EVALUACIÓN DE UNA TÉCNICA BILAMINAR PARA CUBRIR RECESIONES GINGIVALES. RESULTADOS PRELIMINARES

CARLOS MARTÍN ARDILA M.[*], *GERMÁN D. GÓMEZ A.*[**], *MÓNICA A. MEJÍA M.*[**], *JOHAN A. VELÁSQUEZ M.*[**]

RESUMEN. *El propósito de este estudio fue evaluar por un período de seis meses, el cubrimiento de recesiones radiculares usando una técnica bilaminar por medio de injertos subepiteliales de tejido conectivo bajo colgajos de espesor parcial, posicionados coronalmente. 19 recesiones vestibulares clases I y II de Miller en 5 pacientes se trataron usando una técnica bilaminar. Se evaluó el tamaño de la recesión gingival (RG) y el nivel de inserción clínica (NIC) durante seis meses posteriores a la cirugía. Las medidas fueron tomadas prequirúrgicamente, al primero, al tercero y sexto mes posquirúrgico. La estadística descriptiva fue expresada con promedios más desviación estándar (DS). Las variaciones longitudinales fueron evaluadas por medio de análisis de varianza (RG, NIC). La RG disminuyó representando un cubrimiento radicular que correspondió al 89,4% en promedio en el primer mes posquirúrgico y de 78,2% al sexto mes. El NIC disminuyó 0,96 mm en la evaluación realizada seis meses después de la cirugía.*

Los resultados indican que esta técnica bilaminar, la cual emplea injertos subepiteliales de tejido conectivo combinados con colgajos de espesor parcial desplazados coronalmente, es predecible para cubrir recesiones gingivales y los resultados obtenidos por ella se pueden mantener a corto plazo.

Palabras clave: recesión gingival, injertos, tejido conectivo.

ABSTRACT. *The purpose of this study was to evaluate, over a six month period, the reduction of gingival recession using a bilaminar technique employing a sub-epithelial free connective tissue graft placed under a coronally advanced partial-thickness pedicle flap. 19 buccal recession defects in 6 patients were treated using this technique. The measurements of the amount of gingival recession (GR) and clinical attachment loss (CAL) were performed before surgery, and 1, 3, 6 months after surgery. Descriptive statistics was expressed with means and standard deviation. Longitudinal variations were evaluated with variance analysis. GR decreased, corresponding to 89.4% in average of root coverage the first month after surgery and 78.% in average at sixth months after surgery of root coverage. CAL decreased 0.96 mm. These results indicate that the bilaminar technique employing a connective tissue graft with partial thickness coronal advancement pedicle is a predictable method for root coverage and the clinical outcomes gained by this technique can be well maintained.*

Key words: gingival recession, grafts, connective tissue.

INTRODUCCIÓN

El cubrimiento de las superficies radiculares expuestas se ha convertido en una parte integral de la práctica quirúrgica periodontal. Las indicaciones para cubrir superficies radiculares incluyen la estética, la sensibilidad radicular, la caries radicular y la ausencia de encía queratinizada.[1] Muchos enfoques quirúrgicos como los injertos pediculados,[2-5] los injertos gingivales libres,[6-10] los injertos de tejido conectivo[9-24] y la regeneración tisular guiada[23-28] han mostrado resultados efectivos en el cubrimiento de recesiones gingivales. Cada una de estas técnicas tiene sus ventajas y desventajas, indicaciones y contraindicaciones y los resultados de éxito son variables entre ellas.

Los injertos gingivales libres presentan discrepancia de color con el tejido circundante y han sido descritos como de apariencia queloide.[12, 29] Los injertos pediculados incluyendo los lateral o coronalmente posicionados pueden producir resultado

* Odontólogo, Especialista en Prótesis Periodontal, Profesor Asistente, Facultad de Odontología, Universidad de Antioquia, Medellín, Colombia. Dirección electrónica: cmartin@chami.udea.edu.co

** Odontólogos, Facultad de Odontología, Universidad Cooperativa de Colombia, Medellín, Colombia

ARDILA M. CARLOS MARTÍN, GERMÁN D. GÓMEZ A., MÓNICA A. MEJÍA M., JOHAN A. VELÁSQUEZ M. Evaluación de una técnica bilaminar para cubrir recesiones gingivales. Resultados preliminares. Rev Fac Odont Univ Ant, 2005; 17 (1): 26-33.

