



II CONGRESO SEDEAM

LAS PALMAS DE GRAN CANARIA - 2019



LIBRO DE COMUNICACIONES

Congreso SEDEAM 2019
Las Palmas de Gran Canaria

ÍNDICE

COMUNICACIONES ORALES

CO.1 - CEFALEA, TRASTORNOS DEL SUEÑO E IRRITABILIDAD INFANTIL ASOCIADOS AL CAT

Juana Amores Sánchez, Odontóloga, Colegio de Dentistas de Málaga

CO.2 - REHABILITACIÓN DENTAL COMPLETA CON COMPOSITE

Jose Luis Serrano Girón, Odontólogo, Colegio de Dentistas de Cádiz

CO.3 - EL RETO DE ATENDER PACIENTES CON EEAMH

Irene Iglesias Rubio, Odontóloga, Colegio de Dentistas de Segovia

CO.4 - ¿ATM o CAT? DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL

Susana Siemens Barreto, Odontóloga, Colegio de Dentistas de La Rioja

CO.5 - CASO CLÍNICO DE CAT Y MIGRAÑA CRÓNICA

Salvador Fernández Paniagua, Odontólogo, Colegio de Dentistas de Cádiz

CO.6 - RECUPERACIÓN FUNCIONAL DE CUELLO Y HOMBRO TRAS TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CAT. HIPÓTESIS DE LA ALTA SENSIBILIDAD. A PROPÓSITO DE UN CASO

Cristina Armero Abad, Odontóloga, Colegio de Dentistas de la Iª Región

Introducción. El compromiso articular temporomandibular (CAT) es una patología funcional de la articulación temporomandibular de causa mecánica/traumática y localización extraarticular. Se origina por una pérdida de espacio en el aparato masticatorio que implica el impedimento o la limitación en la amplitud de los movimientos mandibulares. Según esta hipótesis, el impacto y/o compresión de las partes blandas situadas entre diferentes estructuras duras extraarticulares del aparato masticatorio, genera una cadena de estímulos en las terminaciones sensitivas generales trigeminales y motoras del sistema vegetativo, que produce síntomas neurológicos y neurovegetativos tales como cefaleas, insomnio e irritabilidad. Eliminando el impacto y/o compresión de estas estructuras blandas con el tratamiento del CAT y corrigiendo el trastorno de desarrollo óseo en niños se espera la desaparición o mejora de los síntomas.

Objetivos. Ilustrar a través de un caso clínico la eficacia del tratamiento no farmacológico del CAT para solucionar síntomas tales como cefalea infantil, insomnio, irritabilidad en niños.

Material y Métodos. Caso clínico de un paciente de 5 años, con cefaleas, insomnio, pesadillas, e irritabilidad diarias, rinitis crónica y dificultad respiratoria desde que tenía dos años tratada con loratadina casi diaria. A finales de febrero de 2019 se inicia tratamiento para el CAT, y para DOF (desequilibrio oclusal y funcional) con grave trastorno de desarrollo óseo basado en una hipertrofia más prognatismo mandibular, atrofia maxilar con mordida cruzada anterior completa; por su odontólogo. Se aporta historia, exploración clínica detalladas, tratamiento con aparatología. Tras la aplicación del tratamiento del CAT basado en higiene postural y aparatología, se realizan controles y revisiones cada tres días la primera semana y cada dos semanas. En el primer control el niño refiere haber dormido sin pesadillas y sin dificultad respiratoria sin la ayuda de loratadina, Solo permanece ligero dolor de cabeza. En los sucesivos controles refiere haber desaparecido completamente el dolor de cabeza, el insomnio, e irritabilidad; su madre refiere que se encuentra de mejor humor, también han desaparecido las dificultades respiratorias, suspendiendo la loratadina desde la primera semana de tratamiento.

Resultados. Desde el inicio del tratamiento han desaparecido todos los síntomas que puedan estar asociados al CAT. El paciente infantil sigue estable hasta la fecha.

Conclusiones.

1. Debe descartarse CAT en pacientes infantiles con cefaleas y otros síntomas neurovegetativos como el insomnio, irritabilidad.
2. El tratamiento del CAT es una alternativa eficaz, no farmacológica, a la hora de abordar pacientes pediátricos con cefaleas y otros síntomas neurovegetativos como los trastornos del sueño, irritabilidad eliminando o mejorando sus síntomas incluido en este caso la dificultad respiratoria.

