

REHABILITACIÓN IMPLANTOSOPORTADA CON CARGA INMEDIATA EN EL ADULTO MAYOR. PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

Autora: Dra. Milay Justo Díaz Especialista de Segundo Grado en Prótesis Estomatológica. Profesora Auxiliar.

Coautores: Dr. Luis Hernández, Dra. Isis Bárbara López, Dra. Clara Sánchez Silov, Zuilen Jiménez Quintana.

RESUMEN

La rehabilitación oral de los pacientes desdentados totales presenta grandes dificultades, la severa reabsorción del proceso alveolar limita el tratamiento con prótesis totales convencionales generando dificultades fonéticas y de masticación a los pacientes, incomodidad, falta de retención y estabilidad de las prótesis, estos aspectos fueron mejorados, por la posibilidad de nuevas alternativas de tratamiento como las prótesis implanto retenidas. La demanda de los pacientes en cuanto estética y función hacen que cada día se intente disminuir el tiempo para cargar los implantes y no esperar el período de cicatrización de 3 a 6 meses, tiempo que los pacientes deben esperar para la colocación de la prótesis final. De esta forma, la técnica quirúrgica de carga inmediata fue propuesta para abreviar este período, se disminuye la cantidad de consultas tanto para el especialista como para el paciente, al mismo tiempo que reduce los problemas psicológicos asociados. El objetivo del presente trabajo es resaltar las ventajas de dicha técnica, Metodología seleccionó un paciente desdentado total en la consulta de implantología de la Facultad de Estomatología después de ser valorados los elementos diagnósticos, se le explica la técnica al paciente, contribuyendo a elevar la calidad de vida y la satisfacción del paciente.

Palabras claves: Carga inmediata, carga temprana, carga progresiva en implantes

INTRODUCCIÓN

Introducción, La rehabilitación oral de los pacientes desdentados totales presenta grandes dificultades, la severa reabsorción del proceso alveolar limita el tratamiento con prótesis totales convencionales generando dificultades fonéticas y de masticación a los pacientes, incomodidad, falta de retención y estabilidad de las prótesis, estos aspectos fueron mejorados, por la posibilidad de nuevas alternativas de tratamiento como las prótesis implanto retenidas. La demanda de los pacientes en cuanto estética y función hacen que cada día se intente disminuir el tiempo para cargar los implantes y no esperar el período de cicatrización de 3 a 6 meses, tiempo que los pacientes deben esperar para la colocación de la prótesis final. De esta forma, la técnica quirúrgica de carga inmediata fue propuesta para abreviar este período, se disminuye la cantidad de consultas tanto para el especialista como para el paciente, al mismo tiempo que reduce los problemas psicológicos asociados. El objetivo del presente trabajo es resaltar las ventajas de dicha técnica, Metodología seleccionó un paciente desdentado total en la consulta de implantología de la Facultad de Estomatología después de ser valorados los elementos diagnósticos, se le explica la técnica al paciente, contribuyendo a elevar la calidad de vida y la satisfacción del paciente.

Palabras claves: Carga inmediata, carga temprana, carga progresiva en implantes

INTRODUCCIÓN

El crecimiento acelerado de la población adulta mayor se torna un reto al desarrollo de novedosos métodos de educación para la salud, teniendo en cuenta el envejecimiento como un hecho individual y colectivo. Cuando la Educación para la Salud se dirige a personas de la tercera edad, nos encontramos que toma ciertas particularidades debido a las concepciones y hábitos que han ido subrayando y reafirmando a lo largo de su vida. ⁽¹⁾

El envejecimiento puede ser considerado como un logro, conociendo que la esperanza de vida ha sido un anhelo de la humanidad a través de los años, este vertiginoso y acelerado crecimiento entraña retos sin precedentes, teniendo en

consideración que la edad avanzada se encuentra en desventaja para afrontar las exigencias sociales de contemporaneidad.⁽²⁾

Un tema de preocupación constante de la vida actual es cómo mejorar la calidad de vida, incrementando la longevidad y disfrutando cada instante de nuestra vida de la mejor forma. Ninguna persona podrá aspirar a una mejor calidad de vida si no prioriza su estado de salud, el mantenimiento funcional de cada uno de sus aparatos y sistemas, así como su estética y apariencia. ^(3,4)