RECIBIDO: MARZO 8/2005 - ACEPTADO: NOVIEMBRE 1/2005

más estético; sin embargo, estos procedimientos están indicados cuando existe el adecuado donante adyacente al defecto.[29, 30] La regeneración tisular guiada (RTG) usando membranas no reabsorbibles[24-26] o bioabsorbibles [23, 27, 28] ha sido empleada para cubrir recesiones gingivales, sin embargo, la exposición de la membrana, ha sido asociada con una reducción significativa en los resultados del cubrimiento radicular.

La utilización de injertos de tejido conectivo combinado con un colgajo pediculado posicionado coronalmente,[12, 15, 16] los colgajos pediculados posicionados lateralmente,[13] el doble pediculado,[13, 14, 19-21, 23] el colgajo en bolsillo[9, 11, 22] y la técnica de tunelización[17, 18] han demostrado predecibilidad y cubrimiento radicular estético en varios estudios clínicos; sin embargo, muchos de estos estudios carecen de seguimiento a largo plazo.

El propósito de este estudio fue evaluar longitudinalmente, durante un período de dos años, la disminución de la recesión gingival por medio de una técnica bilaminar, mediante la utilización de un injerto subepitelial de tejido conectivo ubicado debajo de un colgajo de espesor parcial posicionado coronalmente. Este artículo presenta los resultados preliminares encontrados en el primer semestre posquirúrgico.

MATERIALES Y MÉTODOS

Población: Cinco pacientes sin compromiso sistémico, tres hombres y dos mujeres entre 18 y 50 años participaron en este estudio. Los pacientes presentaron diecinueve recesiones gingivales que necesitaban cubrimiento de ellas por motivos estéticos (tabla 1).

Los criterios de inclusión fueron: pacientes sin compromiso sistémico, ninguna contraindicación para cirugía periodontal, no fumador, ninguna cirugía periodontal en las recesiones objeto de estudio dentro de los 24 meses previos, presencia de recesiones gingivales clases I y II de Miller,[31] presencia de unión cemento amélica identificable, vitalidad pulpar y ausencia de restauraciones en los dientes involucrados en la investigación.

Tabla 1
Distribución de recesiones

	Maxilar		Mandíbula	
		Clasificación de Miller		
Diente	*I*	*II*	*I*	*II*
Incisivos	11, 12, 21	21, 22, 22	0	0
Caninos	13	23, 23	0	33
Bicúspides	24	25	34, 44, 44, 45	45, 45, 45
Total	5	6	4	4

Todos los pacientes firmaron el consentimiento informado para participar en el estudio clínico durante dos años. A todos se les realizó instrucción de higiene oral para eliminar los hábitos que pudieran causar recesión. Se practicaron cuatro sesiones de desbridamiento periodontal y profilaxis para remover los depósitos microbianos de la superficie radicular previas a la realización de los procedimientos quirúrgicos y se evaluó la habilidad de los pacientes para mantener una higiene oral adecuada.

Procedimiento quirúrgico. El cubrimiento radicular se realizó utilizando una técnica bilaminar mediante la combinación de un injerto subepitelial de tejido conectivo, combinado con un colgajo pediculado de espesor parcial desplazado coronalmente, modificación de la técnica descrita por Langer y Langer.[12] Todos los procedimientos quirúrgicos fueron realizados por el mismo cirujano (CMAM).

Después de anestesiar infiltrativamente, la superficie radicular expuesta se desbridó cuidadosamente con ultrasonido. Se realizó un colgajo de espesor parcial que abarcaba un diente mesial y otro distal al diente con recesión. Se efectuó una incisión intracrevicular con el fin de preservar el tejido gingival presente sobre la superficie radicular (figuras 1 y 2). Se elevó un colgajo de espesor parcial, exponiendo el periostio (figura 2).

Luego se obtuvo un injerto de tejido conectivo del paladar. El área donante se limitó a un área comprendida entre el canino y el primer molar. Se realizaron dos incisiones paralelas, de 1 a 1,5 mm, distantes

por lo menos cinco mm del margen gingival de los dientes superiores y con una amplitud dependiente de la recesión por cubrir. Se practicaron también incisiones verticales para proporcionar mayor acceso (figura 3). El injerto debería tener por lo menos un espesor de 1 mm, para lo cual se le eliminó el tejido graso y se descartó el epitelio (figura 4).