Introducción. La comunicación tratará sobre como rehabilitar una dentadura completa en clínica usando un material de restauración tan cotidiano como el composite.

Objetivo. Conseguir que los oyentes sepan cuando es necesario rehabilitar una dentadura completamente y la técnica y procedimientos para realizarla correctamente y conseguir un equilibrio oclusal adecuado.

Material y método. Se expondrá como realizar la rehabilitación paso por paso, por qué dientes empezar y como ir equilibrándolos con sus antagonistas, así como las posibles dificultades y limitaciones del tratamiento.

Resultados. Se verán tres casos concretos, como se hizo el tratamiento, como mejoraron todos los síntomas derivados de la enfermedad de la evolución del aparato masticatorio humano y su evolución en el tiempo, uno de ellos después de cuatro años.

Conclusiones.

Es un tratamiento de elección en muchos casos en los que no existe altura cuspídea y no hay una dimensión vertical adecuada, con resultados fiables y predecibles en el tiempo.

CO.3

EL RETO DE ATENDER PACIENTES CON EEAMH

Autor: Irene Iglesias Rubio, Odontóloga, Colegio de Dentistas de Segovia

Objetivo. Identificar las dificultades en el tratamiento de los pacientes con EEAMH

Resultado. Cuando tratamos pacientes con EEAMH algunas dificultades nos dan verdaderos quebraderos de cabeza. Primero, la inseguridad que nos puede crear el que otros compañeros desprecien nuestro trabajo; aunque vamos contra corriente, nuestro conocimiento demuestra ser eficaz. Los pacientes con CAT tienen, generalmente, mucha carga emocional. Las anamnesis se tornan eternas: olvidan datos que luego resultan ser importantes, repiten otros, no hay orden a pesar de realizar un interrogatorio sistematizado. Tenemos que practicar la escucha reflexiva extrayendo los datos necesarios para aplicar un tratamiento y no perdernos entre signos y síntomas. Al principio no seremos capaces de organizar nuestra agenda de forma eficiente al no ser capaces de prever la duración de las citas o queremos obtener en una sola cita lo que debe darse en varias. La mala gestión del tiempo de trabajo es una de las cosas que más estrés provocan al profesional. Estrategias como la entrevista motivacional nos pueden ayudar a que el paciente entienda y decida por sí mismo qué hábitos debe modificar y cómo hacerlo. Pero nosotros también tendremos que cambiar algunos hábitos profesionales que nos perjudican la relación con estos pacientes.

Conclusiones.

1. Los pacientes con EEAMH suelen ser “más complicados” de lo habitual
2. Los dentistas debemos saber identificar esas dificultades pero también las nuestras propias: saber escuchar y hacernos entender: escucha reflexiva
3. Saber preguntar e interpretar bien las respuestas: entrevista motivacional
4. Organizar la agenda y al personal para optimizar el tiempo
5. Entender cómo los pacientes viven su enfermedad y asumir que no lo podemos todo

SEDEAM

Introducción. A menudo recibimos pacientes que vienen a consulta habiendo sido diagnosticados previamente de patología de la ATM y que, tras nuestro análisis, resulta tratarse de un CAT. En ocasiones estos pacientes con CAT refieren un cuadro clínico que incluye dolor y/o ruidos articulares, limitación de apertura, trismo... ¿Cómo distinguir en qué medida se trata de una DCM de origen articular o de un CAT? ¿Cómo trato a los pacientes que presentan ambas patologías?

Objetivos. Haremos una revisión de lo que se conoce sobre patología articular, así como de lo que sabemos del CAT y el SMT, su tratamiento y pronóstico, planteando diversas situaciones posibles.

Resultados. La mayoría de los pacientes remitidos a nuestra consulta por un supuesto trastorno articular resultaron padecer un CAT.

Conclusiones. Existe una confusión generalizada a la hora de distinguir el origen (muscular o articular) de la sintomatología de los trastornos temporomandibulares (TTM). Observamos que el compromiso articular temporomandibular (CAT) es el TTM que se da con mayor frecuencia que cualquier otra patología intraarticular de la ATM.