La rehabilitación bucal en los pacientes desdentados que utilizan prótesis totales convencionales puede satisfacer bien el objetivo estético de los individuos por medio de la reposición de los dientes naturales perdidos y del proceso alveolar, suministrando así un buen soporte a los tejidos blandos. Pero en los casos de prótesis realizadas en el maxilar inferior, podemos observar de manera rutinaria que los pacientes presentan algunas quejas frecuentes como dificultad en la masticación, incomodidad, falta de retención y estabilidad, así como dificultades fonéticas, que frustran las expectativas de los profesionales acerca del restablecimiento adecuado de la función del sistema masticatorio. ^(3,4,5,6,7,)

Las prótesis totales presentan gran importancia en la rehabilitación estética y funcional de los pacientes. Todavía en tales prótesis se observan muchas veces problemas de retención y estabilidad, la eficiencia masticatoria y la estética facial, lo cual se encuentra afectada la calidad de vida de los pacientes. Sin embargo, el uso de prótesis implanto-soportadas puede superar esos problemas y tornarse una alternativa confiable con relevante satisfacción del paciente. ^(8, 9,10)

Desde tiempos remotos, el hombre procuró sustituir los órganos dentales ausentes por medio de prótesis confeccionadas en marfil, piedra, madera, o utilizando dientes extraídos de animales o del propio hombre. Ya en la era más moderna de la implantología, el hombre continuaba presentando dificultades en lograr un material que no causara rechazo al organismo. Ese descubrimiento comenzó a aplicarse en la década de los 60, marcando la gran evolución de la implantología, cuando *Branemark*, considerado el padre de la implantología moderna, trabajó con materiales a base de titanio puro y notó que el organismo aceptó este material, con una íntima adhesión entre hueso e implante, lo que dio inicio al período de la

oseointegración en la implantología. Esta se define como una conexión estructural directa y funcional entre el hueso y la superficie de un implante soportando carga.^(11,12,13)

En implantología el período de cicatrización de 3 a 6 meses se consideró un pre-requisito para obtener oseointegración sin interposición de tejido fibroso. El protocolo sugerido por el Profesor *Branemark*, determinaba la realización del procedimiento en 2 etapas, de modo que el paciente era sometido a 2 cirugías, aguardando el período de cicatrización para la colocación de la prótesis final. De esta forma, se han propuesto nuevas técnicas para abreviar el tiempo entre la colocación del implante y la instalación de la prótesis. Esta técnica fue designada de procedimiento quirúrgico de un estadio, que consiste en la aplicación de carga inmediata en los implantes dentales, o sea, la colocación de una prótesis después de la fase quirúrgica, tornando una alternativa favorable a la rehabilitación de pacientes con pérdida parcial o total de los dientes. ^(14,15,16)

Los primeros antecedentes de carga inmediata fueron introducidos por *Ledermanen* 1979, cuando unió 4 implantes interforaminales en una barra y puso una sobredentadura el mismo día de la cirugía. Después de esto, surgieron muchos trabajos sobre carga inmediata y la técnica se consolidó como una alternativa viable, pues los pacientes no necesitaban usar una restauración removible durante la cicatrización ósea inicial, provocando mayor confort, reducción de los problemas psicológicos asociados, y en muchas situaciones clínicas, puede preservar la pérdida ósea, instalando implantes con carga inmediata en alvéolos recién extraídos.^(17,18)

Es importante un adecuado periodo de evolución del paciente y una prótesis adecuada. Si se trata de una prótesis total es importante establecer una articulación balanceada y hacer coincidir las posiciones de relación y oclusión céntrica (sobre todo si es una dentadura total superior que antagoniza con una sobredentadura inferior soportada por implantes) así como una oclusión mesiolingualizada y en todos los casos la tabla oclusal debe ser reducida en su ancho comparada con los dientes naturales y mas estrechas en sentido buco lingual. Las sobredentaduras implantoreténidas son una alternativa para aquellos casos de en los que las prótesis completas convencionales presentan problemas de retención y estabilidad para los

pacientes. No están exentas de inconvenientes, pero permiten un mejor reparto de las cargas, ofrecen mayor estabilidad que las prótesis completas convencionales, la técnica de realización es sencilla, la relación coste-efectividad es positiva y el paciente encuentra una mejor propiocepción y mayor confort. Los sistemas retentivos mas frecuentes empleados son las barras, las bolas y los imanes. En el caso de prótesis fijas en desdentados totales, tienen la ventaja que se usan de modo permanente, dan confort, conserva el hueso, capacidad de masticar, con muy buen pronóstico ^(19,20).