El tejido conectivo se suturó a periostio sobre el lecho, utilizando una sutura reabsorbible 5-0* que permitiera un íntimo contacto entre los tejidos (figura 5). El área donante se suturó con seda 5/0** (figura 6).

El colgajo de espesor parcial del área receptora fue posicionado y suturado coronalmente, evitando una tensión innecesaria del tejido (figura 7). Se proporcionaron al paciente las medidas posquirúrgicas y de higiene oral pertinentes. Los pacientes fueron evaluados a los siete días. Todos los pacientes fueron sometidos a enjuagues de clorhexidina al 0,12%*** durante dos semanas y se les realizó profilaxis semanal durante el primer mes y posteriormente a intervalos mensuales.

Figura 1
Aspecto preoperatorio

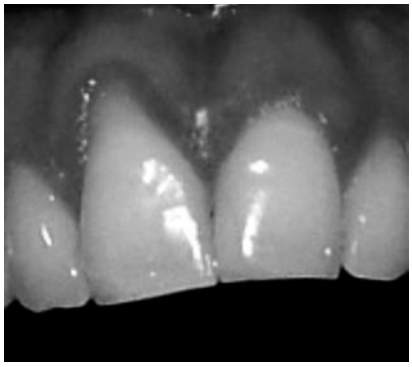


Figura 2
Elevación de colgajo dividido

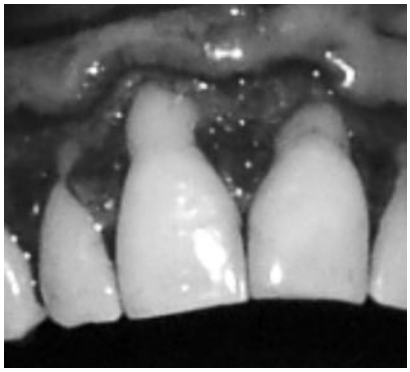
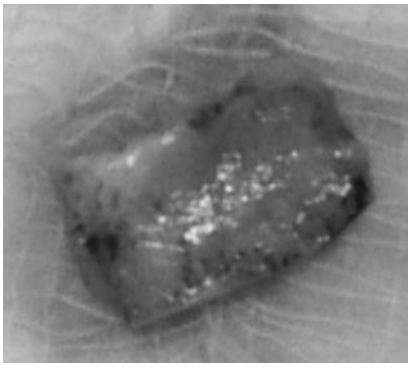


Figura 3
Toma de tejido concetivo



Figura 4
Injerto de tejido concetivo



*. Vicril[R] Ethicon, Flagstaff, USA.

** Ethicon, Flagstaff, USA.

*** Perioxidin, Lacer S. A., Barcelona, España.

Figura 5
Sutura del injerto en sitio receptor

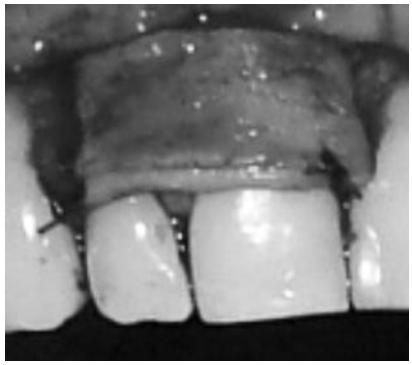


Figura 6
Sutura del sitio donante

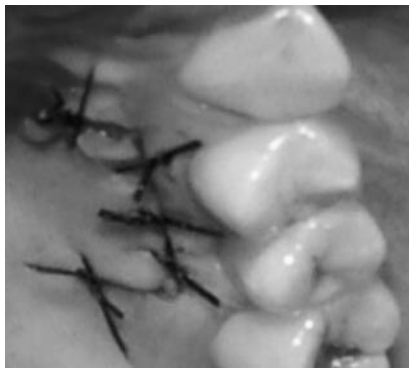
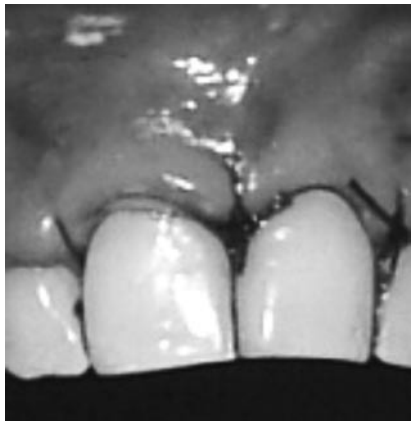


