GRANULOMA	5	2%	PLUMMER VINSON	2	1%
HEMANGIOMA	1	0%	QUEILITIS ACTINICA	3	1%
HERPES ZOSTER	4	2%	QUELOIDE	1	0%
HIPERPLASIA FIBROEPITEL	1	0%	QUISTE	13	5%
HIPERPLASIA GINGIVAL	2	1%	SIFILIS	4	2%
INFLAMACION PAPILAS FOL	1	0%	TORUS	1	0%
LENGUA ESCROTAL	1	0%	ULCERACION	20	8%
			ULCERACION TRAUMATICA	19	7.3%
			TOTAL	259	100%

Se ha puesto de manifiesto que no existe protocolo de derivación desde los dentistas privados al Sistema Público de Salud mas que a través del propio paciente, que tiene que solicitar una cita. No se asegura la fidelización de la transmisión de los hallazgos clínicos, denotados por el dentista privado, hasta el profesional del gabinete.

CONCLUSIONES

1. Los sistemas de registros del SAS, no tienen un sistema de búsqueda activa de pacientes por “lesiones de mucosa oral” que pudiera permitir un seguimiento.
2. Los sistemas de registro habituales (DIRAYA y SIPAD) carecen de la posibilidad de almacenamiento de fotografías.
3. No existen protocolos que sistematicen una correcta transmisión de la información entre el ámbito privado y público.
4. El Gabinete tiene una alta capacidad de resolución. Las derivaciones adecuadas contribuyen a un mejor seguimiento de las manifestaciones sistémicas de lesiones de origen autoinmune.



Figura 1. Lesión característica del Síndrome de Stevens-Johnson vista en consulta.

REFERENCIAS

1. Castillo Rivas Jacqueline. Registros de salud: evaluación estadística de su calidad. Rev. cienc. 1997;5(2):17-21
2. Singh P, Warnakulasuriya S. The two-week wait cancer initiative on oral cancer; the predictive value of urgent referrals to an oral medicine unit. Br Dent J 2006;201:717-20
3. Bermejo ME, Martínez AB. Leucoplasia oral: Conceptos actuales/Oral Leukoplakia: Current considerations. Av Odontoestomatol 2009;25(2):83-97
4. Cok S, Cok CC, Bascones-Martínez A. Malignización del líquen plano oral (LPO). Avances en Odontoestomatología 2015 Oct 1;31(5):323-9

REPERCUSIÓN DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL EN PACIENTES CON SÍNDROME DE OVARIO POLIQUÍSTICO



ALUMNA: M^a VIRGINIA ALHAMBRA DÍAZ
TUTORES: FRANCISCO LUIS MESA AGUADO
ANA MARÍA MESA LÓPEZ

avirgi31@hotmail.com



INTRODUCCIÓN

El síndrome de ovario poliquístico (SOP) es una alteración hormonal frecuente que afecta, sobre todo, a mujeres en edad fértil la cual se caracteriza por hiperandrogenismo (HA) en adolescentes, pubarquia prematura, hirsutismo, acné y trastornos menstruales. Además, se acompaña de alteraciones metabólicas: hiperinsulinemia, resistencia a la insulina, dislipemia y obesidad.

La gingivitis se trata de un cuadro inflamatorio localizado en la encía libre e insertada que se acompaña de sangrado espontáneo y/o ocasionado, hinchazón y coloración rojiza o azulada de la mucosa gingival dependiendo de la evolución caracterizado por ser un proceso «reversible». La periodontitis es una enfermedad infecciosa que afecta a los tejidos de soporte del diente la cual se caracteriza por ser un proceso irreversible.

Los objetivos son comprobar si en pacientes SOP y patología periodontal, tras el tratamiento periodontal mejorarían las variables bioquímicas que se encuentra alteradas en dicha síndrome.



MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio observacional pre-test/post-test con pacientes con SOP, las cuales se dividieron en 2 grupos en función de sus necesidades de tratamiento periodontal y a las cuales se les monitorizó a través de 2 extracciones de sangre realizadas tanto al principio como al final de un periodo de seguimiento de 3 meses.

Las variables periodontales estudiadas fueron: Profundidad de Sondaje, índice de gravedad periodontal (PISI), índices de sangrado y placa y n° de dientes presentes. Las variables bioquímicas fueron Hemoglobina Glicosilada (HbA1c) (mmol/L), Colesterol (total, LDL) y triglicéridos (mg/dl), testosterona (nmol/L) y androstendiona (nmol/L).

A las pacientes, en función de sus necesidades de tratamiento, se les realizó tartrectomías y tratamientos no quirúrgicos de Raspado y Alisado Radicular (RAR) con curetas Gracey manuales y ultrasonidos.

RESULTADOS

La muestra de este estudio es de 15 pacientes, con una media de edad de 18-30 años, todas ellas con diagnóstico de SOP y patología periodontal.

En la tabla 1 se muestran los cambios ocurridos en las variables periodontales entre el inicio y el final del estudio, observándose una mejora generalizada de todas las variables periodontales, a excepción del n° de dientes.

En la tabla 2, en cuanto a las variables bioquímicas estudiadas, el tratamiento periodontal ha conseguido una reducción significativa de la Hb1Ac, mientras que los niveles de andrógenos en sangre se han incrementado significativamente.

Figura 1: Evolución de la salud periodontal tras el tratamiento periodontal y el refuerzo de higiene.

Tabla 1. Variables clínicas (media±de) (n=15).

Variable	Basal	Tras.Tto. periodontal	Valor-p*
x bolsas	7.29±7.56	0.71±1.18	0.004
Pisi	1.21±1.30	0.11±0.19	0.005
I.Sangrado	8.98±6.93	2.05±1.90	<0.001
I.Placa	41.67±30.61	7.40±4.42	0.001
N1 dientes	30.40±1.72	29.93±2.05	0.131

a: t-student para muestras apareadas.

Tabla 2. Variables analíticas (media±de) (n=15).

Variable	Basal	Tras.Tto. periodontal	Valor-p*
Hb.Glicosilada	5.17±0.23	4.95±0.19	0.003
Col.Total	178.00±41.32	179.80±35.63	0.991
HDL	63.93±15.47	67.80±16.85	0.304
Triglicéridos	91.00±48.27	84.73±34.01	0.522
Testosterona	74.07±31.05	74.20±32.22	0.976
Androstendiona	2.30±0.75	5.58±1.72	<0.001

a: t-student para muestras apareadas.

DISCURSIÓN Y CONCLUSIONES

Los cambios experimentados en las variables periodontales y bioquímicas en estas 15 pacientes con diagnóstico de SOP y problemas periodontales fueron una reducción significativa de las variables periodontales, una reducción significativa de la HbA1c y un aumento de la Androstendiona.

Una de las limitaciones del estudio es el tamaño muestral implicando que los resultados obtenidos deben ser confirmados con posteriores investigaciones con un tamaño de muestra suficiente e incluir hormonas como la Hormona Luteinizante y la Hormona Folículoestimulante que intervienen en la síntesis de hormonas sexuales femeninas.

BIBLIOGRAFÍA

1. M T Muñoz Calvo. Síndrome de Ovario Poliquístico (SOP). ADOLESCERE. Revista de Formación Continuada de la Sociedad Española de Medicina de la Adolescencia. Mayo 2016; Volumen IV.
2. Slots J. Periodontology: past, present, perspectives. Periodontol 2000 2013; 62:7-19.
3. Fernández-Veledo S, Vila-Bedmar R, Nieto-Vázquez I, Lorenzo M. C-jun N-terminal quinasa 1/2 activación por factor de necrosis tumoral alfa induce resistencia a la insulina en humanos adcerados viscerales pero no subcutáneos: Reversión por Agonistas del receptor X del hígado. J Clin Endocrinol Metab. 2009; 94: 3583-93.

Manejo odontológico-médico de paciente con fibrosis pulmonar, enfermedad renal crónica y apnea del sueño.



Jaime Amador Alemparte (jaime.amador@hotmail.com)

Tutores: Gerardo Gómez Moreno y Antonio Aguilar-Salvatierra Raya

INTRODUCCIÓN

La fibrosis pulmonar crónica es una enfermedad que cursa con la formación de tejido cicatricial o fibrosis a lo largo de la pleura, parénquima pulmonar y alveolos pulmonares. La enfermedad renal crónica es un término genérico que hace referencia a un conjunto de enfermedades que afectan la función o estructura renal. La apnea del sueño es un tratamiento común en donde la respiración se interrumpe o se hace muy superficial debido a un colapso periódico de las vías aéreas superiores durante el sueño.

Se realizó un tratamiento odontológico controlado en el que se constató una mejoría en sus valores de tensión arterial (TA) y glucemia en sangre.

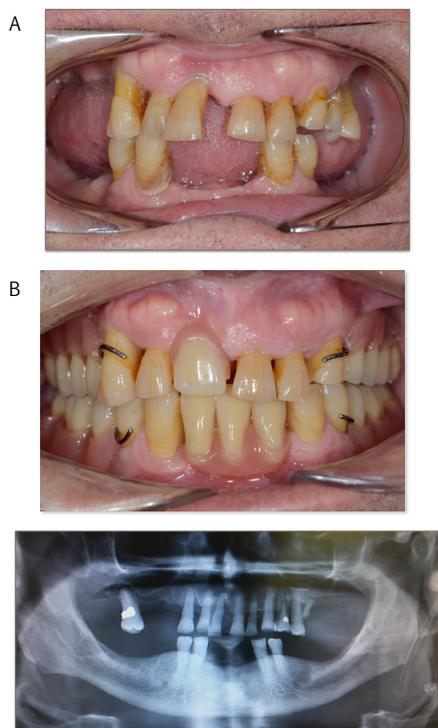


Figura 1.- Estado de la cavidad oral antes (A) y después (B) del tratamiento periodontal y protésico. Ortopantomografía antes del tratamiento dental (C).

CASO CLÍNICO

Paciente varón de 68 años que solicitó atención odontológica en la asignatura de Odontología en Pacientes Especiales de la Facultad de Odontología. Tras valorar informes clínicos y analíticas, se consideró seguro realizar el tratamiento periodontal y protésico pertinente. Además, se instauró un plan de prevención personalizado y un seguimiento.



Figura 2.- Tratamiento periodontal de mantenimiento; raspado y alisado radicular.

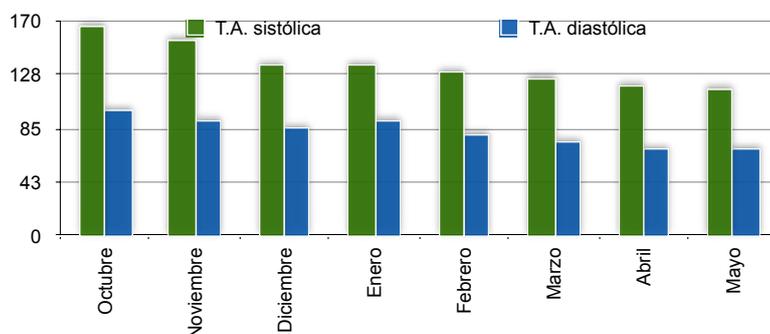


Figura 3.- Control de la Tensión Arterial tras el tratamiento periodontal.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El manejo odontológico-médico en este paciente buscó reducir la incidencia y severidad de las complicaciones orales asociadas a sus patologías sistémicas, para mejorar su calidad de vida. La prevención es la piedra angular para evitar la aparición de complicaciones, por lo que es de extrema necesidad instaurar un plan preventivo personalizado con el paciente.

Se observaron beneficios evidentes tras el tratamiento odontológico asociados a una mejoría a nivel sistémico. En nuestro caso, conseguimos eliminar los focos infecciosos mejorando el estado general del paciente.

REFERENCIAS

- 1.- Glurich I, Shimpi N, Schroeder D, Kilsdonk J, Chyou PH, Penniman E, Acharya A. Medical Providers' Oral Health Knowledgeability, Attitudes, and Practice Behaviors: An Opportunity for Interprofessional Collaboration. J Evid Based Dent Pract. 2016;16:19-29.
- 2.- Martínez-Castelao A, Górriz JL, Bover J, Segura-de la Morena J, Cebollada J, Escalada J, Esmatjes E, Fácila L, Gamarra J, Gràcia S, Hernández-Moreno J et al. Consensus document for the detection and management of chronic kidney disease. Aten Primaria. 2014;40:441-59.
- 3.- Tomás Carmona I, Gómez Moreno G. Protocolos de asistencia odontológica en pacientes con patología sistémica. En: Machuca Portillo G, Bullón Fernández P, editores. Tratamiento odontológico en pacientes especiales. 3ª Ed. Madrid: Laboratorios Normon; 2013. p. 831-873.
- 4.- Tonetti MS, Van Dyke TE; working group 1 of the joint EFP/AAP workshop. Periodontitis and atherosclerotic cardiovascular disease: consensus report of the Joint EFP/AAP Workshop on Periodontitis and Systemic Diseases. J Periodontol. 2013;84:S24-9.

Comparación del efecto sobre el Raspado y Alisado radicular de las curetas Gracey *versus* equipo ultrasónico.



TFG-Odontología-UGR-Junio-2019
ALUMNO: Aouessar, Soraya (aouessarsoraya@correo.ugr.es)
TUTORES: Mesa Aguado, Francisco Luis
 Rosales Leal, Juan Ignacio



INTRODUCCION

El tratamiento de la lesión periodontal tiene como propósito eliminar y prevenir el acumulo tanto del biofilm como del cálculo supragingival y subgingival, además de detener la progresión de la periodontitis. El objetivo de este trabajo fue comparar la eficacia y efectividad del Raspado y Alisado radicular de las curetas Gracey *versus* equipo AIRFLOW® Prophylaxis Master, valorando parámetros topográficos de rugosidad radicular y variables clínicas periodontales.

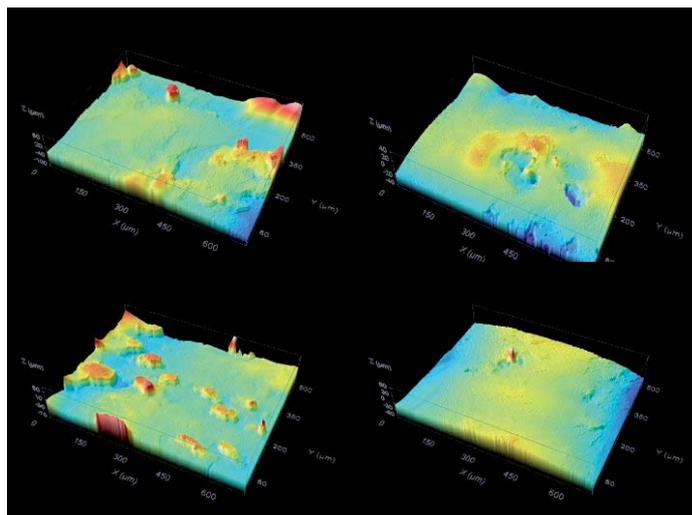
MATERIAL Y MÉTODOS

Seis pacientes con periodontitis fueron seleccionados para este ensayo clínico. Previo y posterior al tratamiento, se registraron variables clínicas periodontales y se tomaron registros con silicona fluida de cuatro bolsas por paciente, para la determinación de variables de rugosidad. los pacientes se asignaron al azar en dos grupos: uno para ser tratados con curetas (n=3) y el otro, para ser tratados con ultrasonidos (n=3).

Figura 2. Imágenes clínicas del antes y después tanto en curetas como ultrasonido.



Figura 1. Imágenes de la superficie radicular en 3D antes y después de realizar el tratamiento con curetas y ultrasonido. Variable topográfica.



RESULTADOS Y DISCUSION

Los valores de las variables clínicas y topográficas fueron similares entre los dos grupos después del tratamiento ($p > 0.05$) y mejoraron con respecto a los valores iniciales ($p < 0.05$). Tras el tratamiento, el índice PISI fue menor tanto con curetas ($p < 0.01$) como con ultrasonidos ($p < 0.01$). El índice de sangrado también mejoró tras el tratamiento ($p < 0.01$). La variable Ra fue menor tanto en curetas ($p = 0.017$) como con el aparato de ultrasonido ($p = 0.043$). Ambas técnicas reducen la profundidad de sondaje, el sangrado gingival y la rugosidad radicular de forma similar, siendo el aparato de ultrasonido una alternativa válida a las curetas y así lo señalaban autores como Rosales-Leal, Mesa F. *et al.* (2015).

Tabla 1. Datos estadísticos de los valores medios del Índice PISI, el porcentaje de sangrado y Ra antes de realizar el tratamiento y después tanto con curetas como el ultrasonido.

Técnica	PISI ₀	PISI ₁	Valor-p	Sangrado ₀	Sangrado ₁	Valor-p*	Ra ₀	Ra ₁	Valor-p*
Curetas	4 ± 1	0.5 ± 0.2	<0.01	1 ± 0.1	0.5 ± 0.1	<0.01	11 ± 2	7 ± 5	0.017
Ultrasonido	5 ± 1	1.3 ± 0.8	<0.01	1 ± 0.1	0.5 ± 0.1	<0.01	12 ± 6	6 ± 3	0.043
Valor-p	0.209	0.06		0.47	0.47		0.362	0.303	

CONCLUSIÓN

Se produce una reducción similar en los parámetros clínicos y variables topográficas, se puede observar que la efectividad de ambas técnicas es bastante alta, reduciéndose notablemente las bolsas periodontales, el sangrado gingival y la rugosidad radicular en ambos grupos. Las diferencias de ambas técnicas son en beneficio del operador puesto que:

- ❖ El aparato de ultrasonido presenta una menor fatiga para el operador, permitiendo realizar el RAR de forma homogénea en todas las superficies radiculares
- ❖ No ha sido necesario administrar anestesia y se realizó el tratamiento de la boca entera en una única sesión gracias al sistema de regularización de las vibraciones y la fuerza del aire junto con la posibilidad de regular la temperatura.
- ❖ El campo quirúrgico se ha mantenido limpio en todo momento gracias al chorro de agua que ayuda a desalojar los depósitos de sarro de la bolsa y dejar la superficie limpia y visible.

BIBLIOGRAFÍA

- Rosales-Leal JJ, Flores AB, Contreras T, Bravo M, Cabrerizo-Vílchez MA, Mesa F. Effect of root planing on surface topography: An in-vivo randomized experimental trial. *J Periodont Res.* 2015; 50: 205-10.
- Solís-Moreno C, Santos A, Nart J, Levi P, Velasquez A, Sanz Moliner J. Evaluation of root surface microtopography following the use of four instrumentation systems by confocal microscopy and scanning electron microscopy: in vitro study. *J Periodont Res.* 2012; 47: 608-15.
- Echevarría JJ, Blanco-Carrión J. *Manual SEPA de Periodontía y Terapéutica de Implantes. Fundamentos y guía práctica.* 2ª ed. Madrid: Panamericana; 2005.



EROSIÓN DENTAL EN EL DEPORTE DE ALTA INTENSIDAD



Autor: Arco López, José Carlos
Tutor: González López, Santiago

carlosarco95@gmail.com

Introducción

El riesgo de erosión dental en el deporte es mayor debido al consumo de bebidas para deportistas, bebidas energizantes y el impacto del ejercicio sobre la producción de saliva atribuible a una práctica deportiva por encima de una intensidad umbral mínima.

El objetivo fundamental de nuestro trabajo fue determinar el grado de erosión dental y sus factores de riesgo, estado de salud oral y percepción sobre la misma de aquellas personas que realizan deporte amateur de manera frecuente e intensa.



Imagen 1. Deportistas se ejercitan en sus respectivas modalidades.

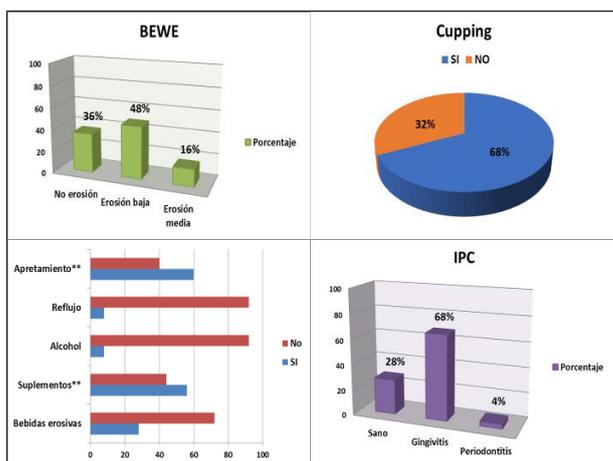


Figura 1. Tablas de resultados.

Material y método

Se ha realizado un estudio observacional descriptivo transversal en una muestra de 25 individuos entre 20 y 30 años que realizan ejercicio frecuente y a una intensidad mayor de 6 en la escala de Borg. Se recogieron sus datos médicos y se les realizó un cuestionario acerca de su manera de practicar deporte, hábitos erosivos, toma de suplementos deportivos, apretamiento dental y percepción salud oral-rendimiento. También se sometieron a una exploración bucodental donde se obtuvieron los índices BEWE, CAOD e IPC. Los datos fueron analizados por el programa SPSS versión 24.0 calculándose estadísticos descriptivos habituales y correlacionando el cupping con otras variables mediante el test chi-cuadrado.

Resultados y discusión

La erosión media de la muestra de estudio fue baja (6.0) con una prevalencia del 64% lo que nos indica que en este grupo de población deportista y joven se está comenzando a desarrollar esta patología con gran riesgo de padecerla. El 68% de los deportistas presentan cupping en la cúspide mesiovestibular del primer molar inferior. Su aparición puede verse influenciada por la ingesta de suplementos deportivos ($p=0,03$) que provocan acidosis metabólica debido al aumento del consumo diario de proteínas en la dieta y por el apretamiento de los dientes durante la práctica deportiva ($p=0,014$) que contribuye al desgaste del diente cuya estructura ha sido previamente reblandecida por el proceso erosivo que se produce.

El estado de salud oral de estos deportistas es bueno en comparación al de la población española adulta (Bravo y cols.), aunque con un CAOD de 3,8 y elevada prevalencia de gingivitis es un estado bucal que se puede mejorar. La mayor parte de los deportistas creen que la salud oral y el rendimiento deportivo no guardan relación alguna, por lo que su atención a los cuidados bucodentales es reducida.



Imagen 2. Cupping en maxilar inferior.

Conclusiones

- El deportista de alta intensidad posee un **grado de erosión bajo** pero un **riesgo alto** de padecerla.
- El **cupping**, especialmente en la **cúspide mesiovestibular de 1º molares inferiores**, es un **signo característico de alarma de inicio de erosión** dental en jóvenes que **se ejercitan** intensamente y con elevada frecuencia.
- Los **suplementos** deportivos **proteicos** y el **apretamiento** de los dientes durante el ejercicio **influyen** en la aparición de cupping.
- Es necesario **promocionar la salud oral** en este grupo de población.



Estudio comparativo de la pérdida marginal ósea en sobredentaduras soportadas sobre implantes tipo MIS vs tipo ASTRA.

ALUMNO: DIEGO BARRERA GARCÍA (DIEGOBARRERA@CORREO.UGR.ES)

TUTORES: MIGUEL PADIAL MOLINA; PABLO GALINDO MORENO

TRABAJO DE FIN DE GRADO



INTRODUCCIÓN

Sabemos que el mantenimiento de hueso alrededor del implante es un factor vital para la supervivencia de este tipo de tratamiento. En este caso, vamos a estudiar la influencia del tipo de conexión al implante que se relaciona directamente con la pérdida de hueso marginal; tipo MIS vs tipo ASTRA en sobredentaduras sobre barras soportadas mediante implantes.

OBJETIVOS

Analizar la pérdida marginal ósea (MBL) en ambos tipos de implantes colocados para soportar sobredentaduras con barra.

MATERIALES Y MÉTODOS

Hemos seleccionado una muestra de 9 pacientes que habían sido rehabilitados protésicamente con tratamiento de sobredentaduras sobre barras soportadas mediante implantes. En total un número de 52 implantes. 4 pacientes fueron tratados con implantes tipo MIS y 5 mediante implantes tipo ASTRA con conexiones protésicas diferentes. Por último, se midió la pérdida marginal ósea (MBL) que se había producido en cada uno de los implantes colocados mediante el programa imageJ en radiografías del momento de la colocación y de un seguimiento posterior.



Figura 1

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tras realizar las medidas radiográficas de la MBL en mesial y distal de un conjunto de 52 implantes (28 MIS y 24 ASTRA) comprobamos la disminución del nivel óseo desde el momento de carga al seguimiento del paciente de forma significativa pero acabando en mediciones alrededor del hombro del implante, no más allá. Esto demuestra una remodelación fisiológica. Las comparaciones entre grupos demostraron cambios no significativos.

MIS	MBLm_1	MBLm_2	Cambio mesial
Media	0.88	0.03	-0.86
Desviación estandar	1.03	0.97	0.87
ASTRA	MBLm_1	MBLm_2	Cambio mesial
Media	1.41	0.13	-1.27
Desviación estandar	1.43	0.74	1.29
Comparación entre grupos			
t test	0.132	0.663	0.174
Comparación entre tiempos			
MIS	<0.001		
ASTRA	<0.001		

Figura 2A

MIS	MBLd_1	MBLd_2	Cambio distal
Media	0.78	-0.19	-0.97
Desviación estandar	1.01	1.14	0.95
ASTRA	MBLd_1	MBLd_2	Cambio distal
Media	1.57	0.22	-1.35
Desviación estandar	1.38	0.83	1.17
Comparación entre grupos			
t test	0.022	0.152	0.204
Comparación entre tiempos			
MIS	<0.001		
ASTRA	<0.001		

Figura 2B

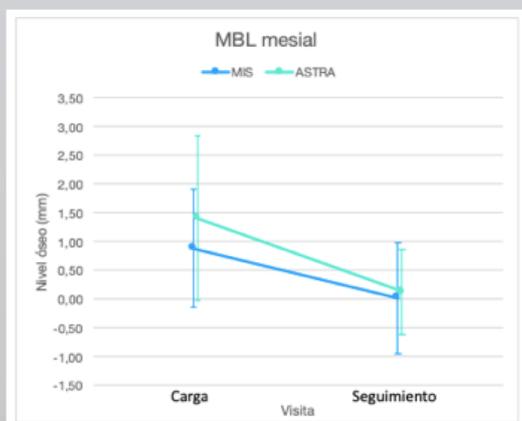


Figura 3A

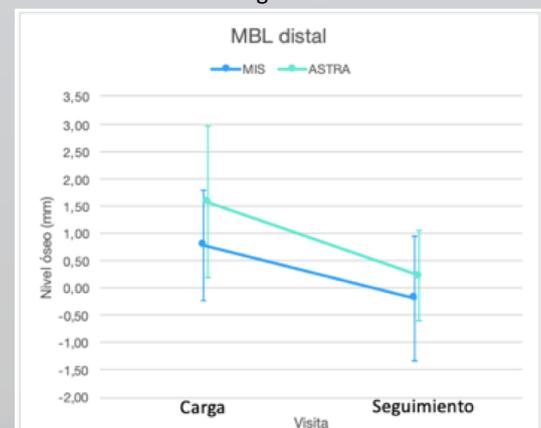


Figura 3B

CONCLUSIONES

Ambos tipos de conexión demuestran resultados satisfactorios respecto al nivel de hueso marginal peri-implantario sin diferencias significativas entre ellos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Akca K, Cehreli MC, Uysal S. Int J Oral Maxillofac Implants. Marginal bone loss and prosthetic maintenance of bar-retained implant-supported overdentures: a prospective study. 2010;25:137-45.
2. Glibert M, Matthys C, Maat RJ, De Bruyn H. A randomized controlled clinical trial assessing initial crestal bone remodeling of implants with a different surface roughness. Clin Implant Dent Relat Res. 2018;20:824-828.



Punto de saturación en blanqueamiento dental ¿Cuándo se alcanza?

Alumna: Rima Ben Hammou (rimabenhammou@gmail.com)

Tutora: Rosa María Pulgar Encinas

Introducción

Hoy en día, el blanqueamiento dental a base de peróxido de carbamida (PerC) / hidrógeno (PerH) para el tratamiento de discoloraciones dentales se considera un procedimiento rutinario. Para nosotros, la importancia de este tipo de tratamiento radica en que es un paso fundamental en la planificación estética de la sonrisa, como tratamiento individual o previo a otros tratamientos restauradores¹. Sin embargo, uno de los problemas que plantea es la ausencia de estudios en los que se haya determinado el punto de saturación² a partir del cual el color ya no sufre variación aunque sigamos blanqueando, pudiendo incluso llegar a dañar los tejidos dentales.

Objetivos

Los objetivos del presente estudio fueron los siguientes:

- Medir las coordenadas cromáticas de dientes sometidos a un protocolo de blanqueamiento dental mediante espectrofotómetro.
- Cuantificar, mediante el cálculo de ΔE_{ab} y del índice WI_b , la variación en el color de los dientes sometidos a blanqueamiento durante el tiempo que dure el tratamiento.

Material y métodos

Los cinco sujetos que participaron en el estudio siguieron un protocolo de blanqueamiento de aplicación ambulatoria de PerC al 16% con férulas durante una hora al día. Esta fase duró doce semanas y se realizaron tomas de color al concluir cada semana de tratamiento con espectrofotómetro VITA Easyshade®. A partir de las coordenadas cromáticas obtenidas se calcularon diferencias de color (ΔE_{ab})³ y el índice de blanqueamiento WI_b para cuantificar la variación cromática de los dientes sometidos a dicho tratamiento.

Estos parámetros cromáticos se pueden calcular mediante las siguientes fórmulas:

$$\Delta E_{ab} = [(\Delta L^*)^2 + (\Delta a^*)^2 + (\Delta b^*)^2]^{1/2}$$

$$WI_b = 0.511L^* - 2.324a^* - 1.100b^*$$

Para contextualizar clínicamente el valor de estos parámetros por semanas, se recurrió a los umbrales de perceptibilidad (PT) y aceptabilidad (AT).

Resultados y discusión

Ambos parámetros cromáticos alcanzaron dos picos durante los tres meses de tratamiento. ΔE_{ab} alcanzó el primero en la tercera semana con un valor medio de 7,38 y el segundo, en la penúltima con uno de 9,38 (Fig.1). En el caso del WI_b , su valor medio en la tercera semana fue de 33,75 y en la décima, de 38,13 (Fig. 2).

La diferencia entre los dos picos de ambos parámetros supera el PT y es clínicamente perceptible pero el cambio es mínimo y, para conseguirlo, se requieren cinco semanas más de tratamiento blanqueante.

Conclusiones

- Un protocolo blanqueante ambulatorio con perC al 16% blanquea de forma eficaz y clínicamente perceptible hasta la tercera semana se produce variabilidad en el efecto blanqueante e, incluso, regresiones en el color.
- Es recomendable la monitorización objetiva mediante medición instrumental del color cuando se realice un protocolo de blanqueamiento en la respuesta y la posibilidad de producir daños en los tejidos dentarios.
- El WI_b es un parámetro de indudable utilidad en la monitorización del proceso de blanqueamiento.
- Es necesaria la realización de estudios clínicos con tamaños muestrales adecuados para realmente orientar a los clínicos en el tratamiento blanqueante.

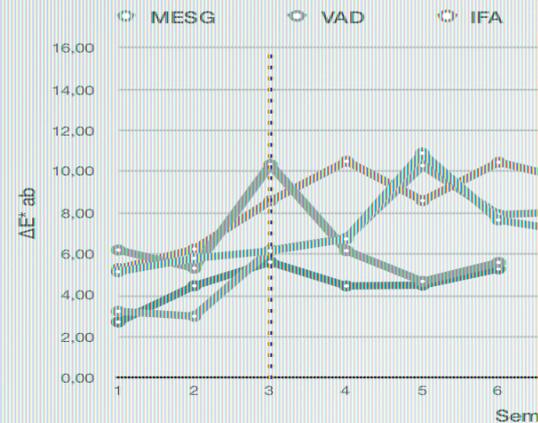


Figura 1. Evolución del diferencial de color medio (ΔE_{ab}) de tratamiento.

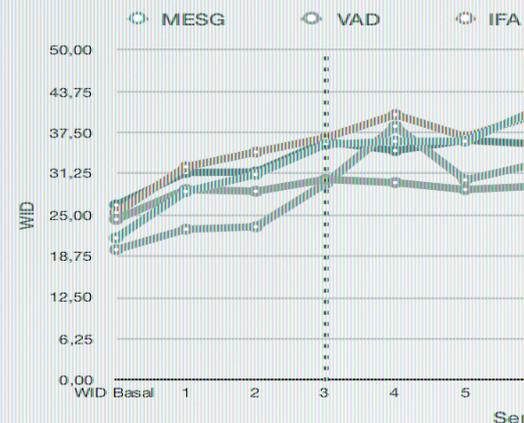


Figura 2. Evolución del índice de blanqueamiento (WI_b) de tratamiento.

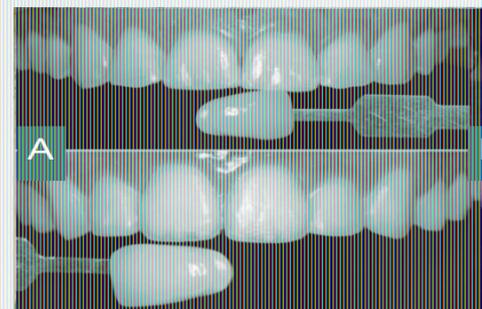


Figura 3. Color dental pre-tratamiento (A) y color dental post-tratamiento (B).

Manejo odontológico-médico de paciente médicamente comprometida: osteoporosis y denosumab

mohalex1989@correo.ugr.es

Mohamed Benali Tahiri
Tutores: Gerardo Gómez Moreno, Antonio Aguilar-Salvatierra Raya

INTRODUCCIÓN

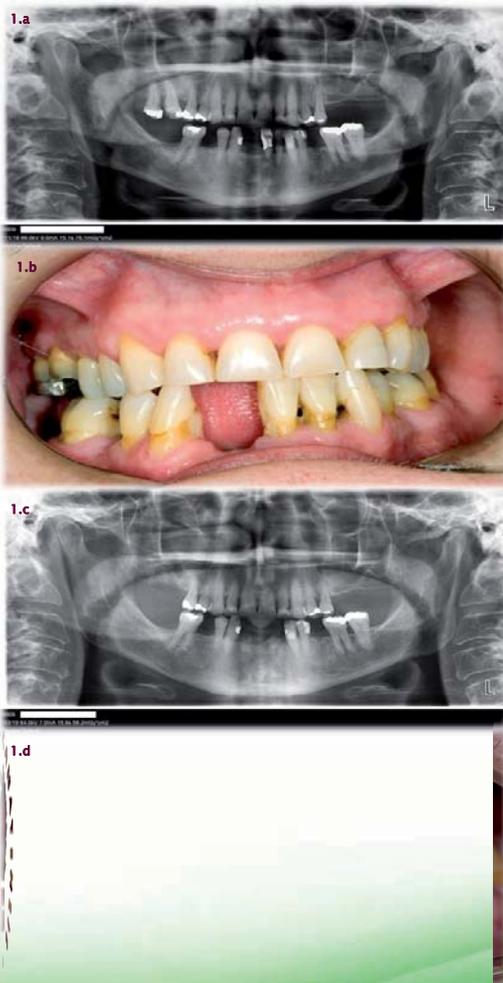
La osteoporosis (OP) es una enfermedad sistémica caracterizada por una masa ósea baja y un deterioro de la microarquitectura del tejido óseo que conduce a una mayor debilidad ósea y a un aumento de fracturas por fragilidad. Para su tratamiento se puede usar el denosumab, que en presencia de un foco de infección de origen oral puede producir en ocasiones osteonecrosis de los maxilares (ONM), por lo que es importante el papel del odontólogo en la prevención de posibles complicaciones estableciendo un plan preventivo personalizado.

CASO CLÍNICO

Paciente mujer de 59 años con diagnóstico de osteoporosis desde 2016, hipertensión arterial desde 2012, hiperlipemia desde 2013, que acudió a la Facultad de Odontología de Granada derivada del servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial General del Complejo Hospitalario Universitario de Granada, solicitando tratamiento odontológico y que refería "dolor dental y estar en tratamiento con denosumab".

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El manejo odontológico-médico de pacientes en tratamiento con denosumab implica la realización de una historia clínica exhaustiva y detallada, un control radiográfico [Figura 1] y una analítica reciente. Antes de empezar el tratamiento con denosumab es necesario eliminar cualquier foco de infección de origen oral ya que existe el riesgo de ONM. Se realizó un abordaje quirúrgico [Figura 2] con exodoncias de 1.8, 1.7, 3.1, 3.2, tratamiento conservador, prótesis dental removible de resina y elaboración de un plan preventivo personalizado [Figura 3], así como la promoción de hábitos saludables y las revisiones periódicas por su odontólogo [1-3].



[Figura 1] 1.a. Ortopantomografía del paciente antes del tratamiento dental. 1.b. Estado inicial de la cavidad oral del paciente antes del tratamiento dental. 1.c. Ortopantomografía del paciente después del tratamiento dental. 1.d. Estado de la cavidad oral después del tratamiento dental dos meses después del tratamiento.



[Figura 2] Valores de tensión arterial, frecuencia cardíaca y saturación de O₂ (%) de la paciente durante las visitas.

Plan preventivo personalizado denosumab

- **Recomendaciones:**
 - Mantenimiento periodontal básico anual (no quirúrgico).
 - Higiene exhaustiva (control de placa, cepillado adecuado).
 - Hidratación adecuada.
 - Dieta equilibrada.
 - Colutorio de mantenimiento.
 - Revisiones periódicas.
 - Colaboración del paciente.
- **Tratamiento bajo o nulo riesgo ONM:**
 - Tartrectomía, empastes y endodoncias.
- **Contraindicaciones:**
 - Tratamiento quirúrgico.
- **Factores de riesgo:**
 - Enfermedad periodontal:
 - Mantenimiento anual básica.
 - Prótesis removible:
 - Ante cualquier molestia acuda a su dentista.
 - Tabaco / Alcohol:
 - Factores de alto riesgo.
 - Deshabitación tabáquica y al alcohol:
 - Sociedad española de medicina familiar y Comunitaria [Abordaje al tabaquismo y al alcohol].
 - Enfermedad sistémica osteoporosis / denosumab:
 - Control médico y odontológico.
 - Revisiones periódicas.

[Figura 3] Plan preventivo personalizado elaborado por nosotros y que se entregó a la paciente.

REFERENCIAS

- 1.- Khan AA, Morrison A, Kendler DL, Rizzoli R, Hanley DA, Felsenberg D, et al. Case-based review of osteonecrosis of the jaw (ONJ) and application of the international recommendations for management from the international task force on ONJ. J Clin Densitom. 2017;20(1):8-24.
- 2.- Giribone J, Catagnetto P. Osteonecrosis de los maxilares inducida por bisfosfonatos: lo que el odontólogo debe saber hoy: pautas y protocolos. Av Odontostomatol. 2013;15(21):45-58.
- 3.- Gómez G, Arribas MC, Fernandez M, Boquete A, Aguilar A, Guardia D, et al. Bisphosphonate associated osteonecrosis of the jaw 2 years after teeth extractions: a case report solved with non-invasive treatment. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2014;18(9):1391-1397.

Manejo odontológico-médico de un paciente con trasplante renal



Isabel Berrio Bonilla (belsai255@hotmail.com)
Tutores: Gómez Moreno, Gerardo; Aguilar-Salvatierra Raya, Antonio

TFG-Odontología-Junio-2019

INTRODUCCIÓN

Cuando los riñones no pueden realizar de forma correcta sus funciones se habla de insuficiencia renal aguda (IRA) o insuficiencia renal crónica (IRC). La enfermedad renal terminal es la etapa final de la IRC y será necesario tratamiento de diálisis o trasplante de riñón. El papel del odontólogo ante un paciente trasplantado renal es fundamental, pues debe conocer los fármacos que tomará el paciente de por vida y su estado general, ya que van a condicionar el tratamiento odontológico.

CASO CLÍNICO

Paciente, varón de 73 años, trasplantado de riñón en 1998 solicitó atención odontológica (Fig. 1). Previo al tratamiento dental, se evaluaron los fármacos que tomaba y se solicitaron informes completos a su médico especialista, hemograma completo y bioquímica general (Fig. 2). La serie roja, blanca y plaquetaria se encontraron dentro de los niveles normales, por lo que se consideró seguro realizar el tratamiento periodontal, quirúrgico y conservador (Fig. 3). Además, se instauró un plan preventivo personalizado.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El manejo odontológico de un paciente con trasplante renal tiene como objetivo mantener y promover la salud oral para disminuir el riesgo de complicaciones asociadas a su situación médica y reducir los efectos secundarios relacionados con la medicación. En definitiva, mejorar su salud general, a través de un plan preventivo personalizado, siempre en colaboración con su nefrólogo. En nuestro caso, conseguimos alcanzar los objetivos deseados e instaurar un plan preventivo personalizado que mejoró el estado oral y general del paciente.

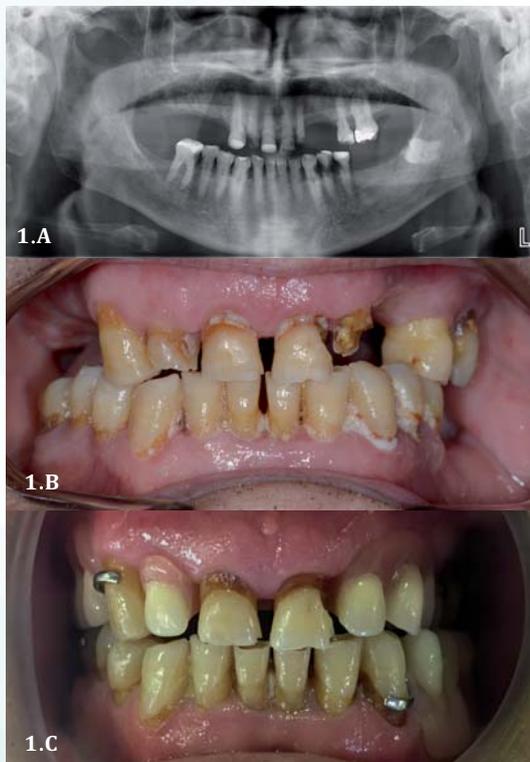


Fig. 1. Ortopantomografía inicial (1.A) y estado de la cavidad oral antes (1.B) y después (1.C) del tratamiento dental.

BIOQUÍMICA GENERAL (ORINA 24)	RESULTADO	VALORES REFERENCIA
Creatinina (orina 24h)	**33,6mg/dL	40 - 260
Creatinina, excreción (orina 24h)	**0,94g/24h	1 - 4
BIOQUÍMICA GENERAL (SANGRE)		
Urea	*44mg/dL	17 - 43
Creatinina	*1,32mg/dL	0,67 - 1,2
BIOQUÍMICA GENERAL (METABOLISMO ÓSEO)		
Paratirina (intacta)	**157,3pg/dL	12 - 88
Vitamina D (25OH)	*16ng/dL	20 - 80

Fig. 2. Bioquímica general del paciente solicitada antes del tratamiento dental.

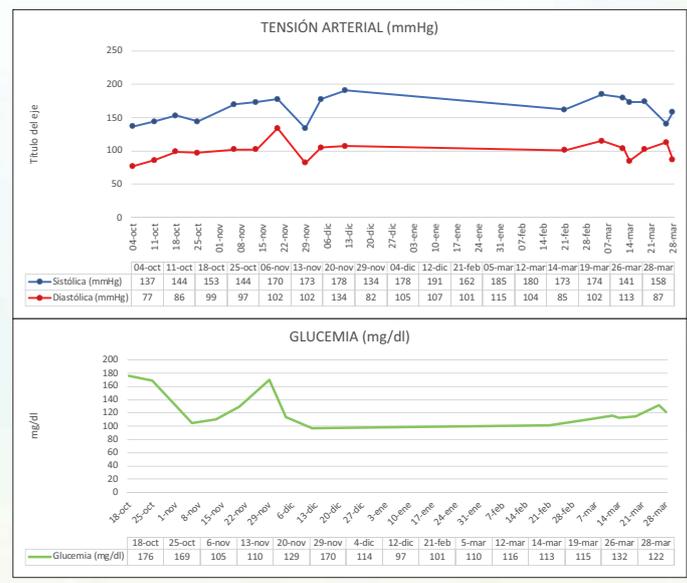


Fig. 3. Valores de tensión arterial y glucemia del paciente en cada sesión clínica.

