



SEPEs BILBAO 2016

46 Congreso Anual de la
Sociedad Española de Prótesis
Estomatológica y Estética

13, 14 y 15 de Octubre PALACIO EUSKALDUNA

COMUNICACIONES DEL CONGRESO ANUAL

www.sepesbilbao2016.sepes.org

SEPEs

Sociedad Española de Prótesis
Estomatológica y Estética



Patrocinador de
las COI y las COC



Premio al mejor
Póster Clínico



Premio al mejor
Póster de Investigación

Índice



5	• Comunicación Oral de Investigación – COI Salas y horarios
9	• Comunicaciones Orales Clínicas – COC Salas y horarios
12	• Comunicaciones Orales SEPES Junior 1 – COSJ Salas y horarios
15	• Comunicaciones Orales SEPES Junior 2 – COSJ Salas y horarios
19	• Comunicación Oral de Investigación – COI Resúmenes
36	• Comunicaciones Orales Clínicas – COC Resúmenes
52	• Comunicaciones Orales SEPES Junior 1 – COSJ Resúmenes
69	• Comunicaciones Orales SEPES Junior 2 – COSJ Resúmenes
86	• Póster Clínico – PC Horarios
94	• Póster Investigación – PI Horarios
102	• Póster Clínico – PC Resúmenes
141	• Póster Investigación – PI Resúmenes
167	• Índice de autores

Salas y horarios

Comunicación Oral de Investigación – COI

Comunicaciones Orales Clínicas – COC

Comunicaciones Orales SEPE Junior 1 – COSJ

Comunicaciones Orales SEPE Junior 2 – COSJ



 **Dentsply
Sirona**

*Patrocinador de
las COI y las COC*

HORARIO	SALAS			
	B3	C3	B TERRAZA 1	B TERRAZA 2
15:00h	COI-1	COC-3	COSJ_1-8	COSJ_2-78
15:15h	COI-4	COC-25	COSJ_1-10	COSJ_2-84
15:30h	COI-7	COC-33	COSJ_1-15	COSJ_2-94
15:45h	COI-12	COC-39	COSJ_1-20	COSJ_2-95
16:00h	COI-26	COC-53	COSJ_1-21	COSJ_2-101
16:15h	COI-40	COC-57	COSJ_1-23	COSJ_2-102
16:30h	COI-48	COC-69	COSJ_1-24	COSJ_2-115
16:45h	COI-54	COC-75	COSJ_1-27	COSJ_2-118
17:00h	COI-59	COC-76	COSJ_1-28	COSJ_2-157
17:15h	COI-60	COC-83	COSJ_1-29	COSJ_2-124
17:30h	COI-63	COC-96	COSJ_1-32	COSJ_2-132
17:45h	COI-91	COC-104	COSJ_1-37	COSJ_2-134
18:00h	COI-98	COC-107	COSJ_1-45	COSJ_2-135
18:15h	COI-116	COC-120	COSJ_1-50	COSJ_2-136
18:30h	COI-126	COC-142	COSJ_1-56	COSJ_2-139
18:45h	COI-138	COC-154	COSJ_1-62	COSJ_2-144
19:00h	COI-145	COC-155	COSJ_1-65	COSJ_2-156
19:15h	COI-161	COC-162	COSJ_1-68	

Comunicación Oral de Investigación – COI

Sala: B3

15:00h

COI - 1

ESTUDIO IN VITRO DEL AJUSTE MARGINAL DE CORONAS METAL-CERÁMICA DE CROMO-COBALTO COLADO, SINTERIZADO, MECANIZADO Y PRE-SINTERIZADO.

Autor principal: FRANCISCO REAL VOLTAS.

15:15h

COI - 4

ESTUDIO CLÍNICO EXPERIMENTAL SOBRE EL COMPORTAMIENTO DE PRÓTESIS IMPLANTOSOPORTADAS DE RESINA FABRICADAS POR CAD/CAM.

Autor principal: CAROLINA DÍEZ QUIJANO.

15:30h

COI - 7

OPTIMIZACIÓN DE UN MODELO DE IMPLANTOPRÓTESIS PARA EL ESTUDIO DE LA SOBRECARGA OCLUSAL COMO FACTOR CAUSAL DE PÉRDIDA ÓSEA MARGINAL EN IMPLANTES OSTEOINTEGRADOS EN RATA.

Autor principal: DAVID CHÁVARRI PRADO.

15:45h

COI - 12

PROPORCIÓN ANCHURA/LONGITUD EN DIENTES ANTERIORES SUPERIORES. ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS PREFERENCIAS ESTÉTICAS DE PROFESIONALES Y UNA POBLACIÓN LEGA.

Autor principal: MARÍA PEREA ESCORS.

16:00h

COI - 26

IMPLANTES CON TRATAMIENTO TERMOQUÍMICO DE LA SUPERFICIE: CARGA INMEDIATA VS CARGA TEMPRANA. RESULTADOS PRELIMINARES A 6 MESES.

Autor principal: CARMEN MARÍA DÍAZ-CASTRO.

16:15h

COI - 40

ESTUDIO ANATÓMICO DESCRIPTIVO DE LA ANGULACION DEL PROCESO ALVEOLAR VERSUS EJE AXIAL DEL DIENTE EN MAXILAR SUPERIOR: INFLUENCIA EN LA SELECCIÓN DEL PILAR PROTÉSICO EN IMPLANTES INMEDIATOS.

Autor principal: PAULA LOPEZ JARANA.

16:30h

COI - 48

TIPIFICADO Y EVALUACIÓN DE LAS PROPIEDADES MECÁNICAS DE LA ALEACIÓN TIZR PARA IMPLANTES DENTALES.

Autor principal: ESTEBAN PÉREZ PEVIDA.

16:45h

COI - 54

EVALUACIÓN DE LA ESTABILIDAD POSTURAL CON PROTECTORES BUCALES Y DIFERENTES POSICIONES MANDIBULARES UTILIZANDO UNA PLATAFORMA DE ESTABILOMETRÍA.

Autor principal: ALFONS QUINTANA VILA.

17:00h

COI - 59

ENSAYO DE COMPRESIÓN DE RESTAURACIONES CAD/CAM FABRICADAS CON RESINAS NANOCERÁMICAS Y CEMENTADAS SOBRE MOLARES.

Autor principal: NIEVES MÍNGUEZ TOMÁS.

17:15h

COI - 60

INFLUENCIA DEL ACÚMULO DE SARRO EN EL DESARROLLO DE PERIMPLANTITIS EN HÍBRIDAS IMPLANTOSOPORTADAS.

Autor principal: JACOPO MARIA SALETTA.

17:30h

COI - 63

COMPÓMERO COMO SUSTITUTO DE LA PORCELANA EN REHABILITACIONES COMPLETAS IMPLANTOSOPORTADAS: EVOLUCIÓN A 2 AÑOS.

Autor principal: ANA PAULA SUÁREZ BEKE.

17:45h

COI - 91

TECNOLOGÍA CAD/CAM EN IMPLANTOLOGÍA: ANÁLISIS DEL ESCANEADO EXTRAORAL Y DEL AJUSTE DE LAS ESTRUCTURAS IMPLANTOSOPORTADAS.

Autor principal: ENERITZ BILBAO URIARTE.

18:00h

COI - 98

CÓMO TRATAR EL ALVÉOLO POSTEXTRACCIÓN PARA REALIZAR UNA PRÓTESIS FIJA.

Autor principal: ANTONIO DE LA PLAZA JULIÁN.

18:15h

COI - 116

RESPUESTA INFLAMATORIA DEL TEJIDO BLANDO PERIIMPLANTARIO A PILARES DE CICATRIZACIÓN DE BIOHPP Y TITANIO.

Autor principal: AINA MIQUEL RIERA.

18:30h

COI - 126

EFFECTOS SOBRE EL SURCO Y LOS TEJIDOS BLANDOS PERIIMPLANTARIOS DE LOS ADITAMENTOS DE TITANIO Y ZIRCONIO EN LA REHABILITACIÓN DE IMPLANTES DENTALES: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA.

Autor principal: OIER MONTALBAN VADILLO.

18:45h

COI - 138

TRANSFERENCIA DE TENSIÓN AL TERRENO DE SOPORTE EN FUNCIÓN DEL MATERIAL RESTAURADOR CON O SIN INTERFERENCIAS OCLUSALES.

Autor principal: MARKEL DIEGUEZ PEREIRA.

19:00h

COI - 145

SATISFACCIÓN DEL PACIENTE Y TIEMPO DE EJECUCIÓN EN TOMA DE REGISTROS SOBRE IMPLANTES. IMPRESIÓN TRADICIONAL VS ESCÁNER INTRAORAL. ESTUDIO PILOTO.

Autor principal: ANTONIO GONZÁLEZ MOSQUERA.

19:15h

COI - 161

EVALUACIÓN IN-VITRO DE LA PRECISIÓN DE LOS ESCÁNERES DE USO EN LA ODONTOLOGÍA DIGITAL Y LA CONFECCIÓN DE ESTRUCTURAS PARA PRÓTESIS SOBRE IMPLANTES.

Autor principal: MARTA SERRAT BARÓN.

Comunicaciones Orales Clínicas – COC

Sala: C3

15:00h

COC - 3

TEMPOCOPY, UN MÉTODO DE TRABAJO PARA HACER REHABILITACIONES ORALES CON ÉXITO PREDECIBLE.

Autor principal: DIRK NEEFS.

15:15h

COC - 25

REHABILITACIÓN ORAL DE MANERA DIGITAL DE PRINCIPIO A FIN.

Autor principal: DAVID JIMENEZ.

15:30h

COC - 33

DISEÑO DE PILARES CAD-CAM EN IMPLANTES SUBCRESTALES APLICANDO UN PER-FIL DE EMERGENCIA CONSTANTE E INSERCIÓN ÚNICA.

Autor principal: CARLOS GARGALLO GÁLLEGO.

15:45h

COC - 39

IMPORTANCIA DE LA RELACIÓN CÉNTRICA EN LA REHABILITACIÓN ORAL.

Autor principal: RAFAEL PLÁ GARCÍA.

16:00h

COC - 53

EL RETO DE REHABILITAR UN PACIENTE CON DENTINOGÉNESIS IMPERFECTA.

Autor principal: RENZO BELLINI GARCÍA.

16:15h

COC - 57

REHABILITACIÓN MULTIDISCIPLINAR DEL SECTOR ESTÉTICO MAXILAR. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autor principal: BARBARA LISET MOLINA PONTE.

16:30h

COC - 69

EL GRAN RETO. REHABILITACIÓN SOBRE IMPLANTE DE UN INCISIVO CENTRAL SUPERIOR EN PACIENTE PERIODONTAL.

Autor principal: ALBERTO JOSÉ TAROZZI GORRIS.

16:45h

COC – 75

IMPLANTE INMEDIATO POSTEXTRACCIÓN EN UN INCISIVO CENTRAL CON VESTIBULOVERSIÓN, PÉRDIDA ÓSEA VESTIBULAR. UN ENFOQUE INTERDISCIPLINAR.

Autor principal: DAVID GONZALEZ.

17:00h

COC - 76

COMO TRASLADAR UN DSD® ESTÁTICO A UN DSD® DINÁMICO ANTES DEL MOCK-UP REAL (MOCK-UP VIRTUAL).

Autor principal: JUAN CARLOS OBANDO CENTENO.

17:15h

COC - 83

APORTACIONES CLÍNICAS DEL USO DE DSD EN IMPLANTOPRÓTESIS: ANÁLISIS DSD PRE Y POST TRATAMIENTO.

Autor principal: ELENA GODOY MUÑOZ.

17:30h

COC - 96

USO DE LA ESTEREOFOTOGRAMETRÍA EN LA FABRICACIÓN DE LA PRÓTESIS IMPLANTOSOPORTADA.

Autor principal: TOMMASO TOSI.

17:45h

COC - 104

IMPORTANCIA DE LOS SISTEMAS GUIADOS PARA UNA CORRECTA PLANIFICACIÓN QUIRÚRGICO PROSTÓDONTICA EN EL TRATAMIENTO IMPLANTOLÓGICO.

Autor principal: CLARA FERNÁNDEZ ORTIZ.

18:00h

COC - 107

UTILIDAD DEL DIGITAL SMILE DESIGN EN LA PRÁTICA CLÍNICA - TRUE OR FALSE?

Autor principal: PAULO A. RIBEIRO.

18:15h

COC - 120

REHABILITACIONES ADHESIVAS. COMO DEVOLVEMOS EL TEJIDO PERDIDO?

Autor principal: JOSE BAHILLO VARELA.

18:30h

COC - 142

CARILLAS CON TALLADO, CON MÍNIMO TALLADO Y SIN TALLADO. INDICACIONES Y PROTOCOLOCOS.

Autor principal: JOSERLYN ARAPÉ PÁEZ.

18:45h

COC - 154

CARGA INMEDIATA. PROTOCOLO CLÍNICO E IMPORTANCIA DE LA PLANIFICACIÓN ESTÉTICA EN UNA REHABILITACIÓN COMPLETA SOBRE IMPLANTES.

Autor principal: NATALIA ÁLVAREZ-MALDONADO DE CASTRO.

19:00h

COC - 155

5 FACTORES CLAVE PARA EL ÉXITO EN REHABILITACIONES COMPLETAS IMPLANTO-SOPORTADAS:DESDE LA EXTRACCIÓN A LA REHABILITACIÓN.

Autor principal: ÁLVARO URBANO BRAVO.

19:15h

COC - 162

COMBINACIÓN DE RESTAURACIONES EN EL SECTOR ANTERIOR SOBRE DIENTES Y IMPLANTES – ENFOQUE BIOMIMÉTICO: UNA SERIE DE CASOS.

Autor principal: BRUNO MIGUEL RODRIGUES DA SILVA.

Comunicaciones Orales SEPES Junior 1 – COSJ

Sala: B - TERRAZA 1

15:00h

COSJ- 8

ABSORCIÓN Y SOPORTE DE TENSIÓN DE LOS MATERIALES DE REHABILITACIÓN DE IMPLANTES, EN FUNCIÓN DEL TIPO DE CARGA APLICADA (ESTÁTICA/ DINÁMICA): ESTUDIO EXPERIMENTAL IN VITRO.

Autor principal: ALEJANDRO ESTRADA MARTÍNEZ.

15:15h

COSJ- 10

REHABILITACIÓN IMPLANTOSPORTADA CON ALTA EXIGENCIA ESTÉTICA Y MECÁNICA: ZIRCONIO MONOLÍTICO.

Autor principal: MIRIAM IGLESIAS CALVO.

15:30h

COSJ- 15

PAPEL DEL PROSTODONCISTA EN LA PLANIFICACIÓN, COORDINACIÓN Y REALIZACIÓN DE UNA REHABILITACIÓN COMPLEJA MULTIDISCIPLINAR : A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autor principal: THOMAS BLANC.

15:45h

COSJ- 20

PRÓTESIS FIJAS IMPLANTOSOPORTADAS RETENIDAS CON PASADORES.

Autor principal: ESTEBAN PADULLÉS-GASPAR.

16:00h

COSJ- 21

MOVEMOS O AUMENTAMOS. TRATAMIENTOS RESTAURADORES CON MÍNIMO COMPROMISO BIOMECÁNICO. A PROPÓSITO DE TRES CASOS.

Autor principal: MARÍA BLANCO MUÑOZ.

16:15h

COSJ- 23

ESTUDIO DE LA FIABILIDAD DE DOS SISTEMAS DE REGISTRO DEL COLOR DENTAL: COLORÍMETRO VITA EASYSHADE ADVANCE 4.0 VS GUÍA VITA CLASSICAL AI-D4.

Autor principal: BEÑAT GARDOKI IZQUIERDO.

16:30h

COSJ- 24

PROTOCOLO DE PLANIFICACIÓN PARA LA RESTAURACIÓN DE LA ESTÉTICA ROSA ANTERIOR MEDIANTE PRÓTESIS IMPLANTOSOPORTADA.

Autor principal: ALEXANDRA HELM.

16:45h

COSJ- 27

INFLUENCIA DE LA SITUACION Y APLICACIÓN DE CARGAS PROTESICAS EN EL ESTRÉS TRANSFERIDO A AL SISTEMA DE RETENCIÓN EN UNA SOBREDENTADURA RETENIDA POR 2 IMPLANTES.

Autor principal: MARCOS MORADAS ESTRADA.

17:00h

COSJ- 28

¿EL DSD Y EL MOCK UP SON DE AYUDA EN LA PLANIFICACIÓN ESTÉTICA ORAL? A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autor principal: NÁGILA FERNANDES PONTES.

17:15h

COSJ- 29

ESTUDIO PROSPECTIVO DE RESTAURACIONES DE RECUBRIMIENTO COMPLETO SOBRE PREPARACIONES DENTARIAS SIN LÍNEA DE TERMINACIÓN.

Autor principal: DANIEL IVAYLOV.

17:30h

COSJ- 32

TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES: DESCRIPCIÓN DE UNA FÉRULA DINÁMICA DE ANÁLISIS OCLUSAL.

Autor principal: CHIARA MICHELOTTI.

17:45h

COSJ- 37

REHABILITACIÓN TOTAL MINIMAMENTE INVASIVA.

Autor principal: TEODORO VACA GONZALO.

18:00h

COSJ- 45

SELLADO INMEDIATO DE LA DENTINA ¿MEJORA LA RESISTENCIA DE NUESTROS MATERIALES?.

Autor principal: GEORGINA GARCÍA ENGRA.

18:15h

COSJ- 50

REHABILITACION MAXILOFACIAL ¿HASTA DONDE PODEMOS LLEGAR?.

Autor principal: MARÍA CLAUDIA ROMANÍ MARILUZ.

18:30h

COSJ- 56

LA IMPORTANCIA DEL PROVISIONAL COMO GUÍA DE NUESTRA RESTAURACIÓN DEFINITIVA.

Autor principal: RAMON SERRAT BARON.

18:45h

COSJ- 62

TRABAJO EN EQUIPO PARA LA OBTENCIÓN DE RESULTADOS PREDECIBLES: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autor principal: BLANCA SERRA PASTOR.

19:00h

COSJ- 65

ESTUDIO COMPARATIVO DE CORONAS UNITARIAS IMPLANTOSOPORTADAS DE RNC VS. CERAMOMETÁLICAS. ESTUDIO PROSPECTIVO IN VIVO.

Autor principal: CLARA PERELLÓ GALARZA.

19:15h

COSJ- 68

REHABILITACIÓN ORAL INTEGRAL EN PACIENTE CON ALTERACIONES MAXILARES SEVERAS.

Autor principal: MARIANA GONZÁLEZ AXPE.

Comunicaciones Orales SEPES Junior 2– COSJ

Sala: B - TERRAZA 2

15:00h

COSJ- 78

ELECCIÓN DEL MATERIAL PARA CORONAS MONOLÍTICAS CAD/CAM SEGÚN EL COLOR DEL SUSTRATO. IMPORTANCIA DEL SUSTRATO EN EL COLOR FINAL.

Autor principal: SERGIO ESTEFANÍA MURILLAS.

15:15h

COSJ- 84

ESTÉTICA INMEDIATA POST-EXTRACCION EN SECTOR ANTERIOR. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autor principal: JAIME MUÑOZ MANZANO.

15:30h

COSJ- 94

TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO, DESDE LA ORTODONCIA A LA RESTAURACIÓN FINAL; A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

Autor principal: LUIS CARLOS GARZA GARZA.

15:45h

COSJ- 95

TRATAMIENTO INTERDISCIPLINARIO EN UN PACIENTE CON DENTICION MIXTA.

Autor principal: CARLOTA SUAREZ TUERO.

16:00h

COSJ- 101

CONTACT FORMERS – TÉCNICA CLÍNICA PARA LA OBTENCIÓN DE UN BUEN PUNTO DE CONTACTO.

Autor principal: RALUCA ANDREEA POSTELNICU.

16:15h

COSJ- 102

DYRACT – ESTUDIO PROSPECTIVO A 16 AÑOS DE LA SUPERVIVENCIA Y EL COMPORTAMIENTO CLINICO.

Autor principal: ANTONIO PAZOS PLATAS.

16:30h

COSJ- 115

MODELADO DE ENCÍA PERIIMPLANTARIA MEDIANTE PROVISIONALES.

Autor principal: JOSÉ ÁNGEL FERNÁNDEZ GARCÍA.

16:45h

COSJ- 118

REHABILITACIÓN OCLUSAL Y ESTÉTICA DE UN PACIENTE BRUXISTA MEDIANTE TÉCNICAS ADHESIVAS MÍNIMAMENTE INVASIVAS.

Autor principal: ELENA SICILIA BLANCO.

19:15h

COSJ- 157

IMPLANTOLOGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA EN LA ZONA ESTÉTICA A TRAVÉS DEL FLUJO DIGITAL.

Autor principal: IGNACIO GINEBREDA CAIRÓ.

17:15h

COSJ- 124

PREDICTIBILIDAD PARA TRATAMIENTOS DE ALTA DEMANDA ESTÉTICA CUANDO EL TIEMPO APREMIA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autor principal: ANTONIO MEAÑOS SOMOZA.

17:30h

COSJ- 132

LA REHABILITACIÓN PROTÉSICA Y IMPLANTE-PROTÉSICA DE EL PACIENTE ONCOLÓGICO MAXILOFACIAL: LA EXPERIENCIA DE LA UNIVERSIDAD DE ROMA.

Autor principal: PIERO PAPI.

17:45h

COSJ- 134

ANQUILOSIS EN EL SECTOR ANTERIOR: ETIOLOGÍA, CONSIDERACIONES Y TOMA DE DECISIONES.

Autor principal: BELÉN LARRUSCAIN SAN FÉLIX.

18:00h

COSJ- 135

REHABILITACIÓN TOTAL CON INCRUSTACIONES DE COMPOSITE-CERÁMICA Y CARI-LLAS V-SHAPPED DE CERÁMICA CON AUMENTO DE DIMENSIÓN VERTICAL.

Autor principal: GEMMA CASASAYAS CLUSELLAS.

18:15h

COSJ- 136

BOPT: LA REVOLUCIÓN DE UN CONCEPTO CLÁSICO APLICADO A LA CLÍNICA DIARIA.

Autor principal: SERGIO GINER GARRIDO.

18:30h

COSJ- 139

CIERRE DE MORDIDA ABIERTA ANTERIOR EN PACIENTE PERIODONTAL, MEDIANTE TALLADO SELECTIVO Y REHABILITACION CON PRÓTESIS PARCIAL FIJA SOBRE IMPLANTES.

Autor principal: DANIELA ESTEFANÍA MAYA CAJIAO.

18:45h

COSJ- 144

PROTOCOLO CLÍNICO DE LA TÉCNICA BOPT, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

Autor principal: RICARDO DÍEZ DEUSTUA.

19:00h

COSJ- 156

INTEGRACIÓN DE LA TECNOLOGÍA, ESTÉTICA Y BIOLÓGIA: CEREC, PILARES DE DISILICATO DE LITIO Y BOPT.

Autor principal: NIEVES ALBIZU RODRÍGUEZ.

Resúmenes

Comunicación Oral de Investigación – COI

Comunicaciones Orales Clínicas – COC

Comunicaciones Orales SEPES Junior 1 – COSJ

Comunicaciones Orales SEPES Junior 2 – COSJ



 **Dentsply
Sirona**

*Patrocinador de
las COI y las COC*

Comunicación Oral de Investigación – COI

Sala: B3

Horario: 15:00h - 19:30h

15:00h

COI - 1

ESTUDIO IN VITRO DEL AJUSTE MARGINAL DE CORONAS METAL-CERÁMICA DE CROMO-COBALTO COLADO, SINTERIZADO, MECANIZADO Y PRE-SINTERIZADO.

Autor principal: FRANCISCO REAL VOLTAS.

Coautores: JOSEP CABRATOSA TERMES, MAGÍ BRUFAU DE BARBERÀ, SANTIAGO COSTA PALAU, CRISTINA COROMINAS DELGADO.

Centro de trabajo: UNIVERSITAT INTENACIONAL DE CATALUNYA.

INTRODUCCIÓN

Cada vez son más los estudios publicados sobre prótesis fijas totalmente cerámicas, no obstante no debemos olvidar que las coronas de metal-cerámica han sido utilizadas durante más de 50 años y su fiabilidad ha quedado probada por estudios y por la práctica clínica. Esto hace que siga siendo el tipo de prótesis fija más utilizada siendo la aleación de cromo-cobalto una de las aleaciones más usadas.

El éxito de este tipo de prótesis sobre dientes naturales depende en gran medida del ajuste marginal. Éste viene condicionado, entre otros factores, por el material utilizado y por la manera en que éste ha sido trabajado. La existencia gaps marginales puede producir inflamación gingival, caries recurrentes y pulpitis.

Hoy en día, para elaborar la estructura de metal de estas coronas se pueden utilizar cuatro técnicas distintas: la técnica convencional de colado y tres técnicas CAD/CAM (la técnica de fresado, la técnica de sinterizado y la técnica de presinterizado).

El objetivo de este trabajo es estudiar el ajuste marginal de las coronas de metal-cerámica elaboradas con una aleación de cromo-cobalto colado, fresado, sinterizado y presinterizado en las distintas fases de elaboración (en la cofia metálica, en la carga de la cerámica y una vez cementadas).

METODOLOGÍA

Se realizaron 80 coronas de metal-cerámica de cromo-cobalto (20 coladas, 20 fresadas, 20 sinterizadas y 20 presinterizadas) sobre 80 muñones de titanio que simulaban un diente premolar tallado preparado para recibir dichas coronas. Se midió el desajuste marginal en tres puntos de cada cara de la corona (mesial, vestibular, palatino y lingual) y en las tres fases de elaboración (metal, carga de la cerámica y cementado), utilizando un estereomicroscopio, midiendo un total de 2880 puntos. Se analizaron los datos con el programa estadístico SPSS Statistics 21.0.

RESULTADOS

Las coronas que presentaron mejor ajuste marginal una vez cementadas fueron las realizadas mediante la técnica de sinterizado ($15,75 \pm 15,08 \mu\text{m}$). Las que presentaron peor ajuste

marginal fueron las realizadas mediante la técnica de colado ($99,74 \pm 32,37 \mu\text{m}$). Esto también ocurrió tanto en el momento de realizar la prueba de la estructura metálica (sinterizado= $8,41 \pm 3,92 \mu\text{m}$; colado= $109 \pm 27,85 \mu\text{m}$), como en el momento del ceramizado (sinterizado= $3,26 \pm 2,53 \mu\text{m}$; colado= $43,04 \pm 24,61 \mu\text{m}$).

CONCLUSIONES

Las coronas metal cerámica realizadas mediante la técnica de CAD/CAM presentan un mejor ajuste marginal que las realizadas mediante la técnica de colado. Aun así los 4 sistemas cumplen con los criterios de aceptabilidad clínica.

15:15h

COI - 4

ESTUDIO CLÍNICO EXPERIMENTAL SOBRE EL COMPORTAMIENTO DE PRÓTESIS IMPLANTOSOPORTADAS DE RESINA FABRICADAS POR CAD/CAM.

Autor principal: CAROLINA DíEZ QUIJANO.

Coautores: JAIME DEL RÍO HIGHSMITH.

Centro de trabajo: UCM.

INTRODUCCIÓN

Los polímeros fabricados por CAD/CAM se brindan como alternativa a los materiales definitivos por sus propiedades mejoradas respecto a los polímeros convencionales. Sin embargo, su uso está limitado en este campo, dada la escasez de ensayos clínicos que evalúen su utilización a largo plazo. Este trabajo es un ensayo clínico del comportamiento de prótesis implantosoportadas en el sector posterior confeccionadas por CAD/CAM con dos materiales poliméricos: Polimetilmetacrilato (PMMA) y polioximetileno (POM).

OBJETIVOS

El objetivo fue la determinación de las diferencias entre ambos materiales en los criterios clínicos de la Asociación dental de California (CDA), en la estabilidad cromática y en el desgaste funcional.

MATERIAL Y MÉTODO

Se trata de un ensayo clínico cruzado, aleatorizado prospectivo y simple-ciego. Se rehabilitó a 21 pacientes con 49 prótesis implantosoportadas de PMMA (25) y POM (24). Se evaluaron los criterios clínicos establecidos por la CDA (1 semana, 3 y 6 meses), se llevaron a cabo registros de color con espectrofotómetro (0 y 6 meses) y del desgaste con técnica indirecta mediante objetivo telecéntrico (0 y 6 meses). A los 6 meses la prótesis era sustituida por la del otro material. Se estableció la diferencia de color (ΔE^*ab) definida por la CIE. Para evaluar el desgaste se utilizó un programa de diseño en el que se registró el aplanamiento de las cúspides entre TO y T6.

RESULTADOS

Los resultados de los criterios de la CDA mostraron que sólo existieron diferencias significativas en el parámetro de forma y color, siendo más favorables los juicios establecidos para el PMMA. En el criterio de integridad marginal se observó en ambos materiales un aumento significativo de la fractura de las prótesis siendo más frecuente en los implantes de "Astra". El análisis estadístico de ΔE^*ab de 7.18 para el PMMA y 8.58 para el POM sin encontrar diferencias significativas entre los dos materiales. Se encontró un aumento significativo del

desgaste tanto del PMMA como del POM a los 6 meses de función sin encontrar diferencias entre ambos.

CONCLUSIONES

Se obtuvieron diferencias significativas entre los dos materiales en los criterios CDA de superficie y color, siendo más favorables para las prótesis de PMMA. Asimismo se encontró una tendencia a la significación en relación al número de fracturas a favor del PMMA. Se requiere un número mayor de estudios con el fin de poder respaldar el uso de polímeros para la fabricación de restauraciones implantosoportadas definitivas.

15:30h

COI - 7

OPTIMIZACIÓN DE UN MODELO DE IMPLANTOPRÓTESIS PARA EL ESTUDIO DE LA SOBRECARGA OCLUSAL COMO FACTOR CAUSAL DE PÉRDIDA ÓSEA MARGINAL EN IMPLANTES OSTEOINTEGRADOS EN RATA.

Autor principal: DAVID CHÁVARRI PRADO.

Coautores: ARITZA BRIZUELA VELASCO, ANTONIO JIMÉNEZ GARRUDO, MARKEL DIÉGUEZ PEREIRA, OIER MONTALBÁN VADILLO, IKER BELLANCO DE LA PINTA.

Centro de trabajo: UNIVERSIDAD DEL PAÍS VASCO.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La influencia de la sobrecarga oclusal en la pérdida ósea marginal alrededor de los implantes genera una gran controversia en el seno de la comunidad científica. Debido a la imposibilidad de realizar estudios clínicos controlados y aleatorizados en humanos, los estudios desarrollados hasta el momento se han basado en la demostración de su influencia mediante ensayos en modelo animal. La mayoría de estos estudios han utilizado para tal objetivo modelos animales de gran tamaño como pueden ser el mono o el perro. Sin embargo, Nagasawa y colaboradores demostraron en el año 2013, que la rata es un modelo de experimentación perfectamente válido y con numerosas ventajas respecto a los animales de mayor tamaño. El objetivo del presente trabajo es desarrollar un modelo de prótesis implantosoportada que permita el análisis exhaustivo de la sobrecarga oclusal como factor etiológico de la periimplantitis.

METODOLOGÍA

Se realizó la exodoncia del primer molar superior izquierdo de dos ejemplares de rata Wistar con un peso comprendido entre 200 y 250 gramos. 4 semanas después, se colocó en cada ejemplar un implante de titanio grado IV diseñado específicamente para su colocación en este tipo de animal (1,8 x 2 mm). Una vez comprobada su osteointegración, 4 semanas después se procedió a cementar directamente sobre la conexión interna de cada implante una estructura protésica diseñada con tecnología CAD y fresada en titanio. Esta estructura fue diseñada con el objetivo de provocar las condiciones oclusales más desfavorables desde el punto de vista biomecánico: altura excesiva, cantiléver distal, etc. Dos semana después, se analizó la supervivencia de dichas estructuras protésicas, comprobando bajo sedación de los animales, que ambas permanecieran cementadas en boca.

RESULTADOS

El 100% de las prótesis sobrevivieron, permaneciendo cementadas en boca durante el señalado como período de estudio.

CONCLUSIONES

El modelo implantoprotésico desarrollado se presenta como un modelo perfectamente válido para el estudio de la sobrecarga oclusal como agente etiológico de la periimplantitis en rata.

15:45h

COI - 12

PROPORCIÓN ANCHURA/LONGITUD EN DIENTES ANTERIORES SUPERIORES. ESTUDIO COMPARATIVO DE LAS PREFERENCIAS ESTÉTICAS DE PROFESIONALES Y UNA POBLACIÓN LEGA

Autor principal: MARÍA PEREA ESCORS.

Coautores: OROZCO VARO A, ARROYO CRUZ G, ÁLVAREZ ÁLVAREZ L, PIZARRO LUENGO P, JIMÉNEZ CASTELLANOS E.

Centro de trabajo: FACULTAD DE ODONTOLOGÍA. UNIVERSIDAD DE SEVILLA.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El aumento del interés por la estética en los últimos años, tanto por parte de los profesionales como de los pacientes, hace que la creación de un aspecto dental natural sea una tarea importante en todos los campos de la odontología y especialmente en la odontología re-auradora. A fin de lograr una excelente estética, se han presentado directrices relativas a la estética anterior que incluyen recomendaciones para una proporción dental óptima. Existen numerosos trabajos que analizan las preferencias estéticas de los profesionales sobre las proporciones dentarias de los dientes anteriores superiores, pero ninguno de ellos se ha realizado en nuestro entorno ni tiene en consideración de manera comparativa las preferencias estéticas de la población general respecto a la sonrisa. Este estudio tiene como objetivo comparar las percepciones de los dentistas generales y la población respecto a la estética de la sonrisa en cuanto a la proporción anchura/longitud de los dientes anteriores superiores.

METODOLOGÍA

Sobre una fotografía de cara completa de un sujeto femenino se crea un modelo artificialmente simétrico sobre el que se realizan modificaciones mediante Photoshop Cs6 de las proporciones de los dientes anteriores superiores. En el modelo original las proporciones (Anchura/Longitud) eran 90% en incisivos centrales, 82% en incisivos laterales y 80% en caninos. Se crearon 3 modelos con las siguientes modificaciones: 80% en los seis dientes anteriores superiores, 85% en estos seis dientes y un tercero con 85% en incisivos centrales y 80% en incisivos laterales y caninos. Se elabora una secuencia de parejas de fotos con distintas proporciones que es presentada a una muestra de 100 dentistas generales y 100 personas legas en la materia para que expresen sus preferencias.

RESULTADOS

La proporción seleccionada como más estética mayoritariamente fue la del 85% para incisivos centrales y 80% para incisivos laterales y caninos. No existiendo diferencias estadísticamente significativas entre las poblaciones encuestadas, ni por sexo, ni por mayor o menor experiencia profesional de los dentistas ($p < .01$).

CONCLUSIONES

De acuerdo a nuestros resultados, la proporción Anchura/Longitud (A/L) de los dientes antero-superiores seleccionada como más estética, tanto para profesionales como para legos

en la materia, fue del 85% (A/L) para incisivos centrales y 80% para incisivos laterales y caninos. Siendo estos resultados no coincidente con muchas de las guías y directrices estéticas empleadas actualmente.

16:00h

COI - 26

IMPLANTES CON TRATAMIENTO TERMOQUÍMICO DE LA SUPERFICIE: CARGA INMEDIATA VS CARGA TEMPRANA. RESULTADOS PRELIMINARES A 6 MESES.

Autor principal: CARMEN MARÍA DÍAZ-CASTRO.

Coautores: RIBEIRO P, ALBERTINI M, LÁZARO CALVO P, FALCAO C, HERRERO-CLIMENT M.

Centro de trabajo: PORTO DENTAL INSTITUTE.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El tiempo de espera para cargar implantes de superficie rugosa convencional es de 8 semanas. Estudios animales revelan que el tiempo de cicatrización para los implantes con superficie Contac-Ti (con tratamiento termoquímico de la misma) parece ser menor, haciendo posible la carga temprana (a las 4 semanas) de dichos implantes. El objetivo de este estudio es evaluar los cambios en el nivel de hueso crestal y la evolución de la estabilidad (mediante el sistema de análisis de frecuencia de resonancia, Osstell) de los implantes Klockner Implant System - VEGA Contac-Ti en un periodo de 6 meses.

METODOLOGÍA

Estudio multicéntrico controlado aleatorizado en el que se incluyen pacientes que requieren implantes en los sectores posteriores. De manera aleatoria son asignados al grupo A (implantes de carga inmediata) o grupo B (implantes de carga temprana, a las 4 semanas).

Tras la colocación de los implantes se mide la estabilidad primaria mediante el Osstell ISQ, registrando el valor ISQ (cociente de estabilidad del implante). La estabilidad se vuelve a testar a las 4, 8 y 12 semanas y a los 6 meses. Se toman radiografías periapicales individualizadas postoperatorias y se repiten a los 3, 6 y 12 meses. Sobre ellas se mide la distancia hombro-cresta.

Para cada grupo se calculan las medidas de centralización. Las medias se comparan (previa comprobación de la normalidad con la prueba de Kolmogórov) mediante la t de Student o el test de Mann-Withney.

RESULTADOS

Hasta la fecha, se han analizado un total de 26 implantes (14 pacientes). La pérdida ósea media a las 12 semanas es de 0.04 ± 0.14 mm y a los 6 meses es de 25 ± 0.35 mm. El ISQ medio tras la colocación de los implantes es 74.19 para el grupo A y 68.12 para el grupo B. A las 4 semanas, es 78 para el grupo A y 86,81 para el grupo B. A las 12 semanas y 6 meses es 88,62 y 88,63 para el grupo A respectivamente y 73,27 y 76.57 para el grupo B respectivamente.

CONCLUSIONES

Según sugieren los resultados del estudio, tanto los protocolos de carga inmediata como de carga temprana parecen ser opciones de tratamiento seguras y predecibles. Parece que los implantes cuyas superficies están sometidas a tratamiento termoquímico pueden ser rehabilitados de manera inmediata o en periodos de tiempo muy reducidos.

16:15h**COI - 40****ESTUDIO ANATÓMICO DESCRIPTIVO DE LA ANGULACION DEL PROCESO ALVEOLAR VERSUS EJE AXIAL DEL DIENTE EN MAXILAR SUPERIOR: INFLUENCIA EN LA SELECCIÓN DEL PILAR PROTÉSICO EN IMPLANTES INMEDIATOS.****Autor principal:** PAULA LOPEZ JARANA.**Coautores:** CARMEN M. DÍAZ-CASTRO, ARTUR FALCÃO-PEREIRA, CARLOS FALCÃO-PEREIRA, M. HERRERO-CLIMENT.**Centro de trabajo:** UNIVERSIDAD DE SEVILLA.**INTRODUCCIÓN**

La morfología del proceso alveolar y la angulación del eje axial del diente son algunos de los factores más importantes en la terapia con implantes inmediatos, así como el grosor en la tabla vestibular. Una diferencia de angulación entre el eje dentario y el del proceso alveolar, menor o igual a 10° , es considerada como ideal, ya que simplifica la colocación del implante, que sigue el eje axial del alveolo con una ligera inclinación hacia palatino para mantener el grosor de la pared vestibular necesario y conseguir estabilidad primaria.

OBJETIVOS

Conocer angulación del proceso alveolar, radicular y la planificación de la restauración protésica más idónea según el caso.

METODOLOGÍA

Estudio retrospectivo transversal de 30 Cone Bone Conventional Tomography(CBCT) que cumplen los criterios de inclusión del estudio relativos al paciente y a las zonas de estudio. Utilizando la técnica de espiral se obtienen cortes de grosor de 0,2 mm (200 mm field of view (FOV), 90 kV, 10 mAs, 1 mm pass) en pacientes referidos por el Departamentos de Periodoncia de la Universidad de Sevilla. Desde enero a diciembre del 2014, para el estudio de la rehabilitación mediante de implantes. Las tomografías son extraídas mediante el software Planmeca (Denstply) se guardan en formato DICOM y se miden con Adobe Photoshop.y con el propio software de programa mediante 3 examinadores previamente calibrados.

RESULTADOS

Mediante la realización de una estadística descriptiva simple, se obtienen 66 incisivos superiores con una angulación media de $11,67^\circ \pm 6,37^\circ$, 33 caninos superiores con un angulación media de $16,88^\circ \pm 7,93^\circ$, 50 premolares superiores con $13,93^\circ \pm 8,66^\circ$ de media y en 58 molares superiores la media es de $9,89^\circ \pm 4,80^\circ$. Aunque en todos los grupos, se registran disparelelismos mayores a 20° , incluso de 42° en caso de premolares y caninos superiores.

CONCLUSIONES

Conocer la morfología previa a un implante inmediato, mediante el uso de una técnica no invasiva como el CBCT es útil, no sólo para la valoración de parámetros, como el grosor de la pared vestibular, sino también en la selección del pilar protésico, importante para alcanzar éxito a nivel estético, biológico y funcional a largo plazo del caso.

16:30h

COI - 48

TIPIFICADO Y EVALUACIÓN DE LAS PROPIEDADES MECÁNICAS DE LA ALEACIÓN TIZR PARA IMPLANTES DENTALES.

Autor principal: ESTEBAN PÉREZ PEVIDA.

Coautores: ARITZA BRIZUELA VELASCO, FRANCESCA MONTICELLI, JOSÉ MARÍA MANERO PLANELLA, MIQUEL PUNSET FUSTE, FRANCISCO JAVIER GIL MUR.

Centro de trabajo: UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La aleación Ti6Al4V, la más utilizada en la fabricación de implantes dentales, presenta un módulo de Young o elasticidad tipificado de 110 GPa, el cual dista mucho del relativo al hueso que es de aproximadamente 14GPa en hueso cortical y 1.4GPa en hueso esponjoso. Por la necesidad de comercialización de implantes dentales más estrechos se han desarrollado aleaciones, como la TiZr, con mayor rigidez para así evitar la posible fractura del implante estrecho ante la aplicación de las cargas funcionales. Existen ensayos de la utilización de esta aleación para aplicaciones médicas, aún así no se encuentran publicadas en la literatura actual las propiedades mecánicas de dicha aleación. El objetivo del ensayo es tipificar las propiedades mecánicas, Módulo de Young y Coeficiente de Poisson, de la aleación TiZr.

METODOLOGÍA

Se utilizan 5 implantes de aleación TiZr (Straumann Roxolid SLA® Bone Level) de 4.8mm de diámetro y 14mm de longitud. Se cortan los implantes resultando una muestra cilíndrica de 6mm de longitud y paredes paralelas. Se determina la densidad de las muestras mediante métodos hidrostáticos para después determinar las propiedades mecánicas generando pulsos de ultrasonidos tanto longitudinal como trasversalmente a la muestra con una frecuencia de 5MHz, obteniendo así el módulo elástico o de Young y el coeficiente de Poisson de la aleación TiZr.

RESULTADOS

Tras el ensayo experimental se obtienen como datos previos la longitud, masa y masa sumergida para determinar la densidad de las muestras. Este dato es necesario para incluirlo, junto con la velocidad de onda longitudinal y transversal del ultrasonidos, en la ecuaciones correspondientes de obtención del Módulo de Young y al Coeficiente de Poisson de la aleación. Se obtienen unos valores de Módulo de Young entre 102.7 y 104.7 GPa y un Coeficiente de Poisson de 0.33.

CONCLUSIONES

La aleación TiZr de implantes dentales posee unas propiedades mecánicas similares a la aleación Ti6Al4V más comúnmente utilizada en su fabricación, obteniendo un Módulo de Young aproximado de 103GPa y un Coeficiente de Poisson de 0.33. Estos datos continúan distanciándose de las propiedades mecánicas relativas al hueso prístino.

16:45h

COI - 54

EVALUACIÓN DE LA ESTABILIDAD POSTURAL CON PROTECTORES BUCALES Y DIFERENTES POSICIONES MANDIBULARES UTILIZANDO UNA PLATAFORMA DE ESTABILOMETRÍA.

Autor principal: ALFONS QUINTANA VILA.

Coautores: CABRATOSA TERMES J, COSTA PALAU S, SÁNCHEZ NADAL C, REAL VOLTAS F.

Centro de trabajo: UNIVERSITAT INTERNACIONAL DE CATALUNYA (UIC).

INTRODUCCIÓN

La estabilidad postural tiene una importancia relevante en el ámbito deportivo por las múltiples situaciones en que se requiere de esta capacidad y porque de ella depende buena parte del éxito para la realización de las técnicas deportivas. La literatura científica existente no es muy clarificadora sobre el efecto de los protectores bucales sobre la estabilidad postural y de la relación intermaxilar.

OBJETIVO

El objetivo del presente estudio fue evaluar la estabilidad postural en situación estática y de inestabilidad anteroposterior y latero lateral en presencia de un protector bucal y en distintas relaciones intermaxilares (sin contacto dental, en intercuspidación suave y máxima y con un protector bucal con cierre suave y máximo).

MATERIALES Y MÉTODOS

Se realizó un estudio experimental, tipo ensayo no-controlado (estudio antes-después), en el que participaron 32 individuos sanos, con dentición completa y sin signos/síntomas de disfunción craneomandibular. Se confeccionó para cada uno de los sujetos un protector bucal de tipo 3 (individualizado). Mediante una plataforma de estabilometría se evaluó la estabilidad postural en presencia y ausencia de un protector bucal y en distintas relaciones intermaxilares (sin contacto dental, en intercuspidación suave y máxima) en situación estática y de inestabilidad (anteroposterior y latero lateral). Se registraron los parámetros estabilométricos: Superficie, X-media, Y-media y Velocidad.

RESULTADOS

En condición estática, no se hallaron diferencias significativas en ninguno de los valores de los parámetros, en las distintas relaciones intermaxilares con y sin el protector bucal. En condición dinámica anteroposterior el protector bucal aportó a nivel de los parámetros: Superficie, Y-Media y Velocidad, valores indicativos de una mayor estabilidad postural, y en situación dinámica lateral, los protectores mostraron diferencias entre las posiciones mandibulares sólo en el parámetro Velocidad.

CONCLUSIONES

Los protectores bucales y la relación intermaxilar de intercuspidación tendrían efecto sobre la estabilidad postural sólo en situación de inestabilidad anteroposterior y latero-lateral, aportando una mayor estabilidad postural y de manera más significativa en la inestabilidad anteroposterior.

17:00h

COI - 59

ENSAYO DE COMPRESIÓN DE RESTAURACIONES CAD/CAM FABRICADAS CON RESINAS NANOCERÁMICAS Y CEMENTADAS SOBRE MOLARES.

Autor principal: NIEVES MÍNGUEZ TOMÁS.

Coautores: ROMÁN RODRÍGUEZ JL, FONS FONT A, GARCÍA-ENGRÀ G, FERNÁNDEZ-ESTEVAN L.

Centro de trabajo: DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLOGÍA, UNIDAD PROSTODONCIA Y OCLUSIÓN. UNIVERSITAT DE VALENCIA. ESPAÑA.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La Odontología mínimamente invasiva persigue la búsqueda de materiales estéticos y resistentes para restauraciones indirectas procesadas por CAD/CAM que conserven la máxima cantidad de estructura dental y empleen técnicas adhesivas para su cementado. En la actualidad, contamos con materiales cerámicos como los silicatos convencionales y los de alta resistencia y materiales híbridos como las cerámicas infiltradas por polímeros y las resinas nanocerámicas. La aparición de nuevas resinas nanocerámicas como Cerasmart™ (GC) y la escasa evidencia científica acerca de estos nuevos materiales híbridos, requieren estudios independientes *in vitro* e *in vivo* para contrastar las propiedades de dichos materiales. El objetivo de nuestro ensayo fue estudiar la resistencia a la flexión de las resinas híbridas nanocerámicas Cerasmart™, y de Lava™ Ultimate (3M ESPE).

METODOLOGÍA

Se confeccionaron 20 muestras por grupo (Cerasmart™ y Lava™ Ultimate). Todas las muestras recibieron un tratamiento de superficie en función de su composición y seguimos el protocolo de cementación proporcionado por la casa comercial sobre un molar previamente tallado exponiendo esmalte y dentina. A partir de ahí, cada muestra fue sometida a un ensayo de carga estática registrando la fractura parcial hasta la fractura total del material, analizando así la resistencia de cada una de las muestras de los materiales híbridos.

RESULTADOS

Se aportarán los resultados obtenidos tras los ensayos de carga estática de ambas muestras de resina nanocerámica tras el ensayo de resistencia a la fractura.

CONCLUSIONES

Las resinas nanocerámicas estudiadas son resistentes a las fuerzas de oclusión en el sector posterior, presentando diferencias estadísticamente significativas entre ellas.

17:15h

COI - 60

INFLUENCIA DEL ACÚMULO DE SARRO EN EL DESARROLLO DE PERIPLANTITIS EN HÍBRIDAS IMPLANTOSOPORTADAS.

Autor principal: JACOPO MARIA SALETTA.

Coautores: DE LA PEÑA A., LOPEZ SOTO C., NÊÑEZ J, PÉREZ A, JIMÉNEZ J.

Centro de trabajo: UNIVERSIDAD EUROPEA DE MADRID.

OBJETIVO

Evaluar la relación entre el diseño de una prótesis híbrida implanto-soportada y la incidencia de periimplantitis y mucositis.

INTRODUCCIÓN

El concepto de prótesis híbrida se aplica a cualquier prótesis compuesta por diferentes materiales. El diseño de una prótesis híbrida en relación con los tejidos blandos puede complicar la higiene del paciente conllevando un acumulo de placa y la consiguiente inflamación de los tejidos perimplantarios. Cuando factores nocivos locales, principalmente la placa, perpetúan,

este proceso inflamatorio puede evolucionar en la pérdida de hueso alrededor de los implantes, comprometiendo así el éxito del tratamiento implantosoportado a largo plazo. Este acúmulo de placa es mayor en prótesis híbridas inferiores favorecido por la presencia del conducto de Bartolini que supone más formación de cálculo a nivel anteroinferior. El sarro y la superficie rugosa que crea provoca un mayor acúmulo de placa desarrollando inflamación de los tejidos alrededor de los implantes.

MATERIALES Y MÉTODO

Se realiza un estudio retrospectivo donde se revisan pacientes tratados por el Master de Implantología Avanzada de la Universidad Europea de Madrid entre 2007 y 2013. La muestra incluye 30 pacientes tratados con prótesis híbridas inferiores. Las variables analizadas se dividieron en dos subgrupos, el primer subgrupo incluía variables relacionadas con historia clínica del paciente (edad, sexo, fumador, medicación relacionada con xerostomía, enfermedad periodontal previa, nivel colaboración, PH salivar) y el otro con las características del tratamiento implantológico (número de implantes, presencia de pilares transepiteliales, acúmulo de sarro en la zona del conducto de Bartolini, diseño prótesis, modalidad de higiene, índice de placa y sangrado, cantidad encía queratinizada). Una estadística descriptiva se llevó a cabo mediante el programa SPSS v15.0 de Windows (SPSS Inc., Chicago, EE.UU.).

CONCLUSIONES

En los resultados obtenidos se describirá la influencia de todas las variables analizadas en el desarrollo de mucositis y periimplantitis en pacientes tratados con prótesis híbridas inferiores.

17:30h

COI - 63

COMPÓMERO COMO SUSTITUTO DE LA PORCELANA EN REHABILITACIONES COMPLETAS IMPLANTOSOPORTADAS: EVOLUCIÓN A 2 AÑOS.

Autor principal: ANA PAULA SUÁREZ BEKE.

Coautores: GALLEGO NIETO M., SANTIAGO SARACHO J., LÓPEZ SOTO C., JIMÉNEZ M.J., JIMÉNEZ J.

Centro de trabajo: CLÍNICA UNIVERSITARIA EUROPEA DE MADRID, UNIVERSIDAD EUROPEA DE MADRID.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los compómeros son resinas fotocurables con microrelleno de resina, están constituidos por una fase orgánica (monómeros parecidos a los que contiene los composites y ácidos polialquenoicos similares a los ionómeros de vidrio) y un refuerzo cerámico (vidrios de flúor-aluminio-silicato de zirconio u otros similares). El objetivo de este estudio es evaluar el comportamiento de los compómeros como material de recubrimiento sobre metal en rehabilitaciones implantosoportadas, sus ventajas, inconvenientes y complicaciones biomecánicas a un año de seguimiento.

METODOLOGÍA

Se lleva a cabo un estudio retrospectivo en 11 pacientes, de edad comprendida entre 40-70 años tratados en la Clínica Universitaria de la Universidad Europea de Madrid en el Máster de Implantología Oral Avanzada.

Todos los pacientes son edentulos uni o bimaxilares rehabilitados con prótesis fija completa implantosoportada. Todas las rehabilitaciones son desarrolladas mediante un flujo de trabajo digital (diseñada por CAD y realizada con CAM): Captación de las posiciones implantológicas con PICcámara, diseño en Exocad y fresado de las prótesis en cromo-cobalto a través de la reducción digital de una prueba estética atornillada ideal. Esto permite el cálculo exacto del espacio para el material de recubrimiento.

RESULTADOS

El porcentaje de éxito y supervivencia de las prótesis fue del 100% a un año de evolución. Se desarrollan las ventajas e inconvenientes a 1 año de evolución.

CONCLUSIONES

A falta de estudios a más largo plazo, el compómero como material de recubrimiento es una opción de tratamiento fiable, que presenta muchas ventajas con respecto al recubrimiento con porcelana como menor abrasión del esmalte de la dentición antagonista por la dureza similar al diente natural, resistencia a la torsión, fácil modificación y reparación en caso de fractura o fuerte adherencia al metal. Este material permite un uso sencillo tanto para el clínico como para el técnico, directo o indirecto, en inlays, onlays, jakets, veneers, coronas, puentes y prótesis implantosoportadas.

17:45h

COI - 91

TECNOLOGÍA CAD/CAM EN IMPLANTOLOGÍA: ANÁLISIS DEL ESCANEADO EXTRAORAL Y DEL AJUSTE DE LAS ESTRUCTURAS IMPLANTOSOPORTADAS.

Autor principal: ENERITZ BILBAO URIARTE.

Coautores: GUTIÉRREZ ACERO D., EGUÍA DEL VALLE A., LAÑA GUERRA J., URIBARRI ETXEBARRIA A.

Centro de trabajo: DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLOGÍA II UPV/EHU.

