**VIDEOLLAMADA CON RUI FIGUEIREDO**

**INTRODUCCIÓN**

En la clínica, se dedican a quitar muelas del juicio, en general. Sin embargo, en cuanto a la parte privada, se dedican a la implantología, es decir, colocar implantes con tornillos donde se enrosca una prótesis.

Los implantes no están exentos de complicaciones, hay factores de riesgo como una mala higiene bucal y el tabaco. Por ejemplo, los pacientes pueden hasta llegar a perder el hueso.

**RECOPILACIÓN DE DATOS**

Los alumnos iban haciendo un notebook con las intervenciones que iban realizando y eso son nuestros datos.

**DUDAS**

1. Hay tres operaciones distintas: cirugía peri-implantal, cirugía bucal y otra (no me dio tiempo a copiar): la guía es más para cirugía bucal.

- Cirugía dento alveola à extracción de dientes y estos dientes la mayoría son muelas del juicio.

- Implantología bucal à implantes.

- Cuando tenemos problemas con los implantes y tenemos que solucionarlos.

**BASE DE DATOS**

La base de datos es una recopilación de las extracciones efectuadas. Si vamos a cirugía peri-implantaría podemos mirar el perfil de paciente, para determinar qué pacientes podrían necesitar este tipo de cirugía.

· La posición es la zona de la boca donde se ha colocado el diente.

· Las marcas son las marcas de los implantes.

· La conexión protésica: el implante se coloca dentro del hueco y la forma de la rosca tiene diferentes formas.

· Angulación: hay unas técnicas que consisten en aprovechar el hueso inclinando el implante en varias formas.

· Altura, Anchura y Disponible se refieren al hueso.

· Torque de inserción: le da la estabilidad al implante. Cuando ponen el implante es como poner un tornillo, porque van roscando el tornillo, la espira es lo que da la estabilidad al hueso. Hay un periodo de tiempo donde la estabilidad es mecánica, pero a las 2-3 semanas el hueso se va reabsorbiendo y a los 3 meses pasa a ser una estabilidad biológica. Si no hay estabilidad el implante no se puede enganchar al hueso.

**PROPUESTAS DE OBJETIVOS**

· Relacionar ubicación y torque. El hueso tiene un cortical que es mineralizada y medular que es vascular, entonces los torques de inserción deberían ser más altos en mandíbula, donde los huesos tienen más cortical.

· ¿Qué marca de implante y de diseño tiene impacto en el torque de inserción? La longitud puede también que ver con esto, porque la superficie de contacto es superior.

· Lo más interesante sería mirar los perfiles de los pacientes que tienen más problemas y compararlo con las diferentes bases de datos.

Hay unos factores de riesgo ya establecidos: tabaco, patologías sistémicas (diabéticos), antecedentes de peri odontititis (los pacientes van perdiendo hueso alrededor de los dientes y empiezan a tener movilidad en los dientes, es de tipo infeccioso o inflamantario) y edad.

Esta base de datos no tiene un objetivo concreto, pero de la cual se puede sacar muchas cosas:

- Lo del torque.

- Factores de riesgo (perfil de los pacientes)

- Bisfosfonato: medicamentos con más riesgo.

- Tabaco y el torque. A ver si el tabaco influye en la densidad del hueso.

**CONCLUSIÓN**

Nos dará indicaciones para trabajar y que sea clínicamente interesante.

Diferencia entre las bases de datos de 2017: lo va a mirar.