REFERENCIAS

- García G, Harden P, Chapman J. El papel global del trasplante renal. Nefro. 2012;32(1):1-6.
- Machuca G, Rodríguez HJ. Asistencia odontológica en pacientes con patología endocrina. Atención odontológica a pacientes con problemas renales. En: Machuca G, Bullón P, Editores. Tratamiento Odontológico en Pacientes Especiales. 3 ed. Madrid: Laboratorios Normon, S.A.; 2013. p. 532.
- Valgimigli M, Bueno H, Byrne RA, Collet JP, Costa F, Jeppsson A, et al. Actualización ESC 2017 sobre el tratamiento antiagregante plaquetario doble en la enfermedad coronaria, desarrollada en colaboración con la EACTS. Rev Esp Cardiol. 2018;71(1):42-58.

Utilización de Fibro-Gide® en Implantología

TFG-Odontología-UGR-Junio 2019

Alumna: Nesrine Boukich (nesrineb@correo.ugr.es)

Tutora: María de Nuria Romero Olid



Introducción

La pérdida del reborde óseo alveolar después de una exodoncia dental, una agenesia o un traumatismo es muy frecuente, al igual que su repercusión sobre la cantidad de tejido blando perimplantario. Debemos conseguir armonía en el margen gingival, para ello, es fundamental conservar el hueso que es el "andamio" para esa "estética rosa" que necesitamos alrededor de los implantes. La prevención de su pérdida mediante técnicas de preservación alveolar y el tratamiento con injertos de tejido conectivo (ITC) son soluciones a nuestro alcance. Sin embargo, este injerto no carece de morbilidad, por ello se han empleado sustitutos de tejido blando como Fibro-Gide®, matriz de colágeno porcina.

Objetivos

El objetivo es mostrar los resultados obtenidos en el aumento de volumen de tejido blando alrededor de implantes, con la colocación de un biomaterial de matriz de colágeno porcina, Fibro-Gide®, como alternativa a los injertos de tejido conectivo.

Casos clínicos

Presentamos la secuencia de tratamiento de dos pacientes que acuden al Máster de Cirugía Bucal e Implantología de la Facultad de Odontología con la finalidad de ponerse implantes. Exponemos su seguimiento. En ambos se observa falta de volumen de tejido blando. Para su aumento se recurre a la utilización de Fibro-Gide®.

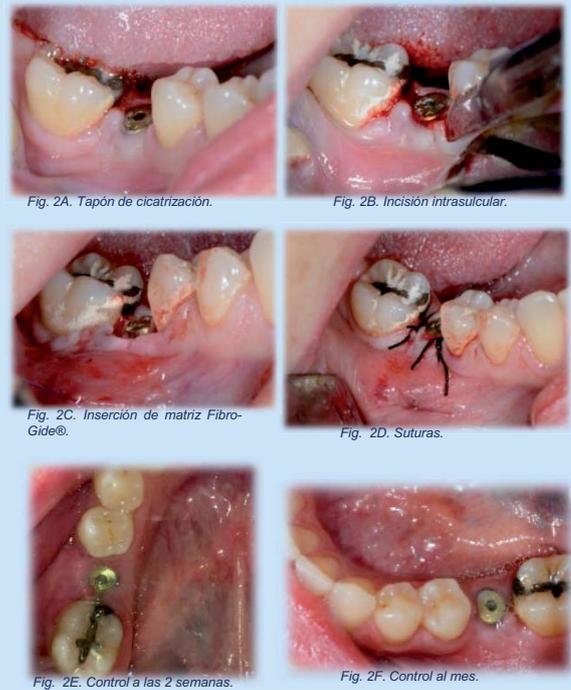
Caso clínico 1 (Fig. 1): Paciente varón de 36 años, no fumador. Presenta molestias en su pierna derecha por un accidente de moto y una úlcera duodenal. Clasificación ASA II (Clasificación de la Asociación Americana de Anestesiología). Toma Ibuprofeno 600 mg y Omeprazol 20 mg. Acude al Máster de Cirugía Bucal e Implantología de la Facultad de Odontología de la Universidad de Granada por presentar agenesia de los dos incisivos laterales superiores. No tiene patología periodontal, higiene mejorable.

Caso clínico 2 (Fig. 2): Paciente mujer de 43 años, no fumadora. Tuvo cálculos renales. Presenta patología tiroidea, fue intervenida con extirpación del tiroides. Clasificación ASA II. Toma Levotiroxina. Acude al Máster por pérdida del 46. Sin patología periodontal, higiene mejorable.

Fig. 1



Fig. 2



Discusión y Conclusiones

En ambos casos recogidos en este trabajo y en diferentes estudios en los que se hace uso de la matriz Fibro-Gide® o bien de la técnica de injerto conectivo observamos resultados similares, siendo la morbilidad lo que los diferencia principalmente.

La colocación de Fibro-Gide® en los dos casos clínicos que hemos presentado ha sido satisfactoria, la ganancia promedio de volumen se ha medido según el sondaje de la mucosa vestibular obteniéndose un 1,6 mm de aumento de tejido blando (Fig. 3). No obstante, aunque no se incluyan en este trabajo, también se escanearán en un futuro próximo los modelos de los pacientes. La literatura considera el sistema 3D el más óptimo y preciso para cuantificar el volumen de tejido blando.

Respecto al postoperatorio ha sido bueno en los dos pacientes, según la escala VAS los pacientes han padecido muy poco dolor e inflamación. Con la matriz Fibro-Gide® se consigue evitar una segunda cirugía, mejorar el postoperatorio del ITC y conseguir similar ganancia de tejido blando.

Fig. 3

Sondaje	12	Pre-cirugía	Post-cirugía	Mejora	22	Pre-cirugía	Post-cirugía	Mejora
1	3.5	6	2.5	4	7	3		
3	3	4	1	3	4	1		
6	3	4	1	2	3	1		
10	3	3	-	4.5	5	0.5		

Tabla I (Caso clínico 1). Sondaje de la mucosa vestibular en milímetros.

Sondaje	4c	Pre-cirugía	Post-cirugía	Mejora
1	2.5	3.5	1	
3	2	4.5	2.5	
6	2.5	4	1.5	
10	2.5	5	2.5	

Tabla II (Caso clínico 2). Sondaje de la mucosa vestibular en milímetros.

Bibliografía

- Langer B, Langer L. Subepithelial connective tissue graft technique for root coverage. J Periodontol. 1985; 56(12):715-20. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3968008>
- Reiser GM, Bruno JF, Mahan PE, Larkin LH. The subepithelial connective tissue graft palatal donor site: anatomic considerations for surgeons. Int J Periodontics Rest Dent. 1996; 16(2):130-37. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9084301>
- Thoma DS, Jung RE, Schneider D, Cochran DL. Soft tissue volume augmentation by the use of collagen-based matrices: a volumetric analysis. J Clin Periodontol. 2008; 37(7):659-66. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20842611>
- Thoma DS et al. Randomized controlled clinical study evaluating effectiveness and safety of a volume-stable collagen matrix compared to autogenous connective tissue grafts for soft tissue augmentation at implant sites. J Clin Periodontol. 2016; 43(10):874-85. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27110222>
- Zeltner M, Jung RE, Hammerle CHF, Huster J, Thoma DS. Randomized controlled clinical study comparing a volume-stable collagen matrix to autogenous connective tissue grafts for soft tissue augmentation at implant sites: linear volumetric tissue changes up to 3 months. J Clin Periodontol. 2017; 44(4):445-53. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28107565>



INTRODUCCIÓN

Las **deficiencias hematológicas** son consideradas como un posible factor desencadenante de la estomatitis aftosa recurrente (EAR), siendo las de hierro, vitamina B₁₂ o ácido fólico, dos veces más frecuentes en pacientes con EAR. El objetivo de este trabajo fue analizar los parámetros hematológicos como posibles factores etiológicos de la EAR.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda de estudios sobre parámetros hematológicos y estomatitis aftosa recurrente en las siguientes bases de datos: **PubMed** (MEDLINE, Cochrane Library), **Google Académico** y base de datos de Información y Documentación de la Ciencia en España (**ÍNDICES-CSIC**) que incluye el índice médico español (IME). Para el metaanálisis, los datos fueron procesados con el **programa RevMan 5.3** (The Cochrane Collaboration, Oxford, UK). Para las variables dicotómicas se utilizó la **Odds Ratio (OR)** con la fórmula del Chi cuadrado de **Haenszel-Mantel (HM)** y, para las continuas, el **inverso de la varianza (IV)** para la **diferencia de medias (DM)**, ambas con intervalos de confianza del 95% (IC95%). La heterogeneidad fue determinada según los valores de P y del estadístico de Higgins (I²). En casos de heterogeneidad elevada se aplicó el modelo de efectos aleatorios (random-effects). Tras la aplicación de los diferentes filtros, se incluyeron **19 estudios en el meta-análisis** (figura 1).

"stomatitis, aphthous" AND ("iron" OR "ferritin" OR "vitamin B12" OR "folic" OR "folate" OR "hemoglobin" OR "homocysteine").
PubMed, Google Académico, ÍNDICES-CSIC
(n=93)

64 estudios con texto completo

45 artículos excluidos por:
• no incluir un grupo control (n=17)
• sin datos clínicos (n=12)
• sin datos utilizables (n=16)

19 estudios incluidos en el meta-análisis

Figura 1.- Diagrama de flujo con la selección de estudios.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La **tabla 1** muestra los diferentes parámetros hematológicos analizados en pacientes con EAR. En todos los casos, excepto en la homocisteína, los **pacientes con EAR** presentaron **niveles más bajos** con respecto a los controles sin la enfermedad.

Tabla 1. Análisis de los parámetros hematológicos en pacientes con estomatitis aftosa recurrente (EAR).

Factor	n	OR ^a /DM ^b	(IC95%)	I ² (%)	p
↓ Hierro	11	6,67 ^a	(2,37 a 18,77)	79%	<0,001*
[Hierro]	6	-11,75 ^b	([-15,76 a -7,74])	38%	<0,001*
↓ Vitamina B ₁₂	14	3,99 ^a	(2,43 a 6,53)	34%	<0,001*
[Vitamina B ₁₂]	7	-31,35 ^b	(-55,75 a -6,94)	44%	0,01*
↓ Ácido fólico	14	4,98 ^a	(2,67 a 9,30)	34%	<0,001*
[Ácido fólico]	6	-0,95 ^b	(-1,53 a -0,38)	26%	<0,01*
↓ Hemoglobina	6	17,30 ^a	(2,27 a 131,79)	92%	<0,01*
[Hemoglobina]	4	-0,85 ^b	(-1,21 a -0,49)	90%	<0,001*
↓ Ferritina	8	2,86 ^a	(1,97 a 4,14)	13%	<0,001*
[Ferritina]	3	-14,57 ^b	(-56,54 a 27,39)	88%	0,50
↑ Homocisteína	3	7,22 ^a	(3,90 a 13,38)	0%	<0,001*
[Homocisteína]	4	-0,02 ^b	(-0,11 a 0,08)	8%	0,74

n: número de estudios; ^aOR: Odds ratio; ^bDM: Diferencia de medias; (IC95%): Intervalo de confianza al 95%; I² (%): Índice de heterogeneidad; p: probabilidad; *estadísticamente significativo; [concentraciones].

Los resultados de este meta-análisis deben ser interpretados **con cautela** debido a la **alta heterogeneidad** de algunos de los estudios incluidos en el mismo y a las diferencias en los resultados individuales de cada uno de ellos. Estas diferencias entre estudios pueden estar condicionadas por el tipo de diseño, los métodos empleados para la recogida de información, el tipo de análisis utilizado o las características de las poblaciones de estudio.

CONCLUSIONES

En este meta-análisis, los **pacientes con EAR** tenían un mayor riesgo significativo de presentar **niveles bajos**, junto con **concentraciones más bajas**, de: **hemoglobina** (OR: 17,30), **hierro** (OR: 6,67), **ácido fólico** (OR: 4,98), **vitamina B₁₂** (OR: 3,99), **ferritina** (OR: 2,86) y **niveles más altos** de **homocisteína** (OR: 7,22). Las **alteraciones hematológicas** pueden ser un **factor etiológico de la EAR**.



Rocío Bujaldón Rodríguez

bujaldonrocio@gmail.com

Tutores: Gerardo Gómez Moreno, Antonio Aguilar-Salvatierra Raya



INTRODUCCIÓN

La osteoporosis es una enfermedad esquelética en la que se produce una disminución de la densidad de la masa ósea; la cual se puede tratar con denosumab, un fármaco antirresortivo que puede producir hipocalcemia y osteonecrosis mandibular. La osteonecrosis de los maxilares (ONM) consiste en una lesión ósea del área maxilofacial con exposición ósea en la cavidad bucal que no cura de forma espontánea.

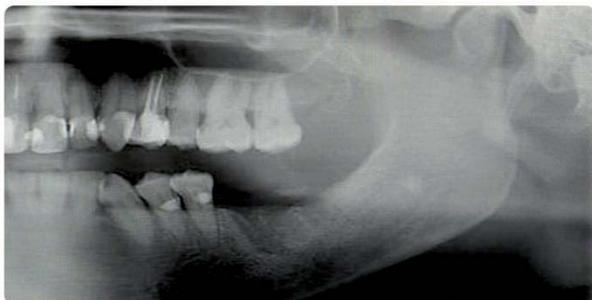


Figura 1. Osteonecrosis mandibular por denosumab



Figura 2. Resolución de ONM 2 semanas después del tratamiento conservador

CASO CLÍNICO

Paciente de 59 años en cuyos antecedentes médicos destacamos: diversidad funcional física, hipotiroidismo, cáncer de mama, dos ictus, hipocalcemia y osteoporosis ósea severa. Le recetaron tratamiento con denosumab acudiendo por ello a la Facultad de Odontología recomendada por su médico de atención primaria donde se le realizó entre otros tratamientos exodoncia del diente 3.6. Al mes de la exodoncia se administró denosumab y un mes después de la inyección apareció una lesión compatible con ONM en el área distal del 3.6. La paciente acudió a la Facultad tres meses después de la aparición de ONM (Fig. 1), siendo resuelto al cuarto mes mediante tratamiento no quirúrgico (Fig. 2). Dicho tratamiento consistió en clorhexidina 0,12% irrigada 3 veces al día en la zona de la necrosis ósea y clindamicina 300mg vía oral (1 cápsula cada 8 horas durante 14 días) y revisiones periódicas (Fig. 3).

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Antes del tratamiento con denosumab es esencial informar a los pacientes de la importancia y necesidad del mantenimiento de la higiene bucal y durante el tratamiento con denosumab se deben evitar los tratamientos dentales invasivos y los traumas. Ante el desarrollo de osteonecrosis de los maxilares se ha demostrado que el tratamiento con clorhexidina irrigada al 0,12% y clindamicina es eficaz para resolver la ONM relacionada con denosumab.



Figura 3.- Evolución de la mucosa 4 meses tras la resolución de la ONM.

REFERENCIAS

- Bujaldón-Rodríguez R, Gómez-Moreno G, Leizaola-Cardesa I.O, Aguilar-Salvatierra A. Resolution of a case of denosumab-related osteonecrosis of the jaw after tooth extraction. Eur Rev Med Pharmacol Sci. 2019;23(6):2314-2317.
- Bagan JV, Jimenez Y, Diaz JM, Murillo J, Sanchis JM, Poveda R, Carbonell E, Gavalda C, Scully C. Osteonecrosis of the jaws in intravenous bisphosphonate use: Proposal for a modification of the clinical classification. Oral Oncol. 2009;45:645-646.

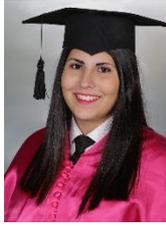


BOPT

(Técnica de preparación biológicamente orientada)

Alumna: Castro Mesones, Kiara Esmeralda
castromesones@correo.ugr.es

Tutor: Del Castillo Salmerón, Ramón
TFG-Odontología -UGR-junio-2019



INTRODUCCION

La técnica BOPT ("Biological oriented preparation technique") constituye un protocolo en el cual se elimina, con el tallado, la emergencia de la corona anatómica de un diente correspondiente a la unión amelocementaria. Su objetivo es la eliminación de la línea amelocementaria del diente tallado y la reconstrucción de la misma mediante la nueva corona.

MATERIAL Y MÉTODO

Actualmente con las técnicas de tallado horizontales, se producen dos problemas: la recesión gingival y su consecuente compromiso estético.

Para solucionar los problemas periodontales y estéticos, el doctor Ignacio Loi propuso en 2013 [1] la técnica BOPT. Esta se basa en la preparación vertical del muñón natural para permitir la adaptación de las encías a los determinados perfiles protésicos de las coronas. Es decir, una línea de preparación sin margen de apoyo para las restauraciones.



RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En el caso descrito se ha obtenido un resultado estético satisfactorio y estamos realizando su seguimiento para corroborar este hecho.

Aunque la literatura científica es escasa, disponemos de dos estudios cuyo fin era comparar las técnicas de preparación vertical y horizontal, para líneas de determinación; además de averiguar en qué grado estas causan reacciones periodontales adversas. Gianluca Paniz y col. [2, 3]

Por otra parte, Xavier Rodríguez y col. [4] han estudiado los fenómenos biológicos que ocurren durante la técnica BOPT. El resultado fue que esta no es solo una técnica protésica, sino un tratamiento periodontal que produce la regeneración de un nuevo ligamento. Esto se debe a como se prepara el diente, la despitalización del surco y el efecto de mantener de espacio y preservación del coágulo realizado por la prótesis.

CONCLUSIONES

Aunque La técnica BOPT esta clínicamente contrastada por un gran número de expertos, no existen ensayos clínicos aleatorizados que la sustenten.

Debemos ser prudentes en su uso, hasta que no tengamos claramente definidos sus indicaciones y contraindicaciones.

REFERENCIAS

- 1.Loi I, Di Felice A. Biologically oriented preparation technique (BOPT): a new approach for prosthetic restoration of periodontally healthy teeth. Eur J Esthet Dent 2013;8(1):10–23.
- 2.Paniz G, Nart J, Gobbato L, Chierico A, Lops D, Michalakis K, Periodontal response to two different subgingival restorative margin designs: a 12-month randomized clinical trial Clin oral invest 2016; 20: 1243-1252.
- 3.Paniz G, Nart J, Gobbato L, Mazzocco F, De Simone G, Clinical periodontal response to anterior all-ceramic crowns with either chamfer or feather-edge subgingival tooth preparations: six-month results and patient perception. The International Journal of Periodontics and restorative dentistry 2016; 37(1): 61-69.
- 4.Rodríguez X, Vela X, Segalà M, Pérez J, Pons L, Loi I, Examen histológico humano de la respuesta de los tejidos al tallado vertical y provisionalización inmediata (BOPT). Fundamento biológico. Periodoncia clínica 2019; 12:47-57.



¿EXISTE RELACIÓN ENTRE LOS DESÓRDENES TEMPOROMANDIBULARES Y EL DOLOR DE LA COLUMNA CERVICAL?

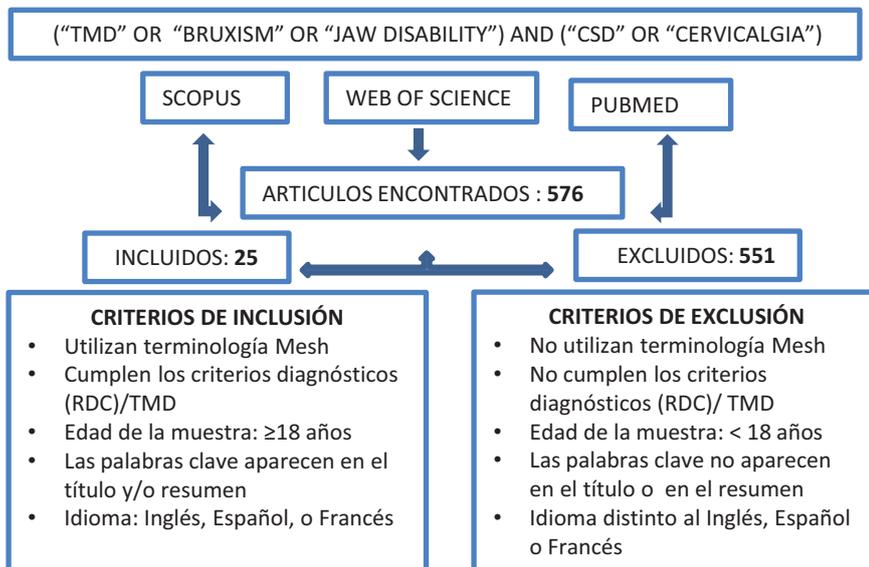


TFG-Odontología-UGR-Junio-2019
 Alumna: Chafchaoui Mohamed, Marwa
 Email: Marwachafchaoui@gmail.com
 Tutor: Rosales Leal, Juan Ignacio

INTRODUCCIÓN

Se han sugerido varios mecanismos para explicar la coexistencia entre los TMD y el dolor de cuello, incluyendo mecanismos de sensibilización, genéticos y biomecánicos. Esta co-ocurrencia común requiere que profesionales de la salud especializados en dolor orofacial, también tengan conocimiento del dolor de cuello. **Objetivo:** demostrar la relación que existe entre los desórdenes temporomandibulares (DTM) y el dolor de columna cervical y/o de cuello (CSD)

MATERIAL Y MÉTODOS



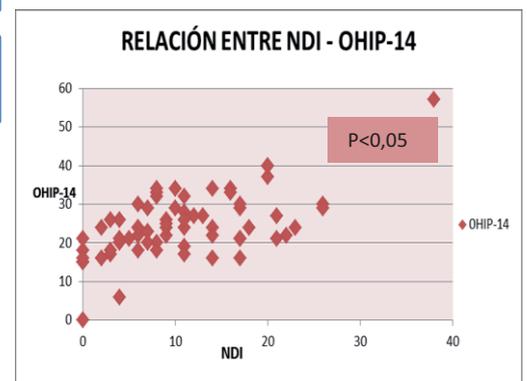
CONCLUSIONES

La prevalencia de dolor de cuello y/o columna cervical es superior en pacientes con disfunción temporomandibular. La prevalencia de desórdenes temporomandibulares es mayor en pacientes con discapacidad cervical (limitación de movimiento y dolor cervical). El tratamiento de la disfunción temporomandibular debe acompañarse de una evaluación cervical, así como los pacientes con disfunción cervical deben recibir una evaluación temporomandibular. Aquellos pacientes con discapacidad cervical, presentan peor calidad de vida oral.

Para afianzar el objetivo de este estudio, 65 personas realizaron una encuesta conformada por 5 cuestionarios

RESULTADOS

CSD	TMD	
	SI	%
DISCAPACIDAD CERVICAL	15/15	100%
DOLOR CERVICAL	13/14	92,85%

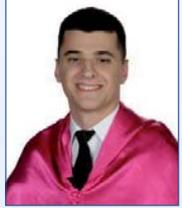


REFERENCIAS

- Francis Grondin, Toby Hall, Mathieu Laurentjoye & Bruna Ella. (2015). Upper cervical range of motion is impaired in patients with temporomandibular disorders. The Journal of Craniomandibular & Sleep Practice, 33, 91-93. 2018.
- Shweta Channavir Saddu, Sujatha Dyasanoor, Nidhin J Valappila & Beena Varma Ravi. (2015). The Evaluation of Head and Craniocervical Posture among Patients with and without Temporomandibular Joint Disorders- A Comparative Study. Journal of Clinical and Diagnostic Research, 9, ZC55-ZC58. 2018.
- A. Silvera, I.C. Gadotti, S. Armijo-Olivo, D.A. Biasotto-Gonzalez & D. Magee. (2015). Jaw Dysfunction is associated with Neck Disability and muscle tenderness in subjects with and without Temporomandibular Disorders. Biomed Research International, 2015, 7. 2018.



Programa de Asistencia Odontológica en el centro ASPROGRADES, Granada.



Autor: José Cortés Ruiz. **E-mail:** josecortesruiz94@gmail.com

Tutor: José Antonio Gil Montoya.

Facultad de Odontología. Universidad de Granada. Junio 2019.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN (I).

Variables sociodemográficas y aspectos de salud general.

La población total estudiada constaba de 92 sujetos (59 hombres y 33 mujeres), cuya media de edad era de $37,21 \pm 17,06$. Según la distribución por grupos de edad, se exploró un grupo de menores o iguales a 19 años formado por 22 jóvenes (23,9%) y otro grupo de mayores o iguales a 20 años constituido por 70 usuarios (76,1%). En relación a la alimentación, el 83,7% comía normal, el 10,9% triturada siempre y el 5,4% triturada en ocasiones.

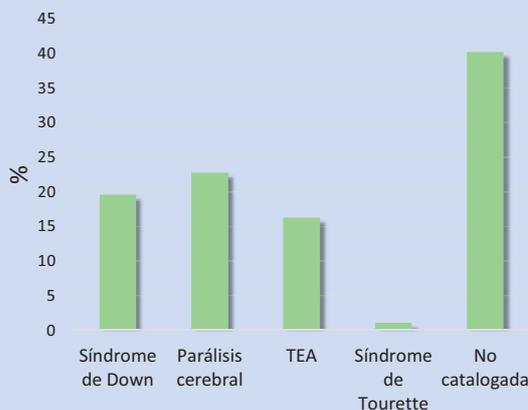


Fig. 1. Clasificación según el tipo de discapacidad.

Visita al dentista y manejo en la consulta.

Tan solo el 33% de los sujetos han sido revisados por un dentista en los últimos 6 meses. El tratamiento recibido más frecuente fue la tartrectomía (56,5%), seguido por la exodoncia (39,1%) y obturaciones (30,4%). Fueron realizados en 36 ocasiones (39,1%) con anestesia local, sin anestesia local en 16 (17,4%) y bajo anestesia general solo en 13 (14,1%).

Hábitos de higiene oral.

El 52,2% de los sujetos explorados realizaban el cepillado en casa, siendo el 46,7% autónomos. En el Centro, lo realizaban un 77,2%. Diversos estudios¹ reportaban que la salud oral en personas con discapacidad era significativamente peor que la de la población general.

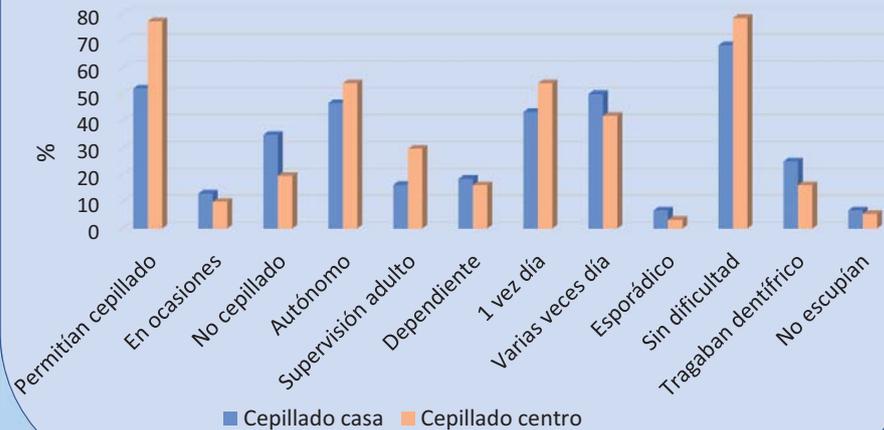


Fig. 2. Hábitos de higiene oral en su domicilio y en el centro.

Exploración intraoral de tejidos blandos y duros.

81 sujetos permitieron una exploración completa, a 10 usuarios se les realizó una exploración incompleta y un solo usuario no pudo ser explorado. El 16,3% presentaban labios agrietados o secos, el 22,8% paladar ojival y un 20,7% macroglosia. Hemos observado una gingivitis generalizada en el 46,7% de los sujetos. La mayor prevalencia de patología oral en estos usuarios estaba relacionada con la propia discapacidad y el consumo de fármacos que tomaban en relación a su estado de salud. Un estudio² reveló que las personas con discapacidad presentaban peor salud periodontal y mayor presencia de malocclusiones, en comparación con el resto de la población.

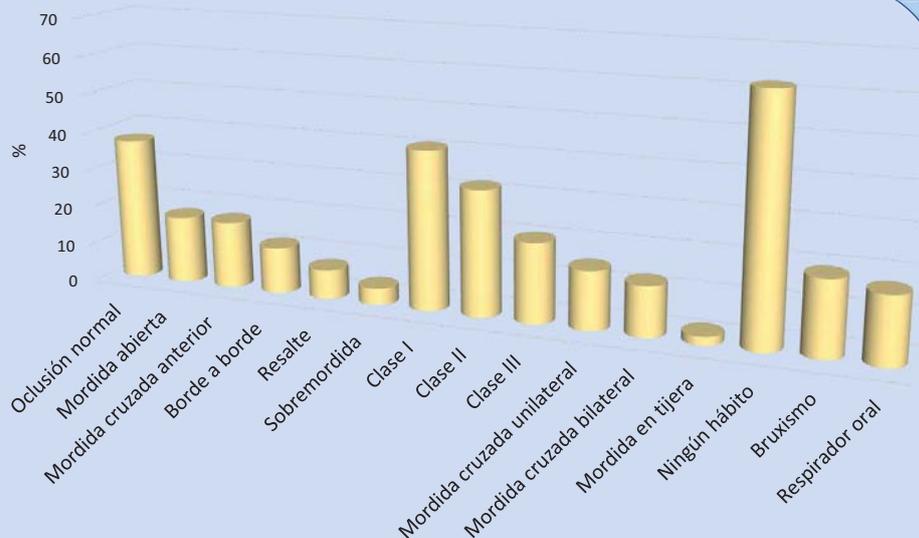


Fig. 3. Datos de la oclusión y hábitos en la población estudiada.

Bibliografía.

- Pradhan A, Slade GD, Spencer AJ. Factors influencing caries experience among adults with physical and intellectual disabilities. Community Dent Oral Epidemiol 2009; 37: 143–154.
- Montserrat Diéguez-Pérez, de Nova-García MJ, Mourelle-Martínez MR, Bartolomé-Villar B. Oral health in children with physical (Cerebral Palsy) and intellectual (Down Syndrome) disabilities: Systematic review I. J Clin Exp Dent. 2016;8:e337–43.



RIESGO DE TRANSFORMACIÓN MALIGNA DEL LIQUEN PLANO ORAL: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS

FACTORES DE RIESGO



Alumno: De Porrás Carrique, Teresa
teresadeporras@correo.ugr.es

Tutor: González Moles, Miguel Ángel
Ramos García, Pablo

TFG – Odontología – UGR – Junio – 2019

INTRODUCCIÓN

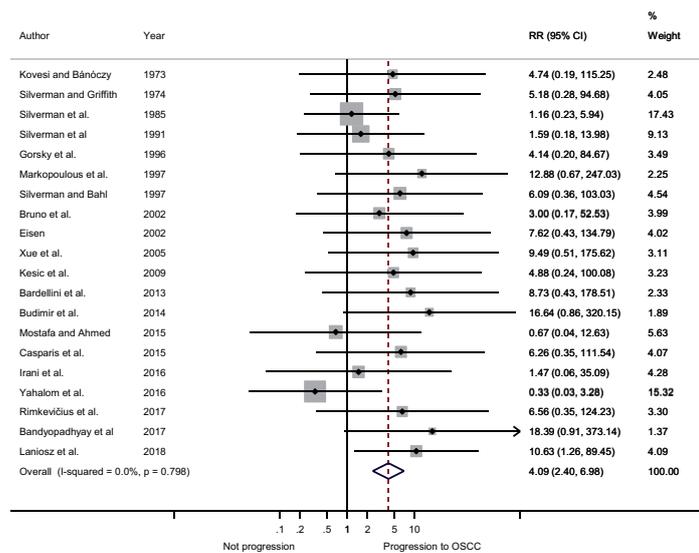
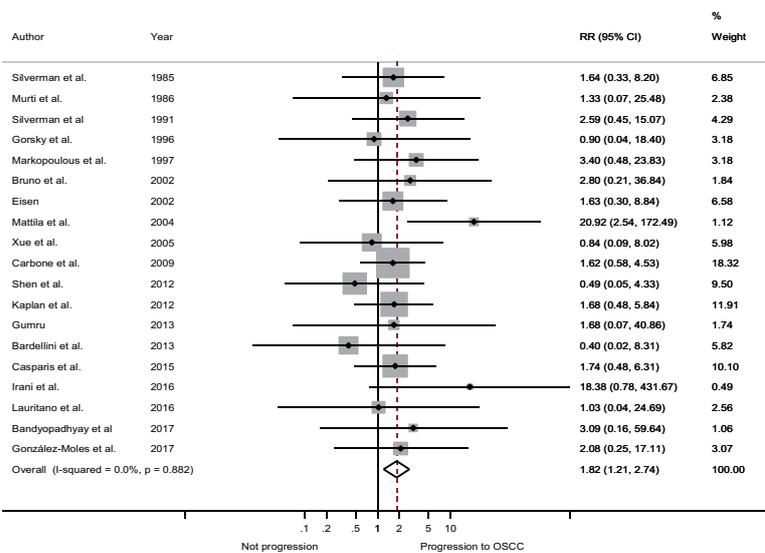
El liquen plano oral (LPO) es una enfermedad inflamatoria crónica de naturaleza autoinmune y de etiología desconocida que se caracteriza por la presencia de lesiones reticulares blancas que pueden acompañarse también de lesiones atróficas y erosivas. Se trata de un trastorno muy prevalente que se podría desarrollar hasta en un 2% de la población general. El aspecto más relevante del LPO es su naturaleza premaligna. Sin embargo, los estudios publicados no aportan suficiente evidencia científica sobre el valor pronóstico de determinados factores que podrían ser de utilidad en la predicción del riesgo de transformación maligna del LPO. El objetivo de la presente revisión sistemática y metaanálisis fue investigar factores de riesgo potencialmente relevantes (sexo y edad de los pacientes, tipo de lesiones, localización intraoral, consumo de tabaco y alcohol e infección por el virus de la hepatitis C [VHC]) en la predicción del riesgo de progresión a cáncer del liquen plano oral.

MATERIAL Y MÉTODOS

Buscamos en Pubmed, Embase, Web of Science y Scopus estudios publicados antes de Noviembre 2018. Evaluamos la calidad de los estudios incluidos (herramienta Quality in Prognosis Studies [QUIPS]). Conducimos metaanálisis persiguiendo cumplir con los objetivos propuestos. Exploramos la heterogeneidad entre estudios, conducimos análisis de sensibilidad, analizamos el efecto de los estudios pequeños y llevamos a cabo análisis de subgrupos.

RESULTADOS

82 estudios(26742 pacientes) cumplieron los criterios de inclusión. Analizamos el impacto que ejerce el sexo de los pacientes sobre el desarrollo de cáncer oral y encontramos que en los hombres el riesgo fue mayor y de significación marginal (RR=1.23, 95% IC=0.98-1.54, p=0.073). Sin embargo, no encontramos diferencias entre los distintos grupos de edades y el riesgo de desarrollo de cáncer (p=0.827). También analizamos el impacto de distintos factores de riesgo sobre el desarrollo de cáncer oral, hayando que los pacientes con LPO fumadores y bebedores presentaron un riesgo significativamente mayor (RR=1.98, 95% IC=1.28-3.05, p=0.002, y RR=2.28, 95% IC=1.14-4.56, p=0.02, respectivamente), y significación marginal para los pacientes VHC-positivos (RR=4.46, 95% IC=0.98-20.22, p=0.053). También analizamos el riesgo de desarrollar cáncer en la lengua en comparación con el resto de localizaciones, encontrando una relación estadísticamente significativa (RR=1.82, 95% IC=1.21-2.74, p=0.004). Por último, analizamos el riesgo de desarrollar cáncer oral en las lesiones atrófico-erosivas, en comparación con las lesiones con un patrón reticular puro, encontrando importantes diferencias significativas (RR=4.09, 95% IC=2.40-6.98, p<0.001).



CONCLUSIONES

Nuestra revisión sistemática y metaanálisis presenta resultados consistentes que evidencian que los factores que incrementan el riesgo de malignización de las lesiones de LPO son la localización lingual, la presencia de áreas atróficas o erosivas, el consumo de tabaco y alcohol, y la infección por VHC.

REFERENCIAS

González-Moles MA, Scully C, Gil-Montoya JA. Oral lichen planus: controversies surrounding malignant transformation. Oral Dis 2008;14:229-43.

Van der Meij EH, van der Waal I. Lack of clinicopathologic correlation in the diagnosis of oral lichen planus based on the presently available diagnostic criteria and suggestions for modifications. J Oral Pathol Med 2003;32:507-12.

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LA SALUD BUCODENTAL DE UNA POBLACIÓN ATENDIDA EN LA FACULTAD DE ODONTOLÓGIA DE GRANADA

RESULTADOS Y DISCUSIÓN. CONCLUSIONES.

ALUMNO: Irene del Fresno Aguilar (ireneaguilar@correo.ugr.es)

TUTORAS: María Paloma González Rodríguez / Fátima Sánchez Aguilera.



Resultados y discusión

Los resultados indican que la muestra es homogénea y la edad media de los participantes es de 47,22 años; las mujeres del rango de edad 30-40 años son más numerosas que los hombres, y los hombres son más en el de 50-60 años. Las mujeres se preocupan más por su salud bucodental y su estética que los hombres, por eso llegan antes. Los varones son menos escrupulosos y más descuidados que las mujeres¹.

Respecto a la presencia de enfermedades sistémicas, existen diferencias significativas entre sexos para las enfermedades del tiroides y las osteo-articulares, que son predominantes en las mujeres. Este se debe a las variaciones hormonales y alteraciones en la autoinmunidad durante las diferentes etapas de la vida².

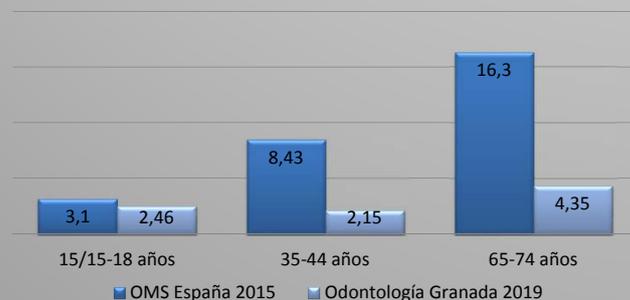
Figura 1: Distribución porcentual de hombres y mujeres según década de la vida



El tiempo medio de espera de los pacientes fue de 113 días. En algunos servicios sanitarios públicos de Granada la espera es de más de 300 días³.

En total, el 60,4% de los pacientes fue tratado en la asignatura Clínica Odontológica Integrada de Adultos, ya fuera en grado o posgrado. Ortodoncia no recibió ningún paciente. Existe una gran discrepancia entre la cantidad de pacientes derivados a las diferentes asignaturas.

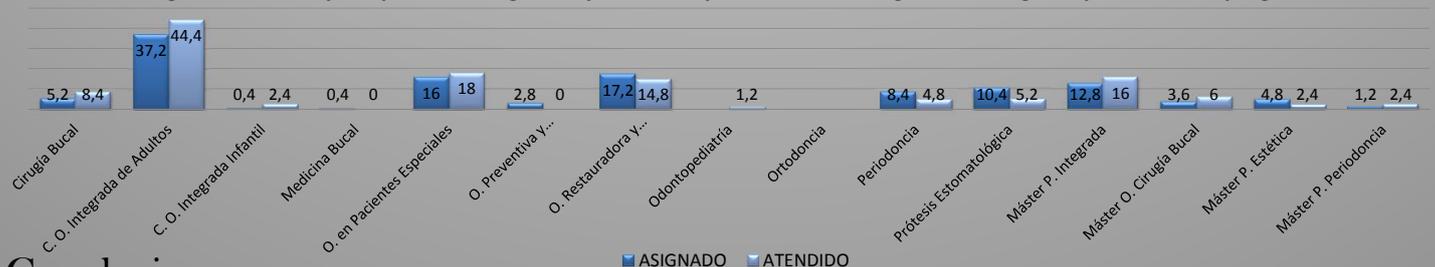
Figura 2: Comparación del CAOD_{aprox} entre el grupo de estudio y la Encuesta Nacional de Salud Bucodental de 2015.



Las obturaciones fueron los tratamientos más demandados. La prevalencia de tratamiento periodontal es baja, al igual que la necesidad de tartrectomía. Según la RCOE la mitad de la muestra a partir de los 35 años necesitaba tartrectomía, y casi un tercio necesidad de rapado y alisado⁴. Según el estudio de Cornejo y cols. se observó, en una muestra de personas institucionalizadas, que solo el 1,9% de los residentes estaban libres de enfermedad periodontal⁵.

Los 250 pacientes presentaban un CAOD_{aprox} de 3,67 ± 5,08. En los grupos de edad que estudia la OMS se encontraron los siguientes valores: de 15 a 18 años CAOD_{aprox} 2,46 ± 3,78; de 35 a 44 años CAOD_{aprox} 2,15 ± 2,55; y de 65 a 74 años CAOD_{aprox} de 4,35 ± 5,57.

Figura 3: Porcentaje de pacientes asignados y atendidos por las distintas asignaturas del grado y másteres de posgrado



Conclusiones

1. El perfil del paciente que acude a los Servicios de la Facultad es de entre 40 y 60 años, mayoritariamente, con numerosas necesidades de tratamiento que son asistidos en diferentes asignaturas según su patología más prevalente.
2. Las mujeres se preocupan más por su salud y estética bucodental que los hombres, porque acuden antes a tratarse.
3. Desde la primera visita hasta que el paciente comienza a ser tratado hay un periodo medio de demora de unos 3 meses.
4. La mayor necesidad de tratamiento es la caries y los tratamientos que más se realizan son las obturaciones.
5. La enfermedad periodontal y la tartrectomía aparecen como necesidades infradiagnosticadas en el estudio.
6. La disciplina Odontología Integrada de Adultos es la que más pacientes recibe y trata.

Bibliografía:

1. Gómez-Polo C, Montero J. Association between sociodemographic factors, personality, and oral habits (tooth brushing and smoking) in Spanish adults. J. Int J Prosthodont. 2017; 30:295-298.
2. Zárate A, Hernández A, Basurto L, Saucedo R. La enfermedad tiroidea es más frecuente en la mujer. Acta Médica Grupo Ángeles 2018; 8: abril-junio.
3. Junta de Andalucía. Datos lista de espera Consultas Externas 'Hospital Virgen de las Nieves' de Granada. Diciembre 2018. [Consultado 30 de mayo de 2019]. Disponible en: http://www.juntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/RespAsistencial/datos_n.asp?periodo=2018&mes=Diciembre&tipo=2&provincia=18¢ro=2020&cid=1
4. Bravo Pérez M, Almerich Silla JM, Ausina Márquez V, Avilés Gutiérrez, P, Blanco González JM, Canorea Díaz E, Casals Peidro E, Gómez Santos G, Hita Iglesias C, Llodra Calvo JC, Monge Tàpies M, Montiel Company JM, Palmer Vich PJ, Sainz Ruiz C. Encuesta de Salud Oral en España 2015. RCOE 2016; 21, Supl. 1
5. Cornejo M, Pérez G, de Lima KC, Casals-Peidro E, Borrell C. Oral Health-Related Quality of Life in institutionalized elderly in Barcelona (Spain). Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2013 Mar 1;18(2):e285-92.

Programa de Asistencia Odontológica en el centro ASPROGRADES, Granada.



Autor: Isabel María Domene Rodríguez. isa_domene96@hotmail.com

Tutor: José Antonio Gil Montoya.

Facultad de Odontología. Universidad de Granada

Junio 2018,2019



INTRODUCCIÓN (I)

La discapacidad se define como la deficiencia física o mental que tiene un efecto sustancial, de larga duración y negativo, sobre la aptitud de la persona para ejercer actividades cotidianas. Puede ser física, psíquica, sensorial o cognitiva, con grado de dependencia de I a III, siendo el más leve el grado I.¹

Datos epidemiológicos ²

- España → 3.847.000; 8,5% población total.
- Andalucía → 372.700; 6,8% población total.
- Granada → 60.424; 6,6% población total.



Imagen 1: Clase III. Mordida cruzada posterior y anterior.

Patología oral más frecuente ³

Debido a las barreras, deficiente higiene oral, efectos adversos de los fármacos y modificación de la dieta, en personas con discapacidad encontramos una mayor prevalencia de caries, enfermedad periodontal, xerostomía y hábitos orales.



Imagen 2: Hiperplasia gingival por hidantoína.

Síndrome de Down

- Micrognatismo de maxilares.
- Maloclusión clase III.
- Mordida cruzada posterior.
- Macroglosia relativa.
- Lengua fisurada.
- Microdoncia, agenesia laterales.
- Retraso erupción dentaria.
- Mordida abierta anterior.
- Enfermedad periodontal severa.
- Menor incidencia de caries.

Trastorno espectro autista

- Mayor incidencia de caries.
- Mayor incidencia de enfermedad periodontal.
- Traumatismos y fracturas dentales por autolesión.
- Bruxismo.