INTRODUCCIÓN

El desajuste de las supraestructuras protésicas implantosoporadas constituye una de las causas de las complicaciones mecánicas y biológicas del tratamiento con implantes. La incorporación de la tecnología CAD/CAM para la elaboración de la prótesis ha supuesto un gran avance en la búsqueda de la optimización del ajuste, pero se sabe que su calidad es muy variable dependiendo del método de fabricación utilizado y de la manipulación que se realiza de sus componentes. El conocimiento del error global y del derivado individualmente de cada una de las fases del proceso, así como de las variables que influyen en los resultados, conllevaría a optimizar la calidad de las estructuras implantosoportadas.

OBJETIVOS

Cuantificar el error de la fase de escaneado de los modelos de trabajo y el desajuste de las supraestructuras mecanizadas.

METODOLOGÍA

Escaneado de 5 modelos de trabajo mediante el escáner extraoral 3Shape (3Shape D700L,- Copenhagen, Dinamarca) y medición de su exactitud tomando como modelos de referencia los creados por una Máquina de Medición de Coordenas (CMM, Mitutoyo Crysta Apex S, Kawasaki, Japon). Se cuantifica la diferencia en los 3 ejes del espacio (X, Y, Z) y en la angula-

ción analizando también la posible influencia del número de implantes y de su localización. Tras realizar el mecanizado de las supraestructuras se realiza la medición del gap mediante microscopía óptica y microtomografía de Rx. Se utiliza el Software SPSS 22 para el análisis estadístico descriptivo y comparativo. El nivel de significación utilizado es (p) <0,05.

RESULTADOS

Se expondrán los resultados de las mediciones realizadas en 22 implantes que forman parte de 6 estructuras implantosoportadas sobre pilares cónicos.

CONCLUSIONES

El conocimiento del error de la digitalización de los modelos y del desajuste global de las estructuras implantosoportadas mecanizadas puede contribuir a optimizar la calidad de la prótesis final con el objetivo de minimizar las posibles complicaciones mecánicas y biológicas tras la carga.

18:00h

COI - 98

CÓMO TRATAR EL ALVÉOLO POSTEXTRACCIÓN PARA REALIZAR UNA PRÓTESIS FIJA.

Autor principal: ANTONIO DE LA PLAZA JULIÁN.

Coautores: ORTEGA ARANEGUI, R.(3); SANTAMARÍA LAORDEN, A.(1); GIL VILLAGRÁ, LJ.; MARTÍN CARRERAS-PRESAS, C.(1); SOMACARRERA PÉREZ, ML(1).

Centro de trabajo: DEPARTAMENTO DE ODONTOLOGÍA. FACULTAD DE CIENCIAS BIOMÉDICAS. UNIVERSIDAD EUROPEA DE MADRID (UEM)⁽¹⁾. CLÍNICA DENTAL DE LA PLAZA, MADRID⁽²⁾; CLÍNICA DIAGNÓSTICO BUCOFACIAL DR. ORTEGA, MADRID⁽³⁾.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Tras la extracción de un diente, se produce una marcada reabsorción de la cresta alveolar residual, que puede limitar funcional y estéticamente la colocación de la futura rehabilitación protética. Esta reabsorción es mayor en anchura y en concreto sobre la tabla ósea vestibular (varía entre un 29% y un 63% a los seis meses, valor promedio 3,79mm), que en altura (varía entre un 11% y un 22% a los seis meses, valor promedio 1,24mm). La mayor reabsorción, aproximadamente de un 35%, se produce en el tercio coronal del alvéolo. Las técnicas de preservación de la cresta alveolar, logran disminuir los cambios dimensionales tras una extracción.

OBJETIVOS

- Valorar la necesidad de utilizar técnicas de preservación alveolar tras una extracción dental.
- Evaluar si es necesario utilizar una membrana y realizar el cierre primario de la herida.
- Determinar que técnicas de preservación alveolar podemos utilizar como prostodoncistas.

METODOLOGÍA

El Comité de Ética de la Comunidad de Madrid, aprobó el protocolo del ensayo clínico controlado aleatorizado de preservación alveolar, sobre pacientes, en dientes no molares. Antes de la extracción se realizaron mediciones clínicas con una férula oclusal de acrílico. Estas mediciones se repitieron tras la extracción y a los cuatro meses, durante la reentrada para la colocación del implante osteointegrado. Se realizaron dos escáneres en un Centro de radiología externo. El primero al quinto día tras la extracción y el segundo al cuarto mes de la extracción, justo antes de la colocación del implante. Se rellenó el alvéolo con hueso despro-

teinizado mineralizado de origen bovino (DBBM) (Bio-Oss®). No se colocó membrana ni se realizó cierre primario de la herida.

RESULTADOS

Las imágenes de los escáneres demuestran que el injerto de hueso mantiene en su posición. Apenas existe reabsorción en anchura de la cresta alveolar residual. La reabsorción en altura de la tabla ósea vestibular es mínima.

CONCLUSIONES

- El injerto de hueso se mantiene en su posición, sin necesidad de cierre primario ni de colocar una membrana.
- El hueso bovino mineralizado sirve para técnicas de preservación alveolar.
- Es preferible realizar técnicas de Preservación Alveolar que de Regeneración Ósea Guiada (ROG).
- No comprimir tablas óseas tras una extracción dental.

NOTA: Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

18:15h

COI - 116

RESPUESTA INFLAMATORIA DEL TEJIDO BLANDO PERIIMPLANTARIO A PILARES DE CICATRIZACIÓN DE BIOHPP Y TITANIO.

Autor principal: AINA MIQUEL RIERA.

Coautores: GEMMA RAMOS-MARTÍN, TOMÁS ESCUIN-HENAR, AUGUST VIDAL-BEL, CARLOS ASCASO-TERRÉN.

Centro de trabajo: UNIVERSITAT DE BARCELONA.

La utilización de biomateriales poliméricos como alternativa a los metálicos se introdujo en traumatología y ortopedia en la década de los noventa. El polietereeterketona (PEEK) es un polímero sintético semicristalino no reabsorbible que pertenece a la familia de polímeros termoplásticos de alta temperatura conocidos como poliarileterketonas (PAEK).

Sabemos que el PEEK presenta buenas propiedades biomecánicas, estabilidad química y térmica, y un módulo de elasticidad (3-4 GPa) muy similar al del hueso humano.

En implantología oral se utilizan pilares de cicatrización y provisionales de PEEK. Además, el biomaterial se está introduciendo en odontología con ciertas modificaciones en la composición físico-química como estructura de prótesis fija, barra para sobredentaduras, entre otras. Es el caso del BioHPP (*Bio High Performance Polymer*, Bredent®), PEEK reforzado con partículas de cerámica especialmente indicado como material para estructuras y por lo tanto, íntimamente en contacto con el tejido blando periimplantario. La literatura científica publicada sobre PEEK en odontología es escasa.

El objetivo del presente estudio en humanos fue llevar a cabo una comparación inmunohistoquímica del infiltrado inflamatorio utilizando la densidad de microvasos como medidor de inflamación.

Nueve pacientes participaron en el estudio.

A cada paciente se le pusieron un mínimo de dos implantes dentales que se oseointegraron sumergidos.

El estudio se hizo a boca partida.

En una segunda fase quirúrgica, de forma aleatoria, a la mitad de los implantes se les colocó un pilar de cicatrización de BioHPP diseñado y confeccionado mediante técnica de fresado para el estudio (test) y a la otra mitad de Titanio estándar, mecanizado, prefabricado (control).

Después de seis semanas de maduración del tejido blando periimplantario se procedió a realizar una biopsia en forma de cuña en mesial o distal de cada uno de los pilares de ambos grupos. Se observó infiltrado inflamatorio en todos los especímenes pero la extensión del mismo fue mayor en el grupo test que en el control. Se contabilizaron mayor número de microvasos por área de tejido analizado en el grupo test (88.03 ± 18.51) que en el grupo control (53.56 ± 15.89).

Estos resultados nos sugieren que el sistema de pulido utilizado para estructuras en contacto con el tejido periimplantario debe ser analizado con más detalle y mejorado. La rugosidad del material grupo test puede también explicar las diferencias.

18:30h

COI - 126

EFECTOS SOBRE EL SURCO Y LOS TEJIDOS BLANDOS PERIIMPLANTARIOS DE LOS ADITAMENTOS DE TITANIO Y ZIRCONIO EN LA REHABILITACIÓN DE IMPLANTES DENTALES: UNA REVISIÓN SISTEMÁTICA.

Autor principal: OIER MONTALBAN VADILLO

Coautores: ANTONIO JIMÉNEZ GARRUDO, ARITZA BRIZUELA VELASCO, DAVID CHÁVARRI PRADO, MARKEL DIÉGUEZ PEREIRA, ESTEBAN PÉREZ PEVIDA.

Centro de trabajo: SINERGIA. GRUPO DE INVESTIGACIÓN EN IMPLANTOLOGÍA ORAL.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los aditamentos de titanio representan el *gold standard* a la hora de rehabilitar implantes dentales dada su demostrada estabilidad con los tejidos periimplantarios. Aun así, hoy en día la estética se ha convertido en un factor determinante a la hora de evaluar el éxito de nuestras rehabilitaciones, por lo que se han intentado buscar otros materiales que logren mejores resultados ópticos. Dadas sus propiedades mecánicas y microestructurales, así como su demostrada biocompatibilidad, el zirconio ha sido el material más empleado respondiendo a estas necesidades estéticas. Aunque, como se ha demostrado en la literatura, este material logra una buena supervivencia a largo plazo, no hay evidencia clara que demuestre una menor incidencia de complicaciones que condicionen el éxito de nuestras rehabilitaciones. El objetivo de esta revisión de la literatura es analizar los efectos sobre el surco y los tejidos blandos periimplantarios de los aditamentos de zirconio frente a los de titanio en las rehabilitaciones sobre implantes dentales.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda sistemática en la base de datos MEDLINE, en la que se incluyeron solamente estudios prospectivos, controlados y aleatorizados y revisiones sistemáticas publicados en los últimos 10 años, publicados en inglés y castellano.

RESULTADOS

Se obtuvieron 200 entradas. De las 31 que cumplieron los criterios de inclusión, se seleccionaron los 10 artículos que a criterio del autor cumplieron con el objetivo. No se observaron diferencias estadísticamente significativas en cuanto a retracción de los tejidos blan-

dos periimplantarios, profundidad de sondaje o sangrado al sondaje entre los dos tipos de aditamentos. Mejores resultados estéticos fueron obtenidos en diversos estudios por los aditamentos de zirconio al comparar el color de la encía, aunque sin diferencias significativas si se comparan con la encía de un diente natural. En cuanto a la adhesión de las bacterias del surco periimplantario, no hubo ninguna diferencia estadísticamente significativa entre los dos materiales en ningún estudio.

CONCLUSIONES

Se puede concluir que los aditamentos de zirconio obtienen los mismos efectos sobre el surco y los tejidos blandos periimplantarios que los de titanio, a excepción del resultado óptico, donde los de zirconio obtuvieron mejores resultados. Hacen falta más estudios prospectivos, controlados y aleatorizados y a más largo plazo.

18:45h

COI – 138

TRANSFERENCIA DE TENSIÓN AL TERRENO DE SOPORTE EN FUNCIÓN DEL MATERIAL RESTAURADOR CON O SIN INTERFERENCIAS OCLUSALES

Autor principal: MARKEL DIEGUEZ PEREIRA.

Coautores: CHÁVARRI PRADO, DAVID; BRIZUELA VELASCO, ARITZA; JIMÉNEZ GARRUDO, ANTONIO.

Centro de trabajo: UNIVERSIDAD OVIEDO.

INTRODUCCIÓN

De forma clásica, se afirmaba que los implantes osteointegrados mantienen un contacto directo con el hueso transmitiendo el estrés o las ondas de choque aplicados sobre ellos. Por esta razón, se defendía el empleo de dientes artificiales en resinas acrílicas, un material con módulo de Young bajo, dado se consideraba a este material capaz de absorber dichos impactos. No obstante, la mayor parte de los estudios mediante elementos finitos, no han corroborado estas teorías, relatando resultados totalmente contrarios. Las fuerzas funcionales y parafuncionales aplicadas sobre las coronas sobre implantes, son trasmitidas al terreno de soporte, en forma de estrés que genera deformación del hueso periimplantario. Esta deformación tiene una relación directa con la fuerza aplicada y esta a su vez se ve influida por el ajuste oclusal y la existencia de interferencias y prematuridades, que afectan no solo a la magnitud sino a la dirección de la Fuerza. Ciertos niveles de deformación ósea se han relacionado con una respuesta catabólica del hueso.

OBJETIVO

Comparar la cantidad de deformación producida en la zona peri-implantaria en función del ajuste oclusal y el material de coronas sobre implantes.

MATERIAL Y MÉTODO

Se colocaron 2 implantes en 2 bloques de resina diferentes elaborando posteriormente puentes de 3 piezas cemento-atornillados: 2 de circonio monolítico (con o sin prematuridad) y 2 de resina acrílica (con o sin prematuridad). El antagonista se fabricó en circonio-cerámica. Después, se pegaron 2 galgas extensiométricas en la zona peri-implantaria. Finalmente, los diferentes grupos fueron sometidos a carga. Se analizaron los tiempos y porcentaje de oclusión en cada caso y la cantidad de micro-deformaciones provocadas en la resina que rodea al implante.

RESULTADOS

Se observó un mayor nivel de deformación en la resina cuando los implantes se rehabilitaron con el puente de circonio con prematuridad,

CONCLUSIONES

Los materiales más elásticos transfirieron, en este caso, mayor tensión a la zona peri-implantaria.

Ante la existencia de una prematuridad, el área peri-implantaria recibe una mayor tensión.

19:00h

COI - 145

SATISFACCIÓN DEL PACIENTE Y TIEMPO DE EJECUCIÓN EN TOMA DE REGISTROS SOBRE IMPLANTES. IMPRESIÓN TRADICIONAL VS ESCÁNER INTRAORAL. ESTUDIO PILOTO.

Autor principal: ANTONIO GONZÁLEZ MOSQUERA.

Coautores: DARRIBA IL, GOMEZ GONZÁLEZ C, MORA BERMUDEZ MJ, SANTANA-PENÍN U.

Centro de trabajo: UNIVERSIDAD SANTIAGO DE COMPOSTELA.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La toma de registros intraorales con escáner es una realidad cada día más frecuente en la práctica clínica. Existen en la literatura gran cantidad de referencias que demuestran la exactitud y reproducibilidad de este método. Sin embargo, son escasos los artículos que han estudiado la comparación con los métodos tradicionales, la valoración clínica y la satisfacción del paciente. El objetivo de este estudio es evaluar la toma de registros con escáner intraoral teniendo en cuenta dos criterios: la satisfacción del paciente y el tiempo de ejecución.

METODOLOGÍA

Para la realización del estudio se tomó una muestra de diez pacientes del departamento de Prótesis y Oclusión de la Universidad de Santiago de Compostela con implantes pendientes de carga para prótesis parcial fija. A cada paciente se le realizaron dos impresiones en el mismo acto clínico, una utilizando polivinilsiloxano en dos consistencias Express II Flow y Putty (3M Oral Care, St. Paul, MN, USA) y una cubeta fenestrada individualizada; y otra utilizando un escáner intraoral 3M True Definition Scanner (3M Oral Care, St. Paul, MN, USA). El orden de ejecución se determinó de manera aleatoria. Se contabilizó el tiempo empleado en retirar tapas de cicatrización, colocación de pilares de impresión o scanbodies toma de registros de ambas arcadas así como de la relación intermaxilar. Después de la toma de registros con cada método el paciente cumplimentó una encuesta de satisfacción utilizando una escala Likert. Todos los registros fueron realizados por un único operador entrenado en ambas técnicas. Los datos obtenidos se analizaron con el paquete estadístico SPSS 20.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA) dada la homogeneidad de las variables se realizó un test T de Student para su comparación.

RESULTADOS

En cuanto al tiempo de impresión no se encuentran diferencias entre ambos métodos, salvo en la relación intermaxilar, que es significativamente menor con la toma del escáner ($p=0.015$). Los resultados de satisfacción del paciente en la valoración general muestran una leve diferencia a favor del escáner aunque esta no es estadísticamente significativa ($p=0.059$).

CONCLUSIONES

La toma de registros con escáner intraoral muestra resultados superiores tanto en satisfacción del paciente como en tiempo empleado. Aunque las diferencias no son estadísticamente significativas, debe de ser considerarlo una alternativa real a la impresión tradicional en la práctica clínica.

19:15h

COI - 161

EVALUACIÓN IN-VITRO DE LA PRECISIÓN DE LOS ESCÁNERES DE USO EN LA ODONTOLOGÍA DIGITAL Y LA CONFECCIÓN DE ESTRUCTURAS PARA PRÓTESIS SOBRE IMPLANTES.

Autor principal: MARTA SERRAT BARÓN.

Coautores: CABRATOSA J, ROIG M, COSTA S.

Centro de trabajo: UNIVERSITAT INTERNACIONAL DE CATALUNYA.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La era digital se ha impuesto definitivamente en todos los ámbitos del sector sanitario, así también en la odontología, posibilitando confeccionar prótesis guiadas de principio a fin por ordenador. El ajuste de éstas es uno de los puntos más críticos para garantizar su supervivencia y durabilidad. Es por ello que cada paso de dicho circuito (captura digital, diseño mediante softwares, y su fabricación) debe ser lo más preciso posible para evitar acumulativos. Se presenta un estudio in vitro donde se valoró la repetitividad individual en cada escáner (GOM Atos I 2M; 3shape d700; 3shape d810; True definition y 3shape Trios) y la reproducibilidad de cada sistema frente al control.

METODOLOGÍA

Se confeccionó un prototipo de yeso con ochoreplicas de implantes a los cuales se atornillaron los *scanbodies* que nos sirvió como modelo de estudio. Para la obtención de los archivos estudiados, se tomo diez impresiones digitales por escáner y se realizó la comprobación de la repetitividad y reproducibilidad de tres sistemas extraorales (GOM Atos I 2M; 3shape d700; 3shape d810) y dos intraorales (True definition y 3shape Trios). Para valorar la repetitividad de cada escáner, se midió en micrómetros el desplazamiento de la posición de la base de los implantes. La reproducibilidad, se midió superponiendo los archivos obtenidos por cada sistema frente al escáner control (GOM Atos I 2M).

RESULTADOS

Mediante un estudio estadístico ANOVA, se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas del escáner 3shape trios (intraoral) con resultados absolutos inferiores tanto en repetitividad como reproducibilidad, frente a los demás sistemas estudiados.

CONCLUSIONES

A pesar de las limitaciones del estudio, se concluye que el sistema true definition tiene unos valores de repetitividad y reproducibilidad similares a los escáneres extraorales.

Comunicaciones Orales Clínicas – COC

Sala: C3

Horario: 15:00h - 19:30h

15:00h

COC - 3

TEMPOCOPY, UN MÉTODO DE TRABAJO PARA HACER REHABILITACIONES ORALES CON ÉXITO PREDECIBLE.

Autor principal: DIRK NEEFS.

Coautores: LILIANA GONZALEZ FERNANDEZ, OSCAR SUAREZ CASADO, GUY VAN GOETHEM.

Centro de trabajo: TANDARTSENPRAKTIJK HARMONIE, AMBERES, BELGICA. CLINICAS DENTALES DEL NORTE, GIJÓN Y OVIEDO.

INTRODUCCIÓN

Tempocopy, un método de trabajo para hacer rehabilitaciones orales con éxito predecible. Aplicable a rehabilitaciones orales con prótesis fija sobre dientes o sobre implantes. Utilizaremos la prótesis fija provisional para determinar la oclusión céntrica y la morfología dental para conseguir un resultado óptimo a nivel funcional, periodontal, fonético y estético. Una vez conseguidos estos parámetros en el provisional, se copia a través de una medida intraoral, para duplicarse con una silicona que no se deforma. Al final se escanea, para realizar una copia exacta con fresadora cad-cam.

MATERIAL Y MÉTODOS

Preparamos la rehabilitación completa de forma clásica realizando modelos de estudio, encerado diagnóstico, Scan con férula quirúrgica y molde en material termoplástico para poder fabricar en boca la prótesis provisional. Después de la osteointegración de implantes o preparación de los pilares naturales, utilizamos el molde termoplástico inyectando un metacrilato, realizando así la prótesis fija provisional. Para desprogramar la musculación masticatoria y obtener la posición céntrica integramos el jig de Lucia en la prótesis. Posteriormente ajustamos en boca la interdigitación posterior, guía canina y adaptamos el parámetro estético. Después de realizar un seguimiento de varias semanas de la rehabilitación provisional con ausencia de problemas subjetivos y objetivos pasaremos a la duplicación de la rehabilitación. Tomamos un alginato que servirá, una vez desmontado el provisional, para inyectar la silicona de duplicación dentro de la arcada, haciendo así un duplicado exacto en boca. La copia se escanea en el laboratorio proporcionando de forma digital una prótesis que cumple con los parámetros deseados. El protésico reduce por vestibular del diseño el grosor necesario para la cerámica y después la fresadora Zirkonzahn talla la estructura en zirconio. Se termina la rehabilitación con cerámica y se prueba en boca. A través de T-scan ultimamos los retoques de la oclusión y terminamos el trabajo sabiendo que el laboratorio dental nos va a dar unas coronas definitivas exactas al provisional ya satisfactorio para el paciente.

RESULTADOS

Conseguir oclusión con la articulación en posición céntrica restableciendo la ATM en su situación fisiológica

La ausencia de cambios importantes entre la prótesis fija provisional y definitiva nos permitirá trabajar de forma más segura, disminuir el riesgo de sobrecarga oclusal y garantizar un trabajo más duradero para nuestros pacientes.

CONCLUSIÓN

Tempocopy nos permite trabajar con mucha más previsión y seguridad en casos de rehabilitaciones orales fijas completas a nivel de oclusión, periodoncia, fonética y estética.

15:15h

COC - 25

REHABILITACIÓN ORAL DE MANERA DIGITAL DE PRINCIPIO A FIN.

Autor principal: DAVID JIMENEZ.

Centro de trabajo: CIRO.

El propósito de esta presentación clínica es el poder enseñar cómo las nuevas tecnologías están aquí para quedarse definitivamente. Mostramos el paso a paso de como poder realiza una rehabilitación oral sobre dientes naturales en pacientes con gran pérdida dentaria de una forma totalmente digital.

15:30h

COC - 33

DISEÑO DE PILARES CAD-CAM EN IMPLANTES SUBCRESTALES APLICANDO UN PERFIL DE EMERGENCIA CONSTANTE E INSERCIÓN ÚNICA.

Autor principal: CARLOS GARGALLO GÁLLEGO.

Centro de trabajo: CLÍNICA DENTAL DR. CARLOS GARGALLO.

Si decidimos colocar un implante 2mm subcrestal con conexión cónica y queremos aplicar un protocolo Cad-cam en nuestras restauraciones con una única inserción de aditamento protésico, es prioritario un protocolo de actuación claro y conciso que nos permita llevar a cabo dicha empresa con éxito. El objetivo de la comunicación es el de mostrar un paso a paso de todo el proceso, desde la planificación 3D de la cirugía hasta la colocación de la prótesis Cad-Cam en la siguiente visita sin desinserción de aditamentos ni manipulación de la zona crítica de unión hemidesmosómica.

A partir del diagnóstico del caso inicial, se realiza un encerado que se transforma en férula radiológica, estudio 3D y férula quirúrgica. Con la colocación del implante se toman medidas definitivas sobre dicho implante con cubeta individual preparada previamente. Se realizan los registros de mordida y la toma fotográfica del color. Sobre el implante colocaremos un pilar de cicatrización de perfil de emergencia constante, para crear una unión hemidesmosómica de facto y un remodelado óseo alrededor de nuestro pilar desde el inicio. Este pilar presenta una gran parte de su trayecto paraóseo, y una parte coronal paragingival. Lo importante del proceso es que el sistema de emergencia constante "copia" el perfil de emergencia en sus 2/3 apicales colocados infraóseos de nuestro pilar de cicatrización y los reproduce exacta-

mente en nuestro pilar Cad-Cam en la zona crítica para que al insertarlo no realice presión alguna en el hueso y respete exactamente el perfil obtenido. El tercio coronal se diseña utilizando técnica de doble escaneado de la férula radiológica/quirúrgica generando un pilar que proporciona un gran soporte a los tejidos blandos. Un video explicativo muestra el proceso. Como resultado obtenemos un pilar fresado de titanio para potenciar la unión titanio-titanio entre implante-pilar. Fabricamos la corona que idealmente será cemento-atornillada. Con el caso completado y sin desinsertar el pilar de cicatrización, se chequea solamente la corona para valoración y si su integración es la correcta se procede a su cementado extra oral y colocación del conjunto en boca. Como resultado obtenemos una prótesis Cad-Cam con perfiles de emergencia que aprovechan la posición y conexión de nuestro implante aplicando el criterio de mínimas desinserciones de forma exacta y predecible.

Se trata pues de un protocolo avanzado de diseño que contrasta con el uso de pilares standard de fábrica y que muestra una gran estabilidad ósea y de tejidos blandos.

15:45h

COC - 39

IMPORTANCIA DE LA RELACIÓN CÉNTRICA EN LA REHABILITACIÓN ORAL.

Autor principal: RAFAEL PLÁ GARCÍA.

Coautores: MARTA PLÁ MARTÍNEZ, RAFAEL PLÁ MARTÍNEZ.

Centro de trabajo: CLÍNICA DENTAL RAFAEL PLÁ SAP.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La Posición de Relación Céntrica sigue siendo un tema de controversia y discusión en la Odontología. En la presente Comunicación se hará un repaso de la evolución del concepto de "Relación Céntrica" a lo largo de los casi 80 últimos años y evaluaremos una serie de Rehabilitaciones realizadas con la Oclusión en Relación Céntrica, para evaluar cómo han evolucionado.

METODOLOGÍA

Se mostrarán casos clínicos de Rehabilitaciones Orales realizadas en los últimos 25 años a las que hemos reevaluado, comprobando si su oclusión se mantiene en esa posición o ha cambiado. También evaluaremos el estado de las restauraciones y la articulación temporomandibular después de estos años funcionando en Relación Céntrica. Hemos seguido el siguiente PROTOCOLO:

Selección de un grupo pacientes rehabilitados hace más de 10 años, a los que se les hará :

- Rx Panorámica
- Exploración visual de las arcadas dentarias y comprobación de los puntos de oclusión con papel de articular y papel de Arthus. - Toma de impresiones de alginato
- Arco facial y toma de tres registros de RC para montar en articulador y comprobar con el método de zócalo partido o Split Cast la coincidencia de esas mordidas y el engranaje de arcadas que produce
- Fotografías
- Exploración de la ATM: Dolor, Ruidos y movilidad (midiendo el grado de apertura y laterales).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Hemos encontrado gran estabilidad en la posición de Relación Céntrica después de estos años. Las articulaciones temporomandibulares se han mantenido sin dolor y si en su día presentaban signos y síntomas han mejorado y en ningún caso han empeorado.

COMO CONCLUSIONES CONSIDERAMOS QUE LA POSICIÓN DE RELACIÓN CÉNTRICA ES UNA SITUACIÓN MUY FAVORABLE PARA ENGRANAR LAS ARCADAS DENTARIAS EN LAS REHABILITACIONES ORALES Y FAVORECE SU ESTABILIDAD Y DURABILIDAD EN EL TIEMPO.

16:00h

COC - 53

EL RETO DE REHABILITAR UN PACIENTE CON DENTINOGÉNESIS IMPERFECTA.

Autor principal: RENZO BELLINI GARCÍA.

Coautores: ACORÁN BORGES GIL.

Centro de trabajo: CLÍNICA DENTAL TRIANA.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La dentinogénesis imperfecta es un trastorno genético autosómico dominante que se puede presentar en 1 de cada 8000 personas y que está caracterizado por un patrón alterado en la estructura de la dentina.

Esta condición, que se da tanto en dentición temporal como definitiva, supone uno de los mayores retos tanto en el aspecto conservador como en el rehabilitador.

Las anomalías en la formación dentinaria proceden de alteraciones en el mesodermo que conllevan a una unión amelodentinaria anormal, por lo que el esmalte se fractura con facilidad aún estando sano. Son patrones característicos los dientes con gran abrasión y con alteraciones anatómicas que condicionan su valor como pilares.

Se presenta un caso de Dentinogénesis Imperfecta tipo II seguido desde la niñez y la resolución a largo plazo a los desafíos que nos ha ido planteando como clínicos.

LOS OBJETIVOS SON:

- Ahondar en el conocimiento de una condición genética poco conocida.
- Plantear diferentes posibilidades rehabilitadoras partiendo de una estructura dentinaria afectada con las consecuencias que dicha situación supone y
- Proponer soluciones rehabilitadoras que posibiliten al paciente llevar una función y estética adecuadas.
- Establecer una reflexión o debate sobre los métodos de los que disponemos para abordar casos de esta índole

METODOLOGÍA

El diagnóstico se determinó mediante la historia familiar y un examen clínico y radiográfico. Se valoraron las circunstancias que rodeaban este caso clínico en concreto:

- Erupción Pasiva Alterada
- Continuas fracturas y desfacetamientos dentales
- Bruxismo/Atricción severa. Articulación Temporo-Mandibular afectada

- Alteración de la Dimensión Vertical y patrones oclusales: Ausencia de Referencias Rehabilitadoras
- Paciente joven con alta demanda estética
- Dentina comprometida de substrato poco fiable

Tras una primera etapa preventiva y paliativa se decide intervenir una vez concluido el crecimiento y desarrollo del paciente. La filosofía de actuación se basó en la provisionalización por etapas, evitar técnicas adhesivas sobre dentina, conservar dientes en lo posible, conseguir un patrón oclusal estable para posibilitar un equilibrio en el sistema neuromuscular y controlar los factores de empeoramiento en el pronóstico: el tabaco, la higiene y las parafunciones.

RESULTADOS

En uno de los peores escenarios posibles se efectuaron técnicas protésicas mixtas y procedimientos conservadores para una rehabilitación integral por fases. Conseguimos estabilizar un patrón oclusal, una función y una estética con las que el paciente parece estar cómodo y satisfecho, retrasando en lo posible tratamientos más invasivos.

CONCLUSIONES

1. Diferentes opciones pueden tener cabida para mejorar los tratamientos clásicos
2. Sabemos muy poco de las implicaciones de estos trastornos y de su pronóstico a largo plazo.

16:15h

COC - 57

REHABILITACIÓN MULTIDISCIPLINAR DEL SECTOR ESTÉTICO MAXILAR. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autor principal: BARBARA LISET MOLINA PONTE.

Coautores: BRINGAS DÍAZ A., SANTIAGO SARACHO J., CASILLAS ASCANIO P., SANTIAGO CRISTÓBAL B., JIMÉNEZ GARCÍA J.

Centro de trabajo: MASTER UNIVERSITARIO EN IMPLANTOLOGÍA ORAL AVANZADA.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

En la clínica diaria nos encontramos con casos de rehabilitación estéticos que son complejos de resolver donde es necesario integrar distintos tratamientos y materiales para poder conseguir el alto resultado estético que desean nuestros pacientes.

El objetivo de esta comunicación es resaltar la importancia del trabajo multidisciplinar para poder conseguir estética en el sector anterosuperior.

METODOLOGÍA

Paciente mujer de 58 años de edad, sin patología sistémica, que acude a la consulta odontológica con el diente en posición II fracturado y con sintomatología aguda. El motivo de consulta que refiere la paciente es:

“quiero que se me quite el dolor y conseguir una sonrisa mas bonita”. A la exploración también se pueden observar múltiples restauraciones de composite a nivel de las piezas 12, 21 y 22 que la paciente desea cambiar para poder mejorar estéticamente.

Para resolver este caso en concreto se decide tratar el sector anterosuperior combinando distintos tratamientos: implantes inmediatos, coronas de recubrimiento total y carillas. Me-

diante la realización de un estudio de la sonrisa mediante DSD conseguimos planificar los pasos necesarios para obtener una adecuada estética rosa y blanca del caso. Será necesaria la integración de implantes con dientes naturales, así como el uso de distintos materiales y diferentes espesores para obtener el resultado estético deseado por la paciente.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Un correcto diagnóstico y un estudio exhaustivo del caso son básicos para la obtención de una estética óptima a la hora de rehabilitar el sector anterior del maxilar. Observando este caso podemos ver que mediante la realización de un correcto tratamiento multidisciplinar se pueden conseguir los resultados estéticos adecuados que desean nuestros pacientes.

16:30h

COC - 69

EL GRAN RETO. REHABILITACIÓN SOBRE IMPLANTE DE UN INCISIVO CENTRAL SUPERIOR EN PACIENTE PERIODONTAL.

Autor principal: ALBERTO JOSÉ TAROZZI GORRIS.

Coautores: MATEO BRUÑÓ, MANUEL CABEZAS, LUIS JANÉ, MIGUEL ROIG.

Centro de trabajo: UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE CATALUÑA.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

Uno de los mayores retos a día de hoy es rehabilitar una situación de pérdida dentaria unitaria o parcial en el frente anterior con implantes en pacientes presentantes dentición natural, debido a que se tiene que conseguir imitar los dientes y tejidos adyacentes e integrar nuestras restauraciones tanto a nivel estético como funcional. El objetivo del presente caso clínico es dar a conocer un protocolo de rehabilitación en el caso de un paciente periodontal desdentado parcial que necesite de una solución rehabilitadora con implantes en el sector anterior.

METODOLOGÍA

Paciente varón de 42 años sin antecedentes médico-quirúrgico de interés acude al departamento de restauradora y estética de la Universidad Internacional de Cataluña solicitando una solución respecto a la ausencia de la pieza dentaria I.1.

El paciente es remitido al departamento de periodoncia de la Universidad Internacional de Cataluña para ser sometido a una fase de higiene previa al tratamiento rehabilitador. Tras haber finalizado la fase I de periodoncia y haberse realizado una estabilización oclusal en el paciente, se planificó la colocación protésicamente guiada del implante Straumann de 4.1 por 10 mm en I.1 conjuntamente con el departamento de cirugía de la Universidad Internacional de Cataluña. Posteriormente se rehabilitó el I.1 con una corona con pilar Zirlux® FC2 U3 sinterizado con interfaz de titanio y recubierto por cerámica feldespática estratificada (IPS e.max®, Ivoclar).

RESULTADOS

El resultado del tratamiento protésico se integra en la situación periodontal del paciente y tanto a nivel de función como de estética en el sector anterior, se ha considerado satisfactorio tanto por el paciente como para nosotros.

CONCLUSIONES

El pilar de zirconia estratificado con cerámica feldespática ha demostrado ser una solución estética en este tipo de prótesis sobre implantes para el sector anterior debido a su alta resistencia mecánica y elevada biocompatibilidad con los tejidos periodontales.

16:45h

COC – 75

IMPLANTE INMEDIATO POSTEXTRACCIÓN EN UN INCISIVO CENTRAL CON VESTIBULOVERSIÓN, PÉRDIDA ÓSEA VESTIBULAR. UN ENFOQUE INTERDISCIPLINAR.

Autor principal: DAVID GONZALEZ.

Coautores: GEMA OLMOS, GUSTAVO CABELLO, EMILIA LOPEZ HERNANDEZ, CARLOS LOPEZ NINOLES.

Centro de trabajo: CLINICA ORTOPERIO.

INTRODUCCIÓN

El tratamiento implantológico del sector anterior tiene tres objetivos: salud, función, y estética. En los casos en que uno de los incisivos presente un pronóstico imposible y pérdida de la pared ósea vestibular, es recomendable la regeneración ósea simultánea a la colocación de un implante.

OBJETIVO

Presentar el tratamiento interdisciplinar de un caso de sector anterior en el cual el incisivo central superior izquierdo presentaba un defecto periodontal mesial y distal, pérdida de la pared ósea vestibular, lesión periapical con fístula y vestibuloversión; a su vez, el incisivo central superior derecho presentaba lesión periapical con calcificación del conducto pulpar. Los incisivos inferiores presentaban apiñamiento y vestibularización.

METODOLOGÍA

Como primer paso se realizó un set-up ortodóntico, y una vez corregida la posición del incisivo central superior izquierdo se confeccionó una guía quirúrgica para la colocación de un implante inmediato post-extracción. Tras la extracción se comprobó la ausencia de pared ósea vestibular; posteriormente se colocó el implante y se realizó regeneración ósea guiada a través del alveolo y sin levantar colgajo, utilizando hidroxiapatita bovina y membrana de colágeno. En el mismo acto quirúrgico, se agregó un injerto de tejido conectivo. Se utilizó la misma corona natural como restauración inmediata implantosoportada, colocada en posición óptima según lo indicado por el set-up. En el incisivo central superior derecho, se realizó tratamiento endodóntico con resultado óptimo a pesar de la calcificación del conducto seguido de blanqueamiento interno. En los incisivos inferiores, se realizó tratamiento de ortodoncia lingual con el objetivo de corregir la vestibularización y el apiñamiento. Tras un período de cicatrización de un año en que se consiguió una completa estabilidad ósea y tisular periimplantaria, se colocaron las restauraciones definitivas consistentes en pilar de disilicato sobre Titanium Base EV y dos carillas feldespáticas en ambos incisivos centrales.

RESULTADOS

Tres meses después de colocar la restauración definitiva se observó una salud y estabilidad total de los tejidos blandos y duros periimplantarios con mantenimiento de las papilas y un adecuado perfil de emergencia. Un CBCT reveló estabilidad total del hueso periimplantario con restitución completa de la pared ósea vestibular.

CONCLUSIÓN

La colocación inmediata del implante postextracción con reconstrucción de la pared ósea vestibular e injerto de tejido conectivo simultáneo, mantiene los niveles de tejidos blandos y duros 16 meses después de hecho el procedimiento quirúrgico, y fundamentalmente el volumen de las papilas. Este hallazgo a nivel óseo fue confirmado mediante CBCT.

17:00h

COC - 76

COMO TRASLADAR UN DSD® ESTÁTICO A UN DSD® DINÁMICO ANTES DEL MOCK-UP REAL (MOCK-UP VIRTUAL).

Autor principal: JUAN CARLOS OBANDO CENTENO.

Coautores: VICTOR BEGARA, JAVIER CARREÑO, PILAR GÓMEZ DE LIAÑO, JAIME JIMÉNEZ.

Centro de trabajo: UNIVERSIDAD EUROPEA MADRID.

INTRODUCCIÓN

Por medio de la presente comunicación queremos dar a conocer cómo se puede trasladar un DSD® estático a un DSD® dinámico antes de pasar por las fases de encerado diagnóstico y Mock-up real y por ver con anterioridad los resultados que podemos conseguir. Este procedimiento desarrollado en el departamento del Master de Implantología de la Universidad Europea de Madrid, lo hemos denominado Mock-up Virtual, ya que en ningún momento le hacemos ninguna prueba al paciente. Partimos del protocolo inicial de DSD®, análisis fotográfico extraoral e intraoral. Una vez que tenemos el DSD® convencional listo, lo transformaremos en un DSD® dinámico, para eso se realizará un video con unas características concretas que permitirán previsualizar el DSD con mayor naturalidad

OBJETIVOS

- Mostrar la metodología para transformar un DSD® estático a un DSD® dinámico sin pasar por las fases de encerado diagnóstico y Mock-up real. - Ofrecer una herramienta más de valoración digital para poder valorar el resultado final que queremos conseguir en nuestros pacientes a nivel estético. - Encaminar a Clínicos conocedores sobre el tema a proponer y mejorar este planteamiento de Mock-up virtual.

METODOLOGÍA

- Obtención de información, fotografías y videos. - Protocolo DSD®. - Montaje de DSD® estático sobre el video con características especiales, obteniendo un DSD® dinámico sin pasar por las fases de encerado diagnóstico y Mock-up real. - Realizar las correcciones adecuadas a nuestro DSD® inicial para luego pasar a las fases de encerado diagnóstico y Mock-up real.

RESULTADO

- Resultados estéticos que conseguidos en pacientes tratados en el Máster Universitario de Implantología Oral Avanzada de la Universidad Europea Madrid. - Optimización del tiempo al realizar el análisis estético dinámico.

CONCLUSIONES

Esta nueva herramienta que presentamos, pretendemos que el Clínico conocedor del protocolo DSD® pueda valorar con anterioridad los resultados estéticos que intenta conseguir en el paciente, antes de pasar por las fases de encerado diagnóstico y Mock-up real.

17:15h**COC - 83****APORTACIONES CLÍNICAS DEL USO DE DSD EN IMPLANTOPRÓTESIS: ANÁLISIS DSD PRE Y POST TRATAMIENTO.****Autor principal:** ELENA GODOY MUÑOZ.**Coautores:** GODOY MUÑOZ E., OBANDO J.C., BEGARA V., LOPEZ SOTO C., MANRIQUE C., JIMÉNEZ J.**Centro de trabajo:** MASTER UNIVERSITARIO DE IMPLANTOLOGÍA ORAL AVANZADA DE LA UNIVERSIDAD EUROPEA DE MADRID.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS**

EL protocolo Digital Smile permite el análisis exhaustivo, mediante fotografías y videos, de las características faciales y dentales del paciente. Tras este análisis se traza la sonrisa ideal del paciente que permitirá planificar su caso de manera estética y funcional. Antes de comenzar el tratamiento, esta planificación 2D digital es transferida a un encerado convencional o un encerado digital, que nos permitirá hacer un mock up directo en boca del paciente. Y así poder ver si la planificación realizada mediante DSD alcanza los objetivos de estética y function que se requieren. El objetivo de este estudio es comprobar si los resultados obtenidos post tratamiento son similares a los planificados con el protocolo DSD.

METODOLOGÍA

Se recopiló información de los pacientes mediante fotografías, vídeos y CBCT y se realizaron pruebas de mock-up posteriores a la planificación las cuales fueron comparadas con los resultados finales.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se incluyeron 20 pacientes de la clínica odontológica universitaria del master de implantología oral avanzada de la Universidad Europea Madrid. Los criterios de inclusión utilizados fueron pacientes edéntulos totales y parciales superiores, tratados entre los años 2014 al 2016 mediante el protocolo Digital Smile Desing en el que se realizaron un DSD con la situación inicial del paciente y un DSD con el caso terminado para comprobar si la planificación coincidía con resultado final.

RESULTADOS

De los 20 pacientes a los cuales se le realizó el protocolo completo de DSD se pudo observar que el resultado final discrepaba en poca medida de lo planificado previamente.

CONCLUSIÓN

El protocolo DSD se considera una herramienta útil de tratamiento y planificación, de alta precisión para la previa planificación protésica y quirúrgica.

17:30h**COC - 96****USO DE LA ESTEREOFOTOGRAMETRÍA EN LA FABRICACIÓN DE LA PRÓTESIS IMPLANTOSOPORTADA.****Autor principal:** TOMMASO TOSI.**Coautores:** HENRI GABRIEL HAIM, ANDREA RODRÍGUEZ BACAICOA, SUSANA DE LA VEGA BURÓ, SOFÍA HERNÁNDEZ MONTERO.

Centro de trabajo: CENTRO ODONTOLÓGICO DE INNOVACIÓN Y ESPECIALIDADES AVANZADAS DE LA UNIVERSIDAD ALFONSO X EL SABIO.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

En la práctica odontológica actual, las rehabilitaciones fijas implantosoportadas de arcada completa siguen siendo un desafío importante. La mayoría de las complicaciones prostodónticas pueden ser evitadas consiguiendo una correcta pasividad de la estructura implantosoportada sobre los implantes, siendo para ello imprescindible la exactitud de nuestras impresiones. Desde la aparición de la tecnología CAD/CAM, ha ido incorporándose a la práctica diaria el uso de impresiones digitales con escáneres intraorales para minimizar los errores de la impresión convencional. Aunque se ha demostrado que la impresión digital obtiene un elevado grado de fiabilidad, presenta importantes limitaciones que radican principalmente en el tiempo necesario para ser realizada, el elevado coste de los escáneres y una larga curva de aprendizaje por parte del profesional, que limita su implantación en la práctica habitual. Como técnica de impresión alternativa a los escáneres digitales nos encontramos con la técnica de la estereofotogrametría (PIC dental®).

El objetivo de este trabajo consiste en describir la estereofotogrametría como técnica para registrar la posición de nuestros implantes y la realización de las rehabilitaciones fijas implantosoportadas de arcada completa.

METODOLOGÍA

Se describen 4 casos de rehabilitaciones fijas implantosoportadas de arcada completa, 3 con carga diferida y uno con carga inmediata, mediante el uso de la técnica de fotogrametría (PIC dental®). Dependiendo del tiempo de carga, el odontólogo del laboratorio PIC dental®, acude a consulta el mismo día de la cirugía o pasado el período de integración, para la toma de impresión colocando los aditamentos compatibles y conectando la cámara a un ordenador. La PIC camera® es una estereo-cámara que registra la situación espacial y la inclinación de los implantes conectados a aditamentos específicos (PIC abutments®). La cámara graba 50 fotogramas de cada PIC abutments®, superponiendo en un software el archivo obtenido tras el escaneado (PIC File®) con el archivo STL, dando lugar a un modelo maestro de elevadísima fiabilidad.

RESULTADOS

En los 4 casos se ha conseguido una correcta pasividad de la estructura sin tener que realizar corrección alguna, tanto en carga diferida como inmediata.

CONCLUSIONES

La confección de la prótesis fija implantosoportada de arcada completa mediante el uso de PIC camera® incrementa el confort del paciente y del profesional en comparación con la técnica convencional. Se trata de un método rápido, sencillo y exacto al reducir la posibilidad de errores a lo largo del proceso de fabricación.

17:45h

COC - 104

IMPORTANCIA DE LOS SISTEMAS GUIADOS PARA UNA CORRECTA PLANIFICACIÓN QUIRÚRGICO PROSTODONCICA EN EL TRATAMIENTO IMPLANTOLÓGICO.

Autor principal: CLARA FERNÁNDEZ ORTIZ.

Coautores: ANDREA RODRIGUEZ BACAICOA, TOMASSO TOSSI, ELENA RIAD DEGLOW, SOFÍA HERNANDEZ MONTERO.

Centro de trabajo: UNIVERSIDAD ALFONSO X EL SABIO.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Actualmente, en el campo de la rehabilitación implantosoportada, se ha demostrado la importancia que tiene la correcta planificación, tanto quirúrgica como prostodóntica, antes de la realización de cualquier cirugía de implantes. El objetivo de esta comunicación es demostrar que con la ayuda de las nuevas tecnologías se puede planificar un implante y conseguir un correcto perfil de emergencia, una mejor distribución axial de las cargas y provisionalización inmediata de manera más sencilla y predecible, mejorando así la satisfacción del paciente y la predictibilidad de los resultados a largo plazo.

METODOLOGÍA

Presentamos una serie de casos clínicos realizados en el Master Universitario en Implantología Oral y Prótesis Implantosoportada para demostrar la importancia de una correcta planificación tridimensional del caso, siempre apoyados en tecnología 3D, comparándolos con el método tradicional. Para planificar el caso superponemos un archivo STL que obtenemos tras el escaneado directo en boca del paciente con el escáner intraoral True Definition de 3M™ al CBCT, obteniendo así en un solo archivo información para planificar y realizar un encerado diagnóstico virtual que nos permite posicionar el implante en su posición ideal y fabricar una guía quirúrgica para colocar los implantes en la posición exacta.

RESULTADOS

Conseguimos una planificación correcta prostodóntica previa a la intervención quirúrgica mediante férula mucosoportada o dentomucosoportada con implantes BioHorizons con carga diferida. Las imágenes digitales tomográficas y la planificación del tratamiento hacen posible la realización de una férula quirúrgica estereolitográfica para la colocación de los implantes en la posición idónea.

CONCLUSIONES

Los resultados clínicos obtenidos confirman que la correcta planificación del caso protéticamente guiado condiciona una mejora en el confort y diseño de la futura prótesis sobre implantes.

18:00h

COC - 107

UTILIDAD DEL DIGITAL SMILE DESIGN EN LA PRÁTICA CLÍNICA - TRUE OR FALSE ?

Autor principal: PAULO A. RIBEIRO.

Coautores: HERRERO-CLIMENT M, DÍAZ-CASTRO CM, OLIVEIRA LEITE R, RODRIGUES DA SILVA B, FALCÃO C.

Centro de trabajo: PORTO DENTAL INSTITUTE.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

En una sociedad centrada en la estética, que vive en un era moderna y digital, el Diseño de Sonrisa Digital (DSD) se impone como una herramienta multiuso que nos puede permitir llevar un tratamiento rehabilitador con un orden secuencial, que devuelva la estética y la función al paciente. Según Coachman et al (2010), con el DSD podemos previsualizar

los resultados aproximados del tratamiento restaurador casi inmediatamente a través de un análisis fotográfico digital extra e intra-oral, junto con el encerado diagnóstico y un mock-up, lo que nos lleva así a un tratamiento más preciso y casi cercano a la perfección (Coachman et al., 2010).

El objetivo de este estudio es evaluar si el DSD es una herramienta fiable y útil para el diagnóstico y establecimiento de un plan de tratamiento en los casos de rehabilitaciones orales.

METODOLOGÍA

En 3 centros diferentes se evalúan 18 casos planificados mediante DSD con tratamientos rehabilitadores. Se comparan los objetivos planteados durante el diagnóstico y DSD con los resultados de los tratamientos finales. Para ello se analizan la forma de los dientes, longitud y anchura de los mismos y posiciones de los bordes incisales.

RESULTADOS

Los resultados preliminares muestran una diferencia de anchura para incisivos centrales, entre la planificación en el DSD y la rehabilitación final, de $0,325 \pm 0,21$ mm. La diferencia de longitud para los mismos dientes es de $0,05 \pm 0,22$ mm. La discrepancia entre el margen incisal planificado y final es de $0,1 \pm 0,15$.

CONCLUSIONES

Los resultados preliminares obtenidos en el presente estudio sugieren que el protocolo DSD ayuda en el establecimiento de un adecuado diagnóstico y plan de tratamiento para devolver la estética y función al paciente. Además, es una herramienta multifuncional que nos permite previsualizar los resultados del tratamiento restaurador final mediante un fotomontaje.

18:15h

COC - 120

REHABILITACIONES ADHESIVAS. COMO DEVOLVEMOS EL TEJIDO PERDIDO?

Autor principal: JOSE BAHILLO VARELA.

Coautores: IRENE TARAZÓN, PABLO CASTELO, PABLO FERNÁNDEZ, MANUEL RUIZ, MARTA BAHILLO.

Centro de trabajo: UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El desgaste dental representa una patología frecuente de origen multifactorial. Hoy en día son frecuentes los desgastes producidos por ácidos impulsando la erosión o fenómenos emocionales relacionados con la atricción.

METODOLOGÍA

Para llevar a cabo la rehabilitación de estos pacientes es necesaria una planificación en equipo y una ejecución del tratamiento de forma interdisciplinar. Un exhaustivo diagnóstico seguido de una planificación estéticamente guiada, nos darán las claves del plan de tratamiento a seguir. Para llevar a cabo el tratamiento, se realiza un encerado completo y se provisionaliza al paciente durante un mes para evaluar la adaptación a la nueva dimensión vertical. Pasado este tiempo si el paciente se encuentra estable funcionalmente y sin signos de dolor articular, reemplazamos la provisionalización por restauraciones definitivas bien de cerámica o composite. Estas serán directas o indirectas dependiendo de la cantidad de tejido a reponer.

RESULTADOS

Mostraremos casos con evolución a 4 - 5 años en los que podremos ver resultados satisfactorios en cuanto a la adaptación funcional y estética. También nos ayudará a discutir otras alternativas que quizá nos hubieran ayudado a mejorar el resultado final.

CONCLUSIONES

Los avances en la adhesión y los nuevos materiales como las resinas compuestas o las cerámicas adheridas nos permiten realizar una odontología mínimamente invasiva reemplazando el tejido perdido, devolviendo la anatomía y la función.

18:30h

COC - 142

CARILLAS CON TALLADO, CON MÍNIMO TALLADO Y SIN TALLADO. INDICACIONES Y PROTOCOLOS.

Autor principal: JOSERLYN ARAPÉ PÁEZ.

Coautores: FAUS-MATOSSES VICENTE, FUAS-MATOSSES IGNACIO, FAUS-LLACER VICENTE.

Centro de trabajo: MASTER EN ODONTOLOGÍA RESTAURADORA Y ENDODONCIA. UNIVERSIDAD DE VALENCIA.

INTRODUCCIÓN

Las carillas de porcelana proporcionan resultados estéticos satisfactorios preservando al mismo tiempo la estructura dental. Pueden mejorar tanto la apariencia estética como también pueden restablecer la función de los dientes. Las características de la cerámica dental, como la estabilidad del color y las propiedades mecánicas, hacen de este material una buena opción para restauraciones indirectas, especialmente cuando se requieren un funcionamiento óptimo y estética. Existen diferentes factores a tener en cuenta a la hora de planificar un tratamiento estético con carillas que están relacionadas con la cantidad de estructura dentaria que necesitamos desgastar, entre ellos están: expectativas del paciente, posición de la línea media, posición del labio, posición de los bordes incisales, forma, oclusión y color.

OBJETIVO

El objetivo del presente caso clínico es presentar un protocolo de tratamiento en tres diferentes situaciones clínicas utilizando carillas de cerámica feldespática, en las que sea necesario modificar forma, color o posición y establecer la necesidad o no de preparar el diente.

CASO CLÍNICO

Se presenta una serie de casos clínicos de pacientes que acudieron a consulta demandando estética en su sonrisa. Se realizaron tres tipos de preparaciones para carillas. En el primer caso, se realizó un tallado para carillas con preparación ya que la paciente no acepta un tratamiento de ortodoncia previo. En el segundo caso, se realizó una mínima preparación a través del mock-up preservando así mayor cantidad de esmalte y mejorando la adhesión. Por último, se realizó un tratamiento mediante carillas sin preparación gracias a un tratamiento previo de ortodoncia y se consiguió colocar los dientes en una posición ideal para colocar las futuras restauraciones de cerámica feldespática.

CONCLUSIÓN

Tras la realización y cementado definitivo de las carillas se consiguió en todos los casos tratados cumplir las expectativas estéticas de los pacientes, resolviendo las alteraciones de tamaño, forma y color de los dientes, logrando también evitar la inflación de las encías por el grosor del material restaurador. Las carillas son una alternativa conservadora que permite mejorar la estética en el sector anterior. Existe un mayor porcentaje de éxito cuando son correctamente indicadas en función de las características particulares de cada caso, se conserva la mayor cantidad de esmalte posible, se utiliza la cerámica más adecuada y son correctamente cementadas.

