

Vol. XLVI / Núm. 1  
Enero - Mayo  
de 2007

R.A.A.O.

Revista del Ateneo Argentino de Odontología

Unidad Operativa de la  
UNIVERSIDAD  
FAVALORO

**Dirección:**

Anchorena 1176.  
(C1425 ELB) Cap Fed.

ISSN 0326-3827

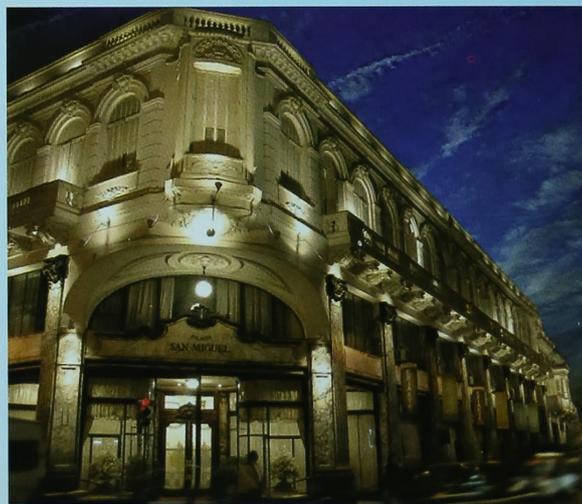
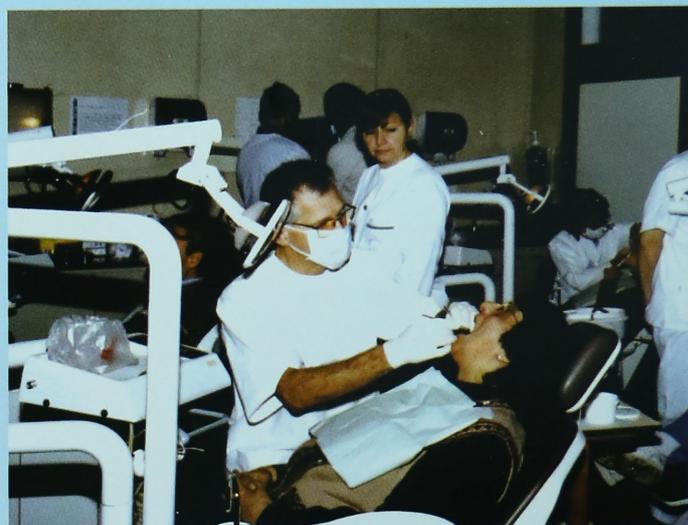


Ateneo Argentino  
de Odontología



UNIVERSIDAD  
FAVALORO

IV CONGRESO  
INTERNACIONAL E INTERDISCIPLINARIO  
DE ODONTOLOGIA  
II CONGRESO  
MEDICO ODONTOLOGICO



25 al 29 de junio 2007  
Palacio San Miguel.  
Buenos Aires

**ACTO INAUGURAL: Martes 26 de JUNIO 20 hs.**  
Conferencia del Prof. Dr. Diego Golombek  
"Ciencia en la boca"

Nuevo **Colgate® 360°**

*Diseñado para una limpieza superior de toda la boca*

Punta limpiadora de mayor altura

Cerdas en forma de punta

Limpiador de lengua de suave textura

Capas suaves pulidoras de goma

Resultados clínicamente comprobados - 7 estudios\*\*

Más Efectivo en la

Remoción de bacterias hasta

96%

Reducción de la placa\* en un

40%

Reducción del sangrado de encías

72%

Reducción del mal aliento

3 Veces

Recomiende Colgate® 360 para que sus pacientes se cepillen mejor

www.colgateprofesional.com

\*\*Para referencia de los Estudios Clínicos consulte el Continuum Educational de Colgate, Colgate Inc., NY, NY. © 2007

ST

**SERGIO TRAJTENBERG**

MATERIALES Y EQUIPAMIENTOS ODONTOLÓGICOS

**Casa Central**

**4963-3503**

Anchorena 1176 PB.