Parálisis cerebral

- Mayor incidencia de caries.
- Hipoplasia, hipomineralización de esmalte.
- Mordida abierta anterior.
- Maloclusión clase II.
- Paladar ojival.
- Hiperplasia gingival (hidantoína).
- Enfermedad periodontal.
- Bruxismo
- Babeo.

Técnica de higiene oral e instrumental ⁴

- Motivación y educación oral a pacientes, familiares y cuidadores.
- Remoción mecánica. Muy recomendado el cepillo eléctrico, con mango adaptado con silicona.
- Higiene interproximal. Hilo de seda con portahilos, cepillos interproximales con mango largo y flexible.
- Remoción química. Recomendado colutorio o, en su defecto, spray o barniz de clorhexidina.
- Recomendado limpiadores linguales, selladores y aplicación de flúor.



Imagen 3: Cepillo Collis-Curve®.

Bibliografía

1. OMS: Organización Mundial de la Salud [internet]. c2019 [citado 20 Abril 2019]. Discapacidades.
2. Instituto Nacional de Estadística. Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia (EDAD). Año 2015. Inst Nac Estadística [Internet]. 2015;1-12.
3. Montserrat Diéguez-Pérez, de Nova-García MJ, Mourelle-Martínez MR, Bartolomé-Villar B. Oral health in children with physical (Cerebral Palsy) and intellectual (Down Syndrome) disabilities: Systematic review I. J Clin Exp Dent. 2016;8: e337-43.
4. Pérez ME, Limeres J, Fernández J. Manual de Higiene Oral para Personas con Discapacidad. Santiago de Compostela; 2012.



Programa de Asistencia Odontológica en el centro ASPROGRADES, Granada.



Autor: Mohamed El Bouazzati Oulad Mansour **Tutor:** José Antonio Gil Montoya.

Facultad de Odontología. Universidad de Granada

Junio 2019

Correo: moha.elbouazzati@gmail.com

RESULTADOS Y DISCUSIÓN (II).

Patología oral según discapacidad.

El grupo con Síndrome de Down presentó peor higiene y salud periodontal con un 61,1% de gingivitis y menor índice de caries: ¿anticuerpos frente a *Streptococcus mutans*?

La maloclusión más frecuente fue la Clase III (94'4%) y la mordida cruzada anterior (77'8 %). El hábito de bruxismo se observó en el 22'2%, siendo más frecuente que en la población general.

En la muestra compuesta por individuos con parálisis cerebral (PC), el 42'2 % presentaba gingivitis. La prevalencia de gingivitis hallada en este estudio es inferior a la aportada en el estudio de Cardoso donde la prevalencia fue del 89'9%. El mismo autor demostró que la formación de los cuidadores era transcendental en la disminución de la patología.

El 40% de los pacientes con TEA presentaban gingivitis. Este dato resultó ser muy bajo al ser comparado con el trabajo de Jaber¹. Estos individuos presentan dificultades para recibir instrucciones de higiene oral. Pilebro y Bäckman² demostraron mediante un estudio, que el nivel de higiene en estos individuos mejoraban mediante la instrucción visual.

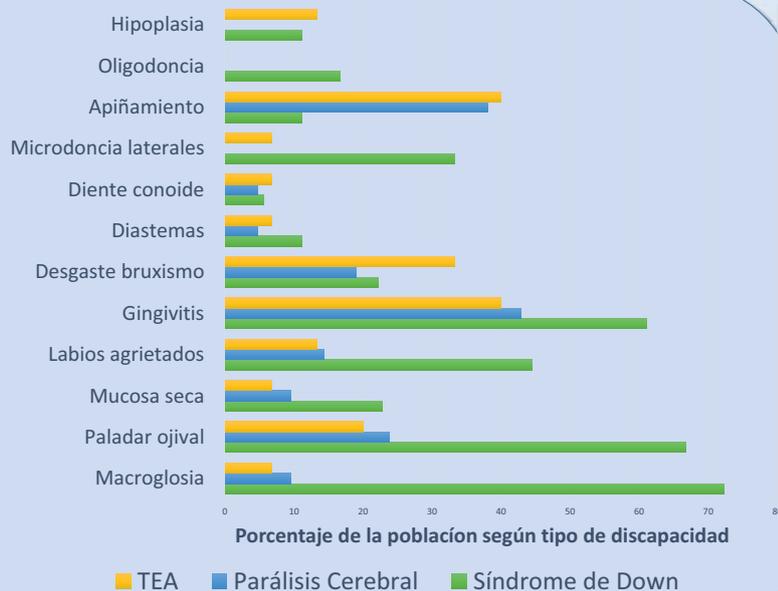


Figura 1. Exploración intraoral según tipo de discapacidad.

Necesidades de tratamiento.

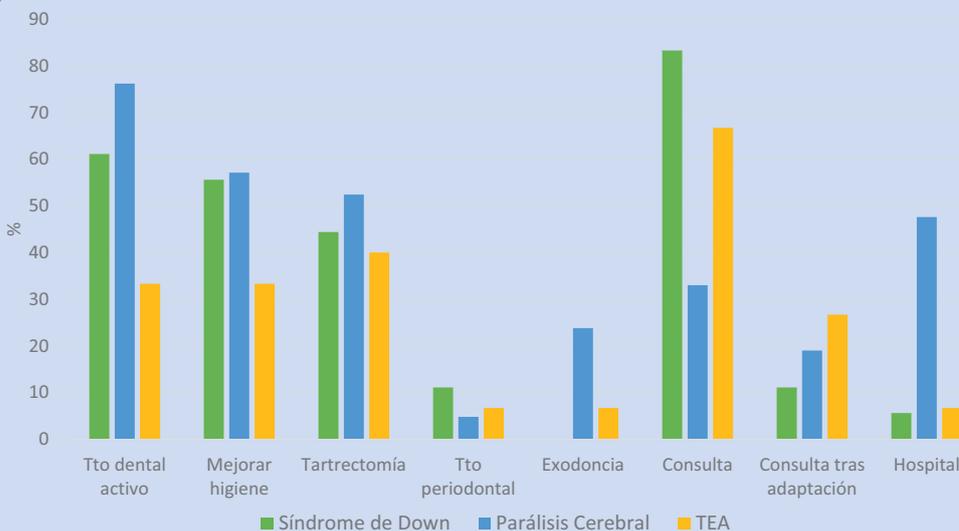


Figura 3. Necesidades de tratamiento según la discapacidad.

Experiencia de caries.

El índice medio obtenido de caries fue de 8'68 en la población general. Tiene su respaldo en la pobre higiene oral presentada por la población estudiada donde solo el 12% mantenía buena higiene oral. De acuerdo con varios estudios, la población infantil y adolescente solía presentar mayor experiencia de caries en general que la población normal, en este estudio la media fue de 5'33. En cuanto a la población adulta estudiada, se ha observado que el índice CAOD medio fue de 9'7. Esto se tomó como dato orientativo, ya que es un grupo muy heterogéneo en lo que a la edad se refiere y hay un componente del índice que no controlamos. Este es el de "dientes perdidos". De acuerdo con la literatura, la patología oral se hace más frecuente con la edad.

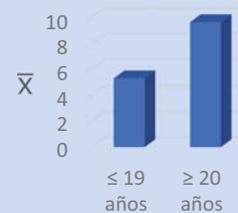


Figura 2. CAOD según la edad.

Conclusiones.

- El 62% de la población estudiada requería de tratamiento activo. La exodoncia fue la necesidad mas prevalente en sujetos con PC.
- Solo 14 individuos requerían tratamiento bajo anestesia general.
- Se ha conseguido la motivación del personal del centro, mediante recomendaciones individualizadas.
- La prevalencia de caries fue muy alta con un índice CAOD medio de 8'68.
- La gingivitis se presentó con mayor frecuencia en la población con Síndrome de Down.
- La maloclusión de clase II y mordida abierta fueron más prevalentes en el grupo con PC.

Bibliografía.

1. Jaber MA. Dental caries experience, oral health status and treatment needs of dental patients with autism. J Appl Oral Sci [Internet]. 2011;19:212-7.
2. Pilebro C, Bäckman B. Teaching oral hygiene to children with autism. Int J Paediatr Dent. 2005;15:1-9.

INTRODUCCIÓN

Los implantes inmediatos son insertados en el mismo acto quirúrgico en el cual se extrae el diente a sustituir¹.

OBJETIVO

Revisión de la literatura y presentación de un caso clínico en maxilar anterior tratado con un implante inmediato postextracción.

CASO CLÍNICO

Diagnóstico:

Varón de 40 años, electricista, con el hábito ocupacional de pelar los cables con los incisivos. Sin enfermedad general y salud gingival en periodonto sano (índice de placa del 9%), con movilidad del diente 21 por fractura horizontal del tercio apical de origen traumático que se valora para tratamiento implantológico.

La tomografía computarizada de haz cónico (TCHC) muestra la fractura y una cortical vestibular de 1 mm. Tras la valoración minuciosa del paciente se procedió a la colocación inmediata, tras la exodoncia, de un implante de 3,5 x 12 mm, Galimplant® de conexión interna (Fig. 1a y 1b).

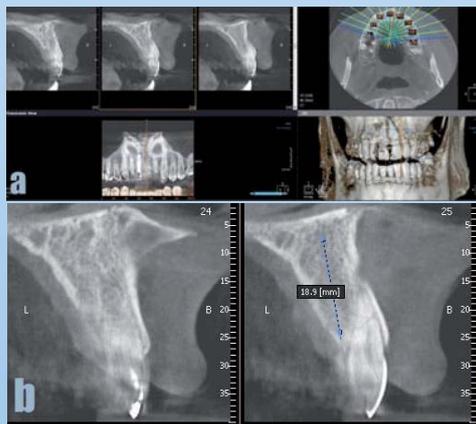


Fig. 1.(a) TCHC Previo. (b) Detalle del TCHC.

Técnica quirúrgica:

Inicialmente se realizó la exodoncia mínimamente traumática del 21, con el botador para el fragmento coronario y radicular, y se usó el Piezosurgery® para la exodoncia del ápice radicular (Fig. 2a).

En segundo lugar, se procedió al fresado alveolar y a la colocación del implante, fresando hacia palatino para conseguir un buen anclaje apical con una emergencia favorable del mismo (Fig. 2b).



Fig. 2. (a) Extracción del 21. (b) Fresado y colocación del implante.

Tras ello se realizó acondicionamiento de tejidos blandos colocándose una restauración provisional atornillada de resina acrílica inmediata, que se fue contorneando submucosamente para el correcto asentamiento, sin presión, de los tejidos blandos creándose un perfil de emergencia adecuado (Fig. 3a).

La restauración definitiva se llevó a cabo a los dos meses mediante una corona metal cerámica (Fig. 3b).



Fig. 3. (a) Provisional inmediato resina. (b) Restauración definitiva.

DISCUSIÓN BIBLIOGRÁFICA

CONCEPTO	Los implantes inmediatos son insertados en el mismo acto quirúrgico en el cual se extrae el diente a sustituir ¹ .
CLASIFICACIÓN	Terminología ² : - Inmediata (mismo día). - Temprana (curación tejidos blandos 4-8 semanas/curación parcial de hueso 12-16 semanas). - Tardía (>6 meses).
OBJETIVOS	Los resultados estéticos dependen ³ : - Tejidos duros (tabla remanente). - Tejidos blandos (recesiones).
FASE DIAGNÓSTICA	La TCHC fundamental para la planificación del tratamiento con implantes ⁴ .
INDICACIONES	Requisitos ⁵ : - Cortical ósea vestibular intacta, gruesa. - Biotipo gingival grueso.
TÉCNICA	Situación del implante ⁵ : - 2 a 3 mm apical a los dientes adyacentes o la línea amelocementaria. - Palatinizado. - Al menos 2 mm entre implante y superficie interna de la pared vestibular.

CONCLUSIONES

La colocación inmediata de los implantes dentales con la provisionalización inmediata en la zona estética proporciona un excelente resultado del tratamiento en términos de supervivencia del implante y un cambio mínimo en las dimensiones del tejido periimplantario.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.Hammerle CHF, Chen ST, Wilson TGJ. Consensus statements and recommended clinical procedures regarding the placement of implants in extraction sockets. Int J Oral Maxillofac Implants. 2004;19 Suppl:26-8.
- 2.Buser D, Chappuis V, Belsler UC, Chen S. Implant placement post extraction in esthetic single tooth sites: when immediate, when early, when late? Periodontol 2000. 2017;73(1):84-102.
- 3.Cosyn J, Eghbali A, Hermans A, Vervaeke S, De Bruyn H, Cleymaet R. A 5-year prospective study on single immediate implants in the aesthetic zone. Journal of clinical periodontology. 2016;43:702-9.
- 4.Crespi R, Cappare P, Gastaldi G, Gherlone EF. Buccal-lingual bone remodeling in immediately loaded fresh socket implants: A cone beam computed tomography study. Int J Periodontics Restor Dent. 2018;38(1):42-9
- 5.Kan JYK, Rungcharassaeng K, Deflorian M, Weinstein T, Wang H-L, Testori T. Immediate implant placement and provisionalization of maxillary anterior single implants. Periodontol 2000. 2018 Jun;77(1):197-212.

ESTUDIO EPIDEMIOLÓGICO DE LA SALUD BUCODENTAL DE UNA POBLACIÓN ATENDIDA EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE GRANADA



INTRODUCCIÓN, OBJETIVOS, MATERIAL Y MÉTODOS, LIMITACIONES DEL ESTUDIO.

ALUMNO: José Manuel Fernández Gámez (josefg@correo.ugr.es)
TUTORAS: María Paloma González Rodríguez / Fátima Sánchez Aguilera.



Introducción

La Salud Bucodental es un indicador clave de la salud, el bienestar y la calidad de vida en general, y las enfermedades bucodentales son aquellas no transmisibles más comunes, que afectan a las personas durante toda su vida, causando dolor, molestias, incluso la muerte¹.

Se cuenta con numerosos estudios epidemiológicos de Salud Bucodental, tanto a nivel nacional como internacional²⁻⁴ y solo uno a nivel de nuestra Facultad⁵ siendo éste y la Encuesta Nacional de Salud Bucodental de 2015², nuestras principales referencias.

Por tanto, se considera necesario estudiar cómo es la población que acude a esta Facultad, qué tratamientos necesitan y qué tratamientos reciben finalmente. Esta evaluación permitirá saber cómo organizar los recursos, determinar las necesidades de tratamiento más demandadas y comparar los resultados con otros estudios.

Material y Métodos

Se analizaron 250 casos de pacientes tratados en la Facultad en el curso académico 2017-2018, se tomaron los datos relativos a: edad, sexo, localidad de procedencia, enfermedades, necesidades de tratamientos diagnosticados y tratamientos realizados.

Los datos se obtuvieron de las Historias clínicas en formato papel y de las informatizadas en el programa NATURA+, siendo recogidos en el programa Microsoft Excel 2016.

Se realizó un estudio estadístico basado en un análisis descriptivo, relacionando las variables personales con la asignatura derivada, con el estado de salud bucodental y el tratamiento previsto o realizado, para ello se utilizó el paquete estadístico IBM SPSS 22.0.



Figura 1. Programa NATURA+

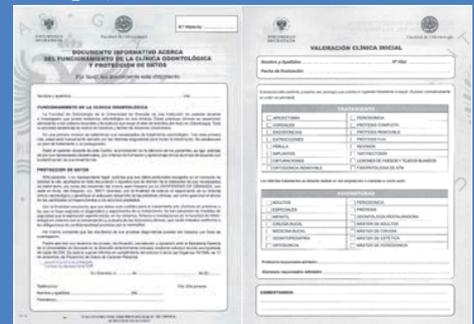


Figura 2. Páginas 1 y 4 de Historia Clínica en papel

Limitaciones del Estudio

- ✓ Los pacientes no han podido ser explorados por operadores homologados.
- ✓ La mayor parte de los estudios epidemiológicos que valoran la salud bucodental, consisten en evaluaciones del estado oral de grupos determinados y acotados de pacientes.
- ✓ Hay un porcentaje elevado de pacientes procedentes de convenios con ayuntamientos que son personas de nivel socioeconómico medio-bajo o bajo.
- ✓ Otra proporción de pacientes son derivados a los Másteres donde no se cuenta con registros de los todos tratamientos.



Figura 3. Registro de Historia Clínica en Admisión de pacientes

A pesar de todo ello, ha sido realizado un diseño del trabajo y recogida de datos precisos y exhaustivos, así como se cuenta con una muestra suficiente y es innegable la validez estadística del estudio.

Bibliografía:

1. Salud Bucodental. Notas descriptivas, Centro de prensa. Organización Mundial de la Salud. 24 de septiembre de 2018 [consultado 30 de mayo de 2019]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>
2. Bravo Pérez M, Almerich Silla JM, Ausina Márquez V, Avilés Gutiérrez, P, Blanco González JM, Canorea Díaz E, CasalsPeidro E, Gómez Santos G, Hita Iglesias C, Llodra Calvo JC, Monge Tapiés M, Montiel Company JM, Palmer Vich PJ, Sainz Ruiz C. Encuesta de Salud Oral en España 2015. RCOE 2016; 21, Supl. 1.
3. Bravo Pérez M, CasalsPeidro E, Cortés Martinicorena FJ, Llodra Calvo JC. Encuesta de salud oral en España 2005. RCOE 2006; 11:409-456.
4. Llodra Calvo JC. Encuesta de salud oral en España 2010. RCOE 2012; 17:13-41
5. Benitez Hita J, Bravo Pérez M. Revista andaluza de odontología y estomatología 1995; 5: 131-133.



RIESGO DE TRANSFORMACIÓN MALIGNA DEL LIQUEN PLANO ORAL: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS

TASA DE MALIGNIZACIÓN



Alumno: Fernández Luque, Armando
 armandofdez@correo.ugr.es
 Tutor: González Moles, Miguel Ángel
 Ramos García, Pablo
 TFG – Odontología – UGR – Junio – 2019

INTRODUCCIÓN

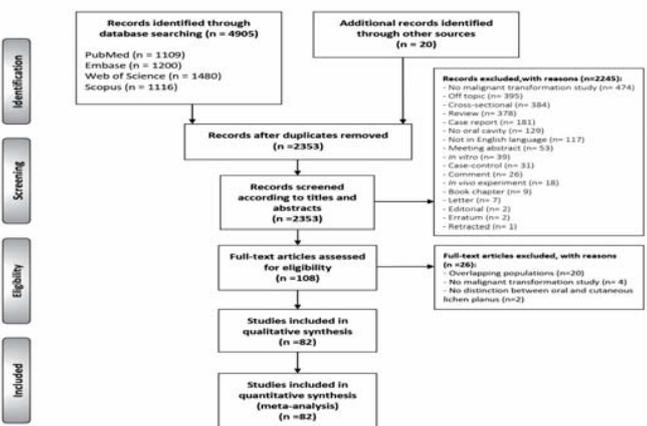
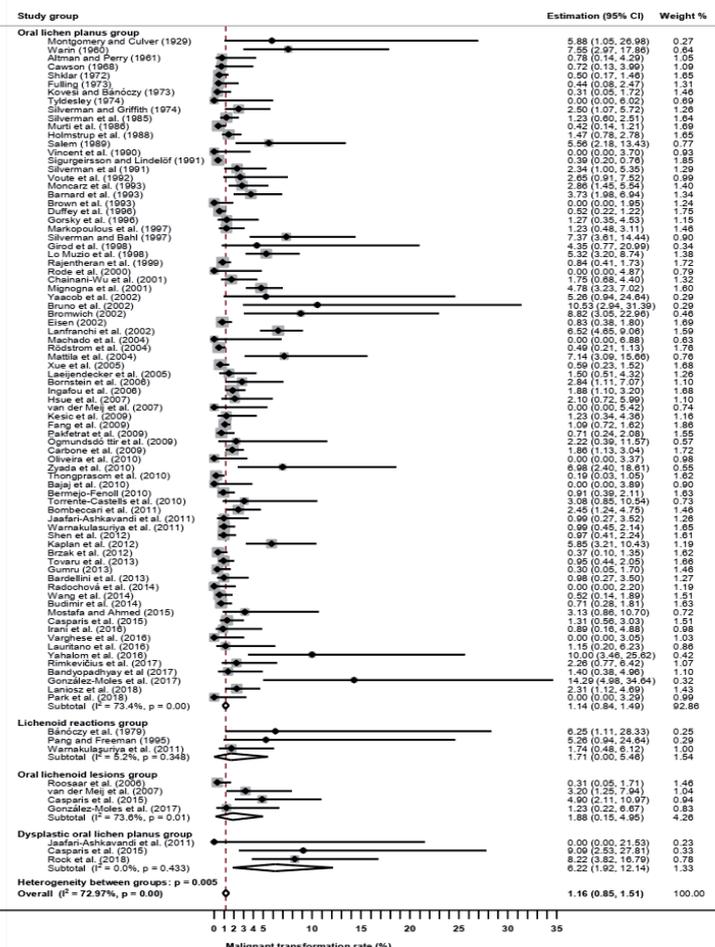
El liquen plano oral (LPO) es una enfermedad inflamatoria crónica de naturaleza autoinmune y de etiología desconocida. Actualmente existe controversia en cuanto a la tasa de malignización de LPO, debido probablemente a unos criterios muy restrictivos para el diagnóstico de la enfermedad. El aspecto más controvertido de los criterios precedentes hace referencia a la consideración de la displasia epitelial como un criterio de exclusión del LPO. Puesto que la displasia es la alteración histológica que con más certeza indica que el epitelio oral está en riesgo de malignización, su consideración como un criterio de exclusión necesariamente selecciona aquellos casos de LPO que presumiblemente presentan un bajo riesgo de transformación maligna. Entendemos pues, que la capacidad real de evolucionar a cáncer está infraestimada. Los criterios actuales más aceptados (OMS modificados) proponen denominar lesión oral liquenoide (LOL) a todos aquellos casos que no cumplen algunos de sus criterios (presencia de displasia y ausencia de lesiones reticulares bilaterales más o menos simétricas), atribuyendo pues, carácter premaligno exclusivamente a las LOL y no al LPO. Finalmente, existe un notable desconocimiento en relación al potencial de transformación maligna de otras lesiones clínicamente relacionadas con el LPO, conocidas como reacciones liquenoides (RL). El objetivo de la presente revisión sistemática y metaanálisis fue estimar con precisión la tasa de transformación maligna del LPO, LOL, RL y LPO con displasia epitelial.

RESULTADOS

82 estudios (26742 pacientes) cumplieron los criterios de inclusión. La tasa de malignización fue para el grupo de pacientes con OLP del 1.14% [95% IC=0.84, 1.49], y para los grupos OLL y LR del 1.88 [95% IC=0.15-4.95] y del 1.71 [95% IC=0.00, 5.46], respectivamente. No existieron diferencias significativas entre estos grupos en la comparación con el grupo OLP ($p=0.561$ y $p=0.195$, respectivamente). Para el grupo de pacientes con LPO con displasia epitelial la malignización se produjo en el 6.22% [95% IC=1.92-12.14] y fue significativamente mayor que la encontrada en el grupo de OLP ($p<0.001$).

MATERIAL Y MÉTODOS

Buscamos en Pubmed, Embase, Web of Science y Scopus estudios publicados antes de Noviembre 2018. Evaluamos la calidad de los estudios incluidos (herramienta Quality in Prognosis Studies [QUIPS]). Conducimos metaanálisis persiguiendo cumplir con los objetivos propuestos. Exploramos la heterogeneidad entre estudios, conducimos análisis de sensibilidad, analizamos el efecto de los estudios pequeños y llevamos a cabo análisis de subgrupos.



CONCLUSIONES

Nuestra revisión sistemática y metaanálisis presenta resultados consistentes que evidencian que la tasa de malignización comunicada para OLP (1,14%) probablemente se encuentra infraestimada como consecuencia de la aplicación de unos criterios diagnósticos excesivamente restrictivos especialmente en lo que respecta a la consideración de la presencia de displasia epitelial como un criterio de exclusión. Además, nuestros resultados no permiten asignar una tasa de malignización diferente a las OLL en comparación con el OLP y por tanto, no está justificado considerarlas como entidades diagnósticas diferentes por este motivo.

REFERENCIAS

Gonzalez-Moles MA, Scully C, Gil-Montoya JA. Oral lichen planus: controversies surrounding malignant transformation. *Oral Dis* 2008;14:229-43
 Van der Meij EH, van der Waal I. Lack of clinicopathologic correlation in the diagnosis of oral lichen planus based on the presently available diagnostic criteria and suggestions for modifications. *J Oral Pathol Med* 2003;32:507-12



UNIVERSIDAD DE GRANADA

PROTECTORES INTRAORALES EN BRAQUITERAPIA DEL CÁNCER ORAL PARA DISMINUIR EL RIESGO DE OSTEORRADIONECROSIS.



UNA HERRAMIENTA MÁS DEL ODONTÓLOGO EN EL TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR DEL CÁNCER ORAL

AUTOR:
Gabriel Fornieles Esteban
Gabi_cd14@hotmail.com
TUTORA: Mercedes Villalobos Torres

INTRODUCCIÓN

El tratamiento radioterápico del cáncer oral con braquiterapia es de elección debido a que presenta buenos resultados estéticos y funcionales. Cursa con efectos secundarios graves y complicaciones. Una de ellas y que centra el estudio de este trabajo es la osteorradionecrosis (ORN). Usando protectores hechos a medida se puede reducir el riesgo de producirla. Además, el odontólogo integrado en el tratamiento multidisciplinar podría ayudar a la planificación disminuyendo las complicaciones del tratamiento.

OBJETIVOS

- Evaluar la eficacia de los protectores bucales.
- Describir características óptimas para la efectividad.
- Valorar la necesidad del odontólogo dentro del tratamiento multidisciplinar.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

EFFECTIVIDAD

- En los artículos donde se estudia la incidencia de la ORN tras usar el protector intraoral en braquiterapia, encontramos reducción incluso el 100%. En los que aparece ORN, se debe a diversos factores.
- Existe un estudio de casos y controles que obtuvo un 2,1% de ORN en pacientes que portaron separador y 40% en los que no lo portaron.

MATERIAL Y MÉTODOS

Tras realizar la búsqueda en las bases de datos a partir de la combinación de descriptores y lectura de los artículos, se seleccionaron finalmente 52. De los cuales 20 fueron empleados para la elaboración de la matriz de resultados.

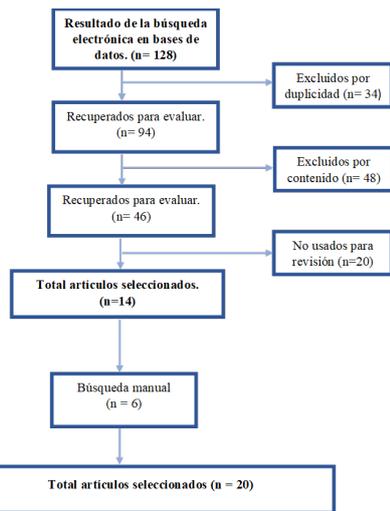
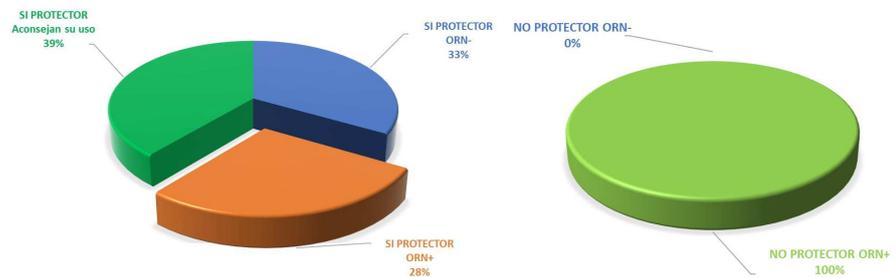


Figura 1. Método de selección de artículos (n= nº. de artículos).

- #### FACTORES ATRIBUIBLES DE ORN+ USANDO EL PROTECTOR
- Intima relación del hueso maxilar con la radiación.
 - Tratamiento combinado de braquiterapia con EBRT (Radioterapia externa).
 - Extracción dental mal planificada.

CARACTERÍSTICAS

- Se obtuvo una incidencia de ORN de 3,7% cuando el protector tenía un grosor mayor a 5mm y un 37,5% de ORN cuando era menor de 5mm.
- Si se conjuga el material plástico con plomo podemos reducir el tamaño del protector haciéndolo más confortable. Estableciendo que 3 mm de plomo equivalen a 10 mm de resina en cuanto a atenuación de la radiación.
- En la selección del material plástico, la silicona es más radiopaca que la resina acrílica.

AGRADECIMIENTOS

- Dr. José Luis Guinot y a todo su equipo del Instituto Valenciano de Oncología (IVO).
- Dra. Tovar, Dr. Martínez y Dr. Molerón de los hospitales de Granada, Jaén y Averdean por sus opiniones

CONCLUSIONES

1. Los protectores intraorales son eficaces.
2. Deben cumplir unas dimensiones de grosor de 5 a 10 mm
3. La intervención del odontólogo puede ayudar a disminuir las complicaciones del tratamiento radioterápico.

REFERENCIAS

-Reuther T, Schuster T, Mende U, Kübler A. Osteoradionecrosis of the jaws as a side effect of radiotherapy of head and neck tumour patients — a report of a thirty year retrospective review. *Int J Oral Maxillofac Surg.* 2003;32(3):289-95.
 -Obinata K, Ohmori K, Tuchiya K, Nishioka T, Shirato H, Nakamura M. Clinical study of a spacer to help prevent osteoradionecrosis resulting from brachytherapy for tongue cancer. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endodontology.* 2003;95(2):246-50.
 -Miura M, Takeda M, Sasaki T, Inoue T, Nakayama T, Fukuda H, et al. Factors affecting mandibular complications in low dose rate brachytherapy for oral tongue carcinoma with special reference to spacer. *Int J Radiat Oncol.* 1998;41(4):763-70.
 -Mazon J-J, Ardiel J-M, Haie-Méder C, Kovács G, Levendag P, Peiffert D, et al. GEC-ESTRO recommendations for brachytherapy for head and neck squamous cell carcinomas. *Radiother Oncol.* 2009;91(2):150-6.
 -Libby B, Sheng K, McLawhorn R, McIntosh A, Van Ausdal RG, Martof A, et al. Use of megavoltage computed tomography with image registration for high-dose rate treatment planning of an oral tongue cancer using a custom oral mold applicator with embedded lead shielding. *Brachytherapy.* 2011;10(4):340-4.
 FOTO DE CABECERA: Capilla Neomudéjar del Colegio Máximo de Cartuja, hoy Salón de Actos. (2010) por Inmaculada Morillas Puente



Departamento de Estomatología

TFG-Odontología-UGR-Junio-2019

Alumno: Fuentes García Irene

irenefugar@correo.ugr.es

Tutor: Romero Olid María de Nuria



Utilización de injerto de tejido conectivo en el tratamiento de recesiones gingivales

Introducción

La recesión gingival es un hallazgo frecuente relacionado con diferentes factores etiológicos predisponentes y desencadenantes. Suele causar hipersensibilidad, abrasiones, favorece la aparición de caries radicular, además de un problema estético en el paciente, por ello, su tratamiento se ha vuelto indispensable en nuestra práctica, enfocándose en eliminar factores causales y en la cirugía periodontal. Para planearlo, el clínico necesitará tomar decisiones, apoyándose en clasificaciones en las que se dividen las recesiones según sus características, como la clasificación de Miller de 1985³ (Fig. 1), permitiendo establecer un diagnóstico correcto y un pronóstico de cobertura radicular.

Objetivos

El objetivo de este trabajo es presentar dos casos clínicos de recesiones gingivales cuyo factor etiológico fue la ortodoncia y evaluar el tratamiento y los resultados con injerto de tejido conectivo (ITC) con dos técnicas diferentes durante los 15, 21 y 60 días post-cirugía.

Casos Clínicos

Se exponen dos casos de recesión gingival causada por tratamiento ortodóncico en pacientes jóvenes. Se estudian las características del defecto según la clasificación de Miller, se prepara el lecho receptor y el paladar, que es la zona donante más común, y se obtiene el ITC para después introducirlo y suturarlo al lecho receptor. Utilizamos la escala EVA para evaluar el dolor y la inflamación.



Caso Clínico 1

Paciente mujer, 23 años, no fumadora. Refiere hipotiroidismo, ASA II. Acude al Máster de Cirugía Bucal e Implantología de la Universidad de Granada, por presentar recesión de 5 mm clase I de Miller en 41. Ausencia de enfermedad periodontal y una higiene excelente. Se trató mediante la técnica en túnel combinada con ITC (Fig. 2).

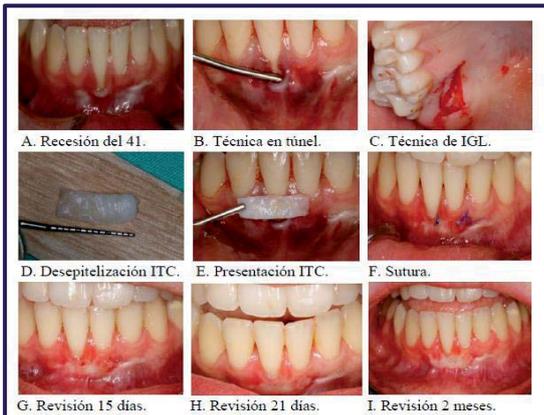


Figura 2. Técnica en túnel. Preoperatorio, Cirugía y Revisiones.

Caso Clínico 2

Paciente mujer, 31 años, no fumadora. Refiere Síndrome de Gilbert y migrañas. ASA II. Acude al Máster de Cirugía Bucal e Implantología de la Universidad de Granada por presentar recesión de 5 mm clase III de Miller en 31, con pérdida de papila; y recesión menor en 41. Ausencia de enfermedad periodontal y una higiene excelente. Se trató mediante la técnica de abordaje apical de Azzi⁵ combinada con ITC (Fig. 3).

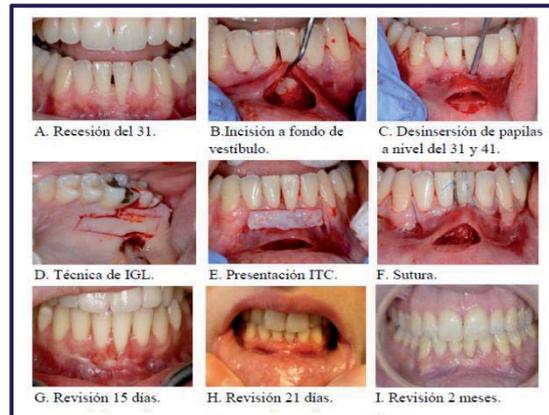


Figura 3. Técnica de abordaje apical de Azzi, 1999⁵. Preoperatorio, Cirugía y Revisiones.

Discusión y Conclusión

Se muestran dos técnicas de cirugía mucogingival combinadas con ITC, técnica de túnel y técnica de abordaje apical. Su elección dependió de los objetivos del tratamiento y las características del defecto. Según la literatura consultada y nuestros resultados, concluimos que las técnicas de cirugía mucogingival en combinación con ITC, son una buena opción terapéutica para tratar las recesiones aisladas. En el primer caso conseguimos una ganancia de 2-3 mm de cobertura radicular y en el segundo, a pesar del pronóstico de cobertura parcial de las clases III, se consiguió una ganancia de 3 mm de cobertura radicular además de 1 mm en la papila. En ambos casos, los síntomas de dolor e inflamación según EVA, eran leves.

La efectividad de estas técnicas es evaluable a largo plazo, aunque el restablecimiento vascular del injerto y la maduración del epitelio ya acontece desde el undécimo día hasta los 42 días post-cirugía.

BIBLIOGRAFÍA

- Fombella-Cortázar F, Martos-Molino F. Cirugía mucogingival. 1ª ed. Barcelona: Teamwork Media España; 2004.
- García Rubio A, Bujaldón-Daza AL, Rodríguez-Archilla A. Recesión gingival. Diagnóstico y tratamiento. Av Periodon Implantol. 2015; 27(1): 19-24. Disponible en: <https://doi.org/10.4328/Revista-Perio-2015-27-1-19-24>
- Miller PD. A Classification of marginal tissue recession. Int J Periodon Rest Dent. 1985; 5(2): 9-13. Disponible en: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=dbh&AN=39258008&lang=es&site=ghost-live&scope=site>
- Vicario-Juan M, Pascual-La Roca A, Vives-Monet MT, Santos-Alemany A. Técnicas de cirugía mucogingival para el recubrimiento radicular. RCOE. 2006; 11(1): 61-73. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1138-123X2006000100004&lng=es&tlng=es
- Calzavara D, Morante S, Sanz J, Sanz M. Abordaje apical y punto suspensorio para la reconstrucción de la papila interdental: serie de casos. Periodoncia Clínica. 2016; (4): 11-21. Disponible en: http://www.sepa.es/web_update/wp-content/uploads/2018/02/Revista-Periodoncia-Clinica-Nov-4-Online-SIN.pdf



ASOCIACION DE TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES EN MÚSICOS DE VIENTO

- PARTE I -



Tutor: Juan Ignacio Rosales Leal
TFG – ODONTOLOGÍA – UGR
18/Junio/2019

Autora: Lidia García del Pozo
Lidiagarcia237@gmail.com

INTRODUCCIÓN

Las **disfunciones temporomandibulares (TTM)** son un conjunto de problemas clínicos que afectan a los músculos de la masticación, ATM y a las estructuras circundantes. Muchos instrumentistas experimentan estos signos y síntomas (1).

La **etiología** de la TTM es de naturaleza **multifactorial** y el **síntoma mas frecuente** es el **DOLOR**

Estos síntomas se pueden atribuir, particularmente, en los músicos instrumentistas de viento, al uso intensivo de la mandíbula, la boca y a la tensión constante de los músculos de la cabeza y el cuello.

Tocar un instrumento musical de viento, ¿podría suponer una sobrecarga de los músculos masticatorios y causar un TTM?

OBJETIVO: investigar y verificar la prevalencia del dolor orofacial y el desarrollo de TTM en este colectivo

MATERIALES Y MÉTODOS

Se eligieron 2 grupos entre 18-30 años: el primero fueron los casos, compuesto por **24 músicos** que tocaban un instrumento de viento. El segundo, **grupo control**, compuesto por **23** personas que no tocaban ningún instrumento.

A ambos, se le realizó una exploración siguiendo el del **Eje I de los Criterios de diagnóstico de investigación para trastornos del sistema temporomandibular (RDC / TMD)**. El protocolo del Eje I incluye tanto un cribado válido para detectar cualquier TTM relacionado con el dolor como un criterio de diagnóstico válido para diferenciar el TTM más común relacionado con el dolor (8).

Tabla 1. Medias y valor p de los datos de exploración

Variable	Músicos (mm±DE)	Control (mm±DE)	Valor p
Resalte	3 ± 2,0	2,5 ± 1,5	0,965
Sobremordida	2,5 ± 2,4	2,5 ± 1,2	0,997
Desviación apertura	2,3 ± 0,7	2 ± 0,8	0,337
Apertura sin dolor	38,7 ± 8,1	40,0 ± 8,1	0,576
Apertura inasistida	47,0 ± 6	47,0 ± 7	0,979
Apertura asistida	47,5 ± 5	47,4 ± 6	0,966
Lateralidad derecha	7,5 ± 3,6	7 ± 3,2	0,649
Lateralidad izquierda	7,1 ± 3,3	6,7 ± 2,5	0,619
Protrusión	6,6 ± 2,7	4,9 ± 2,3	0,0023*

Tabla 2. Porcentaje de personas con dolor en mandíbula, músculo temporal, sien u oído

Variable	Músicos n (%)	Control n (%)	Valor p	
Dolor Mandibular	No	3 (12,5)	15 (65,2)	0,001*
	Si	21 (87,5)	8 (34,8)	

RESULTADOS

Algunos de los datos obtenidos del Eje I de los Criterios de diagnóstico de investigación para trastornos del sistema temporomandibular (RDC / TMD) (Tabla 1), no nos muestran ningún resultado significativo, excepto en el **movimiento de protusiva, que en el grupo de músicos se obtiene mayor amplitud en mm**. Esto puede deberse a la gran ejecución de movimientos miofaciales que tienen que realizar los músicos en su práctica habitual. También de este mismo Eje I pero del cuestionario de síntomas de TMD, se puede destacar que si hay una diferencia significativa en cuanto al **dolor mandibular en el grupo de los músicos (Tabla 2)**. Estos, experimentan un mayor dolor que el grupo control. Esto puede deberse al nivel de estrés y ansiedad al que están sometidos y al alto rendimiento de sus actividades (11).

CONCLUSIONES

Los músicos experimentan mas dolor mandibular que los que no tocan un instrumento de viento. No hay diferencias en los parámetros antropométricos en ambos grupos, excepto, en el movimiento de protusiva que los músicos presentan una mayor amplitud que los que no tocan instrumento.

(1)Jang J-Y, Kwon J-S, Lee DH, Bae J-H, Kim ST. Clinical Signs and Subjective Symptoms of Temporomandibular Disorders in Instrumentalists. Yonsei Med J. 2016;57(6):1500-7.

(8)DC-TMD Spanish Assessment Instruments_2018_11_08.pdf [Internet]. [cited 2019 Jun 8]. Available from: <https://buffalo.app.box.com/s/u9jd6bzk7sfai7o6wxwvsjchgtyu4zvh>

(11)Ahlberg J, Wiegers JW, van Selms MKA, Peltomaa M, Manfredini D, Lobbezoo F, et al. Oro-facial pain experience among symphony orchestra musicians in Finland is associated with reported stress, sleep bruxism and disrupted sleep-Independent of the instrument group. J Oral Rehabil. 2019;00:1-6.



PERCEPCIÓN DE LOS ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA SOBRE LA PRÁCTICA BASADA EN LA EVIDENCIA

ALUMNA: M^a ELISABET GARCÍA SÁNCHEZ (MELIZABETH@CORREO.UGR.ES)

TUTORES: MIGUEL PADIAL MOLINA; PABLO GALINDO MORENO

TFG ODONTOLOGÍA - JUNIO 2019



INTRODUCCIÓN

La Práctica Basada en la Evidencia (PBE) es esencial para proporcionar a los pacientes una odontología de calidad. Sin embargo, existen barreras que impiden su correcta realización como la carencia de habilidades para realizar búsquedas bibliográficas.

El método PICO (Tabla 1) podría ser una herramienta útil para favorecer y facilitar el desarrollo de la PBE.

OBJETIVOS

1. Evaluar el grado de conocimiento sobre PBE de los alumnos de Odontología de la Universidad de Granada.
2. Formar a los alumnos en el empleo del sistema PICO.
3. Aumentar su percepción e interés por PBE.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En los primeros cuestionarios se observó que la aplicación, percepción y habilidad sobre PBE en el Grado en Odontología era pobre.

Tras la realización de los seminarios, los segundos cuestionarios mostraron mejoras significativas. (Tabla 2)

Algunas herramientas útiles para ejercer PBE son conocer los niveles de evidencia, manejar bases de datos y guías clínicas y usar motores de búsqueda que originen una pregunta clínica específica. La formulación de la pregunta PICO podría ser el primer paso para realizar PBE.

CONCLUSIÓN

Los alumnos de la Facultad de Odontología de la UGR no disponen de recursos formativos suficientes acerca de PBE durante su formación. Cuando el alumno es instruido en estos métodos y en la formulación de preguntas PICO, se produce una mejora. Por ello, se hace indispensable mejorar la formación sobre PBE en el plan de estudios universitarios.

Acronimo	Componentes
P	<ul style="list-style-type: none"> • Paciente o grupo de pacientes (sexo, raza, edad...) • Enfermedad, condición o estado • Ámbito de atención
I	<ul style="list-style-type: none"> • Tipo de tratamiento (medicamento, procedimiento, terapia) • Nivel de intervención (dosis, frecuencia) • Quién, dónde se da
C	<ul style="list-style-type: none"> • Intervención alternativa (tratamiento estándar, placebo, otra intervención) • No comparación
O	<ul style="list-style-type: none"> • Resultado o efecto de interés • Mejora de síntomas, curación... • Efectos secundarios • Coste, eficacia, beneficio

Tabla 1: Componentes de búsqueda PICO.

SUJETOS Y MÉTODOS

Se realizó un cuestionario anónimo a 184 alumnos; voluntariamente 20 participaron en los seminarios. Se realizaron 2 seminarios presenciales y actividades semipresenciales en grupos reducidos. Tras los seminarios se volvió a ejecutar el mismo cuestionario a los 20 alumnos.