18:45h

COC – 154

CARGA INMEDIATA. PROTOCOLO CLÍNICO E IMPORTANCIA DE LA PLANIFICACIÓN ESTÉTICA EN UNA REHABILITACIÓN COMPLETA SOBRE IMPLANTES.

Autor principal: NATALIA ÁLVAREZ-MALDONADO DE CASTRO.

Coautores: ANA TORRES, ORIOL CANTÓ, JAUME LLENA, IGNACIO GINEBREDA.

Centro de trabajo: UNIVERSITAT INTERNACIONAL DE CATALUNYA.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los tratamientos de dientes en un día, con carga inmediata de implantes en arcadas edéntulas, han demostrado no influir negativamente en la osteointegración de los implantes dentales.

Una buena planificación resulta esencial en estos casos, donde la complejidad no sólo radica en el abordaje quirúrgico, si no en predecir de antemano el resultado estético de nuestra restauración. Por ello, el análisis de la sonrisa cobra una especial importancia, puesto que la decisión de colocar dientes a tope o añadir encía rosa a veces supone un reto, y debemos analizar detalladamente el marco de la sonrisa del paciente.

Nuestro objetivo será mostrar y evaluar una correcta planificación y posterior rehabilitación de un tratamiento "Full arch" sobre implantes con carga inmediata en un paciente con un marco de sonrisa comprometido.

METODOLOGÍA

Se presenta un caso de un paciente de 55 años de edad, ASA III que acude a la Clínica Universitaria con una prótesis fija dentosoportada en la arcada superior. Tras la evaluación del pronóstico tanto periodontal como restaurador de los pilares remanentes se decide la extracción de todos ellos y la colocación de una prótesis inmediata superior.

Tanto la planificación de los implantes como del resultado estético se inicia con la evaluación de las diferentes posibilidades prostodóncicas que nos dictan el marco de la sonrisa y el espacio restaurador. Se confecciona por lo tanto una nueva prótesis completa superior con planos oclusales adecuados y se realiza la carga inmediata mediante la técnica directa de pick-up, resinando los pilares provisionales en boca y convirtiendo la prótesis completa en una prótesis provisional atornillada. Tras cuatro meses de cicatrización como dicta el protocolo, se lleva a cabo la toma de impresiones definitivas y se realiza una prótesis metal-cerámica mediante tecnología CAD-CAM.

RESULTADOS

Transcurridos cuatro meses tras la colocación de los implantes no se produjeron adversidades en la cicatrización ni en la osteointegración de los mismos. La prótesis definitiva concluyó en una óptima función y estética gracias a una correcta planificación, realizando una prótesis fija completamente cerámica con encía rosa.

CONCLUSIONES

Los tratamientos de carga inmediata ofrecen una buena solución en términos de confort, estética y funcionalidad para el paciente, además de ser un tratamiento predecible a largo plazo para el clínico, siempre que se haya llevado a cabo una correcta planificación y los protocolos a seguir sean los adecuados para garantizar el éxito de nuestra rehabilitación.

19:00h

COC - 155

5 FACTORES CLAVE PARA EL ÉXITO EN REHABILITACIONES COMPLETAS IMPLANTO-SOPORTADAS: DESDE LA EXTRACCIÓN A LA REHABILITACIÓN.

Autor principal: ÁLVARO URBANO BRAVO.

Coautores: PABLO ROMERO VILLALBA, JUAN MENDÍA ROS, IÑIGO AGUIRRE ARMENDARIZ.

Centro de trabajo: UEM.

Desde que planteamos la extracción de un diente hasta su rehabilitación sabemos que se van a producir cambios histomorfométricos que van a condicionar el resultado tanto funcional como estético de la futura rehabilitación.

Es por ello, que durante la presentación abordaremos como manejar quirúrgica y prostodónticamente estos cambios que se van a producir o incluso aquellos parámetros que queramos modificar a través de varios casos clínicos.

Empezando por una **planificación** con herramientas clásicas (estudio de modelos y montaje en articulador) como novedosos diseños de sonrisa digitales, CBCT y softwares de cirugía guiada. Basando el plan tratamiento en la evidencia científica y literatura publicada, abordaremos temas como el diseño de implantes, conexión y uso de aditamentos protésicos, la posibilidad de colocar implantes inmediatos, de realizar carga inmediata vs diferida y si es necesario el aumento y manejo de tejidos duros y blandos durante esta primera **fase quirúrgica**.

A continuación hablaremos de un tema tan importante como es la **provisionalización** durante el tiempo de integración de los implantes. Teniendo en cuenta diferentes criterios como puedan ser la estabilidad primaria, el perfil del paciente o la oclusión. Para terminar los casos hablaremos de, como *manejaremos y guiaremos en una fase prostodóntica* los tejidos para conformar una nueva dimensión que mantenga el equilibrio entre la estética rosa y blanca.

Abordando temas como materiales, sistemas de impresión y de transferencia de los nuevos perfiles de emergencia creados al laboratorio.

Y por último, y más importante, ¿Qué **mantenimiento** y cuidados debemos tener para preservar y conservar de forma predecible todo lo creado? Con criterios tan importantes como el "One Aboutment - One Time", mantenimiento periimplantario y oclusión.

19:15h

COC - 162

COMBINACIÓN DE RESTAURACIONES EN EL SECTOR ANTERIOR SOBRE DIENTES Y IMPLANTES – ENFOQUE BIOMIMÉTICO: UNA SERIE DE CASOS.

Autor principal: BRUNO MIGUEL RODRIGUES DA SILVA.

Coautores: HERRERO-CLIMENT M, RIBEIRO P, PADRÓS ROLDÁN R, OLIVEIRA LEITE R, FALCÃO C.

Centro de trabajo: PORTO DENTAL INSTITUTE.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

En el tratamiento del sector anterior la combinación de restauraciones sobre dientes y sobre implantes puede ser un desafío para el dentista. La razón principal está relacionado con el hecho de que es muy difícil conseguir una simetría correcta de color, dado la naturaleza diferente del sustrato.

En esta presentación, los autores pretenden demostrar en una serie de casos clínicos, un protocolo de tratamiento que permite la optimización del resultado final estético mediante el uso de pilares personalizados sobre implantes o en los dientes, con el uso posterior de restauraciones adheridas de cerámica feldespática.

METODOLOGÍA

Tras haber logrado una anatomía adecuada de tejido blando alrededor de implantes en la zona estética mediante una provisionalización adecuada, se toma impresión definitiva sobre el implante. Al mismo tiempo, se prepara el diente adyacente para una restauración cerámica adherida. Para transmitir al laboratorio el valor y la saturación del diente natural preparado, se envía también una muestra de resina compuesta que los reproduce exactamente.

El laboratorio puede fabricar un pilar de circonio o disilicato de litio con una forma de preparación de carilla idéntica a la preparación del diente adyacente natural. Sobre el pilar se fabrica una carilla con estratificación que permite igualar el valor y la saturación del diente natural. El técnico puede por tanto, en los dos pilares, fabricar dos restauraciones de cerámica feldespática, con el mismo espesor, que después de serán adheridas en boca, simulando el mismo comportamiento óptico.

RESULTADOS

Se discute sobre el manejo más adecuado de este tipo de situaciones. El resultado obtenido concuerdan con lo que la literatura evidencia, pero se reflejan una serie de factores a tener en cuenta, que pueden comprometer el éxito del tratamiento.

CONCLUSIONES

Este tipo de procedimiento permite aumentar la previsibilidad del resultado estético, siempre que haya una necesidad de combinar restauraciones en los dientes y los implantes.

Comunicaciones Orales SEPES Junior I – COSJ

Sala: B - TERRAZA 1
Horario: 15:00h - 19:30h

15:00h

COSJ- 8

ABSORCIÓN Y SOPORTE DE TENSIÓN DE LOS MATERIALES DE REHABILITACIÓN DE IMPLANTES, EN FUNCIÓN DEL TIPO DE CARGA APLICADA (ESTÁTICA/ DINÁMICA): ESTUDIO EXPERIMENTAL IN VITRO.

Autor principal: ALEJANDRO ESTRADA MARTÍNEZ.

Coautores: ARITZA BRIZUELA, MARKEL DIÉGUEZ, YELKO CHENTO, DAVID CHÁVARRI, ANTONIO JIMÉNEZ.

Centro de trabajo: DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLOGÍA I DE LA UPV Y PRÓTESIS Y OCLUSIÓN DE LA UNIVERSIDAD DE OVIEDO.

INTRODUCCIÓN

El objetivo del presente estudio experimental fue el de cuantificar la influencia del material de fabricación de una corona fija sobre implantes y del tipo de carga aplicada, estática o dinámica, en la deformación de la resina periimplantaria que simula el hueso marginal de soporte.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio experimental mediante extensimetría. Se colocó un implante de 4.0mm. x 10mm., de conexión interna, en un bloque de resina autopolimerizable, durante el fraguado de la misma. Se fabricaron tres coronas de idéntica geometría, con un cantilever a mesial y diferente material: Resina, Metal- cerámica y Zirconio. En la resina mesial del implante, debajo del cantilever, se colocó una galga con factor 2,12+- 1 % y 2mm de longitud. Las coronas se atornillaron sobre el implante y fueron sometidas tanto a carga estática (simulación de apretamiento dentario) como a carga dinámica (simulación de masticación), mediante una máquina de fluencia de carga.

RESULTADOS

Se obtuvieron diferencias estadísticamente significativas ($P < 0.05$) en la deformación de la resina, para los distintos materiales de prótesis. El valor de deformación más bajo lo encontramos en carga estática para las prótesis de Zirconio ($51,30 \pm 4,78 \mu\epsilon$), mientras que el valor de deformación más alto lo obtuvimos en la carga dinámica para las resinas ($224,70 \pm 22,27 \mu\epsilon$). Respecto al tipo de carga, solo sobre las coronas de zirconio la deformación tuvo resultados diferentes ($P > 0.005$) bajo los dos tipos de carga a ensayo.

CONCLUSIONES

Las coronas con menor módulo de Young, es decir, de materiales más elásticos (resina) se relacionan estadísticamente con mayores niveles de deformación en la superficie alrededor de los implantes, independientemente del tipo de carga.

15:15h**COSJ- 10****REHABILITACIÓN IMPLANTOSPORTADA CON ALTA EXIGENCIA ESTÉTICA Y MECÁNICA: ZIRCONIO MONOLÍTICO.****Autor principal:** MIRIAM IGLESIAS CALVO.**Coautores:** ARROYO CRUZ. G, GARCÍA RÍOS. A, OROZCO VARO. A, DOMÍNGUEZ CARDOSO. P, JIMÉNEZ CASTELLANOS. E.**Centro de trabajo:** FACULTAD DE ODONTOLOGÍA, UNIVERSIDAD DE SEVILLA.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS**

En las últimas décadas, se han ido registrando complicaciones biológicas y mecánicas de los materiales empleados en restauraciones implantosoportadas del desdentado total, como fracturas de resinas, etc. La rehabilitación con implantes de un paciente edéntulo total superior con dentición antagonistas biomecánicamente desfavorable, supone un reto tanto a nivel funcional como estético. Actualmente, el zirconio monolítico se presenta como una alternativa a los materiales utilizados convencionalmente, avalado por estudios clínicos que reportan tasas de éxito funcional, estético y de satisfacción de pacientes cercanas al 95%. El objetivo de éste trabajo es presentar una alternativa restauradora que minimice las complicaciones mecánicas para casos de alto compromiso mecánico, con la confección de una prótesis dentoalveolar implantosoportada superior de zirconio monolítico (Y-TZP) teniendo en cuenta las propiedades de este material.

METODOLOGÍA

Se realiza una revisión de la literatura en los últimos cinco años, para valorar las propiedades mecánicas y estéticas del zirconio monolítico en comparación con otros materiales de restauración. Tras lo cual, decidimos la opción de tratamiento para un paciente varón de 54 años de edad al que se le colocaron 6 implantes Klockner Essential y una prótesis provisional de carga inmediata sobre pilares de 25° en la arcada superior. En la arcada antagonista presenta dentición natural con prótesis fija metal porcelana. Tras la fase de integración y ante las consideraciones biomecánicas del caso y el resultado de nuestro análisis de la literatura, se opta por rehabilitar con una prótesis dentoalveolar fija superior de zirconio monolítico con un recubrimiento vestibular de carillas cerámicas.

RESULTADOS

Se obtuvo el éxito funcional, estético y fonético en el paciente, apostando por las satisfactorias propiedades del Zirconio monolítico y el beneficio de no tener problemas de "chipping oclusal" o el desgaste de la arcada antagonista cuando el zirconio está correctamente pulido, además de evitar las frecuentes complicaciones de otros materiales como las fracturas de resinas.

CONCLUSIONES

Es fundamental un correcto diagnóstico y planificación del tratamiento de cada paciente para seleccionar los materiales de la rehabilitación teniendo en cuenta factores como sexo, edad o arcada antagonista. El zirconio monolítico podría ser considerado una alternativa en rehabilitaciones implantosoportadas que exijan importantes propiedades mecánicas, manteniendo una estética adecuada. Según la revisión bibliográfica realizada, el zirconio monolítico tiene unas propiedades mecánicas y estéticas muy favorables, sin embargo se necesitan estudios clínicos a largo plazo para validar el éxito de este tipo de rehabilitaciones.

15:30h**COSJ- 15****PAPEL DEL PROSTODONCISTA EN LA PLANIFICACIÓN, COORDINACIÓN Y REALIZACIÓN DE UNA REHABILITACIÓN COMPLEJA MULTIDISCIPLINAR : A PROPÓSITO DE UN CASO.****Autor principal:** THOMAS BLANC.**Coautores:** BILAL BOU DARGHAM, IGNACIO GINEBREDA, MIGUEL ROIG.**Centro de trabajo:** UNIVERSITAT INTERNACIONAL DE CATALUNYA.**INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS**

Cada vez más, la odontología se va desarrollando hacia una hiper-especialización de nuestras prácticas, apareciendo unos nuevos expertos y profesionales en el trato de “una rehabilitación compleja multidisciplinar”. Uno de estos protagonistas es el prostodoncista cuyo papel es la planificación, coordinación y realización de una correcta rehabilitación oral. El objetivo de esta comunicación es - a través de un caso clínico - enseñar el nivel de implicación del prostodoncista en el éxito de un tratamiento complejo multidisciplinar.

METODOLOGÍA

El caso que se presenta es el de una mujer de 60 años sin historia médica relevante. La paciente acude a la consulta deseando “arreglarse la sonrisa con una solución fija”. Presenta distintas zonas edéntulas con pérdida ósea avanzada. Un diagnóstico exhaustivo nos permite ofrecer a la paciente una solución abarcando varias especialidades de la odontología. Previamente al inicio del tratamiento se consulta con el endodoncista y el periodoncista el pronóstico individual de cada diente. Después de una precisa planificación por parte del prostodoncista, este mismo se refiere al implantólogo para poder realizar las regeneraciones adecuadas y la posterior colocación de los implantes. Una vez los implantes colocados, se realiza la fase provisional. Esta fase es de alta importancia para el éxito de la restauración definitiva, ya que nos permite valorar función y estética, y poder realizar cualquier tipo de cambio o ajuste. Durante todo este periodo, el prostodoncista está en estrecha comunicación con su protésico para diseñar (con CAD-CAM en este caso) las nuevas prótesis de la paciente que tendrán que ser funcionales, higienizables y estéticas.

RESULTADOS

Después de un diagnóstico correcto, una planificación rigurosa y la espera de unos tiempos biológicos adecuados : una rehabilitación compleja multidisciplinar tiene una alta probabilidad de éxito.

CONCLUSIONES

El prostodoncista tiene un papel fundamental en el trato de las restauraciones complejas multidisciplinarias ya que es él quien planifica, coordina y realiza el tratamiento. Una correcta planificación y apropiado trabajo en equipo garantiza el éxito y la predictibilidad de nuestros tratamientos.

15:45h**COSJ- 20****PRÓTESIS FIJAS IMPLANTOSOPORTADAS RETENIDAS CON PASADORES.****Autor principal:** ESTEBAN PADULLÉS-GASPAR.

Coautores: E. PADULLÉS-ROIG; C. PADULLÉS-GASPAR.

Centro de trabajo: INSTITUT ODONTOLOGIA INTEGRAL BARCELONA.

INTRODUCCIÓN

La patología que presentan los implantes, hace necesario poder levantar las prótesis para tener un buen acceso, y poder llevar a cabo un correcto mantenimiento y tratamiento de los tejidos que rodean a los implantes. La retención de las prótesis implantosoportadas con tornillos, sacrifica la estética y la oclusión en pro de la posibilidad de remoción de dichas prótesis. Las prótesis cementadas presentan mayores dificultades en el caso de tener que removerlas, aunque resuelven completamente los problemas estéticos y oclusales. En esta comunicación, se presenta un sencillo sistema de retención de prótesis sobre implantes que aúna las ventajas de las prótesis cementadas y atornilladas, y que permite desmontar las prótesis de una manera sencilla.

MATERIAL Y MÉTODO

Se describen los pasos de Laboratorio y el manejo clínico de las prótesis implantosoportadas retenidas con pasador, ilustrados con casos clínicos

RESULTADO Y CONCLUSIONES

Las prótesis implantosoportadas retenidas con pasador, ofrecen al clínico las ventajas de las prótesis atornilladas y cementadas siendo una clara alternativa a las mismas.

16:00h

COSJ- 21

MOVEMOS O AUMENTAMOS. TRATAMIENTOS RESTAURADORES CON MÍNIMO COMPROMISO BIOMECÁNICO. A PROPÓSITO DE TRES CASOS.

Autor principal: MARÍA BLANCO MUÑOZ.

Coautores: GUILLERMO GALVÁN GUERRERO, PILAR LOBO VALENTIN, BLANCA MATILLA FERNÁNDEZ.

Centro de trabajo: CLÍNICA GALVÁN LOBO.

INTRODUCCIÓN

Hoy en día existe una gran demanda asistencial de pacientes con desgastes, lo cual representa un reto diagnóstico comprometiendo la planificación y rehabilitación del paciente y su posterior mantenimiento. Realizar un diagnóstico diferencial según el origen del problema y la clasificación funcional, y una valoración de la severidad de las lesiones, son claves para enfrentarnos a estos casos

OBJETIVO

Uno de los grandes dilemas a la hora de planificar estos casos es, si podemos y debemos aumentar la dimensión vertical creando las condiciones necesarias para conseguir un resultado satisfactorio, tanto estética como funcionalmente, o si por el contrario tenemos que modificar ortodónticamente las relaciones dentarias, permitiendo crear espacio sin que sea imprescindible modificar la dimensión vertical y cumplir los mismos objetivos estéticofuncionales

METODOLOGÍA

Presentamos a través de tres casos las diferentes alternativas de diagnóstico, planificación y ejecución del tratamiento de pacientes con desgastes, describiendo la toma de decisiones, valorando el riesgo, el pronóstico y mostrando el resultado final

RESULTADOS

Debido a los desgastes, se puede producir una pérdida de dimensión vertical, si éstos no son tan severos, manteniendo una armonía estética de la sonrisa y sin alteraciones funcionales, podremos aumentar la dimensión vertical, devolviendo al paciente la altura oclusal perdida y consiguiendo un espacio funcional anterior para restaurar los dientes y dar una adecuada función al paciente. Sin embargo, si el paciente presenta alteraciones verticales y transversales que afectan al plano oclusal y a los niveles gingivales, la ortodoncia nos permite recuperar los planos perdidos, logrando una buena distribución de los espacios para disminuir el impacto sobre la estructura dentaria, consiguiendo una odontología más conservadora. En casos con desgastes generalizados y migraciones dentarias por compensación por la gran pérdida de estructura, combinamos soluciones ortodónticas con equilibrados oclusales con técnica incremental para conseguir una máxima intercuspidad que guarde armonía con la función articular, preservando el envolvente de función

CONCLUSIONES

1. El aumento de dimensión vertical permite planificar tratamientos restauradores con un menor compromiso estructural y un correcto control funcional
2. Aumentar la dimensión vertical no siempre es el procedimiento de elección, ya que depende del tamaño y posición de los incisivos, la relación entre arcadas y los niveles de planos incisal y oclusal. 3. La ortodoncia permite modificar la posición de los dientes para mejorar las relaciones interarcada, intraarcada y la relación anteroposterior. 4. La ortodoncia es una opción a tener en cuenta en los tratamientos restauradores para intentar lograr un mejor resultado final con un mínimo impacto dentario

16:15h

COSJ- 23

ESTUDIO DE LA FIABILIDAD DE DOS SISTEMAS DE REGISTRO DEL COLOR DENTAL: COLORÍMETRO VITA EASYSHADE ADVANCE 4.0 VS GUÍA VITA CLASSICAL AI-D4.

Autor principal: BEÑAT GARDOKI IZQUIERDO.

Coautores: MARIA ICIAR ARTEAGOITIA CALVO.

Centro de trabajo: UNIVERSIDAD PUBLICA VASCA - UPV/EHU.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Existe gran controversia sobre la fiabilidad de los distintos sistemas de registro del color dental: colorímetros vs guías de color; y sobre la importancia de la experiencia del observador. Los objetivos propuestos en este estudio serán, establecer y comparar la fiabilidad del colorímetro Vita Easyshade Advance 4.0 y de la guía Vita Classical AI-D4, y conocer el grado de consistencia entre dos observadores con diferente nivel de experiencia.

METODOLOGÍA

Se diseñó un estudio de fiabilidad de pruebas diagnósticas, valorando: la repetibilidad, la concordancia intra e inter observador y la concordancia entre ambos sistemas de medición. Seguido, se realizó el cálculo previo del tamaño muestral, la muestra la constituyeron 40 alum-

nos de odontología. Tras la aprobación del comité ético de la UPV/EHU, 2 observadores independientes con diferentes niveles de experiencia, tomaron 3 registros del color del incisivo central derecho a cada uno de los sujetos con cada sistema (12 registros por diente); siempre en las mismas condiciones. Los registros se realizaron con una semana de aclaramiento entre ellos. Los observadores siempre eran ciegos respecto al resto de los registros. Los resultados fueron analizados estadísticamente utilizando el índice Kappa de Cohen y el índice de concordancia de Kendall.

RESULTADOS

El colorímetro mostró mayor repetibilidad que las guías de color (Kendall 0,73 vs 0,43). El colorímetro obtuvo una buena concordancia intra observador independiente de su experiencia (Kendall observador experto: 0,64; inexperto: 0,68) e inter observador (índice de Kappa 0,7169 y 0,8194). En el caso de la guía se obtuvo una baja concordancia intra observador (Kendall observador experto: 0,36; inexperto: 0,5) y concordancia inter observador (índice de Kappa 0,0549 y 0,4386). La concordancia entre ambas técnicas de registro es baja en ambos observadores, índice de Kappa menor de 0,6. El índice de Kendall no fue estadísticamente significativo en ningún caso.

CONCLUSIONES

El colorímetro Vita Easyshade Advance 4.0 tiene una mayor repetibilidad, sin alcanzar valores de concordancia perfecta para considerarlo criterio de verdad; y mayor concordancia intra e inter observador, que la guía Vita Classical AI-D4. El colorímetro no se ve influenciado por el observador o su experiencia. La concordancia entre ambas técnicas de registro del color es baja. El colorímetro es una técnica de registro mas fiable que la guía de color.

16:30h

COSJ- 24

PROTOCOLO DE PLANIFICACIÓN PARA LA RESTAURACIÓN DE LA ESTÉTICA ROSA ANTERIOR MEDIANTE PRÓTESIS IMPLANTOSOPORTADA.

Autor principal: ALEXANDRA HELM.

Coautores: IRENE LAVÍN DE LOS LLANOS, PEDRO MOLINERO-MOURELLE, CARLOS COBO-VÁZQUEZ, MARÍA JESÚS SUÁREZ, JAIME DEL RÍO HIGHSMITH.

Centro de trabajo: FACULTAD DE ODONTOLOGÍA/UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El éxito estético en prótesis implantosoportada no sólo se relaciona con la corona clínica, sino también con el proceso alveolar, la topografía y el aspecto de los tejidos blandos circundantes. Dada la complejidad de la restauración de la estética anterior perdida mediante prótesis implantosoportada, se requiere de una mayor planificación, debiendo valorarse ésta de una manera global, teniendo en cuenta múltiples factores. La regeneración para aumentar el reborde alveolar en anchura y longitud no es predecible en cuanto a su resultado estético. Aunque la evaluación estética de una restauración dental depende de las sensibilidades individuales del observador, algunos principios fundamentales son evidentes en todas las restauraciones que pueden ser consideradas como estéticas. Por tanto, proponemos un protocolo para la planificación de la restauración de la estética rosa perdida.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica en PubMed, MedLine y catálogo Cisne en los términos *implant-supported prosthesis, edentulous maxilla, pink esthetics y gingival restoration*.

RESULTADOS

La revisión de la literatura dio como resultado un protocolo diagnóstico siguiendo los tres ejes en el espacio, que permite seleccionar todos los parámetros influyentes en la diferenciación y clasificación de los pacientes indicados para la rehabilitación mediante prótesis implantosoportada.

CONCLUSIONES

Los pacientes que serán rehabilitados mediante una prótesis implantosoportada se verán en diferentes situaciones que se deberán tener en cuenta durante la planificación del tratamiento. Una evaluación estética exhaustiva es necesaria para poder tratar adecuadamente a estos pacientes, tanto a nivel extraoral como intraoral, en todos los planos. Para llevar a cabo nuestras restauraciones protésicas con unos resultados óptimos, se deberá seleccionar el material adecuado a cada caso, siendo de elección las cerámicas dentales, resinas compuestas y siliconas.

16:45h

COSJ- 27

INFLUENCIA DE LA SITUACION Y APLICACIÓN DE CARGAS PROTESICAS EN EL ESTRÉS TRANSFERIDO A AL SISTEMA DE RETENCIÓN EN UNA SOBREDENTADURA RETENIDA POR 2 IMPLANTES.

Autor principal: MARCOS MORADAS ESTRADA.

Coautores: IGNACIO R GONZÁLEZ GONZÁLEZ. HÉCTOR DE LLANOS LANCHARES, BEATRIZ ÁLVAREZ LÓPEZ.

Centro de trabajo: SERVICIO DE PRÓTESIS ESTOMATOLÓGICA Y OCLUSIÓN. CLÍNICA UNIVERSITARIA DE ODONTOLOGÍA. UNIVERSIDAD DE OVIEDO.

INTRODUCCIÓN

Las sobredentaduras implantorettenidas son unidades protésicas sometidos a cargas lo que genera una transmisión de estrés a cada uno de sus componentes y terreno de soporte. Para dar respuesta ante qué tipo de carga y en qué sector, el sistema de retención sufre un mayor estrés, se plantearon los siguientes objetivos:

1. Cuantificar el estrés transmitido al sistema de retención ante fuerzas bilaterales y en combinación.
2. Comparar que elemento del atache sufre una mayor deformación ante fuerzas bilaterales en ambos sectores.
3. Determinar qué carga es la menos lesiva ante los dos tipos ejercida en cada sector.

MATERIAL Y METODO

Se realizó un análisis de elementos finitos, modelizando un mandíbula edéntula humana con dos implantes de conexión interna a nivel de caninos y un sistema de retención con ataches axiales marca Locator de 4 mm de altura gingival. Se aplicaron fuerzas de 150 N, bilateralmente y en combinación, siendo 150 N posterior y 40N anterior. Se sometió análisis estadístico.

RESULTADOS Y CONCLUSIÓN

Con las limitaciones de éste estudio podemos determinar las siguientes CONCLUSIONES:

1. EL macho soporta mayor nivel de tensión en comparación con la hembra e independientemente del lugar de aplicación.
2. Carga bilateral en sectores posterior o en combinación con anterior, los valores de estrés son similares en una y otra situación tanto para macho y hembra.
3. La localización del estrés en el macho y porción plástica del atache, es similar en cualquier lugar de aplicación.

Cargas unilaterales en ambos sectores, así como con ataches Locator de diferente altura o incluso otro sistema de retención, resulta interesante para futuras líneas de investigación

17:00h

COSJ- 28

¿EL DSD Y EL MOCK UP SON DE AYUDA EN LA PLANIFICACIÓN ESTÉTICA ORAL? A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autor principal: NÁGILA FERNANDES PONTES.

Coautores: LARISSA FERNANDA POTTMAIER, NASER.

Centro de trabajo: ABO (ASOCIACIÓN BRASILEÑA DE ODONTOLOGÍA).

INTRODUCCIÓN

La odontología moderna proporciona diferentes formas de análisis facial y intra oral que permite personaliza el tratamiento desde la cara a la boca, y juntamente con los materiales modernos se puede devolver la estética oral con técnicas mínimamente invasivas como son las técnicas indirectas y directas de carillas. Estos avances permiten realizar tratamientos estéticos con óptimas propiedades.

OBJETIVOS

Intentar demostrar que el uso del DSD y MOCK UP pueden ser herramienta de buena ayuda en la planificación de los casos estéticos orales

METODOLOGÍA

Paciente de 27 años, acudió el máster de estética dental ABO/ Brasil, con la queja de oscurecimiento de las resinas en los dientes 12 y 22 y insatisfacción de la sonrisa. Realizamos la toma de fotos extra y intra orales necesarias para el DSD y exámenes radiográficos, en el cual identificamos que el 12 y 22 eran vitales y microdientes, se procedió a la toma de medidas y pedimos el encerado y diagnóstico de acuerdo con las medidas realizadas en el estudio con DSD. Tras llegar el encerado realizamos el mock up con lo cual pudimos identificar que para devolver la armonía de la sonrisa, necesitaría también alargar la incisal de los incisivos centrales. En el inicio del caso se dudó de como alargaría los centrales, con carillas ultra finas o resinas, pero mediante profundo análisis detectamos que la anatomía de los centrales estaba correcta y que la paciente presentaba labios delgados el cual la colocación de carillas indirectas en los centrales habría la necesidad de realizar preparo llevando hacia palatino o sea tendríamos que ser más agresivos, debido a estos datos se descartó las carillas indirectas en los centrales, y el tratamiento se realizó de la siguiente forma : 22 /12 carillas indirecta y 11 / 21 carilla directa de resinas (técnica por acrecimos) solamente alargando el tercio incisal dispensando así un tratamiento más agresivos para ese caso en concreto como sería la colocación de 4 carillas indirectas.

CONCLUSIÓN

El estudio facial, el DSD y la técnica de mock up juntos pueden ser útiles en la planificación de los casos ayudando a la individualización de tratamiento y recogida de datos de la anatomía extra e intra oral que en la hora de la consulta con el paciente se puede pasar desapercibidos.

17:15h

COSJ- 29

ESTUDIO PROSPECTIVO DE RESTAURACIONES DE RECUBRIMIENTO COMPLETO SOBRE PREPARACIONES DENTARIAS SIN LÍNEA DE TERMINACIÓN.

Autor principal: DANIEL IVAYLOV.

Coautores: MARÍA FERNANDA SOLA-RUÍZ, ANTONIO FONS-FONT, RUBÉN AGUSTÍN-PANADERO.

Centro de trabajo: UNIVERSIDAD DE VALENCIA.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Tras una larga evolución de la prótesis fija, numerosos estudios han indagado acerca de los efectos negativos de las restauraciones indirectas con una línea de terminación bien definida sobre el periodonto de los dientes pilares. La inflamación, consecuencia de estos, produce pérdida ósea y recesiones gingivales; el gran desafío de todo prostodoncista. Respondiendo a las exigencias estéticas cada vez más elevadas tanto de los pacientes como de los profesionales surge la técnica BOPT (Biologically Oriented Preparation Technique). Los objetivos del presente estudio fueron evaluar el comportamiento clínico y biológico de restauraciones unitarias de recubrimiento completo y prótesis parcial fija con núcleo de circona sobre dientes preparados con técnica vertical (BOPT).

METODOLOGÍA

Se llevó a cabo un estudio prospectivo en el que se incluyeron 101 tratamientos, 74 coronas y 27 puentes, realizados en el Departamento de Estomatología de la Facultad de Medicina y Odontología de la Universidad de Valencia. La muestra suma un total de 149 dientes pilares divididos en dos grupos, pilar de corona y pilar de puente, siendo los dos tipos de tratamiento comparables entre sí. Las restauraciones fueron cementadas de forma definitiva y partiendo de un estado periodontal óptimo se evaluaron complicaciones, tasa de supervivencia, variaciones en la profundidad de sondaje, inflamación, sangrado, índice de placa, engrosamiento gingival, recesiones, estabilidad del margen gingival y grado de satisfacción del paciente tras dos años de seguimiento clínico.

RESULTADOS

La técnica BOPT produce un engrosamiento gingival medio de 0,41mm, con una tasa de supervivencia alta (98%), la estabilidad del margen gingival es del 100%. No se encontraron complicaciones mecánicas ni diferencias estadísticamente significativas entre coronas y puentes. Se manifestaron dos casos de pulpitis (1,3%) que tras la endodoncia de los pilares no volvieron a mostrar sintomatología. En total 7 piezas dentarias aumentaron su profundidad de sondaje (4,7%) y se encontraron relaciones directas entre esta, el déficit de higiene oral, la inflamación, el sangrado y un Índice de Placa elevado. Valorando el grado de satisfacción postratamiento del paciente mediante la Escala Visual Analógica el 59.6% de nuestros tratamientos fueron evaluados como excelentes.

CONCLUSIONES

La técnica BOPT produce engrosamiento y aumenta la estabilidad gingival tanto en el sector anterior como posterior. Muestra ser una opción de tratamiento segura, con resultados predecibles y estética óptima, sin recesiones a los dos años de seguimiento clínico.

17:30h

COSJ- 32

TRATAMIENTO DE LOS TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES: DESCRIPCIÓN DE UNA FÉRULA DINÁMICA DE ANÁLISIS OCLUSAL.

Autor principal: CHIARA MICHELOTTI.

Coautores: CARLO ALBERTO COCCIA, LUISA FERNÁNDEZ BRAVO, LUCÍA FERNÁNDEZ-ESTEVEAN, GIANCARLO GAROTTI, JOSÉ FÉLIX MAÑES.

Centro de trabajo: UNIVERSIDAD EUROPEA DE VALENCIA.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La evidencia científica actual no permite establecer CONCLUSIONES definitivas acerca de relaciones oclusales parafuncionales y los Trastornos Témporo-Mandibulares. Además, la naturaleza etiológica multifactorial y los medios de diagnóstico y tratamiento controvertidos, complican su manejo. Esto supone un riesgo médico-legal para el clínico, que pretende rehabilitar de manera adecuada un paciente disfuncional. El objetivo de nuestro trabajo es presentar un método preprotésico reversible y no invasivo, que involucra el empleo de una férula de estabilización dinámica, con fines diagnósticos y terapéuticos, que pueda ayudar al odontólogo a cuantificar las medidas necesarias para minimizar la influencia mecánica de la oclusión en el desarrollo de alteraciones funcionales.

METODOLOGÍA

Presentación del protocolo clínico de investigación diagnóstica-terapéutica con el empleo de la férula de estabilización dinámica. Ilustración de diversos casos clínicos con sus posibles resoluciones protésicas guiadas y previamente comprobadas con férula.

RESULTADOS

La férula de estabilización dinámica, como una férula miorelajante, libera la musculatura masticatoria de contracturas, permitiendo una análisis de las relaciones dentales cuando las estructuras se encuentran en una situación no patológica. De forma reversible y no invasiva, averigua además la respuesta del pacientes a posibles intervenciones terapéuticas. Mediante un perfil oclusal anatómico superponible al plano oclusal funcional del paciente, la férula de estabilización dinámica permite un análisis cercano de las trayectorias y relaciones de contactos que se producen durante la cinemática mandibular.

Los signos de desgaste que aparecen en la superficie oclusal de la misma evidencian, y permiten cuantificar, las medidas necesarias para minimizar la influencia mecánica de la oclusión en el desarrollo de alteraciones funcionales.

CONCLUSIONES

La férula de estabilización dinámica no permite eliminar la patología disfuncional, no obstante, ayuda en el aclaramiento de la naturaleza del problema. Suponiendo mínimos riesgos

para el odontólogo y un coste-eficacia sostenibles para el paciente, la férula de estabilización dinámica permite justificar legalmente, y guiar clínicamente, posibles intervenciones protésicas de tipo sustractivo o aditivo.

17:45h

COSJ- 37

REHABILITACIÓN TOTAL MINIMAMENTE INVASIVA.

Autor principal: TEODORO VACA GONZALO.

Coautores: DR. ALFONSO ARELLANO.

Centro de trabajo: AIARA CENTRO DENTAL.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La pérdida de estructura dental y de soporte configura una de las situaciones más habituales en la amplia mayoría de los pacientes adultos y que cada día avanza a mayor velocidad debido en gran medida a hábitos socioculturales, lo que nos lleva a la misma situación clínica en pacientes mucho más jóvenes. A día de hoy las posibilidades que nos ofrece la adhesión en nuestra práctica clínica son innumerables, no solo en cuanto a técnicas y materiales, si no en lo respectivo a la mínima invasión de los tejidos dentales; permitiéndonos ser lo más conservadores posible. Es este último precepto el imperativo de la filosofía y protocolos que algunos seguimos y que firmemente creemos que es la mejor propuesta terapéutica a la hora de realizar cualquier tratamiento, más aún si se trata de una rehabilitación completa.

METODOLOGÍA

Presentamos el caso clínico de un paciente que refiere dolor muscular en cabeza y cuello y sensación de apretamiento. Presenta pérdida de dimensión vertical y carencia de guías anteriores. Decidimos estudiar el caso con un montaje en articulador y encerado diagnóstico. Se le propone un abordaje conservador para rehabilitar su boca, llevándolo a una posición neuromuscular estable y cómoda con un aumento de la dimensión vertical y creando una oclusión funcional mutuamente protegida. Durante una primera fase transferimos esa nueva dimensión a boca y vemos su evolución con un seguimiento protocolizado "test drive". Una vez confirmada la nueva posición, la adaptación muscular y la función; así como los parámetros estéticos, procedemos a la confección de las restauraciones definitivas (onlays, table tops, carillas palatinas y vestibulares) y a su cementado adhesivo.

RESULTADOS

Conseguimos devolver una oclusión funcional estable, mejoramos su estética facial de forma predecible, con las que el paciente se desenvuelve correctamente y eliminamos las molestias musculares mediante un abordaje mínimamente invasivo.

CONCLUSIONES

Debemos eliminar el concepto clásico de odontología sustractiva, sus tallados y amputaciones severas, enfrentándonos a estos casos desde una perspectiva más actual y mucho más conservadora; lo que determina un pronóstico más favorable y una mayor longevidad de las piezas dentales gracias a un comportamiento biomecánico más eficaz por parte de la unión diente restauración. Busquemos la simple adición confiando en filosofías mínimamente invasivas que basadas en los principios de la adhesión y de la mano de un buen protocolo clínico y de conocimientos soportados por la evidencia científica nos lleven al éxito clínico.

18:00h

COSJ- 45

SELLADO INMEDIATO DE LA DENTINA ¿MEJORA LA RESISTENCIA DE NUESTROS MATERIALES?.

Autor principal: GEORGINA GARCÍA ENGRA.

Coautores: ROMÁN RODRÍGUEZ JL, FERNÁNDEZ-ESTEVEAN L, CASAS TERRÓN J, BUSTOS JL, FONS FONT A.

Centro de trabajo: UNIVERSIDAD DE VALENCIA.

INTRODUCCIÓN

La falta de sustrato dentario conlleva en numerosas ocasiones la exposición de la capa de dentina, lo que ha constituido un hándicap en la adhesión dental. Podemos mejorar el comportamiento de nuestras restauraciones sin dejar de lado los principios de mínima invasión gracias a los avances que se han producido en los últimos años en el campo de Prostodoncia. Cabe destacar el desarrollo de nuevas técnicas de adhesión, como es el sellado inmediato de la dentina, junto con nuevos materiales de restauración, como son las cerámicas libres de metal, y nuevos procedimientos de manufacturación de dichos materiales, como es la técnica CAD-CAM.

OBJETIVO

Estudiar la influencia del sellado inmediato de la dentina en la resistencia a la fractura de una cerámica de alta resistencia, IPS Emax CAD®, una cerámica reforzada con polímeros, VITA ENAMIC® y una resina nanocerámica Lava™ Ultimate.

MATERIAL Y MÉTODO

Se confeccionaron 20 muestras de los siguientes materiales: IPS E.max CAD® (Ivoclar Vivadent), VITA ENAMIC® (VITA Zahnfabrik) y Lava™ Ultimate (3M ESPE). Todas las muestras fueron cementadas, sobre molares previamente tallados y tratados siguiendo el protocolo de sellado inmediato de la dentina establecido por Pascal Magne. Cada muestra fue sometida a un ensayo de carga estática hasta la fractura de las mismas. Se anotó y se analizó la resistencia presentada por cada una de ellas y se realizó un estudio estadístico mediante pruebas paramétricas.

RESULTADOS Y CONCLUSIÓN

Se mostrarán los resultados del ensayo de compresión y se compararán con un ensayo previo de dichos materiales cementados según el protocolo recomendado por cada casa comercial. Se revisará la literatura científica acerca de estos nuevos materiales y se mostrarán las posibles aplicaciones clínicas.

18:15h

COSJ- 50

REHABILITACION MAXILOFACIAL ¿HASTA DONDE PODEMOS LLEGAR?.

Autor principal: MARÍA CLAUDIA ROMANÍ MARILUZ.

Coautores: TOMÁS ESCUIN HENAR.

Centro de trabajo: UNIVERSITAT DE BARCELONA - MÁSTER DE PROTESIS Y REHABILITACIÓN BUCOMAXILOFACIAL.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Las resecciones por motivos oncológicos suponen la mayor parte de los pacientes maxilofaciales, y en estos casos el tratamiento quirúrgico debe ir seguido de cirugía reconstructiva. Como consecuencia, el paciente tendrá estructuras de soporte insuficientes y en ocasiones poco convencionales para retener una prótesis satisfactoria. Los implantes dentales son una alternativa de retención que permite devolver estética y funcionalidad al sistema estomatognático. Además, la utilización de injertos micro-vascularizados aportan el soporte necesario para su utilización. La complejidad de los casos obliga muchas veces a idear estructuras protésicas que suplan aquellos aspectos que no se corresponden con la anatomía deseada y reconstruida. El objetivo de esta comunicación es exponer los recursos necesarios que en los casos presentados hemos aplicado, buscando en todo momento tratar de mantener conceptos básicos de prótesis.

METODOLOGÍA

Se expondrán los recursos utilizados para rehabilitar a pacientes maxilofaciales complejos con prótesis sobre implantes, los cuales implican confección de cubetas individuales para la toma de medidas definitivas, comprobación de ajuste pasivo, diseño de estructuras (barra en forma de malla) y adaptación de la prótesis a los tejidos blandos circundantes.

RESULTADOS

Las sobredentaduras sobre barras, según la bibliografía y los casos mostrados son consideradas como tratamiento ideal para rehabilitar a pacientes maxilofaciales en casos complejos.

CONCLUSIONES

- Una correcta toma de medidas y su verificación son esenciales para la correcta adaptación de la barra sobre los implantes.
- La sobredentadura permite además de devolver función evitar el colapso de los tejidos blandos.

18:30h

COSJ- 56

LA IMPORTANCIA DEL PROVISIONAL COMO GUÍA DE NUESTRA RESTAURACIÓN DEFINITIVA.

Autor principal: RAMON SERRAT BARON.

Coautores: SOLIVA GARRIGA, JOAN; CABRATOSA TERMES JOSEP.

Centro de trabajo: UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE CATALUÑA, BARCELONA.

INTRODUCCIÓN

Las grandes destrucciones dentales causadas por atrición patológica severa, erosiones descontroladas o una combinación de ambas, son una compleja realidad a la que nos debemos enfrentar con frecuencia. La determinación de la correcta dimensión vertical, relación intermaxilar y oclusión será la base de nuestro plan de tratamiento.

METODOLOGÍA

Caso clínico: Paciente que acudió a la Clínica Odontológica Universitaria de la Universidad Internacional de Cataluña con atrición patológica severa de los dientes anterosuperiores derivada de la actividad parafuncional y edentulismo posteroinferior. La rehabilitación fue guiada en base a un protocolo estandarizado donde se establece el borde incisal superior

estético, los planos oclusales, la dimensión vertical y la relación en céntrica, parámetros precisados objetivamente gracias a técnicas descritas en la literatura. Es en este punto, donde los provisionales juegan un papel de máxima importancia en nuestra restauración. Todos los patrones estudiados se fueron modificando y ajustando, tanto por la propia paciente gracias a la función, como por nosotros en base a las respuestas de la exploración clínica.

El caso clínico nos muestra como una pérdida de dimensión vertical determinada alrededor de 9 mm pudo ser solventada gracias a la utilización del provisional. Mediante el uso primero de una férula plana removible inferior, se pudo restablecer la dimensión vertical y evaluar la posible afectación temporomandibular, consiguiendo a la vez, una reposición anterosuperior mandibular, que nos permitió determinar una posición cómoda para el paciente. Posteriormente, un provisional fijo estético nos permitió devolver la confianza de la paciente y fijar dicha posición y dimensión vertical de una manera estable y reproducible.

CONCLUSIONES

La provisionalización, la importancia en los tiempos de utilización de estos y la final adaptación del paciente, son la clave de nuestra rehabilitación. El estudio ideal y objetivo de los parámetros iniciales, se irán modificando y confirmando en base a la comodidad y satisfacción del paciente. El uso de éstos nos permitirá devolver función y estética, pero más importante aún, nos darán todos los parámetros que simplemente tendremos que reproducir posteriormente, dándonos seguridad a la hora de realizar el tratamiento definitivo.

18:45h

COSJ- 62

TRABAJO EN EQUIPO PARA LA OBTENCIÓN DE RESULTADOS PREDECIBLES: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autor principal: BLANCA SERRA PASTOR.

Coautores: MIRIAM ALONSO FUENTE; MARIANA GONZALEZ AXPE, JESÚS PELÁEZ RICO, M^º JESÚS SUÁREZ GARCÍA.

Centro de trabajo: UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La ausencia de sectores posteriores es una situación común en la clínica diaria. Esta situación prolongada en el tiempo puede derivar en un colapso posterior de mordida y en una disminución de la dimensión vertical. El objetivo de este trabajo fue la rehabilitación completa interdisciplinar de una paciente de 63 años con estas características.

METODOLOGÍA

Para la planificación protésica del caso, en primer lugar se obtuvieron modelos de estudio, con los cuales se realizó un encerado diagnóstico del sector anterior para valorar la estética y la dimensión vertical necesaria para la rehabilitación del caso. Tras la aprobación del mismo por parte de la paciente, se tomaron registros en relación céntrica y se procedió al montaje de los modelos en el articulador. La planificación quirúrgica para la colocación de implantes se llevó a cabo con la ayuda de un CBCT de ambas arcadas, superior e inferior.

RESULTADOS

Tras la planificación interdisciplinar del caso, en primer lugar se llevó a cabo las extracciones de los dientes con mal pronóstico. Tras ello se procedió a la colocación de implantes en sectores posteriores del segundo cuadrante con ayuda de una elevación de seno abierta; tam-

bién se colocaron implantes en el tercer y cuarto cuadrante. En cuanto a la parte protésica, se levantaron las restauraciones antiguas y se rehabilitó de forma provisional a la paciente, aumentando la dimensión vertical y llevándola a una nueva relación intermaxilar. Tras el paso de 3 meses de osteointegración de los implantes y observación de la adaptación de la paciente a la nueva situación oclusal, se procedió a la rehabilitación definitiva del caso. En los sectores posteriores, se realizaron puentes metal-cerámica atornillados sobre implantes y coronas metal-cerámica sobre sus dientes remanentes. En el sector antero-superior se confeccionó una carilla cerámica a nivel del I2 para corregir la palatinización del mismo, y unos composites en los bordes incisales de los centrales. En el sector antero-inferior se realizaron unas carillas de composite a la nueva dimensión vertical.

CONCLUSIONES

La planificación interdisciplinar de casos complejos es imprescindible para la obtención de resultados predecibles en la rehabilitación protésica de los mismos. Es necesaria una rehabilitación completa con aumento de la dimensión vertical para el tratamiento de pacientes con colapso posterior de mordida

19:00h

COSJ- 65

ESTUDIO COMPARATIVO DE CORONAS UNITARIAS IMPLANTOSOPORTADAS DE RNC VS. CERAMOMETÁLICAS. ESTUDIO PROSPECTIVO IN VIVO.

Autor principal: CLARA PERELLÓ GALARZA.

Coautores: MARTA FIORELLINO, CARLOS LABAIG RUEDA, EDUARDO SELVA OTAOLAU-RRUCHI, M^a FERNANDA SOLÁ RUIZ.

Centro de trabajo: DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLOGÍA, UNIDAD PROSTODONCIA Y OCLUSIÓN. UNIVERSITAT DE VALÈNCIA. ESPAÑA.

INTRODUCCIÓN

Las coronas de resina nanocerámica (RNC) se proponen como una alternativa a las coronas ceramometálicas implantosoportadas. En principio, las coronas de RNC presentan varias ventajas frente a las CM, como son: mayor capacidad de recuperación y amortiguación de las fuerzas oclusales, baja capacidad de abrasión de los dientes antagonistas y bajo módulo de elasticidad, lo que permite una mayor absorción de tensiones funcionales a través de la deformación.

OBJETIVO

Realizar un estudio comparativo sobre el comportamiento y las complicaciones de coronas implantosoportadas fabricadas con resinas nanocerámicas (Lava™ Ultimate) comparadas con las ceramometálicas tras 2,5 años de permanencia en boca.

MATERIAL Y MÉTODO

Se colocaron 50 restauraciones sobre pilares de titanio no modificables divididos aleatoriamente en dos grupos. El grupo I, formado por 25 coronas ceramometálicas cementadas y el grupo II, constituido 25 coronas de RNC (Lava™ Ultimate) cementadas. Se evaluaron los parámetros biológicos, estéticos y de la restauración al mes, a los 6, 12 y 30 meses.

RESULTADOS

Se observó un mayor índice de placa, sangrado y desgaste en la superficie de las coronas de Lava™ Ultimate frente a las CM. No se produjo ningún aflojamiento del tornillo en el grupo

Lava™ Ultimate, pero sí se apreciaron fracturas, desgastes y descementados. En el de grupo CM se produjo algún caso de descementado, pérdida de retención y chipping.

CONCLUSIONES/EVOLUCIÓN

Se aprecia en las coronas de RNC una peor estética por cambios de color a corto plazo, abrasión en las zonas de contacto oclusal y un mayor índice de fracturas y descementados. Por lo que se desaconseja su uso para coronas completas sobre implantes.

Las coronas CM implantosoportadas cementadas son una buena opción por sus buenos resultados tanto funcionales como estéticos.

19:15h

COSJ- 68

REHABILITACIÓN ORAL INTEGRAL EN PACIENTE CON ALTERACIONES MAXILARES SEVERAS.

Autor principal: MARIANA GONZÁLEZ AXPE.

Coautores: BLANCA SERRA PASTOR, IÑAKI SUÁREZ, ERIK REGIDOR, ALBERTO ORTIZ-VIGÓN, M^a JESÚS SUÁREZ.

Centro de trabajo: UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID.

INTRODUCCIÓN

Las nuevas tecnologías adhesivas y los materiales cerámicos constituyen hoy en día los pilares de la odontología mínimamente invasiva, cuya finalidad es devolver la función y estética perdidas con el menor coste biológico.

Conseguir el éxito en maxilares atróficos es un gran reto y es necesario el control de factores críticos como la colocación tridimensional de los implantes o la confección de una prótesis que satisfaga los parámetros estéticos y funcionales. El objetivo de esta comunicación es proponer un protocolo implantológico-restaurador conservador con el fin de obtener los resultados más satisfactorios posibles para el paciente con atrofia maxilar severa.

METODOLOGÍA

Para una correcta planificación se realizaron registros fotográficos, radiografías periapicales, un scanner y se utilizó además, el estudio de la sonrisa (Digital Smile Design) como herramienta de ayuda para guiar tanto la colocación de los implantes como el encerado y la prótesis definitiva.

RESULTADOS

Se presenta un caso clínico de una paciente de 58 años que tras haber recibido un tratamiento de ortodoncia y múltiples extracciones de dientes con pronóstico imposible obteniendo un resultado estéticamente insatisfactorio en el frente estético, se realizó la planificación conjunta perio-restauradora del caso para rehabilitar a la paciente mediante prótesis fija sobre dientes e implantes con aumento de dimensión vertical. En la fase periodontal avanzada, se colocaron implantes de forma diferida en los espacios edéntulos tras la realización de un procedimiento de aumento debido a la atrofia ósea severa. Una vez pasado el periodo de osteointegración, se mantuvo a la paciente durante dos meses en provisionales a la nueva dimensión vertical, a fin de comprobar la adaptación de la misma al nuevo estado. Finalmente, se sustituyeron las restauraciones protésicas previas y los dientes remanentes se rehabilitaron mediante restauraciones adhesivas, empleando carillas e incrustaciones. Se utilizó circona para las restauraciones implantosoportadas anteriores, metal cerámica para

posteriores y disilicato de litio para las dentosoportadas, pretendiendo conseguir las mejores propiedades mecánicas y estéticas posibles.

CONCLUSIONES

Mediante el protocolo restaurador planteado es posible obtener resultados estética y funcionalmente predecibles con abordajes mínimamente invasivos, que gracias a los avances en los materiales permiten reducir el coste biológico manteniendo las propiedades tanto del diente como del material y satisfacen los requerimientos estéticos por parte del paciente.

Comunicaciones Orales SEPES Junior 2 - COSJ

Sala: B - TERRAZA 2
Horario: 15:00h - 19:30h

15:00h

COSJ- 78

ELECCIÓN DEL MATERIAL PARA CORONAS MONOLÍTICAS CAD/CAM SEGÚN EL COLOR DEL SUSTRATO. IMPORTANCIA DEL SUSTRATO EN EL COLOR FINAL.

Autor principal: SERGIO ESTEFANÍA MURILLAS.

Coautores: LUIS CARLOS GARZA, JAVIER ROLDÁN, ANGEL BALLESTEROS, LUIS JANE, MIGUEL ROIG.