Figura 7
Sutura final sobre el injerto de tejido concetivo



Mediciones clínicas. Los registros de los datos iniciales fueron hechos inmediatamente antes del procedimiento quirúrgico y al primero, tercer y sexto mes posquirúrgicos. Previo al estudio se calibraron tres examinadores para reducir el error intra e interexaminador (Kappa > 0,75) para establecer confiabilidad y uniformidad. La inspección de la información fue realizada por el mismo examinador, en el mismo paciente, en todos los exámenes clínicos.

Para la evaluación de la higiene oral y salud gingival se empleó el índice de O'Leary[32] El sondaje fue realizado utilizando una sonda periodontal Carolina del Norte (HU Friedy), con incrementos de 1 mm. La recesión gingival (RG) fue medida entre el punto más apical de la unión cemento amélica vestibular y la posición más apical del margen gingival bucal. El nivel de inserción (NIC) se midió entre la unión cemento amélica y la base del surco. Todas las medidas se realizaron en todos los sitios experimentales.

Análisis estadístico. Con el fin de definir el comportamiento normal de las variables se le realizó a cada una de ellas la prueba de normalidad de Shapiro Wilk. La estadística descriptiva fue expresada con promedios más desviación estándar (DS). El porcentaje de cubrimiento radicular fue calculado como $(RG_{prequirúrgica}-RG_{3\ meses})/RG_{prequirúrgica.}$ Las variaciones longitudinales fueron evaluadas por medio de análisis de varianza (RG, NIC) y el índice de O'Leary se evaluó por medio del test de Friedman. Una probabilidad de $p < 0,05$ se aceptó para rechazar la hipótesis nula.

RESULTADOS

Los resultados de un caso representativo son ilustrados en la figura 8. Los pacientes mostraron óptimos niveles de higiene oral a lo largo del período de observación. El promedio de IP de O'Leary varió entre 10 y 15% (tabla 2).

La tabla 3 presenta los cambios de altura gingival observados durante el período de evaluación. El porcentaje de cubrimiento radicular fue de 89,4% a las cuatro semanas y del 78,2% a las doce semanas y seis meses. En la figura 8 se observa la disminución de una recesión y su estabilidad en los primeros tres meses.

Figura 7
Aspecto posoperatorio seis meses luego de cirugía



Tabla 2
Resultados del índice de placa (o'leary) previo y posterior a la cirugía

			Mes	
	Inicio	1	3	6
IP	10%	15%	10%	10%

- ningún periodo mostró diferencias estadísticamente significativas (Test Friedman)

Tabla 3
Cambios en la altura gingival antes y después de la cirugía

			Mes	
	Inicio	1	3	6
RG (mm)	2,47 ± 58	0,26 ± 0,41*	0,54 ± 0,43*	0,54 ± 0,32*
Disminución RG		2,21 ± 0,41	1,93 ± 0,52	1,93 ± 0,43
Cubrimiento radicuar (%)		89,4%	78,2%	78,2%

* p < 001: diferencias estadísticamente significativas entre el inicio y los tres períodos de evaluación. No existe diferencia estadísticamente significativa entre los períodos 1, 3 y 6.

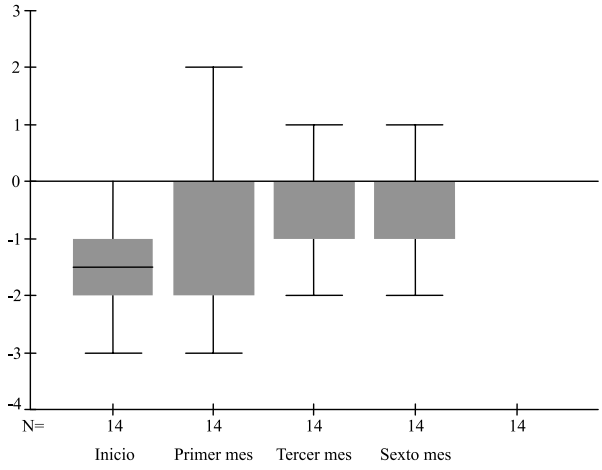
Tabla 4
Nivel clínico de inserción (nci) antes y después de la cirugía