Introducción. El tratamiento de compromiso articular temporomandibular (CAT) supone un reto para el dentista, que debe hacer una labor de investigación y conocer los hábitos o rutinas de cada paciente tratando de identificar los mecanismos por los que se produce el impacto de la zona. A esto sumamos que durante el tratamiento pueden surgir nuevas variables que determinan la evolución del paciente. Por esto es clave dedicar tiempo a cada paciente analizando la cronología del dolor, tratando de encontrar cualquier pista que nos guíe en las pautas de tratamiento. Esto supone un reto, ya que los pacientes están acostumbrados a ir al dentista, abrir la boca y hablar de dientes.

Objetivos. Exponer un caso clínico de una paciente que acude con diagnóstico de migraña crónica donde el tratamiento consistió en realizar cirugía de tuberosidades, aparatología y restablecer el plano oclusal con composites.

Resultados. Se resuelve la “migraña crónica”.

Conclusiones. Es sumamente importante la realización de una correcta anamnesis y de identificar los eventos relevantes a tener en cuenta en las revisiones posteriores para tener la mayor probabilidad de éxito.



CO.6

RECUPERACIÓN FUNCIONAL DE CUELLO Y HOMBRO TRAS TRATAMIENTO QUIRÚRGICO DEL CAT. HIPÓTESIS DE LA ALTA SENSIBILIDAD. A PROPÓSITO DE UN CASO.


Autor: Cristina Armero Abad, Odontóloga, Colegio de Dentistas de la I^a Región

Introducción. La paciente S.H.A. presenta CAT bilateral causado por compresión de la mandíbula y su musculatura contra los segundos molares permanentes superiores y tuberosidades, con apófisis coronoides muy desarrolladas.

En la anamnesis refiere, como motivo principal de la consulta, dolor muy intenso de inicio suboccipital que asciende por la zona posterior del cráneo hasta detrás de los ojos. También refiere incompetencia funcional en el cuello, no pudiendo girar casi hacia el lado izquierdo.

Objetivos. El objetivo de nuestro tratamiento es aumentar la calidad de vida de nuestra paciente y nos planteamos una hipótesis: ¿es su rasgo de alta sensibilidad el motivo por el que desarrolla un cuadro clínico tan complejo como el aquí descrito?

Resultados. Tras 13 días desde la intervención quirúrgica el dolor ha desaparecido y la recuperación funcional es prácticamente completa. Se coloca aparatología para equilibrar el aparato masticatorio.



SEDEAM

ÍNDICE

PONENCIAS 1 - 5

P.1 - LA DISCREPANCIA POSTERIOR

José Manuel Samprieto Fuentes, Médico Estomatólogo, Colegio Odontólogos Aragón VI Región

P.2 - CONTROL TRIDIMENSIONAL DEL DESARROLLO ESTOMATOGNÁTICO

Jesús María Martínez Gil, Médico Estomatólogo, Colegio de Dentistas de San Sebastián

P.3 - ESTABILIZADORES DE EQUILIBRIO: CONFECCIÓN PROTÉSICA

Saray Barranganes Bayo , Protésico Dental, Colegio de Protésicos Dentales de Castellón

P.4 - EL NUEVO EQUI-PLANO

Isabel González Esmorís, Odontóloga, Colegio de Dentistas de A Coruña

P.5 - EL NUEVO EQUI-PLANO, CONFECCIÓN PROTÉSICA

Rafael Motto Zazzo, Protésico dental, Colegio de Protésicos Dentales de Las Palmas



ÍNDICE

PONENCIAS 6 - 9

P.6 - REPOSICIÓN DEL PLANO OCLUSAL CON COMPOSITES

Salvador Fernández Miró, Médico, Odontólogo, Colegio de Dentistas de Cádiz

P.7 - ¿SIGUE SIENDO VALIDO EL DIAGNOSTICO DE SINDROME DE COSTEN EN EL SIGLO XXI, 85 AÑOS DESPUES?