PREGUNTA	COMPARATIVA CUESTIONARIO 0 y 1			
	T0	T1	Valor P	95%
1	3.68 ± 1.66	4.38 ± 2.10	0.148	-0.25 , 1.66
2	3.36 ± 1.58	3.85 ± 2.15	0.297	-0.43 , 1.41
3	2.98 ± 1.56	3.69 ± 2.29	0.124	-0.20 , 1.63
4	3.54 ± 1.67	4.15 ± 1.86	0.209	-0.34 , 1.56
5	4.08 ± 1.81	4.31 ± 1.89	0.656	-0.79 , 1.26
6	4.32 ± 2.03	5.15 ± 1.82	0.151	-0.31 , 1.97
7	5.37 ± 1.60	5.92 ± 1.44	0.228	-0.35 , 1.46
8	5.78 ± 1.59	5.46 ± 1.94	0.488	-1.23 , 0.59
9	4.86 ± 1.59	5.46 ± 1.66	0.193	-0.30 , 1.50
10	3.77 ± 1.46	5.00 ± 1.82	0.00441	0.39 , 2.07
11	4.32 ± 1.49	5.15 ± 1.82	0.0568	-0.02 , 1.69
12	4.02 ± 1.69	5.00 ± 1.41	0.00447	0.31 , 1.65
13	3.90 ± 1.35	4.61 ± 1.80	0.074	-0.07 , 1.50
14	3.65 ± 1.39	4.46 ± 1.76	0.0459	0.01 , 1.61
15	3.62 ± 1.44	4.08 ± 1.98	0.282	-0.38 , 1.30
16	3.82 ± 1.44	4.38 ± 2.06	0.187	-0.28 , 1.40
17	4.03 ± 1.47	4.31 ± 1.84	0.523	-0.57 , 1.12
18	4.24 ± 1.47	5.31 ± 1.49	0.0125	0.23 , 1.90
19	4.33 ± 1.46	5.15 ± 1.57	0.0519	-0.01 , 1.65

Tabla 2: Comparativa de cuestionarios iniciales (0) y finales (1).

BIBLIOGRAFÍA

1. Krithikadatta, "Research methodology in Dentistry: Part I - The essentials and relevance of research.," *J. Conserv. Dent.*, vol. 15, no. 1, pp. 5-11, Jan. 2012.
2. J. de P. Gómez, J. M. Morales-Asencio, A. S. Abad, M. B. Veny, M. J. R. Roman, and F. M. Ronda, "Validación de la Versión Española del Cuestionario sobre la Práctica basada en la Evidencia en Enfermería," *Rev. Esp. Salud Publica*, vol. 83, no. 4, pp. 577-586, Nov. 2009.
3. W. S. Richardson, M. C. Wilson, J. Nishikawa, and R. S. Hayward, "The well-built clinical question: a key to evidence-based decisions.," *ACP J. Club*, vol. 123, no. 3, pp. A12-3, Nov. 1995.
4. C. L. Straub-Morarend *et al.*, "Evidence-Based Practice Knowledge, Perceptions, and Behavior: A Multi-Institutional, Cross-Sectional Study of a Population of U.S. Dental Students.," *J. Dent. Educ.*, vol. 80, no. 4, pp. 430-8, Apr. 2016.
5. R. J. Hinton, A. L. McCann, E. D. Schneiderman, and P. C. Dechow, "The winds of change revisited: progress towards building a culture of evidence-based dentistry.," *J. Dent. Educ.*, vol. 79, no. 5, pp. 499-509, May 2015



Programa de Asistencia Odontológica en el centro ASPROGRADES, Granada.



Autor: Mehendi Raju Gianchandani. **Tutor:** Jose Antonio Gil Montoya.
Facultad de Odontología. Universidad de Granada.
mehndirg@gmail.com Junio 2019

INTRODUCCIÓN (II)

Barreras para recibir tratamiento dental¹:

- Económicas: elevados costes sanitarios y de transporte.
- Formación: falta de preparación específica por parte del odontólogo.
- Físicas: ausencia de rampas, ascensores, puertas estrechas.
- Incapacidad de percibir su propio estado de salud e higiene oral.



MATERIAL Y MÉTODOS

Población y ámbito del estudio.

Este trabajo se ha realizado en 4 de los centros que gestiona la asociación ASPROGRADES², cuya labor va encaminada a mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad.

Se exploró a un total de 92 usuarios pertenecientes a los centros Realidad 2001, Realidad 2003, Ecoparque norte y el colegio de educación especial Santa Teresa de Jesús.

Recogida de datos.

Tras obtener el consentimiento informado, se realizaron las exploraciones orales y recogida de información por centro.

Para la recogida de datos generales, se les envió a las familias que aceptaron participar en el estudio, una hoja de recogida de información, en la que se detallaba en qué consistía el programa, así como un cuestionario para recabar información acerca del grado y tipo de discapacidad que presentaban los usuarios.

Entre los datos recogidos se encuentran el estado de salud dental, de tejidos duros y blandos. Se determinó el índice CAOD, la presencia de placa, la inflamación gingival, el estado periodontal y el tipo de oclusión.

Todos los datos recogidos se pasaron a una hoja Excel y posteriormente al programa estadístico SPSS 20.0, para realizar un análisis descriptivo de la muestra.

OBJETIVOS

1. Clínico-asistenciales:

- Conocer qué usuarios presentan necesidad de atención inmediata.
- Determinar qué sujetos deben ser tratados bajo anestesia general.
- Elaborar un informe acerca del estado de salud oral de cada residente.
- Motivar a los cuidadores.

2. Investigadores:

- Establecer la prevalencia de caries y enfermedad periodontal.
- Describir las características clínicas orales en función de su discapacidad.


PROGRAMA DE ASISTENCIA DOMICILIARIA EN ASPROGRADE GRANADA

Nombre (Iniciales): _____

SITUACIÓN Y NECESIDAD DE TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO

Alimentación: Normal Triturada solo en ocasiones Triturada siempre

Exploración oral:

No ha sido posible explorarlo pero no hay sospechas de patología oral

No ha sido posible explorarlo. Sospechas de patología oral. Necesita AG para exploración y toma de decisiones.

Exploración oral realizada con dificultad e incompleta

Exploración oral completada correctamente

El paciente necesita tratamiento dental (puedes señalar varias respuestas):

No es necesario tratamiento activo por el momento. Requiere visitas posteriores. Continuar con las medidas de higiene oral actuales.

Sí, necesita MEJORAR la higiene oral diaria bajo supervisión del cuidador

Sí, necesita tratamiento de limpieza con ultrasonido y eliminación de placa

Sí, necesita selladores de fisura

Sí, necesita tratamiento conservador (obturación y/o endodoncia)

Sí, necesita tratamiento periodontal (raspado y alisado radicular)

Sí, necesita tratamiento quirúrgico (1 o más exodoncias)

Sí, necesita tratamiento de prótesis fija

Sí, necesita tratamiento prótesis removible

El tratamiento puede llevarse a cabo:

De manera habitual en la consulta

De manera habitual en la consulta tras sesiones de adaptación

En medio hospitalario (bajo sedación o Anestesia General)

Hoja. 1. Cuestionario para evaluar las necesidades de tratamiento

Bibliografía.

1. OMS: Organización Mundial de la Salud [Internet]. c2019 [actualizado 16 Enero 2018; citado 20 Abril 2019]. Discapacidad y salud.
2. Cofalia informacutetica: S. Asociación a Favor de Personas con Discapacidad Intelectual [Internet]. 2019 [citado 21 Abril 2019]. Asprogrades.



¿HAY RELACIÓN ENTRE DESÓRDENES DE LA ATM Y ALTERACIONES DEL OÍDO?: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA



Tutor: Dr. Juan Ignacio Rosales Leal; Alumna: Érika Gómez Citarella (erigoci5@gmail.com)
TFG Odontología UGR, Junio 2019

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Los desórdenes de la ATM se manifiestan con varios signos y síntomas entre los cuales hallamos algunos que se salen del área estomatognática como tinnitus, otalgia, vértigo, sensación de oído lleno, hipoacusia. El **objetivo** de esta revisión sistemática es determinar si existe relación entre TMD y alteraciones del oído.

METODOLOGÍA

Con la estrategia de búsqueda: ("earache" OR "tinnitus" OR "otalgia" OR "dizziness" OR "hearing loss") AND ("temporomandibular disorders" OR "temporomandibular joint" OR "orofacial pain" OR "trigeminal nerve") AND (RDC/TMD OR DC/TMD) se seleccionaron 10 estudios (diagrama de flujos de la Figura 1). Mediante el JBI Critical Appraisal Tools for Studies Reporting Prevalence Data se excluyó un artículo por obtener menos de 5 puntos.

RESULTADOS

Tabla 1. Relación TMD - Hallazgos otológicos de los estudios evaluados

Hallazgos clínicos	TMD-Oído (p<0,05)		TMD-Oído (p>0,05)	
	Proporción	%	Proporción	%
Tinnitus	6/9	66%	3/9	33%
Vértigo	2/3	66%	1/3	33%
Hipoacusia	1/3	33%	2/3	66%
Sensación oído lleno	2/3	66%	1/3	33%
Otalgia	3/4	75%	1/4	25%

Tabla 2a. Prevalencia de tinnitus en pacientes con y sin TMD

Estudio	TMD/Tinnitus	Valor p	no TMD/Tinnitus
Buergers et al.	30/92 (36,6%)	p<0,000	38/869 (4,4%)
De Felício et al.	12/20 (60%)	p<0,01	2/8 (25%)
Diógenes et al.	85/100 (85%)	p=0,000	15/100 (15%)
Hilgenberg et al.	85/140 (60,7%)	p≤0,001	15/60 (25%)
Kusdra et al.	223/485 (46%)	p<0,001	262/485 (54%)
Lam et al.	123/192 (64,1%)	p<0,01	68/192 (35,9%)
Ralli et al.	106/134 (79,1%)	p<0,0001	28/134 (20,9%)
Tuz et al.	91/200 (45,5%)	p<0,02	13/50 (26%)
MEDIA	52,1%	-	25,7%

Tabla 2b. Prevalencia de vértigo en pacientes con y sin TMD

Estudio	TMD/Vértigo	Valor p	no TMD/Vértigo
Kusdra et al.	146/485 (30,5%)	p=0,094	337/485 (69,5%)
Lam et al.	224/344 (65,2%)	p<0,01	46/132 (34,8%)
Tuz et al.	72/200 (36%)	p<0,02	7/50 (14%)
MEDIA	43,9%	-	39%

Tabla 2e. Prevalencia de sensación oído lleno en pacientes con y sin TMD

Estudio	TMD/Sensación oído lleno	Valor p	no TMD/Sensación oído lleno
De Felício et al.	25/28 (90%)	p<0,01	3/28 (10%)
Kusdra et al.	186/485 (38,4%)	p=0,74	299/485 (61,6%)
MEDIA	64,2%	-	35,8%

Tabla 2c. Prevalencia de otalgia en pacientes con y sin TMD

Estudio	TMD/Otalgia	Valor p	no TMD/Otalgia
De Felício et al.	13/20 (65%)	p<0,01	7/20 (35%)
Lam et al.	152/227 (67%)	p<0,01	75/227 (33%)
Tuz et al.	100/200 (50%)	p<0,02	4/50 (8%)
MEDIA	60,6%	-	25,3%

Tabla 2d. Prevalencia de hipoacusia en pacientes con y sin TMD

Estudio	TMD/Hipoacusia	Valor p	no TMD/Hipoacusia
Kusdra et al.	85/485 (17,5%)	p=0,001	400/485 (82,5%)
Lam et al.	213/344 (62,2%)	p<0,01	34/90 (37,8%)
Tuz et al.	47/200 (23,5%)	p<0,02	7/50 (14%)
MEDIA	34,4%	-	44,7%

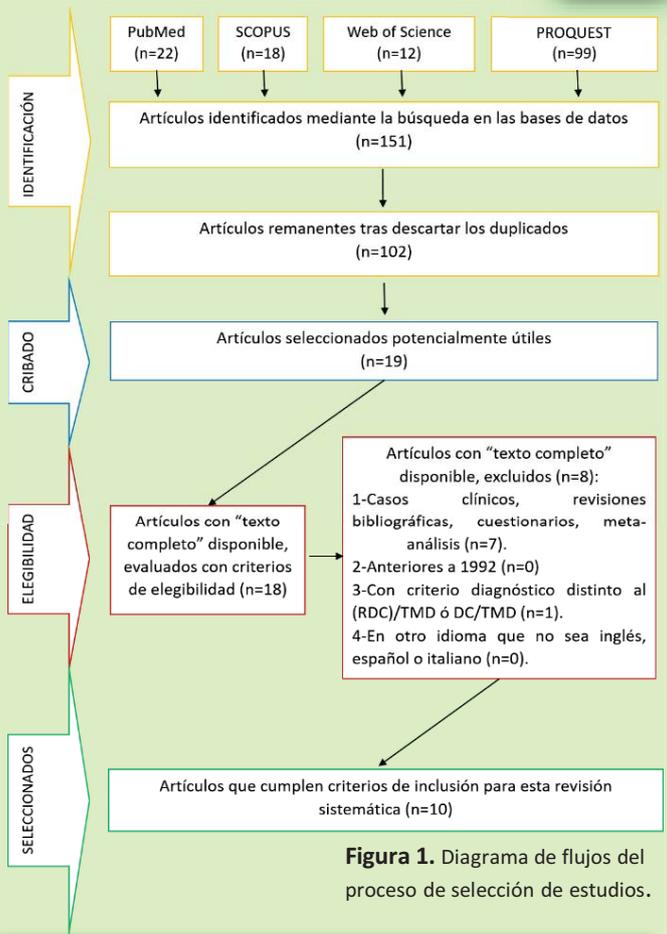


Figura 1. Diagrama de flujos del proceso de selección de estudios.

CONCLUSIONES

Existe relación entre TMD y los alteraciones del oído. Los pacientes con TMD tienen mayor prevalencia de padecer sintomatología otológica, siendo el más frecuente la sensación de oído lleno, seguido de otalgia, tinnitus, vértigo y el menos común hipoacusia.

REFERENCIAS

1. Buergers et al. Is there a link between tinnitus and temporomandibular disorders? *J Prosthet Dent.* 2014;111:222-227.
2. Diógenes et al. Are Temporomandibular Disorders and Tinnitus Associated? *Jour Craniomand Prac.* 2012;30:3.
3. Hilgenberg et al. Temporomandibular disorders, otologic symptoms and depression levels in tinnitus patients. *Oral Rehab.* 2012;39:239-234.
4. Lam et al. Aural symptoms in temporomandibular disorders attending a craniofacial pain unit. *J Orofac Pain.* 2002;15:146-157.
5. Peng Y. Temporomandibular joint disorders as a cause of aural fullness. *Clin and Exp Otorhin.* 2017;10:236-240.



Alumna: Raquel González Álvarez (raquelga@correo.ugr.es)
Tutores: Manuel Bravo Pérez; Miguel Urquía García

TFG-Odontología – Junio 2019
Universidad de Granada

INTRODUCCIÓN

Lesiones como el liquen plano oral deben ser revisadas cada cierto tiempo por la probabilidad de transformación carcinogénica. Debemos hacer la biopsia en el momento oportuno. No es de utilidad hacer una biopsia en un liquen plano reticular y quedar tranquilo porque su resultado sea la “ausencia de displasia”, ya que el paciente puede desarrollar un carcinoma en futuros episodios de líquenes atróficos o erosivos, los cuales tienen mayor riesgo de transformación maligna en comparación con otros subtipos.

De la misma manera, tampoco podemos dar de alta a pacientes con leucoplasia (alta capacidad de transformación carcinogénica) aunque la biopsia realizada en una ocasión no detecte displasia. Debemos seguir controlando al paciente y las lesiones para detectar cambios en las mismas.

La extirpación total de un tumor no garantiza que el paciente no desarrolle nuevas formas de tumores en la mucosa oral (“cancerización de campo”) y desde atención primaria se debe seguir controlando periódicamente al paciente.

Para mejorar estos aspectos, desde hace dos años, en algunos gabinetes del SAS se ha organizado un sistema donde se centralizan pacientes con lesiones de mucosa oral. Llegan procedentes de médicos de cabecera y de dentistas públicos o privados. El gabinete pretende:

- Dar un seguimiento de la evolución de las lesiones mucosas orales mediante fotografías seriadas.
- Ordenar una derivación adecuada a los servicios de cirugía, reumatología, dermatología o medicina interna.
- Establecer un sistema de citas adecuado a cada tipo de lesión.

OBJETIVOS

Recoger y sistematizar los datos obtenidos de la actividad de estos dos años en el gabinete de Granada de Medicina Bucal del Servicio Andaluz de Salud y el estudio de algunas características de los sistemas de registro de estas lesiones mucosas orales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se recopilaron y organizaron datos procedentes de varios sistemas de registros acerca de la actividad del gabinete: registro de fotografías, registro de lesiones de medicina oral y los sistemas de registro DIRAYA y SIPAD.

Se realiza un estudio descriptivo de las diferentes variables, los valores absolutos en los que se mueven y porcentajes que suponen.

Las variables cualitativas principales son “lesión”, y dentro de ella, “tipo” y “localización”.

Sobre ellas se establecieron las variables “fotografías”, “adherencia”, “biopsia”, “displasia”, “biopsia pertinente”, “recidiva”, “derivación” (recurso al que se deriva al paciente atendido), “remitido por” (profesional de la salud que remite al paciente al gabinete), “alcohol”, “tabaco”, “restos radiculares”, “diabetes”, “resuelto o seguimiento” y “hallazgo casual”.

Las tablas realizadas se basan en una población de 229 pacientes pertenecientes al gabinete de estudio. Los pacientes presentan en total 259 lesiones, debido a que algunos pacientes presentan más de una lesión.



Fig. 1. Carcinoma infiltrante de células escamosas



Fig. 2. Leucoedema



Fig. 3. Papiloma oral florido

REFERENCIAS

1. Gurkan Yardimci, Zekayi Kutlubay, Burhan Engin, Yalcin Tuzun. Precancerous lesions of oral mucosa. World J Clin Cases. 2014;2(12):866-72
2. Leuci S, Aria M, Nicolò M, Spagnuolo G, Warnakulasuriya K, Mignogna MD. Comparison of views on the need for continuing education on oral cancer between general dentists and oral medicine experts: A Delphi survey 2016;6(5): 465-73



Ensayo clínico sin grupo control de la aceptabilidad del protector oral customizado realizado en deportistas de rugby de la Universidad de Granada (Parte II)

Resultados y discusión

Tabla 4. Satisfacción y Actitud a las 2 semanas del uso de protector oral customizado en deportistas (n=18).

Pregunta	%				
	Muy mal/ Nunca (1)	Mal/ Algunas veces (2)	Ni bien ni mal/ Regularmente (3)	Bien/ Bastantes veces (4)	Muy bien/ Siempre (5)
Satisfacción con el protector customizado tras 2 semanas:					
1. ¿Puedo respirar?	0.0	0.0	0.0	11.1	88.9
2. ¿Puedo hablar?	0.0	0.0	5.6	27.8	66.7
3. ¿Tengo la boca hidratada?	0.0	0.0	22.2	38.9	38.9
4. ¿Me siento cómodo?	0.0	0.0	11.1	22.2	66.7
5. ¿Tengo náuseas?	88.9	11.1	0.0	0.0	0.0
6. ¿Queda ajustado en la boca?	0.0	0.0	16.7	27.8	55.6
7. ¿Se cae?	83.3	5.6	11.1	0.0	0.0
8. ¿Protege la boca?	0.0	5.6	11.1	44.4	38.9
Conocimiento y uso, tras 2 semanas:					
9. ¿Sabía antes que existían los protectores bucales?	5.6	0.0	5.6	11.1	77.8
10. ¿Con qué frecuencia has usado el protector que se te ha confeccionado en la facultad?	0.0	11.1	16.7	5.6	66.7
	No (0)	Sí (1)			
Satisfacción general con el protector customizado tras 2 semanas:					
11. ¿En general estás satisfecho con el protector bucal?	5.6	94.4			
12. ¿Lo recomendarías a otros jugadores?	5.6	94.4			
13. ¿Volverías a usarlo?	11.1	88.9			

El 27'8% de los jugadores ha sufrido alguna lesión a consecuencia de la práctica del rugby

55'6% no satisfecho con su protector bucal previo



94'4% recomendaría su uso a otros jugadores y 88'9% volvería a usar el protector que se le confeccionó

Conclusiones

Entre los jugadores de rugby de la Universidad de Granada, el 100% de los sujetos de estudio utilizaban protector bucal con anterioridad a este proyecto.

Tras la confección de los protectores y su uso durante un período de dos semanas la gran mayoría estaba satisfecha.

Los defectos hallados por los participantes a los protectores, sobre todo son boca seca, incomodidad o falta de retención.

Cuando el clínico desee confeccionar el mismo protectores bucales customizados en clínica deberá remitirse a la técnica al vacío, utilizando planchas de acetato de vinilo de etileno (EVA) de entre 3-4mm de grosor.

Los protectores bucales son el método más efectivo para prevenir las complicaciones dentales derivadas del trauma orofacial. Las lesiones ocurren con mayor frecuencia durante los partidos que durante los entrenamientos. Tipo III o *custom made* son los que mayor protección otorgan. EVA es el material más usado para su confección, por su bajo módulo de elasticidad. El grosor ideal es 4mm en oclusal, 3mm en vestibular y 1mm en palatino. No es una práctica rutinaria entre profesionales de la odontología recomendar protectores bucales a los pacientes que participen en deportes de contacto.

Referencias:

- Gialain IO, Kobayashi-Velasco S, Caldeira CL, Cavalcanti MGP. Dental trauma prevention with mouthguard in a nose fracturing blow to the face: Case report. Dent Traumatol. 2017;33(5):410-3.
- Westerman B, Stringfellow P M, Eccleston J A. EVA mouthguards: how thick should they be? Dent Traumatol 2002; 18: 24-27.
- Mihalik JP, McCaffrey MA, Rivera EM, Pardini JE, Guskiewicz KM, Collins MW, et al. Effectiveness of mouthguards in reducing neurocognitive deficits following sports-related cerebral concussion. Dent Traumatol 2007;23:14-20.

Evaluación de la filtración de algodón y politetrafluoretileno (PTFE) como materiales espaciadores provisionales endodónticos



Junio 2019

Autor: Raúl Gutiérrez Simón (raul281195@correo.ugr.es)
Tutoras: María Paloma González Rodríguez / Cristina Benavides Reyes



INTRODUCCIÓN

El tratamiento endodóntico requiere en muchas ocasiones de varias sesiones clínicas en las que necesitamos emplear materiales de obturación provisional, que permitan mantener el conducto aislado de toda contaminación existente en la cavidad oral. Se ha demostrado que el grosor y el tipo de este material es un factor importante para prevenir filtración del tratamiento. El politetrafluoroetileno (PTFE), es un material inorgánico, no fibroso. El objetivo de esta investigación es evaluar la cinta de PTFE como material espaciador endodóntico y compararla con el material espaciador de uso común, el algodón.

MATERIAL Y MÉTODOS

Sesenta dientes humanos unirradiculares serán incluidos en resina Epoxy®, y cortados a 15 mm del ápice. Con una fresa de diamante, se realizará una cavidad estándar de 3mm de diámetro y 2mm de profundidad (que contendrá el material separador). Mediante una llave de silicona se realizará un reborde de 2 mm de altura de composite fluido que servirá de soporte para el material restaurador provisional. Los conductos serán instrumentados con limas K #8 y #10 y Protaper Next® (hasta X3), con irrigación de 10ml de agua destilada entre limas. Tras secar los conductos, los especímenes serán divididos al azar en los 5 grupos experimentales: Cavit+Cavit, PTFE+PTFE, algodón+algodón, PTFE+Cavit y algodón+Cavit; y cada uno de ellos en 4 subgrupos dependientes del tiempo: 1 semana, 2 semanas, 1 mes y 2 meses.

Se introducirá una punta de papel X3 y se utilizará el material separador y el restaurador seleccionados para cada grupo. Los especímenes serán sumergidos en una solución de fucsina básica durante los diferentes tiempos.

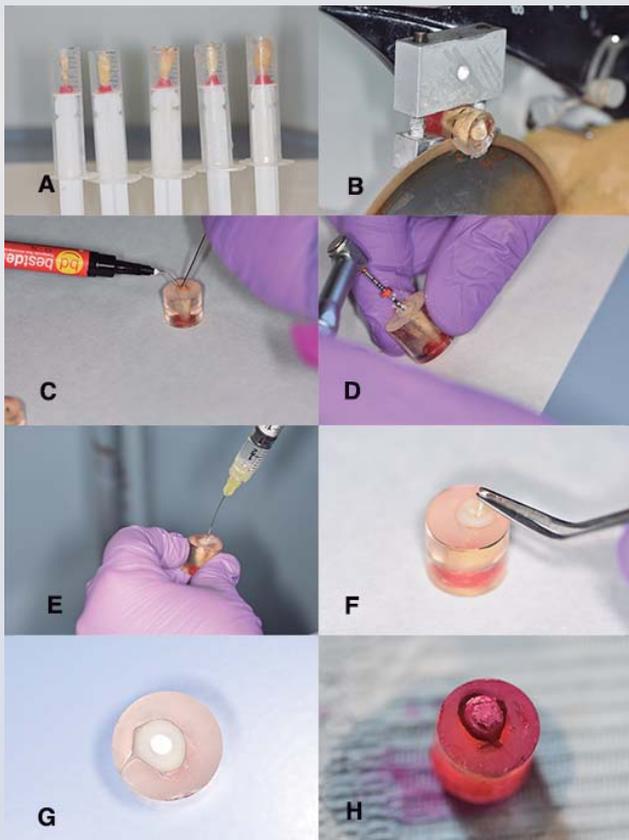


Figura 1. Preparación e instrumentación de los especímenes de estudio

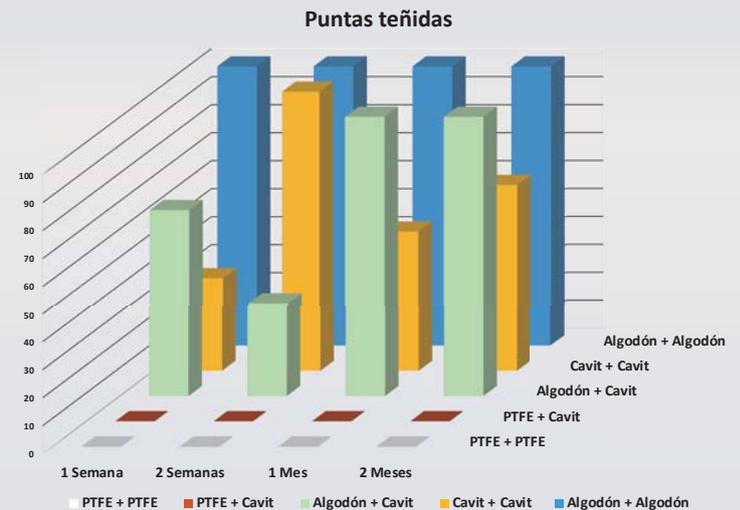


Figura 2. Evaluación del porcentaje de puntas teñidas en función de cada grupo y tiempo

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los dientes en los que se utilizó PTFE como material espaciador no resultaron teñidos en ninguno de los tiempos, al contrario que en los que se usó el algodón que siempre mostraron tinción positiva. Existiendo diferencias estadísticamente significativas entre estos materiales. El grupo algodón+algodón muestra la mayor longitud de tinción en todos los tiempos de estudio, mientras que, por el contrario, la menor la obtienen los grupos PTFE+PTFE y PTFE+Cavit®, existiendo diferencias estadísticamente significativas en todos los tiempos ($p < 0,046$ en todos los casos).

CONCLUSIONES

El PTFE se puede utilizar como alternativa al algodón debajo de las restauraciones endodónticas temporales, demostrando una mejor capacidad selladora

BIBLIOGRAFÍA

1. Moreira MS, Anuar ASNS, Tedesco TK, dos Santos M, Morimoto S. Endodontic Treatment in Single and Multiple Visits: An Overview of Systematic Reviews. J Endod. 2017;43(6):864-870. doi: 10.1016/j.joen.2017.01.021
2. Bailón-Sánchez ME, González-Castillo S, González-Rodríguez MP, Poyatos-Martínez R, Ferrer-Luque CM. Intraorifice sealing ability of different materials in endodontically treated teeth. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2011;16(1):e105-9.
3. Paranjpe A, Jain S, Alibhai KJ, Wadhvani CP, Darveau RP, Johnson JD. In vitro microbiologic evaluation of PTFE and cotton as spacer materials. Quintessence Int. 2012;43(8):703-7.
4. Sattar MM, Patel M, Alani A. Clinical applications of polytetrafluoroethylene (PTFE) tape in restorative dentistry. Br Dent J. 2017;10;222(3):151-158. doi: 10.1038/sj.bdj.2017.110.

Estudio comparativo de Soprolife® y la tinción clásica en la detección de la caries residual durante la preparación cavitaria.



ALUMNA: Rocío Encarnación Hernández Ruiz (rociopheruiz@correo.ugr.es)
TUTORAS: María Victoria Bolaños Carmona/ Cristina Benavides Reyes
TRABAJO DE FIN DE GRADO – JUNIO 2019



INTRODUCCIÓN

Una de las principales pautas de la odontología mínimamente invasiva para el tratamiento de la caries dental es la completa remoción de la capa de dentina infectada (o descompuesta), dejando en la cavidad la dentina afectada (o desmineralizada)(1). En este estudio *in vivo* hemos comparado dos técnicas para la discriminación de estas capas de dentina: la cámara de fluorescencia Soprolife® y una tinción de detección de caries; una vez que el examen visual y táctil, realizado por un experto, ha considerado la cavidad libre de capa infectada.

MATERIAL Y MÉTODOS

Trece pacientes adultos que acudieron a la clínica de la Facultad de Odontología de la Universidad de Granada, diagnosticados con caries oclusal en un molar o premolar con profundidad dentina (ICDAS 4)(2) formaron parte de este estudio.

Las caries fueron tratadas por alumnos y las cavidades fueron examinadas por profesores expertos en la materia, que determinaron que estaba libre de capa infectada usando el método convencional táctil y visual. Posteriormente se determinó la posición con mejor reproductividad para la toma de registros fotográficos con la cámara intraoral Soprolife® y se tomaron las siguientes imágenes:

- Primero: Modo luz blanca [Figura 1.A].
 - Segundo: Modo fluorescencia [Figura 1.B].
 - Tercero: Se aplicó Snoop™ Caries Detecting Dye, durante 10 segundos, enjuagándose durante 10 segundos con agua a presión y secándose ligeramente con aire. La cavidad teñida se visualizó y fotografió en el modo luz blanca [Figura 1.C].
- Ambas fotografías fueron superpuestas y analizadas con Adobe Photoshop CC 2015 para comparar la detección de áreas de dentina infectada y las áreas de superposición [Figura 1.D].

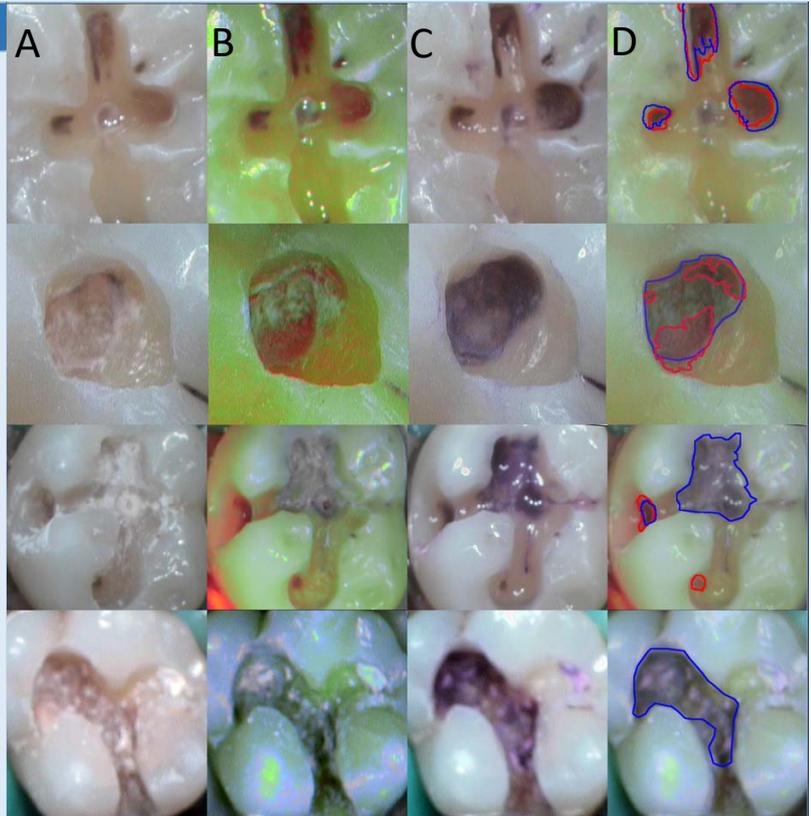


Figura 1. Fotografías tomadas con la cámara intraoral Soprolife® en modo luz blanca y fluorescencia.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se calcularon los valores de la media y la desviación típica de las áreas porcentuales marcadas por ambos métodos y superpuestas respecto al área total de la cavidad [Tabla 1].

Los resultados muestran que ambos métodos de detección han marcado áreas que habían sido diagnosticadas como libres de caries, sin embargo, la tinción ha marcado porcentajes mayores de áreas que la fluorescencia (más de un 12%). Por tanto, podríamos decir que como la tinción ha teñido mayor superficie, conllevaría la realización de un tratamiento más invasivo. Además, se ha observado que las áreas de superposición de ambos métodos no se corresponden con las medidas por ninguno de los métodos utilizados y que la media de sus porcentajes es menor que ambas. Estas diferencias consideramos que pueden ser debidas a que los métodos usados difieren en su forma de detectar la dentina no remineralizable(3).

	SOPROLIFE	TINCIÓN	SUPERPOSICIÓN
Número de casos	11	11	11
Media	15,46% (*)	28,69% (*)	12,41% (*)
Desviación típica	15,80%	19,37%	15,45%
Mínimo	0,00%	0,00%	0,00%
Máximo	52,03%	58,98%	49,19%

Tabla 1. Descripción y comparación de la extensión de las áreas teñida.

CONCLUSIONES

1. Ambas técnicas de detección de caries demostraron la presencia de caries residual una vez establecida la terminación cavitaria mediante criterios exclusivamente clínicos.
2. La tinción con Snoop™ Caries Detecting Dye reveló mayor extensión de superficie cariosa residual que la detectada con Soprolife®.
3. El área de superposición es inferior a la de cualquiera de los métodos por separado.

BIBLIOGRAFÍA

1. Frencken JE, Peters MC, Mantou DJ, Leal SC, Gordan VV, Eden E. Minimal intervention dentistry for managing dental caries - a review. *Int Dent J* [Internet]. 2012 [May 2019]; 62(5):223-43.
2. Ekstrand KR, Gimenez T, Ferreira FR, Mendes FM, Braga MM. The International Caries Detection and Assessment System – ICDAS: A Systematic Review. *Caries Res* [Internet]. 2018 [May 2019]; 52(5):406-419.
3. Salehi H, Terrer E, Panayotov I, Levallois B, Jacquot B, Tassery H et al. Functional mapping of human sound and carious enamel and dentin with Raman spectroscopy. *J Biophotonics* [Internet]. 2013 [May 2019]; 6(10):765-74.

SÍNDROME DE RAYNAUD. CONSIDERACIONES EN EL MANEJO DENTAL. A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO



TFG – Odontología – UGR – Junio 2019



Autora: Lucía Herrera Martín
(luciaherrera@correo.ugr.es)
Tutora: María Esperanza Ruiz
Salvatierra

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

El síndrome de Raynaud es una manifestación de una enfermedad subyacente asociada del tejido conectivo. El diagnóstico precoz contribuye a una mejor respuesta al tratamiento, haciendo el pronóstico y la evolución más favorable. (1)

El tratamiento incluye: medidas generales, tratamiento farmacológico (evitar fármacos que produzcan vasoconstricción, vasodilatadores, terapia antiagregante/anticoagulante) y quirúrgico. (2)

Esta patología está relacionada con enfermedades del tejido conectivo y autoinmunes. La esclerodermia se caracteriza por fibrosis de la piel y órganos internos y vasculopatía. La fibromialgia se caracteriza por dolor osteomuscular generalizado y fatiga. (1)

El objetivo del presente trabajo es exponer el caso clínico de una paciente con síndrome de Raynaud, preesclerodermia y fibromialgia, a la que se pudo realizar todo el tratamiento odontológico dado que se encontraba en fases iniciales cuando todavía la esclerosis de los tejidos no ha dado complicaciones.

CASO CLÍNICO

Mujer de 56 años que acude a la Facultad para recibir tratamiento odontológico, diagnosticada de síndrome de Raynaud hace 9 años junto con preesclerodermia y fibromialgia y en tratamiento con analgésicos (tramadol, paracetamol y metamizol), hormona tiroidea, vasodilatadores, hipocolesterolemiantes, antidepresivos y ansiolíticos.

La paciente acude a revisión motivada por la importante información facilitada desde hace años en nuestra facultad sobre las posibles complicaciones orales de su enfermedad.

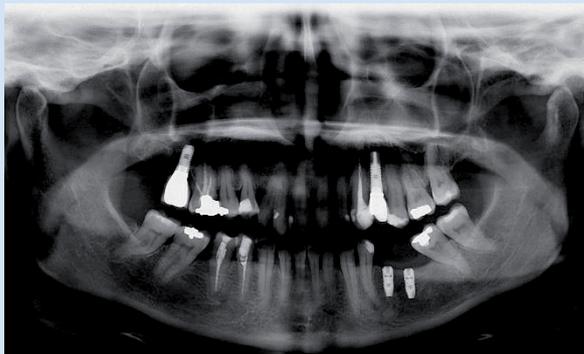


Figura 1. Ortopantomografía



Figura 2. Fotografías intraorales

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

El síndrome de Raynaud cuando se asocia con esclerodermia presenta como manifestaciones orales microstomía, fibrosis de glándulas salivales, reabsorción de hueso, pérdida de movilidad de la lengua, erosión de esmalte, caries (por xerostomía). (3)

Algunos fármacos (bloqueadores de los canales del calcio) pueden ocasionar agrandamiento gingival, otros como IECA o antidepresivos pueden inducir aftas orales. (4)

La distancia intercomisural, la interincisal y la apertura oral suelen estar disminuidas. La afectación articular podría conllevar alteraciones oclusales. (3)

Junto a las alteraciones orales, hay que destacar el dolor crónico asociado a estas patologías invalidantes que obliga a una polianalgésia que altera la calidad de vida de estos pacientes a los que hay que facilitar el acceso a la clínica y motivarlos continuamente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Joven BE, Carreira PE. Síndrome de raynaud: Etiología y manejo. Reumatol Clin. 2008;4(2):59–66.
2. Musa R, Qurie A. Raynaud Disease (Raynaud Phenomenon, Raynaud Syndrome) [Updated 2018 Sep 29]. Treasure Isl StatPearls Publ. 2018;19:1–6.
3. Cruz-González AC, Arciniegas-González NA, Galvis-Torres Ál. Manejo protodóntico convencional de una paciente con síndrome de CREST. Reporte de caso. Rev Clínica Periodoncia, Implantol y Rehabil Oral. 2015;9(2):85–90.
4. Habbab KM, Moles DR, Porter SR. Potential oral manifestations of cardiovascular drugs. Oral Dis. 2010;16(8):769–73.

PUNTOS DE APLICACIÓN CLÍNICA

1. El tratamiento de pacientes polimedicados con dolor crónico y enfermedades invalidantes, requiere una historia clínica detallada junto con una exploración oral minuciosa para determinar el tratamiento adecuado a cada paciente
2. El tratamiento dental solo se debe realizar en fases iniciales y de estabilidad de la enfermedad
3. Revisiones frecuentes (cada 6 meses) ya que la polianalgésia enmascara cualquier problema bucal
4. Citas cortas (rigidez articular) a última hora de la mañana o por la tarde, cuando la analgesia ha hecho efecto para mayor colaboración del paciente
5. Riesgo de hipotensión ortostática y preferiblemente uso de anestesia sin vasoconstrictor (mepivacaína)
6. Motivación del paciente, imprescindible en este tipo de patologías

AGRADECIMIENTOS

A mi tutora, por las horas de trabajo y el apoyo durante estos meses.



EFFECTOS DE DIFERENTES TÉCNICAS PSICOLÓGICAS SOBRE LA ANSIEDAD DENTAL

INTRODUCCIÓN

El miedo es una reacción a una amenaza o peligro que conduce a una situación de lucha o huida. Cuando este miedo se cronifica aparece la ansiedad. La ansiedad está presente en distintos contextos como en la pubertad, en el ámbito del deporte. En la odontología recibe el nombre de odontofobia y se caracteriza por miedo excesivo ante el equipo dental o tratamiento. Esta ansiedad puede afectar a la salud del paciente, lo que ha alarmado a odontólogos y psicólogos. El objetivo de este trabajo es estudiar las técnicas de actuación que se pueden llevar a cabo para conseguir disminuir la ansiedad dental.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La **tabla 1** muestra los diferentes parámetros analizados de cada uno de los 15 artículos incluidos en la discusión.

- La musicoterapia consiste en la utilización de música previa al tratamiento durante una duración de 10 minutos. Se consigue reducir ansiedad.
- Las técnicas cognitivas-conductuales consisten en ayudar al paciente a cambiar la forma en la que piensa y actúa con el fin en nuestro caso de aplicarlo a la ansiedad dental e intentar reducirla. Mas efectivas si comparamos con las otras.
- La pre -medicación con Diazepam o Valium consiste en la aplicación de 10 mg la noche de antes, 5 mg la mañana de la cita y 10mg 1 hora antes del tratamiento. Con las técnicas psicofisiológicas de desensibilización del paciente consiste en un entrenamiento con un psicólogo. Efectivas pero mas mantenidas en el tiempo las de desensibilización.

Tabla 1. Parámetros analizados en cada uno de los artículos.

Autor/Año	Número de Pacientes	Intervenciones	Numero de sesiones de tto	Resultados
Ulf Berggren, D.D.S., Odont. Dr.* and Sven G. Carlsson, Ph.D.t. (1986)	99 pacientes	-Tratamiento dental bajo anestesia general, durante una sesión de 4 horas. -Terapia psicológica del miedo dental en dos fases, desensibilización sistemática más electromiografía biofeedback.	-Durante una sesión de 4 horas. - La primera sesión: instrucción sobre relajación. La segunda sesión EME biofeedback. 4-6 sesiones entrenamiento.	-Reducción de la ansiedad dental según DAS fue observada en ambos grupos, aunque el grupo de PT tiene significativamente menos nivel de ansiedad en comparación con el GA grupo.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó una revisión sistemática en las bases de datos Pubmed, Scopus y Google Scholar en el periodo comprendido 1986 y 2019. Se identificaron 24 artículos, de los cuales 15 fueron objeto de estudio en la discusión, mientras que 9 fueron utilizados para la introducción por presentar características generales de la ansiedad.

Los criterios de inclusión fueron:

- Artículos escritos en español o inglés.
- Que evalúen a pacientes con ansiedad (dental), en una población general.
- Que aborden técnicas (psicológicas) para dicha ansiedad.
- Que puedan ser usadas en el ámbito odontológico.
- Que estén publicados a texto completo en una revista científica o plataforma.

Número de registros identificados en la base de datos (n=100)
Scopus (n=14), PubMed(n=5), Google scholar (n=5).

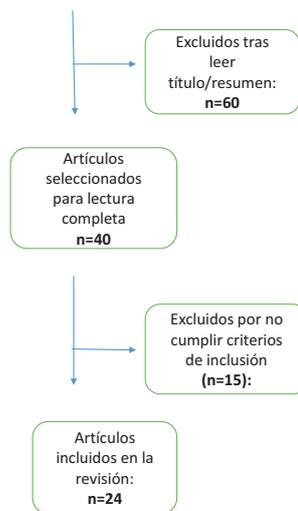


Figura1. Registros identificados y analizados a lo largo de las diferentes etapas de la revisión sistemática.

CONCLUSIONES

A la vista de los resultados obtenidos a lo largo de la revisión bibliográfica, podemos llegar a las siguientes conclusiones:

- La ansiedad se ha incrementado en los últimos años afectando la salud de las personas, vida laboral e incluso las relaciones sociales.
- La musicoterapia, como técnica estudiada, ha aumentado en importancia, por ser sencilla, segura e interactiva, a la vez que efectiva.
- Las técnicas cognitivo-conductuales son las más efectivas a la hora de intentar reducir la ansiedad. Es por ello que dependen de la actuación de un psicólogo, por lo que se convertiría en un tratamiento multidisciplinar.
- Las técnicas de desensibilización como el uso de fármacos son efectivas, pero necesitan de interconsultas con otros especialistas. Pasado el tiempo, el nivel de ansiedad era estable en las técnicas de desensibilización, mientras que aumentaba en las de premedicación.