			Mes	
	Inicio	1	3	6
NCI (mm)	2,80 ± 0,71	1,0 ± 0,5*	1,0 ± 0,4*	1,0± 0,3*
Ganancia inserción		1,80±.0,7	1,8 ± 0,5	1,8± 0,5

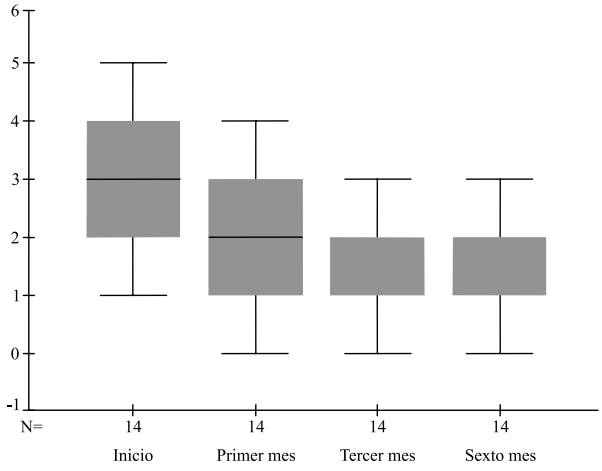
* p < 0,01: diferencias estadísticamente significativas entre el inicio y los tres períodos de evaluación. No existe diferencia estadísticamente significativa entre los períodos 1, 3 y 6.

La ganancia en el nivel de inserción clínica está representada en la gráfica 1. Se observa diferencia en el NIC desde el punto de inicio (2,8 mm) comparado con los resultados a los tres y seis meses (1,8 mm) (gráfica 2) (tabla 4).

Gráfica 1
Comparación entre la altura gingival antes y depués de la cirugía



Gráfica 2
Comparación entre el nivel clínico de inserción antes y después de la cirugía



DISCUSIÓN

Los resultados de este estudio confirman la predecibilidad de esta técnica bilaminar, empleando un injerto de tejido conectivo colocado bajo un colgajo pediculado desplazado coronalmente de espesor parcial como una técnica efectiva para obtener un cubrimiento completo de una recesión gingival.

El cubrimiento radicular promedio desde el punto de inicio hasta el sexto mes de evaluación fue del 78,2% para este grupo constituido por 19 recesiones en 5 pacientes. El promedio de cubrimiento radicular se compara con los resultados obtenidos en otros estudios empleando técnicas diferentes. Raetzke,[11] empleando una técnica en bolsillo, obtuvo 80% de cubrimiento radicular parcial en las recesiones intervenidas. Jahnke y colaboradores,[9] usando injertos de tejido conectivo, reportaron 80% de cubrimiento parcial. Müller y colaboradores,[22] utilizando la técnica en bolsillo, obtuvieron 73% de cubrimiento parcial después de una evaluación a doce meses. Nelson[13] obtuvo 91% de cubrimiento parcial radicular promedio empleando una técnica bilaminar en un estudio a 42 meses. Borghetti y Louise[14] reportaron 70,9% de cubrimiento parcial radicular promedio utilizando una técnica de colgajo pediculado de espesor total en una investigación a 12 meses. Harris[19-21, 23] obtuvo alto porcentaje de cubrimiento radicular comparado con los otros autores, reportando cubrimiento parcial de 97,4% a 12 semanas,[19] 97,7% a las 23 semanas[20] y 97,1% a las 26 semanas[23] usando un injerto pediculado doble de espesor parcial. Excepto por el estudio realizado por Nelson,[13] la mayoría de investigaciones reportaron estudios mayores a un año de evaluación. Paolantonio y colaboradores,[10] presentaron resultados de un estudio clínico a 5 años, con 85,23% de cubrimiento parcial radicular.

Las evaluaciones correspondientes a RG y NIC tuvieron los resultados más positivos al primer mes. La RG y el NIC disminuyeron significativamente en el primer mes comparado con los datos prequirúrgicos y posteriormente se redujeron hasta los seis meses.