Dr. Rafael Casañas Barrios, Médico, Otorrinolaringólogo, Colegio de Médicos de Las Palmas

P.8 - TEORÍA VERTEBRAL DEL CRÁNEO

Luis de la Macorra García, Médico, Estomatólogo, Colegio de Médicos de Las Palmas

P.9 - CEFALEA CERVICÓGENA

Dr Rodolfo Rodríguez, Médico, Neurocirujano, Colegio de Médicos de Las Palmas



LA DISCREPANCIA POSTERIOR

P. I Autor: José Manuel Sampietro Fuentes, Médico, Estomatólogo, Colegio Odontólogos Aragón VI Región

Introducción. Desde nuestros ancestros de la edad de Piedra hasta nuestros días, la especie humana, en su aparato masticatorio, ha sufrido una lenta pero importante reducción del espacio disponible para albergar una dentición adulta completa de 32 elementos. La alimentación civilizada (Dr., Pedro Planas), que ha condicionado una función masticatoria menos exigente y enérgica, nos ha dejado la falta de atricción oclusal e interproximal (Dr. Raymond Begg), han sido factores decisivos que contribuyen por regla general, a un déficit de espacio en la parte posterior de ambos maxilares para la ubicación correcta de los terceros molares, y en ocasiones, incluso de los segundos. En mi experiencia clínica, he observado ubicación correcta de los 3° molares en pacientes que generalmente presentan un tamaño dentario mesio-distal pequeño. Todo esto repercute con cierta frecuencia en el desarrollo de las patologías que se engloba con el termino de CAT. (Dr. José Larena-Avellaneda). En la ortodoncia tradicional se utiliza el término discrepancia óseo-dentaria, para calcular la diferencia en milímetros que existe entre el tamaño dentario y la cantidad de espacio disponible en el hueso, pero se limita en su medición de mesial a mesial de los primeros molares permanentes, y se dedica principalmente a resolver este problema que podríamos denominar como “discrepancia anterior”. En mi opinión existe una “discrepancia posterior”, en muchas ocasiones mayor que la otra.

Objetivo. Demostrar radiográficamente y a través de casos clínicos estos términos, y transmitir una proposición terapéutica en distoclusiones en pacientes en edad adolescente o juvenil, disminuyendo también de esta forma el riesgo de provocar CAT.

Conclusión.

Podemos concluir entonces que en la mayor parte de los individuos de nuestra especie, la dieta civilizada ha provocado una “discrepancia posterior” negativa.

J E D E A M

P.2

Autor: Jesús María Martínez Gil, Médico, Estomatólogo, Colegio de Dentistas de San Sebastián

Introducción. El desarrollo craneal debe transcurrir bajo estímulos naturales. Esos estímulos deben ser los adecuados y actuar en el momento que deben. De esta manera se logra un desarrollo armónico. Este desarrollo permite que la función se realice sin dificultades ni obstáculos. Tanto si ese desarrollo se produce de manera anómala e irregular como si se produce con ayuda de técnicas externas nos podemos encontrar con desarrollos que no permiten la realización de una función correcta, ya sea por una deformación misma del órgano funcional, o ya sea por un obstáculo que bloquee la capacidad funcional del órgano.

Es de enorme importancia atender al desarrollo craneofacial desde la primera infancia, al menos, vigilando y controlando al niño y, en concreto, el desarrollo de su aparato masticatorio. Debemos conocer los factores que intervienen y conducen el desarrollo maxilomandibular para reconocer en la primera infancia cualquier desviación que conduzca a un crecimiento anómalo de los maxilares. Lo que vemos a pequeña escala en la infancia, será lo que veamos en el adulto transformado ya en patologías.

Conocer y dominar parámetros como el AFMP para controlar que las fuerzas masticatorias actúen igualmente por ambos lados del sistema es uno de los grandes descubrimientos que podemos agradecerle al dr. Pedro Planas. La fuerza de este concepto es tal que podemos olvidar que el cráneo tiene un desarrollo tridimensional y que no solamente el plano frontal es el que debemos visualizar. Teniendo presentes esas tres dimensiones será como podamos mantener, o recuperar si es en la infancia temprana, un desarrollo del sistema armónico. Ello será la mejor manera de prevenir la aparición de patologías motivadas por crecimientos maxilomandibulares descontrolados.

P.3

Autor: Saray Barraganes Bayo, Protésico Dental, Colegio de Protésicos Dentales de Castellón

Objetivo. Realizar un breve análisis de los aparatos de cabecera para el tratamiento del DOF a través de sus diversos componentes, clases y funcionalidades. Haremos una aproximación desde un enfoque protésico, con un toque Ortosar, a los cómo y los porqués de Equilibradores y sus derivados: Equi-Plan y Equi-Plano. Sin olvidar puntos de obligado interés, como los tips para una adecuada toma de registros.