BIBLIOGRAFÍA

1. Scarpetta-Gomez, R.A., Durán-Arismendy, L., Cabra.sosa, L.J., Pinzón-Vargas, C.T., y Rodríguez-Becerra, N.R. (2012). Musicoterapia para el control de ansiedad odontológica en niños con síndrome de down. Revista Hacia la Promoción de la Salud, 17 (2): 13–24.
2. Berggren, Ulf., y Carlsson, S.G. (1986). Qualitative and Quantitative Effects of Treatment for Dental Fear and Avoidance. *Anesthesia progress*, 33(1): 9–13.
3. Rojas- Alcayaga, G., Harwardt-Montalva, P., Sassenfeld-Jonquera, A., Molina-Muñoz, Y., Herrera-Ronda, A., Rios-Eraza, M., y Misrachi-Launert, C. (2011). Eficacia de Las Técnicas de Percepción de Control y Relajación En La Reducción de Ansiedad Dental. *Acta Odontol Venezolana* 49(4). (19-30).
4. Hakeberg, M., Berggren, U., Carlsson, S.G., y Gröndahl, H.G. (1993). Long-Term Effects on Dental Care Behavior and Dental Health after Treatments for Dental Fear. *Anesthesia progress*, 40(3): 72–77.
5. Hakeberg, M., Berggren, U., y Carlsson, S.G. (1998). A 10-Year Follow-up of Patients Treated for Dental Fear. *Journal of Dental Research*, 98(1):53-9.

EFECTO DEL CONSUMO DE CAFÉ Y TÉ SOBRE EL CÁNCER ORAL



Irene Jiménez Cobo¹, Alberto Rodríguez-Archilla²

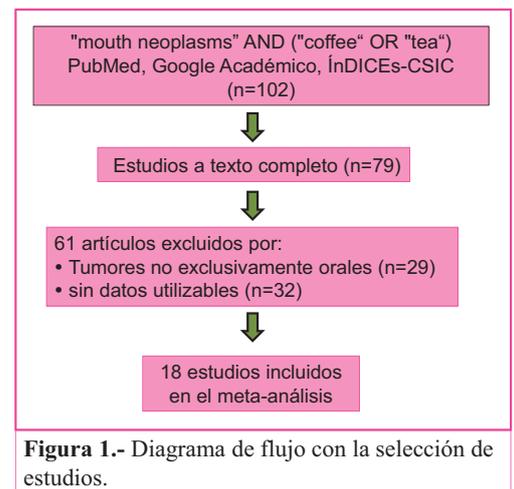
¹Alumna del TFG irene_608@hotmail.com; ²Tutor del TFG. Grado en Odontología.

INTRODUCCIÓN

La **influencia** real del **consumo de café y/o té** sobre el riesgo de cáncer oral es **controvertida**; unos afirman que es un **factor de riesgo**, otros que es un **factor protector**. El objetivo de este trabajo fue analizar el posible efecto del consumo de café y/o té sobre el cáncer oral.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda de estudios sobre café y té y cáncer oral en las siguientes bases de datos: **PubMed** (MEDLINE, Cochrane Library), **Google Académico** y base de datos de Información y Documentación de la Ciencia en España (**ÍNDICES-CSIC**) que incluye el índice médico español (IME). Para el metaanálisis, los datos fueron procesados con el **programa RevMan 5.3** (The Cochrane Collaboration, Oxford, UK). Para las variables dicotómicas se utilizó la **odds ratio (OR)** con la fórmula del Chi cuadrado de **Haenszel-Mantel (HM)** con intervalos de confianza del 95% (**IC95%**). La heterogeneidad fue determinada según los valores de P y del estadístico de Higgins (I^2). En casos de heterogeneidad elevada se aplicó el modelo de efectos aleatorios (random-effects). También se empleó la prueba Chi cuadrado de Pearson (χ^2) para los análisis globales. Tras la aplicación de los diferentes filtros, se incluyeron **18 estudios en el meta-análisis** (figura 1).



RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La **tabla 1** analiza la influencia del consumo de café y/o té y su cantidad diaria, sobre el riesgo de cáncer oral.

Tabla 1. Efecto del consumo de café y té en pacientes con cáncer oral frente a controles sin la enfermedad.

Factor	n	Efecto	OR	[IC95%]	I ² (%)	p
Café	13	Protector	0,98	[0,88 a 1,09]	33%	0,68
Café descafeinado	3	Protector	0,89	[0,58 a 1,38]	63%	0,61
Té	15	Protector*	0,78	[0,67 a 0,90]	79%	<0,001*
Consumo elevado café^a	12	Neutro	1,01	[0,84 a 1,23]	79%	0,88
Consumo elevado té^a	13	Protector*	0,79	[0,64 a 0,97]	80%	0,02*

n: número de estudios; OR: Odds ratio; [IC95%]: Intervalo de confianza al 95%; I² (%): Índice de heterogeneidad; p: probabilidad; *: estadísticamente significativo; ^a≥6 tazas diarias.

Tabla 2. Ingesta y consumo de café y té en pacientes con cáncer oral y en controles.

Ingesta café	Cáncer oral	Controles	Ingesta té	Cáncer oral	Controles
Sí	4202 (86,9%)	13758 (86,1%)	Sí	1974 (38,1%)	6269 (40,5%)
No/Ocasional	633 (13,1%)	2225 (13,9%)	No/Ocasional	3213 (61,9%)	9206 (59,5%)
	p=0,14			p<0,01*	
Consumo café	Cáncer oral	Controles	Consumo té	Cáncer oral	Controles
Bajo	2680 (65,5%)	12492 (42,6%)	Bajo	2994 (63,6%)	11077 (51,4%)
Alto	1411 (34,5%)	16839 (57,4%)	Alto	1714 (36,4%)	10454 (48,6%)
	p<0,001*			p<0,001*	

Un mayor porcentaje de **controles** toman **té** y en **mayor cantidad** que los pacientes con cáncer oral (**tabla 2**).

*estadísticamente significativo.

Los resultados de este meta-análisis deben ser **interpretados con cautela** debido a la **alta heterogeneidad** de los estudios incluidos en el mismo y a las diferencias en los resultados individuales de cada uno de ellos. Estas diferencias entre estudios pueden estar condicionadas por el tipo de diseño, los métodos empleados para la recogida de información o las características de las poblaciones de estudio.

CONCLUSIONES

En este meta-análisis, el **consumo de té** (OR: 0,78, p<0,001) aunque **no** el de **café** con cafeína (p=0,68) o el de **café descafeinado** (p=0,61), tuvo un **efecto protector significativo** sobre el cáncer oral. En cambio, el **consumo elevado (≥6 tazas diarias)** de **café no tuvo ningún efecto significativo** (p=0,88) mientras que el **consumo elevado de té** fue un **factor protector** (OR: 0,79, p=0,02) para el cáncer oral.



INFLUENCIA DEL RATIO CORONA/IMPLANTE EN PÉRDIDA ÓSEA MARGINAL

ALUMNA: ELENA LANZAS RODRÍGUEZ (ELANZASRO@GMAIL.COM)

TUTORES: MIGUEL PADIAL MOLINA; PABLO GALINDO MORENO

TFG ODONTOLÓGIA UGR JUNIO 2019



INTRODUCCIÓN

Una alternativa terapéutica ante la falta de hueso en los maxilares es el empleo de implantes cortos. Con la aparición de estos surge un tema controvertido en la literatura que son las posibles modificaciones del nivel marginal óseo a consecuencia de una elevada relación corona-implante

OBJETIVOS

- Analizar la pérdida marginal ósea en implantes cortos.
- Valorar la influencia del ratio corona-implante en la pérdida marginal ósea.
- Evaluar la influencia del ratio corona-pilar de puente en la pérdida marginal ósea.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio radiográfico retrospectivo en el que se seleccionaron un total de 16 pacientes (11 mujeres y 5 hombres) y 41 implantes unitarios y ferulizados colocados en maxilar y mandíbula con una longitud de 6 mm. Sobre estos, se midió radiográficamente los siguientes parámetros:

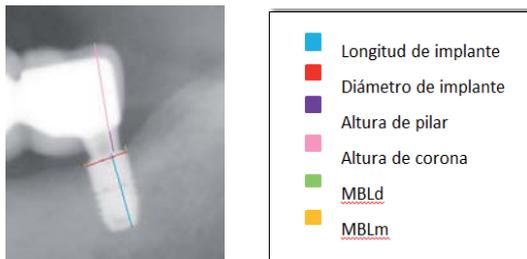
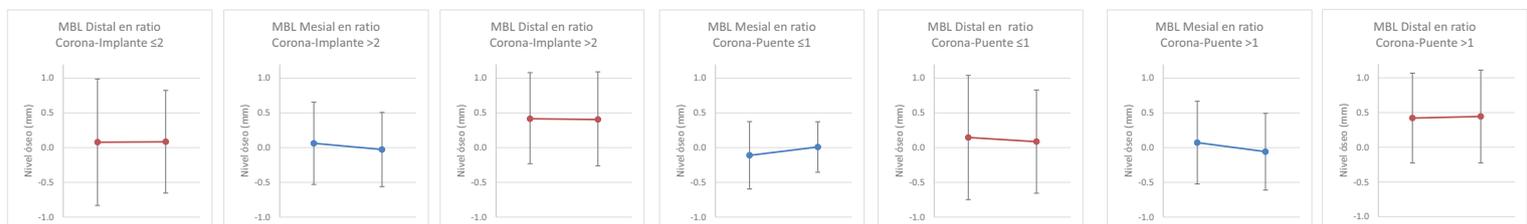
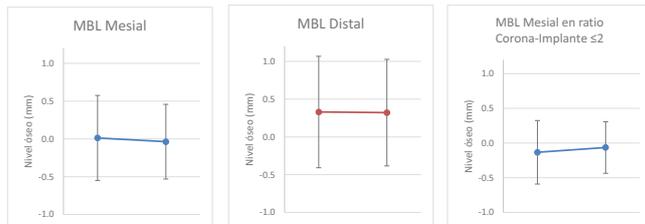


Figura 1: Parámetros medidos en las radiografías



CONCLUSIONES

Figura 2. Comparación antes y después..

1. La pérdida ósea marginal en implantes cortos no cambia de forma significativa entre el momento de la carga y un seguimiento a tiempo medio ($p > 0,05$).
2. No encontramos significación estadística entre el ratio corona – implante y la pérdida marginal ósea ($p > 0,05$).
3. El ratio corona – número de pilares, es decir, el número de implantes por número de coronas, no influyó de forma significativa en las modificaciones del nivel marginal óseo en implantes cortos ($p > 0,05$).

BIBLIOGRAFÍA

1. Garaicoa-Pazmiño C, Suárez-López Del Amo F, Monje A, Catena A, Ortega-Oller I, Galindo-Moreno P, and Wang HL. Influence of Crown/Implant Ratio on Marginal Bone Loss: A Systematic Review. Journal of Periodontology · January 2014
2. Cáceres La Torre OA, Noriega Castañeda J, Coz Fano MA. Influence of the Crown-To-Implant Ratio on Crestal Bone Loss. The Journal of Implant & Advanced Clinical Dentistry Vol. 4, No. 5 • November/December 2012
3. Schneider D, Witt L, Hämmerle C. Influence of the crown-to-implant length ratio on the clinical performance of implants supporting single crown restorations: a cross-sectional retrospective 5-year investigation. Clin. Oral Impl. Res. 23, 2012 169–174

1a		Ratio Corona-Implante					
		MLBm			MLBd		
		Carga	Seguimiento	Valor P	Carga	Seguimiento	Valor P
≤ 2	Media	-0,134 $\pm 0,458$	-0,064 $\pm 0,371$	0,558	0,079 $\pm 0,911$	0,085 $\pm 0,740$	0,965
		MLBm			MLBd		
		Carga	Seguimiento	Valor P	Carga	Seguimiento	Valor P
> 2	Media	0,062 $\pm 0,592$	-0,027 $\pm 0,535$	0,352	0,416 $\pm 0,665$	0,406 $\pm 0,687$	0,519
	Valor P (≤ 2 y > 2)	0,343	0,840		0,217	0,221	

1b		Ratio Corona-Pilar de Puente					
		MLBm			MLBd		
		Carga	Seguimiento	Valor P	Carga	Seguimiento	Valor P
≤ 1	Media	-0,110 $\pm 0,485$	0,009 $\pm 0,364$	0,232	0,146 $\pm 0,895$	0,087 $\pm 0,743$	0,583
		MLBm			MLBd		
		Carga	Seguimiento	Valor P	Carga	Seguimiento	Valor P
> 1	Media	0,072 $\pm 0,596$	-0,058 $\pm 0,552$	0,207	0,421 $\pm 0,646$	0,443 $\pm 0,668$	0,836
	Valor P (≤ 1 y > 1)	0,343	0,695		0,279	0,141	

Tabla 1. Comparación MLBm y MLBd en el momento de la carga y en el seguimiento
Tabla 1a. Comparaciones antes y después según ratio corona-implante.

Tabla 1b. Comparaciones antes y después según ratio corona-pilar de puente.

EFECTO DE UN DISPOSITIVO INTRAORAL (PLACA CONFORT©) EN LA REDUCCIÓN DE LA GINGIVITIS A 6 MESES EN PACIENTES RESPIRADORES ORALES



Facultad de Odontología
Universidad de Granada
Curso académico 2018-2019

ORALES



Emilio López de la Rosa
emiliolopezrosa@icloud.com
Tutor: Juan Carlos Llodra Calvo



1 INTRODUCCIÓN

La respiración oral altera las propiedades físicas, químicas y biológicas de la saliva, causando un gran desequilibrio en la cavidad oral. El resultado puede causar inflamación, edema y sangrado gingival.

2 OBJETIVO

Evaluar la evolución de la gingivitis a los 6 meses en respiradores orales portadores de un dispositivo específico frente a la respiración oral (Placa Confort ©).

3 MATERIAL Y MÉTODO

- Ensayo clínico no aleatorizado, tipo pre-post realizado en pacientes diagnosticados como respiradores orales.
- Grupo de 51 pacientes a los que se evalúa el índice gingival modificado (IGM de Lobene, 1986) a nivel basal y a los 6 meses de seguimiento.
- Suministro del dispositivo (Placa Confort©) para uso nocturno.
- Comparación de medias (pre/post) del IGM mediante t-de Student.

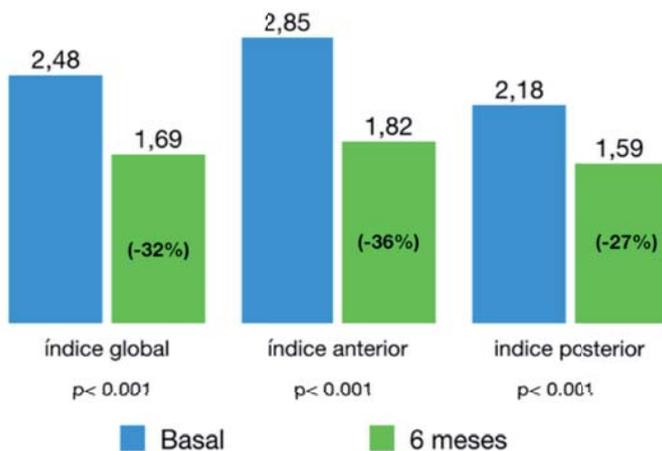
4 RESULTADOS

Descriptiva de los pacientes(n=51)

Variable	Descriptiva
Edad (años)	
Rango	25-62
Media±de	46±11
Sexo	
Hombres	20(39.2%)
Mujeres	31(60.8%)
Seguimiento(meses)	
Rango	2-12
Media±de	5.4±2.6

4 RESULTADOS

Gráfico 1: Evolución del índice gingival modificado a los 6 meses, en sujetos respiradores orales portadores de Placa Confort ©



5 CONCLUSIONES

- 1- Los respiradores orales presentan un 24% más de inflamación gingival en el sector anterior que en el sector posterior de la boca
- 2- A los 6 meses de llevar un dispositivo intraoral nocturno, se aprecia una reducción del 32% de la gingivitis media en estos sujetos.

Basal



6 meses



BIBLIOGRAFÍA

1. Rajinder Kumar Sharma, Anu Bhatia, Shikha Tewari, Satish Chandar Narula. Distribution of Gingival Inflammation in Mouth Breathing Patients: An Observational Pilot Study. Journal of Dentistry Indonesia 2016, 23: 28-32
2. Mizutani S, Ekuni D, Tomofuji T et al. Relationship between xerostomia and gingival condition in young adults. J Periodontal Res. 2015; 50:74-9.
3. Wagaiyu EG, Ashley FP. Mouth-breathing, lip seal and upper lip coverage and their relationship with gingival inflammation in 11-14year-olds. J Clin Periodontol. 1991; 18:698-702.

EFICACIA DE LOS ANTIBIÓTICOS SISTÉMICOS EN LA PREVENCIÓN DE LA OSTEÍTIS ALVEOLAR



Daniel López Jurado¹, Alberto Rodríguez-Archilla²

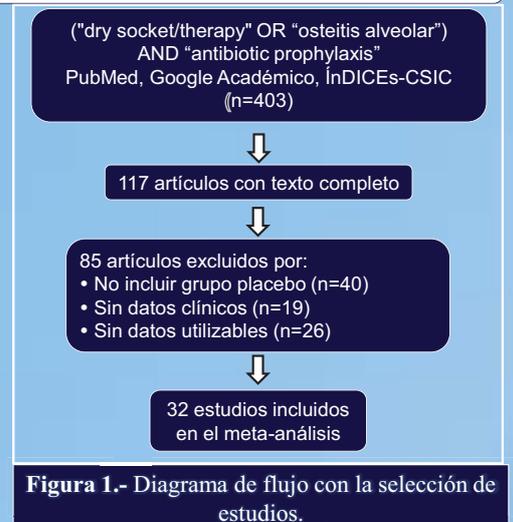
¹Alumno del TFG daniel_lopez_94@hotmail.com; ²Tutor del TFG. Grado en Odontología.

INTRODUCCIÓN

La **osteítis alveolar** (OA) es la principal **complicación postoperatoria** de origen infeccioso tras la extracción dental. Su incidencia oscila entre el **1%** y el **4%**, alcanzado hasta el **35%** en el caso de la extracción de terceros **molares inferiores impactados**. El uso de **antibióticos profilácticos** es **controvertido** puesto que no estarían indicados en pacientes sanos, ya que pueden producir reacciones adversas y contribuyen al desarrollo de posibles resistencias a los mismos. El objetivo de este trabajo fue evaluar la eficacia de los antibióticos sistémicos para prevenir el desarrollo de OA tras las extracciones dentales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda de estudios sobre la eficacia de los antibióticos sistémicos en la prevención de la osteítis alveolar en las siguientes bases de datos: **PubMed** (MEDLINE, Cochrane Library), **Google Académico** y base de datos de Información y Documentación de la Ciencia en España (**ÍNDICES-CSIC**) que incluye el índice médico español (IME). Para el metaanálisis, los datos fueron procesados con el **programa RevMan 5.3** (The Cochrane Collaboration, Oxford, UK). Para las variables dicotómicas se utilizó el **Riesgo Relativo (RR)** con la fórmula del Chi cuadrado de **Haenszel-Mantel (HM)** con intervalos de confianza del 95% (**IC95%**). La heterogeneidad fue determinada según los valores de P y del estadístico de Higgins (**I²**). En casos de heterogeneidad elevada se aplicó el modelo de efectos aleatorios (random-effects). Se consideró como nivel mínimo de significación un valor de $p < 0.05$. Tras la aplicación de los diferentes filtros, se incluyeron **35 estudios en el meta-análisis** (figura 1).



RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La **tabla 1** muestra la eficacia de los distintos antibióticos sistémicos en la reducción del riesgo de osteítis alveolar.

Tabla 1. Efecto de la administración profiláctica de antibióticos sistémicos sobre el riesgo de osteítis alveolar.

Factor	n	RR	[IC95%]	I ² (%)	p
Penicilinas	18	0,63	[0,43 a 0,92]	37%	0,02*
Imidazoles	11	0,46	[0,34 a 0,62]	14%	<0,001*
Tetraciclinas	3	0,51	[0,14 a 1,91]	57%	0,32
Lincosamidas	3	0,41	[0,12 a 1,32]	36%	0,13

n: número de estudios; RR: Riesgo Relativo; [IC95%]: Intervalo de confianza al 95%; I² (%): Índice de heterogeneidad; p: probabilidad; *estadísticamente significativo.

La **mayor reducción** se consiguió con:

Amoxicilina+ácido clavulánico 500/125 mg. 3 veces/día durante 4 días tras la extracción (85% reducción);

* **Tinidazol 2000 mg.** administrado 12 horas antes de la extracción (80% reducción) y

* **Tetraciclina 250 mg.** en polvo insertado en el interior del alveolo tras la extracción (49% reducción).

* **Ninguna** de las **lincosamidas** mostró eficacia significativa

Los resultados de este meta-análisis deben ser interpretados **con cautela** debido a la **alta heterogeneidad** de algunos de los estudios incluidos en el mismo y a las diferencias en los resultados individuales de cada uno de ellos. Estas diferencias entre estudios pueden estar condicionadas por el tipo de diseño, los métodos empleados para la recogida de información, el tipo de análisis utilizado, las características de las poblaciones de estudio o por la duración de los mismos.

CONCLUSIONES

En este meta-análisis, los antibióticos sistémicos que tuvieron un **efecto significativo en la reducción del riesgo de osteítis alveolar** fueron: los **antibióticos imidazólicos** (54% de reducción, RR: 0,46) y las **penicilinas y sus derivados** (37% de reducción, RR: 0,63). Sin embargo, las **tetraciclinas** y las **lincosamidas** no consiguieron reducciones significativas, **sin aparente influencia** sobre la prevención del riesgo de osteítis alveolar.



AUSENCIA DE TRANSMISIÓN CRUZADA FAMILIAR EN CASOS DE PERIODONTITIS AGRESIVA. AISLAMIENTO Y DETERMINACIÓN DE NUEVAS BACTERIAS EN LESIONES DE PERIODONTITIS AGRESIVA POR PIROSECUENCIACIÓN



María López Pérez¹, Antonio Magán-Fernández², Francisco Luis Mesa Aguado²

1. Alumna del TFG: marialopez1296@correo.ugr.es

2. Tutores del TFG: Departamento de Periodoncia de la Facultad de Odontología - UGR.

ANTECEDENTES Y OBJETIVOS

Estudio controlado en varios núcleos familiares en los que un miembro tiene periodontitis estadio III (grado B-C) en el que se describe la clínica y datos microbiológicos obtenidos mediante pirosecuenciación. Determinar la posible relación entre las diferentes familias en cuanto a géneros bacterianos productores de periodontitis estadio III; confirmar la transmisión bacteriana intrafamiliar; e identificar géneros bacterianos no descritos anteriormente en la literatura.

MATERIAL Y MÉTODOS

Sondaje periodontal y ortopantomografía para estudiar y clasificar a cada sujeto del estudio según su estado periodontal. Toma de muestras de la microbiota subgingival del líquido crevicular sin sangrado mediante la técnica de Mombelli con puntas de papel del número 30. El estudio del microbioma oral fue determinado mediante la pirosecuenciación masiva del ARN ribosómico 16S, tras una previa amplificación de las muestras.

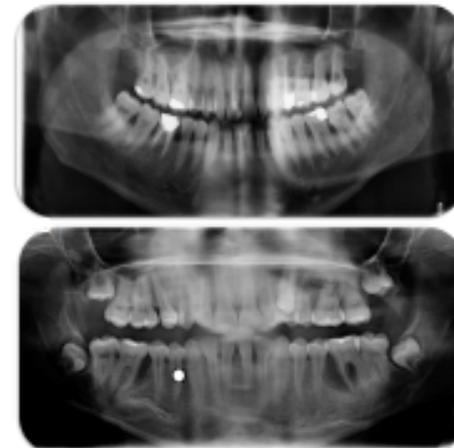


IMAGEN A: VARON, 32 AÑOS, PERIODONTITIS ESTADIO III GRADO B (BOLSAS 5-7 MM GENERALIZADAS).
IMAGEN B: MUJER, 17 AÑOS, PERIODONTITIS ESTADIO III GRADO C (BOLSAS 11-13 MM EN MOLARES).

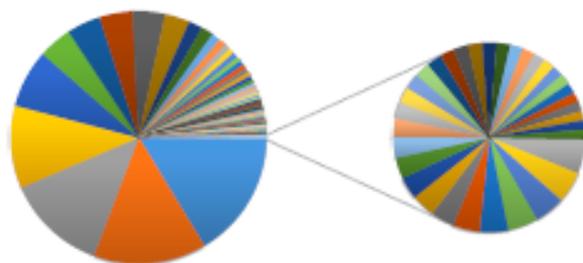
RESULTADOS

De las muestras se hallaron un total de 132 géneros bacterianos diferentes. En la primera familia solo madre e hija tienen patología periodontal. En ellas destaca la relevancia de los géneros *Rikenellaceae* (76,40% en la hija) y *Pseudomonas* (96,01% en la madre). Además, se estudió la posible transmisión cruzada de este primer género que se produce entre la hija y su mascota, la cual fue confirmada posteriormente. En la segunda familia todos los miembros tienen cierta afectación periodontal, aunque en distinto grado. Destacan géneros bacterianos como *Enterobacter* (62,38% en el padre); *Neisseria* (78,48% en la madre); *Porphyromonas* y *Treponema* (21,53% y 20,35% en el hijo, respectivamente); *Fusobacterium* y *Streptococcus* (14,54% y 10,10% en la hija, respectivamente).

CONCLUSIONES

Destaca la ausencia de patógenos clave en el establecimiento de periodontitis de estadio III en los casos de ambas familias y la ausencia de transmisión intrafamiliar, ya que los porcentajes en los miembros difieren bastante.

GRÁFICA 1: TOTAL DE GÉNEROS BACTERIANOS SUPERIORES AL 0,05% EN EL TOTAL DE SUJETOS.



- *Pseudomonas*
- *Rikenellaceae_RC9_gut_group*
- *Porphyromonas*
- *Treponema_2*
- *Streptococcus*
- *Aggregatibacter*
- *Neisseria*
- *Enterobacter*
- *Fusobacterium*
- *Fretibacterium*
- *Prevotella*
- *Capnocytophaga*

GÉNEROS BACTERIANOS	FAMILIA 1		FAMILIA 2			
	Hija	Madre	Hijo	Hija	Padre	Madre
<i>Aggregatibacter</i>	0	0	8,7305838	1,7131243	0	0
<i>Campylobacter</i>	0,015145	0	1,2854847	1,7131243	0	0
<i>Capnocytophaga</i>	0	0	2,7316551	4,3554007	0	2,1835443
<i>Enterobacter</i>	0,938967	0	0,1071237	0,029036	62,383838	0
<i>Fretibacterium</i>	14,02393	0,0818	3,3561864	2,9036005	2,7070707	0
<i>Fusobacterium</i>	0,045434	0	9,3197643	14,547038	1,7373737	0
<i>Lautropia</i>	0	0	0	4,1811847	0	0
<i>Mycoplasma</i>	0	0	2,356722	0,029036	0,040404	0
<i>Neisseria</i>	0	0,02045	0,2142475	7,0357491	0	78,481013
<i>Porphyromonas</i>	0,333182	0,838446	21,531869	9,4076655	12,161616	0,0949367
<i>Prevotella</i>	0,39376	1,206544	4,3920728	1,8002323	11,272727	0
<i>Pseudomonas</i>	0,04534	96,01227	0,1071237	0,087108	0,2020202	0,1265823
<i>Rikenellaceae_RC</i>	76,40466	0,02045	0,1071237	0,058072	0,0808081	0
<i>Streptococcus</i>	0,151446	0,224949	0,4820568	10,10453	0,2020202	13,417722
<i>Treponema</i>	0,07572316	0,0204499	20,353508	4,9070848	0,2828283	0

TABLA 1: TOTAL DE GÉNEROS BACTERIANOS SUPERIORES AL 0,05% Y PORCENTAJE HALLADO EN TODOS LOS MIEMBROS DE CADA FAMILIA. TODOS LOS VALORES EXPRESAN ABUNDANCIA RELATIVA DEL TOTAL DE LA MUESTRA.

REFERENCIAS

- Tonetti, M. S., Greenwell, H., & Kornman, K. S. (2018). Staging and grading of periodontitis: Framework and proposal of a new classification and case definition. *Journal of Clinical Periodontology*, 45(February), 5149-5161. <https://doi.org/10.1111/jcpe.12943>
- Patini, R., Staderini, E., Lajolo, C., Lopetuso, L., & Mohammed, H. (2018). Relationship between oral microbiota and periodontal disease: a systematic review, 5775-5788. https://doi.org/10.26335/eurrev_201809_15903



CÁNCERES ORALES ADYACENTES A IMPLANTES ORALES



María Luna Berral¹, Alberto Rodríguez-Archilla²

¹Alumna del TFG maria96_lu@hotmail.com; ²Tutor del TFG. Grado en Odontología.

INTRODUCCIÓN

El **trauma** y la **inflamación crónica** de los tejidos orales son factores controvertidos en cuanto a su papel como iniciador o como agravador en el proceso de carcinogénesis oral. Los implantes dentales se relacionan con **procesos inflamatorios crónicos (periimplantitis)** y podrían actuar como un potencial factor de riesgo de cáncer oral. El objetivo de este trabajo fue analizar los casos de cáncer oral adyacentes a implantes dentales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda de estudios sobre cánceres orales adyacentes a implantes dentales en las siguientes bases de datos: **PubMed** (MEDLINE, Cochrane Library), **Google Académico** y base de datos de Información y Documentación de la Ciencia en España (**ÍNDICES-CSIC**) que incluye el índice médico español (IME). Los datos fueron procesados con el programa estadístico **IBM SPSS Statistics 22.0** (IBM Corp., Armonk, NY). La estadística descriptiva incluyó las medias, desviaciones estándar, rangos y porcentajes. Para la comparación de variables continuas se utilizó la prueba de la t de Student y para la comparación de variables categóricas se empleó la prueba de Chi-cuadrado de Pearson. Se consideró como nivel mínimo de significación un valor de $p < 0,05$. Tras la aplicación de los diferentes filtros, se incluyeron **30 estudios** en la revisión (figura 1).

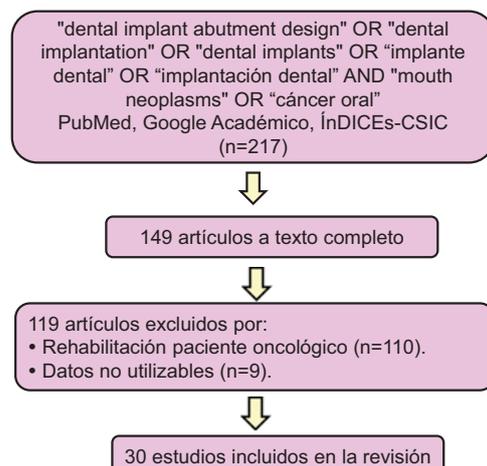


Figura 1.- Diagrama de flujo con la selección de estudios.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La **tabla 1** muestra los diferentes parámetros analizados en los 62 casos de cáncer oral adyacentes a implantes dentales.

➔ Los pacientes de **mayor edad** eran **varones** y los que tenían tumores localizados en la **mandíbula**.

➔ Los tumores en el **maxilar superior** eran más frecuentes en **varones** y los tumores **mandibulares**, en **mujeres**.

➔ Había un **mayor retraso diagnóstico** en tumores de los **varones** y los localizados en la **mandíbula**.

➔ Los **hábitos nocivos** eran más frecuentes en **varones**.

La principal limitación de este estudio es su carácter descriptivo. Sería interesante realizar un estudio analítico para comparar los cánceres orales adyacentes y no adyacentes a implantes dentales.

CONCLUSIONES

Los cánceres orales adyacentes a implantes dentales se observaron con mayor frecuencia en pacientes con una edad media de casi **67 años**, de **sexo femenino** y con tumores de **localización mandibular**. El hábito nocivo más prevalente era el **consumo conjunto de tabaco y alcohol** y la **lesión de riesgo** más común fue la **leucoplasia**. Casi todos eran **carcinomas orales de células escamosas** y la mitad estaban **moderadamente diferenciados**.

Tabla 1. Características de los **62 cánceres** orales adyacentes a implantes dentales.

Parámetro	Datos	Parámetro	Datos
Edad	66,8±11,3 a. (38-90 a.)	Sexo	
Tiempo implante-cáncer	48,64±45,63 m. (2-180 m.)	•Varones	24 (38,7%)
Tipo de tumor		•Mujeres	38 (61,3%)
•COCE	58 (93,6%)	Hábitos nocivos	
•Carcinoma verrugoso	1 (1,6%)	•Ninguno	13 (48,2%)
•Plasmacitoma	1 (1,6%)	•Tabaco	5 (18,5%)
•Sarcoma	1 (1,6%)	•Alcohol	2 (7,4%)
•Linfoma células B	1 (1,6%)	•Tabaco+alcohol	7 (25,9%)
Localización tumor adyacente		Lesión de riesgo	
•Maxilar superior	7 (11,3%)	•Ninguna	13 (25,5%)
•Mandíbula	55 (88,7%)	•COCE previo	10 (19,6%)
Grado de diferenciación		•Leucoplasia exofítica	3 (5,9%)
•BD	11 (45,8%)	•Leucoplasia	11 (21,6%)
•MD	12 (50,0%)	•Eritroplasia	2 (3,9%)
•PD	1 (4,2%)	•Liquen plano oral	10 (19,6%)
		•Otras neoplasias	2 (3,9%)

a.: años; m.: meses; **COCE**: carcinoma oral de células escamosas; **BD**: bien diferenciado; **MD**: moderadamente diferenciado; **PD**: pobremente diferenciado.



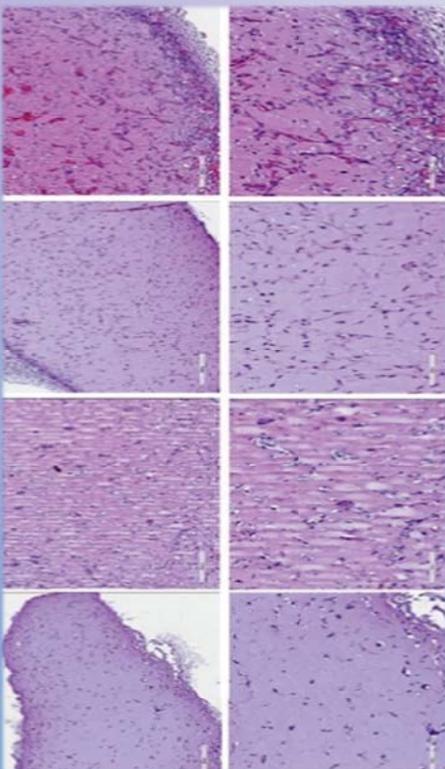
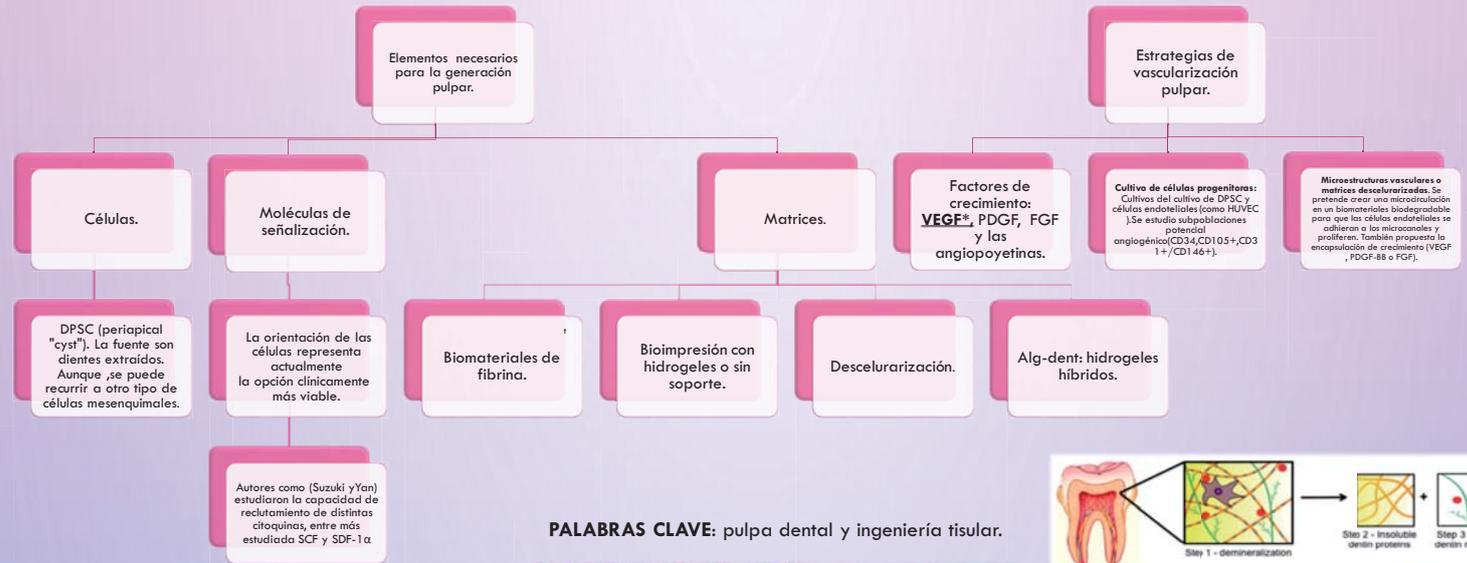
REGENERACIÓN DE LA PULPA DENTAL MEDIANTE INGENIERÍA TISULAR



TFG-ODONTOLOGÍA-UGR-JULIO-2019

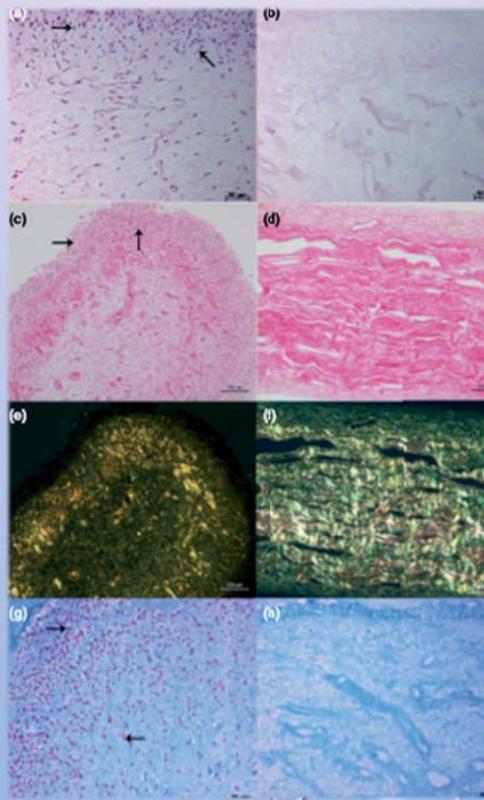
ALUMNA: Mahoutou El Ghrib, Asmaa
Email: amg_universal@hotmail.com

TUTOR: Martín Piedra Miguel Ángel



Kim JH1, Kim GH. In Vivo Angiogenic Capacity of Stem Cells from Human Exfoliated Deciduous Teeth with Human Umbilical Vein Endothelial Cells. Mol Cells. 2016 Nov 30; 39.

PALABRAS CLAVE: pulpa dental y ingeniería tisular.



Mattoug Elwerfelli M, Duggal MS, Nazzaiz H, Esteves F. [A biocompatible decellularized pulp scaffold for regenerative endodontics.] Int Endod J. 2018 Jun; 51(6): 663-673

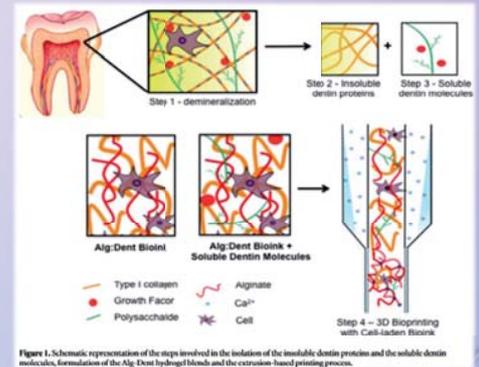


Figure 1. Schematic representation of the steps involved in the isolation of the insoluble dentin proteins and the soluble dentin molecules, formulation of the Alg-Dent hydrogel blends and the extrusion-based printing process.

CONCLUSIÓN:

La investigación en este campo llega solo a experimentos in vitro e in vivo en modelos animales, no hay ningún ensayo clínico. Aún se está valorando la viabilidad de los medios y el planteamiento, al mismo tiempo que se están desarrollando nuevas propuestas prometedoras.

Por ahora, podemos determinar cuáles serían las fuentes celulares, las citoquinas más efectivas, los métodos de señalización más rentables y efectivos para la regeneración y la vascularización de la nueva pulpa trasladable a la clínica.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1- Langer R, Vacanti JP. Tissue engineering. Science. 1993 May 14; 260.
- 2- Tian WD [Tooth and its supporting tissues regeneration using functional tooth modules]. Zhonghua Kou Qiang Yi Xue Za Zhi. 2017 Oct 9; 52 (10): 588-593.
- 3- Tatsuhiro F, Seiko T, Yusuke T, Reiko T. [Dental Pulp Stem Cell-Derived, Scaffold-Free Constructs for Bone Regeneration]. Int J Mol Sci. 2018 Jun 22; 19 (7).



EVALUACIÓN DE LA ANSIEDAD ANTE LA EXTRACCIÓN DENTARIA



Autora: Raquel Martín Sánchez — Tutora: Elena Sánchez Fdez
Trabajo Fin de Grado, junio 2019. Facultad de Odontología
raquel_msan@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

La extracción dentaria, base de la cirugía bucal, es uno de los principales tratamientos odontológicos realizado por los estudiantes de Odontología. Este procedimiento causa en muchos pacientes un alto nivel de ansiedad, trastorno neurológico que supone un problema de primer orden, pudiendo llegar a provocar el retraso en la búsqueda de atención dental y deterioro del estado de salud oral y general. La ansiedad es definida como dos conceptos independientes: ansiedad estado y ansiedad rasgo.

Los objetivos de este estudio fueron determinar el estado de ansiedad pre y postextracción de una serie de pacientes sometidos a extracciones dentarias simples; y analizar la influencia de los parámetros edad, sexo y estatus socio-económico sobre los niveles de ansiedad.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se empleó una muestra de 68 pacientes con edades comprendidas entre 18 y 81 años que acudieron a la Facultad de Odontología de Granada precisando una extracción dentaria simple. Para evaluar la ansiedad se utilizó el cuestionario de ansiedad estado-rasgo (STAI) validado y modificado, antes y después de la extracción dentaria.

Los datos obtenidos fueron tratados estadísticamente con el programa SPSS, para llevar a cabo un estudio estadístico descriptivo y analítico de los mismos. Se consideró significativo un valor de $p < 0,05$.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En este estudio, los niveles de ansiedad en ambas dimensiones estado y rasgo mejoraron evidentemente después de la extracción, según el cuestionario STAI (tabla 1). La edad no fue un factor con influencia significativa sobre los niveles de ansiedad, lo cual concuerda con otros estudios. No obstante, nuestros pacientes de menor edad referían tener menos miedo y estar más relajados ante la extracción dental con diferencias estadísticamente significativas ($p=0,02$) (tabla 2). Las mujeres presentaron niveles de ansiedad superiores a los hombres en la evaluación de los distintos ítems del cuestionario STAI, aunque sin alcanzar significación estadística, excepto en el grado de tranquilidad que fue significativamente menor en mujeres en comparación con los varones ($p < 0,01$). En este trabajo, el nivel socioeconómico no mostró influencia significativa sobre los niveles de ansiedad, salvo en la pregunta del cuestionario STAI "me falta confianza en mí mismo", donde los pacientes de mayor nivel socioeconómico presentaron mayor falta de confianza tanto antes como después de la extracción con relación estadísticamente significativa ($p=0,04$) y ($p=0,01$) respectivamente. Por tanto, tener un mayor nivel socioeconómico no parece mejorar los niveles de ansiedad.

Tabla 1. Comparación de las preguntas del cuestionario STAI (dimensión ansiedad-estado y ansiedad-rasgo) antes y después de la extracción dental.

Pregunta	Momento	n	x	DE	p
Estoy calmado/a	antes	68	1,00	1,06	0,03*
	después	68	0,65	0,89	
Estoy tenso/a	antes	68	1,01	1,01	0,03*
	después	68	0,65	0,94	
Tengo miedo	antes	68	0,72	1,03	0,01*
	después	68	0,32	0,78	
Estoy nervioso/a	antes	68	0,81	1,05	0,04*
	después	68	0,47	0,87	
Estoy relajado/a	antes	68	1,07	1,02	0,01*
	después	68	0,66	0,89	
	después	68	1,37	1,20	

n: número de casos; x: media; DE: desviación estándar; p: probabilidad; *estadísticamente significativo.