Centro de trabajo: UNIVERSITAT INTERNACIONAL DE CATALUNYA.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Actualmente la tecnología CAD/CAM es el presente de la odontología. Las restauraciones digitales en sector posterior se realizan rutinariamente y en sector anterior comienzan a democratizarse. La industria, además, esta realizando una gran inversión en ofrecer una enorme variedad de materiales disponibles. Esta oferta, a pesar de garantizar una alternativa adecuada para cada caso clínico, complica la elección del material a utilizar por parte del clínico y del técnico dental. Nuestro objetivo es ver como se comportan los materiales CAD/CAM estéticamente dependiendo del color del sustrato dental remanente.

METODOLOGÍA

Se realizó el tallado de un incisivo central superior siguiendo las consideraciones estándar para la confección de una corona no metálica (1mm en el margen de la restauración, 1,2mm en tercio medio y 1,5mm en el borde incisal). El muñón remanente se copió mediante una impresión de polivinil siloxano y se duplicó nueve veces para confeccionar nueve muñones natural die de valor NDI a ND9. Se diseño mediante el software dental CEREC SW 4.0 coronas a volumen total para este muñón de diferentes materiales CAD/CAM (Emax LT/HT/MO/V3, Ivoclar; Enamic HT/MT, Vita; Suprinity HT/T, Vita; Cerasmart HT, GC; Lava Ultimate LT/HT, 3M Espe; Vitamark II, Vita; Duo, Celtra). Mediante control fotográfico estandarizado (valor subjetivo) y espectrofotometría (valor objetivo) se comprobó el color de cada corona en todos los muñones natural die realizados.

RESULTADOS

Se realizó una tabla comparativa gráfica según el material y el muñón natural die utilizado. Las diferencias de ΔE fueron registradas y comparadas en otra tabla. Todos los resultados fueron contrastados con una revisión de la literatura actual.

CONCLUSIONES

La adecuada elección del material CAD/CAM para una corona a volumen total es crucial dependiendo del color del sustrato dental si queremos conseguir un mimetismo de la restauración dental.

15:15h

COSJ- 84

ESTÉTICA INMEDIATA POST-EXTRACCION EN SECTOR ANTERIOR. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autor principal: JAIME MUÑOZ MANZANO.

Coautores: PELÁEZ RICO J, RODRIGUEZ ALONSO V, ALCARAZ FREIJO J, SUÁREZ GARCÍA MJ.

Centro de trabajo: UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Debido a la confluencia de varios factores, la rehabilitación prostodóntica de implantes colocados en el sector anterior supone uno de los retos de la odontología actual. Para conseguir una estabilidad a largo plazo de los tejidos duros y blandos que rodean al implante hay que tener en cuenta tanto factores estéticos como funcionales. El objetivo final del presente caso es conseguir una restauración armónica, integrada en la sonrisa del paciente mediante el modelado de tejidos blandos durante el proceso de provisionalización.

METODOLOGÍA

Se presenta el caso de un paciente que acude al Master de Prótesis de la UCM con fractura radicular horizontal del incisivo superior derecho por traumatismo. El plan de tratamiento elegido fue la extracción del incisivo, colocación de un implante inmediato y realización de una corona provisional utilizando su propio diente en anoclusión. Pasados tres meses se procedió a la rehabilitación definitiva del implante con una restauración de óxido de circonio de base mecanizada atornillada directa a implante.

RESULTADOS

La fase de provisionalización durante el periodo de osteointegración favorece la cicatrización con un contorno gingival adecuado, lo cual nos servirá para obtener unos resultados estéticos óptimos con la restauración definitiva.

CONCLUSIONES

Es recomendable utilizar una restauración provisional para evitar el colapso de los tejidos blandos y favorecer la arquitectura gingival de cara a la colocación de la restauración definitiva. Son necesarios más estudios clínicos para determinar el comportamiento de los tejidos periimplantarios en relación a la colocación de provisionales sobre implantes inmediatos.

15:30h

COSJ- 94

TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINARIO, DESDE LA ORTODONCIA A LA RESTAURACIÓN FINAL; A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

Autor principal: LUIS CARLOS GARZA GARZA.

Coautores: ESPONA ROIG, JOSÉ; ROLDÁN CUBERO, JAVIER; JANÉ NOBLOM, LUIS; ROIG CAYÓN, MIGUEL.

Centro de trabajo: UNIVERSITAT INTERNACIONAL DE CATALUNYA, JOSEP TRUETA S/N 08195 SANT CUGAT DEL VALLÉS (BARCELONA).

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La evolución de la odontología en los últimos años ha ampliado enormemente las posibilidades terapéuticas y el alcance de los tratamientos. Sin embargo, es necesaria una correcta planificación del tratamiento para poder diseñar la rehabilitación oral de los casos clínicos que abarcan varias áreas odontológicas. El objetivo de la odontología actual es devolver y mantener la salud, función y estética de los dientes y de los tejidos que los rodean.

El proceso de toma de decisiones en el plan de tratamiento exige un profundo conocimiento de las distintas disciplinas odontológicas. La clave para la resolución de casos complejos radica en el correcto diagnóstico y planificación, y posteriormente en la correcta realización de las técnicas odontológicas.

METODOLOGÍA

Paciente de 36 años de edad que acude a la clínica odontológica universitaria con el objetivo de mejorar su sonrisa. La planificación mediante diferentes técnicas como la de diseño digital de la sonrisa (DSD), junto con las nuevas herramientas como el escáner intraoral 3shape, nos permitieron conseguir un resultado final planificado y acorde con lo que el paciente demandaba de forma previsible. De forma paralela, se destaca la importancia de la comunicación con el laboratorio y la transmisión de la información fotográfica.

RESULTADOS

La comunicación es una de las tareas más difíciles que debemos protocolizar para lograr el éxito y la predictibilidad de nuestro tratamiento. Basándose en la filosofía de trabajo multidisciplinario se muestra el caso clínico de un paciente parcialmente edéntulo restaurado desde un enfoque conservador en base a los parámetros obtenidos en la planificación y las apreciaciones detalladas de las diferentes especialidades, para obtener una prótesis realizada por sistemas CAD-CAM que debía reflejar perfectamente el diseño planificado en etapas tempranas del tratamiento, con mínimos ajustes en la fase final.

CONCLUSIONES

Con un correcto análisis diagnóstico, la adecuada ejecución de los procedimientos clínicos ortodóntico/quirúrgico, endodónticos, periodontales, restauradores y la elección y aplicación de los materiales adecuados, se ha obtenido un resultado estético adecuado.

15:45h

COSJ- 95

TRATAMIENTO INTERDISCIPLINARIO EN UN PACIENTE CON DENTICION MIXTA.

Autor principal: CARLOTA SUAREZ TUERO.

Coautores: ROOZBEH KHOSRABI, LUCIANA SAFIOTI, YEN-WEI CHEN.

Centro de trabajo: UNIVERSITY OF WASHINGTON, SEATTLE, WA, USA.

El tratamiento de pacientes adultos con dentición mixta puede llegar a ser complicado, ya que los dientes temporales tienen un tamaño, forma y posición diferentes en comparación con la dentición permanente. El objetivo de esta comunicación es presentar un tratamiento interdisciplinario de un paciente con dentición mixta. El caso clínico es de una paciente de 23 años que clínicamente tiene presentes los caninos temporales superiores y el canino temporal inferior izquierdo, así como la ausencia del incisivo lateral superior derecho. El incisivo superior izquierdo es conoide. Radiográficamente se observa que los caninos superiores y el

canino inferior izquierdo están impactados, así como la agenesia del incisivo lateral superior derecho. En el plan de tratamiento se decidió extraer el incisivo lateral y el canino temporal superior derechos y así dejar espacio para la erupción del canino permanente y llevarlo a la posición correcta mediante tratamiento de ortodoncia. En este caso se decidió realizar el cierre de espacio y transformar el canino en incisivo lateral. Al terminar el tratamiento de ortodoncia, se hizo un alargamiento coronario de los dientes anteriores superiores para alinear los márgenes gingivales y obtener proporciones adecuadas. Tras las fases de ortodoncia y cirugía, se realizaron restauraciones mínimamente invasivas mediante carillas de cerámica y composite directo, para obtener el resultado estético y funcional deseados. El canino superior derecho fue restaurado como sustitución del incisivo lateral con una carilla cerámica, el incisivo central superior izquierdo y el lateral conoide, también fueron restaurados con carillas de cerámica. Los caninos temporales superiores y el inferior izquierdo, fueron restaurados con composite directo.

16:00h

COSJ- 101

CONTACT FORMERS – TÉCNICA CLÍNICA PARA LA OBTENCIÓN DE UN BUEN PUNTO DE CONTACTO.

Autor principal: RALUCA ANDREEA POSTELNICU.

Coautores: VICTOR ALONSO DE LA PEÑA, ANTONIO PAZOS PLATAS.

Centro de trabajo: UNIDAD DE PROSTODONCIA Y OCLUSIÓN. FACULTAD DE MEDICINA Y ODONTOLOGÍA. UNIVERSIDAD DE SANLAGO DE COMPOSTELA.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La utilización del composite como material de restauración directa en los sectores posteriores, es a día de hoy la práctica clínica más usada. Uno de los retos que nos encontramos a la hora de restaurar estas cavidades es la obtención de un buen punto de contacto. Actualmente se considera que las matrices seccionales son las más adecuadas para este fin. El objetivo de este trabajo es describir una técnica clínica para la restauración de clases II en el sector posterior, consiguiendo de forma sencilla el punto de contacto con matrices circunferenciales metálicas no preformadas y una buena adaptación del material restaurador a las paredes de la cavidad.

TÉCNICA CLÍNICA

Una vez ajustada la matriz metálica al contorno del diente con el sistema SuperMat (Kerr), y sobrepasando el margen gingival, se adapta íntimamente al contorno de la caja proximal con una cuña de madera. Antes de introducir el material restaurador de composite en la preparación cavitaria se selecciona una punta translúcida (LM Contact Formers) de un tamaño que al introducirla nos obligue a ejercer una elevada fuerza. Se lleva el composite a la cavidad e inmediatamente después se introduce el inserto. De esta manera, el composite se adapta a las paredes cavitarias ejerciendo al mismo tiempo una presión sobre el futuro punto de contacto y el diente adyacente. Una vez fotopolimerizado el composite, se retira la punta translúcida quedando una cavidad que en todo su contorno está formada por composite exceptuando la zona del punto de contacto. Esto se debe a la fuerte presión que ejerce el "Contact Formers" sobre dicho punto. Para terminar la restauración, se puede rellenar con composite fluido en bloque y una última capa de composite normal a nivel oclusal. El acabado de la restauración se realiza con tiras finas metálicas diamantadas de pulido, discos

para las troneras y fresas para el ajuste oclusal. Es un técnica sencilla, debido a que utiliza matrices circunferenciales que son más fáciles de insertar que las seccionales. Además, en caso de cavidades con una anchura vestibulo-lingual muy grande, esta técnica no tiene las limitaciones de las seccionales.

16:15h

COSJ- 102

DYRACT – ESTUDIO PROSPECTIVO A 16 AÑOS DE LA SUPERVIVENCIA Y EL COMPORTAMIENTO CLINICO.

Autor principal: ANTONIO PAZOS PLATAS.

Coautores: VICTOR ALONSO DE LA PEÑA, RALUCA ANDREEA POSTELNICU.

Centro de trabajo: UNIDAD DE PROSTODONCIA Y OCLUSIÓN. FACULTAD DE MEDICINA Y ODONTOLOGÍA. UNIVERSIDAD DE SANLAGO DE COMPOSTELA.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Las resinas de composite modificadas con poliácidos, conocidos como compómeros, empezaron a utilizarse como material restaurador a mediados de la década de los años 90. El objetivo de este estudio es evaluar los resultados clínicos a largo plazo del compómero Dyract, en lesiones cervicales no cariosas.

METODOLOGÍA

Se trata de un estudio prospectivo observacional de 54 restauraciones realizadas con Dyract en 42 pacientes, con una edad media fue de 41,9 años en el momento de hacer las restauraciones y de 58,5 cuando se llevaron a cabo las revisiones. Todas las obturaciones fueron realizadas por el mismo operador. El control se realizó 16 años (± 3.5) después. Dos observadores independientes evaluaron las restauraciones usando los criterios USPHS (United States Public Health System) modificados por Ryge, categorizándolos como alpha (A), bravo (B), charlie (C) y delta (D). Se evalúa la retención, el ajuste de color, decoloraciones marginales, integridad marginal, textura de la superficie, forma anatómica, caries secundarias y sensibilidad.

RESULTADOS

Se observó que después del periodo de seguimiento, se han mantenido 38 restauraciones (70,3%). De las 16 restauraciones fracasadas, 8 fueron debidas al material, aunque estuvieron funcionales entre 8 y 10 años. La supervivencia ha disminuido durante los primeros 10 años y después ha permanecido constante. Los criterios de la forma anatómica, la textura superficial, el ajuste de color, la decoloración marginal y el ajuste marginal han sido significativos estadísticamente ($p < 0,05$) en comparación con los parámetros de las restauraciones en el momento en el que se realizaron. No se han observado caries secundarias en las zonas adyacentes a las restauraciones y la sensibilidad al frío fue del 15,7%. De las 38 restauraciones, 22(57,9%) presentaron el mismo color (A) y 16(42,1%) presentaron un color mas oscuro. Decoloracion marginal se observo en 30 restauraciones (78,9%) mientras que las otras no presentaron ninguna alteración. La integridad marginal ha sido afectada en 34 de las restauraciones (89,4%) pero no se ha observo exposición dentinaria.

CONCLUSIONES

The results indicate that compomer can be considered a treatment option for non-carious class V restorations. Results provide additional evidence for the long-term durability/clinical performance of Dyract in non-carious cervical lesions.

16:30h

COSJ- 115

MODELADO DE ENCÍA PERIIMPLANTARIA MEDIANTE PROVISIONALES.

Autor principal: JOSÉ ÁNGEL FERNÁNDEZ GARCÍA.

Coautores: HENRI HAIM, JOSÉ MARTÍNEZ, PAULINA RODRIGUEZ, SOFÍA HERNÁNDEZ.

Centro de trabajo: UNIVERSIDAD ALFONSO X.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Para conseguir una adecuada adecuación de los tejidos blandos a nuestra prótesis definitiva, debemos utilizar provisionales adecuados para conseguir una formación de encía queratinizada y morfología predecible. La idea es conseguir como debemos acoplar nuestros provisionales para realizar la formación de encía modelando la misma a nuestro gusto, e intentar conseguir una estética predecible. Diferenciaremos además el uso de provisionales con carga inmediata directa atornillada al implante, o pónicos ovoideos tipo Maryland y sus ventajas e inconvenientes.

METODOLOGÍA

Presentación de casos clínicos y revisión bibliográfica comparando los datos obtenidos mediante la revisión de estudios y los propios obtenidos en clínica. Obtención de información mediante bases de datos científicas tipo Pubmed, revistas de impacto y libros de implantología oral y prótesis implantosoportada.

RESULTADOS

Revisaremos y compararemos los resultados obtenidos en distintas situaciones clínicas, y dependiendo de la prótesis utilizada valoraremos cuándo es mejor utilizar prótesis adhesiva o atornillada.

CONCLUSIONES

La realización de la conformación de encía con provisionales es una técnica sencilla y predecible para asegurarnos un mayor éxito en las rehabilitaciones con implantes. Utilizaremos provisionales atornillados directamente a implantes o puentes Maryland con pónicos ovoideos para lograr el perfil de emergencia adecuado y esto será imprescindible realizarlo en sectores estéticos. En ocasiones, injertos de tejido serán necesarios para lograr nuestra correcta encía periimplantaria.

16:45h

COSJ- 118

REHABILITACIÓN OCLUSAL Y ESTÉTICA DE UN PACIENTE BRUXISTA MEDIANTE TÉCNICAS ADHESIVAS MÍNIMAMENTE INVASIVAS.

Autor principal: ELENA SICILIA BLANCO.

Coautores: JORGISAAC GONZÁLEZ BRUNICARDI, JAVIER ROLDÁN CUBERO, JAUME LLENA BLASCO.

Centro de trabajo: UNIVERSITAT INTERNACIONAL DE CATALUNYA.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

En la práctica diaria de toda consulta odontológica se ven muy a menudo pacientes con desgastes dentarios de gran magnitud. Previo a cualquier rehabilitación es de fundamental importancia identificar los factores causantes de acuerdo a las características de las lesiones, sólo entonces podemos proceder a restaurar la función y la estética. El caso que describimos, varón de 62 años, presenta grandes desgastes generalizados, más acentuados en sectores anteriores, dado su historial de bruxismo y elevado consumo de cítricos, además de un gran diastema entre los incisivos centrales superiores que afecta gravemente su estética.

El objetivo de nuestro tratamiento consiste en controlar el hábito bruxista del paciente y establecer una situación funcional estable, para entonces poder realizar las restauraciones estéticas que el paciente solicita.

METODOLOGÍA

Primero se realizó un estudio completo de la oclusión y de la estética del paciente. Dado el gran cambio estético que obtendremos, realizamos un diseño digital de la sonrisa para guiar la planificación, así como una simulación digital para mostrarle al paciente las opciones y orientarnos en cuanto sus preferencias, y proceder entonces a realizar un encerado diagnóstico completo. Para recuperar el espacio perdido, necesario para la rehabilitación, se aumentó la dimensión vertical devolviendo la anatomía desgastada con composite en sectores posteriores y anteroinferior, dejando al paciente en mordida abierta anterior. A continuación, se provisionalizó sector anterosuperior. Llevamos a cabo controles semanales para observar la adaptación del paciente a la nueva dimensión vertical. Al cabo de 2 meses sin referir molestias y sin desgastar ni fracturar ningún componente, procedemos a rehabilitar de forma definitiva el sector anterior con carillas palatinas de composite y carillas vestibulares de cerámica feldespática, recreando guías anteriores correctas.

RESULTADOS

Tras controles durante los 5 meses siguientes observamos que el paciente sigue sin referir molestias ni desgastar las restauraciones, y está altamente satisfecho con su estética. Se mostrará el paso a paso, así como los resultados del caso, mediante fotografías clínicas y videoclips.

CONCLUSIONES

La recreación de un plano oclusal correcto, con guías adecuadas y contactos estables, así como un concienciamiento por parte del paciente, resultó efectiva para corregir el problema de base, que eran su hábito parafuncional sumado a una dieta ácida. Solo entonces podemos asegurar el buen pronóstico de las restauraciones anteriores.

19:15h

COSJ- 157

IMPLANTOLOGÍA MÍNIMAMENTE INVASIVA EN LA ZONA ESTÉTICA A TRAVÉS DEL FLUJO DIGITAL.

Autor principal: IGNACIO GINEBREDA CAIRÓ.

Coautores: ROIG CAYÓN, MIGUEL; SOLIVA GARRIGA, JOAN; AYUSO, JOSE LUIS.

Centro de trabajo: UNIVERSIDAD INTERNACIONAL DE CATALUNYA.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Conceptos como el diagnóstico y la planificación virtual o la implantología guiada no se entienden sin la evolución y ventajas de la tecnología CAD/CAM. Así mismo, los procedimientos mínimamente invasivos son de vital importancia para el manejo adecuado de la zona estética. De este modo, la aplicación de conceptos como la provisionalización inmediata, el manejo de los contornos gingivales, un mínimo número de desconexiones de la prótesis o la utilización de materiales biocompatibles y estéticos como el óxido de zirconio, se abogan más en la literatura actual. El objetivo de esta comunicación es demostrar a través de un caso clínico la utilización predecible de todas estas técnicas.

METODOLOGÍA

Paciente sana de 26 años de edad se presenta para rehabilitación estética de agenesia de incisivos laterales superiores. Presenta tratamiento ortodóntico previo para mantener el espacio con prótesis parcial removible de resina. Sonrisa alta con 100% de exposición dental y 3 mm de exposición gingival y biotipo periodontal fino. Tras exploración clínica inicial se realiza la fase diagnóstica y de diseño de la sonrisa de manera virtual a través de un escaneado facial y fusión de un escaneado de modelos (FaceHunter, Zirkonzhan, Italia) así como la planificación de colocación de implantes mediante software de cirugía guiada (NobelClinician, Nobel Biocare, Suiza). Se realiza la colocación de dos implantes de manera guiada (Nobel Active 3.0, Nobel Biocare, Suiza) y se diseñan las prótesis implantosoportadas provisionales inmediatas in situ, prestado especial atención al respeto del contorno gingival y perfil de emergencia (Modellier software, Zirkonzhan, Italia). Paralelamente, se realizaron procedimientos de regeneración ósea guiada y de injertos de tejido conectivo a través de una sola incisión vertical en el frenillo y tunelización. Se colocaron las coronas provisionales recién fresadas al finalizar el procedimiento quirúrgico. 8 meses después se fresa un segundo juego de provisionales para con modificaciones en el contorno gingival. 4 meses después se fresan las coronas definitivas en zirconio monolítico coloreado y estratificado mediante una fina capa de cerámica feldespática sin necesidad de impresiones a la cabeza de los implantes.

RESULTADOS

15 meses después, la integración del complejo implante-prótesis se observa estable y natural en relación a los tejidos y dientes adyacentes.

CONCLUSIONES

La aplicación, con buen criterio clínico y científico, de los avances tecnológicos pueden ayudar de manera predecible en el diagnóstico de casos complejos y a conseguir resultados estéticos estables de forma precisa y mínimamente invasiva.

17:15h

COSJ- 124

PREDICTIBILIDAD PARA TRATAMIENTOS DE ALTA DEMANDA ESTÉTICA CUANDO EL TIEMPO APREMIA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autor principal: ANTONIO MEAÑOS SOMOZA.

Coautores: ABAD CORONEL, CRISTIAN ; GARCÍA-MARTINEZ, IRENE C. ; PRADÍES RAMIRO, GUILLERMO.

Centro de trabajo: UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID.

INTRODUCCIÓN

La optimización de la apariencia estética dentofacial mediante restauraciones protésicas se ha convertido en uno de los retos clínicos más demandados por los pacientes. A su vez, el

vertiginoso ritmo de vida de nuestra sociedad, en ocasiones nos obliga a proporcionar soluciones cada vez más rápidas, sin que ello suponga una pérdida de rigor y calidad en nuestros tratamientos. Los dispositivos digitales de captación, diseño y confección de restauraciones, disponen de potencial suficiente para proporcionar de forma predecible y rápida resultados satisfactorios para nuestros pacientes. El objetivo de esta comunicación es presentar el protocolo de trabajo de un caso de rehabilitación oral con un abordaje mínimamente invasivo del sector anterosuperior con cirugía periodontal, restauraciones digitalizadas y confeccionadas mediante el sistema Cerec en un tiempo limitado a requerimiento del paciente.

METODOLOGÍA

Se presenta el caso clínico de un paciente de 30 años que demanda una mejora de la apariencia estética de su sonrisa. En primer lugar se realizó un análisis y diseño digital de la sonrisa en base a la exploración clínica, fotografía, vídeos y modelos de estudio. Calculados los parámetros estéticos se realizó un encerado diagnóstico a fin de orientar la toma de decisiones y pre-visualizar la propuesta de tratamiento mediante un mock-up de transferencia directa intraoral. Previa cirugía de alargamiento coronario de 12 a 21, se realizaron preparaciones mínimamente invasivas, sin línea de terminación para coronas cerámicas en 11 y 21, y carillas cerámicas en 12, 13, 14, 22, 23, 24. En la misma sesión las preparaciones fueron digitalizadas, y diseñadas sus respectivas restauraciones en base a una biocopia del encerado con el Sistema Cerec-Omniscam 4.4.2., así mismo fueron fresadas a partir de bloques de cerámica feldespática reforzada con leucita. Se realizaron reducciones anatómicas de los bordes incisales para optimizar la biomimetización de los mismos mediante cerámica feldespática de recubrimiento. Las restauraciones fueron cementadas con cemento de resina fotopolimerizable tan solo 2 días después de la preparación.

RESULTADOS

La reposición y regularización de los cenit gingivales junto con las restauraciones cerámicas realizadas con el Sistema Cerec, optimizaron la armonía dentofacial, logrando una adecuada integración al marco bioestético y funcional del paciente. **CONCLUSIONES:** La correcta planificación del caso en base a un adecuado diagnóstico nos permite realizar ejecución de tratamientos de alta demanda estética en un tiempo clínico limitado integrando terapias convencionales, las nuevas tecnologías y la personalización artística con cerámica feldespática de manera predecible.

17:30h

COSJ- 132

LA REHABILITACIÓN PROTÉSICA Y IMPLANTE-PROTÉSICA DE EL PACIENTE ONCOLÓGICO MAXILOFACIAL: LA EXPERIENCIA DE LA UNIVERSIDAD DE ROMA.

Autor principal: PIERO PAPI.

Coautores: ROSELLA DANIELE, BRAUNER EDOARDO, POMPA GIORGIO.

Centro de trabajo: DEPARTAMENTO DE IMPLANTE-PRÓTESIS FACULTAD DE CIENCIAS ODONTOLÓGICAS Y MAXILOFACIALES SAPIENZA UNIVERSIDAD DE ROMA, ITALIA.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Según los datos de la Organización Mundial de la Salud el cáncer oral es la undécima neoplasia más común en todo el mundo. El manejo del paciente oncológico puede suponer un

reto clínico importante, ya que el tratamiento requiere la colaboración de diferentes especialistas que siguen al paciente durante las fases de diagnóstico, terapia y rehabilitación oral. Las opciones para la rehabilitación protésica de estos pacientes incluyen tanto prótesis fija sobre implantes o dientes como prótesis removible. El objetivo de la presente comunicación es presentar la experiencia de la universidad "Sapienza" de Roma en la gestión del paciente oncológico.

METODOLOGÍA

La muestra del estudio está compuesta de un total de 78 pacientes, rehabilitados desde el año 2010 hasta el año 2013 en el Departamento de implanto-prótesis. Todos los pacientes oncológicos ya habían sido sometidos a terapia ablativa quirúrgica en el Departamento de cirugía maxilofacial de la misma universidad.

RESULTADOS

Fue analizado un total de 44 hombres (56.4%) y 34 mujeres (43.6%), con una edad media de 57 años (range= 46-68 años). El carcinoma de células escamosas fue el tumor más frecuentemente diagnosticado (n = 44, 56.4 %), otros tipos de cáncer fueron: ameloblastoma maligno (n = 16, 20,6%), osteosarcoma de la mandíbula (n = 10, 12.8 %) y carcinoma ex adenoma pleomórfico (n = 8, 10,2 %). Un total de 50 pacientes (64.1%) fueron sometidos solo a terapia ablativa quirúrgica, mientras que los 28 pacientes restantes (35.9%) recibieron también radioterapia. Dieciocho pacientes fueron rehabilitados con prótesis removible, mientras sesenta fueron rehabilitados con prótesis sobre implantes.

CONCLUSIONES

La cirugía ablativa puede comprometer la integridad de los tejidos blandos y duros, causando la deformación de las estructuras orales y grandes defectos que pueden acompañarse de una osteointegración inadecuada de los implantes dentales, que puede conducir en última instancia al fracaso protésico. Por otra parte, la radioterapia y la quimioterapia pueden inducir mucositis, xerostomía, trismo y osteorradionecrosis. Todas estas complicaciones, relacionadas con la anatomía oral, pueden comprometer esta rehabilitación protésica. A pesar de todo, la rehabilitación con implantes dentales es la opción más eficaz para conseguir una función masticatoria, estética, y fonación óptima, ofreciendo a nuestros pacientes una mejor calidad de vida.

17:45h

COSJ- 134

ANQUILOSIS EN EL SECTOR ANTERIOR: ETIOLOGÍA, CONSIDERACIONES Y TOMA DE DECISIONES.

Autor principal: BELÉN LARRUSCAIN SAN FÉLIX.

Coautores: DR. JAUME LLENA, DR. JOSÉ ESPONA, NATALIA SABATER, ERNEST LUCAS.

Centro de trabajo: UNIVERSITAT INTERNACIONAL DE CATALUNYA.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La anquilosis dental se define como una fusión anatómica del hueso alveolar y el cemento. Existen diversas etiologías para esta patología aunque la más frecuente es la producida como respuesta a un traumatismo en el ligamento periodontal (descrito por Kracke 1975, Henderson 1979, Andreasen 1981). Debemos plantearnos diferentes consideraciones ante un caso de anquilosis en el sector anterior: ¿cuándo se ha producido, antes o después de

finalizar el crecimiento? También es esencial tener en cuenta otros factores como la edad, expectativas del paciente, la línea de sonrisa o viabilidad de la pieza antes de plantear un plan de tratamiento adecuado. El objetivo de esta comunicación es realizar una actualización sobre la anquilosis dental, su etiología, repercusiones en el sector estético y opciones de tratamiento. Ilustraremos mediante un caso clínico como plantear la toma de decisiones en estas situaciones para lograr un correcto plan de tratamiento.

METODOLOGÍA

Presentaremos el caso de un varón de 28 años que acude a la Clínica Universitaria de Odontología de la UIC referido al departamento de endodoncia para valorar el 2.1. El paciente relata que hace aproximadamente 10 años sufrió un traumatismo en la zona antero-maxilar y que a raíz de ese suceso se le "quedó un diente fuera de sitio y se le está rompiendo". Tras una exploración y la realización de un CBCT el departamento clasifica el diente como no salvable debido a una reabsorción cervical invasiva avanzada. El caso se deriva al dpto. de estética y rehabilitación. Se decide extraer el diente y colocar un implante inmediato. Se clasifica el caso de gran dificultad debido a la edad del paciente, alta demanda estética y a que presenta sonrisa gingival. Para mejorar el resultado llevamos a cabo una fase de ortodoncia pre-prótesis tras la cual se procede a la extracción, colocación del implante, regeneración y estética inmediata.

RESULTADOS

Con la ayuda del tratamiento ortodóntico así como de las técnicas de regeneración conseguimos tratar con éxito el defecto de tejidos blandos causado por la falta de erupción del 2.1 debido a la anquilosis.

CONCLUSIONES

La anquilosis dentaria es una patología compleja con gran repercusión estética que nos supone un desafío en el sector anterior.

Para el correcto enfoque de cada caso es esencial un diagnóstico acertado y una planificación multidisciplinar. Únicamente de esta manera podremos conseguir un resultado satisfactorio y predecible.

18:00h

COSJ- 135

REHABILITACIÓN TOTAL CON INCRUSTACIONES DE COMPOSITE-CERÁMICA Y CARILLAS V-SHAPPED DE CERÁMICA CON AUMENTO DE DIMENSIÓN VERTICAL.

Autor principal: GEMMA CASASAYAS CLUSELLAS.

Coautores: PAULA DESEURAS, ROMINA SCALCIONE, FRANCISCO REAL, ÓSCAR FIGUERAS.

Centro de trabajo: UNIVERSITAT INTERNACIONAL DE CATALUNYA.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Se presenta el caso de una rehabilitación con aumento de dimensión vertical en una paciente para compensar un desgaste dental combinado, por fenómenos de erosión y atricción, mediante incrustaciones con recubrimiento vestibular posteriores de Vita Enamic® y carillas V-Shapped anteriores de E.max® con cerámica feldespática de recubrimiento.

METODOLOGÍA

Después de un diagnóstico completo, a pesar del desgaste extenso en las zonas palatinas anterosuperiores, se comprobó que la dimensión vertical de oclusión se había mantenido gracias al mecanismo compensatorio de extrusión dental. Se realizó un encerado maxilar anterior para definir el ángulo incisal y una línea de sonrisa adecuada. Mediante el mock-up se comprobó la necesidad de intervenir la zona periodontal para mejorar la estética gingival. Se aumentó la dimensión vertical con el objetivo de conseguir espacio para rehabilitar las zonas desgastadas. Se realizó una previa provisionalización con férula removible de resina acrílica para establecer una nueva dimensión vertical tolerable y predecible. Se rehabilitaron los sectores posteriores con incrustaciones con recubrimiento vestibular de Vita Enamic® ante el requerimiento estético de los premolares. Los dientes anteriores maxilares se rehabilitaron con carillas V-shaped de E.max® con cerámica feldespática de recubrimiento para conseguir el cierre de diastemas y simultáneamente una mejora a nivel funcional y estético.

RESULTADOS

Después de un diagnóstico correcto, identificando la etiología del desgaste dental, se realizó un tratamiento preventivo y conservador para rehabilitar funcional y estéticamente al paciente, basado en técnicas de restauración adhesiva mínimamente invasivas.

CONCLUSIONES

El aumento de dimensión vertical es imprescindible para conseguir espacio para rehabilitar las zonas desgastadas. Un número elevado de pacientes presenta desgaste dental severo causado por una etiología combinada de erosión y atrición.

18:15h

COSJ- 136

BOPT: LA REVOLUCIÓN DE UN CONCEPTO CLÁSICO APLICADO A LA CLÍNICA DIARIA.

Autor principal: SERGIO GINER GARRIDO.

Coautores: PABLO GOMEZ COGOLLUDO, JOSE LUIS DELGADILLO, CARLOS SERRANO, JOSE MANUEL TELLO.

Centro de trabajo: UNIVERSIDAD EUROPEA DE MADRID.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

En el campo de la prótesis fija dentosoportada existen dos tipos de preparaciones; preparaciones con una preparación marginal definida y preparaciones verticales sin margen. Uno de los principales problemas en prótesis fija son las retracciones gingivales comprometiendo el resultado estético. Una de las ventajas principales de la BOPT, es la estabilidad del margen gingival ya que con esta técnica logramos aumentar el grosor gingival obteniendo un biótopo grueso y tenemos la posibilidad de conformar los márgenes gingivales modificando el perfil de emergencia de nuestra restauración. Además la BOPT es una técnica más conservadora, más sencilla y rápida de ejecutar y simplifica la toma de impresiones. Con este caso clínico se pretende exponer las posibilidades y limitaciones de la BOPT en la clínica diaria.

METODOLOGÍA

Paciente con corona totalmente cerámica en el diente 21 acude a la Clínica Odontológica Universitaria de la UEM con el diente 21 decapitado y ferrule limitado. En la exploración se observa la migración apical del margen gingival así como la asimetría entre los márgenes.

Se decide restaurar el muñón utilizando un poste de fibra de vidrio con aislamiento absoluto y posteriormente realizar una preparación BOPT sin margen previo sondaje a crestas óseas. Se rebasa y se coloca un provisional adaptando el perfil de emergencia. En las citas posteriores se evalúa el comportamiento tisular y se modifica el perfil de emergencia para intentar igualar los márgenes gingivales. Se toman impresiones con polivinil siloxano y se confecciona una corona totalmente cerámica de disilicato de litio utilizando una técnica de laboratorio adecuada.

RESULTADOS

Con la restauración del diente endodonciado y la aplicación de la BOPT logramos restaurar un diente de alto compromiso estético mejorando la situación anterior, además de aproximar la altura de los márgenes gingivales y lograr la estabilidad tisular a ese nivel lo que nos aporta no solo un estado de salud si no que evita la migración apical de los márgenes. En este caso clínico la asimetría en las crestas óseas imposibilita lograr una simetría perfecta de los márgenes gingivales, lo que es una limitación de esta técnica.

CONCLUSIÓN

La implementación de la BOPT en la clínica diaria es una herramienta sencilla de ejecutar y adecuada para solucionar casos determinados aprovechando las ventajas de las preparaciones verticales sin margen, sabiendo sus limitaciones.

18:30h

COSJ- 139

CIERRE DE MORDIDA ABIERTA ANTERIOR EN PACIENTE PERIODONTAL, MEDIANTE TALLADO SELECTIVO Y REHABILITACION CON PRÓTESIS PARCIAL FIJA SOBRE IMPLANTES.

Autor principal: DANIELA ESTEFANÍA MAYA CAJIAO.

Coautores: SALOMÉ DOMÍNGUEZ, JAIME OREJAS, JOSÉ MANUEL TELLO

Centro de trabajo: UNIVERSIDAD EUROPEA DE MADRID.

Introducción

Presentamos un caso clínico donde paciente presenta enfermedad periodontal combinada con hábito de interposición lingual lo que le ha provocado una mordida abierta anterior generándole un cambio estético y funcional. Los objetivos son:

- Corregir mordida abierta anterior y dar nueva dimensión vertical oclusal realizando tallado selectivo
- Extraer piezas con pronóstico imposible y tratar periodontalmente el resto de piezas dentales
- Rehabilitar mediante prótesis fija implantosoportada las ausencias a una nueva DVO devolviendo una nueva M.I. y corrigiendo sus problemas funcionales.

Primero se hizo montaje en articulador semiajustable de los modelos de estudio mediante arco facial estándar y el modelo inferior transferido con registro de máxima inercuspación interpuesto solo en los dientes anterosuperiores que estaban en anoclusión para evaluar el grado de mordida abierta anterior y hacer un tallado selectivo tentativo de los sectores posteriores para cuantificar la cantidad de estructura dental que será necesaria eliminar para corregirla, manteniendo vitalidad dental. Se realiza tallado selectivo de los sectores posteriores sin anestesia a expensas de los sectores posteriores de ambas arcadas, hasta lograr

disminuir lo máximo posible la DVO. Se toma impresiones y se trasfieren los nuevos modelos al articulador en su nueva M.I. pidiendo que nos decapiten los dientes que vamos a extraer y realicen unas PPR superior e inferior inmediatas a su nueva DVO.

Siguiente cita se extraen dientes periodontales, colocación de implantes dentales y posterior colocación de la PPR adaptadas a esa M.I. y dimensión vertical oclusal mediante rebase blando hasta que se genere la osteointegración de los mismos, hasta realizar las prótesis parciales fijas implantosoportadas definitivas. Pasado dicho tiempo se rehabilitan los implantes consiguiendo una nueva M.I. estable, disminución de la D.V.O. del paciente y mejorando su dicción. Se le realizan mantenedores termoplásticos en ambas arcadas para evitar futuros movimientos dentarios.

CONCLUSIONES

1. El tallado selectivo puede corregir ciertos tipos de problemas oclusales, por lo que es necesario correcto estudio y planificación sobre modelos transferidos al articulador semiajustable.
2. La enfermedad periodontal combinada con fuerzas y hábitos incorrectos pueden generar alteraciones en la oclusión, función y estética del aparato estomatognático. 3. Es fundamental como parte del tratamiento colocar mantenedores en ambas arcadas dentarias para mejorar el pronóstico del mismo.

18:45h

COSJ- 144

PROTOCOLO CLÍNICO DE LA TÉCNICA BOPT, A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

Autor principal: RICARDO DÍEZ DEUSTUA.

Coautores: GARZA GARZA, LUIS CARLOS; JANÉ NOBLOM, LUIS.

Centro de trabajo: UNIVERSITAT INTERNACIONAL DE CATALUNYA.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La preparación de los dientes naturales para la restauración protésica se puede realizar de varias maneras, que podemos resumir en dos tipologías: preparación con "margen definido" y preparación "sin margen". Esta última ha nacido como técnica dedicada a la prótesis sobre dientes afectados por patologías periodontales. El tallado vertical es un protocolo restaurador tiene como objetivo imitar la naturaleza dental puesto que en él se transfiere la anatomía convexa que presenta un diente a la prótesis final, provocando que la encía se adapte alrededor de las nuevas formas y los nuevos perfiles.

METODOLOGÍA

Mujer de 28 años que acude a la Clínica Universitaria para mejorar su sonrisa, ya que presentaba una restauración en el I.I desde hace 15 años que le impide sonreír naturalmente. Bajo un análisis dental se observa lesión endodóntica y además presenta malposición dental en el sector anterior. Tomando en cuenta los conceptos de tallado vertical y en comunicación con las diferentes áreas involucradas se logró un resultado exitoso.

RESULTADOS

Gracias al presente caso, donde se expresa el paso a paso de una alternativa para el manejo de una restauración en el sector anterior, nos abre las puertas para conocer diferentes alternativas de tratamiento ante un caso complejo. Con esta técnica conseguimos recuperar una

arquitectura adecuada, devolviendo la armonía gingival. Cabe resaltar que la provisionalización para conseguir que "biológicamente" el coágulo formado se estabilice y constituya la base para la formación de una nueva dimensión de tejidos blandos es de suma importancia.

CONCLUSIONES

El manejo y la modificación de los tejidos gingivales alrededor de las restauraciones en prótesis fija siempre ha sido el reto más difícil de conseguir para el odontólogo. Con la técnica de tallado vertical, el clínico y el técnico de laboratorio pueden interactuar con el tejido circundante de una manera sencilla para modificar su forma y así lograr una variación gingival de acuerdo con la prótesis fija deseada.

19:00h

COSJ- 156

INTEGRACIÓN DE LA TECNOLOGÍA, ESTÉTICA Y BIOLOGÍA: CEREC, PILARES DE DISILICATO DE LITIO Y BOPT.

Autor principal: NIEVES ALBIZU RODRÍGUEZ.

Coautores: CRISTIAN ABAD, FERNANDO LEDESMA, PABLO COGOLLUDO, STEFANO GELLI, GUILLERMO PRADIES.

Centro de trabajo: COMPLUTENSE DE MADRID.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

En la actualidad, varios casos presentan escenarios donde se combinan varias terapias que incluyen estructuras distintas como dientes e implantes. El diagnóstico y planificación juegan un papel preponderante a la hora de seleccionar los materiales adecuados para realizar la rehabilitación, sin embargo, en algunas ocasiones nos encontramos con pacientes que ya se han sometido a terapias previas por tanto una planificación sobre el estado actual del paciente es indispensable. El objetivo de esta comunicación es presentar un caso clínico en la que se combinan restauraciones dentosoportadas e implantosoportadas para rehabilitar un trabajo de alto requerimiento estético, realizado mediante flujo digital y filosofía BOPT (Biologically Oriented Preparation Technique).

METODOLOGÍA

Paciente de 58 años de edad, acude a la clínica de la Universidad Complutense de Madrid, con requerimientos estéticos, portando dos implantes en sector anterior en zona de 11 y 21, con una prótesis atornillada temporal vestibularizada y con presencia de diastemas. En la exploración clínica intraoral además observamos la asimetría dental de sus restauraciones coronarias completas antiguas en las piezas 12, 13, 14, y 15. Tras el análisis digital de la sonrisa, se realizó el mock up para predecir la integración de las restauraciones definitivas. Con el fin de no desconectar los pilares en cada fase del proceso se decidieron realizar pilares implanto-soportados fresados en disilicato de litio utilizando el sistema CEREC y cementados extraoralmente sobre bases de titanio maquinadas y atornilladas sobre los implantes 11 y 21. El diseño de las preparaciones se basó en el concepto BOPT para corregir la disarmonía de los zenit gingivales, y conservar el volumen de tejido blando a nivel de las coronas implanto y dentosoportadas mediante restauraciones cerámicas de cobertura completa utilizando disilicato de litio. Para complementar un diseño integral se planificaron carillas mínimamente invasivas BOPT en las piezas 22 y 23.

RESULTADOS

Los resultados clínicos obtenidos según el tiempo de seguimiento del presente caso hasta la fecha han sido satisfactorios con la técnica empleada, observándose la integración de las restauraciones con los tejidos blandos. Desde el punto de vista de la paciente las necesidades de estética, salud, y función han sido satisfechas.

CONCLUSIÓN

La combinación de restauraciones implanto y dentosoportadas utilizando la tecnología cad cam junto con la filosofía B.O.P.T. pueden contribuir a obtener resultados predecibles en la clínica del día a día.

Horarios

Pósters Clínicos – PC
Pósters de Investigación – PI



3M Science.
Applied to Life.™

*Premio al mejor
Póster Clínico*

howden

*Premio al mejor
Póster de Investigación*

Pósters Clínicos – PC

15:00h

PC - 5

INFLUENCIA DE LA DISTANCIA IMPLANTE-PILAR DEL CAMBIO DE PLATAFORMA EN LA REABSORCIÓN DEL HUESO PERIIMPLANTARIO. UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

Autor principal: VERONICA ZARCERO PIZARRO.

15:05h

PC-9

PROTOCOLO DE IMPRESIONES PARA REHABILITACIONES MÚLTIPLES IMPLANTOSO-PORTADAS DEL SECTOR ESTÉTICO: TRANSFERENCIA DE PERFILES DE EMERGENCIA Y FERULIZACIÓN.

Autor principal: ANA PATRICIA GARCIA RIVERA.

15:10h

PC -13

ZIRCONIO MONOLÍTICO: ALTERNATIVA RESTAURADORA EN REHABILITACIONES IMPLANTOSO-PORTADAS DE ALTO COMPROMISO MECÁNICO.

Autor principal: ALBA ISABEL GARCÍA RÍOS.

15:15h

PC - 14

PHOTOSHOP SHADE ANALYSIS: ANÁLISIS DIGITAL DEL COLOR.

Autor principal: JOSÉ GABRIEL MARTÍNEZ COLMENARES.

15:20h

PC - 16

DISOSTOSIS CLEIDOCRANEAL. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO-PROSTODÓNCICO. REPORTE DE UN CASO.

Autor principal: ANTONIO JESÉS OLVERA HUERTAS.

15:25h

PC-18

SOLDADURA LÁSER Y BASES MECANIZADAS COMO ALTERNATIVA A PRÓTESIS CAD-CAM. EVOLUCIÓN A 3 AÑOS DE UN CASO CLÍNICO.

Autor principal: CRISTINA VELASCO GÓMEZ.

15:30h

PC – 22

PROTOCOLO DE IMPRESIONES PARA REHABILITACIONES MÚLTIPLES IMPLANTOSO-PORTADAS DEL SECTOR ESTÉTICO: FERULIZACIÓN E INDIVIDUALIZACIÓN DE PILARES DE IMPRESIÓN.

Autor principal: JUAN ANTONIO OSORIO AGUILERA.

15:35h

PC-30

REHABILITACIÓN DEL MAXILAR POSTERIOR ATRÓFICO MEDIANTE IMPLANTES PTERIGOIDEOS.

Autor principal: MANUEL CUETO GUTIÉRREZ.

15:40h

PC - 31

REHABILITACIÓN CON IMPLANTES PTERIGOIDEOS COMO TÉCNICA DE RESCATE PARA EL TRATAMIENTO DEL MAXILAR SUPERIOR POSTERIOR ATRÓFICO.

Autor principal: DAVID ENRIQUE VILLARES LÓPEZ.

15:45h

PC - 38

CONCEPTO MULTIDISCIPLINAR DE UN TRATAMIENTO APARENTEMENTE SENCILLO.

Autor principal: SARA SABRIÀ GIRBAL.

15:50h

PC - 41

IMPRESIONES DIGITALES EN EL TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autor principal: PABLO SEVILLA HERNANDEZ.

15:55h

PC - 42

REHABILITACIÓN PROTÉSICA EN PACIENTE CON OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA.

Autor principal: OMAR OSSMAN DE CASTRO.

16:00h

PC - 46

USO DE PROVISIONALES PARA EL MODELADO DE LA PAPILA EN IMPLANTES UNITARIOS. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autor principal: MARIA NEVADO SOLÍS.

16:05h

PC-47

TRATAMIENTO ESTETICO DEL SECTOR ANTERIOR MEDIANTE RESTAURACIONES MINIMAMENTE INVASIVAS COMO ALTERNATIVA AL TRATAMIENTO ORTODONCICO. A PROPOSITO DE UN CASO.

Autor principal: TERESA BARRENECHEA BASTERRA.

16:10h

PC - 49

CIRUGÍA PERIODONTAL GUIADA CON MOCK-UP. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autor principal: PAULA PONTEVEDRA GÓMEZ.

16:15h

PC - 51

CORRECCIÓN DE LA ASIMETRÍA GINGIVAL PREVIA A LA COLOCACIÓN DE FRENTES LAMINADOS MEDIANTE PROVISIONALES BIOLÓGICA Y DIGITALMENTE ORIENTADOS SIN LÍNEA DE TERMINACIÓN.

Autor principal: HELIA PERIS RAMOS.

16:20h

PC - 52

LA IMPORTANCIA DE LA PLANIFICACIÓN TERAPÉUTICA: "CIRUGÍA GUIADA POR LA PRÓTESIS".

Autor principal: EVA BUENO MARQUINA.

16:25h

PC - 55

DIGITAL SMILE DESIGN COMO HERRAMIENTA PARA CONSERVAR ESTRUCTURA DENTAL EN CARILLAS. CASO CLÍNICO.

Autor principal: ELENA VÍLLORA MORCILLO.

16:30h

PC - 58

ADHESIÓN DE RESTAURACIONES CERÁMICAS: QUÉ, CUÁNDO Y CÓMO.

Autor principal: EVARISTO RAMBLA ALONSO.

16:35h

PC - 64

TÉCNICA INDIRECTA PARA LA REPARACIÓN DE LA FRACTURA EN CERÁMICA: A PROPOSITO DE UN CASO.

Autor principal: SONIA LISTE GRELA.

16:40h

PC - 72

DIGITALIZACIÓN INTRAORAL SOBRE IMPLANTES MEDIANTE EL ESCÁNER TRIOS®: A PROPOSITO DE UN CASO.

Autor principal: SANTIAGO BERRENDERO DÁVILA.

16:45h

PC- 77

MANEJO DE TEJIDOS BLANDOS MEDIANTE PÓNTICOS OVOIDES.

Autor principal: LAURA JIMENEZ PEROZO.

16:50h

PC - 79

EL BLANQUEAMIENTO DENTAL COMO TRATAMIENTO ASOCIADO A LOS TRATAMIENTOS PROSTODÓNCICOS.

Autor principal: JOSÉ AMENGUAL LORENZO.

16:55h

PC-80

FENÓMENOS RADIOGRÁFICOS: CERVICAL BURNOUT.

Autor principal: BEGOÑA MARTÍ MARTÍ.

17:00h

PC - 81

RESTAURACIONES CERÁMICAS CAD-CAM ANTERIORES: DO CONVENCIONAL AO DIGITAL. SÉRIE DE CASOS CLÍNICOS.

Autor principal: RAQUEL OLIVEIRA LEITE.

17:05h

PC - 82

ESTÉTICA INMEDIATA EN EL SECTOR ANTERIOR, DEL DIENTE AL PROVISIONAL SOBRE IMPLANTES. A PROPOSITO DE UN CASO.

Autor principal: RAMÓN ANTONIO BONNIN VÁSQUEZ.

17:10h

PC-85

ESTUDIO CLÍNICO PROSPECTIVO DE IMPLANTES KOHNO® SWEDEN & MARTINA A LOS TREINTA MESES DE SU PERMANENCIA EN BOCA.

Autor principal: MARTA FIORELLINO.

17:15h

PC - 90

REHABILITACIÓN COMPLETA A PARTIR DE UNA IMPRESIÓN POR FOTOGAMETRÍA CONFECCIONADA EN TITANIO Y SILICATO DE CIRCONIO.

Autor principal: ROCÍO IZQUIERDO ORTS.

17:20h

PC - 93

SESIONES CLÍNICAS PARA RENOVAR PRÓTESIS ACRÍLICAS SOBRE BARRA E HÍBRIDAS.

Autor principal: ADOLFO COLOMA MEDINA.

17:25h

PC - 99

REHABILITACIÓN ANTERIOR CON DISILICATO DE LITIO.

Autor principal: ÁLVARO PALACIO GARCÍA-OCHOA.

17:30h

PC - 105

DISEÑO DIGITAL DE SONRISA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autor principal: JOSÉ MARTÍNEZ-MANZANO TORRES.

17:35h

PC- 106

RESTAURACIÓN DEL PACIENTE ONCOLÓGICO TRATADO CON INJERTO DE SUELO DE BOCA Y RADIOTERAPIA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autor principal: BENJAMÍN SERRANO TORRECILLA.

17:40h

PC - 108

LIMITACIONES DEL FLUJO DIGITAL – CHAIRSIDE VS UN SISTEMA DE IMPRESIÓN DIGITAL INDIRECTO.

Autor principal: FABIO MUSCILLO.

17:45h

PC - 109

REHABILITACIÓN COMPLETA MAXILAR MEDIANTE TÉCNICA DE PREPARACIÓN VERTICAL.

Autor principal: MÓNICA SERRANO TORRECILLA.

17:50h

PC - 111

SATISFACCIÓN DEL PACIENTE IMPLANTOLÓGICO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autor principal: AINARA GÓMEZ BLANCO.

17:55h

PC - 112

PROTOCOLO DE REHABILITACIÓN FIJA IMPLANTOSOPORTADA A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

Autor principal: LUCIA ARRIZABALAGA CRUZADO.

18:00h

PC - 117

RESTABLECIMIENTO DE LA SALUD Y ESTÉTICA EN UN CASO DE ALTO REQUERIMIENTO ESTÉTICO CON RESTAURACIONES ANTERIORES B.O.P.T.

Autor principal: IRENE CARMEN GARCÍA-MARTÍNEZ

18:05h

PC - 119

FÉRULA DE ESTABILIZACIÓN.

Autor principal: MARTA BELLIDO Y MARCO JIMÉNEZ.

18:10h

PC- 123

FLUJO DIGITAL APLICADO AL DÍA a DÍA EN LA RESTAURACIÓN DE UN PUENTE IMPLANTOSOPORTADO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autor principal: ELENA ANDRÉS DESCALZO.

18:15h

PC-125

TRATAMIENTO DE LA FLUOROSIS DENTAL MEDIANTE BLANQUEAMIENTO AMBULATORIO E INFILTRACIÓN CON RESINAS: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autor principal: DANIEL SÁENZ RAMOS.

18:20h

PC - 127

COMPOSITES DIRECTOS PARA LA RESTAURACION MINIMAMENTE INVASIVA EN UNA DENTICIÓN GRAVEMENTE EROSIONADA. TRATAMIENTO BASADO EN LA TÉCNICA DE 3 PASOS.

Autor principal: KRIZIA CASASNOVAS LUGO.

18:25h

PC - 131

UTILIZACIÓN DE COMPOSITE PRECALENTADO COMO CEMENTO DE RESTAURACIONES INDIRECTAS.

Autor principal: LAURA MARTÍNEZ SOTO.

18:30h

PC - 141

FIRST FIT™:PRÓTESIS GUIADA.

Autor principal: ELIZABETH CASAÑAS GIL.

18:35h

PC - 133

RESTAURACIONES DE ZIRCONIO MONOLÍTICO TRANSLÚCIDO A TRAVÉS DE FLUJO DIGITAL COMPLETO.

Autor principal: ISABEL IGLESIAS RUIZ.

18:40h

PC - 147

PROTOCOLO DE TRABAJO EN LA PRÓTESIS HÍBRIDA METAL CERÁMICA, A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autor principal: MIRIAM ALONSO FUENTE.