En el presente estudio no se empleó ningún agente acondicionador de la superficie radicular durante la cirugía. Muchos investigadores han empleado ácido cítrico[9, 15, 16] o tetraciclina [16, 19-24] en la biomodificación de la superficie radicular, basados en la creencia de que al remover el barrillo dentinario y exponiendo las fibras de colágeno se mejoraría la reinserción del injerto. Sin embargo Bouchard y colaboradores,[15] fracasaron en demostrar el beneficio del ácido cítrico como acondicionante de la superficie radicular cuando se emplearon injertos subepiteliales de tejido conectivo. En otro reporte,[16] Ios investigadores fracasaron en demostrar diferencias entre la tetraciclina y el ácido cítrico aplicados sobre la superficie radicular.

El objetivo ideal en una terapia periodontal es la regeneración tisular, estableciendo una nueva inserción de tejido conectivo, con fibras que se insertan en el nuevo hueso y en el nuevo cemento. Algunos estudios histológicos en animales[32] y en humanos[33, 34] revelan que una verdadera regeneración no ha sido observada sobre superficies radiculares cubiertas con injertos de tejido conectivo y las biopsias realizadas indican que la inserción de los injertos es mediada por una combinación de crecimiento epitelial e inserción de tejido conectivo con poco potencial para la formación de nuevo hueso y nuevo cemento. Sin embargo a pesar de los hallazgos histológicos, los injertos de tejido conectivo son altamente predecibles, estables y eficaces para lograr cubrimiento radicular.

CONCLUSIÓN

La técnica bilaminar empleando un injerto de tejido conectivo combinado con un colgajo pediculado de espesor parcial desplazado coronalmente, es un método predecible para cubrir recesiones y la utilidad obtenida por esta técnica se pueden mantener a corto plazo.

AGRADECIMIENTOS

A las doctoras Eliana Martínez H. y Diana P. Cuesta C. por su asesoría estadística.

CORRESPONDENCIA

Carlos Martín Ardila M.
Facultad de Odontología
Universidad de Antioquia
Calle 64 N.º 52-59 Medellín
Antioquia, Colombia

Teléfono: (574) 210 67 72
Fax: (574) 263 12 30
Dirección electrónica: cmartin@chami.udea.edu.co

