

Conferencia celebrada en el COEM el 13 de febrero de 2014
Dr. José Ignacio Zalba Elizari

Nuevas TENDENCIAS: ODONTOLOGÍA DE MÍNIMA INTERVENCIÓN

Hoy más que nunca los pacientes están preocupados por sus dientes y por opciones para mantenerlos sanos. La sociedad del siglo XXI presenta cambios educativos, económicos, científicos... que ofrecen nuevas oportunidades. Las necesidades actuales se están modificando, la orientación de la Odontología aporta nuevas demandas, los pacientes empiezan a querer evitar tratamientos agresivos... Como resultado podemos desarrollar un perfil de práctica odontológica cada vez menos invasiva donde la prevención que se desarrolló hace más de cuarenta años encuentra el caldo de cultivo para ser el pilar sobre el que sustentar nuestro ejercicio profesional.

El concepto de tratamiento de mínima intervención integra desde prevención primaria de la enfermedad hasta métodos quirúrgicos que impliquen mínimo trauma. Estas técnicas hacen posible la preservación de tejido dentario o minimizar los efectos secundarios del tratamiento. Muchos clínicos creen equivocadamente que la MI (Mínima Intervención) significa "esperar y ver" o "realizar tratamientos pequeños". Hoy, la Odontología Mínimamente Invasiva se centra en la intercepción de la enfermedad médica y quirúrgica. El concepto de **máxima intervención para una mínima invasión** ha dado entrada a nuevos test de diagnóstico y formas del tratamiento dirigidas tanto a la enfermedad como a mejorar los niveles de salud.

El concepto de MI se describe adecuadamente en la literatura y resume la lógica clínica de las estrategias de prevención relacionadas a la causa en el manejo de la enfermedad dental. La Junta Consultiva (GC Europe MI Advisory Board), grupo paneuropeo de académicos y dentistas generales, publicó y presentó un método de tratamiento de MI centrado en el paciente y basado en evidencia, para uso en la práctica dental clínica rutinaria. Esta metodología de tratamiento se basa en un plan de cuatro fases de tratamiento:

1. Diagnóstico precoz
2. Programa de prevención individualizada
3. Tratamiento Mínimamente Invasivo
4. Monitorización y control

Diagnóstico precoz

Esta fase abarca la detección de caries dental e identificación de los factores que afectan la susceptibilidad del paciente de manera individual. Se presenta un sistema ICDAS modificado para calificación de detecciones a fin de relacionar el aspecto visual de las lesiones con el proceso histológico. Además, la evaluación de la placa bacteriana y la saliva usando materiales que se manejan en la clínica diaria y están disponibles comercialmente. Toda esta información junto con la historia clínica y médica se evalúan para estimar la susceptibilidad del paciente a la enfermedad, establecer un diagnóstico y diseñar un plan de tratamiento MI preventivo.

Programa de prevención individualizada

Dependiendo de la susceptibilidad y factores de riesgo del paciente, se pueden establecer regímenes de tratamiento preventivo personalizados. El método "estándar" incluye recomendaciones de higiene oral, asesoramiento dietético, motivación del paciente y mantenimiento. Aquellos pacientes con factores de alto riesgo necesitan de cuidado preventivo "activo", el cual incluye medidas de protección para disminuir el contenido bacteriano de la cavidad oral, colocación de restauraciones transitorias y uso de tratamientos de remineralización no invasivos para restaurar lesiones iniciales. Se utilizará un diagnóstico reiterado de los factores de riesgo a fin de evaluar, de manera individual para cada paciente, la necesidad del nivel exacto de medidas preventivas.

Tratamiento Mínimamente Invasivo

Presenta técnicas de remoción del tejido enfermo para la conservación de la estructura dental cuando se requiera colocar restauraciones. Se hacen distinciones entre técnicas no invasivas e invasivas, la utilización de biomateriales, materiales adhesivos y odontología reparativa. Los ionómeros de vidrio dejan de ser una solución de restauración provisional. Este material a base de ionómero de vidrio no sólo le ofrece una solución de restauración a largo plazo, sino también propiedades estéticas excelentes. Este tipo de materiales restauradores bioactivos se adhieren químicamente a la estructura del diente y requieren eliminar una menor cantidad de la misma que sí se utilizan los materiales tradicionales.

Monitorización y control

Los principales objetivos de las visitas de monitorización y control son controlar el equilibrio oral, prevenir la recidiva de enfermedad oral o poder detectarla precozmente para tratarla en una etapa inicial, todo ello con una frecuencia de intervalos de citas a la clínica dental adecuada al riesgo de enfermedad de cada paciente.

Conclusión

La Odontología de MI presenta los conceptos, principios, técnicas y productos para crear un ambiente oral saludable y en el que en el caso de requerir intervenir, obtener unos resultados más predecibles en cualquier tratamiento (restaurador, prótesis, ortodoncia,...). Reconocer factores de riesgo, realizar una detección precoz de la enfermedad, diseñar programas de prevención individualizados, realizar tratamientos no agresivos todo acompañando a la persona a través de una monitorización y control ajustados a su nivel de riesgo.



Figura 1.- Pretratamiento.