18:45h

PC - 148

TALLADO SELECTIVO GUIADO POR FÉRULA OCLUSAL: UN ESTUDIO CLÍNICO PROSPECTIVO.

Autor principal: FELIPE JOSÉ FERNÁNDEZ GONZÁLEZ.

18:50h

PC - 149

REHABILITACIÓN DEL SECTOR POSTEROINFERIOR MEDIANTE IMPLANTES CORTOS.

Autor principal: CARLOS VALDIVIESO DEL PUEBLO.

18:55h

PC - 150

PLANIFICACIÓN IMPLANTOLÓGICA MEDIANTE SOFTWARE INFORMÁTICO PARA REHABILITACIÓN COMPLETA DE MAXILAR SUPERIOR. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO.

Autor principal: MARTA ROBLES GARCÍA.

19:00h

PC - 153

TRANSFERENCIA DEL PERFIL DE EMERGENCIA MODIFICANDO EL MODELO DE TRABAJO EN UNA PRÓTESIS PARCIAL FIJA IMPLANTOSOPORTADA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autor principal: VANESSA AMELIA GUTIÉRREZ VARGAS.

19:05h

PC - 158

CAD WAX Y SU IMPORTANCIA PARA PREDECIR RESTAURACIONES ANTERIORES ESTÉTICAS MINIMAMENTE INVASIVAS MEDIANTE EL SISTEMA CEREC.

Autor principal: NIEVES ALBIZU RODRÍGUEZ.

19:10h

PC - 160

MODELO ALTERADO PARA EL CORRECTO REGISTRO DE ÁREAS ÉDENTULAS EN IMPLANTOLOGÍA.

Autor principal: ROBERTO PERNAS GARCÍA.

Pósters de Investigación – PI

15:00h

PI- 2

ESTUDIO CLÍNICO DE LA EXPANSIÓN DE FRAGUADO DE ESCAYOLA EN CLÍNICA VERSUS LABORATORIO.

Autor principal: PEDRO DÍAZ DÍAZ.

15:05h

PI-11

INFLUENCIA DE LA ALTURA DEL PILAR PROTÉSICO EN LA PÉRDIDA ÓSEA MARGINAL. REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Autor principal: ERIK REGIDOR CORREA.

15:15h

PI- 19

ESTUDIO PROSPECTIVO CLÍNICO- RADIOLÓGICO DEL COMPORTAMIENTO COMPARATIVO DE IMPLANTES CORTOS DEL SISTEMA PROCLINIC EN SECTORES POSTERIORES SEGÚN SU CONEXIÓN: RESULTADOS PRELIMINARES.

Autor principal: CARLOS COBO-VÁZQUEZ.

15:20h

PI- 34

CONEXIÓN IMPLANTE-PILAR: CONSIDERACIONES BIOLÓGICAS.

Autor principal: ALEJANDRO OLAYA RUBIAL.

15:25h

PI- 35

CONEXIÓN IMPLANTE-PILAR: CONSIDERACIONES MECÁNICAS.

Autor principal: CRISTINA MÍGUEZ NAVARRO.

15:30h

PI- 36

PROPIEDADES MECÁNICAS DE LOS COMPOSITOS REFORZADOS CON FIBRA.

Autor principal: JON SALAZAR CANTERO.

15:35h

PI-43

APLICANDO LA CEFALOMETRÍA EN LA PLANIFICACIÓN PROSTODÓNTICA.

Autor principal: ERNESTO JOSÉ RÍOS CANO.

15:40h

PI- 66

MICROFILTRACIÓN DE LA INTERFASE PILAR/IMPLANTE EN IMPLANTES DE CONEXIÓN INTERNA Y EXTERNA.

Autor principal: JORGE VÉLEZ BARROS.

15:45h

PI- 67

PROTOCOLO DE CEMENTADO EN NUEVOS MATERIALES: CERAMICAS HÍBRIDAS.

Autor principal: BEATRIZ DE LUJÁN SAID.

15:50h

PI- 70

ESCÁNER INTRAORAL EN IMPLANTOPRÓTESIS: PUESTA AL DÍA.

Autor principal: ALICIA RIBAGORDA HERRANZA.

15:55h

PI- 71

EVOLUCIÓN DE LOS MATERIALES CERÁMICOS EN LA CONFECCIÓN DE CARILLAS.

Autor principal: LAURA BACA-GONZALEZ.

16:00h

PI-73

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL FRACASO EN IMPLANTES DENTALES. ESTUDIO CLÍNICO RETROSPECTIVO.

Autor principal: EDUARDO DIEGO SÁNCHEZ SÁNCHEZ.

16:05h

PI- 74

ACTUALIZACIÓN EN INCRUSTACIONES: CERÁMICA VS RESINA.

Autor principal: MUSTAFA ABDULLAH GSEIBAT.

16:10h

PI- 87

AJUSTE MARGINAL DE PRÓTESIS FIJAS PARCIALES CON ESTRUCTURAS METÁLICAS CONFECCIONADAS MEDIANTE NUEVAS TECNOLOGÍAS: ESTUDIO IN VITRO.

Autor principal: CELIA TOBAR ARRIBAS.

16:15h

PI- 88

NUEVO SISTEMA PARA EL MONTAJE ESTANDARIZADO DE PROBETAS SEGÚN LA NORMA UNE-EN ISO 14801:2007.

Autor principal: MARTA GARCÍA GONZÁLEZ.

16:20h

PI-89

TIPOS DE MATERIALES FRESADOS PARA CARGA INMEDIATA: REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Autor principal: SERGIO ROJAS ORTEGA, MARÍA DEL CARMEN GONZÁLEZ ESCUDERO.

16:25h

PI-92

ANÁLISIS MICROBIOLÓGICO EN ELEMENTOS DE RETENCIÓN DE SOBREDENTADURAS SOBRE IMPLANTES. UN ESTUDIO PRELIMINAR.

Autor principal: PEDRO MOLINERO MOURELLE.

16:30h

PI- 97

FOTOGAMETRÍA MEDIANTE PIC CAMARA: ALTERNATIVA A LAS IMPRESIONES CONVENCIONALES EN IMPLANTOPRÓTESIS?

Autor principal: ANGELA SIERRA BAZTÁN.

16:35h

PI-100

ANÁLISIS DE LA INFLUENCIA MECÁNICA DE LA OCLUSIÓN EN LOS TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES.

Autor principal: CARLO ALBERTO COCCIA.

16:40h

PI- 103

MANEJO MEDIANTE PRÓTEISIS IMPLANTOSOPORTADA DEL MAXILAR ATRÓFICO.

Autor principal: CARLOS BELLO SALVADOR.

16:45h

PI-110

ESTUDIO PRELIMINAR SOBRE LA CARACTERIZACIÓN DE DIFERENTES ADHESIVOS Y TRATAMIENTO DE SUPERFICIE DEL PEEK.

Autor principal: NOEMÍ NAVARRO CRESPO.

16:50h

PI- 113

COMPLICACIONES PROSTODÓNCICAS EN RESTAURACIONES UNITARIAS MONOLÍTICAS SOBRE IMPLANTES.

Autor principal: LUIS MIGUEL SÁEZ ALCAIDE.

16:55h

PI- 114

TORNILLOS NUEVOS VS TORNILLOS USADOS: RESULTADOS PRELIMINARES DE ESTUDIO IN VITRO.

Autor principal: BLANCA IGLESIAS IBÁÑEZ DE OPACUA.

17:00h

PI- 128

MODULACIÓN DE LAS PROPIEDADES MECÁNICAS DE RESINAS ACRÍLICAS DENTALES AUTOPOLIMERIZABLES MEDIANTE LA ADICIÓN DE NANOPARTÍCULAS DE GRAFENO.

Autor principal: MIGUEL ÁNGEL TORRES DEL CASTILLO.

17:05h

PI- 129

ANÁLISIS COMPARATIVO VOLUMÉTRICO ENTRE PREPARACIÓN PARA DOBLE CARIILLAS VS. CORONA FULL VENEER.

Autor principal: PABLO URBÁN IZQUIERDO.

17:10h

PI- 130

ENDOCORONAS.

Autor principal: JOSÉ ÁNGEL NIETO OLIVO.

17:15h

PI- 137

IMPACTO ESTÉTICO EN EL COLOR DENTAL DE LOS NUEVOS MATERIALES BIOCERÁMICOS: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y META-ANÁLISIS.

Autor principal: VITALIY CHYKANOVSKYY.

17:20h

PI- 140

LA EVOLUCIÓN DEL CAD/CAM EN PRÓTESIS Y ESTÉTICA DENTAL.

Autor principal: PAULA HERNANDEZ PEREZ.

17:25h

PI-143

INFLUENCIA DE LAS BARRERAS DE PROTECCIÓN FÍSICA EN EL TIEMPO DE ESCANEADO. UN ESTUDIO PILOTO IN VITRO.

Autor principal: IRIA LÓPEZ DARRIBA.

17:30h

PI- 146

CARILLAS PREFABRICADAS DE COMPOSITE: UNA ALTERNATIVA FRENTE A LAS CARILLAS CONVENCIONALES.

Autor principal: BEATRIZ AURÍA.

17:35h

PI- 151

NIVELES ÓSEOS EN IMPLANTES SUMERGIDOS VS NO SUMERGIDOS EN PACIENTES PORTADORES DE PRÓTESIS SOBRE IMPLANTES.

Autor principal: SOFIA CHINEA SCHIERMEYER.

17:40h

PI- 152

PRÓTESIS MONOLÍTICAS IMPLANTOSOPORTADAS.

Autor principal: SALVADOR RICO DE OÑATE.

17:45h

PI- 163

TÉCNICA B.O.P.T.: PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS Y METODOLOGÍA.

Autor principal: MARÍA GRACIA TALEGÓN RODRÍGUEZ.

Resúmenes

Pósters Clínicos – PC
Pósters de Investigación – PI



3M Science.
Applied to Life.™

*Premio al mejor
Póster Clínico*

howden

*Premio al mejor
Póster de Investigación*

HORA	POSTER CLÍNICO	POSTER INVESTIGACIÓN
15:00h	PC-5	PI-2
15:05h	PC-9	PI-11
15:10h	PC-13	
15:15h	PC-14	PI-19
15:20h	PC-16	PI-34
15:25h	PC-18	PI-35
15:30h	PC-22	PI-36
15:35h	PC-30	PI-43
15:40h	PC-31	PI-66
15:45h	PC-38	PI-67
15:50h	PC-41	PI-70
15:55h	PC-42	PI-71
16:00h	PC-46	PI-73
16:05h	PC-47	PI-74
16:10h	PC-49	PI-87
16:15h	PC-51	PI-88
16:20h	PC-52	PI-89
16:25h	PC-55	PI-92
16:30h	PC-58	PI-97
16:35h	PC-64	PI-100
16:40h	PC-72	PI-103
16:45h	PC-77	PI-110
16:50h	PC-79	PI-113
16:55h	PC-80	PI-114
17:00h	PC-81	PI-128
17:05h	PC-82	PI-129

HORA	POSTER CLÍNICO	POSTER INVESTIGACIÓN
17:10h	PC-85	PI-130
17:15h	PC-90	PI-137
17:20h	PC-93	PI-140
17:25h	PC-99	PI-143
17:30h	PC-105	PI-146
17:35h	PC-106	PI-151
17:40h	PC-108	PI-152
17:45h	PC-109	PI-163
17:50h	PC-111	
17:55h	PC-112	
18:00h	PC-117	
18:05h	PC-119	
18:10h	PC-123	
18:15h	PC-125	
18:20h	PC-127	
18:25h	PC-131	
18:30h	PC-133	
18:35h	PC-141	
18:40h	PC-147	
18:45h	PC-148	
18:50h	PC-149	
18:55h	PC-150	
19:00h	PC-153	
19:05h	PC-158	
19:10h	PC-160	
19:15h		

Pósters Clínicos – PC

PC- 5

INFLUENCIA DE LA DISTANCIA IMPLANTE-PILAR DEL CAMBIO DE PLATAFORMA EN LA REABSORCIÓN DEL HUESO PERIIMPLANTARIO. UNA REVISIÓN BIBLIOGRÁFICA.

Autor principal: VERONICA ZARCERO PIZARRO.

Coautores: ANGELA MONASTERIO MARQUEZ, MARIA ISABEL FERNANDEZ JIMENEZ, JORGE PESQUERA VELASCO.

Centro de trabajo: MASTER EN CIRUGIA BUCAL, IMPLANTOLOGIA Y PERIODONCIA/ UNIVERSIDAD DE LEÓN.

INTRODUCCIÓN

El cambio de plataforma es una técnica que consiste en conectar pilares de menor diámetro que el diámetro de la plataforma del implante, y que a través de mecanismos de actuación biomecánicos y/o biológicos podría minimizar la pérdida del hueso periimplantario. OBJETIVOS.

1. ¿Existe realmente una menor reabsorción del hueso periimplantario significativa?
2. ¿Qué discrepancia entre la plataforma del implante y el pilar a nivel horizontal es la más favorable?

METODOLOGÍA

Búsqueda manual y online (MEDLINE y BUCea) de artículos publicados desde enero del 2009 a diciembre del 2015 en inglés, en revistas de alto impacto, estudios en humanos, con una muestra mayor o igual de 10 implantes y un seguimiento de 1 año o más.

RESULTADOS

En la búsqueda electrónica inicial identificamos 72 artículos que quedaron limitados a 47 artículos tras la aplicación de los criterios de exclusión, que tras su lectura completa resultó en un total de 40.

PÉRDIDA ÓSEA MARGINAL

El 83.33% de autores encuentran ventajoso el cambio de plataforma, el 8.33% no encuentran diferencias significativas y el 8.33% obtienen resultados negativos. La menor reabsorción ósea fue de 0.08mm y la mayor de 1.75mm²². El 30,55% de los estudios obtienen una pérdida ósea marginal ≤ 0.5 mm y el 52,77% > 0.5 mm. La reabsorción ósea media para PS es de 0.58mm y para PC 1.06mm.

DISCREPANCIA IMPLANTE- PILAR (mismatch)

En sólo el 36.66% de los estudios se especifica el mismatch asociándolo a un número exacto de implantes y a una reabsorción ósea concreta: existe un mismatch de **0.25mm** en 46 implantes, de **0.4mm** en 15 implantes, de **0.45** en 185, de **0.5** en 186 y de **0.85** en 33 con una reabsorción ósea media de **1.04, 0.66, 0.3, 0.60** y **0.52mm** respectivamente. Por tanto, según estos datos conforme aumenta el mismatch hasta 0,45mm la pérdida ósea va disminuyendo y a medida que sigue aumentando hasta 0,85mm aumenta nuevamente la pérdida ósea. Parece por tanto que la mejor medida para el mismatch sería de 0,45mm a falta de estudios que lo confirmen.

CONCLUSIONES

La mayoría de los autores encuentra ventajoso el cambio de plataforma respecto a la pérdida ósea periimplantaria

A falta de mejores datos el mismatch mas beneficioso con respecto a la pérdida ósea periimplantaria sería alrededor de 0,45mm, aunque los datos son escasos y no concluyentes.

PC-9

PROTOCOLO DE IMPRESIONES PARA REHABILITACIONES MÚLTIPLES IMPLANTOSO-PORTADAS DEL SECTOR ESTÉTICO: TRANSFERENCIA DE PERFILES DE EMERGENCIA Y FERULIZACIÓN.

Autor principal: ANA PATRICIA GARCIA RIVERA.

Coautores: DE LA CORTE HERNÁNDEZ R, OSORIO AGUILERA JA, DOMÍNGUEZ CARDOSO P, ARROYO CRUZ G, OROZCO VARO A.

Centro de trabajo: DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN EN PRÓTESIS SOBRE IMPLANTES UNIVERSIDAD DE SEVILLA.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

En prótesis implantosoportadas se requiere obtener modelos de trabajo que reproduzcan con exactitud y precisión la situación y morfología de la parte más coronal de los implantes, este es el primer paso para la obtención de ajuste pasivo. El fracaso en el ajuste pasivo puede dar como resultado un aumento de la tensión estática en los tornillos de unión lo cual puede producir complicaciones biológicas y mecánicas. Una vez obtenido el ajuste pasivo, el otro gran reto en rehabilitaciones en sector estético, es conseguir transferir al modelo de trabajo los perfiles de emergencias creados con el manejo de la prótesis provisional. El objetivo de este trabajo es describir una técnica de impresión para una rehabilitación múltiple que nos permita preservar el contorno gingival obtenido por la prótesis provisional a la vez que realizamos una ferulización de los pilares de impresión que aumente la precisión en pos de la pasividad.

METODOLOGÍA

Tras el análisis de la literatura existente respecto a dos objetivos de las técnicas de impresión en implantes: obtener la mayor fiabilidad en la reproducción de la posición de los implantes y poder transferir la situación de los tejidos blandos, optamos por la técnica de impresión empleada en un paciente varón de 52 años, al que se le colocaron 7 implantes en maxilar superior Mozo Grau Osseous para una rehabilitación fija de porcelana. Durante 6 meses, se han remodelado los perfiles de emergencia y pónicos con el manejo de una prótesis acrílica provisional atornillada. A fin de obtener una impresión fiable tanto de la posición de los implantes como de los tejidos blandos, se realizó una ferulización e individualización de los pilares de impresión con resina para posteriormente realizar una impresión de arrastre a cubeta abierta.

RESULTADO

Mediante esta técnica de impresión, hemos conseguido aunar la transferencia de los perfiles de emergencia y pónicos creados por la prótesis provisional con la reproducción precisa de la situación de los implantes que favorezca la obtención de ajuste pasivo.

CONCLUSIONES

Uno de los requisitos más importantes a la hora de realizar una prótesis implantosoportada múltiples es conseguir estructuras que tengan un buen ajuste pasivo, para ello la toma de impresiones es un paso clave en el tratamiento. Así mismo el éxito estético estará condicionado por la capacidad de transferir a un modelo final la situación de los tejidos blandos.

PC - 13

ZIRCONIO MONOLÍTICO: ALTERNATIVA RESTAURADORA EN REHABILITACIONES IMPLANTOSOPORTADAS DE ALTO COMPROMISO MECÁNICO.

Autor principal: ALBA ISABEL GARCÍA RÍOS.

Coautores: ANA OROZCO VARO, MIRIAM IGLESIAS CALVO, GEMA ARROYO CRUZ, JAVIER VENTURA DE LA TORRE, DIEGO CAÑADAS RODRÍGUEZ.

Centro de trabajo: UNIVERSIDAD DE SEVILLA.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

En las últimas décadas, se han combinado diferentes materiales para confeccionar restauraciones implantosoportadas. Igualmente, se han registrado complicaciones biológicas y mecánicas de los mismos. Actualmente, el zirconio monolítico se presenta como alternativa a los materiales utilizados convencionalmente, avalado por estudios clínicos que reportan tasas de éxito funcional, estético y de satisfacción de pacientes cercanas al 95%. El objetivo de este trabajo es presentar una rehabilitación implantosoportada confeccionada en zirconio monolítico, basándonos en las propiedades mecánicas del zirconio, debido a los patrones oclusales del paciente. A la vez que cubrimos el objetivo estético estratificando unos laminados cerámicos vestibulares de la zona anterosuperior.

METODOLOGÍA

Presentamos el caso clínico de un varón de 52 años portador de 6 implantes oseointegrados klockner® essential cone con pilares de 25° en 16, 15, 12, 22, 25 y 26. Sobre ellos, se ha realizado una prótesis dentoalveolar de zirconio monolítico con caracterizaciones mediante estratificación cerámica vestibular, a fin de lograr el éxito funcional y estético requerido.

RESULTADOS

Se obtuvo el éxito funcional, estético y fonético, además de evitar los problemas estéticos derivados de complicaciones como fracturas o chipping y evitar las frecuentes complicaciones de otros materiales como las fracturas de resinas.

CONCLUSIONES

Es esencial el correcto diagnóstico y planificación del tratamiento de cada paciente para seleccionar los materiales de la rehabilitación. El zirconio monolítico podría ser considerado una alternativa en rehabilitaciones implantosoportadas que exijan importantes propiedades mecánicas, manteniendo una estética adecuada. Más estudios a largo plazo son necesarios en este campo.

PC-14

PHOTOSHOP SHADE ANALYSIS: ANÁLISIS DIGITAL DEL COLOR.

Autor principal: JOSÉ GABRIEL MARTÍNEZ COLMENARES.

Coautores: EDWARD MCLAREN, MIGUEL ROIG.

Centro de trabajo: UNIVERSITAT INTERNACIONAL DE CATALUNYA.

INTRODUCCIÓN

El análisis del color en la odontología restauradora es uno de los pasos más relevantes para poder conseguir resultados óptimos. Sin embargo, el comunicar esta información al laboratorio se ha convertido en un reto importante para la mayoría de profesionales. Tradicionalmente, la fotografía clínica ha sido la herramienta por excelencia para comunicar la toma de color al laboratorio, pero al no ser un método totalmente objetivo, se generan errores en el momento de la transmisión de esta información.

Actualmente, existen diversas herramientas para la toma de color, entre ellas el *Photoshop Shade Analysis* (PSA). El PSA es una herramienta sencilla que consta de la utilización del photoshop y el cual nos permite analizar, a partir de un registro fotográfico previo, el color del sustrato y los dientes adyacentes de forma objetiva, disminuyendo o eliminando los errores que generalmente se cometen.

OBJETIVOS

Dar a conocer la metodología de la toma de color y posterior análisis mediante el PSA.

METODOLOGÍA

Se presentará, a través de un caso clínico, el uso del PSA como herramienta de análisis del color, explicando el protocolo de registro fotográfico necesario para el posterior análisis con el photoshop, y de que manera se transmite dicha información al laboratorio para la realización de nuestra restauración final.

RESULTADOS

Se obtuvieron los resultados esperados tras el análisis digital del caso y la buena comunicación con el laboratorio.

PC - 16

DISOSTOSIS CLEIDOCRANEAL. TRATAMIENTO QUIRÚRGICO-PROSTODÓNCICO. REPORTE DE UN CASO.

Autor principal: ANTONIO JESÉS OLVERA HUERTAS.

Coautores: PEYRALLO MARTÍN FERNANDO, MARTÍN DE LAS HERAS ANA, PEYRALLO PÉREZ FERNANDO.

Centro de trabajo: CLÍNICA PEYRALLO&MARTÍN DE LAS HERAS (MÁLAGA).

INTRODUCCIÓN

La disostosis cleidocraneal es una displasia esquelética autosómica dominante, está asociada a una mutación en el cromosoma 6p21, afectando a la proteína RUNX2. Se caracteriza por alteraciones en el crecimiento de los huesos de la bóveda craneal, clavículas, maxilar superior, y los huesos nasales y lagrimales. Su rasgo patognomónico es la ausencia de al menos una clavícula de manera parcial o total. A nivel dental se caracteriza por la presencia de múltiples dientes supernumerarios, exfoliación tardía de dentición temporal, alteraciones del tejido dental, quistes dentígeros y la no erupción de la dentición permanente.

OBJETIVO

Rehabilitación de una paciente con disostosiscleidocraneal. Eliminando las alteraciones asociadas a este síndrome, proveyendo de un mecanismo de masticación funcional y mejorando el aspecto facial.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se llevó a cabo la eliminación en el mismo acto quirúrgico de todas las piezas decíduas y supernumerios. En el maxilar superior se optó por la realización de una prótesis completa removible previa a un futuro tratamiento implantológico. A nivel mandibular se optó por una prótesis híbrida metal resina sobre 6 implantes previa realización de una prótesis completa removible.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El tratamiento quirúrgico-prostodóncico en pacientes con disostosiscleidocraneal con un alto grado de afectación del sistema estomatognático nos permite devolver al paciente la función masticatoria y estética facial. La eliminación de todas las piezas en un solo acto quirúrgico en casos con una alta afectación disminuye la morbilidad y mejora el pronóstico rehabilitador del caso. La disostosiscleidocraneal es un síndrome cuyo diagnóstico y tratamiento requieren de un enfoque multidisciplinar.

PC-18

SOLDADURA LÁSER Y BASES MECANIZADAS COMO ALTERNATIVA A PRÓTESIS CAD-CAM. EVOLUCIÓN A 3 AÑOS DE UN CASO CLÍNICO.

Autor principal: CRISTINA VELASCO GÓMEZ.

Coautores: JESUS PAREJO GARCIA, RAFAEL MARTÍNEZ-DE FUENTES, DIEGO CAÑADAS RODRIGUEZ, EMILIO JIMÉNEZ CASTELLANOS BALLESTEROS.

Centro de trabajo: DIPLOMA DE ESPECIALIZACIÓN EN PRÓTESIS SOBRE IMPLANTES. UNIVERSIDAD DE SEVILLA.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los implantes deberían idealmente colocarse paralelos entre sí y a los dientes adyacentes, y además estar alineados verticalmente con las fuerzas axiales. Sin embargo, en pacientes totalmente edéntulos, a veces esto no es factible debido a deficiencias anatómicas y morfológicas de los rebordes alveolares, que condicionan la colocación de los implantes en una posición angulada. El resultado a largo plazo de nuestras restauraciones implantoprotésicas dependen en gran medida del ajuste pasivo de nuestras estructuras y de la adaptación de las bases de las mismas a las plataformas de restauración de los implantes. En la técnica Colass se modela la estructura de manera convencional sobre calcinables con base mecanizada. Al finalizarlo se separa la parte calcinable encerada de la base mecanizada, dejando ésta en el modelo maestro. Se procede al colado del encerado de la parte calcinable y una vez terminado se une mediante laser a las bases mecanizadas. Esta técnica nos permite modificar la orientación del calcinable y con tornillos dinámicos corregir angulaciones desfavorables de los implantes. La parte mecanizada nos dará el ajuste con la plataforma del implante como en las estructuras Cad-Cam y la soldadura laser el ajuste pasivo. El objetivo de este trabajo es presentar la evolución clínica a 3 años de una paciente totalmente edéntula rehabilitada mediante prótesis híbridas realizadas con la técnica Colass.

METODOLOGÍA

Paciente de 84 años desdentada total a la que fueron insertada 11 implantes Mozo Grau de conexión externa, 6 en la arcada superior y 5 en la inferior. Se utilizaron pilares angulados y dinámicos para paralelizar las emergencias. Las estructuras se realizaron sobre pilares UCLA calcinables con base mecanizada. Una vez encerada la estructura, se separó de las bases y se coló en cromo-cobalto. Con la estructura colada, se cortó y unió con laser verticalmente para compensar la contracción del metal y se soldó horizontalmente a las bases mecanizadas para a continuación finalizar las prótesis híbridas. Se realizaron revisiones a los 6 meses, al año y a los 3 años.

RESULTADOS

La paciente ha sido rehabilitada con prótesis fija solventando las angulaciones desfavorables de los implantes. Se consiguió un buen ajuste pasivo de la estructura.

La evolución del tratamiento a los tres años ha sido muy favorable

CONCLUSIONES

La técnica Colass nos permite unir las ventajas de las prótesis coladas y mecanizadas, corregir angulaciones desfavorables de los implantes y tiene un menor coste.

PC - 22

PROTOCOLO DE IMPRESIONES PARA REHABILITACIONES MÚLTIPLES IMPLANTOSO-PORTADAS DEL SECTOR ESTÉTICO: FERULIZACIÓN E INDIVIDUALIZACIÓN DE PILARES DE IMPRESIÓN.

Autor principal: JUAN ANTONIO OSORIO AGUILERA.

Coautores: GARCÍA RIVERA AP., DE LA CORTE HERNÁNDEZ R., ARROYO CRUZ G., OROZCO VARO A., DOMÍNGUEZ CARDOSO P.

Centro de trabajo: UNIVERSIDAD DE SEVILLA.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Uno de los grandes retos en rehabilitaciones implantosoportadas del sector estético es conseguir, de forma precisa, la reproducción de la posición de los implantes y los perfiles de emergencia obtenidos con el uso de prótesis provisionales. El objetivo de este trabajo es la descripción de una técnica de impresión que nos permita la correcta reproducción de los contornos gingivales creados con la prótesis provisional así como la transferencia de la posición tridimensional exacta de los implantes al modelo de trabajo.

METODOLOGÍA

Paciente varón de 52 años portador de 6 implantes MOZO GRAU Osseus en maxilar superior rehabilitado con una prótesis fija implantosoportada de porcelana. Durante 6 meses, se remodelaron los perfiles de emergencia y púnticos con una prótesis provisional atornillada. Se llevó a cabo una ferulización rígida e individualización de los pilares de impresión con resina para posteriormente tomar una impresión de arrastre a cubeta abierta.

RESULTADO

Gracias a esta técnica de impresión, se consiguió por un lado transferir los perfiles de emergencia y los púnticos creados previamente con el uso de la prótesis provisional y por otro, reproducir la situación exacta de los implantes.

CONCLUSIONES

La toma de impresiones es un paso muy importante para la reproducción de la posición de los implantes y así obtener un buen ajuste pasivo, además de reproducir los perfiles de emergencia para aumentar la estética en rehabilitaciones implantosoportadas.

PC-30

REHABILITACIÓN DEL MAXILAR POSTERIOR ATRÓFICO MEDIANTE IMPLANTES PTERIGOIDEOS.

Autor principal: MANUEL CUETO GUTIÉRREZ.

Coautores: RESTOY LOZANO A. FERNÁNDEZ SORIA C. DE PAZ HERMOSO VM. HERRERO DE LA TORRE A. LOPEZ PIZARRO VM.

Centro de trabajo: HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS MASTER DE CIRUGÍA BUCAL. ALCALÁ DE HENARES.

INTRODUCCIÓN

La inserción de implantes en el corredor pterigomaxilar es una solución que surge de la necesidad de rehabilitar pacientes con atroñas maxilares en sector posterior evitando técnicas quirúrgicas más agresivas.

OBJETIVOS

1. Describir el corredor ideal maxilo-palato-esfenoidal para la inserción de implantes angulados distales en maxilar superior con máxima cobertura ósea.
2. Estudiar anatómicamente la inserción ideal de los llamados implantes pterigoideos en el complejo pterigomaxilar.
3. Valorar la funcionalidad de los implantes pterigoideos.

METODOLOGÍA

Se estudia una muestra de 85 implantes pterigoideos colocados con la técnica de Tulasne entre los años 2010 y 2014 en el Master de Cirugía Bucal del Hospital Universitario Príncipe de Asturias, Universidad Alcalá. En todos los casos se realizó una exploración clínica y radiográfica mediante CBCT. Los DICOM de los CBCT se procesaron en el programa OsiriX obteniéndose imágenes en los cortes Sagital y Coronal. Con los datos obtenidos se estudiarán los siguientes parámetros:

1. Angulación M-D y V-P del corredor pterigomaxilar
2. Angulación M-D y V-P de los implantes pterigoideos de la muestra
3. Tipo de conexión implantoprotésica
4. Características y Distancia del pilar mesial

RESULTADOS

Las angulaciones obtenidas para el corredor pterigomaxilar ideal son: M-D de 47,71°(69,22°-33,28°) con respecto del plano de Frankfurt y V-P de 20,16° (23,21°-13,19°) con respecto de la línea media maxilar. Los Implantes estudiados en este trabajo colocados con la técnica de Tulasne mostraron unas angulaciones M-D 44,65° (67,71°-25,43°) y V-P 23,82° (41,46°-6,08°) con respecto de los mismos planos. El pilar mesial se ha rehabilitado en todos los casos sin necesidad de pilar angulado, siempre atornillado y de media en la localización del primer

premolar. El pilar posterior se rehabilitó con técnicas convencionales y Cad/cam con pilares angulados y de media en localización de segundo molar.

CONCLUSIONES

1. El corredor pterigomaxilar ideal para la inserción de implantes dentales en esta zona está constituida por los huesos: 1) Maxilar Superior en el sector Tuberositario 2) Hueso Palatino en su Apófisis Piramidal y 3) Hueso Esfenoides en su apófisis pterigoides, en la zona de unión al hueso palatino.
2. Con la técnica de Tulasne no siempre se consigue la inserción anatómica ideal en el pasillo pterigomaxilar del implante pterigoideo.
3. El 100% de los implantes pterigoideos rehabilitados de la serie estudiada son funcionales.

PC-31

REHABILITACIÓN CON IMPLANTES PTERIGOIDEOS COMO TÉCNICA DE RESCATE PARA EL TRATAMIENTO DEL MAXILAR SUPERIOR POSTERIOR ATRÓFICO.

Autor principal: DAVID ENRIQUE VILLARES LÓPEZ.

Coautores: RESTOY LOZANO A, FERNÁNDEZ SORIA C, LOSADA YNCLÁN M, CUETO GUTIÉRREZ M, LÓPEZ PIZARRO VM.

Centro de trabajo: HOSPITAL UNIVERSITARIO PRÍNCIPE DE ASTURIAS. MASTER DE CIRUGÍA BUCAL. ALCALÁ DE HENARES (MADRID).

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Existen numerosas técnicas quirúrgicas para llevar a cabo la rehabilitación prostodóntica de pacientes con maxilar superior posterior atrófico. Estas técnicas en ocasiones están contraindicadas, o bien fracasan, debido a la alta demanda técnica o a complicaciones intraoperatorias. En 1985 Tulasne describe el implante pterigoideo como una técnica alternativa a las técnicas reconstructivas, que simplifica el tratamiento de las atrofiaciones maxilares posteriores.

El objetivo de este trabajo es estudiar una serie de casos clínicos en los que el implante pterigoideo se usó como solución a la atrofia maxilar posterior cuando no se pudieron aplicar con éxito otras técnicas reconstructivas.

METODOLOGÍA

Se realiza un estudio clínico retrospectivo de casos intervenidos en el Máster de Cirugía Bucal del Hospital Universitario Príncipe de Asturias en el año 2014, en los que se colocan implantes pterigoideos como alternativa a otros tratamientos de reconstrucción del maxilar posterior superior atrófico, con un seguimiento mínimo de un año de carga funcional.

RESULTADOS

Se recoge una muestra de diez casos en diez pacientes tratados con implantes pterigoideos, por contraindicación o descarte de otras técnicas reconstructivas, o bien por complicaciones asociadas a la cirugía. Las indicaciones fueron:

1. Un total de siete para evitar la técnica de elevación del seno maxilar debido a patología intrasinusal. De ellos, uno presentaba un mucocelo, cuatro presentaron quistes de retención intrasinusales, y dos sinusitis crónicas tras ser tratados previamente con elevación de seno maxilar.

2. Un paciente tras fracaso de una reconstrucción del maxilar posterior atrófico. 3: Dos pacientes tras complicaciones intraoperatorias en la realización de la técnica de elevación del seno maxilar. Todos los casos se han rehabilitado de manera satisfactoria.

CONCLUSIÓN

El implante pterigoideo es una alternativa predecible y eficaz como rescate para el tratamiento del maxilar posterior superior atrófico.

PC - 38

CONCEPTO MULTIDISCIPLINAR DE UN TRATAMIENTO APARENTEMENTE SENCILLO

Autor principal: SARA SABRIÀ GIRBAL.

Coautores: SABRIÀ J., RIGAU M. I LLOMBART D.

Centro de trabajo: UNIVERSITAT DE BARCELONA.

INTRODUCCIÓN

Paciente de 23 años con agenesia de 1.2 y 2.2 que acude a la consulta porque demanda una solución estética y rápida del frente anterior. Presentaba arcada superior comprimida, clase II canina bilateral faltando espacio para tratamiento rehabilitador de 1.2 y 2.2. El plan de tratamiento ideal propuesto fue ortodoncia fija superior e inferior para obtener espacio para futuros implantes de 1.2 y 2.2. El paciente lo descarta porque es un tratamiento largo. Alternativa: coronas de zirconio en caninos con extensión a incisivos laterales, previa obtención de 2mm de espacio con ortodoncia fija superior. A los 24 meses, el paciente acude por una ligera lingualización del 1.1. y se decide alinear el sector anterior mediante la realización de dos vacums.

OBJETIVOS

Obtener una solución de compromiso estética y rápida para alinear los incisivos y estabilizar la oclusión.

METODOLOGÍA

Se coloca un vacuum Coping (Laboratorios Clarben SA, Madrid, España) de un grosor de 0.5mm durante un mes y posteriormente un vacuum Clear (Laboratorios Clarben SA, Madrid, España) de 1 mm de grosor para conseguir una correcta alineación.

RESULTADOS

Después de dos meses de uso de los vacums, el 1.1 está correctamente alineado y se feruliza con retención fija superior.

CONCLUSIONES

La realización de vacums mediante un setup de modelos es útil en casos de compromiso para obtener una solución simple, estética y rápida.

PC - 41

IMPRESIONES DIGITALES EN EL TRATAMIENTO MULTIDISCIPLINAR. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autor principal: PABLO SEVILLA HERNANDEZ.

Coautores: GÓMEZ A, BONNIN RA, VELEZ JL, LÓPEZ-SUAREZ C, SUAREZ MJ.

Centro de trabajo: MÁSTER EN PRÓTESIS BUCOFACIAL Y OCLUSIÓN. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La rehabilitación oral implica una planificación y un tratamiento integral de cada caso. Hasta ahora la aparatología ortodóncica impedía normalmente la realización de impresiones convencionales con silicona. El uso del escáner intraoral puede representar una alternativa para realizar impresiones mientras el tratamiento Ortodóncico esta en curso. El objetivo del presente trabajo es la rehabilitación de los sectores posteriores mediante prótesis implanto-soportada en un paciente en tratamiento ortodóncico.

METODOLOGÍA

Paciente en tratamiento ortodóncico que acude con el objetivo de estabilizar los sectores posteriores mediante prótesis implanto-soportada, tras la intrusión de los primeros molares superiores, para hacer coincidir la colocación de las prótesis con la finalización del tratamiento ortodóncico. Se realizaron impresiones digitales con el escáner intraoral 3M™ True Definition Scanner, los pilares protéticos fueron fresados por el sistema Straumann® CARES®. Para la confección de las coronas se imprimieron modelos STL mediante una impresora 3D.

RESULTADOS

El escáner intraoral aporta ventajas en comparación con la técnica convencional en situaciones como el presente caso, permitiendo realizar impresiones de forma simple y precisa, y sin necesidad de retirar la aparatología ortodóncica

CONCLUSIONES

Las impresiones digitales aportan un abanico de soluciones y opciones terapéuticas, que facilitan los tratamientos multidisciplinares, pudiendo acortar tiempos y mejorar la calidad de los tratamientos.

PC - 42

REHABILITACIÓN PROTÉSICA EN PACIENTE CON OSTEOGÉNESIS IMPERFECTA.

Autor principal: OMAR OSSMAN DE CASTRO.

Coautores: TATIANA ROSAS VARILLAS, PEDRO MOLINERO MOURELLE, MARTA ROMEO RUBIO, JAIME DEL RÍO HIGHSMITH.

Centro de trabajo: FACULTAD DE ODONTOLOGÍA. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La osteogénesis imperfecta es una enfermedad, en su mayoría congénita, que cursa con debilidad ósea y fracturas patológicas debido a un déficit de colágeno tipo I. Por este motivo, la rehabilitación de estos pacientes supone un auténtico reto.

METODOLOGÍA

Paciente varón, de 23 años, acude a la clínica de la Universidad Complutense en la Facultad de Odontología con osteogénesis imperfecta tipo I y dentinogénesis imperfecta asociada. Debido a los problemas tanto funcionales como estéticos, además de las ausencias dentarias, se decide realizar una sobredentadura sobre dientes, de soporte mixto. Para aumentar la retención de la prótesis superior se añadieron dos retenedores de bola forjados por la cara interna de la prótesis. Los modelos de estudio son montados en un articulador semiajusta-

ble y en relación céntrica. El patrón oclusal escogido al ser rehabilitaciones completas es la oclusión balanceada bilateral.

RESULTADOS

Tanto al final del tratamiento como en las sucesivas revisiones, realizadas a la semana, al mes, 3 y 8 meses se comprobó que el paciente se adaptó perfectamente a las prótesis y la función masticatoria y estética mejoraron considerablemente, produciendo un aumento de su autoestima y mejora considerable de su calidad de vida.

CONCLUSIONES

El uso de sobredentaduras sobre dientes remanentes, puede ser, seleccionando el caso adecuadamente y tras un estudio del mismo, una alternativa terapéutica útil en la rehabilitación de pacientes con alto grado de atrofia maxilar y/o mandibular, sin la necesidad de tallar los dientes y posibilitando su correcta higiene así como la de las prótesis.

PC - 46

USO DE PROVISIONALES PARA EL MODELADO DE LA PAPILA EN IMPLANTES UNITARIOS. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autor principal: MARIA NEVADO SOLÍS.

Coautores: CUESTA GIL, M, DUARTE RUIZ, B, BOQUETE CASTRO, A, LUCERO SÁNCHEZ, A.F.

Centro de trabajo: UNIVERSIDAD DE ALMERÍA.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Uno de los principales retos al que nos enfrentamos tras la pérdida de un diente anterior, es la conservación de la papila o su neoformación.

El objetivo de este trabajo fue analizar el comportamiento de los tejidos blandos en un implante unitario colocado en el sector anterior y rehabilitado de manera inmediata.

METODOLOGÍA

Varón de 31 años que acude a consulta por avulsión de incisivo central superior derecho tras una agresión producida 48 horas antes. Tras 3 meses de espera se procedió a la colocación de un implante junto con regeneración ósea guiada mediante el empleo de hueso particulado tipo Bio-Oss y membrana reabsorbible de tipo Bio-Guide. En la misma fase quirúrgica, se procedió a la toma de registros para la realización de una corona provisional que se colocó a las 48 horas de la cirugía. Transcurridos 5 meses, se colocó la corona definitiva.

RESULTADOS

Sabemos que el nivel del hueso del diente adyacente, así como la distancia diente-implante tienen influencia en el nivel de la papila. Incluso existen en la literatura diversos artículos que han concluido el aumento de la presencia de la papila interdientaria a lo largo del tiempo.

En nuestro caso clínico, los tejidos evolucionaron favorablemente tras la colocación de una corona provisional inmediata, observándose una correcta presencia de papila.

CONCLUSIONES

La inmediata provisionalización de los implantes unitarios en el sector anterior ayuda a preservar la arquitectura de los tejidos blandos, siempre y cuando el implante quede colocado en una situación óptima.

PC-47

TRATAMIENTO ESTETICO DEL SECTOR ANTERIOR MEDIANTE RESTAURACIONES MINIMAMENTE INVASIVAS COMO ALTERNATIVA AL TRATAMIENTO ORTODONCICO. A PROPOSITO DE UN CASO.

Autor principal: TERESA BARRENECHEA BASTERRA.

Coautores: DIAZ ABIA JUDIT, REGIDOR CORREA ERIK, ORTIZ-VIGON ALBERTO.

Centro de trabajo: CLINICA ORTIZ-VIGON.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La alta demanda estética supone un gran reto para el odontólogo restaurador en la actualidad. El tiempo que conlleva un tratamiento ortodóncico, puede ser un motivo de rechazo por parte del paciente. En estos casos la realización de tratamientos restauradores puede ser una alternativa válida. El objetivo es proponer sistemas adheridos y remodelaciones dentales mínimas como otra opción de tratamiento predecible a largo plazo.

METODOLOGÍA

Descripción de la técnica: Pulido de aquellas superficies que van a ser restauradas con fresas de diamante de grano medio. Posteriormente, se graba con ácido fosfórico al 37%, se coloca adhesivo sobre la superficie a restaurar y se fotopolimeriza. Después se estratifica el composite. Para finalizar pulimos a baja velocidad con puntas de goma y discos.

RESULTADOS

Se presenta un caso clínico realizado en el año 2010 con diastema interincisal de 2 mm y torque vestibular del 22. En primer lugar se cierra el diastema con composite (Filtek Supreme® Al body y esmalte). Posteriormente, se corrige el torque del 22 realizando una ligera remodelación del ángulo mesiovestibular y añadiendo composite en el mismo lugar para que parezca más recto. A 6 años de seguimiento se observa un mantenimiento correcto del tratamiento realizado y la percepción por parte del paciente es satisfactoria.

CONCLUSIONES

Gracias a la realización de preparaciones mínimamente invasivas y pequeños incrementos de volumen podemos corregir alteraciones morfológicas y mejorar la sonrisa del paciente obteniendo así una alternativa a la ortodoncia con resultados inmediatos y predecibles a largo plazo.

PC - 49

CIRUGÍA PERIODONTAL GUIADA CON MOCK-UP. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autor principal: PAULA PONTEVEDRA GÓMEZ.

Coautores: RIBAGORDA A, BONNIN RA, SEVILLA P, TOBAR C, SUÁREZ MJ.

Centro de trabajo: MÁSTER EN PRÓTESIS BUCOFACIAL Y OCLUSIÓN. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El manejo de los tejidos blandos es clave para conseguir buenos resultados estéticos en el sector anterior. La realización de un encerado diagnóstico y mock-up puede ayudarnos y aumentar la predictibilidad del tratamiento. El objetivo del presente trabajo es evaluar la utilización del mock-up como guía quirúrgica en la cirugía periodontal.

METODOLOGÍA

Paciente mujer de 63 años que demanda tratamiento estético en el sector anterior. Presenta un puente metal-cerámica de 11 a 23 con una pieza en extensión en distal del 23. Tras realizar el estudio clínico y radiológico, toma de fotografías, montaje de modelos en articulador semiajustable, diseño digital de sonrisa y encerado diagnóstico planificamos la realización de una gingivectomía en 13, 12, 11 y 21 para la nivelación de los márgenes gingivales. Para ello se realizó un mock-up con resina autopolimerizable que sirvió de guía en la intervención quirúrgica.

RESULTADOS

El encerado de los modelos de estudio ofrece información diagnóstica y permite realizar un mock-up para utilizarlo como herramienta terapéutica. Las incisiones de la gingivectomía se realizaron siguiendo el contorno de los márgenes cervicales del mock-up, permitiendo realizar de forma sencilla, precisa y segura la cirugía.

CONCLUSIONES

En los casos con elevada demanda estética es imprescindible implicar al paciente en la toma de decisiones y utilizar herramientas que permitan comprobar el resultado del tratamiento que queremos alcanzar de forma totalmente reversible, sin realizar ninguna preparación dentaria, y a su vez llevarlo a cabo de manera predecible.

PC - 51

CORRECCIÓN DE LA ASIMETRÍA GINGIVAL PREVIA A LA COLOCACIÓN DE FRENTE LAMINADOS MEDIANTE PROVISIONALES BIOLÓGICA Y DIGITALMENTE ORIENTADOS SIN LÍNEA DE TERMINACIÓN.

Autor principal: HELIA PERIS RAMOS.

Coautores: FÁTIMA MUSA, DR. LAURA GODOY, DR. PABLO COGOLLUDO, DR. JOSE MARÍA TELLO.

Centro de trabajo: UNIVERSIDAD EUROPEA DE MADRID.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Se realiza la planificación para el tratamiento restaurador con frentes laminados de una paciente que presentaba obturaciones de composite defectuosas y asimetría del margen gingival en los incisivos centrales. Para ello, realizamos evaluación periodontal (sondaje fisiológico, sondaje a hueso y Radiografía periapical) + DSD (Digital Smile Design) con el objetivo de corregir la asimetría gingival durante la fase de provisionalización sin necesidad tratamiento quirúrgico previo.

METODOLOGÍA

Se realiza la evaluación periodontal completa para comprobar la simetría de la cresta ósea y anchura biológica disponible en los incisivos centrales. Realizamos provisionales a partir del encerado del DSD para conformar tejido blando e igualar márgenes gingivales que permanecieron en boca durante 4 semanas. Tallamos sin línea de terminación respetando la anchura biológica. Una vez corregida la asimetría gingival y estabilizados los tejidos blandos se toman registros para la realización de frentes laminados sin línea de terminación espe-

cificando al laboratorio tanto el grosor como la posición de la línea de terminación para las restauraciones definitivas de cerámica feldespática convencional.

CONCLUSIONES

Es posible corregir asimetrías gingivales durante la fase de provisionalización de un tratamiento restaurador con frentes laminados sin necesidad de tratamiento periodontal quirúrgico previo en aquellos casos que presenten simetría en la cresta ósea. Para ello, es imprescindible una correcta evaluación periodontal, así como un diseño de provisionales y posteriores restauraciones definitivas que respeten el espacio biológico.

PC - 52

LA IMPORTANCIA DE LA PLANIFICACIÓN TERAPÉUTICA: "CIRUGÍA GUIADA POR LA PRÓTESIS".

Autor principal: EVA BUENO MARQUINA.

Coautores: REÚT FRIEDLANDER, VERÓNICA RODRÍGUEZ, CRISTINA MARTÍN, MARÍA JESÚS SUÁREZ.

Centro de trabajo: UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID.

INTRODUCCIÓN

La importancia de hacer un correcto diagnóstico y planificación terapéutica es fundamental para conseguir unos resultados más predecibles. Sin embargo, la ausencia de éstos, puede conllevar una serie de complicaciones y/o fracasos a corto y largo plazo. El objetivo del presente trabajo es exponer las complicaciones presentadas por una paciente como consecuencia de un fracaso en la planificación terapéutica.

METODOLOGÍA

Paciente de 55 años de edad acude, al Máster de Prótesis Bucofacial de la Universidad Complutense de Madrid, con dolor en el maxilar. En la exploración, se observó ulceración en el fondo del vestíbulo, en maxilar y mandíbula, debido a una excesiva longitud del faldón vestibular de sus prótesis híbridas implantosoportadas cementadas y dolor a la percusión en los implantes. Radiográficamente, presentaba periimplantitis en los 6 implantes superiores y 4 inferiores y una inadecuada posición y angulación de los mismos. Se planificó la retirada de ambas prótesis y reevaluación del caso.

RESULTADOS

Tras la retirada de las prótesis encontramos una gran cantidad de cálculo, placa, cemento y encías enrojecidas y tumefactas. Se realizó el tratamiento de periimplantitis, presentando en estos momentos la paciente una mucosa periimplantaria compatible con salud y mantenimiento cada 6 meses. La paciente ha sido rehabilitada con dos prótesis completas convencionales por motivos económicos.

CONCLUSIÓN

La inadecuada o nula planificación protésica previa a la colocación de los implantes puede derivar en graves complicaciones biológicas, estéticas, protésicas y emocionales para el paciente. Es por ello, que el concepto de "cirugía guiada por la prótesis" es imprescindible.

PC - 55**DIGITAL SMILE DESIGN COMO HERRAMIENTA PARA CONSERVAR ESTRUCTURA DENTAL EN CARILLAS. CASO CLÍNICO.**

Autor principal: ELENA VÍLLORA MORCILLO.

Centro de trabajo: UNIVERSIDAD DE ALMERÍA.

OBJETIVOS

Es habitual el uso del *Digital Smile Design* (DSD) para diseñar rehabilitaciones en pacientes que no han conseguido resultados estéticos satisfactorios tras un tratamiento de ortodoncia. Nuestro objetivo es explorar los posibles beneficios de la aplicación de esta técnica durante el tratamiento ortodóncico.

MATERIAL Y MÉTODOS

Mujer de 32 años, finalizando tratamiento ortodóncico tras 24 meses con brackets cerámicos y exodoncias de piezas 14 y 24. Presenta llamativa disarmonía en niveles gingivales del frente anterior, desgastes dentarios con coronas clínicas cortas y dientes cuadrados, decidiéndose rehabilitación con carillas de disilicato de litio desde piezas 13 a 23. Se realiza estudio DSD antes de descementar los brackets. Las mediciones revelan que la pieza 11 es más ancha mesio-distalmente que la 21. Para corregirlo se decide realizar *stripping* de la pieza 11 distalmente y prolongar dos meses la ortodoncia para cerrar el diastema, evitando así un tallado más agresivo en la realización de las carillas para conseguir simetría.

RESULTADOS

Tras finalizar la ortodoncia se repite el DSD, planificando nuevamente el tratamiento. Se lleva el diseño digital a boca con un encerado de diagnóstico y *mock-up*. Tras comprobar con la paciente que el resultado es de su agrado, se realizan alargamientos coronarios de las piezas 13, 12, 11 y 21, blanqueamiento dental en consulta y carillas cerámicas del frente anterior.

CONCLUSIONES

El diseño con DSD durante la última etapa del tratamiento ortodóncico permite analizar y corregir la distribución de espacios dentales, permitiendo minimizar la agresividad terapéutica. Adicionalmente, permite predecir fielmente el resultado final, e implementa la comunicación odontólogo-paciente.

PC - 58**ADHESIÓN DE RESTAURACIONES CERÁMICAS: QUÉ, CUÁNDO Y CÓMO.**

Autor principal: EVARISTO RAMBLA ALONSO.

Coautores: JON SALAZAR CANTERO.

Centro de trabajo: UNIVERSIDAD DE ALMERÍA.

INTRODUCCIÓN

En los últimos años, como consecuencia de los avances de las técnicas restauradoras en odontología, se ha producido un aumento del uso de materiales cerámicos en las rehabilitaciones dentarias proporcionando estos unos resultados más que satisfactorios desde el punto de vista funcional y estético. Está demostrado que este éxito a largo plazo de las rehabilitaciones depende tanto de una correcta planificación y elección del material a utilizar como del sellado de la interfase diente-restauración.

OBJETIVOS

El objetivo de este trabajo fue definir una guía simple con el fin de facilitar la elección del material de sellado y cementado en las principales indicaciones de restauraciones cerámicas tanto en el sector anterior como en el sector posterior, tanto de recubrimiento parcial como de recubrimiento total, así como resumir los procedimientos a llevar a cabo durante la manipulación de la restauración cerámica y la estructura dental remanente.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica utilizando la base de datos Pubmed con los criterios de búsqueda: "dental ceramic", "feldspathic adhesion", "disilicate lithium adhesion", "zirconium adhesion", "nanoceramic resin adhesion". La búsqueda inicial arrojó un total de 1470 resultados. Los criterios de inclusión fueron artículos publicados en los últimos 5 años y en inglés. Finalmente, 14 artículos fueron incluidos en el trabajo

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

El éxito final del tratamiento con restauraciones cerámicas, y por lo tanto el pronóstico a largo plazo, depende en gran medida del uso de una técnica depurada y exigente de adhesión y cementado de las mismas.

PC - 64

TÉCNICA INDIRECTA PARA LA REPARACIÓN DE LA FRACTURA EN CERÁMICA: A PRO- PÓSITO DE UN CASO.