Tabla 2. Influencia de la edad, el nivel socioeconómico y el sexo sobre algunas variables del cuestionario STAI.

• Edad		p
Pacientes de menor edad	Menos miedo (x: 42,2 años)	0,02*
	Más relajados (x: 44,8 años)	0,02*
• Sexo		p
Mujeres	Menos tranquilidad	<0,01*
• Nivel socioeconómico		p
Medio	Menos autoconfianza (pre)	0,04*
	Menos autoconfianza (post)	0,01*

CONCLUSIONES

Se observan niveles inferiores de ansiedad después de la extracción, de acuerdo a los resultados del cuestionario STAI. Aunque los resultados globales no fueron estadísticamente significativos, los mayores niveles de ansiedad se encontraron en los pacientes de mayor edad, de sexo femenino, así como en los de mayor nivel socioeconómico.

BIBLIOGRAFÍA

- Donado M. Cirugía Bucal. Patología y técnica. 4ª Ed. Barcelona: Masson, 2005.
- Reyes-Gilbert E, Luque-Romero LG, Bejarano-Avila G, Garcia-Palma A, Rollon-Mayordomo A, Infante-Cossio P. Evaluación de la ansiedad pre y postoperatoria en pacientes sometidos a cirugía oral ambulatoria en atención primaria. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2018; 23: 241-248.
- Tarazona B, Tarazona-Álvarez P, Peñarrocha-Oltra D, Rojo-Moreno J, Peñarrocha-Diago M. Anxiety before extraction of impacted lower third molars. Med Oral Patol Oral Cir Bucal. 2015; 20: e246-50.

VARIABILIDAD GEOGRÁFICA DEL CÁNCER DE LABIO EN EL MUNDO



Antonia Martínez González¹, Alberto Rodríguez-Archilla²

¹Alumna del TFG amg_2390@hotmail.com; ²Tutor del TFG. Grado en Odontología.

INTRODUCCIÓN

Para el cáncer de labio, Granada (España), cuenta con la **cuarta tasa de incidencia más alta** del mundo. El objetivo de este trabajo fue analizar las características de los carcinomas de labio considerando diferentes regiones geográficas del mundo.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda sobre epidemiología, estadísticas y datos numéricos del cáncer de labio en las siguientes bases de datos: **PubMed** (MEDLINE, Cochrane Library), **Google Académico** y base de datos de Información y Documentación de la Ciencia en España (**ÍNDICES-CSIC**) que incluye el índice médico español (IME). Los datos fueron procesados con el programa estadístico **IBM SPSS Statistics 22.0** (IBM Corp., Armonk, NY). La estadística descriptiva incluyó las medias, desviaciones estándar, rangos y porcentajes. Para la comparación de variables continuas se utilizó la prueba de la t de Student y la ANOVA de un factor. Para la comparación de variables categóricas se empleó la prueba de Chi-cuadrado de Pearson. Se consideró como nivel mínimo de significación un valor de $p < 0,05$. Tras la aplicación de los diferentes filtros, se incluyeron **36 estudios** en la revisión (figura 1).

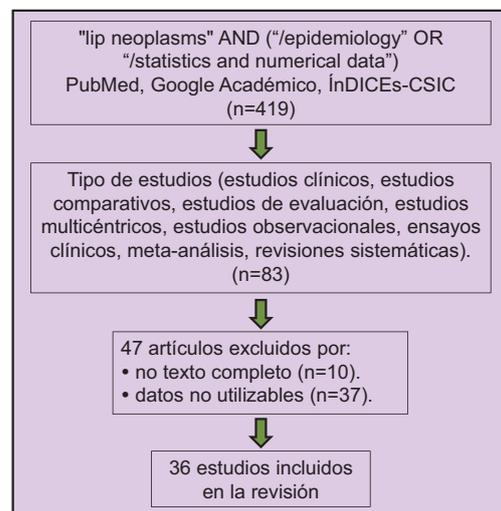


Figura 1.- Diagrama de flujo con la selección de estudios.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La **tabla 1** muestra la comparación de los diferentes parámetros atendiendo a las distintas zonas geográficas.

Características de los cánceres de labio:

- En pacientes de más de **64 años**
- **Varones** (77,3%)
- Labio **inferior** (82,6%)
- Tamaño tumoral **T1-T2** (93,6%)
- **Sin metástasis ganglionares** (96,1%)
- **Sin metástasis a distancia** (99,9%)
- **Bien diferenciados** (54,9%)
- Estadio tumoral **I** (73,5%)
- Carcinoma **células escamosas** (65,7%)
- **Exposición crónica al sol** (64,9%)
- **Fumadores** (72,1%)
- **No bebedores** habituales (53,2%)

Tabla 1. Análisis de los diferentes parámetros en función de las 4 zonas geográficas (Europa, América, Asia, Oceanía).

Parámetro	Eur.	Ame.	Asi.	Oce.	p
Edad media (<i>años</i>)	67,3	64,3	61,8	65,2	<0,001*
Sexo (<i>varones</i>)	75,5%	82,3%	62,9%	76,0%	<0,001*
Localización lesión (<i>labio inferior</i>)	79,8%	88,9%	58,3%	86,9%	<0,001*
Fototipo cutáneo ^a (<i>bajo</i>)	72,0%	98,1%			<0,001*
Tamaño tumoral (<i>T1-T2</i>)	94,9%	93,7%	85,4%	97,3%	<0,001*
Metástasis ganglionares (<i>No</i>)	91,4%	97,4%	92,3%	94,6%	<0,001*
Metástasis a distancia (<i>No</i>)	99,5%	99,9%			0,01*
Grado de diferenciación (<i>BD</i>)	52,2%	56,8%	66,3%	53,6%	<0,001*
Estadio tumoral (<i>I</i>)	69,8%	75,8%	59,4%		<0,001*
Tipo histológico (<i>CCE</i>)	85,0%	78,8%	57,9%		<0,001*
Exposición crónica al sol (<i>Sí</i>)	69,0%	55,5%	32,3%		<0,001*
Consumo de tabaco fumado (<i>Sí</i>)	73,1%	68,1%	66,9%	72,7%	0,20
Consumo de Alcohol (<i>No</i>)	55,8%	55,5%	55,6%		0,99

Eur.: Europa; **Ame.:** América; **Asi:** Asia; **Oce.:** Oceanía; ^asegún clasificación de Fitzpatrick; **T1-T2:** tumores hasta 4 cm de diámetro; **BD:** bien diferenciado; **CCE:** carcinoma de células escamosas; *estadísticamente significativo.

En **Europa**, los pacientes con cáncer de labio eran pacientes **más mayores**, con un 85% de carcinomas de **células escamosas**, exposición crónica al **sol**, **fumadores** y **no bebedores** habituales.

En cambio, en **Asia**, los pacientes con cáncer de labio eran sujetos **más jóvenes** con porcentajes más altos de: **mujeres**, lesiones en **labio superior y comisuras**, carcinomas de **células basales**, **mayor tamaño** y **estadio tumoral** y **menor influencia** de la exposición a la **radiación solar** y del **tabaco fumado**.

CONCLUSIONES

El cáncer de labio tiene unas características y un comportamiento biológico **diferentes** al del **resto de tumores** localizados en la **cavidad oral**. Son tumores estrechamente relacionados con la **exposición solar crónica**, generalmente de **menor tamaño**, **sin** tendencia a las **metástasis** ganglionares o a distancia, **bien diferenciados** y con **estadios tumorales iniciales** (estadio I).



RIESGO DE TRANSFORMACIÓN MALIGNA DEL LIQUEN PLANO ORAL: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y METAANÁLISIS.

VARIABLES PREDICTORAS

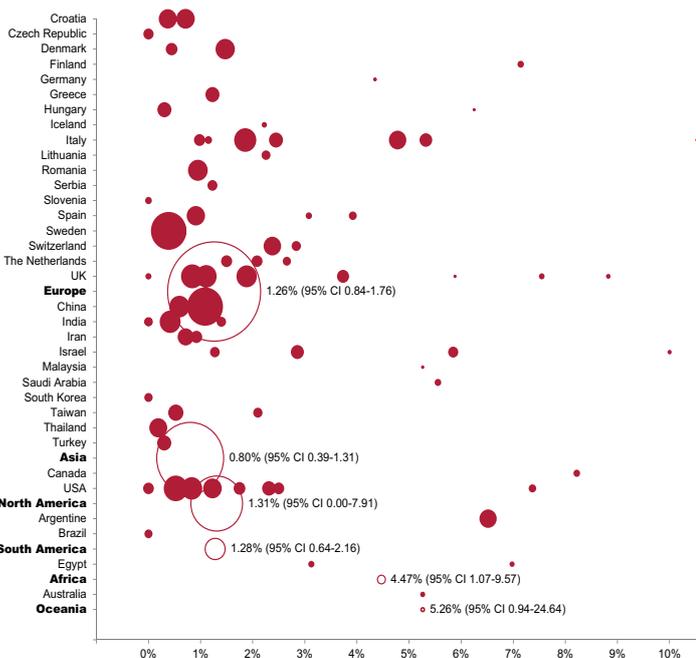


INTRODUCCIÓN

El liquen plano oral (LPO) es una enfermedad inflamatoria crónica de naturaleza autoinmune y de etiología desconocida. Se trata de un trastorno muy prevalente que se podría desarrollar hasta en un 2% de la población general. El aspecto más relevante del LPO es su naturaleza premaligna. Sin embargo, la mayoría de los estudios no aportan información precisa sobre algunos aspectos que podrían ser relevantes en la malignización de LPO, tales como periodos de seguimiento, criterios diagnósticos, distribución geográfica, o variaciones en el diseño de los estudios. El objetivo de la presente revisión sistemática y metaanálisis fue explorar las variables clínicas y del diseño de los estudios (criterios diagnósticos, periodo de seguimiento, región geográfica, y riesgo de sesgo potencial en el diseño) que en subgrupos determinados ejercen una mayor influencia sobre el fenómeno de transformación maligna del LPO.

MATERIAL Y MÉTODOS

Buscamos en Pubmed, Embase, Web of Science y Scopus estudios publicados antes de Noviembre 2018. Evaluamos la calidad de los estudios incluidos (herramienta Quality in Prognosis Studies [QUIPS]). Conducimos metaanálisis persiguiendo cumplir con los objetivos propuestos. Exploramos la heterogeneidad entre estudios, conducimos análisis de sensibilidad, analizamos el efecto de los estudios pequeños y llevamos a cabo análisis de subgrupos.



RESULTADOS

82 estudios (26742 pacientes) cumplieron los criterios de inclusión. La tasa de malignización combinada del LPO fue 1.14% (95% IC=0.84-1.49). En el análisis estratificado de acuerdo a criterios diagnósticos y transformación maligna, encontramos la mayor tasa de malignización en el subgrupo de estudios que exhaustivamente basó su diagnóstico en criterios clínicos e histopatológicos, donde además hallamos una diferencia significativa con aquellos que no lo hicieron (1.61%, 95% IC=1.18-2.09 vs 0.42%, 95% IC=0.16-0.77, p<0.001). También encontramos tasas mayores de transformación maligna en los análisis estratificados por periodo de seguimiento a medida que éste se ve incrementado, con una significación marginal cuando los pacientes de los estudios alcanzaron un periodo mínimo de seguimiento de 6 meses (1.65%, 95% IC=1.06-3.35, p=0.06) y diferencia significativa para 12 meses (2.16%, 95% IC=0.91-3.79, p=0.048;). Además, investigamos la tasa de malignización estratificando por regiones geográficas, y no encontramos diferencias significativas por continente (p=0.09). Por último, en el metaanálisis estratificado por calidad de los estudios evaluada mediante la herramienta QUIPS, hallamos que en aquellos con un mayor riesgo de sesgo potencial se detectó una tasa de transformación maligna significativamente muy inferior (0.61%, 95% IC=0.34-0.93 vs 1.91%, 95% IC=1.35-2.56, p=0.002).

CONCLUSIONES

En conclusión, nuestra revisión sistemática y metaanálisis presenta resultados consistentes que evidencian que la tasa de malignización comunicada para LPO (1,14%) probablemente se encuentra infrestimada como consecuencia de la aplicación de periodos de seguimiento insuficientes, por la baja calidad de los estudios publicados sobre el tema, y por la aplicación de unos criterios diagnósticos excesivamente restrictivos. Estos criterios deben incluir la valoración histopatológica, con el propósito de valorar la presencia de displasia epitelial y su severidad.

REFERENCIAS

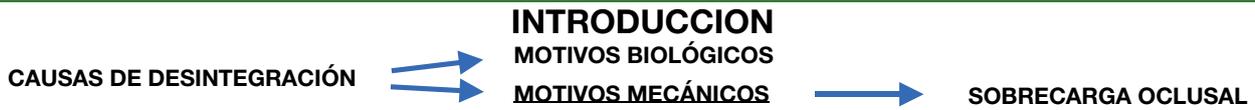
- Gonzalez-Moles MA, Scully C, Gil-Montoya JA. Oral lichen planus: controversies surrounding malignant transformation. Oral Dis 2008;14:229-43.
- Van der Meij EH, van der Waal I. Lack of clinicopathologic correlation in the diagnosis of oral lichen planus based on the presently available diagnostic criteria and suggestions for modifications. J Oral Pathol Med 2003;32:507-12.



PROPUESTA DE GUIA CLINICA PARA EL DISEÑO DE LA OCLUSION EN PROTESIS IMPLANTOSOPORTADA

Alumno: Jorge Martinez Pintos

Tutor: Dr. Juan Ignacio Rosales Leal



OBJETIVOS

Realizar una propuesta de guía clínica, a partir del estudio biomecánico de la interacción de las fuerzas oclusales, el implante y tejidos periimplantarios, y el análisis de la sobrecarga oclusal



VS



BIOFISIOLOGÍA
(conexión con el hueso)

RESPUESTA A LA CARGA MECÁNICA
(stress, strain, modulo de elasticidad)

TABLA 1: FACTORES DE RIESGO DE SOBRECARGA OCLUSAL

Extensiones en cantilever: mayores de 15 mm en la mandíbula y mayores de 10-12 mm en la maxila
Número y posición de los implantes
Bruxismo
Contactos prematuros e interferencias
Diseño oclusal: bajo número de contactos y pobre distribución tabla oclusal amplia inclinación cúspide empinada
Baja calidad ósea
Angulación en el posicionado del implante
Diseño macroscópico: implantes rectos diametro pequeño
Diseño microscópico modulos de cresta lisos rosca redondeada baja profundidad en la rosca

TABLA 2: COMPLICACIONES BIOMECÁNICAS

Complicaciones biológicas	- Pérdida de hueso marginal al combinarse con inflamación - Posible pérdida de hueso marginal por sí sola
Complicaciones mecánicas	- aflojamiento del tornillo - Fractura del material de revestimiento - Fractura de la prótesis - Rotura del implante - Fractura de los conectores - Fractura de la base acrílica en prótesis híbridas

GUIA CLINICA

Consideraciones para cualquier tipo de prótesis sobre implante

Contactos / + Distribuidos

Zona aplanada alrededor de los contactos, anatomía poco profunda, inclinación cuspeada leve, área de contacto menor que diámetro implante

Máx. 1-1,5 mm discrepancia RC/MI

Suavizar o evitar contactos en lateralidades

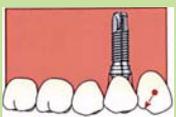
No interferencias en los movimientos mandibulares

Contacto ligero o espacio de 30µm en M.I

Consideraciones para cada tipo de prótesis sobre implantes

IMPLANTES UNITARIOS

M.I espacio de 30µm.
En movimientos excéntricos sin contacto.



Clase III

M.I espacio de 30µm.
Protrusión: guía anterior.
Movimientos laterales: evitar contacto; en extensiones largas con C, o dientes periodontales-> función de grupo.

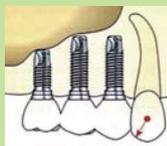
Clase I

M.I contacto ligero.
Movimientos excéntricos igual que clase II.

PROTESIS FIJAS PARCIALES

Clase II

M.I y protrusión igual que clase III.
Si C rehabilitados o dientes periodontales -> función de grupo; Si dientes en buen estado -> guía canina y guía anterior en protrusión.

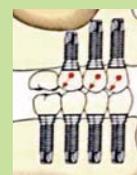


Clase IV

M.I no contacto en zona anterior.
Movimientos laterales: si C en natural en buen estado -> Guía canina; Si C rehabilitado y dientes sanos -> función de grupo sin C Si C rehabilitado y dientes periodontales-> función de grupo o guía canina.

PROTESIS FIJAS COMPLETAS

Oclusión balanceada ante prótesis totales antagonistas.
Función de grupo ante arcadas antagonistas con dientes naturales.
Zonas en cantilever sin contacto.



SOBREDENTADURAS

Oclusión balanceada.
Al menos un contacto en lado de balanceo y dos en lados de trabajo.



BIBLIOGRAFÍA

- Benito Rilo, Jose Luis da Silva, Maria Jesus Mora and Urbano Santana. Guidelines for Occlusion strategy in implant-borne prostheses. A review. Int Dent J. 2008; 58: 139-145.
- Yongsik Kim, Tae-Ju Oh, Carl E. Misch, Hom-Lay Wang. Occlusal considerations in implant therapy: clinical guidelines with biomechanics rationale. Clin Impl. 2005;16: 26-35.
- Rachel A. Sheridan, Ann M. Decker, Alexandra B. Plonka, Hom-Lay Wang. The role of occlusion in implant therapy: a comprehensive updated review. Impl Dent. 2016; 25: 829-838.
- Jia-Hui Fu, Yung-Ting Hsu, Hom-Lay Wang. Identifying occlusal overload and how to deal with it to avoid marginal bone loss around implants. Our J Oal Implant. 2012; 5: S91-S103



INTRODUCCIÓN

Uno de los problemas más frecuentes relacionados con el blanqueamiento dental es la falta de estudios e información sobre cuándo se alcanza el punto de saturación.

OBJETIVOS

- Medir las coordenadas cromáticas de los dientes sometidos a un protocolo prolongado de blanqueamiento dental mediante espectrofotómetro.
- Cuantificar, mediante el cálculo de ΔE_{ab} y del índice WI_D , la variación en el color de los dientes sometidos a blanqueamiento durante el tiempo que dure el tratamiento.

MATERIAL Y MÉTODO

Participaron voluntariamente 4 adultos con edades comprendidas entre los 22 y 24 años de edad. Protocolo: 12 semanas de aplicación ambulatoria, 1 hora al día con perC al 16%. Se utilizó el espectrofotómetro Easy-Shade de Vita®, registrándose entre otros datos, las coordenadas cromáticas del sistema de representación CIELab. A partir de ellas, se calcularon:

$$\Delta E_{ab} = \sqrt{\Delta L^2 + \Delta a^2 + \Delta b^2}$$

$$WI_D = 0,511L^* - 2,324a^* - 1,100b^*$$

El umbral de perceptibilidad y aceptabilidad para ΔE_{ab} es de 1,2 y 2,7 respectivamente, mientras que para WI_D es de 0,72 y 2,62.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La figura 1 muestra el valor medio de ΔE_{ab} para cada semana calculado con respecto al valor basal para todos los pacientes. Hasta la tercera semana, se producen cambios cromáticos importantes (ΔE_{ab} medio 8,46). Por lo general, los dientes siguen blanqueando con una velocidad moderada hasta la quinta semana (ΔE_{ab} medio 9,68) y a partir de ésta, los cambios son variables para cada paciente. A continuación, se produce un pico de cambios entre la semana 9 y 10 (ΔE_{ab} medio 12,13) para luego estabilizarse. La variación del cambio cromático entre la semana 5 y 10 (ΔE_{ab} medio 2,45) es en general, perceptible (PT= 1,2) pero se sitúa por debajo de AT (2,7).

Mientras que figura 2, muestra el valor medio de WI_D calculado con respecto al valor basal para todos los participantes. Hasta la tercera semana (WI_D medio 36,63), se producen cambios cromáticos relevantes (WI_D medio basal 25,66). Los dientes siguen blanqueando hasta la quinta semana (WI_D medio 38,28) y a partir de la misma, los cambios cromáticos son variables. Se produce un pico de cambios entre la novena y décima semana (WI_D medio 42,58) y posteriormente los valores se estabilizan. La diferencia del WI_D medio entre la semana 5 y 10 es de 4,3. A pesar de que el rango de valores en la mayoría de los participantes se sitúa por encima de PT (0,72) y AT (2,62), no estaría clínicamente justificado prolongar el tratamiento 7 semanas más. Esto se debe a que la variación del color desde la primera semana de aplicación hasta la quinta (WI_D medio 7,08), es el más acusado, produciéndose un cambio menor a posteriori.

CONCLUSIONES

El cambio cromático se produjo fundamentalmente en las 5 primeras semanas de tratamiento. A partir de ésta, las diferencias de ΔE_{ab} son variables para cada paciente y clínicamente menos relevantes por lo que no estaría indicado prolongar el tratamiento más allá de la quinta semana.

Además, el índice WI_D ha demostrado su utilidad para la valoración del cambio cromático que se produce en blanqueamiento dental. No obstante, dada la escasez de datos diferenciales en la literatura, es necesario la redacción de estudios que corroboren los obtenidos en este ensayo preliminar.

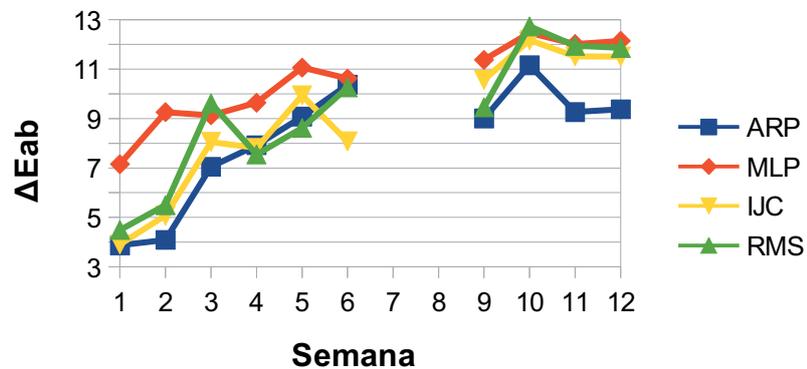


Fig.1. Valores de ΔE_{ab} medio por semana y para cada paciente

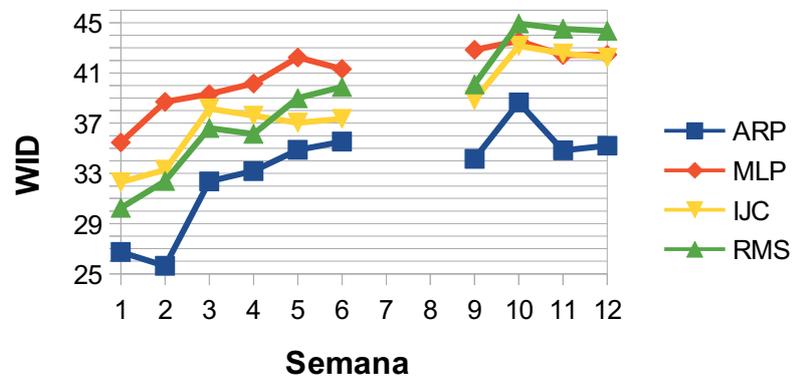


Fig.2. Valores de WI_D medio por semana y para cada paciente



Fig.3. A) Color dental pre-tratamiento B) Color dental post-tratamiento

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Paravina RD, Ghinea R, Herrera LK, et al. Color difference thresholds in dentistry. J Esthet Restor Dent. 2015; 27 (S1): S1-9
2. Cardoso PC, Reis A, Loguercio A, Viera LCC, Baratieri LN. Clinical effectiveness and tooth sensitivity associated with different bleaching times for a 10 percent carbamide peroxide gel. J Am Dent Assoc 2010; 141(10):1213-1220
3. López Darriba, I; Novoa, L; De la Peña, VA. Efficacy of different protocols for at-home bleaching: A randomized clinical trial. Am J Dent 2017; 30(6): 329-334

EVALUACIÓN DE DIFERENTES COLUTORIOS PARA EL TRATAMIENTO DE LA HALITOSIS

Miriam Muñoz Martín¹, Alberto Rodríguez-Archilla²

¹Alumna del TFG miriam.mm.1993@hotmail.com; ²Tutor del TFG. Grado en Odontología.



INTRODUCCIÓN

La halitosis, definida como un **olor ofensivo** o **desagradable**, es un problema muy frecuente llegando a afectar al **50% de la población**. El objetivo de este trabajo fue evaluar **distintos colutorios** en el **tratamiento** de la **halitosis**.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda de estudios sobre tratamiento de la halitosis en las siguientes bases de datos: **PubMed** (MEDLINE, Cochrane Library), **Google Académico** y **Bases de datos de Sumarios** (BDDOC-CSIC) que incluye el índice médico español (IME). Para el metaanálisis, los datos fueron procesados con el **programa RevMan 5.3** (The Cochrane Collaboration, Oxford, UK). Para las variables continuas se utilizó el **inverso de la varianza (IV)** para la **diferencia de medias (DM)** con intervalos de confianza del 95% (**IC95%**). La heterogeneidad fue determinada según los valores de P y del estadístico de Higgins (I^2). En casos de heterogeneidad elevada se aplicó el modelo de efectos aleatorios (random-effects). Se consideró como nivel mínimo de significación un valor de $p < 0.05$. Tras la aplicación de los diferentes filtros, se incluyeron **16 estudios** en el metaanálisis (figura 1).

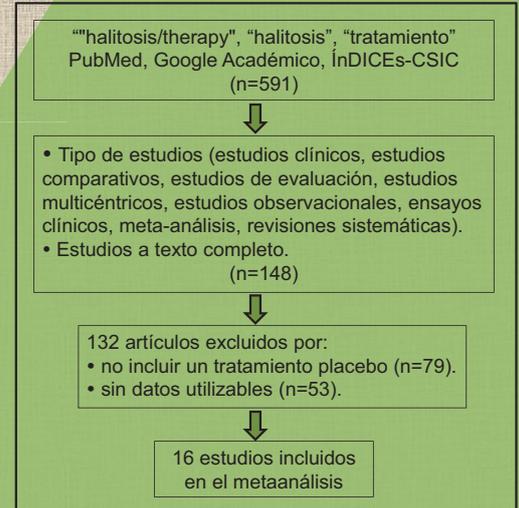


Figura 1.- Diagrama de flujo con la selección de estudios.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

La **tabla 1** muestra la evaluación de los diferentes **parámetros sensoriales** (OLS, VSC, H₂S, MM, DMS) con el uso de colutorios y placebos para el tratamiento de la halitosis.

Tabla 1. Parámetros sensoriales de los colutorios vs. placebo en el tratamiento de la halitosis.

		Colutorio			Placebo			DM	IC 95%	P
		\bar{x}	DE	n	\bar{x}	DE	n			
OLS	CB12 ^{®a}	1.2	0.8	24	2.3	0.9	24	- 1.10	[-1.58, -0.62]	<0.001*
	Listerine ^{®b}	4.6	0.13	20	3.7	0.19	18	0.90	[0.80, 1.00]	<0.001*
VSC	Clorhexidina Lacer ^{®c}	0.7	0.1	19	1.7	0.2	19	- 6.19	[-7.79, -4.59]	<0.001*
	Listerine ^{®b}	240.68	33.99	20	200.16	35.31	18	1.15	[0.45, 1.84]	<0.01*
H ₂ S	CB12 ^{®a}	67.2	129.3	24	490.8	432.5	24	- 1.31	[-1.93, -0.68]	<0.001*
	Ultradex ^{®d}	155.3	257.8	24	490.8	432.5	24	- 0.93	[-1.52, -0.33]	<0.01*
MM	Ultradex ^{®d}	0.19	0.29	15	1.1	1.14	15	- 1.06	[-1.84, -0.29]	<0.01*
	CB12 ^{®a}	46.0	63.9	24	184.3	247.7	24	- 0.75	[-1.34, -0.16]	0.01*
DMS	Ultradex ^{®d}	7.4	7.5	24	37.4	33.5	24	- 1.22	[-1.84, -0.60]	<0.001*
	CB12 ^{®a}	23.5	27.8	24	37.4	33.5	24	- 0.44	[-1.02, 0.13]	0.13

\bar{x} : media; **DE**: desviación estándar; **n**: número de casos; **DM**: diferencia de medias; **IC95%**: intervalo de confianza al 95%; **P**: probabilidad; *estadísticamente significativo.

OLS: Niveles organolépticos; **VSC**: compuestos volátiles sulfurados; **H₂S**: sulfuro de hidrogeno; **MM**: metilmercaptano; **DMS**: dimetilsulfuro.

^a **CB12[®]**: Diacetato de clorhexidina (0.025%) + Acetato de zinc (0.3%).

^b **Listerine[®]**: Cloruro de Zinc (0.9%) + Aceites esenciales (eucaliptol, mentol, timol salicilato de metilo).

^c **Clorhexidina Lacer[®]**: Digluconato de Clorhexidina (0.12%).

^d **Ultradex[®]**: Dióxido de Cloro. Fosfato trisódico.

Los **principios más eficaces** para el tratamiento de la halitosis fueron la **clorhexidina**, las **sales de zinc** y el **dióxido de cloro**.

CONCLUSIONES

Se consiguieron las **mayores reducciones** de los niveles de **OLS** con el colutorio de **clorhexidina+zinc** (CB12[®]); de los niveles de **VSC** con el **digluconato de clorhexidina al 0.12%** (Clorhexidina Lacer[®]); de los niveles de **H₂S** con el colutorio de **clorhexidina+zinc** (CB12[®]); de los niveles de **MM** con el colutorio de **dióxido de cloro** (Ultradex[®]) y de los niveles de **DMS** también con el colutorio de **dióxido de cloro** (Ultradex[®]).

REPRODUCIBILIDAD Y EXACTITUD EN LA DETERMINACIÓN DEL COLOR: COMPARACIÓN ENTRE EL MÉTODO VISUAL Y DOS INSTRUMENTOS DE MEDIDA DE COLOR (PARTE II)



ALUMNA: Paula Ortega Jiménez (paulaortjim@correo.ugr.es)
TUTORA: Profesora Cristina Lucena Martín.



RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Las coordenadas cromáticas de las tablillas de la guía 3D Master medidas con Easyshade® (EAS), Spectroshade® (SS) y espectrorradiómetro (SP) han sido distintas, aunque coherentes en todos los casos con la organización de la guía. Las diferencias medias de color (ΔE_{ab}), de L^* (ΔL) y de b^* (Δb) entre SS y SP fueron significativamente inferiores a las obtenidas entre EAS y SP. Tanto EAS como SS sobrestimaron el valor de las coordenadas L^* y b^* .

Tabla 1. Diferencias de color, L^* , a^* y b^* : Espectrofotómetros vs. Espectrorradiómetro

Instrumentos	($\bar{x} \pm DE$)	Test Man-Whitney
ΔE SP- EAS	$8,43^{ab} \pm 1,09$	p < 0,001
ΔE SP-SS	$2,18^a \pm 1,08$	
ΔL SP- EAS	$7,32^c \pm 1,42$	p < 0,001
ΔL SP-SS	$1,16 \pm 0,74$	
Δa SP- EAS	$0,40 \pm 0,49$	p = 0,17
Δa SP-SS	$0,21 \pm 0,17$	
Δb SP- EAS	$5,00 \pm 7,58$	p < 0,001
Δb SP-SS	$1,75 \pm 0,95$	

SP: Espectrorradiómetro SpectraScan PR-670; EAS: Easyshade; SS: SpectroShade. ΔE : diferencia color CIELAB; ΔL : diferencia coordenada L^* ; Δa : diferencia coordenada a^* ; Δb : diferencia coordenada b^* . Los valores marcados con las letras (a) y (b) son mayores a los umbrales de perceptibilidad (1,80) y aceptabilidad (3,46) respectivamente².

La ΔE_{ab} media SP-EAS fue clínicamente inaceptable ($>3,46$)². Sin embargo, la ΔE_{ab} SP-SS fue aceptable clínicamente para todas las tablillas, y en el 35% de ellas, inferior al umbral de perceptibilidad ($<1,80$)² (Tabla1). El reducido diámetro de la ventana medidora del EAS en comparación con la del SS, podría acentuar el efecto "edge-loss"^{3,4} justificando su menor exactitud.

Tabla 2. Exactitud y reproducibilidad de EAS y SS.

Instrumentos	Exactitud	Reproducibilidad			
		Guía 3D Master		Guía Vita Classical	
		0	1	0	1
EAS	21 (26,9%)	21 (80,8%)	5 (19,2%)	24 (92,3%)	2 (7,7%)
SS	65 (83,3%)	23 (88,5%)	3 (11,5%)	23 (88,5%)	3 (11,5%)
EAS vs. SS	p < 0,001	p = 0,763	p = 0,75	p = 0,884	p = 0,86

EAS: Easyshade; SS: SpectroShade. EAS vs. SS: Test χ^2 . Reproducibilidad: Categoría 0: las tres medidas de la tablilla coinciden en la misma referencia nominal. Categoría 1: dos medidas coinciden en la misma referencia nominal.

SS resultó significativamente más exacto que EAS (83,3% vs 26,9%). En concordancia con la literatura⁵, SS y EAS han mostrado una elevada reproducibilidad en las mediciones ($>80\%$), con independencia de la guía de color (VC/3D Master) con la que operen (Tabla 2) y sin diferencias significativas entre ellos.

El hecho de que el Easyshade haya mostrado una buena reproducibilidad, pero no haya sido capaz de seleccionar con exactitud la referencia de tablillas estandarizadas, hace pensar en un problema de calibración del aparato.

TOMA VISUAL DEL COLOR

La exactitud y reproducibilidad media del método visual fue de 42,6% y 14% respectivamente, aunque con gran variabilidad individual. La reproducibilidad de ambos instrumentos EAS y SS (Tabla 2) ha sido superior a la del método visual.



CONCLUSIONES

1. Los datos colorímetros de las tablillas de la guía 3D Master medidos con los tres instrumentos (EAS, SS, SP) han sido coherentes con la organización de dicha guía.
2. SpectroShade midió los parámetros colorimétricos con mayor exactitud que Easyshade.
3. Easyshade y SpectroShade han sobrestimado la luminosidad respecto al espectrorradiómetro de referencia.
4. En la función de selección de la tablilla de mejor ajuste, SpectroShade ha sido significativamente más exacto que Easyshade pero ambos instrumentos presentaron una reproducibilidad similar.
5. La exactitud y reproducibilidad media del método visual ha sido baja, aunque con gran variabilidad individual.

BIBLIOGRAFÍA

1. Ghinea R, Pérez MM, Herrera LJ, Rivas MJ, Yebra A. Color difference thresholds in dental ceramics. Journal of Dentistry 2010; 38:57-64.
2. Khurana R, Tredwin CJ, Weisbloom M, Moles DR. A clinical evaluation of the individual repeatability of three commercially available colour measuring devices. British Dental Journal 2007; 203: 12-22.
3. Johnston W.M, Hesse N.S, Davis B.K, Seghi R.R. Analysis of edge-losses in reflectance measurements of pigmented maxillofacial elastomer. Journal of Dentist 1996; 75:752-760.
4. Yu B, Ahn J.S, Lee Y.K. Measurement of translucency of tooth enamel and dentin. Acta Odontológica Scandinavica 2009; 67:57-64.
5. Chen H, Huang J, Dong X, Qian J, He J, Qu X. A systematic review of visual and instrumental measurements for tooth shade matching. Quintessence International 2012; 43:649-659.

CARACTERÍSTICAS DIFERENCIADORAS ENTRE CÁNCERES ORALES VPH-POSITIVOS Y VPH-NEGATIVOS

Victoria Eugenia Ortiz Mosquera¹, Alberto Rodríguez-Archilla²

¹Alumna del TFG, vickcarol_2@hotmail.com; ²Tutor del TFG. Grado en Odontología.



INTRODUCCIÓN

Además del consumo de tabaco y/o alcohol, la infección por el virus del papiloma humano (VPH) ha sido propuesta como factor etiológico del cáncer oral, especialmente del orofaríngeo. El objetivo de este trabajo fue analizar las **características diferenciadoras** entre los carcinomas orales **VPH-positivos** frente a los **VPH-negativos**.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda de estudios sobre cáncer oral y virus del papiloma humano (VPH) en las siguientes bases de datos: **PubMed** (MEDLINE, Cochrane Library), **Google Académico** y base de datos de Información y Documentación de la Ciencia en España (**ÍNDICES-CSIC**) que incluye el índice médico español (IME). El análisis estadístico se realizó con el programa estadístico **IBM SPSS Statistics 22.0** (IBM Corp., Armonk, NY). Para la comparación de variables continuas se utilizó la prueba de la t de Student. Para la comparación de variables categóricas se empleó la prueba de Chi-cuadrado de Pearson con el test exacto de Fisher cuando se requería. Se consideró como nivel mínimo de significación un valor de $p < 0,05$. Tras la aplicación de los diferentes filtros, se incluyeron **29 estudios en esta revisión** (figura 1).

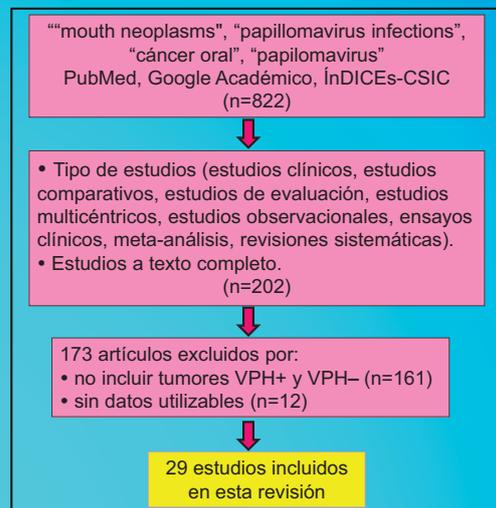


Figura 1.- Diagrama de flujo con la selección de estudios.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Los 29 estudios analizados comprendían un total de 51041 pacientes con cáncer de cabeza y cuello, 19087 (**37,4%**) con **tumores infectados por el VPH** y 31954 (**62,6%**) con **cánceres no infectados**.

La tabla 1 muestra la comparación de diferentes parámetros del estudio tanto en los grupos de tumores infectados (VPH+) como en los no infectados (VPH-) por el virus del papiloma humano.

Tabla 1.- Análisis de los diferentes parámetros en los grupos de tumores infectados (VPH+) y no infectados (VPH-) por el virus del papiloma humano.

Parámetro	VPH (+)	VPH (-)	p
Edad media (años)	58,0±4,1 años	61,2±2,8 años	0,02*
Sexo	Varones (72,5%)	Varones (63,1%)	<0,001*
Localización	Orofaringe (52,7%)	Cavidad oral (72,8%)	<0,001*
Localización oral	Lengua (45,3%)	Lengua (36,2%)	<0,001*
Tamaño tumoral (T)	T1-T2 (64,9%)	T1-T2 (57,0%)	<0,01*
Metástasis ganglionares (N)	Sí (66,7%)	Sí (46,2%)	<0,001*
Diferenciación tumoral	PD (15,2%)	PD (9,9%)	<0,001*
Estadio tumoral	IV (81,0%)	IV (42,7%)	<0,001*
Tabaco	Sí (61,2%)	Sí (66,7%)	0,01*
Alcohol	Sí (63,5%)	Sí (57,9%)	0,01*
Expresión proteína p16	Sí (68,4%)	Sí (10,8%)	<0,001*

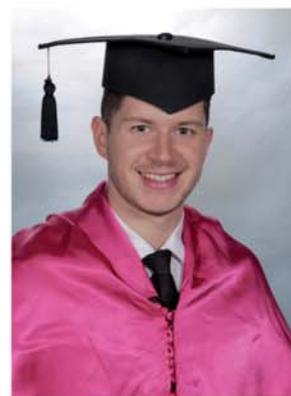
T1: tumor ≤2 cm de diámetro mayor; T2: tumor de 2 a 4 cm de diámetro mayor; PD: pobremente diferenciado; p: probabilidad; *estadísticamente significativo.

Los tumores VPH-positivos tienen un comportamiento biológico diferente al de los VPH-negativos, con **menor influencia del hábito tabáquico** y predilección por localizarse en la **orofaringe**.

CONCLUSIONES

En este estudio, los tumores VPH positivos (VPH+) aparecieron en **pacientes más jóvenes** ($p=0,02$), de **sexo masculino** ($p < 0,001$), con **tamaños tumorales más pequeños** (T1,T2, $p < 0,01$), una **mayor afectación ganglionar** (N+, $p < 0,001$), un **mayor estadio tumoral** ($p < 0,001$), un **menor consumo de tabaco** ($p=0,01$) aunque un **mayor consumo de alcohol** ($p=0,01$) y una **sobreexpresión de la proteína p16** ($p < 0,001$).

MORDIDA CRUZADA ANTERIOR: DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO Y ESTABILIDAD DE LOS RESULTADOS EN PACIENTES EN CRECIMIENTO



INTRODUCCIÓN

La mordida cruzada anterior hace referencia a una anomalía en la oclusión en el plano sagital, donde los dientes antero-superiores se encuentran en una posición lingual respecto a los dientes anteriores mandibulares. El diagnóstico correcto es esencial ya que en función de su etiología: esquelética, funcional o dentaria, el tratamiento será diferente. El tratamiento precoz de la mordida cruzada anterior en pacientes en crecimiento previene el desarrollo de futuras complicaciones.

PRESENTACIÓN DEL CASO

-Varón de 8 años de edad que acude a la Facultad de Odontología por presentar maloclusión en el frente anterior.

-Exploración intraoral (**Fig.1A**): clase II división I derecha incompleta y clase I molar izquierda, con mordida cruzada anterior de los dientes 21 y 31, y recesión gingival con pérdida de cortical externa en 31.

- En relación céntrica se observa retrusión mandibular aumentando la Clase II en ambos lados, esto es debido al componente funcional de la mordida cruzada anterior. Verticalmente hay una sobremordida del 100% y transversalmente no hay alteraciones significativas. Discrepancia óseodentaria : superior de +0.4 e inferior de +6.7.

- Exploración extraoral (**Fig.1B**): simetría facial, proporcionalidad de tercios, perfil convexo.

- Ortopantomografía y TAC (**Fig.1C**): presencia de mesiodens entre incisivos centrales superiores, que produce la alteración de la erupción de los incisivos, y en este caso, la retroinclinación del 21. También se observa la disminución de la tabla ósea vestibular a nivel del 31.

- Cefalometría (**Fig.1D**): clase II esquelética (ANB: 5°), con maxilar y mandíbula hipoplásicos y/o retrognáticos. Retrognatismo de maxilar (SNA: 79,1°) y retrusión de mandíbula (SNB: 74.1°). Patrón mesofacial (SN-GoGn: 28,7°). Posición de IS retruida y en linguoversión (-2.9mm / 18.1°). Posición de II retruido, tanto en posición como inclinación (1.8mm/18.1°). Posición de los labios correcta, superior (LS-LE: 0.6mm), labio inferior normal (LI-LE: -0.5mm).

- Cajetín de Steiner (**Fig.2A**): ilustra la resolución teórica del caso. En fase interceptiva: protrusion del 21 y moderada expansión superior.

En fase final: retracción incisivos superiores/inferiores.

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES: El tratamiento interceptivo de la mordida cruzada anterior debe realizarse de forma temprana para evitar que esta evolucione a un problema óseo de clase III, problemas periodontales o en la ATM, más complicado de tratar.

Los aparatos removibles son capaces de corregir la mordida cruzada anterior en un corto periodo de tiempo, de forma sencilla y económica, siempre que su utilización esté indicada y la motivación y colaboración del paciente sean la adecuada.

Se ha comprobado, que tras una intervención precoz, el tratamiento de segunda fase con aparatología fija multibrackets tiende a simplificarse o reducirse, además, los resultados se mantienen en el tiempo con un desarrollo correcto.

REFERENCIAS

Miyamoto CB, Marques LS, Abreu LG, Paiva SM. Comparison of two early treatment protocols for anterior dental crossbite in the mixed dentition. A randomized trial. *AngleOrthod.* 2018; 88 (2): 144-150.

Borrie F, Bearn D. Early correction of anterior crossbites: a systematic review. *J Orthod.* 2011; 38(3):175-84.

Ulusoy AT, Bodrumlu EH. Management of anterior dental crossbite with removable appliances. *Contemp Clin Dent.* 2013; 4(2):223-6.