SEDEAM

P.4

Autor: Isabel González Esmorís, Odontóloga, Colegio de Dentistas de A Coruña

Introducción. En 1961 el Dr. Pedro Planas diseña el Equi-Plan, abreviatura de Equilibrador Planas. Cuenta en su libro que incluso le sugirieron llamarlo “Plan-As”, refiriéndose al AS de los naipes y al “plan” que todo vencía, porque estaba claro que este aparato iba a significar un paso importante en el equilibrado de nuestro aparato masticatorio. Representaba esa segunda oportunidad que nosotros, los dentistas, buscamos para poder equilibrar las bocas de aquellos pacientes en los que su función masticatoria ha sido insuficiente para hacerlo. En 2007 el Dr. José Larena-Avellaneda consigue mejorar el Equi-Plan dando forma a su Equi-Plano, abreviatura de Equilibrador del Plano, que suplía las carencias que había detectado en el aparato de su maestro ante determinados casos de sobremordida. A partir de ese momento el Equi-Plan y el Equi-Plano han constituido dos armas imprescindibles en nuestros tratamientos de DOF (desequilibrio oclusal y funcional) y CAT (compromiso articular temporomandibular).

Objetivo. Comunicar un nuevo cambio en el Equi-Plano.

Discusión. Siempre aparece en el camino ese paciente que te obliga a dar un giro más a lo que parecía inmejorable. De ese pequeño cambio en este gran aparato, el Equi-Plano, trata esta ponencia.



SEDEAM

CONFECCIÓN PROTÉSICA DEL NUEVO EQUI-PLANO

P.5

Autor: Rafael Motto Zazo, Protésico Dental, Colegio de Protésicos Dentales de Las Palmas

Introducción. El Equi-Plano es una de las armas utilizadas en la Rehabilitación Neuro-Oclusal (RNO). Durante 2 años se ha trabajado con un nuevo material para conseguir un aparato menos complejo a la hora de su confección, que aunque muy similar a la de su antecesor tiene sus particularidades.

Objetivo. Mostrar a los congresistas la confección protésica del nuevo Equi-Plano.

Resultados. Se consigue abaratamiento de materiales, economizar tiempo y mejor resultado estético.

Conclusiones. Podemos asegurar que el nuevo Equi-Plano sube un escalón más, ayudando notablemente al protésico dental en su elaboración.



SEDEAM

REPOSICIÓN DEL PLANO OCLUSAL CON COMPOSITE

P.6

Autor: Salvador Fernández Miró, Médico, Odontólogo, Colegio de Dentistas de Cádiz

Introducción. La situación del plano oclusal es el factor de equilibrio más importante que hay que corregir en los casos de Desequilibrio Oclusal y Funcional (DOF). No es posible una masticación equilibrada con un plano oclusal mal situado, asimétrico o “roto”. Nos encontramos habitualmente en nuestra práctica diaria a pacientes que, por pérdida prematura y no repuesta de molares y premolares inferiores, tienen un plano oclusal totalmente desbaratado, con soluciones protésicas muy complicadas tanto con prótesis removibles como con fijas.

Objetivos. Les presentamos algunos casos de reposición del plano oclusal con composites, material muy versátil y de fácil manejo en la clínica. En la mayoría de los casos aumentamos la altura de los incisivos superiores manteniendo al mínimo la de los inferiores y aplanamos la curva de despegue reponiendo los dientes ausentes con fibra de vidrio y composite en la arcada inferior, y tallando en lo posible los molares y premolares extruidos en la superior. En todos ellos aumentamos la dimensión vertical.

Conclusión. El acabado y equilibrado final de los casos mediante la técnica de tallado selectivo, sistematizada por el doctor Larena-Avellaneda, es mucho más sencillo utilizando composites que cuando se utilizan otros materiales (porcelanas, metales, etc.).



SEDEAM

¿SIGUE SIENDO VALIDO EL DIAGNOSTICO DE SINDROME DE COSTEN EN EL SIGLO XXI, 85 AÑOS DESPUES?