La colocación de los implantes simplifica la rehabilitación sobre todo en aquellos casos desdentados completos mandibulares muy reabsorbidos tan difíciles de solucionar por las técnicas convencionales. Los desdentados completos mandibulares no son capaces de seguir una dieta de consistencia normal, debido a la habitual movilidad de sus prótesis completas removibles. A medida que siguen perdiendo altura de la cresta alveolar, se incrementan las fuerzas desestabilizadoras de la musculatura perioral, venciendo la capacidad retentiva de las prótesis, ocasionando incomodidad y traumatismo sobre el nervio mentoniano. ^(23,24,25) La colocación de implantes en el sector anterior mandibular es un procedimiento terapéutico excelente para su reconstrucción, restaurando la capacidad de este grupo de pacientes para seguir una dieta de consistencia adecuada: con lo cual se consigue una optimización del aporte nutricional, un mejor estado físico y un incremento de la confianza en si mismo. Y es gracias a la oseointegración que se resuelven los problemas de estética, retención, soporte y estabilidad de las prótesis. Esta tercera dentición como suelen llamarla algunos autores es el resultado de la oseointegración de los implantes y del buen manejo de los tejidos blandos. ^(,24,25). Por lo que nos trazamos como objetivos.

OBJETIVOS:

Objetivo General: Mencionar las ventajas de la Rehabilitación Protésica implanto-retenida con carga inmediata en el Adulto Mayor.

Objetivo Específico: Mostrar la rehabilitación Implanto soportada con carga inmediata.

Material y Métodos

CASO CLÍNICO.

Paciente masculino de 65 años de edad con gran reabsorción del reborde alveolares inferior, que presentaba serios problemas de retención con su prótesis inferior convencional, por lo cual es remitido a nuestro servicio y se decide que el mismo es tributario de tratamiento implantológico.

- Fase inicial.

Elementos de diagnóstico. Comprende la Historia Clínica, las radiografías iniciales panorámica, examen clínico se observa reborde alveolar residual y determinación de la motivación del paciente.

- Fase Terapéutica.

Colocación de 4 implantes en zona de 31, 33, 41 y 43 cumpliéndose con la estabilidad primaria requisito fundamental para poder realizar la técnica de carga inmediata. En esta misma sesión se toman las impresiones para comenzar a realizar la futura prótesis Implantosoportada. Se dan las indicaciones post-operatorias.

- Fase Protésica

Después de transcurrido de 48 o 72 horas, se procede a la rehabilitar al paciente con prótesis fija implantosoportada, logrando con la misma una gran satisfacción del paciente desde el punto de vista emocional, funcional y estético mejorando así calidad de vida del paciente.

- Fase de control

Los controles se realizan periódicamente y permiten asegurarse de la buena salud de los diferentes elementos. Se realizan cada 6 meses, después de la fase terapéutica, y luego anualmente. El control comprende radiografías, verificación de la estabilidad de la oclusión y de la salud perimplantaria.

DISCUSIÓN

Actualmente las técnicas implantológicas brindan múltiples posibilidades de tratamiento con elevada predictibilidad de los resultados. Ello ha contribuido a ampliar el campo de la rehabilitación protésica. Su realización exige técnicas complejas del tipo multidisciplinario, sin embargo su papel en la práctica clínica moderna está siendo muy destacado. Tienen elevado grado de precisión, funcionabilidad, comodidad y belleza, así, como garantía en la calidad y duración (19,20)

La evaluación inicial del paciente y el cumplimiento de la planificación del tratamiento es fundamental para el éxito de los resultados

A pesar que todos los implantes dentales brindan confort y aportan confianza a los pacientes para sonreír, comer, hablar, etc., no son para todos. El paciente ideal debe tener un buen estado de salud y hueso adecuado. Igualmente es importante el compromiso a una higiene bucal excelente y visitas periódicas al estomatólogo (22)

Como vemos en el caso presentado se demuestra lo confirmado por muchos autores (3-5-7-12-14-16-18) que plantean que las prótesis fijas implanto soportada son eficaces para resolver los problemas de retención, soporte y estabilidad en los pacientes desdentados totales con rebordes muy reabsorbidos tan difíciles de rehabilitar por técnicas convencionales.