(1425) Capital Federal

e-mail: ventas@stdentales.com.ar

**DENTAL EXPRESS**  
MATERIALES Y EQUIPAMIENTOS ODONTOLÓGICOS

**4747-8359**

Av. Centenario 433

(1642) San Isidro - Prov. de Bs. As.

e-mail: dentalexpress@stdentales.com.ar

**Suc. S.A.O.**

**4813-6807**

Montevideo 971

(1019) Capital Federal

ORTHO<sup>2</sup>  
Ortho - Program

X  
MORELLI

MD

KETTENBACH  
DENTAL

3M ESPE

DENTSPLY

Denimed

DISA

META

SDI

30 años junto a Ud. en su consultorio.  
1977 - 2007

El mundo de la odontología a su alcance  
web: [www.stdentales.com.ar](http://www.stdentales.com.ar)

**R.A.A.O.**

Revista del  
Ateneo Argentino  
de Odontología

Editor responsable  
Comisión Directiva  
del Ateneo Argentino  
de Odontología

Director  
Dr. Ariel Osvaldo Gómez

Consejo Editorial  
de este número  
Dr. Noemí Bordoni  
Dr. Liliana Periale  
Dr. Armando H. Pollero  
Dr. Eduardo Muñio  
Dr. Isabel Adler  
Lic. Pablo Cazau

Comité de Redacción  
Dr. Mario Beszkin  
Dr. Carlos Guberman  
Dr. Juan Meer  
Dr. Mario Daniel Torres  
Dr. Héctor Ziegler  
Dr. Luis Zielinsky

Diagramación  
Prototypo

Composición y armado  
Print diseño & impresiones

Impresión  
COGTAL

Dir. Nac. Derechos de Autor  
Registro N° 192.365 Ley N° 11.723  
Anchorena 1176 (C1425 ELB) Bs As.  
tel/fax 4 962-2727  
ateneo@ateneo-odontologia.org.ar  
www.ateneo-odontologia.org.ar

Volumen XLVI • Núm. 1  
Enero - Mayo de 2006

Las opiniones expresadas en esta publicación no reflejan necesariamente el punto de vista del ATENEO ARGENTINO DE ODONTOLOGIA, a menos que hayan sido adoptados por el mismo. Serán considerados como trabajos originales los que no hayan sido publicados ni estén en vías de publicación.

Intercambio internacional: deseamos canje con revistas similares. Nous désirons établir échange avec les revues similaires. Deseamos permutar con as revistas congeneres. We wish to exchange with similar magazines. Um Austausch wird gebeten.

FOTOS DE TAPA: IV Congreso Internacional e Interdisciplinario de Odontología

## COMISION DIRECTIVA

Presidente: Dra. Beatriz Lewkowicz - Vicepresidente: Dra. Marcela Sánchez  
Secretaria: Dra. Liliana Periale - Prosecretaria: Dra. Vilma Guevara  
Tesorera: Dra. Stella Maris Flores de Suarez Burghi - Protesorera: Dra. Patricia Zaleski

## VOCALES

Titulares: Dra. Graciela Libonatti, Dra. Angela Vallone y Dra. Ester Ganiewich  
Dra. Issac Rapaport, Dra. Silvia Novak y Dr. Mario Beszkin  
Suplentes: Dr. Eduardo Muñio, Dr. Sergio Gottlieb, Dra. Marta Sarfatis, Dr. Juan Meer,  
Dr. Armando H. Pollero y Dra. Claudia Liva.