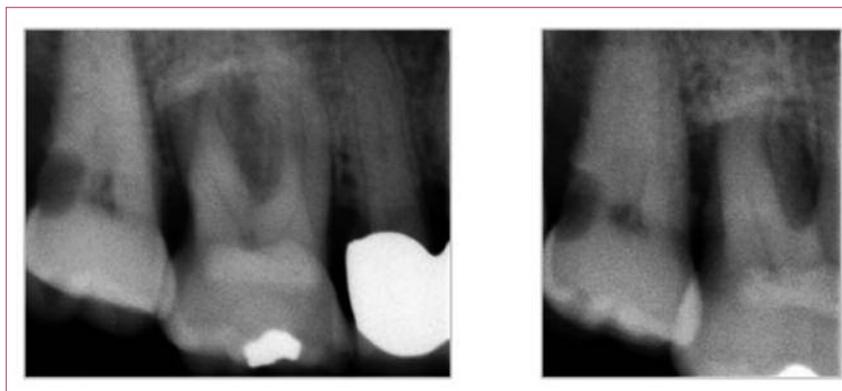


Figura 2.- RX preoperatoria. - Lesión próxima a la cámara pulpar.



Figura 3.- ART (técnica atraumática).

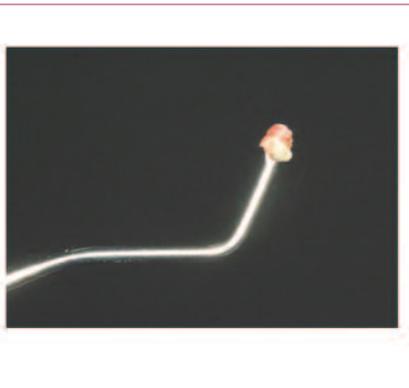


Figura 4.- Preparación final.



Figura 5.- Restauración final. Ionómero color rosa.

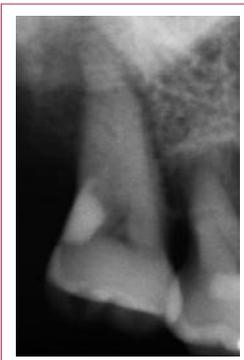


Figura 6.- RX postratamiento.



Figura 7.- Control seis meses.



Figura 8.- Restauración técnica atraumática ionómero de vidrio.

BIBLIOGRAFÍA

1. Minimum Intervention Treatment Plan (MITP)—practical implementation in general dental practice. S. Doméjean-Orliaguet, A. Banerjee, C. Gaucher, I. Miletic, M. Basso, E. Reich, M. Blique, J. Zalba, L. Lavoix, F. Roussel, P. Khandelwal. *J Minim Interv Dent* 20 09; 2 (2).
2. Los tejidos orales naturales son únicos, y es difícil igualar sus propiedades mediante tratamientos. Dr José Zalba. *Gaceta Dental* 210, enero 2010.
3. Standard and active preventive care. I. Miletic, A. Baraba. *J Minim Interv Dent* 2011; 4 (2)
4. Aetiological factors for susceptibility: the location (number, location, activity) and the plaque (identification tools, scoring). I. Miletic, A. Baraba. *J Minim Interv Dent* 2011; 4 (2)
5. Aetiological factors for susceptibility: saliva (roles, pH scoring) and bacteria. I. Miletic, A. Baraba. *J Minim Interv Dent* 2011; 4 (2)
6. Cariology: Minimal Intervention Treatment Plan: from theory to practice, the GC-MI -Advisory Board approach. S. Doméjean, C. Gaucher. *J Minim Interv Dent* 2011; 4 (2)
7. Minimal intervention in cariology—Identification stage detection & classification of caries lesions. S. Doméjean, C. de Tonquédec. *J Minim Interv Dent* 2011; 4 (2)
8. Minimal Intervention in Cariology—Identification stage detection of carious lesions & bitewing radiographs. N. Decerle, C. Melin, S. Doméjean. *J Minim Interv Dent* 2011; 4 (2)
9. Minimal Intervention in Cariology -Preventive and therapeutic sealants. N. Decerle, S. Doméjean. *J Minim Interv Dent* 2011; 4 (2)
10. Plaque control: get time on your side in treating dental and gingival tissue. M. Blique, S. Grosse, D. Joseph. *J Minim Interv Dent* 2011; 4 (3)
11. Decontamination of hard tissue professional mechanical tooth cleaning: general principles. M. Blique, S. Grosse, D. Joseph. *J Minim Interv Dent* 2011; 4 (3)
12. Active preventive care and induced remineralisation. Basso M. *J Minim Interv Dent* 2011; 4 (3)
13. Tooth restoration –Non Invasive Techniques. M. Basso. *J Minim Interv Dent* 2011; 4 (3)
14. Minimal Intervention in Cariology -new devices for MI restorations. J. Zalba. *J Minim Interv Dent* 2011; 4 (3)
15. Minimal Intervention in Cariology –Glass-ionomer cement. Zalba J. *J Minim Interv Dent* 2011; 4 (3)
16. Influencia del patrón de visitas al dentista, punto clave en el modelo de mínima intervención (MITP), en el estado dental y la salud oral relacionada con la calidad de vida [Spanish] Zalba J., Rossi-Fedele G, Albaladejo A, Montero J *Journal of Minimum Intervention in Dentistry* 2013; 6: 55 - 61