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Goldstein M, Brayer L, Schwartz Z. A critical evaluation of methods for root coverage. Crit Rev Oral Biol, 1996; 7: 87-89.
2. Caffesse RG, Alspach SR, Morrison EC, Burgett FG. Lateral sliding flaps with and without citric acid. Int J Periodontics Restorative Dent, 1987; 7 (6): 43-57.
3. AlIen EP, MiIler PD. Coronal positioning of existing shallow marginal tissue recession. J Periodontol, 1989; 60: 316-319.
4. Romanos G, Bernimoulin JP, Marggraf E. The double ateral bridging flap for coverage of denuded root surface: Longitudinal study and clinical evaluation after 5 to 8 years. J Periodontol, 1993; 64: 683-688.
5. Trombelli L, Scabbia A, Wikesjo UM, Calura G. Fibringlue application in conjunction with tetracycline root conditioning and coronally positioned flap in the treatment of human gingival recession defects. J Clin Periodontol, 1996; 23: 861-867.
6. Borghetti A, Gardella JP. Thick gingival autograft for the coverage of gingival recession: A cIinical evaluation. Int J Periodontics Restorative Dent, 1990; 10: 217-229.
7. Matter J. Creeping attachment of free gingival grafts: A five year follow-up study. J Periodontol, 1980; 51: 681-685.
8. Laney JB, Saunders va, Garnick JJ. A comparison of two techniques for attaining root coverage. J Periodontal, 1992; 63: 19-23.
9. Jahnke PV, Sandifer JB, Gher ME, Gray JL, Richardson AC. Thick free gingival and connective tissue autografts for root coverage. J PeriodontoI, 1993; 64: 315-322
10. Paolantonio M, di Murro C, Cattabriga A, Cattabriga M. Subpedicle connective tissue graft versus free gingival graft in the coverage of exposed root surfaces. A 5-year cIinical study. J Clin PeriodontoI, 1997; 24: 51-56.
11. Raetzke PS. Covering localized areas of root exposure employing the "envelope" technique. J Periodontol, 1985; 56: 397-402.
12. Langer S, Langer L. Subepithelial connective tissue graft technique for root coverage. J Periodontol, 1985; 56: 715-720.
13. Nelson SW. The subpedicle connective tissue graft. A bilaminar reconstructive procedure for coverage of denuded root surfaces.J PeriodontoI, 1987; 58: 95-102.
14. Borghetti A, Louise F. Controlled clinical evaluation of the subpedicle connective tissue graft for the coverage of gingival recession. J PeriodontoI, 1994; 65: 1107-1112.
15. Bouchard P, Etienne D, Ouhayoun JP, Nilveus R. Subepithelial connective tissue grafts in the treatment of gingival recessions. A comparative study of 2 procedures. J PeriodontoI, 1994; 65: 929-936.
16. Bouchard P, Nilveus R, Etienne D. Clinical evaluation of tetracycline HCI conditioning in the treatment of gingival recession. A comparative study. J Periodontol, 1997; 68: 262-269.
17. Allen AL. Use of the supraperiosteal envelope in soft tissue grafting for root coverage: Rationale and technique. Int J Periodontics Restorative Dent, 1994; 14: 216-227.
18. Allen AL. Use of the supraperiosteal envelope in soft tissue grafting for root coverage: Clinical results. Int J Periodontics Restorative Dent, 1994; 14: 302-315.
19. Harris RJ. The connective tissue and partial thickness double pedicle graft: A predictable method of obtaining root coverage. J Periodontol, 1992; 63: 477-486
20. Harris RJ. The connective tissue with partial thickness double pedicle graft: The results of 100 consecutively treated defects. J Periodontol, 1994; 65: 448-461.
21. Harris RJ. Creeping attachment associated with the connective tissue graft with partial-thickness double pedicle graft. J PeriodontoI, 1997; 68: 890-899.
22. Müller HP, Eger T, Schorb A. Gingival dimensions after root coverage with free connective tissue grafts. J Clin PeriodontoI, 1998; 25: 424-430.
23. Harris RJ. A comparative study of root coverage obtained with guided tissue regeneration utilizing a bioabsorbable membrane versus the connective tissue with partial-thickness double pedicle graft. J Periodontol, 1997; 68: 779-790.
24. Jepsen K, Heinz B, Halben J, Jepsen S. Treatment of gingival recession with titanium reinforced membranes versus connective tissue grafts. J Periodontol, 1998; 69: 383-391.
25. Tinti C, Vincenzi G, Cortellini P, Pini Prato G, Clauser C. Guided tissue regeneration in the treatment of human facial recession. A 12-case report. J Periodontol, 1992; 63: 554-560.
26. Roccuzzo M, Lungo M, Corrente G, Gartdolfo S. Comparative study of a bioresorbable and a non-resorbable membrane in the treatment of human buccal gingival recessions. J Periodontol, 1996; 67: 7-14.
27. Rachlin G, Koubi G, Dejou J, Franquin JC. The use of a resorbable membrane in mucogingival surgery. Case series. J Periodontol, 1996; 67: 621-626.
28. Shieh AT, Wang HL, O'Neal R, Glickman GN, MacNeil RL. Development and cIinical evaluation of a root coverage procedure using a collagen barrier membrane. J PeriodontoI, 1997; 68: 770- 778.
29. Hancock EB Regeneration procedures En: Proceedings of the World Workshop in Periodontics. Chicago: The American Academy of Periodontology; 1989; VII-1-VII-21.

30. I de Waal H, Kon S, Ruben M. The lateraly positioned flap. Dent Clin North Am, 1988; 32: 267-286.

31. MilIer PD. A cIassification of marginal tissue recession. Int J Periodontics Restorative Dent, 1985; 5 (2): 8-13.

32. O'Leary TJ, Drake RB, Naylor JE. The plaque control record. J Periodontol, 1972; 43: 38-40.

33. Guiha R, Khodeiry SE, Mota L, Caffesse R. Histologic evaluation and healing and revascularization of the subepithelial connective tissue graft. J Periodontol, 2001; 72: 470-478.

34. Harris RJ. Human histologic evaluation of root coverage obtained with a connective tissue with partial thickness double pedicIe graft. A case report. J Periodontol, 1999; 70: 813-821.