## COMISION FISCALIZADORA

Titulares: Dra. Mabel Landesman, Dr. Mario Torres, Dra. Noemí Lisman  
Suplentes: Dra. Ana María Caputo, Dr. Juan Fizman, Dra. Sara Snetbrum  
TRIBUNAL DE HONOR: Dra. Henja F. de Rapaport, Dra. Catalina Dvorkin, Dra.  
María R. Valsangiacomo, Dra. Marta Dascal, Dr. Luis Zielinsky, Dr. Leonardo  
Voronovitsky, Dra. Edith Losoviz, Dra. Silvia Rudoy y Dr. Moisés Gerszenszteig  
COMITÉ ACADÉMICO: Dra. Isabel Adler, Prof. Dra. Noemí Bordoni,  
Dr. Ariel Gómez, Dra. Beatriz Lewkowicz y Dra. Edith Losoviz

## COORDINADORES DE COMISIONES

Comisión Docente-Asistencial: Coordinador Dr. Eduardo J. Muñio  
Centro Documental: Dra. Marta Sarfatis, Dr. Mario Beszkin  
Comisión Científica: Dr. Luis Zielinsky  
Comisión de Becas: Dra. Diana Kaplan  
Comisión de Clínicas: Dra. Patricia Zaleski  
Comisión de Cursos: Dras. Lilian Pivetti, Stella Maris Flores de Suárez  
Comisión de Jornadas: Dra. Marta Sarfatis  
Material Didáctico: Dra. Ana María Caputo  
Medios Audiovisuales: Dr. Juan R. Farina  
Revista y Publicaciones: Dr. Ariel O. Gómez  
Bioseguridad e Infectología: Carlos A. Vaserman  
Comisión de Relaciones Interinstitucionales: Dr. Armando Pollero  
Comisión Gremial: Dres. Isaac Rapaport, Héctor Ziegler  
Extensión Cultural: Dr. Jaime J. Fizman

SORA (SOCIEDAD DE ORTODONCIA DE LA REP. ARGENTINA)  
SECCIONAL DEL ATENEO ARGENTINO DE ODONTOLOGIA

Presidente: Dra. Edith A. Losoviz  
Vicepresidente: Dra. Beatriz Graciela Lombardo  
Secretaria: Dra. Gemma Brizuela - Tesorera: Dra. Amanda Rizzuti

## VOCALES

Titulares: Dres. Ester Ganiewich, Noemí Lisman, Marta Sarfatis y Luis Zielinsky.  
Suplentes: Dras. Alicia Rivas, Paula Doti, Stella M. F. de Suárez y Viviana Rinaldi.  
TRIBUNAL DE EVALUACION PARA EL OTORGAMIENTO DEL  
CERTIFICADO DE ESPECIALISTA EN ORTODONCIA.  
SEGÚN RES. N° 171/93 DEL MIN. DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL  
Dres.: Jaime J. Fizman - Ester Ganiewich - Beatriz Lewkowicz - Noemí Lisman -  
Beatriz G. Lombardo - Edith Losoviz - Eduardo Muñio - Liliana Periale - Armando  
Pollero - Amanda Rizzuti - Marta Sarfatis - Susana Zaszczynski - Luis Zielinsky

**R.A.A.O.**

Revista del  
Ateneo Argentino  
de Odontología

RAAO • Vol. XLVI / Núm. 1

## Sumario

- Pag.
- 6 Editorial.
- 9 Ortodoncia en adultos en el siglo XXI: Lineamientos para alcanzar resultados exitosos  
- Vincent G. Kokich, DDS, MSD - EE.UU.
- 19 IV Congreso Internacional e Interdisciplinario de Odontología 2007
- 26 Nuevas tecnologías que facilitan el tratamiento ortodóncico  
- Dra. Alicia Rivas, Dra. Paula Doti
- 32 Enseñanza de la Lectura y Escritura en la Formación de Odontólogos  
- Dr. Rolando Pablo Juárez
- 40 Estudio de Casos en Farmacología: Rendimiento y Actitud de los Estudiante  
- Aguzzi Alejandra, Tessio Adriana, Aramburú Guillermo, Scherma Eugenia, Virga Carolina.
- 44 Declaración de Principios de la FDI - Septiembre 2006
- 50 Cursos de posgrado en odontología programados para 2007
- 52 Crónica de un homenaje - "Dr. Elias Beszkin"  
Discurso del Dr. Oscar Sosa
- 54 Agenda de Congresos y Jornadas