Autor principal: SONIA LISTE GRELA.

Coautores: RAMÓN GÓMEZ MEDA, TERESA FRANESQUI MACÍAS, CRISTINA PASARÍN LINARES.

Centro de trabajo: CLINICA DENTAL MEDA.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La fractura en la cerámica es problema que siempre ha existido en las rehabilitaciones protéticas fijas. Además de sustituirlas totalmente, existe la opción terapéutica de repararla, disminuyendo el coste y el tiempo de trabajo. Tenemos tres alternativas, la adhesión del trozo de cerámica fracturado, la técnica directa de restauración con resina compuesta y fabricación de una carilla de porcelana adherida sobre la prótesis fija.

El objetivo será la exposición de un caso clínico resuelto con la opción ideal.

METODOLOGÍA

Se presenta un caso clínico de una paciente que tiene una rehabilitación bimaxilar sobre implantes, de metal-cerámica en arcada superior y de resina en arcada inferior. Con oclusión estática estable en relación céntrica y oclusión dinámica con función canina. Acude con fracturas de la cerámica y se le indica la restauración de las mismas con carillas de cerámica adheridas a una preparación sobre la cerámica fracturada.

Se realiza una cementación adhesiva de la carilla.

RESULTADOS

El factor causante en el caso clínico descrito es la existencia de una parafunción.

Debemos realizar una restauración lo más longeva y resistente posible. Por lo que, el material seleccionado para la realización de las carillas es el disilicato de litio. La obtención de la estética incisal se obtiene con una técnica cut-back y estratificación de la capa final de cerámica.

CONCLUSIONES

La técnica indirecta con carilla es el tratamiento idóneo dado que obtenemos una estética buena, una fuerza de adhesión muy alta con las nuevas técnicas de cementación adhesiva mejoradas y una resistencia a la fractura debido a la selección del didilicato de litio.

PC - 72

DIGITALIZACIÓN INTRAORAL SOBRE IMPLANTES MEDIANTE EL ESCÁNER TRIOS®: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autor principal: SANTIAGO BERRENDERO DÁVILA.

Coautores: IRENE GARCÍA MARTÍNEZ, Mª PAZ SALIDO RODRÍGUEZ-MANZANEQUE, ARHELYS VALVERDE ESPEJO, ALBERTO FERREIROA NAVARRO, GUILLERMO PRADÍES RAMIRO.

Centro de trabajo: ESPECIALISTA EN ODONTOLOGÍA RESTAURADORA BASADA EN NUEVAS TECNOLOGÍAS. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID.

INTRODUCCIÓN

Las técnicas convencionales de impresión no están exentas de errores asociados al material y a la destreza del operador, que puede desencadenar en problemas de ajuste pasivo en la rehabilitación sobre implantes. En un intento de mejorar esta fase de vital importancia, la digitalización intraoral ha tomado gran importancia en los últimos años, introduciéndose en el mercado múltiples escáneres intraorales.

METODOLOGÍA

A un varón que presentaba la ausencia de los cuatro incisivos inferiores se le colocaron 2 implantes en la posición 32 y 42, para realizar una prótesis parcial fija metal-cerámica. Para la toma de impresiones definitivas se usó el sistema de impresión digital intraoral TRIOS® 2 Color de PHIBO. En la arcada inferior se utilizaron los scanbodies asociados al sistema para posicionar los implantes en los 3 planos del espacio, y se digitalizó la arcada antagonista y la oclusión. A partir de este archivo.STL se diseñó una estructura atornillada a cabeza de implante. Posteriormente se prototipó el diseño mediante la tecnología de sinterizado láser postmecanizado de PHIBO en Cromo-Cobalto. Una vez comprobado el ajuste pasivo de la estructura, se aplicó la cerámica de recubrimiento utilizando un modelo prototipado plástico.

RESULTADOS

La estructura realizada mediante un flujo digital completo obtuvo un buen ajuste pasivo así como un adecuado recubrimiento cerámico usando como modelo de trabajo, un modelo impreso 3D.

CONCLUSIONES

El uso del escáner TRIOS para la toma de impresiones digitales sobre implantes, ha demostrado obtener buenos resultados clínicos, mecánicos y estéticos.

PC- 77

MANEJO DE TEJIDOS BLANDOS MEDIANTE PÓNTICOS OVOIDES.

Autor principal: LAURA JIMENEZ PEROZO.

Coautores: DE LUJÁN B, RODRIGUEZ V, TOBAR C, SUÁREZ MJ.

Centro de trabajo: UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID. MASTER EN PRÓTESIS BUCOFACIAL Y OCLUSIÓN.

INTRODUCCIÓN

El manejo de los tejidos blandos en prótesis fija representa un reto para el odontólogo, sobretodo en sectores estéticos. La utilización de pónicos ovoides es indispensable, entre otras ventajas para mantener el adecuado contorno de los tejidos blandos en la zona de interés. El objetivo del trabajo es mostrar la capacidad de respuesta del tejido en el sector anterior ante estímulos de presión con pónicos ovoides de una prótesis fija provisional acrílica antes de la colocación de la restauración definitiva.

MATERIALES

Paciente varón de 54 años de edad acude al Máster de Prótesis Bucofacial de la Universidad Complutense de Madrid por fractura de prótesis fija anterior. El paciente presenta ausencia del 21 y resto radicular del 22. Una vez realizada la exodoncia del 22, se utiliza acrílico Unifast (GC) para la confección del provisional que se extiende de canino a canino. Cada 7 días se va agregando resina acrílica de forma incremental en los pónicos hasta obtener una ligera isquemia en la zona que evidenciará la presión a la que se somete el tejido para su paulatina remodelación.

RESULTADOS

A medida que pasaron los controles se fue evidenciando la remodelación del tejido en la zona 21-22. Encontrándose en estado de salud, y lista para recibir la restauración definitiva.

CONCLUSIONES

La utilización de provisionales durante un tiempo prolongado demuestra que con el correcto manejo de los pónicos ovoides y de los materiales, se puede devolver la estética a los tejidos blandos del sector anterior para un resultado final más satisfactorio

PC - 79

EL BLANQUEAMIENTO DENTAL COMO TRATAMIENTO ASOCIADO A LOS TRATAMIENTOS PROSTODÓNCICOS.

Autor principal: JOSÉ AMENGUAL LORENZO.

Coautores: MARTA PEYDRO HERRERO, GONZALO LLAMBÉS ARENAS, LUCIA FERNÁNDEZ DE ESTEVAN, CARLOS LABAIG RUEDA.

Centro de trabajo: DEPARTAMENTO DE ESTOMATOLGÍA. UNIVERSIDAD DE VALENCIA.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El Blanqueamiento dental es una opción terapéutica a considerar a la hora de tratar a los pacientes afectados de discoloraciones dentales, bien como tratamiento único o junto con otros tratamientos odontológicos. Gracias a él, se obtienen dientes más luminosos y con un color próximo al blanco, por lo que se deben emplear composites y porcelanas de colores que se asemejen al de los dientes previamente blanqueados a la hora de restaurarlos. En

este trabajo se pretende ilustrar mediante casos clínicos las diferentes situaciones en las que se pueden emplear conjuntamente el blanqueamiento dental y los tratamientos prostodóncicos, cuando uno de los factores prioritarios a la hora de mejorar en la estética del paciente sea el aclaramiento del color dental.

METODOLOGÍA

Se presentan 4 casos clínicos solucionando diferentes alteraciones del color y forma dentaria empleando diferentes protocolos terapéuticos combinando blanqueamiento dental y tratamientos prostodóncicos.

RESULTADOS

Tras el tratamiento de blanqueamiento dental, se consiguieron en todos los casos dientes muy blancos y luminosos (con luminosidades por encima de 80 sobre 100 y ΔE superiores a 16). Lo que permitió que los tratamientos de prótesis fueran realizados con colores *bleach*, y de esta forma se lograron satisfacer las expectativas estéticas solicitadas por los pacientes

CONCLUSIONES

El blanqueamiento dental es una técnica eficaz por si sola para tratar discoloraciones dentales y puede combinarse con otros tratamientos de Odontología estética. La combinación de blanqueamiento dental y técnicas restauradoras con porcelanas o composites permite obtener excelentes resultados estéticos y funcionales.

PC-80

FENÓMENOS RADIOGRÁFICOS: CERVICAL BURNOUT.

Autor principal: BEGOÑA MARTÍ MARTÍ.

Coautores: JAVIER CASAS TERRÓN, OLE ANDRESEN RIBES, LUCÍA FERNÁNDEZ DE ESTEVAN, ANTONIO FONS FONT.

Centro de trabajo: UNIVERSIDAD DE VALENCIA.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Las radiografías forman parte de la evaluación integral de nuestros tratamientos y pacientes. Nos permiten realizar un diagnóstico preciso y correcto, pero para ello debemos conocer los fenómenos radiográficos que pueden dar lugar al diagnóstico de falsos positivos.

El *cervical burnout* es una radiolucidez no causada por desmineralización sino que ocurre cuando el haz de los rayos X atraviesa una porción del diente con menos densidad que las áreas circundantes. Generalmente es observado en las áreas cervicales, y es causado por concavidades del diente o por la angulación del haz. Las imágenes de burnout suelen ser fácilmente identificables pero resulta más difícil cuando tenemos una restauración que contiene metal.

El propósito de esta presentación es exponer el concepto radiológico de *Cervical Burnout* aplicado a un caso clínico para facilitar un identificación y evitar un diagnóstico erróneo.

METODOLOGÍA

En 2006, en la Unidad de Prostodoncia y Oclusión de la Universidad de Valencia, se trató a un paciente varón de 46 años. El paciente presentaba desgaste severo generalizado causado por erosión y atricción y fue tratado mediante una rehabilitación oral completa mediante coronas ceramometálicas en los dientes posteriores, y frentes laminados de porcelana y coronas jacket en los dientes anteriores. El paciente no acudió a las revisiones planificadas

hasta 6 años después cuando acudió presentando molestias por hipersensibilidad en los dientes posteriores. Tras la exploración clínica se realizó una exploración radiográfica donde se observaron una imágenes radiolúcidas entre el diente y la restauración ceramometálica. Los hallazgos radiográficos y la sintomatología del paciente nos hizo sospechar de la presencia de caries secundaria por filtración marginal. Se le explicó al paciente la situación y con su consentimiento procedimos a quitar las restauraciones filtradas. Al analizar los muñones se observó que éstos estaban intactos.

RESULTADOS

Tras los hallazgos clínicos, se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica de los fenómenos radiográficos donde apareció el concepto de *Cervical Burnout*. En la literatura este término se ha descrito en contadas ocasiones, también encontramos otros fenómenos como los artefactos de metal o *Mach Bands*.

CONCLUSIÓN

El conocimiento y la correcta interpretación de las imágenes radiolúcidas es importante puesto que el diagnóstico falso positivo puede llevarnos a la colocación innecesaria de una nueva restauración.

PC - 81

RESTAURACIONES CERÁMICAS CAD-CAM ANTERIORES: DO CONVENCIONAL AO DIGITAL. SÉRIE DE CASOS CLÍNICOS.

Autor principal: RAQUEL OLIVEIRA LEITE.

Coautores: CARLOS FALCÃO, PAULO RIBEIRO, BRUNO RODRIGUES DA SILVA, MARIANO HERRERO CLIMENT.

Centro de trabajo: PORTO DENTAL INSTITUTE.

En la odontología estética, los profesionales se enfrentan con el reto de hacer restauraciones que imiten la naturaleza siendo predecible el resultado final. Actualmente, a partir del encerado diagnóstico y de una impresión convencional, es posible hacer una lectura óptica de ambos, y mediante la superposición de los archivos, fabricar carillas de cerámica por CAD-CAM.

En esta presentación, los autores tienen la intención de mostrar un protocolo de tratamiento que permite la optimización del resultado final, mediante el uso de restauraciones adheridas cerámicas fabricadas por CAD-CAM.

DESCRIPCIÓN DE LA TÉCNICA

La técnica de preparación dentaria basada en el encerado diagnóstico se realizó de manera convencional, bajo los principios que rigen la prótesis adhesiva en el sector anterior actualmente. La peculiaridad de esta técnica, estriba en que la confección de las carillas en el laboratorio se realiza por CAD-CAM mediante fresado, tras la superposición de los dos archivos STL, el del encerado diagnóstico, y el del modelo obtenido mediante impresión convencional. El fresado de las facetas se realizó a partir de bloques de cerámica feldespática prefabricadas.

CONCLUSIONES

El uso de restauraciones cerámicas adheridas, fabricadas por CAD-CAM es un procedimiento que permite disminuir los errores de fabricación en el laboratorio y disminuir los tiempos de trabajo con unos resultados estéticos satisfactorios.

PC - 82**ESTÉTICA INMEDIATA EN EL SECTOR ANTERIOR, DEL DIENTE AL PROVISIONAL SOBRE IMPLANTES. A PROPÓSITO DE UN CASO.**

Autor principal: RAMÓN ANTONIO BONNIN VÁSQUEZ.

Coautores: SERRA B, SEVILLA P, VIZOSO B, SUÁREZ MJ.

Centro de trabajo: MASTER DE PRÓTESIS BUCOFACIAL Y OCLUSIÓN DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La rehabilitación en el sector anterior requiere una correcta planificación; además, cuando el tratamiento incluye implantes y manejo de tejidos blandos y duros, es importante plantear de forma interdisciplinaria decisiones como la exodoncia de un diente, cuando colocar el implante o la posibilidad de realizar una estética inmediata. El objetivo del trabajo es mostrar el plan de tratamiento interdisciplinario de un caso en el sector anterior, y la secuencia de trabajo.

METODOLOGÍA

Una paciente de 66 años acudió al Master de Prótesis de la UCM con un diente endodonciado con fractura, por caries extensa. Tras la planificación del caso, se decidió extraer el diente por motivos protésicos debido a la falta de ferrule. Se realizó la preservación alveolar por falta de la tabla vestibular y se esperó 3 meses a la maduración de tejidos duros y blandos con un Maryland provisional. Se colocó un implante y se realizó un procedimiento de estética inmediata.

RESULTADOS

El manejo adecuado de los tejidos periimplantarios cuando se realiza una carga inmediata ayudará a predecir el buen resultado estético. En nuestro caso se confeccionó un provisional atornillado sobre implante el día de la cirugía mediante cascara de huevo. Se esculpió la anatomía y el contorno con composite, teniendo en cuenta el perfil crítico y subcrítico.

CONCLUSIONES

Es necesaria una planificación multidisciplinaria en casos que impliquen al sector anterior. El protocolo de estética inmediata sobre implantes es un tratamiento predecible, con buenos resultados siempre que tengamos muy claro las pautas de tratamiento a realizar.

PC-85**ESTUDIO CLÍNICO PROSPECTIVO DE IMPLANTES KOHNO® SWEDEN & MARTINA A LOS TREINTA MESES DE SU PERMANENCIA EN BOCA.**

Autor principal: MARTA FIORELLINO.

Coautores: PERELLÓ-GALARZA CLARA, SOLÁ-RUIZ M^a FERNANDA, LABAIG-RUEDA CARLOS.

Centro de trabajo: UNIDAD DE PROSTODONCIA Y OCLUSIÓN. UNIVERSITAT DE VALENCIA.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVO

El tratamiento con implantes dentales es un tratamiento cada vez más empleado en la consulta odontológica. Su éxito se relaciona con la permanencia en la boca del paciente, lo cual no está exento de posibles complicaciones. Dentro de ellas y, la más destacada, es la pérdida ósea periimplantaria muchas veces asociada a la peri-implantitis y otras manifestaciones

biológicas como la inflamación, sangrado etc. El propósito de este estudio es evaluar la supervivencia, el éxito y las posibles complicaciones de los implantes Kohno®Sweden&Martina.

MATERIAL Y MÉTODO

Se colocaron, de manera aleatoria, 50 implantes unitarios en 56 pacientes, entre ellos 31 mujeres y 25 hombres con edades comprendidas entre los 25 y 65 años. Se realizaron revisiones sistemáticas a los doce y treinta meses. Se evaluó la presencia de movilidad y la pérdida ósea marginal mediante radiografías periapicales y se utilizó el programa AutoCAD para hacer las mediciones y poder comparar los valores de pérdida ósea peri-implantaria.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

De los 50 implantes colocados, un total de 2 implantes fracasaron y fueron extraídos, lo que supone una tasa de éxito del 96%. La pérdida ósea peri-implantaria obtenida se encuentra entre los parámetros aceptados por la bibliografía.

PC - 90

REHABILITACIÓN COMPLETA A PARTIR DE UNA IMPRESIÓN POR FOTOGRAMETRÍA CONFECCIONADA EN TITANIO Y SILICATO DE CIRCONIO.

Autor principal: ROCÍO IZQUIERDO ORTS.

Coautores: PEDRO MOLINERO MOURELLE, BLANCA IGLESIAS IBAÑEZ DE OPACUA, LUIS RODRÍGUEZ-BATLLORI ARÁN, PAMELA BARRIO MONTE, JAIME DEL RÍO HIGHSMITH.

Centro de trabajo: UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La rehabilitación total que combina la prótesis convencional y sobre implantes supone un reto para el clínico y el técnico. Actualmente existen numerosos sistemas de escaneado digital y materiales para la confección de prótesis mediante CAD/CAM. Se presenta un caso clínico de rehabilitación total realizada mediante impresión digital y convencional.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente desdentado total portador de prótesis total convencional con 6 implantes sumergidos (Astra EV) colocados en mandíbula. Acude al Título Propio Especialista en Implantoprotésis para su rehabilitación total. Tras la planificación del caso se opta por rehabilitar mediante una prótesis completa convencional superior y una prótesis fija atornillada a partir de una impresión digital por fotogrametría mediante el sistema Pic Dental y el posterior diseño y confección mediante CAD/CAM de una estructura de Titanio fresado con recubrimiento de Silicato de Circonio

RESULTADOS

Durante las pruebas de la prótesis superior hubo que repetir la prueba de dientes en cera. En la prótesis inferior se observaron desajustes y falta de pasividad a nivel de las conexiones. Sin embargo, estas complicaciones finalmente se solucionaron.

CONCLUSIONES

En lo que a técnicas de impresión se refiere, no se debe desechar la combinación de la técnica digital con la convencional para lograr la mayor precisión posible. Teniendo en cuenta la naturaleza de nuestro caso, la confección de las prótesis mediante CAD/CAM tienen sin duda gran precisión pero no está exenta de complicaciones y en muchos casos se habrá de contemplar la combinación de ello y la forma convencional.

PC - 93**SESIONES CLÍNICAS PARA RENOVAR PRÓTESIS ACRÍLICAS SOBRE BARRA E HÍBRIDAS.**

Autor principal: ADOLFO COLOMA MEDINA.

Coautores: ALONSO-PÉREZ BARQUERO, JORGE, SELVA-OTAOLAURRUCHI, EDUARDO, FERNÁNDEZ-BRAVO, LUISA, PÉREZ-BELTRÁN, LUIS, SENENT-VICENTE, GISELA.

Centro de trabajo: UNIVERSIDAD DE VALENCIA.

Actualmente existe un aumento generalizado de la demanda estética de los pacientes que en algunos casos son portadores de prótesis acrílicas que abarcan toda la arcada. Con el paso del tiempo, esta resina se va deteriorando siendo necesario un cambio de la parte estética de las prótesis.

OBJETIVO

Explicar paso a paso las fases clínicas para cambiar la parte estética de una sobredentadura sobre barra superior y una prótesis híbrida inferior.

MATERIAL Y MÉTODO

Se mostrará el protocolo clínico debidamente fotografiado para la renovación de la estética de una sobredentadura sobre barra superior y una prótesis híbrida inferior tras 14 años de uso.

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El cambio de los dientes y la resina nos permite devolver a la paciente la dimensión vertical perdida debido al desgaste durante 14 años. Esto junto con una selección correcta de los dientes y el posicionamiento de los mismos analizando los parámetros estéticos fundamentales de la paciente, dan como resultado una notable mejora de la estética y de la función. Dadas la complejidad y singularidad de estos casos, es necesario protocolizar toda la secuencia clínica para evitar imprevistos que nos puedan retrasar el tratamiento.

CONCLUSIONES

La sustitución de la parte acrílica en estos casos mejora sustancialmente la estética y la función de los pacientes. Es importante tener sistematizados los pasos a realizar para estas composturas complejas de manera que se simplifique al máximo el procedimiento.

PC - 99**REHABILITACIÓN ANTERIOR CON DISILICATO DE LITIO.**

Autor principal: ÁLVARO PALACIO GARCÍA-OCHOA.

Centro de trabajo: UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El objetivo del caso es rehabilitar, por requerimientos estéticos del paciente, los cuatro incisivos superiores mediante coronas unitarias de disilicato de litio. Se realizarán asimismo carillas de composite sobre los caninos, para completar el tratamiento.

METODOLOGÍA

El presente caso se llevo a cabo en las clínicas de la Facultad de Odontología de la UCM; para una precisa ejecución, se consultaron las bases de datos PubMed y Medline, con las siguientes palabras clave: coronas, disilicato de litio, estética, sector anterior.

RESULTADOS

Tras las pertinentes fases clínicas (análisis de sonrisa, encerados diagnósticos y mock up, tallados y pruebas de estructura y bizcocho) se obtuvieron las coronas individuales de 12, 11, 21 y 22 para cementar sobre los muñones. Finalmente, se realizaron carillas de composite sobre 13 y 23 para tratar de homogeneizar el sector anterior.

CONCLUSIONES

Queda demostrado en el presente caso, que el disilicato de litio es un magnífico material para el tratamiento del sector anterior, debido a sus propiedades estéticas (estratificado) y mecánicas (monolítico).

PC - 105

DISEÑO DIGITAL DE SONRISA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autor principal: JOSÉ MARTÍNEZ-MANZANO TORRES.

Coautores: PABLO FERREÑO, JOSE ANGEL FERNANDEZ, CLARA FERNANDEZ, MARIA BULFALA, SOFIA HERNANDEZ.

Centro de trabajo: MASTER UNIVERSITARIO EN IMPLANTOLOGÍA, UNIVERSIDAD ALFONSO X EL SABIO.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El Digital Smile Design (DSD) es una herramienta que nos permite obtener mejores resultados en nuestras rehabilitaciones y nos ayuda a mejorar el diagnóstico y la comunicación, tanto con el paciente como con el laboratorio. El concepto está basado en el análisis de las proporciones faciales y dentales de un paciente, utilizando fotografías y videos para conocer la relación entre dientes, encías, labios y sonrisa. Nuestro objetivo es explicar el uso del DSD en la planificación de un caso multidisciplinar hasta el resultado estético final.

METODOLOGÍA

Utilizamos la herramienta DSD para guiarnos hasta obtener un resultado clínico, estético y prostodóntico más predecible. Realizaremos las fotografías y videos para obtener el Mock-up en el que basaremos el protocolo de rehabilitación implantológica y prostodóntica. Presentamos un caso de un paciente con ausencia de los sectores posteriores maxilares y mandibulares, con una pérdida de dimensión vertical anterior por bruxismo.

RESULTADOS

Realizamos la rehabilitación implantológica y prostodóntica del sector posterior, con un aumento de la dimensión vertical con la provisionalización del sector anterior y la rehabilitación con prótesis removibles de resina en los sectores posteriores, y por último realizamos una rehabilitación estética del sector anterior con un aumento de volumen del tejido gingival con la ayuda del DSD.

CONCLUSIÓN

El DSD es un protocolo digital que hace más predecible el tratamiento tanto para el paciente como el clínico, ya que el diseño final deseado se puede visualizar en cualquier momento digitalmente y puede ser utilizado durante la provisionalización.

PC- 106**RESTAURACIÓN DEL PACIENTE ONCOLÓGICO TRATADO CON INJERTO DE SUELO DE BOCA Y RADIOTERAPIA: A PROPÓSITO DE UN CASO.**

Autor principal: BENJAMÍN SERRANO TORRECILLA.

Coautores: NATALY MORY RUBIÑOS, PEDRO MOLINERO MOURELLE, MARTA ROMEO RUBIO, ALICIA CELEMÍN VIÑUELA, JAIME DEL RIO HIGHSMITH.

Centro de trabajo: UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

En ocasiones en pacientes oncológicos tratados con radioterapia y resección de proceso alveolar debemos buscar una alternativa restauradora mediante prótesis maxilofacial, ya que la rehabilitación con implantes puede presentar un mayor riesgo por la ausencia de vascularización y problemas en el recambio óseo.

METODOLOGÍA

Paciente E.M.N varón de 68 años que acude a la Universidad Complutense para su rehabilitación mandibular tras haber sido tratado de un carcinoma epidermoide oral mediante resección del tumor y de la parte anterior de la lengua, incluyendo los dientes de 6 a 6 inferiores y su correspondiente proceso alveolar. Se le realizó un injerto de piel de pecho en suelo de boca y posterior radioterapia hasta enero de 2015. En la exploración extraoral se observa una clase II y colapso del labio inferior debido a la ausencia de los dientes anteroinferiores. A nivel intraoral presenta varias lesiones de caries, afectación pulpar del diente 3.8 y secuestros óseos

Debido al tratamiento radioterápico recibido y a las condiciones del paciente, se decide planificar una prótesis parcial removible inferior dentosoportada.

RESULTADOS

El paciente fue rehabilitado estética y funcionalmente con una prótesis parcial removible de forma satisfactoria, sin presentar complicaciones biológicas ni mecánicas a los 3 meses.

CONCLUSIONES

En pacientes parcialmente edéntulos tratados con radioterapia, la rehabilitación mediante prótesis parcial removible ha demostrado ser una opción adecuada.

PC - 108**LIMITACIONES DEL FLUJO DIGITAL – CHAIRSIDE VS UN SISTEMA DE IMPRESIÓN DIGITAL INDIRECTO.**

Autor principal: FABIO MUSCILLO.

Coautores: BERRENDERO S., PAPI P., GELLI S., PRADIES G.

Centro de trabajo: UNIVERSIDAD COMPLUTENSE MADRID.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La expansión de los sistemas de digitalización intraoral, ha facilitado la aparición de nuevas formas de trabajo, más fiables y producibles. A pesar de ello, no en todas las ocasiones se puede llevar a cabo un flujo digital completo, estando obligados a interrumpirlo en alguna fase, recurriendo al trabajo analógico. El objetivo de este caso fue evaluar las diferencias que

existen entre dos flujos de trabajo digital, uno Chairside y el otro indirecto, a nivel de tiempos de trabajo y grado de satisfacción del paciente.

METODOLOGÍA

Acude a la consulta un paciente de 58 años con la necesidad de realizar una rehabilitación superior completa. En el primer cuadrante se realizó un puente dentosoportado de disilicato de litio (EmaxCAD) mediante un flujo digital completo, usando CEREC Omnicam® (SIRONA). En el segundo cuadrante se realizó un puente metal-cerámico dentosoportado, digitalizando las preparaciones con True Definition™ (3M- ESPE) y realizando el diseño y prototipando en un laboratorio asociado.

RESULTADOS

CEREC Omnicam® nos permitió escanear, diseñar la restauración, fresarla y cementarla en una cita de 4 horas. En cambio, con el escáner True Definition™, necesitamos 4 citas para la realización del puente debido a la prueba de estructura y de bizcocho.

CONCLUSIONES

El flujo digital completo minimiza los tiempos de trabajo y aumenta considerablemente el grado de satisfacción del paciente. El uso de sistemas indirectos nos obliga a salir de este flujo, produciéndose ciertos errores que pueden afectar a la calidad de la restauración.

PC - 109

REHABILITACIÓN COMPLETA MAXILAR MEDIANTE TÉCNICA DE PREPARACIÓN VERTICAL.

Autor principal: MÓNICA SERRANO TORRECILLA .

Coautores: SERRANO TORRECILLA B, SERRANO MADRIGAL B, SUÁREZ GARCÍA MJ.

Centro de trabajo: MÁSTER DE PRÓTESIS BUCOFACIAL Y OCLUSIÓN DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA U.C.M.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

En la actualidad la estética de nuestras rehabilitaciones se ha convertido en la principal exigencia, junto con la funcionalidad, tanto para el paciente como para el profesional. En sector anterior estos resultados suponen la combinación de un correcto tratamiento protésico y de una adecuada arquitectura y salud gingival. Para conseguir dicha arquitectura gingival el tratamiento periodontal es indispensable prácticamente en todos los casos. Sin embargo, la aparición de la técnica BOPT permite, en casos seleccionados, conseguir esa estética ideal de los tejidos blandos sin realizar procedimientos quirúrgicos, sino simplemente mediante la conformación de provisionales. El objetivo del trabajo es evaluar los resultados estéticos mediante la técnica de preparación vertical, a través de un caso clínico

METODOLOGÍA

Paciente de 72 años acude a la clínica presentando una rehabilitación fija dentosoportada superior e inferior muy deteriorada. Tras la retirada de dicho tratamiento se observa, a nivel maxilar, que el remanente dentario se encuentra en buen estado, siendo pilares cortos, con una arquitectura gingival asimétrica e inflamada. Una vez realizado el estudio diagnóstico clínico y radiológico, se decide la rehabilitación maxilar mediante la técnica de preparación vertical.

RESULTADOS

La técnica BOPT permite obtener el resultado estético deseado pasando por una fase prolongada de provisionalización con la finalidad de reestructurar los márgenes gingivales, logrando además una excelente salud gingival. **CONCLUSIONES:** Aquellos casos en los que la altura ósea en el sector anterior sea homogénea, se podrá conseguir un resultado estético y armónico de los tejidos blandos, mediante la técnica BOPT.

PC - 111

SATISFACCIÓN DEL PACIENTE IMPLANTOLÓGICO: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autor principal: AINARA GÓMEZ BLANCO.

Coautores: GARCÍA S, ARRIZABALAGA L, SEVILLA P, LÓPEZ-SUÁREZ C, SUÁREZ MJ.

Centro de trabajo: UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID (MÁSTER DE PRÓTESIS BUCOFACIAL Y OCLUSIÓN).

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Las prótesis híbridas, aunque no exentas de complicaciones prostodónticas, garantizan al paciente la seguridad psicológica de no ser removibles, así como la ventaja de no tener soporte mucoso, necesidad de rebases, reemplazos y activaciones de los ataches.

Queda demostrado que ambas soluciones aumentan la autopercepción de calidad de vida de los pacientes portadores, al aumentar la retención y la estabilidad mediante el uso de implantes.

El objetivo del presente caso fue explicar la sistemática empleada para lograr las ventajas de una prótesis híbrida teniendo como situación inicial un paciente portador de sobredentadura.

METODOLOGÍA

Se presenta el caso de un paciente portador de sobredentadura implantoretenida sobre barras, que no consigue adaptarse a dicha solución prostodóntica, donde la solución ofrecida fue añadir dos implantes y realizar una prótesis híbrida sobre 6 implantes maxilares.

RESULTADOS

A pesar de que no hay diferencias estadísticamente significativas en cuanto a las fuerzas máximas funcionales que se consiguen entre las prótesis implantoretenidas y las implanto-soportadas, las segundas representan la opción de tratamiento más predecible en cuanto a satisfacción.

CONCLUSIONES

Cada paciente tiene necesidades de tratamiento único. Un buen diagnóstico y plan de tratamiento son cruciales para obtener una rehabilitación oral exitosa. Se deben considerar las ventajas y desventajas de ambas opciones y relacionarlas con las expectativas del paciente.

PC - 112

PROTOCOLO DE REHABILITACIÓN FIJA IMPLANTOSOPORTADA A PROPÓSITO DE UN CASO CLÍNICO.

Autor principal: LUCIA ARRIZABALAGA CRUZADO.

Coautores: JL VELEZ BARROS, A GÓMEZ BLANCO, C MARTÍN MUÑOZ, MJ SUÁREZ.

Centro de trabajo: UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La rehabilitación protésica de un paciente edéntulo presenta retos a la hora de planificar, especialmente si los implantes están orientados en una posición desfavorable. El objetivo es proponer un protocolo de rehabilitación fija implantosoportada a propósito de un caso clínico.

METODOLOGÍA

Paciente, 68 años, acude para cambiar su prótesis completa superior rota por una rehabilitación fija sobre implantes, teniendo como antagonista su dentición natural. Se le colocaron 6 implantes en 16, 14, 11, 22, 24, 26 de conexión interna trilobular de la casa Nobel. Realizamos el estudio diagnóstico observando la angulación desfavorable de los implantes, decidiendo colocar pilares angulados multiunit. Toma de impresiones para la confección de cubeta individual y ferulización rígida para toma de impresión definitiva obteniendo el modelo maestro. Prueba de plancha base y rodillo marcamos los registros estéticos y DV y montamos en articulador. Diseño con la prueba de dientes en cera, analizando soporte labial y estética. Optamos por rehabilitación fija implantosoportada metal cerámica con encía en porcelana Rosa. Solicitamos la prueba de estructura metálica fresada en titanio, comprobamos el ajuste pasivo y analizamos parámetros estéticos. Prueba de bizcocho observamos contorno, conclusión y estética. Se coloca la rehabilitación y explicamos revisiones.

RESULTADOS

Rehabilitación fija implantosoportada atornillada metal cerámica con pilares angulados y estructura metálica en titanio mecanizado con porcelana rosa simulando la encía.

CONCLUSIONES

La rehabilitación fija con pilares angulados es una alternativa para corregir la posición desfavorable de los implantes. La porcelana Rosa permite adecuar el soporte labial y la línea de sonrisa a las necesidades estéticas.

PC - 117

RESTABLECIMIENTO DE LA SALUD Y ESTÉTICA EN UN CASO DE ALTO REQUERIMIENTO ESTÉTICO CON RESTAURACIONES ANTERIORES B.O.P.T.

Autor principal: IRENE CARMEN GARCÍA-MARTÍNEZ.

Coautores: ABAD CORONEL CRISTIAN, PRADIÉS RAMIRO GUILLERMO.

Centro de trabajo: MASTER EN ODONTOLOGÍA RESTAURADORA BASADA EN NUEVAS TECNOLOGÍAS.

INTRODUCCIÓN

La filosofía B.O.P.T. ha conseguido aunar el conocimiento a cerca de la anatomía y la fisiología gingival junto con una modalidad de preparación dental sin línea de terminación y el manejo de provisionales para el restablecimiento óptimo de la estética y la salud gingival. El objetivo de este trabajo es presentar la resolución de un caso clínico de alto compromiso estético mediante la exposición de la secuencia de trabajo aplicada empleando la técnica B.O.P.T.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se presenta el caso clínico de una paciente de 42 años de edad, de sexo femenino que acude a consulta por motivos estéticos. Al examen clínico se evidencia gingivitis localizada

asociada a desadaptación de coronas metalocerámicas en 11 y 21, y polirestaurociones de composite defectuosas en 12 y 22. Se planificó la remoción de las restauraciones antiguas y, se realizaron preparaciones con técnica B.O.P.T. Tras 8 semanas de provisionalización se efectuaron impresiones con polivinilsiloxano de doble consistencia en una sola fase, con técnica de doble hilo. Se planificaron 4 restauraciones en cerámica reforzada con disilicato de litio de alta opacidad, prensadas y estratificadas con cerámica feldespática incisal en 12,11,21,22. Finalmente, las restauraciones se cementaron con cemento de resina dual.

RESULTADOS

La respuesta clínica tras de 12 meses de evaluación presenta resultados positivos con una salud y estabilidad de los tejidos periodontales óptimos, e integración máxima de las restauraciones unitarias en el marco bioestético y funcional de la paciente.

CONCLUSIÓN

La comprensión de la anatomía y fisiología dento-gingival, junto con un experimentado manejo de la técnica B.O.P.T. permite obtener resultados estéticos y funcionales de forma predecible en casos que suponen un reto para el clínico por su complejidad y elevado requerimiento estético.

PC - 119

FÉRULA DE ESTABILIZACIÓN.

Autor principal: MARTA BELLIDO Y MARCO JIMÉNEZ.

Coautores: DR. TELLO, DR AGUSTÍN GODIN Y DRA ISABEL MORENO.

Centro de trabajo: UNIVERSIDAD EUROPEA DE MADRID.

INTRODUCCIÓN

Las férulas de relajación muscular son uno de los tratamientos más habituales en la práctica diaria. Este tipo de dispositivos son elaborados de manera indirecta, necesitando la intervención del laboratorio en todos los casos. Sin embargo, existen situaciones clínicas en las que sería recomendable disponer de lo mismo de manera inmediata.

OBJETIVOS

Presentar la secuencia clínica de confección de férula de relajación muscular en una sola sesión clínica de manera directa.

METODOLOGÍA

1. Toma de impresión con alginato de la arcada superior y vaciado en escayola.
2. Confección de plancha rígida termoplástica: Imm por debajo de la línea de máximo contorno de los dientes y probamos en boca.
3. Colocamos y adaptamos el acrílico sobre la plancha (comenzando primero por la parte incisal) llevando al paciente a relación céntrica (RC).
4. Continuamos colocando acrílico en los sectores posteriores mientras guiamos al paciente a RC. Marcamos con un rotulador las cúspides y recortamos el exceso de acrílico con una fresa hasta dejar una superficie plana en la que se conserven las marcas de las puntas cuspidéas.
5. Se realiza el ajuste oclusal directamente en boca. 6. Recortado y pulido de la férula.

RESULTADOS

Las férulas de estabilización confeccionadas en un solo día son un tratamiento viable cuando se necesita de manera inmediata la colocación de este tipo de dispositivo, si bien la durabilidad de la misma es menor a las obtenidas con técnicas convencionales.

CONCLUSIONES

Es posible elaborar de manera directa en un solo día una férula de relajación muscular

PC- 123

FLUJO DIGITAL APLICADO AL DÍA a DÍA EN LA RESTAURACIÓN DE UN PUENTE IMPLANTOSOPORTADO. A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autor principal: ELENA ANDRÉS DESCALZO.

Coautores: VICTOR MARTÍN, PABLO G. COGOLLUDO, ANDREA SANTAMARÍA, JOSE MANUEL TELLO.

Centro de trabajo: UNIVERSIDAD EUROPEA DE MADRID (MÁSTER DE PRÓTESIS E IMPLANTOPRÓTESIS).

INTRODUCCIÓN

En el presente póster se expone la rehabilitación de un puente implantosoportado de 3 coronas sobre dos implantes (para las piezas 2.5, 2.6 y 2.7) realizado en su totalidad mediante flujo digital.

OBJETIVOS

Exponer de manera sencilla cómo aplicar la tecnología CAD/CAM a nuestro día a día en clínica.

METODOLOGÍA

Se tomaron impresiones digitales con el escáner intraoral 3M™ True Definition Scanner. Posteriormente se procedió al diseño CAD de la estructura metálica atornillada directamente sobre el escaneado con EXOCAD. Con este proyecto se obtuvo con tecnología CAM la estructura mediante fresado de una pastilla de Co-Cr y el modelo de trabajo mediante estereolitografía. Una vez probada en boca, comprobado el ajuste y el espacio protésico disponible, se envió de nuevo al laboratorio para la carga de la cerámica de recubrimiento.

RESULTADOS

La obtención de un puente implantosoportado de 3 piezas con procedimientos CAD/CAM tuvo unos resultados estéticos, funcionales y mecánicos satisfactorios. El tiempo empleado en el escaneado intraoral fue mayor que el esperado en la toma de unas impresiones convencionales dada la inexperiencia del operador con dicho sistema.

CONCLUSIONES

La tecnología CAD/CAM nos permite confeccionar restauraciones parciales sobre implantes de una manera fiable, aunque sigue necesitando de técnicas tradicionales en algunas fases del proceso.

PC-125**TRATAMIENTO DE LA FLUOROSIS DENTAL MEDIANTE BLANQUEAMIENTO AMBULATORIO E INFILTRACIÓN CON RESINAS: A PROPÓSITO DE UN CASO.**

Autor principal: DANIEL SÁENZ RAMOS.

Coautores: ANA ANDRES AMO, MARÍA CURA PEÑA.

Centro de trabajo: MÁSTER EN ENDODONCIA Y ODONTOLOGÍA RESTAURADORA. UNIVERSIDAD REY JUAN CARLOS.

INTRODUCCIÓN

La fluorosis dental es un defecto del esmalte causado por una absorción sistémica excesiva y repetida de fluoruro durante las etapas de desarrollo del diente. La exposición a largo plazo de altas dosis de fluoruros sistémicos pueden causar que el esmalte, así como la dentina y el cemento presenten hipomineralización y un aspecto poroso, en ocasiones con bandas hipermineralizadas en el esmalte. Clínicamente se traduce en manchas blancas de distinta profundidad y consideración, llegando a producirse defectos estructurales en los tejidos dentarios. Para el tratamiento de la fluorosis se han descrito diversas opciones clínicas, que van desde el blanqueamiento, pasando por la microabrasión dental, hasta las coronas de recubrimiento total. El procedimiento de infiltración con resina es un procedimiento novedoso y mínimamente invasivo, desarrollado inicialmente para el tratamiento de lesiones interproximales incipientes y empleado hoy en día en el tratamiento de lesiones de mancha blanca.

OBJETIVOS

Conocer si la infiltración con resinas es un procedimiento adecuado para el tratamiento de fluorosis con un grado 2-3 de la clasificación Dean (leve a moderado).

METODOLOGÍA

Para el presente caso, se eligió la técnica de infiltración con resinas (Icon, DMG; Hamburgo, Alemania), debido a que el blanqueamiento dental ambulatorio durante 14 días, mediante peróxido de carbamida (Opalescence PF 16%, Ultradent; South Jordan, EE. UU) no fue suficiente para el enmascaramiento de las lesiones de fluorosis.

RESULTADOS

Los resultados inmediatos tras la infiltración fueron satisfactorios tanto para la paciente como para nosotros, logrando enmascarar las manchas en su mayoría.

CONCLUSIÓN

Los resultados de este caso demuestran que la técnica de infiltración de resina es un procedimiento que tiene el potencial para minimizar las decoloraciones de los dientes diagnosticados con niveles moderados de fluorosis dental, mostrando un resultado positivo a corto plazo. Es necesario realizar seguimientos a largo plazo de los casos para controlar la estabilidad del infiltrante en el tiempo.

PC - 127**COMPOSITES DIRECTOS PARA LA RESTAURACION MINIMAMENTE INVASIVA EN UNA DENTICIÓN GRAVEMENTE EROSIONADA. TRATAMIENTO BASADO EN LA TÉCNICA DE 3 PASOS.**

Autor principal: KRIZIA CASASNOVAS LUGO.

Coautores: ANA ALVARADO, PABLO GOMEZ, JOSE TELLO.

Centro de trabajo: UNIVERSIDAD EUROPEA DE MADRID.

INTRODUCCIÓN

Resulta imperativo ofrecer soluciones clínicas adecuadas e individualizadas acorde a los requerimientos funcionales y estéticos de cada paciente. Los objetivos para el presente caso clínico fueron restaurar la oclusión y estética dental en un paciente con un dentición gravemente erosionada mediante un enfoque mínimamente invasivo basado en la técnica de 3 pasos, utilizando como material restaurador composites directos.

METODOLOGÍA

Se presenta en la consulta paciente con antecedentes médicos de bulimia, refiriendo disconformidad con la apariencia de su sonrisa. Se realiza un estudio detallado del caso y se obtiene el diagnóstico clínico de erosiones dentales ACE III. Para el abordaje del caso mediante dicha técnica como primer paso posterior al encerado diagnóstico se realizó una valoración estética para determinar la posición del plano de oclusión mediante una maqueta protésica. En el segundo paso se rehabilitaron los sectores posteriores con el esquema oclusal deseado. Y en el tercer paso se confeccionaron carillas palatinas y vestibulares.

RESULTADOS

El dinamismo de nuestra profesión nos permite poder ofrecer alternativas de tratamiento que se adapten adecuadamente a los requerimientos de cada paciente de forma individualizada, en este caso la técnica de tres pasos combinada con composites directos como material restaurador posibilitó la rehabilitación oclusal y estética en la dentición mediante un enfoque conservador.

CONCLUSIONES

El abordaje de los tratamientos debe ser llevado a cabo desde una perspectiva conservadora, para lograr dicho cometido es esencial conocer y manejar las técnicas menos invasivas así como los materiales más idóneos que permitan llevarlos a cabo.

PC - 131

UTILIZACIÓN DE COMPOSITE PRECALENTADO COMO CEMENTO DE RESTAURACIONES INDIRECTAS.

Autor principal: LAURA MARTÍNEZ SOTO.

Coautores: BERNAT ROVIRA LASTRA, JULIA CASAS ALTARRIBA.

Centro de trabajo: UNIVERSIDAD DE BARCELONA. MÁSTER OCLUSIÓN Y REHABILITACIÓN ORAL.

INTRODUCCIÓN

El aumento de las exigencias conservadoras y estéticas nos lleva a la creciente utilización de restauraciones adheridas indirectas y con ello a la búsqueda de técnicas y materiales con propiedades mecánicas, clínicas y biológicas que mejoren el resultado final y la durabilidad de nuestras restauraciones. Debido a las limitaciones que presentan los cementos de resina convencionales, se ha propuesto el composite precalentado como cemento de restauraciones indirectas, centrándonos en sus características, comparándolas con las del composite a temperatura ambiente y con los cementos de resina.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una búsqueda bibliográfica en PubMed y posteriormente se ha aplicado la técnica en el cementado de una restauración indirecta de un caso clínico (CalsetTM, AdDent Inc., Danbury, CT, USA).

RESULTADOS

El calentamiento de los compuestos de resina provoca cambios en sus características como son una mayor fluidez, mejor adaptación, menor microfiltración de los márgenes cervicales, mayor conversión de monómeros que se traduce en una reacción de polimerización más completa y por tanto, con mejores propiedades mecánicas en comparación con el composite a temperatura ambiente. Con respecto a los cementos de resina, unas mejores propiedades mecánicas, con menor contracción de polimerización, menor expansión térmica y mayor resistencia a la disolución del material y mayor estabilidad del color, así como un tiempo de conservación superior.

CONCLUSIONES

El calentamiento del composite nos aporta beneficios en las características clínicas, mejorando sus propiedades mecánicas y aumentando así sus indicaciones de uso, convirtiéndose en un material a tener en cuenta para el cementado de restauraciones indirectas

PC-133

RESTAURACIONES DE ZIRCONIO MONOLÍTICO TRANSLÚCIDO A TRAVÉS DE FLUJO DIGITAL COMPLETO.

Autor principal: ISABEL IGLESIAS RUIZ.

Coautores: SERRA-PRAT J, GARCÍA BELLOSTA S, SUBIRÀ PIFARRÉ C.

Centro de trabajo: UNIVERSITAT DE BARCELONA.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

En Odontología las herramientas digitales están en continua evolución. En el ámbito de la prostodoncia, lo que antes era probable ahora ya es posible. La incorporación de las herramientas digitales permiten, en algunos casos un flujo digital integral entre la clínica y el laboratorio. Esto se traduce en un tratamiento más cómodo, más preciso y, sobre todo, más predecible. El Objetivo de este trabajo es a) mostrar cómo se puede realizar un procedimiento de este tipo satisfaciendo las expectativas del clínico y del paciente y b) comprobar la validez del zirconio monolítico translucido para estructuras fijas múltiples sobre dientes en el sector anterior.

METODOLOGÍA

Paciente de 58 años de edad que, por motivos estéticos, demanda reemplazar su antigua prótesis metal cerámica de 1.2 a 2.1. Tras la planificación del caso, se decide incorporar al tratamiento el 2.2 a fin de obtener un resultado más armónico. Una vez finalizada la fase higiénica, se procede al tallado y a la adecuación de los tejidos blandos. Para la impresión se utiliza el escáner intraoral Trios de 3Shape. Con los archivos digitales, se realiza un encerado virtual y se fabrica un provisional de Polimetilmetacrilato (PMMA) fresado. El objetivo del provisional es obtener un resultado estético y funcional equivalente al de la prótesis definitiva. Una vez validado el provisional, se toma una nueva impresión digital del mismo y se da paso a la realización de la prótesis definitiva fresada de zirconio monolítico translucido.

RESULTADOS

Los resultados estéticos y funcionales del caso presentado se pueden considerar clínicamente óptimos. El caso presentado se ha realizado en tres visitas: 1) tallado y toma de im-

presión digital intraoral; 2) colocación, ajuste del provisional de PMMA fresado y toma de impresión digital definitiva; 3) colocación y cementado de la prótesis definitiva de zirconio monolítico translúcido. El resultado final introduce aspectos relevantes tales como: optimización de visitas, comodidad en la toma de impresiones con el escáner intraoral, predictibilidad del resultado de la prótesis y del uso de materiales monolíticos.

CONCLUSIONES

La Odontología digital aporta nuevos beneficios que permiten realizar tratamientos cada vez más ágiles, precisos y predecibles optimizando tanto el tiempo del facultativo como del paciente. El zirconio monolítico translucido parece ser una buena alternativa a las restauraciones tradicionales de metal-cerámica en el sector anterior. No obstante, se requieren más estudios que avalen este tipo de enfoque terapéutico.

PC - 141

FIRST FIT™: PRÓTESIS GUIADA.

Autor principal: ELIZABETH CASAÑAS GIL.

Coautores: ELENA GONZÁLEZ CANAL, JOSÉ ÁVILA, CYRUS TAHMASEBI, GUILLERMO PRADÍES.

Centro de trabajo: ESPECIALISTA EN ODONTOLOGÍA RESTAURADORA BASADA EN NUEVAS TECNOLOGÍAS/UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID.

INTRODUCCIÓN

Al igual que en cirugía guiada, que nos recorta el tiempo y dificultad quirúrgica mediante el uso de férulas, en prótesis, ha aparecido un sistema de tallado guiado por férulas. Nos permite ahorrar tiempo de sillón acortando el número de citas y el tiempo empleado en las mismas. Nos proporciona la oportunidad de obtener la restauración fija previa al tallado.

METODOLOGÍA

Paciente remitida a la Universidad Complutense de Madrid para reponer dos dientes perdidos sin posibilidad de colocarse implantes. Realizamos impresiones con el escáner True Definition® 3M enviadas al laboratorio junto con la toma de color. Recibimos la turbina, las fresas, las guías de tallado, la corona de zirconio monolítico y los modelos prototipados. En la segunda cita procedemos a realizar el tallado guiado por las férulas preformadas y el cementado de las coronas mediante técnica adhesiva.

RESULTADOS

En únicamente dos citas, hemos logrado realizar dos puentes mínimamente invasivos "tipo águila" sin problemas de ajuste y totalmente guiadas. La tecnología CAD/CAM utilizada en este sistema (brazo háptico) ha permitido convertir una tarea compleja en una simple. Esta tecnología consigue con gran precisión discernir la cantidad de estructura dentaria que debemos eliminar, sin perder fiabilidad a la hora de la cementación.

CONCLUSIONES

First fit® es un sistema que nos permite realizar tallados con precisión sin necesidad de la experiencia clínica para ello.

PC - 147**PROTOCOLO DE TRABAJO EN LA PRÓTESIS HÍBRIDA METAL CERÁMICA, A PROPÓSITO DE UN CASO.**

Autor principal: MIRIAM ALONSO FUENTE.

Coautores: BLANCA SERRA PASTOR, JESUS PELAEZ RICO, CELIA TOBAR ARRIBAS, CRISTINA MARTIN MUÑOZ, MARIA JESUS SUAREZ GARCIA.

Centro de trabajo: UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Se estima que la proporción de pacientes portadores de prótesis completas insatisfechos se sitúa entre el 10% y el 30%. Los motivos principales suelen ser, entre otros, la movilidad de la prótesis inferior, molestias durante la función y problemas estéticos. Sin embargo, en los últimos 20 años se ha generalizado el uso de implantes dentales para tratar a pacientes edéntulos que tienen problemas con su prótesis. El objetivo de este estudio es exponer el protocolo de trabajo para la confección de una prótesis híbrida metal cerámica.

METODOLOGÍA

Se expone el caso de una paciente que acude al Máster de Prótesis de la Universidad Complutense de Madrid con el objetivo de buscar una alternativa a su prótesis completa inferior. Tras el estudio del caso analizando diferentes parámetros se decide realizar una prótesis híbrida metal cerámica.

RESULTADOS

La bibliografía revisada avala el empleo de prótesis híbridas para la rehabilitación de mandíbulas edéntulas siempre que el número de implantes sea suficiente y la relación maxilomandibular y espacio intermaxilar así lo permita. Así mismo se debe analizar minuciosamente el grado de soporte labial y de extensión vestibular de la prótesis fija necesarios para lograr una estética satisfactoria y garantizar una buena higiene al mismo tiempo. Para ello, se debe seguir un concepto de diseño de pónico ovoide y no presentar concavidades inaccesibles.

CONCLUSIONES

La prótesis híbrida implantosoportada representa una opción terapéutica predecible para rehabilitar el maxilar inferior edéntulo, asociándose a una mayor satisfacción y calidad de vida del paciente

PC - 148**TALLADO SELECTIVO GUIADO POR FÉRULA OCLUSAL: UN ESTUDIO CLÍNICO PROSPECTIVO.**

Autor principal: FELIPE JOSÉ FERNÁNDEZ GONZÁLEZ.

Coautores: IRUNE ABERASTURI FRANCO, ESTEBAN PÉREZ PEVIDA, JORGE CABERO LÓPEZ, ANTONIO JIMÉNEZ GARRUDO, ARITZA BRIZUELA VELASCO.

Centro de trabajo: INSTITUTO ASTURIANO DE ODONTOLOGÍA, UNIVERSIDAD DE OVIEDO.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El objetivo de este estudio fue describir un procedimiento reproducible y predecible de desgaste selectivo guiado mediante una férula oclusal y analizar la posición del cóndilo (PC) en función del patrón esquelético.

METODOLOGÍA

32 pacientes sintomáticos medidos por (18 mujeres y 14 hombres) fueron clasificados en tres grupos según su patrón facial en: hiperdivergente, intermedio y hipodivergente. Se construyó una férula oclusal y la PC se cuantificó mediante unos modelos montados en un "Medidor del desplazamiento condilar" (MDC). Se realizó el índice Helkimo, mostrando los síntomas moderados a graves expresados en % cuando se trata de una disfunción clínica. Una vez obtenida la estabilidad necesaria, la férula se redujo progresivamente hasta lograr la máxima intercuspidad (MIC).

RESULTADOS

Se encontró que el desplazamiento vertical fue significativamente diferente entre el grupo hiperdivergente y los otros grupos ($p < 0,01$). Mediante las comparaciones del análisis con el MDC antes y después del procedimiento de tallado selectivo se identificaron diferencias estadísticamente significativas entre la PC horizontal y vertical ($p < 0,01$).

