

Tratamiento restaurativo atraumático: Artículos esenciales y recomendaciones consensuadas, 2021

de Amorim RG, Leal SC, Frencken JE. Survival of atraumatic restorative treatment (ART) sealants and restorations: a meta-analysis. *Clin Oral Investig* 2012;16:429–41.

de Amorim RG, Frencken JE, Raggio DP, Chen X, Hu X, Leal SC. Survival percentages of atraumatic restorative treatment (ART) restorations and sealants in posterior teeth: An updated systematic review and meta-analysis. *Clin Oral Investig* 2018;22:2703-25.

Frencken JE, Leal SC, Navarro MF. Twenty-five-year atraumatic restorative treatment (ART) approach: a comprehensive overview. *Clin Oral Investig* 2012;16:1337-46.

Hesse D, Bonifácio CC, Guglielmi Cde A, da Franca C, et al. Low-cost glass ionomer cement as ART sealant in permanent molars: a randomized clinical trial. *Braz Oral Res* 2015;29:e63.

Holmgren CJ, Roux D, Doméjean S. Minimal intervention dentistry: Part 5. Atraumatic restorative treatment (ART)—a minimum intervention and minimally invasive approach for the management of dental caries. *Br Dent J* 2013;214:11-8.

Kemoli AM, van Amerongen WE, Opinya G. Influence of the experience of operator and assistant on the survival rate of proximal ART restorations: Two-year results. *Eur Arch Paediatr Dent* 2009;10:227–32.

Mickenautsch S, Yengopal V. Failure rate of high-viscosity GIC based ART compared with that of conventional amalgam restorations—evidence from an update of a systematic review. *SADJ* 2012;67:329-31.

Olegário IC, Hesse D, Mendes FM, Bonifácio CC, Raggio DP. Glass carbomer and compomer for ART restorations: 3-year results of a randomized clinical trial. *Clin Oral Investig* 2019;23:1761-70.

Schriks MC, van Amerongen WE. Atraumatic perspectives of ART: psychological and physiological aspects of treatment with and without rotary instruments. *Community Dent Oral Epidemiol* 2003;31:15-20.

Recomendaciones consensuadas de la Asociación Internacional de Odontología Pediátrica (IAPD)

El Tratamiento Restaurativo Atraumático (ART) es un tratamiento mínimamente invasivo que tiene como objetivo detener la progresión de las lesiones cariosas. El procedimiento consiste en la eliminación del tejido cariado utilizando exclusivamente instrumentos de mano, a menudo sin el uso de anestesia local ni equipo eléctrico, seguido de la colocación de un ionómero de vidrio u otros cementos. La modalidad de tratamiento se desarrolló inicialmente para preservar los dientes afectados por caries, dirigida principalmente a las comunidades que tienen poca o ninguna electricidad, agua potable y atención sanitaria bucal y con recursos económicos limitados. Los países desarrollados comenzaron a utilizar el mismo enfoque en los casos de caries primera infancia severos, a fin de controlar la progresión de la caries gracias a la propiedad de liberación de flúor de los cementos de ionómero de vidrio, por lo que la técnica pasó a denominarse Restauración Terapéutica Provisional (ITR, por sus siglas en inglés). Varios estudios sistemáticos han demostrado que el tratamiento restaurativo atraumático o la restauración terapéutica provisional, al utilizar cemento de ionómero de vidrio de alta viscosidad, proporciona resultados fiables para las restauraciones de una superficie en los molares primarios y permanentes.

1. El tratamiento restaurador atraumático se reconoce como una opción apropiada para el tratamiento de lesiones de caries dental, especialmente en caso de caries de una sola superficie en los dientes primarios y permanentes.

2. En los lugares en que no se dispone de radiografías, el tratamiento restaurador atraumático no debe utilizarse en caso de dientes asintomáticos que tienen lesiones cariosas profundas que invaden la pulpa, dientes que ya tienen la pulpa expuesta o los que presentan signos de pulpitis irreversibles o abscesos.

3. El tratamiento restaurador atraumático se ajusta a la filosofía contemporánea de la odontología mínimamente invasiva (MID) para el manejo de caries dental.

4. Dado a que el tratamiento restaurativo atraumático se basa en el uso de instrumentos de mano, es menos costoso, menos traumático y no requiere anestesia local. Puede considerarse como una opción de tratamiento para los pacientes muy jóvenes o que no cooperan y para algunos pacientes con necesidades especiales de cuidado de la salud en los casos en que no son posibles las opciones de tratamiento convencionales.

5. El cemento de ionómero de vidrio de alta viscosidad es el material de elección para el tratamiento restaurador atraumático debido a sus propiedades de mayor tasa de supervivencia, biocompatibilidad, menor sensibilidad a la humedad, tiempo de fraguado favorable, unión química al esmalte y la dentina y liberación de flúor.

6. Las tasas de supervivencia de las restauraciones de superficie múltiple en dientes posteriores, utilizando el tratamiento restaurativo atraumático siguen siendo bajas.