Alumno: Juan José Peralta Moreno
Tutor: Bendición Delgado Ramos
Correo: juanjop10@hotmail.com

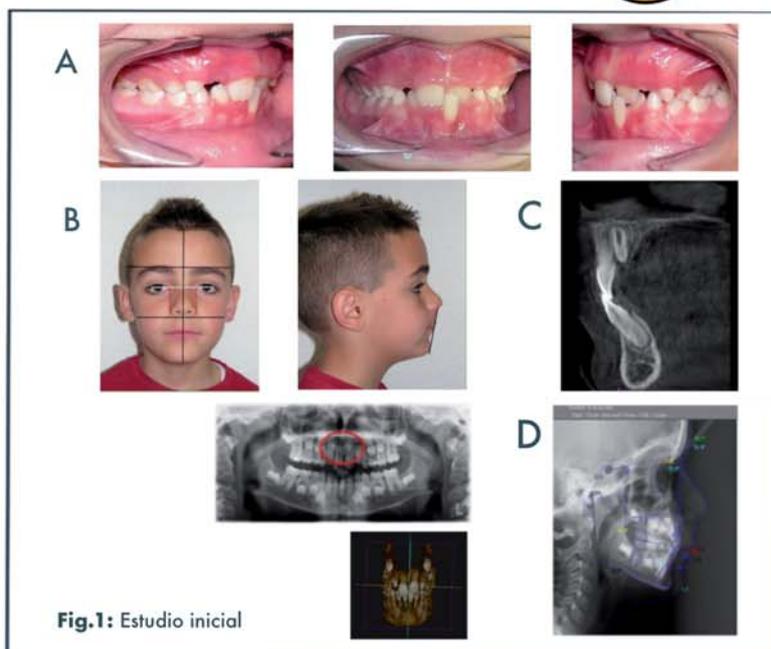


Fig.1: Estudio inicial

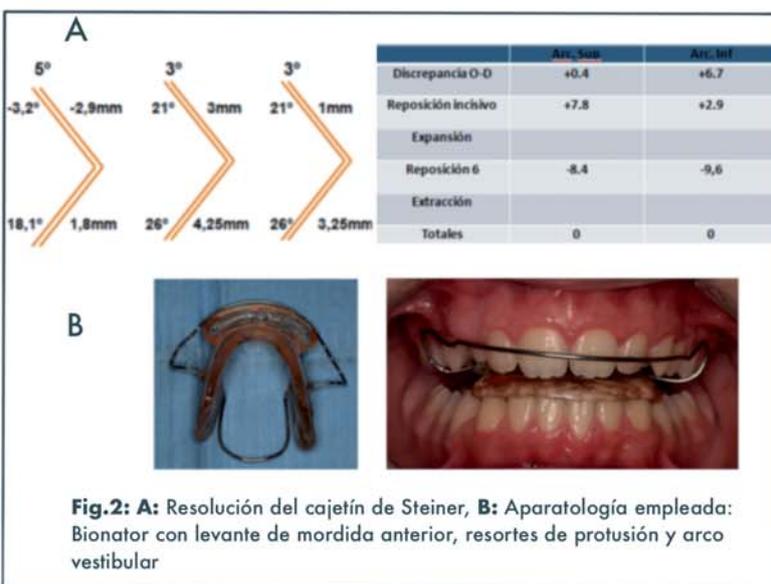


Fig.2: A: Resolución del cajetín de Steiner, B: Aparatología empleada: Bionator con levante de mordida anterior, resortes de protrusión y arco vestibular



Fig.3: Resultados finales

CONOCIMIENTOS Y ACTITUDES SOBRE SOPORTE VITAL BÁSICO EN LOS ESTUDIANTES DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE GRANADA



Alumna: María Olga Peraza González
(maolifapglez@correo.ugr.es)

Tutora: Rocío Barrios Rodríguez

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La parada cardiorrespiratoria se encuentra entre las 10 situaciones de urgencia con mayor incidencia en la clínica dental. Es importante la formación y reciclaje en los conocimientos en soporte vital básico porque el entrenamiento en estas técnicas mejora la eficacia de las maniobras y aumenta la disposición a realizarlas, y porque la técnica de reanimación cardiopulmonar tiende a olvidarse entre 6 meses y un año después del último curso recibido.

El objetivo de este trabajo fue evaluar el nivel de conocimientos sobre Soporte Vital Básico y/o Reanimación Cardiopulmonar en alumnos de 4º y 5º curso del Grado en Odontología de la Universidad de Granada.

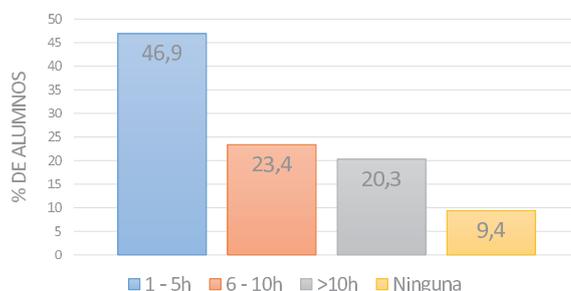
MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevó a cabo un estudio transversal en los estudiantes de 4º y 5º curso del Grado en Odontología mediante un cuestionario de 20 preguntas acerca de la formación y experiencia previa de los estudiantes, la autopercepción acerca de su formación y sus conocimientos en Soporte Vital Básico. Con las respuestas obtenidas se creó una base de datos en el programa Microsoft Office Excel y posteriormente se realizó un análisis estadístico con ayuda del programa SPSS versión 21.

RESULTADOS

La muestra estuvo compuesta por 128 alumnos (60,9% de 4º y 39,1% de 5º). El 89,1% ha realizado una reanimación cardiopulmonar en un maniquí de simulación y el 59,4% se consideran capaces (con su formación actual) de llevar a cabo una reanimación cardiopulmonar ante un paciente con parada cardiorrespiratoria. Casi la mitad de los alumnos le han dedicado entre 1 y 5 horas a la reanimación cardiopulmonar (gráfica 1).

En la Tabla 1 destaca que sólo el 28,1% conoce el porcentaje de reducción de supervivencia de un paciente con parada cardiorrespiratoria por cada minuto sin atención. El porcentaje de aciertos fue mayor en los alumnos que habían cursado la optativa de "Emergencias médicas en Odontología" que entre los que no la habían cursado (Tabla 2), poniéndose de manifiesto que la formación específica en la materia supone un incremento en los conocimientos de los estudiantes.



Gráfica 1. Porcentaje de alumnos según el número de horas que han dedicado a la reanimación cardiopulmonar.

Tabla 1. Porcentaje de aciertos en las preguntas menos conocidas por los estudiantes.

Saben...	% de aciertos
el % de reducción de supervivencia de un paciente con PCR por cada minuto sin atención	28,1
cuál debe ser el tiempo empleado durante la comprobación de la ventilación en la maniobra "ver, oír, sentir"	37,5
cuándo hay que comenzar con las compresiones/ventilaciones en una persona con PCR	60,9
que la RCP de calidad se consigue cuando realizamos el masaje cardiaco en el centro del pecho a una frecuencia de 100-120 compresiones/minuto a una profundidad de 5-6 cm	45,3
identificar los pasos a seguir para el buen funcionamiento de un DESA	57,8
identificar la colocación de los parches de un DESA en un adulto	60,9
actuar ante la presencia de una persona que parece se está atragantando y que puede respirar	50,8

Tabla 2. Análisis de la formación específica en Soporte Vital Básico de los alumnos según hayan cursado/estén cursando o no la asignatura optativa.

Pregunta	Cursado optativa n (%)	No cursado optativa	p
C1: "% de reducción de supervivencia de un paciente con PCR por cada minuto sin atención"	26 (28,3) 28 (77,8)*	66 (71,7) 8 (22,2)*	p < 0,001
C2: "número de teléfono de emergencias sanitarias en la UE"	10 (41,7) 44 (42,3)*	14 (58,3) 60 (57,7)*	p = 0,954
C4: "maniobra frente - mentón"	5 (27,8) 49 (44,5)*	13 (72,2) 61 (55,5)*	p = 0,182
C5: "tiempo empleado durante la comprobación de la ventilación en la maniobra "ver, oír, sentir""	28 (35,0) 26 (54,2)*	52 (65,0) 22 (45,8)*	p = 0,034
C13: "maniobra de Heimlich"	8 (44,4) 46 (41,8)*	10 (55,6) 64 (58,2)*	p = 0,834

*Número de personas que contestó correctamente

CONCLUSIONES

Este estudio revela cierta carencia en conocimientos sobre Soporte Vital Básico por parte de los estudiantes de 4º y 5º curso. En este sentido, sería conveniente que en el 1º curso se introdujera como obligatoria la asignatura que actualmente se imparte como optativa en el 3º curso, "Emergencias médicas en Odontología", y que en los cursos sucesivos se realice un seminario de recuerdo de los conocimientos adquiridos.



BRUXISMO Y DOLOR OROFACIAL. LA IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO



ALUMNO: Pitto Robles, José Luis (jlpittorobles@gmail.com) TUTOR: Del Castillo Salmerón, Ramón

INTRODUCCIÓN

La evidencia científica disponible va confirmando algunos aspectos de la asociación entre bruxismo y dolor orofacial. También pone en entredicho que el bruxismo sea causa directa del dolor, y por lo tanto, estrategias para tratar esta parafunción no sean las más convenientes para los pacientes que muestran ambas condiciones.

MATERIALES Y MÉTODOS

Esta revisión bibliográfica se ha realizado en las bases de datos Scopus y PubMed, usando como palabras clave: bruxismo, dolor orofacial, diagnóstico y tratamiento.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

- **BRUXISMO:** el bruxismo puede definirse como "una actividad repetitiva de los músculos de la mandíbula caracterizada por apretar o rechinar los dientes y/o empujar la mandíbula"⁽¹⁾. El bruxismo tiene 2 manifestaciones circadianas distintas: puede ocurrir durante el sueño (indicado como bruxismo del sueño [SB]) o durante la vigilia (indicado como bruxismo diurno [AB])⁽¹⁾

- **DOLOR OROFACIAL:** el término "dolor orofacial" (DO) se refiere al dolor relacionado con los tejidos blandos y duros de cabeza, cara, cavidad oral y cuello⁽²⁾. La evidencia científica cuestiona la relación directa entre bruxismo y dolor orofacial pero confirma que existe asociación entre ambas de una manera bidireccional.

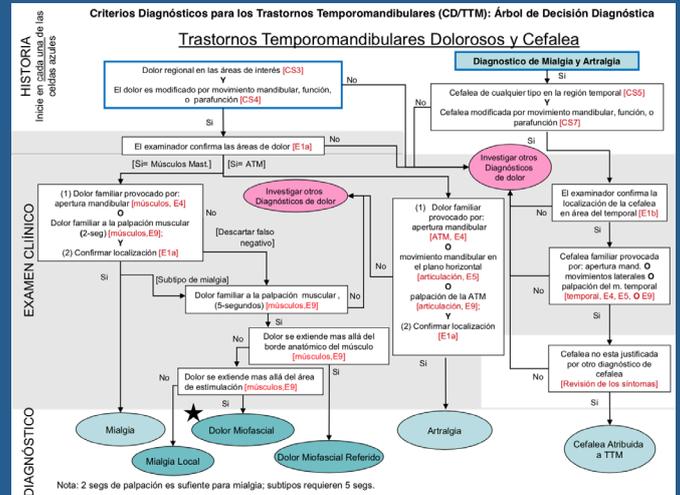


Gráfico 1a: diagnóstico trastornos ATM dolorosos y cefalea

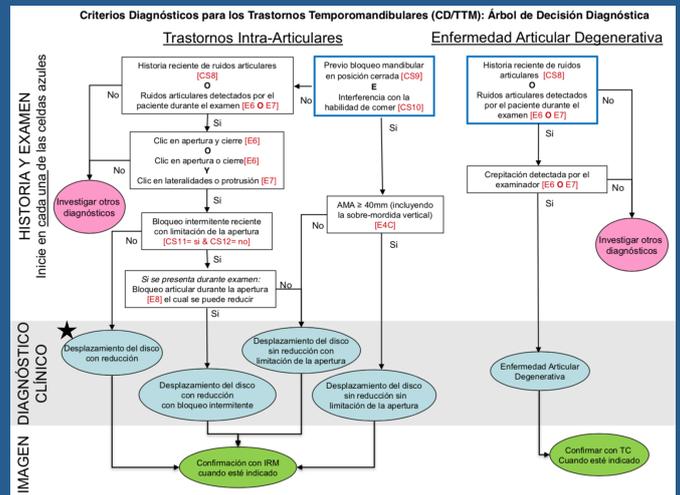
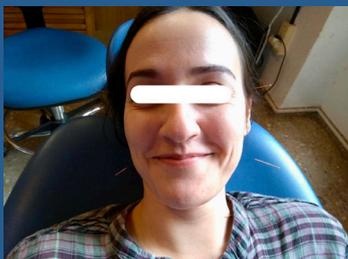


Gráfico 1b: diagnóstico trastornos articulares



Fotografía 1: punción seca en m. maseteros y temporales



Fotografía 2: punción húmeda en m. esternocleidomastoideo

DIAGNÓSTICO

Contamos con unos criterios, cuestionarios y protocolos diagnósticos propuestos por Ohrbach R et al. (3) para proceder al diagnóstico de las diferentes entidades dentro de los trastornos temporomandibulares. La evaluación y diagnóstico del DO son procesos complejos, multifactoriales y multidisciplinares.

TRATAMIENTO

El tratamiento va dirigido a tratar los Puntos Gatillo, que son la principal característica clínica del dolor miofascial presente en el bruxismo. El enfoque debe ser multidisciplinar y contamos con diversas opciones terapéuticas: - Fisioterapia, punción seca y húmeda, láser de baja potencia y farmacoterapia

BIBLIOGRAFÍA

1. Lobbezoo F, Ahlberg J, Glaros AG, et al. Bruxism defined and graded: an international consensus. J Oral Rehabil 2013;40(1):2-4.
2. Selvaratnam PJ, Niere K, Zuluaga M 2009 Headache, Orofacial Pain and Bruxism Churchill Livingstone, Elsevier, Edinburgh
3. Ohrbach R, editor. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders: Assessment Instruments. Version 15May2016. Criterios Diagnósticos para Trastornos Temporomandibulares: Instrumentos de Evaluación: Español, Versión 25May2016: Gonzalez Y, Castrillón E, Oyazro JF, Espinoza de Santillana I, Ortiz F, Velasco Neri J, Leyva E Trans. www.rdc-tmdinternational.org

Técnica quirúrgica abierta *versus* cerrada en el tratamiento de caninos incluidos por palatino .



Alumna :Cristina Ramón Carrión
Tutora: M^a Bendición Delgado Ramos



cristinarc96@correo.ugr.es

INTRODUCCIÓN

El canino superior es el segundo diente que con más frecuencia se desvía de su trayectoria eruptiva. La mayoría de las veces lo hace hacia palatino(CDP). La importancia que tiene en la oclusión y estética facial hacen necesario su tratamiento. El **objetivo** de este trabajo fue comparar la efectividad de las técnicas quirúrgicas abierta y cerrada en el tratamiento de caninos incluidos por palatino.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda en PubMed de artículos sobre el **tratamiento quirúrgico de los caninos incluidos por palatino** utilizando el término del Medical Subjects Headings (MeSH): "*cuspid/surgery*". Tras la aplicación de los distintos criterios de inclusión y exclusión, **10 artículos** fueron incluidos en esta revisión (figura 1).

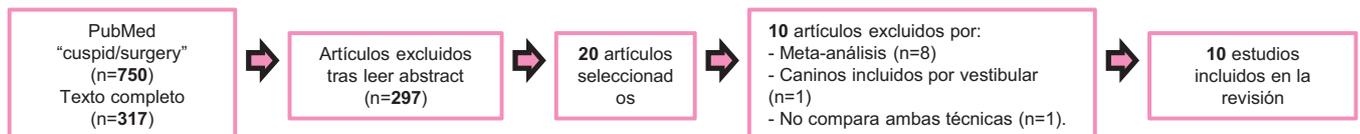


Figura 1.- Diagrama de flujo con la selección de estudios.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Debido al debate que suscita **la elección de una técnica u otra en el tratamiento de caninos incluidos por palatino**, se comparó la eficacia de técnica abierta y técnica cerrada atendiendo a una serie de variables que se muestran en la **tabla 1**. Un total de 709 pacientes con una edad media de 15,8 años y distribución por sexos de 67,4% mujeres y 32,6% varones **fueron tratados con técnica abierta**, que consiste en la exposición quirúrgica de la corona y erupción espontánea previa a la tracción **o técnica cerrada** en la que igualmente se realiza la exposición quirúrgica, colocando posteriormente un aditamento ortodóncico previo al reposicionamiento de tejidos. En la técnica cerrada la tracción comienza inmediatamente.

Tabla 1. Características descriptivas de los 10 artículos incluidos en este estudio.

Autor, Año	Muestra	Conclusiones
Iramaneerat, 1998	Abi: 25 (8V;17M) \bar{X} =13,9 a Cer: 25 (8V;17M) \bar{X} =13,5 a	Similar duración tratamiento ortodóncico.
Gharaibeth, 2008	Abi: 16 (2V;14M) \bar{X} =17,3 a Cer: 16 (2V;14M) \bar{X} =17,06 a	< tiempo de cirugía técnica abierta. Mejor recuperación técnica cerrada.
Parkin, 2012	Abi: 40 (13V;27M) \bar{X} =14,3 a Cer: 41 (16V;25M) \bar{X} =14,1 a	Similar duración cirugía y dolor postoperatorio. > porcentaje fracasos técnica abierta.
Smailiene, 2013	Abi: 22, \bar{X} =15,5 a Cer: 21, \bar{X} =16,2 a	Sin diferencias periodontales con ambas técnicas Tiempo de extrusión canina < con la técnica abierta.
Smailiene, 2013	Abi: 22, \bar{X} =18,6 a Cer: 21, \bar{X} =19,7 a	Sin diferencias en los hallazgos periodontales ni apariencia estética.
Koutzoglou, 2013	Abi: 57 (26V;31M) \bar{X} =14 a Cer: 62 (18V;44M) \bar{X} =14,3 a	Mayor anquilosis con la técnica cerrada.
Parkin, 2013	Abi: 40 (13V;27M) \bar{X} =14,3 a Cer: 41 (16V;25M) \bar{X} =14,1 a	Sin diferencias en los hallazgos periodontales .
Parkin, 2015	Abi: 40 (13V;27M) \bar{X} =14,3 a Cer: 41 (16V;25M) \bar{X} =14,1 a	Sin diferencias en la apariencia estética.
Naoumova, 2018	Abi: 30 (12V;18M) \bar{X} =14 a Cer: 30 (10V;20M) \bar{X} =13,9 a	< tiempo de tratamiento con técnica abierta. Elección de la técnica quirúrgica según criterio ortodoncista.
Björksved, 2018	Abi: 59 (24V;35M) \bar{X} =13,3 a Cer: 60 (20V;40M) \bar{X} =13,5 a	Similar duración tratamiento ortodóncico. Más dolor postoperatorio y complicaciones casos bilaterales.

Abi: técnica quirúrgica abierta; **Cer:** técnica quirúrgica cerrada; **V:** varones; **M:** mujeres; **\bar{X} :** edad media; **a:** años.

- No se encontraron diferencias significativas entre una técnica u otra: para los **hallazgos estéticos, periodontales, el tiempo de erupción o de cirugía**.
- La técnica abierta presentó una recuperación más lenta del dolor y un mayor número de complicaciones.

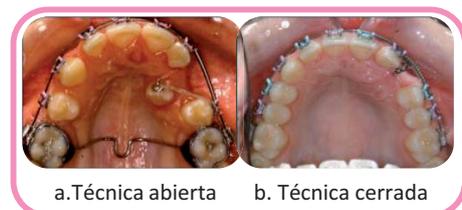


Figura 2. Detalle de las técnicas quirúrgicas para el tratamiento de caninos incluido. Imagen tomada de Parkin et al, 2013.

CONCLUSIONES

No existen **evidencias** de que **una técnica sea mejor que la otra**. Su elección está supeditada al criterio del ortodoncista.

GUÍA CLÍNICA PARA EL TRATAMIENTO DE LA PERIIMPLANTITIS.

“Árbol de decisión”

TFG-Odontología-UGR-Junio-2019

Alumno: Redondo Hernández, Ramón. (rredondo@correo.ugr.es)

Tutor: Rosales Leal, Juan Ignacio.



Introducción:

Las enfermedades periimplantarias son procesos inflamatorios en los tejidos que rodean a los implantes osteointegrados, causadas por la presencia de un biofilm. Además, son la principal causa de fracaso implantario.

Objetivos:

Elaborar una Guía Clínica que permita diagnosticar el grado de afectación periimplantaria y escoger la opción de tratamiento más oportuna según la evidencia científica.

Periimplantitis

Grado 0

- Ligera inflamación con sangrado espontáneo.
- Sin bolsa periimplantaria.
- Sin movilidad y sin signos de pérdida ósea.

- Higiene oral adecuada y uso de colutorio gel-clorhexidina.
- Revisión de la prótesis.
- Citas periódicas más frecuentes.

Grado 1

- Inflamación con exudado y sangrado al sondaje.
- Bolsa periimplantaria, profundidad > 4 mm.
- Sin movilidad y sin signos de pérdida ósea.

- Tratamiento como en el Grado 0, además:
- Detoxificación de superficies.
- Lavar con antibiótico.
- Realizar técnicas de gingivoplastia.

Grado 2

- Dolor regional con supuración y sangrado espontáneo o al sondaje.
- Bolsa periimplantaria, profundidad > 4 mm.
- Sin movilidad y con signos de pérdida ósea.

- Tratamiento como en los Grados 0 y 1, además:
- Antibióticos por vía general o sistémica si la pérdida ósea es <2 mm.
 - Descontaminación del implante y tejidos.
 - Regeneración ósea guiada si la pérdida ósea es >2 mm.

Grado 3

- Dolor regional con supuración y sangrado espontáneo o al sondaje.
- Bolsa periimplantaria, profundidad >4 mm.
- Movilidad y signos de pérdida ósea.

- Tratamiento:
- Retirada del implante.
 - Regeneración ósea con injertos y membranas.
 - Nuevo implante o reorientar el caso a otro tipo de tratamiento sin implantes.

Grado -1

- Pérdida espontánea o retirada del implante al mínimo esfuerzo.

- Tratamiento como en el Grado 3.

Grado -2

- Pérdida precoz de un implante que sustituyó a otro previamente fracasado.

- Dejar en reposo los tejidos, 2-12 semanas.
- Recuperar la pérdida ósea y gingival.
- Contraindicado intentar colocar otro implante.
- Reorientar el caso a prótesis fija sin implantes o removible.

Conclusiones:

- La prevención es el mejor tratamiento.
- Realizar diagnóstico precoz para evitar complicaciones.
- Los mejores resultados se obtienen combinando tratamientos.
- Es necesario un posterior control del implante.

Bibliografía.

1. Al-Sabbagh M, Shaddox L. Is Peri-implantitis Curable? Dent Clin N Am. 2019; 63: 547-566.
2. Lang N, Salvi G, Scuelan A. Nonsurgical therapy for theet and implants-When and why? Periodontal 2000. 2019; 79 (1): 15-21.
3. Sánchez Salmerón J. Atlas clínico de periimplantitis: nuevo enfoque diagnóstico, clínico y tratamiento. 1st ed. Valencia: LISERMED; 2014. P. 7-95.
4. Anitua Aldecoa E. Periimplantitis. 1st ed. [Vitoria-Gasteiz, Álava]: Team Work Media España; 2014. p. 57-60.
5. Segura Andrés G, Gil Pulido R, Vicente González F, Ferreiroa Navarro A, Faus López J, Agustín Panadero R. Periimplantitis y mucositis periimplantaria. Factores de riesgo, diagnóstico y tratamiento. Av Periodon Implantol. 2015; 27, 1: 25-36.

Alumna : Silvia Reyes Guerra.
Tutor : Juan Carlos Llodra Calvo.
silviareyesguerra@hotmail.com



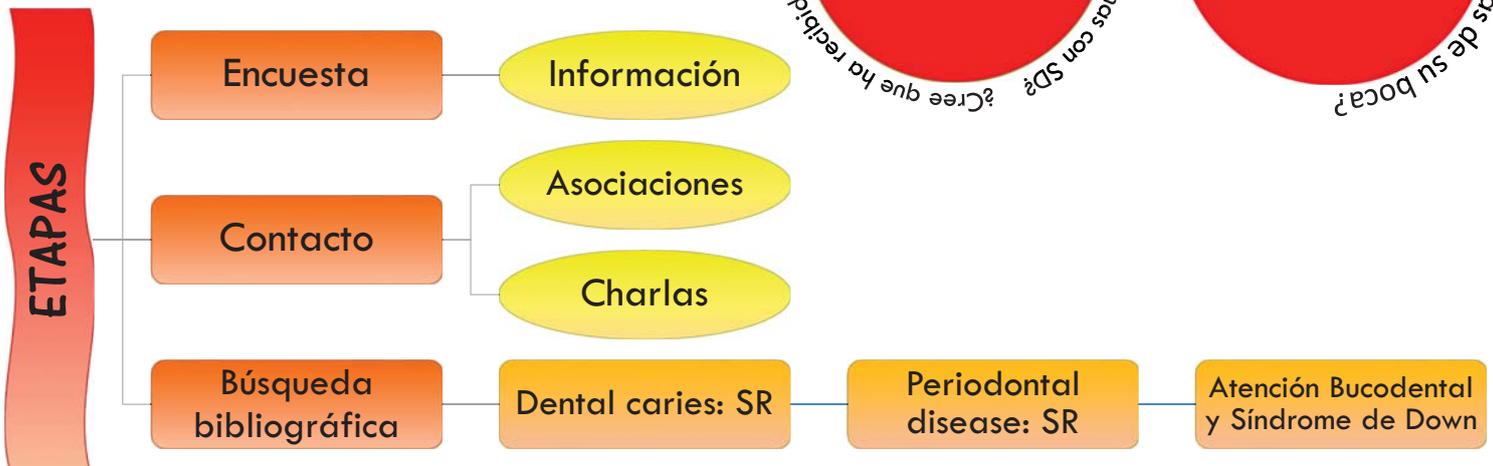
INTRODUCCION:

El Síndrome de Down es uno de los trastornos genéticos más comunes, provocado por una alteración cromosómica. Cuenta con características inherentes que han de tenerse en cuenta para conseguir y mantener un buen estado de salud oral y general.

OBJETIVOS:

Elaborar una guía clínica de higiene y salud bucodental dirigida a padres y personal asistencial de personas con Síndrome de Down basada en la evidencia científica actual.

MATERIAL, MÉTODOS Y RESULTADOS:



CONCLUSIONES:

Hemos elaborado una guía completa, variada y específica que responde a las principales necesidades de las personas con Síndrome de Down.



BIBLIOGRAFÍA:

1. Moreira MJ, Schwertner C, Jardim JJ, Hashizume LN. Dental caries in individuals with Down syndrome: a systematic review. Int J Paediatr Dent. 2016; 26:3-12.
2. Scalioni FAR, Carrada CF, Martins CC, Ribeiro RA, Paiva SM. Periodontal disease in patients with Down syndrome: A systematic review. J Am Dent Assoc. 2018; 149:628-639.
3. Doriguetto PVT, Carrada CF, Scalioni FAR, Abreu LG, Devito KL, Paiva SM, Ribeiro RA. Malocclusion in children and adolescents with Down syndrome: A systematic review and meta-analysis. Int J Paediatr Dent. 2019.
4. Down's Syndrome Association. Oral health care for children. 2018. www.downs-síndrome.org.uk
5. Mayoral Trías MA, Blanco Delgado J, López Jiménez J, Silvestre Donat FJ, Borrel Martínez. Atención Bucodental y Síndrome de Down. www.sindromedown.net

Factores predictores de la osteonecrosis de los maxilares asociada a fármacos (ONMAF)

Irene Rodríguez Soriano¹, Alberto Rodríguez-Archilla²

¹Alumna del TFG ireners_96@hotmail.com; ²Tutor del TFG. Grado en Odontología.



INTRODUCCIÓN

La osteonecrosis de los maxilares asociada a fármacos (ONMAF) es una complicación grave del tratamiento farmacológico de pacientes con cáncer o con osteoporosis. Entre los posibles factores desencadenantes orales destacan los **procedimientos dentales traumáticos**. El objetivo de este trabajo fue analizar los posibles factores predictores relacionados con la ONMAF.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda de estudios sobre tratamiento de la halitosis en las siguientes bases de datos: **PubMed** (MEDLINE, Cochrane Library), **Google Académico** y base de datos de Información y Documentación de la Ciencia en España (**ÍNDICES-CSIC**) que incluye el índice médico español (IME). Para el metaanálisis, los datos fueron procesados con el **programa RevMan 5.3** (The Cochrane Collaboration, Oxford, UK). Para las variables continuas se utilizó el **inverso de la varianza (IV)** para la **diferencia de medias (DM)** con intervalos de confianza del 95% (**IC95%**). La heterogeneidad fue determinada según los valores de P y del estadístico de Higgins (I^2). En casos de heterogeneidad elevada se aplicó el modelo de efectos aleatorios (random-effects). Se consideró como nivel mínimo de significación un valor de $p < 0,05$. Tras la aplicación de los diferentes filtros, se incluyeron **25 estudios en el meta-análisis** (figura 1).

("osteonecrosis" OR "bisphosphonate associated osteonecrosis of the jaw") AND "jaw" AND "risk factors"
PubMed, Google Académico, ÍNDICES-CSIC (n=210)

• Tipo de estudios (clínicos, comparativos, de evaluación, multicéntricos, observacionales, ensayos clínicos, meta-análisis, revisiones sistemáticas). • Estudios a texto completo. (n=94)

69 artículos excluidos por:
• Sin grupo control sin ONMAF (n=46).
• sin datos utilizables (n=23).

25 estudios incluidos en el meta-análisis

Figura 1.- Diagrama de flujo con la selección de estudios.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El análisis de los principales factores de riesgo relacionados con la osteonecrosis de los maxilares asociada a fármacos (ONMAF) se exponen en la **tabla 1**.

Tabla 1. Análisis de los distintos factores de riesgo en pacientes con osteonecrosis de los maxilares asociadas a fármacos (ONMAF).

Factor	n	Valor	DM ^a /OR	[IC95%]	I ² (%)	p
Edad	20	↑ edad	1,87 ^a	[0,50 a 3,24]	70%	<0,01*
Sexo	19	Mujeres	1,23	[1,04 a 1,45]	37%	0,01*
Vía administración	15	IV-IM	4,03	[1,10 a 14,72]	64%	0,04*
Corticosteroides	12	Sí	0,84	[0,42 a 1,66]	88%	0,61
Anti-angiogénicos	5	Sí	0,85	[0,40 a 1,81]	61%	0,67
Exodoncia	8	Sí	6,85	[4,21 a 11,16]	65%	<0,001*
Tto. periodontal	5	Sí	0,97	[0,51 a 1,84]	83%	0,92
Prótesis removable	5	Sí	0,96	[0,57 a 1,64]	0%	0,89
Tabaco	7	Sí	1,76	[1,13 a 2,75]	0%	0,01*
Diabetes mellitus	12	Sí	1,78	[0,93 a 3,41]	90%	0,08

n: número de estudios; DM^a: Diferencia de medias; OR: Odds ratio; [IC95%]: Intervalo de confianza al 95%; I² (%): Índice de heterogeneidad; p: probabilidad; *estadísticamente significativo; IV-IM: vía intravenosa o intramuscular.

Los resultados de este meta-análisis deben ser interpretados **con cautela** debido a la **alta heterogeneidad** de algunos de los estudios incluidos en el mismo. Las diferencias entre estudios pueden estar condicionadas por el tipo de diseño, los métodos de recogida de información, los diferentes análisis utilizados o las características propias de las poblaciones de estudio.

CONCLUSIONES

En este meta-análisis, presentaron osteonecrosis de los maxilares asociada a fármacos (**ONMAF**), el **15,1%** de los pacientes tratados por **vía IV-IM** y el **0,7%** tratados por **vía oral**. Los factores de riesgo relacionados con la ONMAF fueron: la **administración IV-IM** del fármaco (OR: 4,03), una **mayor edad** (DM: 1,87), el **sexo femenino** (OR: 1,23), el **consumo de tabaco** (OR: 1,76) y la **exodoncia** como antecedente dental (OR: 6,85). **No tuvieron influencia** significativa la ingesta de **corticosteroides** o **anti-angiogénicos**, el **tratamiento periodontal**, ser **portador de prótesis dental** o ser **diabético**.

MANIFESTACIONES ORALES ASOCIADAS A LA INGESTA DE ANTICONCEPTIVOS

M^a Ángeles Rodríguez Torres¹, Alberto Rodríguez-Archilla²

¹Alumna del TFG, maria_261996@hotmail.com; ²Tutor del TFG. Grado en Odontología

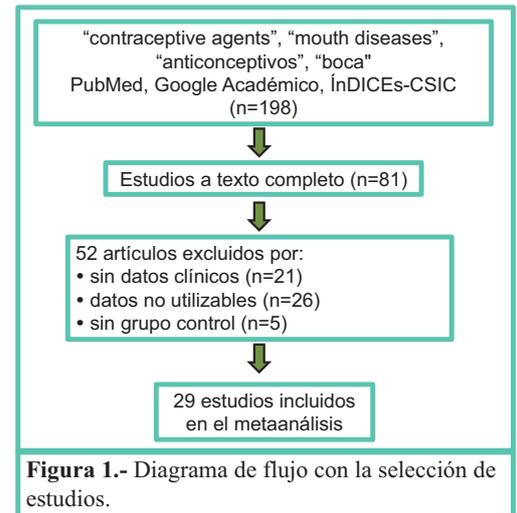


INTRODUCCIÓN

A nivel oral, la toma de anticonceptivos orales se ha relacionado con una mayor incidencia de las **enfermedades periodontales** y de la **osteítis alveolar**, la principal complicación postoperatoria de la extracción dental. El objetivo de este trabajo fue analizar los posibles efectos de la ingesta de anticonceptivos orales (AO) sobre los tejidos orales.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda de estudios sobre toma de anticonceptivos orales y enfermedades orales en las siguientes bases de datos: **PubMed** (MEDLINE, Cochrane Library), **Google Académico** y base de datos de Información y Documentación de la Ciencia en España (**ÍNDICES-CSIC**) que incluye el índice médico español (IME). Para el metaanálisis, los datos fueron procesados con el **programa RevMan 5.3** (The Cochrane Collaboration, Oxford, UK). Para las variables dicotómicas se utilizó la **odds ratio (OR)** con la fórmula del **Chi cuadrado de Haenszel-Mantel (HM)** y, para las continuas, el **inverso de la varianza (IV)** para la **diferencia de medias (DM)**, ambas con intervalos de confianza del 95% (**IC95%**). La heterogeneidad fue determinada según los valores de P y del estadístico de Higgins (**I²**). En casos de heterogeneidad elevada se aplicó el modelo de efectos aleatorios (random-effects). Se consideró como nivel mínimo de significación un valor de $p < 0,05$. Tras la aplicación de los diferentes filtros, se incluyeron **16 estudios en el metaanálisis** (figura 1).



RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En la tabla 1 se muestra los principales **factores de riesgo** relacionados con el desarrollo de **osteítis alveolar**.

Tabla 1. Factores relacionados con el riesgo de osteítis alveolar.

Factor	n	Valor referencia	OR	[IC95%]	I ² (%)	p
Ingesta de AO	23	Sí	2,32	[1,96 a 2,74]	23%	<0,001*
Sexo	18	Femenino	1,44	[1,13 a 1,84]	59%	<0,01*

AO: anticonceptivos orales; **n:** número de estudios; **OR:** Odds Ratio; **[IC95%]:** Intervalo de confianza al 95%; **I² (%):** Índice de heterogeneidad; **p:** probabilidad; *estadísticamente significativo.

La tabla 2 presenta la **influencia** de la ingesta de **anticonceptivos orales** sobre los **parámetros periodontales**.

Tabla 2. Análisis de los parámetros periodontales en función de la ingesta de anticonceptivos orales (AO).

Factor	n	Valor referencia	DM	[IC95%]	I ² (%)	p
Índice de placa	3	↑ AO	0,02	[-0,15 a 0,20]	41%	0,79
Índice gingival	3	↑ AO	1,00	[-0,23 a 2,22]	100%	0,11
Sangrado al sondaje	2	↑ AO	20,22	[7,44 a 33,00]	77%	<0,01*
Profundidad al sondaje	5	↑ AO	0,19	[-0,03 a 0,40]	100%	0,08
Pérdida de inserción clínica	6	↑ AO	0,16	[0,01 a 0,30]	100%	0,03*

n: número de estudios; **DM:** Diferencia de medias; **[IC95%]:** Intervalo de confianza al 95%; **I² (%):** Índice de heterogeneidad; **p:** probabilidad; **↑ AO:** mayor en mujeres que tomaban anticonceptivos orales; *estadísticamente significativo.

Los resultados de este meta-análisis deben ser **interpretados con cautela** debido a la **alta heterogeneidad** de los estudios incluidos en el mismo y a las diferencias en los resultados individuales de cada uno de ellos condicionados por diversas causas.

CONCLUSIONES

En este meta-análisis, los factores de **mayor riesgo** de osteítis alveolar fueron: la **ingesta de anticonceptivos orales** (OR: 2,32) y el **ser mujer** (OR: 1,44). La ingesta de anticonceptivos orales **influyó significativamente** sobre un mayor **sangrado al sondaje** (BOP, $p < 0,01$) y una mayor **pérdida de inserción clínica** (CAL, $p = 0,03$). Por el contrario, **no tuvo influencia** sobre otros parámetros periodontales como el **índice de placa** (PI), el **índice gingival** (GI) o la **profundidad al sondaje** (PD).



ANSIEDAD Y SALUD ORAL

RESULTADOS.

AUTOR	Nª PACIENTES	MARCADOR SALUD	RESULTADOS
McGrath & Bedi 2003	3000	OHRQoL (oral health-related quality of life)	Pacientes con niveles altos de ansiedad dental (DAS \geq 15) tuvieron el doble de posibilidad de estar entre los que tenían un OHRQoL más
Kisely et al, 2016	Metaanálisis 26 estudios	DMF-T	Mayor número de caries y dientes perdidos. No asociación con enfermedad periodontal.

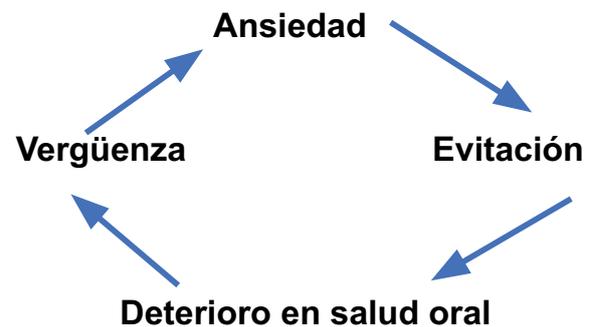


Fig 1. Círculo vicioso de ansiedad dental por Berggren

DISCUSIÓN.

El comportamiento de un paciente afecta al tratamiento que éste reciba, al igual que una enfermedad puede afectar a su comportamiento y es por ello que los pacientes con ansiedad dental padecen consecuencias negativas en su salud oral. Para analizar las repercusiones a nivel de la salud oral pueden tenerse en cuenta diferentes marcadores como el OHRQoL, el cual en todos los resultados se veía disminuido, o el DMFT donde todos afirmaban la mayor presencia de caries y dientes ausentes, no pudiendo afirmarse con certeza la mayor presencia de obturaciones.

CONCLUSIONES.

La ansiedad se caracteriza por el rechazo al tratamiento dental, por lo que estos pacientes tienen una salud oral disminuida y además presentan más hábitos nocivos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Wide Boman, U, Lundgren, J, Berggren, U, Carlsson, SG. Psychosocial and dental factors in the maintenance of severe dental fear. *Swed Dent J* 2010; 34: 121– 127
2. McGrath, C., Bedi, R. (2004), The association between dental anxiety and oral health-related quality of life in Britain. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, 32: 67-72.
3. Kisely, S., Sawyer, E., Siskind, D., Lalloo, R. (2016). The oral health of people with anxiety and depressive disorders – a systematic review and meta-analysis. *Journal of Affective Disorders*, 200, 119-132.



Universidad de Granada

Estudio Clínico de un paciente tratado con Amelogeninas (EMDOGAIN®): A propósito de un caso



Alumno: Andrés Rubio Palomino. (tiburon@correo.ugr.es)
Tutor: Maximino González Jaranay Ruiz.

TFG -Odontología U.G.R- Junio 2019

INTRODUCCIÓN

Tradicionalmente las técnicas de injertos óseos y de regeneración tisular guiada (R.T.G.) han sido las más utilizadas como "materiales promotores de regeneración". Sin embargo, la variabilidad de los resultados clínicos y las dificultades técnicas, han fomentado un creciente interés en la posibilidad de modular el proceso de curación de las heridas periodontales utilizando mediadores biológicos.

Objetivo de este trabajo:

Realizar una descripción y seguimiento del tratamiento de una paciente con patología periodontal cuestionable con recesiones y defectos óseos y ver el resultado que se obtiene utilizando un material que por sus características es "promotor de regeneración" (Emdogain®).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

-En el caso que presentamos hemos obtenido:

- Una ganancia de inserción clínica del 37% en 31 y del 38% en 41.
- Un porcentaje de recubrimiento radicular del 25% en 31 y del 50% en 41.

-**Radiográficamente** hemos podido observar una mejoría del defecto, si bien somos conscientes de las limitaciones de la técnica radiográfica utilizada.

-**Macroscópicamente** la mejoría estética y funcional obtenida la consideramos aceptable pues se consigue mayor recubrimiento radicular y aumento de grosor y queratinización de la encía obtenida, haciéndola más resistente a los procesos inflamatorios y mecánicos frecuentes en la zona. Consideramos que indicar una placa de descarga es necesario pues además de ayudarnos a corregir el hábito de onicofagia y prevenir desgastes oclusales, su Bruxismo es causa etiológica de la aparición de las recesiones y defecto óseo que padece la paciente. Estos resultados coinciden con otros estudios clínicos en los cuales el uso de **amelogeninas** ayudan a la regeneración completa periodontal y favorece los resultados estéticos en pacientes con recesiones.



Figura 3: Resultados del tratamiento.

CONCLUSIÓN

Emdogain® obtiene mejores resultados que la cirugía convencional reparadora en todos los parámetros clínicos.

REFERENCIAS

1. Tonetti, M.S.; Cortellini, P. Focus on intrabony defects: guided tissue regeneration. *Periodontology* 2000 (22): 104-132.
2. Pilloni, A.; Paolantonio, M.; Camargo, P.M. Root coverage with a coronally positioned flap used in combination with enamel matrix derivative: 18-month clinical evaluation. *Journal of Clinical Periodontology*. 2006 Dec;77(12):2031-9.
3. Pousa, X.; Rodríguez, C.; Pasto, F.; Rodrigo, D. Emdogain: Últimos avances en regeneración periodontal. *Avances en Periodoncia e Implantología Oral*. 2005; 17, 1: 229-233.
4. World Workshop in Periodontology: The American Academy of Periodontology. *Ann Periodontol* 1996;1:618-670. **External Resources** [PubMed/ Medline \(NLM\)](#).
5. Gestreluis, S.; Andersson, C.; Lidstrom, D.; Hammarstrom, L.; Somerman, M. In vitro studies on periodontal ligament cells and enamel matrix derivative. *Journal of Clinical Periodontology*. 1997 Sep;24(9 Pt 2):685-92.

CASO CLÍNICO

Mujer de 31 años de edad, fumadora que acude a la clínica del Máster de Periodoncia e Implantes de la U.G.R porque "se ve los dientes largos".

DIAGNÓSTICO

Basándonos en su historia y exploración clínica y radiográfica, diagnosticamos que la paciente padece una periodontitis estadio III subtipo B con recesiones tipo III de Miller en diente 31 (de 3 mm) y tipo II en diente 41 (de 2mm) y un defecto óseo vertical en 31. También y así lo demuestran sus facetas de desgaste, la paciente es Bruxista, viéndose este proceso agravado por la onicofagia que la paciente nos dice en su historia clínica que tiene como hábito.



Figura 1.: Aspecto y pruebas diagnosticas antes del tratamiento.

PLAN DE TRATAMIENTO

1. Fase Inicial y Desinflamatoria.

- Enseñanza de técnicas de higiene y motivación.
- Raspado y alisado radicular.
- Ajuste oclusal.

2. Reevaluación Prequirúrgica.

- Control de la fase anterior.
- Preparación de cirugía.

3. Fase Quirúrgica.

- Técnica descrita por Zuchelli.
- Ferulización 5º sextante, para estabilizar los dientes a tratar.
- Para conseguir RTG y mejor cobertura radicular se utilizó un material «Promotor de Regeneración» (A.A.P.) como es **Emdogain®** (compuesto por 90% amelogeninas, 10% nonamelogeninas y otras proteínas séricas, capaces de conseguir una regeneración periodontal completa con mecanismos diferentes pero con resultados clínicos similares que las que se obtienen con técnicas de membranas).