CONCLUSIONES

Todos los tipos faciales, especialmente hiperdivergente, se sometió a una reducción en el desplazamiento condilar (CD) utilizando este procedimiento. Su simplicidad y eficacia hace que esta técnica sea excelente para todos los profesionales.

PC - 149

REHABILITACIÓN DEL SECTOR POSTEROINFERIOR MEDIANTE IMPLANTES CORTOS.

Autor principal: CARLOS VALDIVIESO DEL PUEBLO.

Coautores: MARTA ROBLES GARCÍA, CLARA ROBLES GARCÍA, CLARA SANTOS ERQUICIA, LUÍS VÁZQUEZ VÁZQUEZ.

Centro de trabajo: FUNDACIÓN CLÍNICA UNIVERSITARIA DE LA UNIVERSIDAD REY JUAN CARLOS.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

En ocasiones nos encontramos con una limitación en la disponibilidad de volumen óseo en altura para la colocación de implantes dentales de manera convencional. En la actualidad disponemos de diferentes técnicas quirúrgicas que permiten aumentar el hueso residual y obtener volúmenes óseos adecuados para la inserción de implantes de longitud estándar, pero ello supone someter al paciente a un mayor número de intervenciones quirúrgicas. Otra opción disponible es el empleo de implantes cortos, aunque tradicionalmente se han podido asociar a tasas de supervivencia menores que la de los implantes largos, en la actualidad estas cifras están cambiando. El propósito de esta comunicación es presentar un caso clínico resuelto mediante la utilización de implantes cortos y comprobar el estado actual del conocimiento de este tipo de alternativa terapéutica.

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de 42 años sin antecedentes médicos de interés que precisa rehabilitación mediante implantes dentales a nivel de 36 y 37. Nos encontramos que presenta limitación de altura por la cercanía del Nervio dentario inferior (NDI). Se decidió colocar dos implantes Zimmer de 4'7 x 8 mm (36) y de 6 x 8 mm (37).

RESULTADOS

A los 3 meses se rehabilitó mediante prótesis ceramometálica atornillada y se presenta seguimiento al año de la misma.

CONCLUSIONES

La rehabilitación con Implantes Cortos puede ser como una alternativa válida y predecible en casos en los que disponemos de poca altura ósea. Se puede reducir el número de cirugías, la morbilidad, el tiempo y el coste del tratamiento.

PC - 150

PLANIFICACIÓN IMPLANTOLÓGICA MEDIANTE SOFTWARE INFORMÁTICO PARA REHABILITACIÓN COMPLETA DE MAXILAR SUPERIOR. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO.

Autor principal: MARTA ROBLES GARCÍA.

Coautores: CARLOS VALDIVIESO DEL PUEBLO, CLARA ROBLES GARCÍA, CLARA SANTOS ERQUICIA, LUIS VÁZQUEZ VÁZQUEZ.

Centro de trabajo: FUNDACIÓN CLÍNICA UNIVERSITARIA REY JUAN CARLOS.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El posicionamiento correcto de los implantes dentales supone uno de los puntos fundamentales que determinan el éxito del tratamiento protésico. La colocación de los implantes guiada por una guía quirúrgica específica es una técnica con ventajas en comparación a la técnica manual convencional ya que los implantes son colocados en la posición deseada que previamente hemos planificado. Es una técnica que debe ser utilizada con precaución debido a la posibilidad de pequeñas discrepancias. El objetivo de esta comunicación es la presentación de un caso en el que se utiliza la planificación de la colocación de implantes mediante software informático.

METODOLOGÍA

Paciente de 63 años de edad, sin datos clínicos de interés. Se colocaron 8 implantes utilizando una férula quirúrgica mucosoportada para cirugía guiada tras planificación con el software Simplant[®]. Para la cirugía utilizamos el sistema Fidelis de Mozo Grau[®]. La cirugía fue transmucosa.

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

La oseointegración de uno de los implantes no fue exitosa, por lo que se realizó la rehabilitación completa superior de metal-porcelana sobre 7 implantes. El resultado fue satisfactorio. Presentamos revisión a los 3 años. Los principales beneficios de la cirugía guiada residen en el control de la profundidad, posición y angulación del implante y la disminución del riesgo de dañar estructuras anatómicas colindantes. Esta técnica ha demostrado ventajas sobre la técnica manual convencional, pero debe ser utilizada con cautela debido a las posibles discrepancias.

PC- 153

TRANSFERENCIA DEL PERFIL DE EMERGENCIA MODIFICANDO EL MODELO DE TRABAJO EN UNA PRÓTESIS PARCIAL FIJA IMPLANTOSOPORTADA: A PROPÓSITO DE UN CASO.

Autor principal: VANESSA AMELIA GUTIÉRREZ VARGAS.

Coautores: VANESSA LOPEZ, JAIME OREJAS, CARLOS SERRANO.

Centro de trabajo: UNIVERSIDAD EUROPEA.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La conservación de la salud del periodonto mediante la adecuada transferencia de información de la estética rosa en el diseño de la futura restauración definitiva, resulta clave para conseguir resultados favorables en Implantoprótesis. El objetivo del presente trabajo es transferir de manera precisa al modelo de trabajo el perfil de emergencia conseguida en la conformación de tejidos de forma que la restauración definitiva acabe simulando la emergencia natural de la encía creando restauraciones biológicamente integrados con los demás tejidos

METODOLOGÍA

Paciente de 47 años de edad, con IOI en 1.3,1.1/2.1,2,3, tras la conformación de tejidos blandos, se procede a la toma de impresiones definitivas, con la transferencia de información de la arquitectura gingival al modelo de trabajo en la fase de prueba de bizcocho de la restauración definitiva, y así de manera precisa trasladar el perfil de emergencia real de la boca del paciente.

RESULTADOS

Tras conseguir la preservación del festón gingival se garantiza la creación de un perfil de emergencia correcto de forma sencilla y aseguramos la predictibilidad en la integración biológica de la restauración

CONCLUSIONES

En este caso clínico, la incorporación de una segunda transferencia del perfil de emergencia permite la optimización tisular considerándolo así un tratamiento exitoso en la salud y la estética del segmento anterior.

PC - 158

CAD WAX Y SU IMPORTANCIA PARA PREDECIR RESTAURACIONES ANTERIORES ESTÉTICAS MINIMAMENTE INVASIVAS MEDIANTE EL SISTEMA CEREC.

Autor principal: NIEVES ALBIZU RODRÍGUEZ.

Coautores: CRISTIAN ABAD CORONEL, FERNANDO LEDESMA, ANTONIO MEAÑOS, GUILLERMO PRADÍES.

Centro de trabajo: COMPLUTENSE DE MADRID.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El sistema CEREC presenta varios materiales que son desconocidos y cuyo uso no ha sido debidamente justificado y resulta más útil de lo esperado. El objetivo de este caso clínico es demostrar la utilidad de un material plástico cad-cam, para ejecutar restauraciones siguiendo un flujo digital completo obviando técnicas tradicionales como el mock-up con encerado previo con la posibilidad de inyectarlo o fresarlo.

METODOLOGÍA

Paciente 30 años, acudió a la Universidad Complutense mostrando insatisfacción con su estética anterior. Se realizó un análisis digital de la sonrisa del paciente y se planificó un abordaje con restauraciones definitivas de cerámica feldespática a través de un tallado mi-

nimo y sin línea de terminación. Para predecir el resultado de las restauraciones se utilizó un material plástico fresado con el sistema MCXL. Dentro del flujo fue utilizado el sistema Cerec Omnicam mediante el software SW 4.4.2.

RESULTADOS Y CONCLUSIÓN

El diseño y fresado de restauraciones en un material polimérico permitió predecir el resultado en cuanto a morfología, tamaño y volumen de las restauraciones definitivas.

PC - 160

MODELO ALTERADO PARA EL CORRECTO REGISTRO DE ÁREAS ÉDENTULAS EN IMPLANTOLOGÍA.

Autor principal: ROBERTO PERNAS GARCÍA.

Coautores: RALUCA ANDREA POSTELNICU, VÍCTOR ALONSO DE LA PEÑA, URBANO SANTANA MORA.

Centro de trabajo: UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA/ FACULTAD DE ODONTOLOGÍA Y MEDICINA.

INTRODUCCIÓN

La impresión sobre implantes oseointegrados es una fase crítica. Requiere que el paciente tolere la cubeta y material de impresión. Características de las arcadas y paciente (comunicación oronasal, condiciones geriátricas, alteraciones psicósomáticas, ...) pueden hacer de esta un desafío complejo.

OBJETIVO

Impresión secundaria y modelo alterado para un registro preciso de tramos edéntulos en prótesis fija sobre implantes.

METODOLOGÍA

La prueba de la subestructura metálica sobre dos pilares oseointegrados (4.3 a 3.3) en un paciente anciano se mostró diferente del modelo de trabajo, incorrectamente adaptada a los tejidos blandos. Opciones: nueva impresión (costoso); impresión de arrastre (no permite recoger tejidos bajo la estructura); o alterar el modelo en la visita de prueba de estructura ya que no requiere colocar la cubeta (mal tolerada por el paciente). Se redujo la estructura oclusalmente para una oclusión adecuada, se colocó masilla de silicona de adición densa bajo la estructura metálica atornillada, se fabricó un índice de relación intermaxilar (resina autopolimerizable de mínima contracción); se retiró, se desatornilló y removió la estructura con la silicona, se eliminó del modelo el tramo edéntulo respetando la emergencia de las réplicas de las fijaciones; se atornilló el conjunto, se encofró y positivó mediante yeso piedra mejorado.

RESULTADOS

Permite el correcto diseño y construcción de la prótesis fija tanto oclusalmente como la morfología de los pñticos.

CONCLUSIONES

Este procedimiento del modelo alterado de la cresta edéntula en implantes no ha sido descrito, es sencillo, minimiza costes, bien tolerado por el paciente, evita otra visita y es predecible.

Pósters de Investigación – PI

PI- 2

ESTUDIO CLÍNICO DE LA EXPANSIÓN DE FRAGUADO DE ESCAYOLA EN CLÍNICA VERSUS LABORATORIO.

Autor principal: PEDRO DÍAZ DÍAZ.

Coautores: JOSÉ MANUEL MARTÍNEZ RAMOS.

Centro de trabajo: UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Se estudia la expansión de fraguado del yeso tipo IV en virtud de las proporciones P/L y de las condiciones ambientales.

1. Método de mezcla: Manual o Mecánico al vacío.
2. Calidad del agua: Bidestilada o del Grifo.
3. Determinar cuantitativamente la diferencia entre procesado en clínica y duplicado en laboratorio.

METODOLOGÍA

Material:

- Contenedor de 30mm de diámetro y 25mm de altura.
- Silicona de adición (pesada y fluida).
- Prismas de 13x13mm y 32mm de longitud.
- Prismas de 8x8mm y 32mm de longitud.
- Yeso tipo IV.

Método: Se obtiene una impresión de silicona pesada del prisma de 13x13 mm y 14,5 mm de profundidad. Realizado el fraguado, se retira el mismo y se obtiene con silicona fluida la impresión del prisma de 8x8 mm y 12 mm de profundidad. Una vez fraguada, se saca el prisma y se deja reposar la impresión 90 minutos. Pasado este tiempo se positiviza con la escayola; 100g de yeso por 22 ml de agua y se introduce en una cámara de humedad que se cierra cuando el yeso pierde su brillo.

RESULTADOS

Se reduce la expansión de fraguado con la mezcla mecánica al vacío, con agua bidestilada y con la cámara de humedad.

CONCLUSIONES

1. El uso de cámara de humedad no está generalizado en los laboratorios de prótesis dental.
2. El yeso de laboratorio debería ser el mismo que el de uso clínico.
3. El usuario del material debe cumplir escrupulosamente las medidas polvo-líquido.
4. Es fundamental realizar la mezcla mediante mezclador mecánico que genere vacío en su interior.

PI-11**INFLUENCIA DE LA ALTURA DEL PILAR PROTÉSICO EN LA PÉRDIDA ÓSEA MARGINAL. REVISIÓN DE LA LITERATURA.**

Autor principal: ERIK REGIDOR CORREA.

Coautores: MARIANA GONZALEZ AXPE, MERCEDES PEREZ AGUIRREZABAL, ESPERANZA GROSS TRUJILLO, CARMEN CARNICERO SANTIAGO, ALBERTO ORTIZ VIGÓN CARNICERO.

Centro de trabajo: CLINICA ORTIZ VIGÓN - PERIOCENTRUM BILBAO.

INTRODUCCIÓN

La aparición de la patología periimplantaria y los factores de riesgo que están implicados en su desarrollo son aún un tema que genera controversia. A pesar de que en la mayoría de los casos la aparición de la periimplantitis se relaciona con parámetros relativos al paciente y su susceptibilidad, existen otra serie de parámetros o factores de riesgo que se están correlacionando cada vez con más significancia. La literatura actual describe una relación biológicamente plausible y demostrada entre los diseños protésicos y la instauración de la patología periimplantaria. Uno de los factores relacionados con la prótesis es la elección inadecuada del pilar protésico. Las líneas de investigación actuales defienden que la utilización de un pilar protésico corto (<2mm) es un factor de riesgo de pérdida ósea marginal. El objetivo de esta revisión de la literatura es analizar el impacto que tiene la altura del pilar en la pérdida ósea marginal periimplantaria y establecer unas pautas de elección de la altura del pilar.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevo a cabo una búsqueda electrónica en la base de datos Medline desde 1995 utilizando las siguientes palabras clave: altura del pilar protésico, espacio biológico, pérdida ósea marginal, cantidad de mucosa queratinizada, periimplantitis. Además se realizó una búsqueda manual en las revistas de mayor impacto en implantología, prótesis y periodoncia.

RESULTADOS

La utilización de pilares de 2 o más milímetros de altura favorece la preservación de los niveles óseos periimplantarios permitiendo la formación de la anchura biológica a una distancia fisiológica del hueso.

Por lo contrario, la utilización de pilares inferiores a 2 milímetros de altura supone acercar la unión pilar-prótesis al hueso creándose así la anchura biológica desde dicha conexión hacia apical lo que incrementa el riesgo de pérdida ósea marginal periimplantaria.

La cantidad de mucosa queratinizada alrededor de implantes es otro factor que tiende a la significancia y por ello resulta aún más determinante la elección de un pilar que no comprometa dicha mucosa.

CONCLUSIONES

Se recomienda la utilización de pilares protésicos de 2 o más milímetros de altura para que el espacio biológico se establezca coronal al hombro infraóseo del implante, para respetar la mucosa queratinizada y reducir el riesgo de pérdida ósea marginal periimplantaria

Se necesitan más ensayos clínicos aleatorizados para sostener la hipótesis planteada sobre la relación de la altura del pilar protésico y la pérdida ósea marginal periimplantaria.

PI- 19

ESTUDIO PROSPECTIVO CLÍNICO- RADIOLÓGICO DEL COMPORTAMIENTO COMPARATIVO DE IMPLANTES CORTOS DEL SISTEMA PROCLINIC EN SECTORES POSTERIORES SEGÚN SU CONEXIÓN: RESULTADOS PRELIMINARES.

Autor principal: CARLOS COBO-VÁZQUEZ.

Coautores: MOLINERO-MOURELLE P, DEL RÍO- HIGHSMITH J, GUISSADO BF, LÓPEZ-QUILES J.

Centro de trabajo: UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID.

INTRODUCCIÓN

La utilización de implantes de titanio para la rehabilitación de pacientes desdentados es una técnica empleada de forma rutinaria con alta predictibilidad. La tasa de éxito a largo plazo de diferentes implantes supera el 90%. En la actualidad, existen situaciones de escasa disponibilidad ósea en la que se solicita la rehabilitación con implantes evitando otras técnicas quirúrgicas de mayor morbilidad.

OBJETIVOS

Evaluar la supervivencia de implantes cortos. Registrar las complicaciones biológicas y mecánicas en la fase quirúrgica y osteointegración temprana de los implantes cortos de conexión externa e interna.

MATERIAL Y MÉTODOS

Estudio clínico aleatorizado prospectivo a boca partida. Se colocaron implantes Proclenic® de 6mm de longitud en sectores posteriores edéntulos, de conexión hexagonal externa y conexión octogonal interna de cono morse.

RESULTADOS

Se colocaron 21 implantes cortos en 5 pacientes. En la fase quirúrgica se registraron 6 casos de ausencia de estabilidad primaria, 1 fractura de la conexión del transportador, 3 fracturas de la conexión del implante, 3 fenestraciones óseas. Intraoperatoriamente se decidió retirar 4 implantes por ausencia de estabilidad primaria. En la fase osteointegración temprana se registraron 2 pérdidas de implantes.

CONCLUSIONES

Los implantes cortos son actualmente una opción de tratamiento en pacientes con escasa disponibilidad ósea que no estén dispuestos a someterse a otras alternativas quirúrgicas. La estabilidad primaria en los implantes cortos es un factor importante para la supervivencia.

PI- 34

CONEXIÓN IMPLANTE-PILAR: CONSIDERACIONES BIOLÓGICAS.

Autor principal: ALEJANDRO OLAYA RUBIAL.

Coautores: SANDRA OBANDO FONSECA, PATRICIA TRUCHUELO DÍEZ, CRISTINA MÍGUEZ NAVARRO, JESÚS DOMÍNGUEZ VIGUERAS, MARIANO DEL CANTO PINGARRÓN.

Centro de trabajo: MÁSTER EN CIRUGÍA BUCAL, IMPLANTOLOGÍA Y PERIODONCIA. UNIVERSIDAD DE LEÓN.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Debido a la gran variedad de tipos de conexión implante-pilar, se hace muy difícil elegir cuál es la que mejores resultados ofrece. El objetivo es analizar los factores biológicos que influyen en el éxito de las restauraciones implantosoportadas, así como la relación que tiene el tipo de conexión con la colonización bacteriana y los cambios en la cresta ósea derivados de la misma.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda en PubMed para seleccionar las referencias bibliográficas, y los artículos fueron obtenidos de bibliotecas electrónicas, excluyendo aquellos de más de 5 años. Las palabras clave utilizadas fueron *implant interface*, *abutment connection*, *stress distribution*, *reliability*, *failure mode*.

RESULTADOS

La comparación de las diferentes conexiones ha puesto de manifiesto que la conexión hexagonal externa demuestra mayores valores de filtración bacteriana por su mayor dimensión del gap implante-pilar. Entre las conexiones internas, las cónicas son las que mejor sellado periférico presentan, siendo por ello las que menor remodelación ósea periimplantaria presentan en los primeros años de funcionamiento.

CONCLUSIONES

La conexión interna, en especial la cónica, ha demostrado ser la de elección para minimizar las complicaciones biológicas derivadas de la colonización bacteriana del microgap.

PI- 35

CONEXIÓN IMPLANTE-PILAR: CONSIDERACIONES MECÁNICAS.

Autor principal: CRISTINA MÍGUEZ NAVARRO.

Coautores: PATRICIA TRUCHUELO DÍEZ, SANDRA OBANDO FONSECA, ALEJANDRO OLAYA RUBIAL, MIGUEL ÁNGEL ALOBERA GRACIA, MARIANO DEL CANTO PINGARRÓN.

Centro de trabajo: MÁSTER EN CIRUGÍA BUCAL, IMPLANTOLOGÍA Y PERIODONCIA. UNIVERSIDAD DE LEÓN.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Debido a la gran variedad de tipos de conexión, se hace muy difícil elegir cuál es la que mejores resultados ofrece. El objetivo es analizar los factores mecánicos que influyen en el éxito de las restauraciones implantosoportadas, siendo el más destacado la distribución de fuerzas a lo largo del implante y las complicaciones que derivan de ella.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda en PubMed para seleccionar las referencias bibliográficas, y los artículos fueron obtenidos de bibliotecas electrónicas, excluyendo aquellos de más de 5 años. Las palabras clave utilizadas fueron *implant interface*, *abutment connection*, *stress distribution*, *reliability*, *failure mode*.

RESULTADOS

Las complicaciones mecánicas son de más frecuente aparición en implantes con conexión externa sometida a carga, mientras que la conexión interna presenta mejor distribución de fuerzas, sobre todo no axiales. También es decisivo la superficie de conexión, siendo crítico en implantes de plataforma estrecha. La mala distribución de las cargas puede afectar a la

integridad del implante y de los componentes protésicos, desencadenando fracasos de las restauraciones.

CONCLUSIONES

La elección de conexión interna disminuye la aparición de complicaciones mecánicas en las restauraciones implantosoportadas.

PI- 36

PROPIEDADES MECÁNICAS DE LOS COMPOSITOS REFORZADOS CON FIBRA.

Autor principal: JON SALAZAR CANTERO.

Coautores: EVARISTO RAMBLA ALONSO, BORJA SALAZAR CANTERO.

Centro de trabajo: UNIVERSIDAD DE ALMERIA.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Los composites resinosos son ampliamente utilizados en nuestros días para la restauraciones en los sectores posteriores. Los problemas mas comunes son la fractura del material y las consecuencias de la contracción del material.

Es por ello que en los últimos tiempos han aparecido los composites reforzados con fibra que han comenzado a utilizarse en el sector posterior en dientes vitales y no vitales con el fin de resistir mejor las fuerzas y es estrés que se produce en la zona.

El objetivo de este artículo es comparar la eficacia de diferentes variables mecánicas y físicas entre los composites reforzados con fibra y los composites convencionales para uso en los sectores posteriores

METODOLOGÍA

Se realizo una revisión bibliográfica utilizando PUBMED con la siguiente estrategia: fiber* reinforced composite* AND posterior* restoration*. Dando como resultado un total de 41 artículos de los cuales fueron excluidos 29 tras la lectura del abstract. Los 12 artículos restantes fueron analizados.

RESULTADO

Los estudios in vitro mostraron mejores datos en la capacidad de carga, resistencia a la flexión, modulo de flexión y contracción lineal en los composites reforzados con fibra que en los composites convencionales.

CONCLUSIONES

La aparente superioridad en las propiedades mecánicas de los composites reforzados con fibra de vidrio puede hacer de ellos alternativa eficiente para las restauraciones posteriores.

PI-43

APLICANDO LA CEFALOMETRÍA EN LA PLANIFICACIÓN PROSTODÓNTICA.

Autor principal: ERNESTO JOSÉ RÍOS CANO.

Coautores: VERÓNICA HERNÁNDEZ PÉREZ, SOFÍA ANDREU SERRANO.

Centro de trabajo: HOSPITAL UNIVERSITARIO DE TORREVEJIA (AVS).

La cefalometría es comunmente utilizada por ortodoncistas para la planificación del tratamiento ortodóntico, pero en el estudio de la ATM y la planificación prostodóntica, aunque se

va implementando cada vez más, no tiene el mismo éxito a pesar de que su uso para este fin ya se propuso por primera vez en 1931 por Hofrath.

OBJETIVO

El objetivo de este trabajo es realizar una revisión de la literatura actualizada del uso de la cefalometría en prostodoncia y describir un método sencillo para su aplicación clínica.

Respecto a la metodología, se trata de una revisión sistemática en las diferentes bases de datos PubMed, ScieLO, Google académico, SlideShare, Cochrane, Elsevier, etc. Se ha utilizado los descriptores localizados en DeCS "cefalometria/cephalometry", "prostodoncia/prosthodontics", "dimensión vertical/vertical dimension", "maloclusión/malocclusion", "rehabilitación bucal/mouth rehabilitation".

RESULTADOS

Tras revisar la literatura al respecto desde el año 1975 hasta 2016, se decide centrar la revisión en aquellos trabajos publicados a partir de 2006, tomando de los anteriores los conceptos e introducción necesarios para entender el presente trabajo. De las publicaciones más recientes encontradas hasta 2016 se articula el grueso del estudio. Con esta estructura, se presenta un recordatorio de los principales puntos y medidas cefalométricas y se describe una técnica para utilizar dichas mediciones en la planificación de la dimensión vertical, la angulación y la posición de los incisivos superiores e inferiores en el tratamiento de rehabilitación oral mediante prótesis dental. Además se exponen consideraciones al respecto de cómo abordar la rehabilitación oral atendiendo al biotipo facial del paciente y el estado de su articulación temporomandibular.

CONCLUSIONES

El uso de la cefalometría en la planificación prostodóntica es un elemento diagnóstico de gran utilidad para conseguir resultados estética y funcionalmente satisfactorios en la rehabilitación oral prostodóntica.

PI- 66

MICROFILTRACIÓN DE LA INTERFASE PILAR/IMPLANTE EN IMPLANTES DE CONEXIÓN INTERNA Y EXTERNA.

Autor principal: JORGE VÉLEZ BARROS.

Coautores: ARRIZABALAGA L, SEVILLA P, MARTIN C, PELÁEZ J, SUÁREZ MJ.

Centro de trabajo: UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID. MASTER EN PRÓTESIS BUCOFACIAL Y OCLUSIÓN.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Independientemente del tipo de conexión que tenga el implante, interna como externa, cuando en la interfase implante/pilar existe un nivel de desajuste excesivo, este podría causar daños irreparables en los tejidos periodontales además problemas mecánicos y de una transmisión inadecuada de fuerzas del pilar al implante. El objetivo de esta revisión bibliográfica es evaluar el grado de microfiltración marginal en la interfase implante/pilar.

METODOLOGÍA

Se realizó una revisión bibliográfica de artículos relacionados con las palabras clave: «external connection», «implants», «internal connection», «microfiltration», «torque». La búsqueda

bibliográfica se realizó a través de las bases de datos Pubmed, Medline y Cochrane. Como criterios de inclusión se consideraron:

- Publicaciones entre los años 2010-2016.
- El artículo debe hacer referencia a un estudio in vitro, o a una revisión bibliográfica.

RESULTADOS

Se observaron diferencias en la microfiltración entre ambos tipos de conexiones. Los implantes con conexión interna presentan niveles menores de microfiltración, que en aquellos con conexión externa, por consiguiente, serían menos propensos a desarrollar inflamación de los tejidos periodontales causados por la presencia de la acumulación de bacterias a nivel de la interfase implante/pilar. Los niveles de microfiltración disminuyen al aumentar el torque sobre los tornillos.

CONCLUSIONES

Un buen ajuste en la interfase pilar-implante puede prevenir la filtración bacteriana. Se necesitan más estudios con pilares angulados.

PI- 67

PROTOCOLO DE CEMENTADO EN NUEVOS MATERIALES: CERAMICAS HÍBRIDAS.

Autor principal: BEATRIZ DE LUJÁN SAID.

Coautores: JIMÉNEZ L, TOBAR C, GARCÍA S, SUÁREZ MJ.

Centro de trabajo: MÁSTER EN PRÓTESIS BUCOFACIAL Y OCLUSIÓN. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID.

INTRODUCCIÓN

Los materiales híbridos a base de cerámicas constituyen actualmente una alternativa para la confección de las restauraciones convencionales. El objetivo principal de esta revisión bibliográfica es evaluar el protocolo de cementado en los diferentes materiales híbridos así como comparar las diversas técnicas adhesivas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se llevó a cabo una búsqueda bibliográfica de artículos con las siguientes palabras clave: <adhesive luting>, <hybrid ceramics>, <Vita ENAMIC>, <CAD/CAM>. Las bases de datos utilizadas fueron PubMed, Medline y Cochrane filtrando la búsqueda en aquellos artículos publicados en los últimos 5 años.

RESULTADOS

Respecto al protocolo de cementado, se recomienda arenar la restauración cuando usamos resina nanocerámica Lava Ultimate. El resto de materiales han demostrado excelentes resultados con grabado ácido y aplicación de adhesivo.

La adhesión al esmalte se consigue mediante el grabado ácido, lavado y el uso de cementos de resina autoadhesivos. En dentina se han demostrado mejores resultados con el uso de cementos autograbantes. Uno de los principales problemas a la hora de cementar restauraciones híbridas indirectas es la transmisión de la luz, por ello deben utilizarse materiales de polimerización auto o dual.

CONCLUSIONES

Los estudios revisados han demostrado resultados satisfactorios con todos los materiales para su uso clínico. Sin embargo, son necesarias más investigaciones que nos permitan sistematizar su protocolo de trabajo así como su comportamiento a largo plazo.

PI- 70

ESCÁNER INTRAORAL EN IMPLANTOPRÓTESIS: PUESTA AL DÍA.

Autor principal: ALICIA RIBAGORDA HERRANZA.

Coautores: PAULA PONTEVEDRA, PABLO SEVILLA, MARIA JESÚS SUÁREZ.

Centro de trabajo: UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID. MÁSTER DE PRÓTESIS BUCOFACIAL Y OCLUSIÓN.

INTRODUCCIÓN

La creciente incorporación de técnicas digitales en nuestra práctica clínica facilita y ayuda a la predictibilidad de los resultados en las rehabilitaciones sobre implantes. Actualmente gracias al escáner intraoral se puede realizar impresiones digitales que nos permiten realizar tratamientos dentales en menos tiempo, siendo menos invasivos, menos costoso y más precisos. El objetivo de este trabajo es revisar y comparar las ventajas y desventajas de los diferentes sistemas digitales intraorales para impresiones en implantoprótesis.

METODOLOGÍA

Se ha realizado una revisión bibliográfica en las bases de datos Medline, PubMed y Compludoc utilizando las siguientes palabras clave: "intraoral scanner", "digital impression", "intraoral digital impression".

RESULTADOS

En la actualidad, la gran mayoría de los escáneres intraorales garantizan el ajuste pasivo en las rehabilitaciones de implantes unitarios o tramos cortos sobre 2 o 3 implantes, pero no así cuando se trata de rehabilitar múltiples implantes, donde existe controversia y pocos estudios acerca de su exactitud y precisión. Existen diferencias entre los distintos escáneres.

CONCLUSIONES

Los escáneres intraorales presentan ciertas ventajas frente a las impresiones convencionales. Sin embargo, en el campo de la implantoprótesis son necesarias más investigaciones enfocadas a la rehabilitación de arcadas completas.

PI- 71

EVOLUCIÓN DE LOS MATERIALES CERÁMICOS EN LA CONFECCIÓN DE CARILLAS.

Autor principal: LAURA BACA-GONZALEZ.

Coautores: PEDRO MOLINERO-MOURELLE, PABLO SEVILLA HERNÁNDEZ, CRISTINA MARTÍN MUÑOZ, JAIME DEL RÍO HIGHSMITH.

Centro de trabajo: FACULTAD DE ODONTOLOGÍA. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El aumento actual en la demanda estética ha propiciado un aumento en el desarrollo de la industria de los materiales dentales para la confección de carillas cerámicas. El objetivo

del presente estudio es realizar una revisión bibliográfica sobre los materiales y técnicas de confección para carillas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda bibliográfica en PubMed y Medline de los términos *porcelain veneer*, *feldspathic veneer*, *lithium disilicate veneer* y *laminare veneer* y se incluyeron artículos en español, portugués e inglés desde el año 2006.

RESULTADOS

Las cerámicas empleadas para carillas han sido tradicionalmente confeccionadas mediante porcelanas feldespáticas, desde su formulación más clásica de feldespato, cuarzo y caolín, hasta los refuerzos con leucita y disilicato de litio. En este sentido actualmente han aparecido nuevas presentaciones como la infiltración con resina o la mezcla de cristales de disilicato de litio, óxido de circonio y óxido de silicio, mejorando sus propiedades.

CONCLUSIONES

El mundo de las cerámicas dentales está en constante evolución. En la actualidad la tendencia técnica y clínica está enfocada en una combinación de las nuevas formulaciones de materiales, el CAD-CAM y una preparación mínimamente invasiva para obtener la máxima resistencia y una estética alta y predecible.

PI-73

FACTORES DE RIESGO ASOCIADOS AL FRACASO EN IMPLANTES DENTALES. ESTUDIO CLÍNICO RETROSPECTIVO.

Autor principal: EDUARDO DIEGO SÁNCHEZ SÁNCHEZ.

Coautores: FRANCISCO SÁNCHEZ ASENSIO, SANDRA MAÑAS GARCÍA, ANA ROIG VANACLOCHA, RUBÉN AGUSTÍN PANADERO, M^a FERNANDA SOLÁ RUIZ.

Centro de trabajo: FACULTAT DE MECININA I ODONTOLOGIA- UNIVERSITAT DE VALÈNCIA.

INTRODUCCIÓN

Se realizan estudios para evaluar las causas que desencadenan la pérdida de los implantes dentales, obteniendo resultados dispares.

OBJETIVOS

Este estudio clínico retrospectivo, pretende estimar la incidencia de fracaso de los implantes en relación a factores pertenecientes al propio individuo, al implante y a la técnica empleada a través de análisis descriptivos, bivariados y un modelo de regresión logística multivariante.

METODOLOGÍA

La muestra para la investigación está constituida por 171 pacientes a los que se realizó un total de 378 implantes con una permanencia en boca mínima de 5 años. Se trata de 103 mujeres (60,2%) y 68 varones (39,8%), con una edad media de $52,4 \pm 11,6$ años. Resultados: apreciamos 343 éxitos (90,7%) y 35 fracasos (9,3%). Siendo estadísticamente significativo, por medio del test Chi², factores pronóstico como: mayor número de implantes - paciente ($p < 0,001$), paciente periodontal ($p = 0,033$) y maxilar superior ($p = 0,001$). El resto de aspectos estudiados (sexo, edad, periodontitis, número de implantes, zona, pureza de titanio, conexión interna hexagonal u octogonal, tratamiento de superficie, cuello del implante, longitud, diámetro, elemento protésico, injerto óseo u implante inmediato), no han resultado significati-

vos, únicamente mencionar la ausencia de fracasos en implantes ferulizados e implantes en zona anteroinferior que representan el 15,9% y el 5,8% de la muestra, respectivamente. Tras el análisis multivariante, la localización es, el factor más influyente sobre la probabilidad de fracaso ($p=0,007$), mientras que la periodontitis deja de ser significativa ($p=0,175$).

CONCLUSIÓN

Dentro de las limitaciones de este estudio, nuestros resultados multivariados, sugieren que existe una relación entre la localización de los implantes y su fracaso, siendo el maxilar superior el más afectado descartando finalmente la enfermedad periodontal como un factor de mal pronóstico a pesar de los resultados univariados.

PI- 74

ACTUALIZACIÓN EN INCRUSTACIONES: CERÁMICA VS RESINA.

Autor principal: MUSTAFA ABDULLAH GSEIBAT.

Coautores: SIERRA BAZÁN A, MIEGIMOLLE B, GIL L J, SUAREZ MJ.

Centro de trabajo: MASTER DE PRÓTESIS BUCOFACIAL. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Las incrustaciones son un tratamiento estético y mínimamente invasivo para tratar dientes posteriores con gran pérdida de tejido dentario. Surgieron hace algunos años como una alternativa de tratamiento frente a las restauraciones directas. En la actualidad disponemos de diferentes materiales (Resinas, Cerámicas, etc) que podemos elegir a la hora de rehabilitar un paciente con incrustaciones dependiendo de distintas factores que se deben de tener en cuenta. El objetivo del presente trabajo es determinar los factores de elección del material de las incrustaciones composite o cerámica.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica en Pubmed, Medline, Compludoc, Catálogo Cisne y Dialnet Plus con las siguientes palabras clave: ceramics, composite resin, dental porcelain, glass ceramics, onlay, overlay, indirect restoration. Los criterios de exclusion fueron: Metal, gold, crown.

RESULTADOS

Existen diversos factores como son, biomecánica, adaptación marginal, estética, estabilidad del color, transferir el estrés funcional a las estructuras del diente, resistencia ante la fatiga, dientes endodonciados, diente antagonista, economía, cantidad de tejido dentario remanente, técnica de confección, o supervivencia, a la hora de seleccionar e indicar el material restaurador (cerámica o resina) para realizar una incrustación. Los resultados son controvertidos.

CONCLUSIONES

Existen muchos factores en cuanto a la selección del material de las incrustaciones, no siendo posible estandarizar la aplicación de cada uno de ellos. Se deberá estudiar cada caso individualmente para poder establecer una correcta planificación del material de elección.

PI- 87

AJUSTE MARGINAL DE PRÓTESIS FIJAS PARCIALES CON ESTRUCTURAS METÁLICAS CONFECCIONADAS MEDIANTE NUEVAS TECNOLOGÍAS: ESTUDIO IN VITRO.

Autor principal: CELIA TOBAR ARRIBAS.

Coautores: CASTILLO DE OYAGÜE R, VIZOSO NOVAL B, LÓPEZ SUÁREZ C, RODRÍGUEZ ALONSO V, SUÁREZ GARCÍA MJ.

Centro de trabajo: DEPARTAMENTO DE PRÓTESIS BUCOFACIAL. FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID (UCM).

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La metal-cerámica sigue siendo el material más utilizado en prótesis fija. El desarrollo de nuevas tecnologías CAD/CAM está permitiendo que las aleaciones metálicas, tradicionalmente utilizadas con la técnica de colado, se procesen mediante métodos aditivos, como la sinterización láser, y sustractivos, como el fresado de metal presinterizado, desplazando a los métodos convencionales. El ajuste marginal es un factor crucial para el éxito a largo plazo de estas restauraciones, estas nuevas tecnologías pretenden alcanzar un sellado óptimo, entre otras ventajas. El objetivo de este estudio es medir y analizar el ajuste marginal de estructuras de puentes fabricados mediante tecnología sustractiva (presinterizado), tecnología aditiva (sinterizado láser) y método convencional (colado).

METODOLOGÍA

Se fabricaron 30 estructuras de Co-Cr de puentes de tres unidades, sobre probetas de acero mecanizadas, mediante tres técnicas de confección: colado (n=10), sinterizado láser (n=10) y presinterizado (n=10). Se observaron con microscopía electrónica de barrido (JSM-6400, JEOL) para determinar el ajuste marginal vertical post-cementado. Todos los datos fueron estadísticamente analizados, aplicando los test de ANOVA, Welch y Brown-Forsythe. El nivel de significación se estableció para $\alpha=0.05$.

RESULTADOS

Las estructuras sinterizadas obtienen valores medios de desajuste de $43,09\pm 10,45$, las de metal presinterizado de $39,03\pm 10,31$ y las coladas de $37,85\pm 11,26$, no existiendo diferencias estadísticamente significativas entre las distintas técnicas.

CONCLUSIONES

Las estructuras metálicas confeccionadas con nuevas tecnologías presentan ajustes marginales aceptables según los requisitos clínicos recomendados. Sin embargo, son necesarios más estudios tanto *in vitro* como clínicos que corroboren sus ventajas frente a las técnicas convencionales.

PI- 88

NUEVO SISTEMA PARA EL MONTAJE ESTANDARIZADO DE PROBETAS SEGÚN LA NORMA UNE-EN ISO 14801:2007.

Autor principal: MARTA GARCÍA GONZÁLEZ.

Coautores: ISMAEL GARCÍA GARCÍA, ÁNGEL ÁLVAREZ ARENAL, IGNACIO GONZÁLEZ GONZÁLEZ, M^º JESÚS LAMELA REY.

Centro de trabajo: SERVICIO DE PRÓTESIS ESTOMATOLÓGICA Y OCLUSIÓN. CLÍNICA UNIVERSITARIA DE ODONTOLOGÍA. FACULTAD DE MEDICINA Y CIENCIAS DE LA SALUD. UNIVERSIDAD DE OVIEDO.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La rehabilitación mediante prótesis implantosoportadas presenta elevadas tasas de supervivencia, si bien es un tratamiento no exento de complicaciones que impelen al investigador a analizar los diversos diseños de pilares e implantes que han surgido en el mercado.

La Norma UNE-EN ISO 14801:2007 es una norma internacional que especifica un método de ensayo de fatiga de los implantes endoóseos y de sus componentes protésicos prefabricados. En ella se establecen las condiciones en que se debe evaluar el implante y sus componentes con el fin de simular el “caso más desfavorable”.

Dado que en la mayoría de los estudios *in vitro* que aplican esta normativa no se describe el método de obtención de las probetas de ensayo, se diseñó un recipiente *ad hoc* con el objetivo de asegurar la estandarización en el montaje de probetas para futuras investigaciones.

METODOLOGÍA

Tras una revisión bibliográfica, y en colaboración con un equipo de ingenieros de la Universidad de Oviedo, se diseñó y fabricó un recipiente desmontable para sumergir los implantes en un medio de resina epoxy en una determinada posición y se estableció un protocolo para eliminar las burbujas y facilitar el desencofrado de los bloques de resina.

RESULTADOS

La utilización de este recipiente permitió obtener probetas idénticas entre sí, según las especificaciones de la Norma 14801:2007.

CONCLUSIONES

Este nuevo sistema asegura el montaje correcto de las probetas de ensayo para poder obtener unos resultados fiables.

PI-89

TIPOS DE MATERIALES FRESADOS PARA CARGA INMEDIATA: REVISIÓN DE LA LITERATURA.

Autor principal: SERGIO ROJAS ORTEGA, MARÍA DEL CARMEN GONZÁLEZ ESCUDERO.

Coautores: ROMERO P., TRAPOTE S., RAMÍREZ P., JIMÉNEZ J.

Centro de trabajo: UNIVERSIDAD EUROPEA.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La carga inmediata es uno de los tratamientos de rehabilitación sobre implantes más demandados en la actualidad, dando así la posibilidad al paciente de obtener estética desde el mismo de la cirugía y en caso de rehabilitaciones obtener también función. La tecnología cad-cam permite realizar provisionales con mayor precisión, estética y resistencia. El objetivo de la presente comunicación oral será exponer los tipos, características, ventajas y desventajas de los materiales fresables existentes, así como los más utilizados a la hora de la fabricación de prótesis provisionales sobre implantes para carga inmediata.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica exhaustiva de los distintos materiales existentes hoy en el mercado.

RESULTADOS

Dentro de este grupo de materiales podremos destacar el **PMMA** (polimetilmetacrilato), el cual se caracteriza por tener un buen ajuste marginal, una buena resistencia transversal, un buen pulido y una durabilidad aceptable, es el material más utilizado a día de hoy; la **resina**

acetifica, la cual se ha empleado en la confección de los componentes, tanto de retención, como de soporte, para mejorar la estética de las prótesis y asimismo, puede ser una alternativa al Cr-Co en aquellos pacientes que presentan reacciones alérgicas a esta aleación; el PEEK se caracteriza por tener excelentes propiedades mecánicas y químicas ofreciendo grandes ventajas y evitando reacciones alérgicas al material. Asimismo existen más materiales en el mercado tales como el enamic, cerámica híbrida utilizada para casos unitarios por su rapidez de tallado, y alta resistencia

CONCLUSIONES

Los materiales y los sistemas de fresado es un campo en constante evolución en búsqueda de aquellos que permitan una correcta estética y resistencia. La elección de un material u otro se basará en función de cada caso atendiendo a las propiedades de cada uno de ellos.

PI-92

ANÁLISIS MICROBIOLÓGICO EN ELEMENTOS DE RETENCIÓN DE SOBREDENTADURAS SOBRE IMPLANTES. UN ESTUDIO PRELIMINAR.

Autor principal: PEDRO MOLINERO MOURELLE.

Coautores: ROCÍO IZQUIERDO ORTS, RAQUEL CASTRO PÉREZ, JOSÉ LUIS ANTONAYA MARTÍN, MIGUEL GÓMEZ-POLO, JAIME DEL RÍO HIGHSMITH.

Centro de trabajo: DEPARTAMENTO DE PRÓTESIS BUCOFACIAL. FACULTAD DE ODONTOLOGÍA. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El aumento de la población en edad avanzada ha supuesto un incremento de los portadores de sobredentaduras sobre implantes. Estos pacientes tienen una mayor susceptibilidad a desarrollar patologías bucales, este hecho sumado a una menor destreza manual, provoca en muchos casos una higiene oral insuficiente. El objetivo de este estudio es determinar si existe colonización microbiológica y analizar qué especies bacterianas colonizan con mayor frecuencia la superficie de los elementos de retención de las sobredentaduras sobre implantes.

METODOLOGÍA

En el presente estudio preliminar se realizó una revisión y toma de muestras mediante torundas y puntas de papel estériles de pacientes que habían sido rehabilitados y finalizados en un periodo mínimo de 6 meses en el Departamento de Prótesis Bucofacial de la UCM. Posteriormente se realizó un análisis microbiológico de los elementos de retención de 9 pacientes portadores de 10 sobredentaduras sobre implantes (n=10).

RESULTADOS

Las especies microbiológicas que se analizaron fueron *C. Albicans*, *Aggregatibacter actinomycetemcomitans*, *Prevotella intermedia*, *Porphyromonas gingivalis*, *Tannerella forsythia*, *Fusobacterium nucleatum*, *Parvimonas micra*, *Eikenella corrodens*, *Campylobacter rectus* y *Capnocytopaga sp.*

De las especies analizadas el análisis dio positivo para *Porphyromonas gingivalis*, *Fusobacterium nucleatum*, *Eikenella corrodens* y *C. Albicans*.

CONCLUSIONES

El análisis de la muestra dio como resultado que existe colonización bacteriana de los elementos de retención de las sobredentaduras sobre implantes. Las principales especies mi-

crobiológicas encontradas fueron *Porphyromonas gingivalis* (10%), *Fusobacterium nucleatum* (60%), *Eikenella corrodens* (10%) y *Cándidas* (90%). Se hace necesarios nuevos estudios al respecto con una muestra más amplia para poder obtener resultados más significativos.

PI- 97

FOTOGAMETRÍA MEDIANTE PIC CAMARA: ALTERNATIVA A LAS IMPRESIONES CONVENCIONALES EN IMPLANTOPRÓTESIS?

Autor principal: ANGELA SIERRA BAZTÁN.

Coautores: GSEIBAT M, MUÑOZ J, MIEGIMOLLE B, SUÁREZ MJ.

Centro de trabajo: UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID.

La tecnología digital en la odontología se ha desarrollado notablemente a lo largo de los últimos años. En esta especialidad, las impresiones digitales y la fotogrametría constituyen un papel muy importante en el desarrollo de ésta tecnología, ya que son los primeros pasos hacia una odontología completamente computarizada. PIC Camara permite registrar la posición geométrica de los implantes en el espacio gracias a unos aditamentos colocados directamente a los implantes.

El objetivo de esta revisión bibliográfica es analizar la precisión, las principales indicaciones y las ventajas de la PIC Camara en comparación con las impresiones convencionales.

Para la obtención de los documentos bibliográficos se realizó una búsqueda a través de las bases de datos Pubmed, Medline y Cochrane, empleando las palabras claves: «Dental implants», «Stereophotogrammetry», «Photogrammetry», «Intraoral digital impressions», «CAD/CAM», «Precision».

La rehabilitación protésica sobre implantes requiere un ajuste pasivo adecuado, sin tensiones en la conexión implante-prótesis. El ajuste pasivo debe considerarse un factor de pronóstico a tener en cuenta, y conseguirlo depende de una correcta toma de impresión. La fotogrametría mediante la PIC Camara elimina la variable de desviación del modelo maestro, consiguiendo que el CAD/CAM realice mejores ajustes, y evitando errores humanos a través de la digitalización del sistema de impresión. Permite un registro preciso y fiable de la posición y angulación de implantes múltiples.

La fotogrametría mediante PIC Camara es una alternativa válida a las impresiones convencionales para rehabilitaciones de arcada completa. Son necesarios más estudios, in vitro y clínicos para confirmar la bondad del sistema.

PI-100

ANÁLISIS DE LA INFLUENCIA MECÁNICA DE LA OCLUSIÓN EN LOS TRASTORNOS TEMPOROMANDIBULARES.

Autor principal: CARLO ALBERTO COCCIA.

Coautores: CHIARA MICHELOTTI, LUISA FERNÁNDEZ BRAVO, LUCÍA FERNÁNDEZ- ESTEVAN, GIANCARLO GAROTTI, JOSÉ FELIX MAÑES

Centro de trabajo: UNIVERSIDAD EUROPEA VALENCIA.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

En el cuadro multifactorial de los TTM es difícil cuantificar la influencia mecánica de la oclusión. Esto complica la justificación médico-legal de intervenciones oclusales con fines terapéuticos. Conforme a esto, los objetivos del trabajo son de revisar:

- La influencia mecánica de la oclusión en los TTM.
- La eficacia de las férulas oclusales en el alivio del dolor asociado a TTM.
- La influencia del perfil psicológico del paciente en los TTM

METODOLOGÍA

Revisión bibliográfica mediante búsqueda electrónica de recursos en Medline-Pubmed.

RESULTADOS

Los resultados de esta revisión no permiten establecer CONCLUSIONES absolutas acerca del rol de la oclusión en los TTM. Igualmente, no es posible discernir la eficacia mecánica y por efecto placebo de las férulas oclusales. Todavía faltan estudios que valoren en profundidad el perfil psicológico del paciente.

CONCLUSIONES

Se puede mejorar el tratamiento de los TTM gracias a enfoques centrados en el sistema propioceptivo, apartando el simple análisis causa-efecto. De hecho, el estado de evidencia científica actual no permite establecer CONCLUSIONES definitivas acerca de la influencia mecánica de la oclusión en los TTM. Las férulas miorelajantes son eficaces en el alivio del dolor relacionado a TTM. Sin embargo, no es posible aclarar la influencia del mecanismo mecánico y por efecto placebo. En la literatura hay una falta de evaluación del perfil psicológico del paciente. No obstante, en el cuadro etiológico multifactorial, se resalta cierto impacto de la esfera interoceptiva.

PI- 103

MANEJO MEDIANTE PRÓTEISIS IMPLANTOSOPORTADA DEL MAXILAR ATRÓFICO.

Autor principal: CARLOS BELLO SALVADOR.

Coautores: CHYKANVOSKYY V, TALEGÓN RODRÍGUEZ MG, GORRICO LORENTE L.

Centro de trabajo: UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA.

INTRODUCCIÓN

Existen numerosas causas de la atrofia ósea la cual supone una contraindicación en la rehabilitación mediante implantes endoóseos. Esto hace necesario el aumento de la cresta alveolar, permitiendo la correcta rehabilitación dental protésica. El objetivo de esta revisión será evaluar las diferentes opciones de tratamiento disponibles para tratar pacientes que presentan atrofas óseas severas.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se realizó una búsqueda bibliográfica en Pubmed (base de datos de Medline) con los términos Mesh: "alveolar bone atrophy" AND "prosthesis" en los últimos 10 años. Se han obtenido 1563 artículos de los cuales se escogieron 18.

RESULTADOS

Para rehabilitar protéticamente al paciente se tiene en cuenta el tipo (defectos verticales u horizontales), extensión (atrofia generalizada o localizada) y localización (maxilar superior o inferior y anterior o posterior) de los defectos óseos alveolares. Ejemplos de estas técnicas de regeneración alveolar son: en defectos generalizados: autoinjertos (del mentón, la calota, la cresta iliaca, la pared lateral del seno maxilar...), aloinjertos, xenoinjertos, material aloplástico, regeneración con células madre, osteotomías o tunelización subperióstica; y en defec-

tos localizados: membranas biocompatibles, expansión de la cresta alveolar o elevación de seno. También se tendrán en cuenta las diferentes alternativas Implantológicas: Implantes transmandibulares; en arbotantes, como los pterigoideos; implantes más cortos y anchos..

CONCLUSIONES

Hay una gran variedad de opciones de tratamiento rehabilitador de las atroñas óseas severas, pero todas ellas presentan el inconveniente de ser tratamientos complicados de llevar a cabo y en muchos de los casos el resultado no es predecible.

PI-110

ESTUDIO PRELIMINAR SOBRE LA CARACTERIZACIÓN DE DIFERENTES ADHESIVOS Y TRATAMIENTO DE SUPERFICIE DEL PEEK.

Autor principal: NOEMÍ NAVARRO CRESPO.

Coautores: ESCUIN.T,ASCASO.C, CLARAMUNT.R,

Centro de trabajo: UNIVERSIDAD DE BARCELONA.

INTRODUCCIÓN

El peek es un polímero de alta temperatura de la familia de los polyaryletherketona. Dentro del ámbito dental está siendo utilizado dentro de la odontología restauradora y prostodoncia. Los bloques de peek tienen un color grisáceo o blanco opaco el cual lo hace poco viable para restauraciones estéticas monolíticas por lo que requiere de un revestimiento, el cual supone un desafío debido a la dificultad para poder establecer adhesión.

OBJETIVO

Estudiar la caracterización del material Peek Biohpp (Bredent) comparando la adherencia con dos tipos de adhesivo distintos Adhese Universal (Ivoclar), y Visiolink (Bredent), junto con dos tipos de superficies de contacto (superficie lisa y superficie con perlas retentivas).

MATERIAL Y MÉTODOS

Se prepararon 80 especímenes en forma de cilindro de 8 mm de diámetro por 8 mm de altura, 40 cilindros de superficie lisa se obtuvieron mediante técnicas de fresado y 40 de superficie rugosa con perlas de retención se obtuvieron mediante técnicas de inyección. Se crearon 2 subgrupos de 20 especímenes en cada grupo con superficie lisa y rugosa en los cuales se probaron los dos tipos de adhesivos. Se realizó un acondicionamiento previo de las pastillas de peek mediante técnica de arenado. Se aplicaron los dos adhesivos y una vez fotoporimerizados se introdujo cada cilindro de Biohpp dentro de una brida que servía de guía para la estratificación de composite Nexco paste. Posteriormente se midió la fuerza de adherencia en MPa(N/mm²) mediante el aparato

de ensayo formado por un montaje de cizallamiento y se analizó la superficie fracturada con microscopio de barrido a 50x de magnificación.

RESULTADOS

El análisis estadístico muestra diferencias estadísticas significativas entre los tratamientos (prueba Kruskal-Wallis, $p < 0.001$). No se ha observado diferencias entre la superficie lisa y rugosa para ambos tipos de adhesivos. Los resultados muestran que el tipo de fractura no depende del tipo de adhesivo (Prueba Exacta de Fisher, $p = 0.71$) y si depende del tipo de

superficie (Prueba exacta de Fischer, $p < 0.001$) por tanto la fractura cohesiva y combinada solo se presenta en cilindros con superficie rugosa.

CONCLUSIONES

El tipo de adhesivo utilizado influye en relación a la fuerza aplicada de fractura, siendo máxima para el adhesivo Adhese. Se observa un patrón asociado de fractura al tipo de superficie produciéndose un

mayor porcentaje de fractura cohesiva o combinada en la superficie rugosa. El adhesivo adhese utilizado en superficie rugosa obtiene mejores resultados.