CONCLUSIONES

- La Rehabilitación implanto soportada con carga inmediata permite la solución de problemas de retención, soporte y estabilidad en los pacientes desdentados totales con rebordes muy reabsorbidos tan difíciles de resolver por técnicas convencionales.

- Devuelve en poco tiempo problemas estética, reduce el período de tratamiento, mostrando gran satisfacción, elevando la calidad de vida de los pacientes.
- La Rehabilitación implanto soportada con carga inmediata, pueden beneficiar la función masticatoria, con mayor grado de satisfacción del paciente en relación con las prótesis totales convencionales.





BIBLIOGRAFÍA

- 1- Rangel Rivera JC, Lauzardo García del Prado G, Quintana Castillo M, Gutiérrez Hernández ME, Gutiérrez Hernández N. Necesidad de crear programas de promoción y prevención en el adulto mayor. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2009 Mar [citado 2014 Mar 25]; 46(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072009000100004&lng=es.
- 2- García Heredia GL, Miranda Tarragó JD. Necesidades de aprendizaje relacionados con el cáncer bucal en un círculo de abuelos de Ciudad de La Habana. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2009 Dic [citado 2014 Mar 25]; 46(4): 90-101. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072009000400009&lng=es.
- 3- González Ramos RM, Herrera López I, Osorio Núñez M, Madrazo Ordaz D. Principales lesiones bucales y factores de riesgo presentes en población mayor de 60 años. Rev Cubana Estomatol [Internet]. 2010 Mar [citado 2014 Mar 25]; 47(1): 105-114. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072010000100009&lng=es.
- 4- Gómez Viera N, Bonnin Rodríguez BM, Gómez de Molina Iglesias MT, Yáñez Fernández B, González Saldívar A. Caracterización clínica de pacientes con deterioro cognoscitivo [Internet]. Rev Cubana Med 2003citado 2014 Mar 25];42(1): 12-17. Disponible en: <http://bvs.sld.cu/revistas/med/vol4203/med02103.htm>
- 5- Omiri MK, Karasneh J. Relationship between oral health-related quality of life, satisfaction, and personality in patients with prosthetic rehabilitations. Journal of Prosthodontics [Internet]. 2010 [citado 4 Abr 2015]; 19 (1): 2-9. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1532-849X.2009.00518.x/full>
- 6- Hernández J de la, Sumano-Moreno O, Sifuentes-Valenzuela MC, Zelocatecatl-Aguilar A. Impacto de la salud bucal en la calidad de vida de adultos mayores demandantes de atención dental. Universitas Odontológica [Internet]. 2010 Jul-dic [citado 4 Abr 2015]; 29(63): 83-92. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2312/231216366010.pdf>
- 7- Rocabado F, Sotelo JM. La salud del anciano en las Américas. En: El Adulto mayor en América Latina, sus necesidades y sus problemas médicos y sociales. Washington: OPS; 1995.p. 35-50. (Publicación Científica; 983).