CÁTEDRA ABIERTA

Programación para el año 2006

Reserve un espacio en su agenda,
venga a la Facultad y regrese a su Universidad!

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA 1803

Dr. Alberto Uribe C.
Rector

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA · U DE A ·

Dr. Carlos Mario Uribe S.
Decano

UNIVERSIDAD DE ANTIOQUIA
FACULTAD DE ODONTOLOGIA
Calle 64 N.º 52-59 - Teléfono: 210 67 60
Fax: 211 00 67 - Medellín
E-mail: extension@chami.udea.edu.co

Cátedra Abierta es un espacio académico que se realiza los **viernes de 7:00 a 8:00 a. m.**, en el Auditorio de la Facultad de Odontología. Se ha programado durante siete años sin interrupción, charlas de carácter académico, gremial, y cultural. La Coordinación de Programas de Educación Permanente, le invita muy cordialmente a asistir durante este año 2006 a la siguiente programación. **ENTRADA LIBRE**

PRIMER SEMESTRE

FECHA		CONFERENCISTA	TEMA
ENERO	27	Dra. Marcela Morales	Mini-implantes como anclaje absoluto en Ortodoncia
FEBRERO	10	Dr. Gerardo Gómez Médico U. de A.	Homeopatía básica para Odontólogos
	24	Dr. Juan Carlos Upeguí	Guía de erupción y Extracción seriada
MARZO	10	Dr. Julián Ramírez	Principios de Estética
	21 al 24	Para la SALUD, 65 años de Educación	Conmemoración de los 65 años de la Facultad de Odontología
	31	Dr. Julián Ramírez	Manejo de resinas de alta estética
ABRIL	21	Dr. Ricardo Duque	Estética de carillas
MAYO	12	Dr. Germán David Arboleda	Progenitores celulares e Ingeniería de tejidos en odontología
	26	Dr. Germán Aguilar	Geopolítica
JUNIO	09	Dra. Sandra Rojas	Odontología Forense
	23	Dr. Mauricio Vásquez	Cosmética o cométicа?...Esa es la cuestión

La Misión de la FACULTAD DE ODONTOLOGÍA es:
- Formar un profesional integral, crítico y con capacidad de emprender transformaciones.
- Fomentar, generar y transmitir conocimientos con criterios de excelencia académica.
- Prestar servicios que den respuesta a las necesidades concretas de la comunidad.

SEGUNDO SEMESTRE

FECHA		CONFERENCISTA	TEMA
JULIO	14	Dra. Fanny Stella Alvear	Diagnóstico de los trastornos temporomandibulares
	28	Dr. Alejandro Ruiz	Conformación mecánica de los conductos radiculares. Técnica mixta
AGOSTO	11	Dra. Paula Villa	Irritantes y Quelantes en Endodoncia
	25	Dr. Raúl Jiménez	Dolor en odontología, un problema de lenguaje
SEPTIEMBRE	08	Dr. Efraín Álvarez	Diagnóstico diferencial de lesiones en la mucosa bucal
	22	Dr. Gerardo Becerra	Fundamentación biomecánica sobre implantes
	28 y 29	XXXV SIMPOSIO INTERNACIONAL	IMÁGENES DIAGNÓSTICAS EN ODONTOLOGÍA PARA EL SIGLO XXI
OCTUBRE	06	CELEBRACIÓN DÍA PANAMERICANO DE LA ODONTOLOGÍA	ACTIVIDADES ACADÉMICAS, GREMIALES Y CULTURALES
	13	Dr. Manuel Cabrales	Prótesis parcial fija en cantiliver
	27	Dr. José Vicente Vallejo	Que hay de nuevo en Cirugía Maxilofacial
NOVIEMBRE	10	Dr. Juan Carlos Mejía	Selección de pilares para PPF. Diseño
	24	Dra. Gloria Nancy Arango	Tendencias actuales en el tratamiento de la Periodontitis
DICIEMBRE	01	Dra. Gloria Mejía	Aplicación clínica de la Epidemiología

NOTA: El Simposio Internacional se realizarán en el Auditorio de San Diego. El Presimposio el día Viernes 22 de septiembre de 8:00 a 12:00 m., en el Auditorio de la Facultad de Odontología.