Figura 2. Resumen Técnica quirúrgica.

EFECTO DEL PH, CAPACIDAD ÁCIDA Y TIEMPO DE EXPOSICIÓN DE DIFERENTES BEBIDAS EN LA COMPOSICIÓN QUÍMICA DEL ESMALTE



ALUMNA: Rita Isabel Rueda Aldecoa (rrueda95@correo.ugr.es)
TUTORAS: Cristina Benavides Reyes / María Paloma González Rodríguez



INTRODUCCIÓN

La erosión dental es la pérdida de tejido dentario causada por agentes químicos cuyo pH es inferior a 5,5. Existe una relación directa entre el consumo excesivo de estos refrescos y la erosión dental. Los objetivos de este estudio fueron: 1. Análisis del pH y capacidad ácida de Coca-Cola, Coca-Cola Light, Fanta de limón, Nestea, Red Bull, Heineken 0.0, Alhambra especial, Aquarius, Burn, Tónica, Zumo de naranja, 7up y agua destilada; y 2. Comparación química de los efectos de Coca-Cola, Coca-Cola Light, Fanta, Nestea, Red Bull y agua destilada a diferentes tiempos de exposición en esmalte humano.

MATERIAL Y MÉTODOS

Trece bebidas de consumo habitual fueron seleccionadas para analizar su pH y capacidad ácida mediante titración. Para ello, seis muestras de 100ml de cada bebida fueron tituladas con 1N NaOH a velocidad constante hasta aumentar el pH a 10. Las raíces de incisivos centrales humanos fueron eliminadas 2mm por debajo de la unión esmalte-cemento y se obtuvieron cubitos de esmalte de superficie 2.0mm x 2.0mm (Figura 1). Tras incluirlos en resina Epoxy, los especímenes fueron divididos al azar y sumergidos en 4ml en Coca-Cola, Coca-Cola Light, Fanta de limón, Nestea, Red Bull y agua destilada durante 15 días, a temperatura ambiente (Figura 2). Los análisis se realizaron a las 24h, 48h, 6 y 15 días. La composición química del esmalte se analizó mediante espectroscopía infrarroja (ATR-FTIR). Desde los espectros se determinaron: la cantidad total de fosfato principal, el grado de erosión y la cantidad de carbonato sustituido en el mineral.



Figura 1

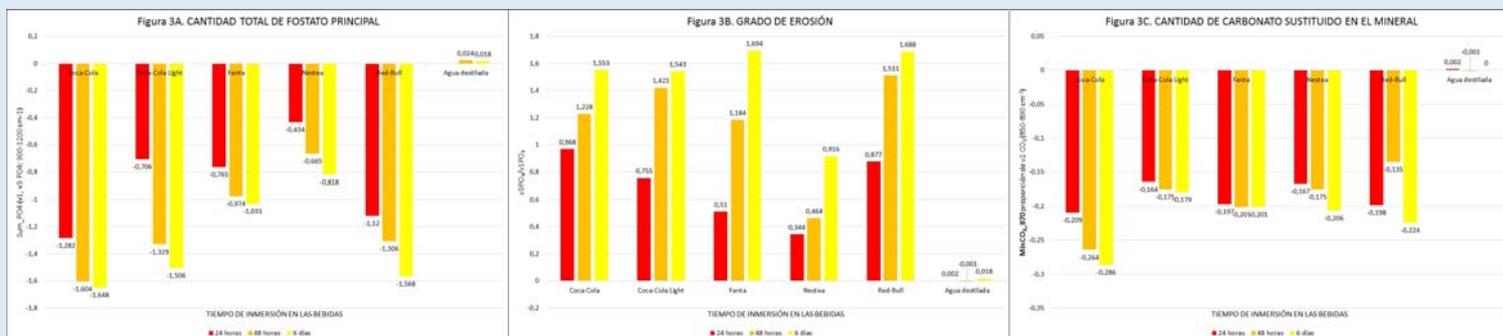


Figura 2

Tras incluirlos en resina Epoxy, los especímenes fueron divididos al azar y sumergidos en 4ml en Coca-Cola, Coca-Cola Light, Fanta de limón, Nestea, Red Bull y agua destilada durante 15 días, a temperatura ambiente (Figura 2). Los análisis se realizaron a las 24h, 48h, 6 y 15 días. La composición química del esmalte se analizó mediante espectroscopía infrarroja (ATR-FTIR). Desde los espectros se determinaron: la cantidad total de fosfato principal, el grado de erosión y la cantidad de carbonato sustituido en el mineral.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Todas las bebidas, menos el agua destilada, mostraron un pH ácido, siendo Tónica la más ácida (pH=2,4) y Heineken 0.0 (pH=4,2) y Alhambra especial (pH=4,1), las que mostraron el pH más alto. Coca-Cola, Coca-Cola Light y Red Bull mostraron una disminución en la cantidad total de fosfatos con el tiempo (Figura 3A). Coca-Cola, Fanta y Red Bull (Figura 3B) produjeron un aumento del grado de erosión con el tiempo, existiendo diferencias estadísticamente significativas entre todos los tiempos estudiados ($p < 0,05$). Coca-Cola Light tuvo un comportamiento muy similar a ellas, salvo entre 48 horas y 6 días, que no hubo diferencias. Coca-Cola, seguida de Coca-Cola Light, Fanta y Nestea (Figura 3C) mostraron una disminución progresiva en la cantidad relativa de carbonatos; sin diferencias estadísticamente significativas entre tiempos. Sari y cols. observaron los mayores cambios en los picos de absorción obtenidos de los espectros de Coca-Cola, coincidiendo así con lo observado en este estudio.



CONCLUSIONES

- Tónica, Coca-Cola, Coca-Cola Light y Fanta de limón mostraron el pH más bajo. Red Bull, Burn y zumo de naranja mostraron la mayor capacidad ácida.
- Coca-Cola, Coca-Cola Light y Red Bull causaron la mayor erosión en el esmalte.

BIBLIOGRAFÍA

- Almança Lopes CC, Oliveira Limirio PHJ, Resende Novais V, Dechichi P. Fourier transform infrared spectroscopy (FTIR) application chemical characterization of enamel, dentin and bone. *Applied Spectrosc Rev.* 2018; 1: 747-69. doi.org/10.1080/05704928.2018.1431923.
- Reddy A, Norris DF, Momeni SS, Waldo B, Ruby JD. The pH of beverages in the United States. *J Am Dent Assoc.* 2016; 147: 255-63. doi: 10.1016/j.adaj.2015.10.019.
- Idris AM, Vani NV, Almutari DA, Jafar MA, Boreak N. Analysis of sugars and pH in commercially available soft drinks in Saudi Arabia with a brief review on their dental implications. *J Int Soc Prev Community Dent.* 2016; 6:S192-S196. doi: 10.4103/2231-0762.197190.
- Erhan Sari M, Gediz Erturk A, Erdin Koyuturk A, Bekdemir Y. Evaluation of the effect of food and beverages on enamel and restorative materials by SEM and Fourier transform infrared spectroscopy. *Microsc Tech Rev.* 2014; 77: 79-90. doi.org/10.1002/jemt.22315.



ACTUACIÓN CON EMBARAZADAS EN RADIOLOGÍA ORAL:

Síntesis bibliográfica

Alumna: **Siles Rodríguez, María Paz**
(maripazsiles@correo.ugr.es)
Tutor: **Villalba Moreno, Juan**

TFG -
ODONTOLOGÍA-UGR
JUNIO 2019



INTRODUCCIÓN

Existen problemas de salud oral agravados durante la época de embarazo. Como manifestación principal se encuentra la gingivitis, aunque la caries dental también parece estar relacionada. Actualmente, se conoce la relevancia del examen radiográfico en la práctica odontológica como método diagnóstico, aunque la presencia de riesgos lo sitúa en una situación de controversia. Por tanto, la literatura propone seguir el principio ALARA: "tan bajo como sea razonablemente posible". Debido a estas razones, las embarazadas se sitúan en un grupo poblacional que merece ser estudiado en este ámbito, por lo que se ha decidido aumentar su radioprotección. El objetivo de esta síntesis bibliográfica fue establecer una visión clara sobre la protección radiológica que debe ser aplicada en este grupo de pacientes así como las conclusiones encontradas en la evidencia científica actual.

MATERIAL Y MÉTODOS

La búsqueda bibliográfica se realizó en bases de datos como son IME, PubMed y MEDLINE, seleccionando la publicada en los últimos 5 años, además de utilizar bibliografía fundamental como son la aportada por el CSN y la ICRP. Tras aplicar una serie de estrategias de búsqueda, el criterio de inclusión fue que los estudios encontrados se limitaran a las pacientes embarazadas y sus manifestaciones orales provocadas por el embarazo, así como información relacionada con la radioprotección en este grupo de pacientes. El criterio de exclusión utilizado fue que la bibliografía aportara información sobre otros métodos de radiología, y no mencionara radiología para el diagnóstico odontológico ni datos sobre la radioprotección durante el embarazo. Una vez analizada la información, la bibliografía se clasificó en dos grupos:

- PRIMER GRUPO: referencia al período de embarazo y su relación con la salud oral.
- SEGUNDO GRUPO: radiología en pacientes embarazadas y su radioprotección, tanto pacientes como trabajadoras expuestas por su profesión.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Tres tablas fueron elaboradas para mostrar los resultados de la búsqueda, las cuales recogieron un resumen de la misma, una clasificación y una muestra de las principales conclusiones que fueron las siguientes:

1) *¿Está permitido el uso de radiología dental en las pacientes embarazadas?*

Siempre que estén muy justificadas; no radiografías de rutina.

2) *¿Existen medidas de radioprotección para adoptar en pacientes embarazadas?*

Uso de delantal plomado disminuye dosis en el feto y sobretodo provoca confianza en la paciente.

3) *¿Resulta perjudicial la dosis de radiación ionizante producida en la radiología dental para el feto?*

Los grupos estudiados indican que existe un riesgo bajo, ya que el haz de rayos X no se dirige hacia el abdomen, en radiología intraoral.

4) *¿Deben las trabajadoras profesionalmente expuestas abandonar su puesto de trabajo durante el periodo de embarazo?*

No, siempre que se tenga consciencia y usando medidas necesarias para no sobrepasar el límite de 1 mSv en el abdomen.

Tabla I. Resumen de la búsqueda bibliográfica

	Índice Médico Español (IME)	PubMed	MEDLINE
Estrategia de búsqueda	Búsqueda simple: "radiología embarazo" Búsqueda avanzada: "radiología AND dental AND embarazo" "radiología AND embarazo"	"oral AND radiology AND pregnancy" "pregnance AND dental AND radiology" "radioprotection AND pregnancy"	"radiografía AND dental AND embarazadas"
Nº artículos encontrados (según estrategia de búsqueda)	13 0 3	126 41 26	73
Artículos seleccionados según criterios de inclusión y exclusión	0	7 9 1	7



CONCLUSIONES

El riesgo de la radiación para pacientes embarazadas como para trabajadoras profesionalmente expuestas, sería bajo y no produce riesgos relevantes para el feto siempre que se sigan las directrices de radioprotección adecuadas. No obstante, el uso de la radiología en mujeres embarazadas, o que pudieran estarlo, ha de estar muy justificado.

Tabla II. Clasificación de artículos empleados

	Índice Médico Español (IME)	PubMed	MEDLINE
Nº artículos primer grupo	0	6	4
Nº artículos segundo grupo	0	11	3

BIBLIOGRAFÍA

- Kelaranta A, Ekholm M, Toroi P, Kortensniemi M. Radiation exposure to foetus and breasts from dental X-ray examinations: effect of lead shields. Dentomaxillofac Radiol Suppl. 2016;45(1):20150095.
- Consejo de Seguridad Nuclear (CSN). 10 Protección radiológica profesional. Curso de PR para DIRIGIR instalaciones de Rayos X con fines de diagnóstico médico (IRD). 2009.
- Popovici D, Crauciuc E, Socolov R et al. Early Diagnosis and Treatment of Dental Caries in Pregnancy. Maedica (Buchar). 2018;13(2):101-104.
- Ghatan, CE, Fassiotto, M., Jacobsen, JP et al. Baby on Board: Managing Occupational Radiation Exposure During Pregnancy. J Vasc Interv Radiol. 2018;21(1):32.
11. Tsapaki V. Radiation protection in dental radiology – Recent advances and future directions. Phys Med. 2017;44:222-226



PREVENCIÓN DE LESIONES DE MANCHA BLANCA (DESMINERALIZACIÓN) EN PACIENTES PORTADORES DE TRATAMIENTO DE ORTODONCIA: LA EVIDENCIA CIENTÍFICA



TFG-ODONTOLOGIA-UGR-JUNIO-2019

ALUMNA: SSAMDI BAROUDI, SOFIA Sofia_9944@Hotmail.com .TUTOR: LLODRA CALVO, JUAN CARLOS

INTRODUCCIÓN

Las lesiones de mancha blanca son una desmineralización del esmalte que se presentan como "una mancha blanca lechosa". Los aparatos de ortodoncia dificultan la higiene y aumentan el riesgo de la acumulación de biopelículas bacterianas favoreciendo el desarrollo de estas lesiones. La prevalencia de manchas blancas en pacientes tratados con ortodoncia fija se estima en un 68%. La utilización de agentes que permitan prevenirla, con evidencia científica de su eficacia, es clave para el manejo de esta alteración del esmalte que puede llevar a complicaciones indeseables en los pacientes.

El objetivo de este trabajo es analizar la evidencia científica disponible sobre los métodos preventivos frente a las manchas blancas (MB) en pacientes portadores de tratamiento de ortodoncia.



RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Se ha observado una gran heterogeneidad entre los estudios que fue estadísticamente significativa. Otro problema detectado es el relativo al sesgo del tamaño de muestra, el cual era bajo. En cuanto a los métodos preventivos frente a las manchas blancas varios agentes han sido propuestos: pastas, barnices, geles fluorados, colutorios de flúor, antisépticos, xilitol, derivados de la caseína, probióticos y uso de láser. Sobre el flúor solo existe evidencia de grado moderado relacionada con los barnices de flúor usados al menos semestralmente. Los estudios que incluyen CPP-ACP tienen un nivel de evidencia bajo recomendando más estudios y aumentando el tiempo de seguimiento. Lo mismo encontramos en cuanto a los estudios sobre el uso de láser. Sobre el resto de agentes propuestos no existe evidencia científica actual.

MATERIALES Y MÉTODOS

Para la elaboración de este trabajo se llevó a cabo una revisión bibliográfica extensa y detallada en las páginas PUBMED y COCHRANE LIBRARY de los archivos sin limitaciones de idioma de publicación, en el periodo que abarca desde enero del 2013 hasta abril de 2019 con las palabras clave: "prevention", "white spot" y "orthodontic". Se recopilaron 134 documentos de los últimos 7 años. Tras aplicar los criterios de exclusión se recogieron 9 trabajos potenciales de los que, una vez revisados, quedaron finalmente incluidos 4: un metanálisis y tres revisiones sistemáticas.

AUTOR Y AÑO	TIPO DE ESTUDIO	SUJETOS	MEDIDA DE RESULTADOS	CONCLUSIÓN
Hindawi et al. 2014 ⁹	Ensayo clínico controlado	55	Fotografías y lecturas de Fluorecam [®]	Se puede disminuir el riesgo de EWSL entre un 41 y un 74%
Kirschneck et al. 2016 ⁶	Ensayo clínico controlado	90	Examen visual-índice ICDAS	Se puede disminuir el riesgo de MB entre un 41 y un 74%
Du et al. 2012 ¹ Huang et al. 2013 ² He et al. 2016 ³ Restrepo et al. 2016 ⁴ Singh et al. 2016 ⁵ Bock et al. 2017 ⁷ Ebrahimi et al. 2017 ⁸	Ensayo clínico controlado	N1: 110 N2:135 N3:240 N4:35 N5:45 N6:48 N7:80	DIAGNOdent [®]	Se obtuvo un efecto medio según DIAGNOdent [®]
Steckelm-Sliks et al. 2007 ¹⁰	Ensayo clínico controlado	273 pacientes	Fotografías. Índice de Gorelick et al.	Se puede disminuir el riesgo de MB en pacientes sometidos a Tratamiento ortodóntico fijo entre un 41 y un 74%
Jiang et al. 2013 ¹¹	Ensayo clínico controlado	100 pacientes	Índice de Gorelick et al.	Se puede disminuir el riesgo de MB entre un 41 y un 74%
Baeshen et al. 2017 ¹²	Ensayo longitudinal aleatorio	37 pacientes	DIAGNOdent [®]	Efecto remineralizante significativo
Agarwal et al. 2013 ¹³	Ensayo longitudinal aleatorio	31 pacientes	Examen clínico	El uso de pasta dental fluorada tuvo un efecto remineralizante.
Al Mulla et al. 2010 ¹⁴	Ensayo clínico aleatorizado	10 pacientes	Examen clínico y radiológico	El uso de pasta dental fluorada reduce significativamente la incidencia de MB

CONCLUSIONES

- La evidencia disponible es de grado moderado-alto para la utilización de agentes fluorados, fundamentalmente para los barnices de flúor aplicados al menos semestral e idealmente cada 3-4 meses.
- La utilización de agentes remineralizantes como el nuevo fosfopéptido de caseína fosfato de calcio amorfo (CPP-AC) tiene aún una evidencia de grado bajo debido a problemas de diseño y tamaños de muestra.
- La posible utilidad de la irradiación con láser, en la prevención de la aparición de manchas blancas, tiene un grado de evidencia bajo debido al pobre número de ensayos clínicos controlados y al corto periodo de seguimiento de estos estudios.

BIBLIOGRAFÍA

- Sardana D, Zhang J, Ekambaram M, Yang Y, McGrath CP, Yiu CKY. Effectiveness of professional fluorides against enamel white spot lesions during fixed orthodontic treatment: A systematic review and meta-analysis. J Dent. 2019; 82:1-10
- Sundararaj D, Venkatchalapathy S, Tandon A, Pereira A. Critical evaluation of incidence and prevalence of white spot lesions during fixed orthodontic appliance treatment: A meta-analysis. J Int Soc Prevent Communit Dent 2015;5:433-9
- Pithon, MM, Baião, FS, Sant'Anna, LID, Tanaka, OM, Cople-Maia, L. Effectiveness of casein phosphopeptide-amorphous calcium phosphate-containing products in the prevention and treatment of white spot lesions in orthodontic patients: A systematic review. J Int Dent. 2019; e12391
- Raguis TR, Mahmoud G, Hamadah O. Effectiveness of laser irradiation in preventing enamel demineralization during orthodontic treatment: A systematic review. Dent. Med. Problem. 2018;5: 321-332.

ESTADO PERIODONTAL DE PACIENTES CON Y SIN DIABETES MELLITUS TIPO 2



Teresa Taillefer Queipo de Llano¹, Alberto Rodríguez-Archilla²

¹Alumna del TFG teresatq@hotmail.com; ²Tutor del TFG. Grado en Odontología.

INTRODUCCIÓN

La diabetes mellitus se relaciona con una **mayor susceptibilidad a las infecciones**, una **cicatrización deficiente** de las heridas y es un **factor de riesgo** para las **enfermedades periodontales** más graves y progresivas. El objetivo de este trabajo fue comparar distintos parámetros periodontales en sujetos sanos y con enfermedad periodontal con y sin diabetes mellitus tipo 2.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda de estudios sobre tratamiento de la halitosis en las siguientes bases de datos: **Pubmed** (MEDLINE, Cochrane Library), **Google Académico** y base de datos de Información y Documentación de la Ciencia en España (**ÍNDICES-CSIC**) que incluye el índice médico español (IME). Para el metaanálisis, los datos fueron procesados con el **programa RevMan 5.3** (The Cochrane Collaboration, Oxford, UK). Para las variables continuas se utilizó el **inverso de la varianza (IV)** para la **diferencia de medias (DM)** con intervalos de confianza del 95% (**IC95%**). La heterogeneidad fue determinada según los valores de P y del estadístico de Higgins (I²). En casos de heterogeneidad elevada se aplicó el modelo de efectos aleatorios (random-effects). Se consideró como nivel mínimo de significación un valor de $p < 0,05$. Tras la aplicación de los diferentes filtros, se incluyeron 23 estudios en el meta-análisis (figura 1).

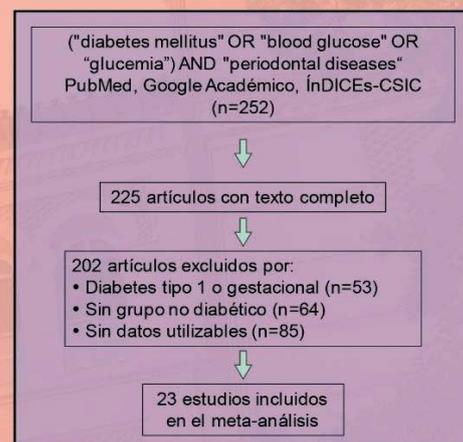


Figura 1.- Diagrama de flujo con la selección de estudios.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Las tablas presentan el análisis de diferentes parámetros periodontales en sujetos con diabetes mellitus tipo 2 sin enfermedad periodontal (**tabla 1**) y con la misma (**tabla 2**).

Tabla 1. Análisis de los parámetros periodontales en pacientes con **diabetes mellitus tipo 2 sin enfermedad periodontal**.

Factor	n	DM	[IC95%]	I ² (%)	p
Índice de placa	13	0,13	[0,04 a 0,22]	99%	<0,01*
Índice gingival	9	0,09	[0,01 a 0,17]	95%	0,02*
Profundidad de sondaje	14	0,35	[0,20 a 0,50]	99%	0,01*
Sangrado al sondaje	11	16,38	[7,92 a 24,84]	99%	<0,001*
Pérdida inserción clínica	15	0,71	[0,47 a 0,95]	98%	<0,001*

n: número de estudios; DM: Diferencia de medias; [IC95%]: Intervalo de confianza al 95%; I² (%): Índice de heterogeneidad; p: probabilidad; *estadísticamente significativo.

Tabla 2. Análisis de los parámetros periodontales en pacientes con **diabetes mellitus tipo 2 con enfermedad periodontal**.

Factor	n	DM	[IC95%]	I ² (%)	p
Índice de placa	7	0,15	[0,08 a 0,23]	98%	<0,001*
Índice gingival	9	0,26	[0,05 a 0,46]	91%	0,01*
Profundidad de sondaje	12	0,07	[-0,12 a 0,35]	84%	0,48
Sangrado al sondaje	6	-0,32	[-8,59 a -7,95]	92%	0,94
Pérdida inserción clínica	12	0,16	[0,01 a 0,31]	83%	0,03*

n: número de estudios; DM: Diferencia de medias; [IC95%]: Intervalo de confianza al 95%; I² (%): Índice de heterogeneidad; p: probabilidad; *estadísticamente significativo.

Los resultados de este meta-análisis deben ser interpretados con **cautela** debido a la **alta heterogeneidad** de algunos de los estudios incluidos en el mismo. Las diferencias entre estudios pueden estar condicionadas por el tipo de diseño, los métodos de recogida de información, los diferentes análisis utilizados o las características propias de las poblaciones de estudio.

CONCLUSIONES

En este meta-análisis, los **pacientes diabéticos tipo 2 sin enfermedad periodontal** presentaron peores resultados en el **índice de placa**, el **índice gingival**, la **profundidad de sondaje**, el **sangrado al sondaje** y la **pérdida de inserción clínica**. De igual forma, los **pacientes diabéticos tipo 2 con enfermedad periodontal** tenían peores resultados en el **índice de placa**, el **índice gingival** y la **pérdida de inserción clínica**. La diabetes mellitus tipo 2 **predispone y empeora** la enfermedad periodontal.

ASOCIACIÓN DE TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES EN MÚSICOS DE VIENTO

- PARTE II -



ALUMNA: Lorena Torres Arias (lorentorresa@correo.ugr.es)

TUTOR: Juan Ignacio Rosales Leal

TFG ODONTOLOGÍA UGR JUNIO 2019

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Los trastornos temporomandibulares (TTM) constituyen un amplio grupo de problemas clínicos que involucran los músculos de la masticación, la ATM y las estructuras orofaciales asociadas. Entre los posibles factores de inicio y perpetuación de los signos y síntomas de los TTM se encuentran los movimientos de la mandíbula que están fuera de la función normal. Del mismo modo, tocar un instrumento musical que carga el sistema masticatorio también puede considerarse un tipo de actividad parafuncional.

El **objetivo** fue investigar la prevalencia de dolor orofacial y desarrollo de TTM en personas que tocan un instrumento musical de viento.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se reunió a un grupo de 24 músicos de viento estudiantes de conservatorio y a un grupo control compuesto por 23 sujetos que no tocaban ningún instrumento.

Se utilizó la escala de limitación funcional mandibular y un cuestionario de salud del Eje II de los Criterios de diagnóstico de investigación para trastornos del sistema temporomandibular (RDC / TMD).

El dolor no es puramente un proceso sensorial, sino que siempre está acompañado de aspectos cognitivos, emocionales y de comportamiento que influyen en la forma en que un paciente reacciona e informa sobre el dolor. De hecho, los factores psicosociales como la ansiedad y el estado de ánimo deprimido se han reconocido como factores de riesgo para el desarrollo del dolor crónico en los trastornos musculoesqueléticos.

RESULTADOS

Tabla 1. Limitación funcional de la mandíbula.

Variables	Músicos $\bar{x} \pm DE$	Control $\bar{x} \pm DE$	Valor p
Masticar comida dura	3,0 ± 2,5	1,1 ± 2,2	0,023*
Masticar pollo	0,6 ± 1,3	0,1 ± 0,6	0,101
Comer alimentos blandos	0,1 ± 0,6	0,0 ± 0,0	0,333
Abrir la boca para beber en copa o taza	0,3 ± 1,2	0,1 ± 0,4	0,370
Tragar / deglutir	0,7 ± 1,6	0,0 ± 0,0	0,043*
Bostezar	2,3 ± 3,2	0,5 ± 1,3	0,014*
Hablar	0,4 ± 1,0	0,0 ± 0,0	0,070
Sonreír	0,7 ± 1,4	0,04 ± 0,2	0,048*

* Estadísticamente significativo \bar{x} : Media **DE**: Desviación Estándar

Tabla 2. Media de la puntuación total del cuestionario de salud y valor p.

Variable	Músicos $\bar{x} \pm DE$	Control $\bar{x} \pm DE$	Valor p
Cuestionario de salud	4,6 ± 2,5	2,9 ± 2,2	0,021*

* Estadísticamente significativo \bar{x} : Media **DE**: Desviación Estándar

Sentir dolor o verse limitado a la masticación o al bostezar es un signo claro de TTM. Los esfuerzos repetitivos que realizan los músicos en la región mandibular durante sus numerosas horas de práctica, pueden influir en la limitación de estas actividades.

Entre los factores relacionados con la manifestación de TTM se pueden citar los trastornos del sueño, el estrés, la ansiedad, la depresión y algunos trastornos de salud general.

CONCLUSIÓN

Los músicos, debido a la alta exigencia de su práctica, presentan un mayor estado de ansiedad.

Se puede concluir que, en los músicos, la falta de sueño, horas de trabajo y el estrés al que están sometidos, parecen jugar un papel importante con respecto a la limitación funcional de la mandíbula.

BIBLIOGRAFÍA.

- Jang J-Y, Kwon J-S, Lee DH, Bae J-H, Kim ST. Clinical Signs and Subjective Symptoms of Temporomandibular Disorders in Instrumentalists. Yonsei Med J. 2016;57(6):1500-7.
- van Selms MKA, Ahlberg J, Lobbezoo F, Visscher CM. Evidence-based review on temporomandibular disorders among musicians. Occup Med. 2017;67(5):336-43.
- DC-TMD Spanish Assessment Instruments_2018_11_08.pdf [Internet]. [cited 2019 Jun 8]. Available from: <https://buffalo.app.box.com/s/u9jd6bk7sfai7o6wxvvsjchgtu4zvh>
- Schiffman E, Ohrbach R, Truelove E, Look J, Anderson G, Goulet J-P, et al. Diagnostic Criteria for Temporomandibular Disorders (DC/TMD) for Clinical and Research Applications: Recommendations of the International RDC/TMD Consortium Network and Orofacial Pain Special Interest Group. J Oral Facial Pain Headache. 2014;28(1):6-27.



Uncontrolled clinical trial of a custom mouthguard acceptance by rugby players of the University of Granada. Part I.



Student: *Torres Carmona, Claudia*
(claudiatorrescarmona@gmail.com)

Mentors: *Bravo Pérez, Manuel; Benítez García, José Antonio*

Introduction

Orofacial injuries occurred during contact sports practice have a **high prevalence**, especially among rugby players. **Rugby** is considered as “**high-risk**” inside this category due to the multiple tackles and collisions that take place during the game. However, dental professionals, athletes and sports coaches’ **awareness is insufficient**.

A **mouthguard** is “a device placed inside the mouth whose purpose is protecting oral tissues by dissipating impact forces”.

We can find three types of mouthguards: **stock**, ‘**boil-and-bite**’ and **custom mouthguards**. The stock as well as the ‘boil-and-bite’ types are commercially available; however, the third type must be manufactured by either the dental professional or the prosthesis, depending on the technique used in the making.

The **purpose** of this uncontrolled study was **to provide** University of Granada’s **rugby players with custom mouthguards** and compare their **acceptance and satisfaction** with the devices they used previously.

Materials and Methods



1

FIRST CLINICAL SESSION

Each player answered two questionnaires: one involving sport practice and the OHIP-14 (Oral Health Impact Profile). A dental impression of the maxilla with alginate was also taken.



2

LABORATORY PHASE

EVA sheets of 3’2mm thickness and a thermoforming machine (1) were used to create the mouthguards by vacuum technique. They were cut out and checked in the model. Drills (2) were used to smoothen the edges. The mouthguards were disinfected by an ultrasound machine and glutaraldehyde.



3



4

SECOND CLINICAL SESSION AND STATISTICS

The mouthguards were given to the players (3), checked and adjusted. Two weeks later they answered a telephonic survey. All data were analysed through SPSS.12.0 software.

References

Parker K, Marlow B, Patel N, Gill DS. A review of mouthguards: Effectiveness, types, characteristics and indications for use. Br Dent J [Internet]. 2017;222(8):629-33. Available from: <http://dx.doi.org/10.1038/sj.bdj.2017.365>

Raghavan S, Dayal P, Philip K, Gahlot MS. Dentists’ Attitudes and perceptions toward protective mouthguards. Niger J Clin Pract. 2018;21(3):318-26.



EFFECTOS DEL TRATAMIENTO DE LA APNEA DEL SUEÑO EN PACIENTES PERIODONTALES



Trabajo de Fin de Grado de Odontología – Junio 2019

Alumno: Villoslada Fernández, Francisco (fvilloslada@correo.ugr.es)

Tutor: Mesa Aguado, Francisco

2º Tutor: Tomás Muñoz Casaubón

Introducción

El síndrome de apnea obstructiva del sueño es una enfermedad en la que el paciente, durante el sueño, padece episodios donde sufre una obstrucción de la vía aérea, a consecuencia de diversos factores. En los casos más graves los pacientes llegan a padecer más de 30 episodios de apnea a la hora, esto quiere decir que, durante su fase de sueño, el paciente puede sufrir más de 30 obstrucciones de la vía aérea cada hora. A consecuencia de esto el sistema inflamatorio del paciente puede alterarse, dando como resultado la aparición en boca de alteraciones periodontales, desde gingivitis hasta periodontitis.

Objetivos

El objetivo es comprobar si, tras el tratamiento de la apnea del sueño, mejora el estado periodontal del paciente a consecuencia de una regularización del estado inflamatorio general del paciente.

Material y métodos

Se seleccionaron pacientes del Hospital que padecían apnea en su forma grave. A estos pacientes se les realizó una exploración periodontal para comprobar su estado periodontal y clasificarlos así en periodontales o no. A continuación se les hizo un seguimiento de su estado periodontal tanto antes del tratamiento de la apnea del sueño como a los 3 meses del tratamiento.

Resultados

Del total de 20 pacientes, se observó que un 90% de los participantes en el estudio presentan periodontitis crónica, y el 10% restante presentaba gingivitis. Aparece una tendencia a la reducción del nivel de placa en los pacientes (de $9.05\% \pm 10.31$ a $6.05\% \pm 6.61$) sin ser estadísticamente significativo ($p=0.112$). En las variables periodontales no hubo cambios estadísticamente significativos: el índice PISI varió de 1.51 ± 1.46 a 1.59 ± 1.82 ($p=0.753$), el grado de inflamación pasó de 11.55 ± 6.30 milímetros a 10.60 ± 6.67 milímetros ($p=0.568$), y la pérdida de inserción varió de 2.40 ± 0.46 milímetros a 2.47 ± 0.57 milímetros ($p=0.367$).



Tabla 1. Descripción de los pacientes (n=20).

Variable	Descripción
Edad (años)	
Rango	35-70
media \pm de	55.3 \pm 9.6
Sexo, n (%)	
Mujer	4 (20.0)
Varón	16 (80.0)
Tabaco (cig./dia), n (%)	
0	15 (75.0)
3	1 (5.0)
4	1 (5.0)
9	1 (5.0)
20	2 (10.0)
Enfermedad sistémica	
Ninguna	11 (55.0)
Diabetes	1 (5.0)
Hipertensión	4 (20.0)
Obesidad	4 (20.0)

Tabla 2. Indicadores periodontales, media \pm de (n=20).

Variable	Basal	Final (3-4 meses)	Valor-p ^a
Profundidad sondaje (mm.)	2.18 \pm 0.41	2.25 \pm 0.47	0.316
Índice Pisi	1.51 \pm 1.46	1.59 \pm 1.82	0.753
Pérdida inserción (mm.)	2.40 \pm 0.46	2.47 \pm 0.57	0.367
Sangrado al sondaje %	11.55 \pm 6.30	10.60 \pm 6.67	0.568
Índice de placa %	9.05 \pm 10.31	6.05 \pm 6.61	0.112

a: t-student para muestras apareadas

Conclusión

La reducción en los niveles de placa puede deberse a una mayor concienciación de los pacientes de su nivel de higiene oral al acudir a las exploraciones periodontales, o a un cambio en la flora bacteriana oral por aumentar la concentración de O₂ por el uso de la CPAP. Los resultados obtenidos en las variables periodontales pueden explicarse por el pequeño tamaño muestral (n=20), la falta de uso de la CPAP por parte de los pacientes, o por la posibilidad de que el tratamiento de la apnea no influya en el estado periodontal.

Bibliografía

- Sampol G., Ramón M. A. Guía española de práctica clínica: utilización de los dispositivos de avance mandibular (DAM) en el tratamiento de pacientes adultos con síndrome de apneas-hipoapneas del sueño. 11.
- Slots J. Periodontology: past, present, perspectives. Periodontol 2000 2013;62:7-19.
- Latorre C., Escobar F., Velosa J., Rubiano D., Hidalgo-Martínez P., Otero L. Association between obstructive sleep apnea and comorbidities with periodontal disease in adults. J Indian Soc Periodontol 2018 May-Jun; 22(3): 215-220.
- Gamsiz-Isik H., Kiyan E., Bingol Z., Baser U., Ademoglu E., Yalcin F. Does obstructive sleep apnea increase the risk for periodontal disease? A case-control study. J Periodontol 2017 May; 88(5): 443-449.
- Al-Jewair T.S., Al-Jasser R., Almas K. Periodontitis and obstructive sleep apnea's bidirectional relationship: a systematic review and meta-analysis. Sleep Breath 2015 Dec; 19(4): 1111-1120.



INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

La periodontitis es una enfermedad caracterizada por la pérdida de soporte de tejidos periodontales debida a la inflamación. Su origen es una disbiosis de la biopelícula oral. Del correcto tratamiento y sobre todo, mantenimiento de dicha enfermedad, dependerá el control de la misma.(1)

Objetivo: presentar y discutir un caso clínico de un paciente periodontal con patología avanzada, explorado, diagnosticado y tratado en el grado y postgrado de Periodoncia de la Facultad de Odontología de Granada.

CASO CLÍNICO

Anamnesis: Mujer 21 años, hipotiroidea sin tratamientos. Antecedentes (padre) periodontitis. Motivo consulta: agrandamiento gingival y gingivorragia al cepillado.

Exploración intraoral: Inflamación generalizada, sin pérdidas dentarias, con migración, movilidad y mordida cruzada y abierta posterior.(fig1.a)

Exploración periodontal inicial (figs. 1-2)

- Fenotipo gingival grueso.
- Índice de placa(IP),Índice gingival (IG) 100%.
- Sondaje.
 - Bolsas periodontales de 3-5mm en cuadrantes 1-4 y dientes anteriores de 2-3 y de hasta 10 mm en posteriores de estos.
 - Agrandamientos gingivales de 0-2 mm en cuadrantes 1-4 y dientes anteriores del 2-3 y 6mm en 3°y4° sextantes.
 - Lesiones de furca de grado 3 en 26,27,36 y37.

Exploración radiográfica: Se realizaron ortopantomografía y serie periapical mostrando una severa pérdida de soporte óseo en el segundo y tercer cuadrante (figs1b,c).

Diagnóstico: periodontitis estadio IV (PIC >8) ,grado C (pérdida ósea >2mm en un año)(2) **generalizada:** Diagnóstico diferencial:

- Gingivitis: se descarta por pérdida de inserción.
 - Agrandamientos por fármacos: no medicado.
 - Fibromatosis idiopática hereditaria: se descartó mediante biopsia.
- Otras periodontitis:
 - ✓ **Periodontitis asociada a enfermedades sistémicas:** no hay evidencia científica de asociación con el hipotiroidismo.
 - ✓ **Alteración periodontal por trauma oclusal primario:** se descarta por la presencia de inflamación y bolsas.
 - ✓ **Periodontitis necrosante:** no úlceras ni necrosis.
 - ✓ **Periodontitis crónica :** criterios diagnósticos no se ajustan
 - ✓ **Periodontitis agresiva localizada:** no patrón incisivo-molar.

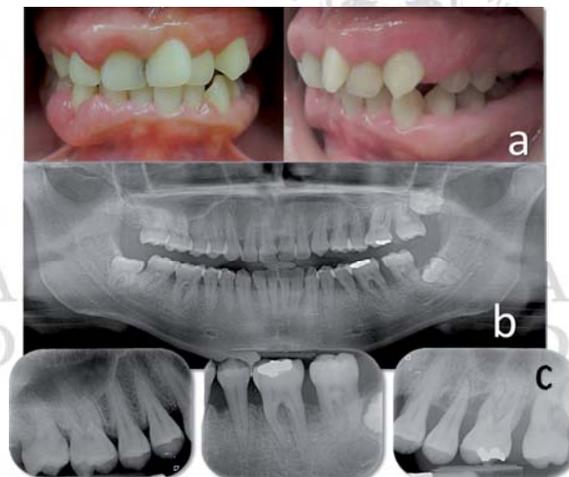


Figura 1. Examen inicial: fotos extraorales(a,b), ortopantomografía(b) y periapicales (c).

PRONÓSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO

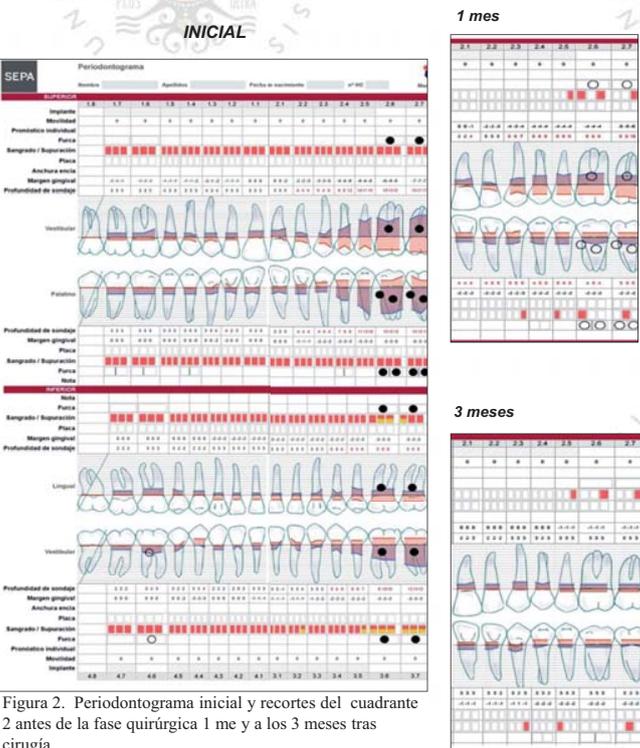


Figura 2. Periodontograma inicial y recortes del cuadrante 2 antes de la fase quirúrgica 1 me y a los 3 meses tras cirugía.

Pronóstico local: Dientes con pronóstico cuestionable: 24,25,26,27 y 34,35,36, mantenible: el resto. **General:** Alto riesgo (fig3d).

Plan de tratamiento:

- Tratamiento inicial desinflamatorio:** enseñanza de higiene oral ,motivación, tartrectomía, raspado y alisado radicular(RAR) y tratamiento coadyuvante: Clorhexidina 0,12%. Antibioticoterapia: Amoxicilina 1g/12h+Metronidazol 500mg/8h(7(3)tras RAR.
- Ajuste oclusal.**
- Evaluación al mes:** IP<8%,IG 12%.. En el 2º cuadrante: Bolsas activas de >6mm con agrandamientos gingivales, susceptibles de cirugía. Resto :bolsas controlables .(fig2.)
- Fase quirúrgica**

Se realizó colgajo de Newmann modificado (técnica de Ochsenbein)(4)(fig. 3a) con objetivo de acceder al fondo de la bolsa y eliminación de ésta, que se biopsió (fig 3b) Se reevaluó al paciente a los 3 meses.(fig.3c)(fig2).

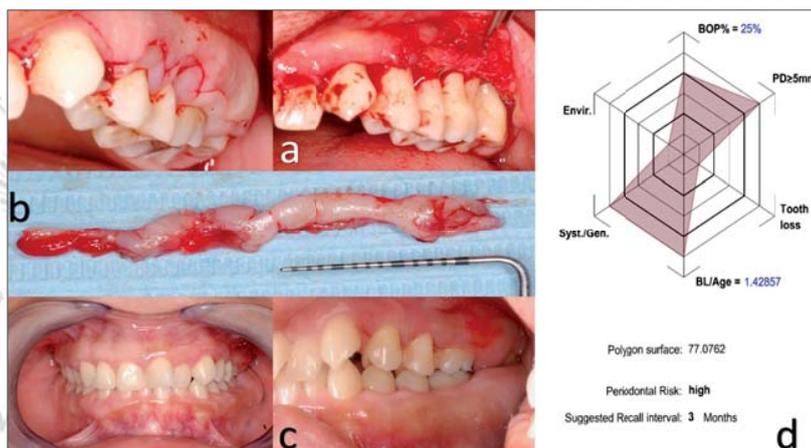


Figura 3. Cirugía periodontal resectiva(a),biopsia (b) ,fotografías extraorales finales tras la cirugía(c) y esquema del alto riesgo con régimen de visitas (Lang y Tonetti)(d).

RESULTADO Y DISCUSIÓN

En la evaluación a los 3 meses , el paciente presenta bolsas <4mm ,no activas y IG 8%,por tanto ,seria un **paciente periodontal estable, tratado con éxito** . Y su diagnóstico en este momento es **salud periodontal en periodo de reducción**.

Para mantener la salud gingival y periodontal es vital una terapia de mantenimiento . Un paciente tratado de forma exitosa y estable sigue presentando riesgo un riesgo incrementado de sufrir una progresión de la enfermedad. Esta paciente se encuentra actualmente en mantenimiento cada 3 meses siguiendo las recomendaciones de Mombelli.A y cols(5) al ser una paciente de riesgo alto (fig3d).

BIBLIOGRAFÍA

- Papapanou P N, Sanz M, Budunelli N y cols. Workgroup 2 : Consensus Report, periodontitis. J Clin Periodontol 2018; 45, S162-S170.
- Chapple ILC, Mealey BL, van Dyke TE y cols Consensus report: Periodontal health andgingival diseases/conditions.J Clin Periodontol. 2018; 45, S68-S77.
- Ochsenbein C, Bohannon HM. The Palatal Approach to Osseous Surgery II. Clinical Application. J Periodontol. 1964;35:54-68.
- Guerrero Segura, A. Antimicrobianos sistémicos en las periodontitis agresivas generalizadas. Granada: Universidad de Granada, 2016.
- Mombelli.A Maintenance therapy for teeth and implants .Periodontol 2000 · 2019. 79:190-199.