- 8- Fajardo G. Tercera edad. Adulto Mayor. El adulto mayor en América Latina, sus necesidades y sus problemas médico-sociales. OPS: Washington: OPS; 1995.p 1. (Publicación Científica; 983).
- 9- Dotres C, Sacas E. La salud pública en Cuba, hechos y cifras. Ciudad de la Habana: MINSAP; 1999.
- 10- Anzola E. La atención del adulto mayor: un desafío para los noventa. Washington: OPS; 1994.p. 11-7 (Publicación Científica; 547).
- 11- Rodríguez Perera EZ, Ordaz Hernández E, Marimón Torres M, Somonte Dávila H, FleitasVigoa D. Rehabilitación protésica con implantes unitarios. Presentación de un caso. Rev Ciencias Médicas [Internet]. 2012 Abr [citado 2015 abril 04]; 16(2): 233-240. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942012000200018&lng=es.
- 12- Duque de Estrada ML, Rodríguez HM, Fernández O, Barrera M, León A. Evolución de pacientes tratados con implantes unitarios de carga inmediata en la Clínica Estomatológica Provincial de Santiago de Cuba. MEDISAN [Internet]. 2013 [citado 4 Abr 2015]; 11(17). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol17_11_13/san041711.htm
- 13- Sosa RD, Astrid G. Implantes de carga inmediata. Revisión de la literatura y presentación de un caso clínico. Acta OdontolVenez [Internet]. 2011[citado 4 Abr 2015];49(1). Disponible en: <http://www.actaodonto logica.com/ediciones/2011/1/art21.asp>
- 14- Morales Rosell L, García Alpízar B, Pieri silva K, González Arocha BA, Benet Rodríguez M. Factores biomecánicos en la rehabilitación por prótesis parcial fija sobre implantes Microdent. MEDISUR [Internet]. 2011 [citado 10 Abr 2015]; 9(2): 124-9. Disponible en: <http://www.medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/1565/629>
- 15- Leightton Y, Carvajal JC, Wolnitzky A, Silva R, Von Marttens A. Temporización inmediata de implantes unitarios en la maxila posterior. Rev. Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil Oral [Internet]. 2011[citado 10 Abr 2015]; 4(1); 5-8. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072011000100001
- 16- Sánchez Garcés MA, Alvira González J, Aznar Arasa LL, EsquembriBescós N, FerriolFiol N, López Ramírez M, et al . Revisión bibliográfica de ImplantologíaBucofacial del año 2009: 1ª parte. Avances en Periodoncia [Internet]. 2011 Abr [citado 10 Abr 2015]; 23(1): 49-73. Disponible en:http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852011000100005&lng=es. [Citado 03 Marzo 2015]
- 17- Sánchez MA, Vilchez MA, Cortell I, Núñez S, Sala S, Gay C. Revisión bibliográfica de ImplantologíaBucofacial del año 2008: Primera parte. Avances en Periodoncia[Internet]. 2010 Ago [citado 10 Abr 2015]; 22(2): 91-107. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852010000200005&lng=es. [Citado 023 Marzo 2015]
- 18- Olate S, de Oliveira G, Rabelo M, Jaimes M, Barbosa J. Osseous Recovery in Implant Insertion and Pre Implant Reconstructions. Int. J. Morphol[Internet]. 2007 Sep [citado 22 Abr 2015]; 25(3): 649-657. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95022007000300030&lng=es.
- 19- Sánchez Garcés MA, Alvira González J, Aznar Arasa LL, EsquembriBescós N, FerriolFiol N, López Ramírez M, et al . Revisión bibliográfica de ImplantologíaBucofacial del año 2009: 1ª parte. Avances en Periodoncia [Internet]. 2011 Abr [citado 22 Abr 2015]; 23(1): 49-73. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852011000100005&lng=es.
- 20- Sánchez MA., Vilchez MA., Cortell I, Núñez S., Sala S, Gay C. Revisión bibliográfica de ImplantologíaBucofacial del año 2008: Primera parte. Avances en Periodoncia [Internet]. 2010 Ago [citado 22 Abr 2015]; 22(2): 91-107. Disponible en:

http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852010000200005&lng=es.