## Editorial

### IV CONGRESO INTERDISCIPLINARIO DE ODONTOLOGIA II ENCUENTRO MEDICO-ODONTOLOGICO

#### UN ACONTECIMIENTO PARA PARTICIPAR.....

El AAO, en su proyecto continuo de educación permanente y con el objetivo de preparar profesionales que apunten a mejorar la salud bucal de la población, va transitando su camino en la historia de las instituciones. A partir del año 1975, le cupo la responsabilidad de organizar conjuntamente con la Asociación Americana para el Estudio de las Digniasias, su 4º Congreso con sede en Bs.As., siendo este el comienzo de una historia que marcó un hito en el desarrollo del Ateneo. En los años 1981 y 1988 se organizaron Congresos Interdisciplinarios, y en 1994 intentando continuar con uno de sus objetivos fundacionales, la formación continua en pos de preparar profesionales que reciban permanentemente capacitación y actualización en las disciplinas odontológicas, surge la idea del 3er. Congreso Interdisciplinario en Odontología y Ier Encuentro Médico Odontológico.

En el año 2003 la Institución festeja sus Bodas de Oro, con un Acto Académico en el Aula Magna de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires, al año siguiente realiza sus "Jornadas 50º Aniversario" en un marco de alegría y festejo permanente.

El evento realizado en 1994, nos abrió las puertas hacia la Interdisciplina Médico Odontológica, ampliando nuestros criterios diagnósticos, y mancomunándonos en la ardua tarea que significa el mejoramiento de la salud de la población.

El resultado fue positivo y enriquecedor, el éxito abrumador. Por lo tanto, perder la oportunidad de repetir esta experiencia, es un lujo que no podemos darnos.

Hace ya mas de un año comenzamos a gestar la idea de lanzar este nuevo proyecto que se materializó con el nombre de "IV Congreso Interdisciplinario de Odontología y II Encuentro Médico Odontológico", con el deber de responder a las demandas de la comunidad odontológica y sumado al esfuerzo del quehacer institucional, intentando integrar en una concepción totalizadora de la salud.

Para los cursos Precongreso hemos invitado por un lado a un prestigioso ortodoncista a nivel mundial como lo es el Dr. Vincent Kokich, con un concepto filosófico similar a nuestros lineamientos, en lo referido a alcances y limitaciones en el tratamiento de rehabilitaciones ortodóncicas –protéticas-periodontales con un criterio amplio de interdisciplina.

Los nuevos conceptos de Estética y su aplicación estarán presentes a cargo de un experto como lo es el Dr. Heller Moirano, procedente de la República Oriental del Uruguay.

El día 26 se realizará el Acto Académico de apertura de nuestro Congreso donde se harán presentes las mas distinguidas autoridades del quehacer odontológico, disertarán colegas representantes del AAO, de la Universidad Favaloro y del Congreso. Como conferencista invitado al Acto Inaugural contaremos con la participación del Dr. Diego Golombek, Doctor en Biología de la Universidad de Buenos Aires, con postdoctorado en la Universidad de Toronto Canadá y Smith College EE.UU.. Actualmente es Profesor y Secretario de Posgrado en la Universidad de Quilmes, Investigador Independiente del Conicet y autor de numerosos libros y publicaciones. En una entrevista (Javier Sinay 2006) ha manifestado recientemente: "Los próceres de la ciencia argentina descreían absolutamente de la divulgación científica, para ellos era una pérdida de tiempo. Pero hoy los más jóvenes sentimos que tenemos que rendir cuentas sobre lo que hacemos. Porque somos científicos públicos".