P.7

Autor: Dr. Rafael Casañas, Médico, Otorrinolaringólogo, Colegio de Médicos de Las Palmas

Introducción. En 1934 el Dr. Costen publicó una serie de 11 casos de pacientes con síntomas ORL y cefalea que achacaba a prótesis dentales mal confeccionadas y daba como origen de los síntomas la irritación del nervio auriculotemporal y la compresión de la cavidad glenoidea articular que irritaba la meninge de la fosa media. A día de hoy, si bien no dejamos de reconocer que relacionó de manera genial los síntomas, podemos asegurar que el origen no es éste. Los síntomas del hasta ahora llamado Sd. de Costen tienen su origen en el golpe de la mandíbula contra el maxilar superior al masticar, hablar, ... limitando así la amplitud del movimiento articular (compromiso articular temporomandibular, CAT). Confeccionando correctamente las prótesis el impacto desaparecía. Esto es aplicable a pacientes con prótesis dentales, últimos molares superiores extruídos, tuberosidades maxilares hipertrofiadas, ensanchamiento del maxilar superior por ortodoncia,... que facilitan el impacto con la cara interna de las ramas mandibulares. Estos pacientes se quejan de una serie de síntomas de difícil control (cefalea, migraña, acúfenos, sensación de taponamiento auditivo, mareo, boca ardiente, ojo seco,...). La asociación de estos síntomas con el CAT, si bien es explicable fisiopatológicamente por la activación del sistema trigémino-vascular, se ha establecido en función de la desaparición de estos síntomas al corregir el impacto de la mandíbula con el maxilar.

Material y método. Presentamos una grupo de 55 pacientes con diagnóstico de migraña establecido con los criterios de la Clasificación Internacional de las Cefaleas de la IHS de 2018. En estos pacientes fue también confirmado el diagnóstico de CAT. Presentaban además otra serie de síntomas como acúfenos, mareos, boca ardiente,... Se realizó tratamiento del CAT, no farmacológico, mediante 4 pautas: postural, oclusal, aparatología y cirugía.

Resultados. Tras el tratamiento corrector del impacto sólo 7 (12,7%) de los 55 pacientes seguían presentando algún tipo de dolor y de ellos sólo 2 (3,6%) seguían cumpliendo los criterios de migraña, aunque ambos refirieron mejoría en la frecuencia e intensidad. Igualmente hubo mejoría en el resto de los síntomas asociados: en los pacientes que padecían acúfenos (14 en oído derecho, 17 en oído izquierdo), desaparición en el 100% de los casos ($p < 0,001$); pacientes que referían mareo (28 casos), desaparición en 24 casos (85,7%, $p < 0,001$).

Discusión/Conclusión.

Describimos el CAT como potencial mecanismo etiológico de migraña. Proponemos incluir el CAT en el diagnóstico diferencial de cefaleas y migrañas, así como en el otros síntomas como acúfenos, mareo, síndrome de boca ardiente, xeroftalmia,...

TEORÍA VERTEBRAL DEL CRÁNEO

P.8

Autor: Luis de la Macorra García, Médico, Estomatólogo, Colegio de Médicos de Las Palmas

Introducción. En 1790 Goethe, en un cementerio de Venecia, encuentra un cráneo de cordero calcinado por el sol y por lo tanto fragmentándose, y súbitamente intuye que el cráneo está formado por vértebras, homologas seriadas de las de la columna vertebral.

El 4 de mayo de ese año, en una carta que escribió a Mme. de Harder, formuló en términos muy precisos la analogía que existe entre el cráneo y el raquis. Lamentablemente no dio a conocer su teoría al mundo científico de la época, dejando que se le adelantara L. Oken, el cual recabó para si todo el honor de dicho descubrimiento. Así, en 1807, Oken en la toma de posesión de su cátedra en la Universidad de Jena, y en una lección que se hizo célebre, dejó sentado el hecho de la constitución vertebral del cráneo. *“Descendiendo por el Henstein, dice, por la antigua carretera del lado sur, vi a mis pies un soberbio cráneo de cierva; recogerlo, darle vueltas y examinarlo rápidamente todo fue uno, y al instante cruzó a manera de relámpago por mi mente la idea de que aquello no era más que una columna vertebral, y desde aquel momento ya no he podido ver en el cráneo más que una columna vertebral “.*

Objetivo. Dar a conocer la Teoría vertebral del cráneo



SEDEAM