- 21- Velasco E, Monsalve L, Matos N, Jiménez A, García A, Medel R, et al. La carga precoz de los implantes GMI con conexión interna y superficie arenada y grabada. Rev Avances en Periodoncia [Internet]. 2014 [citado 22 Abr 2015]; 2(16). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1699-65852014000200002&script=sci_arttext
- 22- Jemt T, Stenport V. Implant treatment with fixed prostheses in the edentulous maxilla. Part 1: Implants and biologic response in two patients cohorts restored between 1986 and 1987 and 15 years later. Int J Prosthodont [Internet]. 2011 [citado 4 Mayo 2015]; 24: 345-55. http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-65852011000100005&lng=es.
- 23- Jemt T, Stenport V. Implant treatment with fixed prostheses in the edentulous maxilla. Part 2: prosthetic technique and clinical maintenance in two patient cohorts restored between 1986 and 1987 and 15 years later. Int J Prosthodont [Internet]. 2011 [citado 4 Mayo 2015]; 24:356-62. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/2312/231216366010.pdf>
- 24- Mertens C, Steveling HG, Stucke K, Pretzl B, Meyer-Bäumer A. Fixed implant-retained rehabilitation of the edentulous maxilla: 11-year results of a prospective study. ClinImplDentRelat Res [Internet]. 2012 [citado 4 Mayo 2015];14:816-27. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1708-8208.2011.00434.x/full>
- 25- Buser D, Janner SFM, Wittneben JG, Brägger U, Ramseier CA, Salvi GE. 10-year survival and success rates of 511 titanium implants with a sandblasted and acid-etched surface: a retrospective study in 303 partially edentulous patients. ClinImplDentRelat Res [Internet]. 2012 [citado 4 Mayo 2015];14:839-51. Disponible en: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1708-8208.2012.00456.x/full>
- 26- Grandi T, Garuti G, Guazzi P, Tarabini L, Forabosco A. Survival and success rates of immediately and early loaded implants: 12-month results from a multicentric randomized clinical study. J Oral Impl [Internet]. 2012 [citado 4 Mayo 2015];38:239-49. Disponible en: http://www.joionline.org/doi/10.1563/AAID-JOI-D-10-00149?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed
- 27- Délben JA, Goitao MC, Gennari-Filho H, Assunção WG, dos Santos DM. Esthetics in implant-supported prostheses. A literaturereview. J Oral Impl [Internet]. 2012 [citado 16 Mayo 2015]; 38:718-22. Disponible en: http://www.joionline.org/doi/10.1563/AAID-JOI-D-11-00086?url_ver=Z39.88-2003&rfr_id=ori:rid:crossref.org&rfr_dat=cr_pub%3dpubmed
- 28- Leighton Y, Von Martens A, Carvajal JC. Función protésica inmediata con técnica All on-4 mandibular: Primer reporte al 1er año de carga inmediata. Periodoncia Implantol. Rehabil Oral [Internet]. 2014 [citado 16 mayo 2015]; 1(7). Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0719-01072014000100008

- **Posters**

Deberán presentarse en formato de 82 cm de ancho (horizontal) y 120 cm de largo (vertical). Los autores dispondrán de un tiempo para el montaje de sus trabajos. En el horario asignado a la discusión, el autor principal deberá permanecer junto a su poster para responder preguntas. Cada trabajo tendrá asignado, dentro del programa científico, el día y la hora para su presentación.

Trabajos

completos

Tendrán 12 cuartillas como máximo y estarán estructurados de la forma siguiente: resumen, introducción, objetivos, materiales y métodos, resultados y aparte la discusión, conclusiones y referencias bibliográficas (en estilo Vancouver). Los textos deberán estar escritos en Word, utilizando letra Arial 12 puntos a espacio y medio.

El título se centrará, en mayúscula y negrita, y no pasará de 15 palabras.

Se escribirán a dos espacios del título los datos del autor principal: nombre completo, categoría profesional, científica y docente, especialidad o campo de la profesión que desarrolla, centro o entidad de afiliación, país y correo electrónico. Aunque el sistema le solicita el resumen aparte, deberá también incluirse en el trabajo completo.

Las imágenes, tablas y/o gráficos deberán incluirse en el trabajo en el lugar correspondiente. El documento no excederá de 500 Kb de tamaño. Los trabajos deben ser enviados a través del sitio web <http://www.estomatologia2015.sld.cu>

Los trabajos aceptados, serán incluidos en el programa científico y en un disco con ISBN con las memorias del evento. Los mejores trabajos presentados en el evento, una vez arbitrados, podrán ser publicados en las Actas de congreso. La fecha tope para el envío de los trabajos es el **22 de junio del 2015**. La Comité Científico del evento dispondrá de hasta **30 días a partir de esa fecha** para dar su dictamen y comunicarlo a los respectivos autores. El congreso incluye una exposición asociada de literatura especializada sobre la Estomatología y su enseñanza.