PI- 113

COMPLICACIONES PROSTODÓNCICAS EN RESTAURACIONES UNITARIAS MONOLÍTICAS SOBRE IMPLANTES.

Autor principal: LUIS MIGUEL SÁEZ ALCAIDE.

Coautores: OMAR OSSMAN DE CASTRO, CRISTINA SOLA-MARTÍN, TERESA MOLÉS-MONSONÍS, PEDRO MOLINERO-MOURELLE, MARTA ROMEO-RUBIO.

Centro de trabajo: DEPARTAMENTO DE PRÓTESIS BUCOFACIAL. UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Actualmente el tratamiento mediante implantes osteointegrados en restauraciones unitarias es una opción terapéutica altamente predecible. La aparición de nuevos materiales para coronas a espesor total confeccionadas mediante CAD/CAM y la búsqueda de tratamientos predecibles hace necesario establecer las complicaciones que más frecuentemente se dan en este tipo de restauraciones sobre implantes. El objetivo del presente trabajo es realizar una revisión bibliográfica sobre las complicaciones prostodóncicas que se pueden dar en la restauración de implantes unitarios mediante coronas monolíticas.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda bibliográfica en PubMed-Medline y Embase con las palabras clave single implant restoration, monolithic restoration, ceramic, zirconia and prosthetic complications incluyendo los artículos publicados en inglés y español desde 2010 hasta la actualidad.

RESULTADOS

Las indicaciones de los materiales empleados para la confección de coronas monolíticas en la restauración de implantes unitarios están basados en criterios y factores estéticos. Actualmente los materiales para coronas monolíticas en el mercado son Composites, Cerámicas Híbridas, Cerámicas feldespáticas, Cerámicas reforzadas con Disilicato de Litio y de Óxido de Circonio. Las complicaciones que más comúnmente se dan en estas restauraciones son complicaciones biológicas, estéticas y técnicas.

CONCLUSIONES

El mundo de los materiales dentales está en constante evolución. Se hacen necesarios más estudios prospectivos al respecto para poder determinar la viabilidad de estos materiales.

PI- 114**TORNILLOS NUEVOS VS TORNILLOS USADOS: RESULTADOS PRELIMINARES DE ESTUDIO IN VITRO.**

Autor principal: BLANCA IGLESIAS IBÁÑEZ DE OPACUA.

Coautores: LUIS RODRIGUEZ- BATLLORI ARÁN, JOSE LUIS ANTONAYA MARTÍN, MIGUEL GÓMEZ POLO, ROCIO IZQUIERDO ORTS Y PEDRO MOLINERO MOURELLE.

Centro de trabajo: UNIVERSIDAD COMPLUTENSE, MADRID.

INTRODUCCIÓN

El aflojamiento de los tornillos protésicos es la complicación más habitual en las restauraciones unitarias sobre implantes. Un factor que condiciona la vida útil del implante, es asegurar una determinada precarga en el tornillo. Por lo general se recomienda el uso de tornillos nuevos en todos los casos, afirmando que un tornillo previamente utilizado pierde sus propiedades mecánicas por elongación, comprometiendo el alcance de una precarga adecuada.

OBJETIVOS

Se presenta un estudio con el objetivo de determinar las diferencias entre el uso de tornillos nuevos y usados en cuanto a la incidencia de aflojamientos, y el torque de remoción tras la aplicación de ciclos de carga.

MÉTODOS

El estudio se realiza con 10 tornillos (5 nuevos y 5 viejos). Se atornillan 10 pilares para cementar de 15°, a 15N sobre 10 análogos de implantes de conexión hexagonal externa (universal). Se introducen en una máquina de ciclos de carga aplicándose 250.000 ciclos, correspondientes a un año aproximado de función oral normal. Los tornillos considerados usados habrán sido atornillados a 35N y aflojados en 5 ocasiones previas a la aplicación de los ciclos de carga, mientras que los tornillos considerados nuevos son atornillados una vez y no son aflojados.

RESULTADOS

Se presentan los resultados obtenidos hasta la fecha, como estudio preliminar hasta haber completado el total de la muestra.

PI- 128**MODULACIÓN DE LAS PROPIEDADES MECÁNICAS DE RESINAS ACRÍLICAS DENTALES AUTOPOLIMERIZABLES MEDIANTE LA ADICIÓN DE NANOPARTÍCULAS DE GRAFENO.**

Autor principal: MIGUEL ÁNGEL TORRES DEL CASTILLO.

Coautores: ANTONIO GARCÍA PELLICER 1, MARÍA ALEJANDRA MOYANO 2, JOSÉ MIGUEL MARTÍN MARTÍNEZ 2.

Centro de trabajo: IDENTAL. DEPARTAMENTO DE I+D+I. LABORATORIO DE ADHESIÓN Y ADHESIVOS. UNIVERSIDAD DE ALICANTE.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

En este estudio se han añadido diferentes cantidades (0.1-1% en peso) de nanofibras de carbono o nanoláminas de grafeno a una resina acrílica autopolimerizable comercial, comparándose las propiedades de los materiales sin y con nanopartículas de grafeno.

METODOLOGÍA

Materiales: Resina comercial Auto Kiero. Nanofibras de carbono y nanoláminas de grafeno. Se añadieron las nanopartículas de carbono al componente sólido de las resinas y tras homogeneizar la mezcla en SpeedMixer, se añadió el componente líquido y se vertió en un molde donde se polimerizó a 45 °C y 2 bares.

Técnicas: El grado de dispersión de las nanopartículas se determinó mediante microscopía electrónica de transmisión. Las propiedades termomecánicas de los materiales compuestos se estudiaron mediante análisis dinámico-térmico mecánico. Las propiedades mecánicas de los materiales compuestos se evaluaron mediante ensayos de compresión de cilindros macizos (5.5 x 7.5 mm).

RESULTADOS Y CONCLUSIONES

Las propiedades óptimas se obtienen añadiendo 0.49 % en peso de nanofibras de carbono. La adición de nanoláminas de grafeno a la resina disminuye el grado de polimerización del material compuesto y facilita la formación de grietas. Las distintas propiedades de los materiales compuestos con distintas nanopartículas se deben a la diferente dispersión y grado de aglomeración de las mismas en la matriz acrílica.

PI- 129

ANÁLISIS COMPARATIVO VOLUMÉTRICO ENTRE PREPARACIÓN PARA DOBLE CARILLAS VS. CORONA FULL VENEER.

Autor principal: PABLO URBÁN IZQUIERDO.

Coautores: ELENA GONZALVO SUÑER, IRMA MAGUREGUI ORIA, INÉS SÁNCHEZ CECILIA, EVA SILVESTRE CORTS.

Centro de trabajo: MASTER UNIVERSITARIO EN PRÓTESIS DENTAL, IMPLANTOLOGÍA Y MAXILOFACIAL. UNIVERSIDAD PONTIFICIA DE SALAMANCA

INTRODUCCIÓN

Actualmente, aquellos pacientes que requieren una restauración que involucre las caras vestibular y palatina en un diente anterior, se proponen dos tipos de tratamientos mínimamente invasivos: la técnica de doble carilla (DC) y la corona full veneer (FV). Ambas restauraciones son posibles debido a la evolución en los materiales de restauración y adhesión, requiriendo menores espesores de tallado. La técnica de DC, más conservadora, mantiene los puntos de contacto, pero su ejecución resulta más compleja y costosa.

OBJETIVO

Comparar la pérdida de volumen de tejido dentario en las técnicas DC y FV.

MÉTODOS

En un mismo diente de resina marca KaVo se realizaron 3 preparaciones con espesores de tallado (0,3, 0,5 y 0,7 mm) por vestibular y palatino, invadiendo gradualmente el punto de contacto hasta finalizar con la preparación de 360° (FV) a 0,7mm de profundidad. Se valoraron las diferencias de volumen comparando el peso del diente tras cada preparación.

RESULTADOS

En las diferentes preparaciones (0,3, 0,5 y 0,7 mm.), los porcentajes de conservación de la estructura dentaria resultantes fueron de 89,3784%, 81,2213% y 72,7808%, respectivamente. Con la preparación FV la conservación coronaria fue del 61,7011%.

CONCLUSIONES

En base a las mediciones realizadas en este estudio concluimos que la técnica de DC preserva más el tejido dental, en comparación con la corona FV, a pesar de la complejidad en su preparación y los costes económicos.

PI- 130

ENDOCORONAS.

Autor principal: JOSÉ ÁNGEL NIETO OLIVO.

Coautores: LARA PENALVA, LUCÍA OVIEDO, MARIA JOSÉ FERRER, MONSERRAT HERNANDEZ.

Centro de trabajo: MASTER UNIVERSITARIO EN PRÓTESIS DENTAL, IMPLANTOLÓGICA Y MAXILOFACIAL. UNIVERSIDAD PONTIFICIA DE SALAMANCA.

INTRODUCCIÓN

La endocorona se define como una restauración en dientes endodonciados que se compone de una estructura única que utiliza la cámara pulpar como retención, recubre las cúspides y carece de anclaje intraradicular. Gracias a los avances en adhesión de la odontología actual, estas reconstrucciones aprovechan el tejido sólido remanente y las paredes de la cámara pulpar como sustrato para las técnicas adhesivas en enfoques terapéuticos mínimamente invasivos. Sus dimensiones dependerán del volumen y del estado de las estructuras dentarias remanentes. Se ha descrito como alternativa a la construcción de un muñón.

OBJETIVOS

Determinar el nivel de evidencia científica en el uso de las endocoronas como alternativa a otras opciones terapéuticas en dientes endóticamente tratados.

MATERIAL Y MÉTODO

Búsqueda bibliográfica en PubMed usando como palabras clave: "endocrowns", "prothesis", sin filtros de búsquedas.

RESULTADOS

Esta búsqueda dio como resultado 24 artículos, ninguno de los cuales eran meta-análisis o revisiones sistemáticas.

CONCLUSIONES

No existe en la literatura evidencia científica robusta sobre el tratamiento con endocoronas pero sí gran cantidad de publicaciones de casos clínicos. De acuerdo a la búsqueda realizada y a los hallazgos encontrados en estudios de elementos finitos se considera una alternativa eficaz para la restauración post-endodóntica y con buen pronóstico a largo plazo en tratamientos mínimamente invasivos.

PI- 137

IMPACTO ESTÉTICO EN EL COLOR DENTAL DE LOS NUEVOS MATERIALES BIOCERÁMICOS: REVISIÓN SISTEMÁTICA Y META-ANÁLISIS.

Autor principal: VITALIY CHYKANOVSKYY.

Coautores: PAULA HERNANDEZ PEREZ, JAVIER SANTABARBARA, FRANCESCA MONTICELLI.

Centro de trabajo: CLINICA DENTAL ITURRALDE / UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El agregado de trióxido mineral (MTA) tiene el inconveniente de producir importantes tinciones dentales que se han intentado limitar desarrollando nuevos materiales. La revisión sistemática y meta-análisis se han elaborado para evaluar el grado de decoloraciones dentales producidas por los nuevos materiales biocerámicos.

METODOLOGÍA

Se ha realizado la búsqueda bibliográfica en MEDLINE, Cochrane-database y Embase sin limitaciones temporales o de idioma. Las listas de comprobación del PRISMA han sido utilizadas para asegurar la calidad de los estudios seleccionados. Dos autores diferentes han aplicado los estrictos criterios de inclusión y exclusión obteniendo 12 artículos para la revisión sistemática, de ellos 6 para el meta-análisis. El análisis estadístico fue realizado mediante el paquete IBM-SPSS 22, elaborando las tablas de frecuencias y se ha calculado el Odds ratio con IC 95%, P-0,05 y las tasas de heterogeneidad.

RESULTADOS

Se ha encontrado evidencia científica de 6 materiales diferentes entre ellos: Endosequence®, Biodentine®, BioAggregate®, Endocem ZR®, NeoMTAPlus®, RetroMTA®. En 4 de los estudios se afirma que los nuevos biocerámicos producen decoloraciones ($p < 0,05$), en cambio en 8 estudios se afirma que no las producen ($p > 0,05$). Teniendo en cuenta las limitaciones metodológicas de 6 estudios se han obtenido en total 124 muestras con media del ΔE de 3,64 (IC95% 2,61-4,75, $p < 0,05$).

CONCLUSIONES

Un valor superior del ΔE de 3,3 es apreciable para el ojo humano por lo que se puede afirmar que los nuevos biocerámicos también producen decoloraciones dentales viendo los resultados obtenidos, estadísticamente significativos ($p < 0,05$).

PI- 140

LA EVOLUCIÓN DEL CAD/CAM EN PRÓTESIS Y ESTÉTICA DENTAL.

Autor principal: PAULA HERNANDEZ PEREZ.

Coautores: VITALIY CHYKANOVSKYY, MARÍA TALEGÓN RODRIGUEZ, FRANCESCA MONTICELLI.

Centro de trabajo: CLÍNICA DENTAL CHELA IMPLANTOLOGÍA.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

En los últimos años ha tomado protagonismo la tecnología llamada CAD-CAM que ha provocado una revolución en términos de calidad en el diseño y fabricación de las prótesis y restauraciones dentales. El objetivo de esta revisión bibliográfica es ver la evolución del CAD/CAM en prótesis y estética dental, su situación actual y vistas al futuro.

MÉTODO

Se realizó revisión sistemática de la literatura en base de datos MEDLINE (a través de Pubmed) sin limitaciones temporales utilizando las palabras clave “cad cam” y “dentistry” y el conector boleano AND. También se han revisado los folletos informativos de diferentes marcas comerciales para obtener información adicional sobre el tema tratado.

RESULTADOS

La búsqueda bibliográfica dio como resultado 3478 artículos de los cuales se seleccionaron 9 artículos más relevantes para su revisión. El primer artículo se publicó en 1985, año a partir del cual se empezó a utilizar el CAD/CAM en odontología después de ser presentado en el congreso de la ADF, aunque anteriormente ya se usaba en otras ramas de la ciencia. Con el paso de los años fueron aumentando las aplicaciones de estos sistemas: desde inlays cerámicos hasta las impresiones digitales intrabucales de hoy en día.

CONCLUSIONES

Los sistemas computarizados han dado un espectacular avance en el mundo de la prótesis dental. Pero no hay que olvidarse que es un método más, una herramienta adicional, de la práctica diaria.

PI-143

INFLUENCIA DE LAS BARRERAS DE PROTECCIÓN FÍSICA EN EL TIEMPO DE ESCANEADO. UN ESTUDIO PILOTO IN VITRO.

Autor principal: IRIA LÓPEZ DARRIBA.

Coautores: GLEZ.-MOSQUERA A, GÓMEZ GONZÁLEZ C, MORA MJ, SANTANA-PENÍN U.

Centro de trabajo: UNIVERSIDAD DE SANTIAGO DE COMPOSTELA.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

Las cámaras de los escáneres intraorales se consideran instrumentos semi-críticos porque están en contacto con las membranas mucosas, lo que conlleva riesgo de infección cruzada. Por ello, es conveniente que sean esterilizables, o como mínimo, poder ser sometidas a una desinfección de alto nivel. Además, para prevenir las infecciones cruzadas se recomienda el uso de barreras de protección física en los instrumentos que están en contacto directo con la cavidad oral. Aunque la cámara intraoral de los escáneres puede desinfectarse siendo sumergida en desinfectante de alto nivel, sería recomendable la colocación de barreras físicas para prevenir la presencia de contaminantes. Por ello el objetivo de este estudio es determinar si este tipo de barreras influyen en el tiempo de escaneado.

METODOLOGÍA

Se compararon dos barreras de protección: a) film transparente alimentario (Albal, Alcobendas, España) y b) protector universal para sensor RVG (Dentsply, Salzburgo, Austria), frente al control sin barrera. Utilizando un modelo de pruebas articulado en un fantoma, reproduciendo una situación real en boca con diversas preparaciones dentales e implantes, se tomaron 10 registros con cada supuesto con el escáner intraoral 3M™ True Definition Scanner (3M Oral Care, St. Paul, MN, USA). Los registros fueron realizados por un operador experto, registrando el tiempo, en segundos, empleado en cada caso. Se registraron independientemente el tiempo necesario para la impresión de cada arcada completa y del registro intermaxilar di-

vido en tres segmentos (izquierda, derecha y anterior), que se sumaron para obtener el tiempo total. Dado que la distribución de las variables es homogénea (test Kolmogorov-Smirnov, test de Levene) se ha empleado el test de ANOVA para las comparaciones inter-grupos con el programa SPSS 20.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA).

RESULTADOS

El tiempo total requerido para la impresión del caso completo (ambas arcadas y registro intermaxilar) fue de 516,70 (23,45) segundos sin protector (control), 606,40 (123,73) segundos con el film y 666,10 (168,48) segundos con el protector para sensor RVG. Existiendo diferencias estadísticamente significativas entre el control y el protector para sensor RVG ($p=0.034$), pero no entre el control y el film y entre el film y el protector para sensor RVG ($p>0.05$).

CONCLUSIONES

El uso barreras físicas de protección aumenta el tiempo de escaneado *in vitro*. Sin embargo, con el film transparente este aumento no es significativo, por ello debe considerarse la barrera de protección de elección.

PI- 146

CARILLAS PREFABRICADAS DE COMPOSITE: UNA ALTERNATIVA FRENTE A LAS CARILLAS CONVENCIONALES.

Autor principal: BEATRIZ AURÍA.

Coautores: RAÚL SAMPIETRO MARTÍNEZ, MARÍA TALEGÓN RODRIGUEZ, DANIEL QUEVEDO OLIVARES, FRANCESCA MONTICELLI.

Centro de trabajo: FACULTAD DE CC. DE LA SALUD Y DEL DEPORTE. UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La restauración del sector estético ha evolucionado enormemente en los últimos años. Si bien las carillas cerámicas siguen siendo el tratamiento de elección debido a las limitaciones de los sistemas de composite directos, hoy existe una alternativa a ambas técnicas: las carillas prefabricadas de composite.

El objetivo de esta revisión sistemática de la literatura fue conocer las características, indicaciones y metodología de esta nueva técnica que combina las ventajas de las restauraciones de composite con las de las carillas indirectas.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda estructurada en la base de datos MEDLINE- Pubmed y en Scholar Google haciendo uso de los términos "prefabricated composite veneers" en los últimos 5 años, limitando a publicaciones en inglés y español.

RESULTADOS

La revisión de los títulos y abstracts de las 39 referencias encontradas condujo a seleccionar 12 artículos. Las carillas prefabricadas están indicadas tanto en restauraciones unitarias como en completas del sector anterior y cuentan con ventajas como un menor coste y un procedimiento más sencillo y sin implicación del laboratorio para su fabricación.

CONCLUSIONES

Esta nueva opción abre amplias oportunidades tanto para el profesional de la odontología como para los pacientes. Sin embargo, la bibliografía es muy escasa y no hay datos acerca de su longevidad. Es necesaria la realización de un mayor número de estudios clínicos controlados para su recomendación sin restricciones en la práctica diaria.

PI- 151

NIVELES ÓSEOS EN IMPLANTES SUMERGIDOS VS NO SUMERGIDOS EN PACIENTES PORTADORES DE PRÓTESIS SOBRE IMPLANTES.

Autor principal: SOFIA CHINEA SCHIERMEYER.

Coautores: SARA MATEOS SEVILLA, JAIME DEL RÍO HIGHSMITH.

Centro de trabajo: UNIVERSIDAD COMPLUTENSE DE MADRID.

INTRODUCCIÓN

Actualmente, diferenciamos principalmente dos tipos de implantes; sumergidos y no sumergidos. El objetivo de este estudio es evaluar si existen diferencias de niveles óseos entre ambos.

MATERIAL Y MÉTODO

Se seleccionaron los pacientes del Departamento de Estomatología I de la UCM para realizarles una ortopantomografía. A continuación, se procedió a la medición de los niveles óseos tras haber diferenciado los implantes en sumergidos y no sumergidos. Para poder efectuar las mediciones de la pérdida ósea alrededor de cada implante en las ortopantomografías se calibró una regla virtual en el ordenador. De esta manera, se fueron realizando las medidas con todas las radiografías panorámicas a la misma escala en Keynote.

Se tomaron como referencias el hombro de la plataforma del implante en los sumergidos y el comienzo de la parte tratada en los no sumergidos hasta la zona más apical del implante. Una vez realizadas las mediciones, se realizó la media de la pérdida ósea en cada grupo.

RESULTADOS

Según los resultados de este estudio no hay diferencias significativas en la pérdida ósea entre colocar los implantes de manera sumergida o no sumergida.

CONCLUSIÓN

El número de pacientes incluidos en el estudio era demasiado pequeño para establecer CONCLUSIONES definitivas. Los datos aportados se deben tomar con precaución ya que no existen grandes diferencias entre los dos procedimientos en cuanto a la pérdida ósea, y estos resultados preliminares deben ser confirmados con pruebas más sólidas.

PI- 152

PRÓTESIS MONOLÍTICAS IMPLANTOSOPORTADAS.

Autor principal: SALVADOR RICO DE OÑATE.

Centro de trabajo: UNIVERSIDAD DE LEÓN - EXPERTO EN IMPLANTOPRÓTESIS.

INTRODUCCIÓN

La rehabilitación con prótesis fija sobre implantes presenta numerosas complicaciones tales como: la separación o fractura de los dientes o del diente y acrílico en prótesis metal/acrílica, el chipping o fractura de la cerámica en prótesis metal/cerámica o zirconio/cerámica. Intentando solucionar estas complicaciones surgen las restauraciones de tipo monolítico. En la revisión bibliográfica quiero estudiar las complicaciones que ocurren en las prótesis fijas sobre implantes de tipo monolítico, definidas como aquellas confeccionadas en un único material. Descartamos estudios que incluyan como monolíticas las prótesis que presentan recubrimientos totales o parciales (veeners) cerámicos.

MATERIAL Y MÉTODO

Se realiza una revisión bibliográfica de artículos centrando la búsqueda en aquellos que reporten resultados clínicos buscando en las bases de datos PubMed y MedLine. Palabras clave: monolithic, implant rehabilitation, implant prosthesis, zirconia, lithium disilicate.

RESULTADOS

Se obtuvieron 53 resultados de la búsqueda, de los cuales se seleccionaron 19 artículos. De éstos fueron descartados 9 al no ser prótesis confeccionadas con un material único y presentar algún tipo de recubrimiento cerámico. En los resultados obtenidos hay autores que no refieren ningún tipo de complicación, otros las habituales señaladas anteriormente para las prótesis fijas sobre implantes. Dos de los autores señalan complicaciones múltiples, entre la que destaca la deformación de los pilares protésicos, obligando a la sustitución de los pilares y las rehabilitaciones por las convencionales de metal/cerámica.

CONCLUSIONES

Al tratarse de estructuras novedosas para la rehabilitación sobre implantes, son necesarios más estudios estandarizados y con seguimiento a medio-largo plazo para poder ser comparados con otros materiales.

PI-163

TÉCNICA B.O.P.T.: PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS Y METODOLOGÍA.

Autor principal: MARÍA GRACIA TALEGÓN RODRÍGUEZ.

Coautores: GORRICO LORENTE, LARA, BELLO SALVADOR, CARLOS, REMUÑÁN MUÑOZ, JACOBO CARLOS.

Centro de trabajo: UNIVERSIDAD DE ZARAGOZA.

INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

La BOPT (técnica de preparación orientada biológicamente) permite el desarrollo de perfiles de adaptación de prótesis a través de la creación de una zona de acabado sin márgenes.

El objetivo de esta revisión es analizar la bibliografía que concierne al tratamiento mediante esta técnica, con el fin de establecer sus características más importantes y metodología.

METODOLOGÍA

Se realizó una búsqueda estructurada en las bases de datos PubMed y ScienceDirect en las que se usaron los términos "BOPT" y "Biologically oriented preparation technique". La selección final de los artículos se realizó mediante la lectura de los resúmenes, y fueron desechados todos aquellos que no cumplieran con los criterios de inclusión (no superiores a un perio-

do de 5 años de longevidad, etc.); además de seleccionar mediante búsqueda manual casos clínicos y artículos de interés, seleccionando un total de 7 artículos por su mayor interés.

RESULTADOS

El éxito incluye la preparación dental mediante un tallado vertical que pretende imitar la naturaleza dental, la gestión de las tomas de impresión y el desarrollo de perfiles de emergencia tanto en la prótesis provisional como en la definitiva. De esta manera, se manejan y estabilizan los tejidos gingivales alrededor de las restauraciones dentales dando un volumen adecuado a los tejidos mediante el control de su respuesta biológica.

CONCLUSIONES

Con la técnica BOPT es posible interactuar con los tejidos blandos modificando su arquitectura. Es una técnica eficaz que ha demostrado estabilidad a largo plazo tanto para restauraciones protésicas sobre dientes naturales como sobre implantes.

Índice de autores

A

ABAD CORONEL, CRISTIAN: PC-86, COSJ-124, COSJ-156, PC-117, PC-158
ABERASTURI FRANCO, IRUNE: PC-148
AGUIRRE ARMENDARIZ, IÑIGO: COC-155
AGUSTÍN-PANADERO, RUBÉN: COSJ-29
ALBERTINI, MATEO: COI-26
ALBIZU RODRÍGUEZ, NIEVES: COSJ-156, PC-158
ALCARAZ FREIJO, JAIME: COSJ-84
ALOBERA GRACIA, MIGUEL ÁNGEL: PI-35
ALONSO DE LA PEÑA, VICTOR: COSJ-101, COSJ-102, PC-160
ALONSO FUENTE, MIRIAM: COSJ-62, PC-147
ALONSO-PÉREZ BARQUERO, JORGE: PC-93
ALVARADO PARDI, ANA: PC-127
ÁLVAREZ ÁLVAREZ, LORENA: COI-12
ÁLVAREZ ARENAL, ÁNGEL: PI-88
ÁLVAREZ-MALDONADO DE CASTRO, NATALIA: COC-154
AMENGUAL LORENZO, JOSÉ: PC-79
ANDRES AMO, ANA: PC-125
ANDRES DESCALZO, ELENA: PC-123
ANDRESEN RIBES, OLE: PC-80
ANDREU SERRANO, SOFÍA: PI-43
ANTONAYA MARTÍN, JOSE LUIS: PI-92, PI-114
ARAPÉ PÁEZ, JOSERLYN: COC-142
ARELLANO, ALFONSO: COSJ-37
ARRIZABALAGA CRUZADO, LUCIA: PI-66, PC-111, PC-112
ARROYO CRUZ, GEMA: PC-9, COI-12, COSJ-10, PC-13, PC-22
ARTEAGOITIA CALVO, MARIA ICIAR: COSJ-23
ASCASO-TERRÉN, CARLOS: PI-110, COI-116
AURÍA, BEATRIZ: PI-146
ÁVILA, JOSÉ: PC-141
AYUSO, JOSE LUIS: COSJ-157

B

BACA-GONZALEZ, LAURA: PI-71
BAHILLO, MARTA: COC-120
BAHILLO VARELA, JOSE: COC-120
BALLESTEROS, ANGEL: COSJ-78
BARRENECHEA BASTERRA, TERESA: PC-47
BARRIO MONTE, PAMELA: PC-90
BEGARA, VICTOR: COC-76, COC-83
BELLANCO DE LA PINTA, IKER: COI-7
BELLIDO RUZ, MARTA MARÍA: PC-119
BELLINI GARCÍA, RENZO: COC-53
BELLO SALVADOR, CARLOS: PI-103, PI-163
BERNADÓN, JUSSARA: COSJ-28
BERRENDERO DÁVILA, SANTIAGO: PC-72, PC-108
BILBAO URIARTE, ENERITZ: COI-91
BLANC, THOMAS: COSJ-15
BLANCO MUÑOZ, MARÍA: COSJ-21
BONNIN VÁSQUEZ, RAMÓN ANTONIO: PC-41, PC-49, PC-82
BOQUETE CASTRO, ANA: PC-46
BORGES GIL, ACORÁN: COC-53
BOU DARGHAM, BILAL: COSJ-15
BRAUNER, EDOARDO: COSJ-132
BRINGAS DÍAZ, ALBERTO: COC-57
BRIZUELA VELASCO, ARITZA: COI-7, COI-48, COI-126, COI-138, COSJ-8, PC-148
BRUFAU DE BARBERÀ, MAGÍ: COI-1
BRUÑÓ, MATEO: COC-69
BUENO MARQUINA, EVA: PC-52
BUFALA, MARIA: PC-105
BUSTOS SALVADOR, JOSE LUIS: COSJ-45

C

CABELLO, GUSTAVO: COC-75
CABERO LÓPEZ, JORGE: PC-148
CABEZAS, MANUEL: COC-69
CABRATOSA TERMES, JOSEP: COI-1, COI-54, COI-161, COSJ-56
ORIOI, CANTÓ: COC-154
CAÑADAS RODRÍGUEZ, DIEGO: PC-18, PC-13
CARNICERO SANTIAGO, CARMEN: PI-11

CARREÑO, JAVIER: COC-76
CASAÑAS GIL, ELIZABETH: PC-141
CASAS ALTARRIBA, JULIA: PC-131
CASAS TERRÓN, JAVIER: PC-80, COSJ-45
CASASAYAS CLUSELLAS, GEMMA: COSJ-135
CASASNOVAS LUGO, KRIZIA: PC-127
CASILLAS ASCANIO, PEDRO: COC-57
CASTELO, PABLO: COC-120
CASTILLO DE OYAGÜE, RAQUEL: PI-87
CASTRO PÉREZ, RAQUEL: PI-92
CELEMÍN VIÑUELA, ALICIA: PC-106
CHÁVARRI PRADO, DAVID: COI-7, COI-126, COI-138, COSJ-8
CHEN, YEN-WEI: COSJ-95
CHENTO, YELKO: COSJ-8
CHINEA SCHIERMEYER, SOFIA: PI-151
CHYKANOVSKYY, VITALIY: PI-103, PI-137, PI-140
CLARAMUNT ALONSO, RAFAEL: PI-110
COBO-VÁZQUEZ, CARLOS: COSJ-24, PI-19
COCCIA, CARLO ALBERTO: COSJ-32, PI-100
COGOLLUDO, PABLO: COSJ-156, PC-51
COLOMA MEDINA, ADOLFO: PC-93
COROMINAS DELGADO, CRISTINA: COI-1
COSTA PALAU, SANTIAGO: COI-1, COI-54, COI-161
CUENCA FRANCO, BEATRIZ: COSJ-122
CUESTA GIL, MATIAS: PC-46
CUETO GUTIÉRREZ, MANUEL: PC-30, PC-31
CURA PEÑA, MARÍA: PC-125

D

DE LA CORTE HERNÁNDEZ, ROCÍO: PC-9, PC-22
DE LA PEÑA, ALVARO: COI-60
DE LA PLAZA JULIÁN, ANTONIO: COI-98
DE LA VEGA BURÓ, SUSANA: COC-96
DE LLANOS LANCHARES, HÉCTOR: COSJ-27
DE LUJÁN SAID, BEATRIZ: PI-67, PC-77
DE PAZ HERMOSO, VÍCTOR MANUEL: PC-30
DEL CANTO PINGARRÓN, MARIANO: PI-34, PI-35
DEL RÍO HIGHSMITH, JAIME: COI-4, COSJ-24, PI-92, PI-19, PI-71, PI-151, PC-42, PC-90, PC-106
DELGADILLO, JOSE LUIS: COSJ-136

DESEURAS, PAULA: COSJ-135
DIAZ ABIA, JUDIT: PC-47
DÍAZ DÍAZ, PEDRO: PI-2
DÍAZ-CASTRO, CARMEN MARÍA: COI-26, COI-40, COC-107
DIÉGUEZ PEREIRA, MARKEL: COI-7, COI-126, COI-138, COSJ-8
DÍEZ DEUSTUA, RICARDO: COSJ-144
DÍEZ QUIJANO, CAROLINA: COI-4
DOMÍNGUEZ, SALOMÉ: COSJ-139
DOMÍNGUEZ CARDOSO, PABLO: PC-9, COSJ-10, PC-22
DOMÍNGUEZ VIGUERAS, JESÚS: PI-34
DUARTE RUÍZ, BLANCA: PC-46

E

EGUÍA DEL VALLE, ASIER: COI-91
ESCUIN HENAR, TOMÁS: COSJ-50, PI-110, COI-116
ESPONA ROIG, JOSÉ: COSJ-94, COSJ-134
ESTEFANÍA MURILLAS, SERGIO: COSJ-78
ESTRADA MARTÍNEZ, ALEJANDRO: COSJ-8

F

FALCÃO, CARLOS: COI-26, COC-107, COC-162, PC-81
FALCÃO-PEREIRA, ARTUR: COI-40
FALCÃO-PEREIRA, CARLOS: COI-40
FAUS-LLACER, VICENTE: COC-142
FAUS-MATOSES, VICENTE: COC-142
FERNANDES PONTES, NÁGILA: COSJ-28
FERNANDEZ, JOSE ANGEL: PC-105
FERNÁNDEZ, PABLO: COC-120
FERNÁNDEZ BRAVO, LUISA: COSJ-32, PI-100
FERNÁNDEZ- ESTEVAN, LUCÍA: COI-59, COSJ-32, COSJ-45, PC-80, PI-100 PC-79
FERNÁNDEZ GARCÍA, JOSÉ ÁNGEL: COSJ-115
FERNÁNDEZ GONZÁLEZ, FELIPE JOSÉ: PC-148
FERNANDEZ JIMENEZ, MARIA ISABEL: PC-5
FERNÁNDEZ ORTIZ, CLARA: COC-104, PC-105
FERNÁNDEZ SORIA, CRISTINA: PC-30, PC-31
FERNÁNDEZ-BRAVO, LUISA: PC-93
FERREIROA NAVARRO, ALBERTO: PC-72
FERREÑO, PABLO: PC-105
FERRER, MARIA JOSÉ: PI-130

FIGUERAS, ÓSCAR: COSJ-135
FIORELLINO, MARTA: COSJ-65, PC-85
FONS FONT, ANTONIO: COI-59, COSJ-29, COSJ-45, PC-80
FRANESQUI MACÍAS, TERESA: PC-64
FRIEDLANDER, REÚT: PC-52
FUAS-MATOSSES, IGNACIO: COC-142

G

GALLEGO NIETO, MARTA: COI-63
GALVÁN GUERRERO, GUILLERMO: COSJ-21
GARCÍA SERDIÓ, SARA: PC-III, PI-67
GARCÍA BELLOSTA, SERGIO: PC-133
GARCÍA ENGRA, GEORGINA: COSJ-45, COI-59
GARCÍA GARCÍA, ISMAEL: PI-88
GARCÍA GONZÁLEZ, MARTA: PI-88
GARCÍA MARTÍNEZ, IRENE CARMEN: COSJ-124, PC-117, PC-72
GARCÍA PELLICER, ANTONIO: PI-128
GARCÍA RÍOS, ALBA ISABEL: COSJ-10, PC-13
GARCIA RIVERA, ANA PATRICIA: PC-9, PC-22
GARDOKI IZQUIERDO, BEÑAT: COSJ-23
GARGALLO GÁLLEGO, CARLOS: COC-33
GAROTTI, GIANCARLO: COSJ-32, PI-100
GARZA GARZA, LUIS CARLOS: COSJ-78, COSJ-94, COSJ-144
GELLI, STEFANO: PC-86, COSJ-156, PC-108
GIL MUR, FRANCISCO JAVIER: COI-48
GIL VILLAGRÁ, LUIS JAVIER: COI-98, PI-74
GINEBREDÁ CAIRÓ, IGNACIO: COSJ-15, COC-154, COSJ-157
GINER GARRIDO, SERGIO: COSJ-136
GODIN, AGUSTÍN: PC-119
GODOY, LAURA: PC-51
GODOY MUÑOZ, ELENA: COC-83
GÓMEZ BLANCO, AINARA: PC-41, PC-111, PC-112
GOMEZ COGOLLUDO, PABLO: COSJ-122, COSJ-136, PC-123, PC-127
GÓMEZ DE LIAÑO, PILAR: COC-76
GOMEZ GONZÁLEZ, CARMEN: COI-145, PI-143
GÓMEZ MEDA, RAMÓN: PC-64
GÓMEZ POLO, MIGUEL: PI-92, PI-114
GONZALEZ, DAVID: COC-75
GONZALEZ AXPE, MARIANA: COSJ-62, COSJ-68, PI-11

GONZÁLEZ BRUNICARDI, JORGISAAC: COSJ-118
GONZÁLEZ CANAL, ELENA: PC-141
GONZÁLEZ ESCUDERO, MARÍA DEL CARMEN: PI-89
GONZALEZ FERNANDEZ, LILIANA: COC-3
GONZÁLEZ GONZÁLEZ, IGNACIO: PI-88, COSJ-27
GONZÁLEZ MOSQUERA, ANTONIO: COI-145, PI-143
GONZALVO SUÑER, ELENA: PI-129
GORRICO LORENTE, LARA: PI-103, PI-163
GROSS TRUJILLO, ESPERANZA: PI-11
GSEIBAT KOSIBAT, MUSTAFA ABDULLAH: PI-74, PI-97
GUISADO, BLANCA FLORA: PI-19
GUTIÉRREZ ACERO, DANIEL: COI-91
GUTIÉRREZ VARGAS, VANESSA AMELIA: PC-153

H

HAIM, HENRI GABRIEL: COC-96, COSJ-115
HELM, ALEXANDRA: COSJ-24
HERNANDEZ, MONSERRAT: PI-130
HERNANDEZ MONTERO, SOFÍA: COC-104, COC-96, COSJ-115, PC-105
HERNANDEZ PEREZ, PAULA: PI-137, PI-140
HERNÁNDEZ PÉREZ, VERÓNICA: PI-43
HERRERO CLIMENT, MARIANO: COI-26, COI-40, COC-107, COC-162, PC-81
HERRERO DE LA TORRE, ANA: COC-30

I

IGLESIAS CALVO, MIRIAM: COSJ-10, PC-13
IGLESIAS IBAÑEZ DE OPACUA, BLANCA: PC-90, PI-114
IGLESIAS RUIZ, ISABEL: PC-133
IVAYLOV, DANIEL: COSJ-29
IZQUIERDO ORTS, ROCIO: PI-92, PC-90, PI-114

J

JANÉ NOBLOM, LUIS: COC-69, COSJ-78, COSJ-94, COSJ-144
JIMENEZ, DAVID: COC-25
JIMÉNEZ, ANTONIO: COSJ-8
JIMÉNEZ, MARCO: PC-119
JIMÉNEZ CASTELLANOS BALLESTEROS, EMILIO: COI-12, COSJ-10, PC-18
JIMÉNEZ GARCÍA, JAIME: COC-57, COI-60, COI-63, COC-76, PI-89, COC-83

JIMÉNEZ GARRUDO, ANTONIO: COI-7, COI-138, COI-126, PC-148

JIMENEZ PEROZO, LAURA: PC-77, PI-67

K

KHOSRABI, ROOZBEH: COSJ-95

L

LABAIG RUEDA, CARLOS: COSJ-65, PC-85, PC-79

LAMELA REY, M^a JESÚS: PI-88

LAÑA GUERRA, JOANA: COI-91

LARRUSCAIN SAN FÉLIX, BELÉN: COSJ-134

LAVÍN DE LOS LLANOS, IRENE: COSJ-24

LÁZARO CALVO, PEDRO: COI-26

LEDESMA, FERNANDO: COSJ-156, PC-158

LISTE GRELA, SONIA: PC-64

LLAMBÉS ARENAS, GONZALO: PC-79

LLENA, JAUME: COSJ-118, COSJ-134, COC-154

LLOMBART JAQUES, DANIEL: PC-38

LOBO VALENTIN, PILAR: COSJ-21

LOPEZ, VANESSA: PC-153

LÓPEZ DARRIBA, IRIA: PI-143, COI-145

LOPEZ HERNANDEZ, EMILIA: COC-75

LOPEZ JARANA, PAULA: COI-40

LOPEZ NINOLES, CARLOS: COC-75

LÓPEZ PIZARRO, VICTOR MANUEL: PC-30, PC-31

LOPEZ SOTO, CRISTINA: COI-60, COI-63, COC-83

LÓPEZ-QUILES, JUAN: PI-19

LÓPEZ-SUAREZ, CARLOS: PC-41, PI-87PC-111

LOSADA YNCLÁN, MANUEL: PC-31

LUCAS, ERNEST: COSJ-134

LUCERO SÁNCHEZ, ALDO FABIAN: PC-46

M

MAGUREGUI ORIA, IRMA: PI-129

MANERO PLANELLA, JOSÉ MARÍA: COI-48

MANRIQUE, CARLOS: COC-83

MANUEL TELLO, JOSE: COSJ-139

MAÑAS GARCÍA, SANDRA: PI-73

MAÑES, JOSÉ FELIX: PI-100, COSJ-32
MARTÍ MARTÍ, BEGOÑA: PC-80
MARTÍN, VICTOR: PC-123
MARTÍN CARRERAS-PRESAS, CARMEN: COI-98
MARTÍN DE LAS HERAS, ANA: PC-16
MARTÍN MARTÍNEZ, JOSÉ MIGUEL: PI-128
MARTÍN MUÑOZ, CRISTINA: PC-52, PI-66, PI-71, PC-112, PC-147
MARTINEZ, JOSÉ: COSJ-115
MARTÍNEZ COLMENARES, JOSÉ GABRIEL: PC-14
MARTÍNEZ RAMOS, JOSÉ MANUEL: PI-2
MARTÍNEZ SOTO, LAURA: PC-131
MARTÍNEZ-DE FUENTES, RAFAEL: PC-18
MARTÍNEZ-MANZANO TORRES, JOSÉ: PC-105
MATEOS SEVILLA, SARA: PI-151
MATILLA FERNÁNDEZ, BLANCA: COSJ-21
MAYA CAJIAO, DANIELA ESTEFANÍA: COSJ-139
MCLAREN, EDWARD: PC-14
MEAÑOS SOMOZA, ANTONIO: COSJ-124, PC-158
MENDÍA ROS, JUAN: COC-155
MICHELOTTI, CHIARA: COSJ-32, PI-100
MIEGIMOLLE HERRERO, BARBARA: PI-97
MÍGUEZ NAVARRO, CRISTINA: PI-34, PI-35
MÍNGUEZ TOMÁS, NIEVES: COI-59
MIQUEL RIERA, AINA: COI-116
MOLÉS-MONSONÍS, TERESA: PI-113
MOLINA PONTE, BARBARA LISET: COC-57
MOLINERO MOURELLE, PEDRO: COSJ-24, PI-92, PC-42, PC-90, PC-106, PI-19, PI-71, PI-113, PI-114
MONASTERIO MARQUEZ, ANGELA: COC-5
MONTALBAN VADILLO, OIER: COI-7, COI-126
MONTICELLI, FRANCESCA: COI-48, PI-137, PI-140, PI-146
MORA BERMUDEZ, MARIA JESUS: COI-145, PI-143
MORADAS ESTRADA, MARCOS: COSJ-27
MORENO, ISABEL: PC-119
MORY RUBIÑOS, NATALY: PC-106
MOYANO, MARÍA ALEJANDRA: PI-128
MUÑOZ, JORGE: PI-97
MUÑOZ MANZANO, JAIME: COSJ-84

MUSA, FÁTIMA: PC-51
MUSCILLO, FABIO: PC-108

N

NAVARRO CRESPO, NOEMÍ: PI-110
NEEFS, DIRK: COC-3
NEVADO SOLÍS, MARÍA: PC-46
NIETO OLIVO, JOSÉ ÁNGEL: PI-130
NÚÑEZ, JAVIER: COI-60

O

OBANDO CENTENO, JUAN CARLOS: COC-76, COC-83
OBANDO FONSECA, SANDRA: PI-34, PI-35
OLAYA RUBIAL, ALEJANDRO: PI-34, PI-35
OLIVEIRA LEITE, ANA RAQUEL: COC-107, COC-162, PC-81
OLMOS, GEMA: COC-75
OLVERA HUERTAS, ANTONIO JESÚS: PC-16
OREJAS, JAIME: COSJ-139, PC-153
OROZCO VARO, ANA: COSJ-10, PC-9, COI-12PC-13, PC-22
ORTEGA ARANEGUI, RICARDO: COI-98
ORTIZ VIGÓN CARNICERO, ALBERTO: COSJ-68, PC-47, PI-11
OSORIO AGUILERA, JUAN ANTONIO: PC-9, PC-22
OSSMAN DE CASTRO, OMAR: PC-42, PI-113
OVIEDO, LUCÍA: PI-130

P

PADRÓS ROLDÁN, ROBERTO: COC-162
PADULLÉS-GASPAR, CARLOTA: COSJ-20
PADULLÉS-GASPAR, ESTEBAN: COSJ-20
PADULLÉS-ROIG, ESTEBAN: COSJ-20
PALACIO GARCÍA-OCHOA, ÁLVARO: PC-99
PANADERO, RUBÉN AGUSTÍN: PI-73
PAPI, PIERO: COSJ-132, PC-108
PAREJO GARCIA, JESUS: PC-18
PASARÍN LINARES, CRISTINA: PC-64
PAZOS PLATAS, ANTONIO: COSJ-101, COSJ-102
PELAEZ RICO, JESUS: COSJ-62, PI-66, PC-147
PENALVA, LARA: PI-130

PEREA ESCORS, MARÍA: COI-12
PERELLÓ GALARZA, CLARA: COSJ-65, PC-85
PÉREZ, ALEJANDRO: COI-60
PEREZ AGUIRREZABAL, MERCEDES: PI-11
PÉREZ PEVIDA, ESTEBAN: COI-48, COI-126, PC-148
PÉREZ-BELTRÁN, LUIS: PC-93
PERIS RAMOS, HELIA: COSJ-122, PC-51
PERNAS GARCÍA, ROBERTO: PC-160
PESQUERA VELASCO, JORGE: COC-5
PEYDRO HERRERO, MARTA: PC-79
PEYRALLO MARTÍN, FERNANDO: PC-16
PEYRALLO PÉREZ, FERNANDO: PC-16
PIZARRO LUENGO, PATRICIA: COI-12
PLÁ GARCÍA, RAFAEL: COC-39
PLÁ MARTÍNEZ, MARTA: COC-39
PLÁ MARTÍNEZ, RAFAEL: COC-39
POMPA, GIORGIO: COSJ-132
PONTEVEDRA GÓMEZ, PAULA: PC-49, PI-70
POSTELNICU, RALUCA ANDREEA: COSJ-101, COSJ-102, PC-160
POTTMAIER NASER, LARISSA FERNANDA: COSJ-28
PRADÍES RAMIRO, GUILLERMO: PC-86, COSJ-124, COSJ-156, PC-117, PC-72, PC-108, PC-141, PC-158
PUNSET FUSTE, MIQUEL: COI-48

Q

QUEVEDO OLIVARES, DANIEL: PI-146
QUINTANA VILA, ALFONS: COI-54

R

RAMBLA ALONSO, EVARISTO: PC-58, PI-36
RAMIREZ, PABLO: PI-89
RAMOS-MARTÍN, GEMMA: COI-116
REAL VOLTAS, FRANCISCO: COI-1, COI-54, COSJ-135
REGIDOR CORREA, ERIK: PI-11, COSJ-68, PC-47
REMUÑÁN MUÑOZ, JACOBO CARLOS: PI-163
RESTOY LOZANO, ANDRES: PC-30, PC-31
REVELANT, RENZO: PC-86
RIAD DEGLOW, ELENA: COC-104
RIBAGORDA HERRANZA, ALICIA: PI-70, PC-49

RIBEIRO, PAULO A.: COI-26, COC-107, COC-162, PC-81
RICO DE OÑATE, SALVADOR: PI-152
RIGAU GAY, MONTSERRAT: PC-38
RÍOS CANO, ERNESTO JOSÉ: PI-43
ROBLES GARCÍA, CLARA: PC-149, PC-150
ROBLES GARCÍA, MARTA: PC-149, PC-150
RODRIGUES DA SILVA, BRUNO MIGUEL: COC-162, COC-107, PC-81
RODRIGUEZ, PAULINA: COSJ-115
RODRÍGUEZ ALONSO, VERÓNICA: COSJ-84, PI-87, PC-52, PC-77
RODRIGUEZ BACAICOA, ANDREA: COC-104, COC-96
RODRIGUEZ- BATLLORI ARÁN, LUIS: PI-114, LUIS: PC-90
ROIG CAYÓN, MIGUEL: COSJ-15, COSJ-78COSJ-94, COSJ-157, COC-69, COI-161, PC-14
ROIG VANACLOCHA, ANA: PI-73
ROJAS ORTEGA, SERGIO: PI-89
ROLDÁN CUBERO, JAVIER: COSJ-78, COSJ-94, COSJ-118
ROMÁN RODRÍGUEZ, JUAN LUIS: COI-59, COSJ-45
ROMANÍ MARILUZ, MARÍA CLAUDIA: COSJ-50
ROMEORUBIO, MARTA: PC-42, PC-106, PI-113
ROMERO VILLALBA, PABLO: PI-89, COC-155
ROSAS VARILLAS, TATIANA: PC-42
ROSELLA, DANIELE: COSJ-132
ROVIRA LASTRA, BERNAT: PC-131
RUCHUELO DÍEZ, PATRICIA T: PI-34
RUIZ, MANUEL: COC-120

S

SABATER, NATALIA: COSJ-134
SABRIÀ RIUS, JOAN: PC-38
SABRIÀ GIRBAL, SARA: PC-38
SÁENZ RAMOS, DANIEL: PC-125
SÁEZ ALCAIDE, LUIS MIGUEL: PI-113
SAFIOTI, LUCIANA: COSJ-95
SALAZAR CANTERO, BORJA: PI-36
SALAZAR CANTERO, JON: PI-36, PC-58
SALETTA, JACOPO MARIA: COI-60
SALIDO RODRÍGUEZ-MANZANEQUE, Mª PAZ: PC-72
SAMPIETRO MARTÍNEZ, RAÚL: PI-146
SÁNCHEZ ASENSIO, FRANCISCO: PI-73
SÁNCHEZ CECILIA, INÉS: PI-129

SÁNCHEZ NADAL, CELIA: COI-54
SÁNCHEZ SÁNCHEZ, EDUARDO DIEGO: PI-73
SANTABARBARA, JAVIER: PI-137
SANTAMARÍA LAORDEN, ANDREA: COI-98, PC-123
SANTANA MORA, URBANO: PC-160
SANTANA-PENÍN, URBANO: COI-145, PI-143
SANTIAGO CRISTÓBAL, BEATRIZ: COC-57
SANTIAGO SARACHO, JUAN: COI-63, COC-57
SANTOS ERQUICIA, CLARA: PC-149, PC-150
SCALCIONE, ROMINA: COSJ-135
SELVA OTAOLAURRUCHI, EDUARDO: COSJ-65, PC-93
SEMENT-VICENTE, GISELA: PC-93
SERRA PASTOR, BLANCA: COSJ-62, COSJ-68, PC-82, PC-147
SERRANO, CARLOS: PC-153 COSJ-136
SERRANO MADRIGAL, BENJAMÍN: PC-109
SERRANO TORRECILLA, BENJAMÍN: PC-106, PC-109
SERRANO TORRECILLA, MÓNICA: PC-109
SERRA-PRAT, JOSEP: PC-133
SERRAT BARON, RAMON: COSJ-56
SERRAT BARÓN, MARTA: COI-161
SEVILLA HERNANDEZ, PABLO: PC-41, PC-82, PC-III, PC-49, PI-66, PI-70, PI-71
SICILIA BLANCO, ELENA: COSJ-118
SIERRA BAZTÁN, ANGELA: PI-74, PI-97
SILVESTRE CORTS, EVA: PI-129
SOLÁ RUIZ, M^a FERNANDA: COSJ-29, COSJ-65, PI-73, PC-85
SOLA-MARTÍN, CRISTINA: PI-113
SOLIVA GARRIGA, JOAN: COSJ-56, COSJ-157
SOMACARRERA PÉREZ, MARÍA LUISA: COI-98
SUÁREZ, IÑAKI: COSJ-68
SUÁREZ BEKE, ANA PAULA: COI-63
SUAREZ CASADO, OSCAR: COC-3
SUÁREZ GARCÍA, M^a JESÚS: COSJ-24, COSJ-62, COSJ-68, COSJ-84, PI-87, PI-70, PC-52, PC-82, PI-67, PI-74, PI-97, PI-66, PC-41, PC-49, PC-77, PC-109, PC-III, PC-112, PC-147
SUAREZ TUERO, CARLOTA: COSJ-95
SUBIRÀ PIFARRÉ, CARLES: PC-133

T

TAHMASEBI, CYRUS: PC-141
TALEGÓN RODRÍGUEZ, MARÍA GRACIA: PI-103, PI-140, PI-146, PI-163

TARAZÓN, IRENE: COC-120

TAROZZI GORRIS, ALBERTO JOSÉ: COC-69

TELLO, JOSE MANUEL: COSJ-122, COSJ-136, COSJ-139, PC-51, PC-119, PC-123, PC-127

TOBAR ARRIBAS, CELIA: PC-49, PI-67, PC-77, PI-87, PC-147

TORRES, ANA: COC-154

TORRES DEL CASTILLO, MIGUEL ÁNGEL: PI-128

TOSSI, TOMASSO: COC-104, COC-96

TRAPOTE, SERGIO: PI-89

TRUCHUELO DÍEZ, PATRICIA: PI-35

U

URBÁN IZQUIERDO, PABLO: PI-129

URBANO BRAVO, ÁLVARO: COC-155

URIBARRI ETXEBARRIA, AGURNE: COI-91

URZELAI MORENO, NEREA: COSJ-122

V

VACA GONZALO, TEODORO: COSJ-37

VALDIVIESO DEL PUEBLO, CARLOS: PC-149, PC-150

VALVERDE ESPEJO, ARHELYS: PC-72

VAN GOETHEM, GUY: COC-3

VÁZQUEZ VÁZQUEZ, LUÍS: PC-149, PC-150

VELASCO GÓMEZ, CRISTINA: PC-18

VÉLEZ BARROS, JORGE: PI-66, PC-41, PC-112

VENTURA DE LA TORRE, JAVIER: PC-13

VIDAL-BEL, AUGUST: COI-116

VILLARES LÓPEZ, DAVID ENRIQUE: PC-31

VÍLLORA MORCILLO, ELENA: PC-55

VIZOSO NOVAL, BEATRIZ: PC-82, PI-87

Z

ZARCERO PIZARRO, VERONICA: COC-5