El Congreso será abarcativo, de interés para el especialista y el odontólogo general. Se abordarán los últimos avances científicos preconizando el manejo interdisciplinario de la odontología, desde la salud y en relación con la problemática social. Cabe destacar que estos eventos sirven para nuclear profesionales destacados de distintas instituciones que, juntos con los de la casa, desinteresadamente se prestan a participar de mesas redondas, debates, simposios, conferencias, etc, logrando un intercambio científico tecnológico sumamente enriquecedor y mostrando los alcances de cada uno en su especialidad.

Nuestra Institución en conjunto con la Universidad Favaloro, elaboró un programa abordando "La Acción Interdisciplinaria en el Diagnóstico y Tratamiento de la Atención Médico Odontológica" en los diferentes grupos etarios.

Se dedicarán tres espacios que conformarán el Encuentro Médico Odontológico, que coordinados por profesionales de ambas instituciones se han dividido en:

-Atención del Niño y Adolescente: abarcando su entorno familiar, conducta alimentaria, trastornos neurológicos, etc.

-Atención del Adulto: dentro del contexto social, revisión de patologías posibles, etc.

-Atención del Geronte: atención integral teniendo en cuenta necesidades y limitaciones en los tratamientos orales para adultos mayores.

Daremos un espacio a colegas del interior y exterior del país que quieran participar a través de la presentación de Temas Libres y un amplio Capítulo Estudiantil, con presentación de Posters que serán evaluados por un Jurado de Especialistas, los tres mejores serán premiados con becas para cursos de postgrado en nuestra Institución.

No pueden existir instituciones sin estudiantes ya que estos integrarán las nuevas generaciones de profesionales que serán los responsables de futuros éxitos.

Estamos convencidos que a través de la comunicación que permite un evento como este, y del debate de temas controversiales en cada especialidad, podremos acercarnos a los nuevos conceptos de la interdisciplina médica odontológica, realizando una puesta al día en lo que se refiere a investigación y actualización científico-tecnológico en el campo odontológico.

La comunicación y el diálogo nos enseñan que las cosas pueden verse de otra manera, las múltiples miradas enriquecen el saber diagnóstico y el hacer terapéutico. El debate resulta siempre útil en la medida que permita cuestionar certezas irreductibles, aclarar disensos y construir políticas de consenso.

Es necesario detenerse y realizar un esfuerzo reflexivo pensando en los problemas de salud y su atención, sobre todo en esta sociedad tan segmentada de los últimos años.

El prestigio y nivel científico, reconocido en los foros internacionales más exigentes, de los dictantes nacionales y extranjeros invitados, así como los de nuestro cuerpo académico, garantizan que nuestro Congreso responderá ampliamente a las expectativas de la profesión odontológica.

Como Presidente del Congreso quiero agradecer la tarea desarrollada por el Comité Organizador, por el compromiso adquirido, su dedicación, así como también la participación de profesionales de la Universidad Favaloro que aportaron una visión diferente permitiendo la realización del Encuentro Médico Odontológico.

Agradezco la generosa participación de colegas Ateneístas y de otras procedencias Académicas que adhieren a este Congreso, y por que no, al apoyo del Comercio Dental y Laboratorios que siempre están presentes en nuestros Eventos.

Deseamos desde la dirección y organización de este Congreso, que sea un éxito y que el programa científico, actividades sociales y culturales contemple ampliamente vuestras expectativas.

Los esperamos.....

# CLINADOL<sup>®</sup> FORTE

FLURBIPROFENO 100 mg

APROBADO

## El analgésico antiinflamatorio de primera elección

- Potente y rápida remisión del dolor
- Control sostenido de la inflamación
- Inhibidor de la resorción ósea alveolar



- Excelente tolerabilidad
- Amplio margen de seguridad
- Cómoda posología
- Costo de tratamiento accesible

CLINADOL<sup>®</sup> FORTE:

Envases con 8 y 16

comprimidos recubiertos.

Blister divisible: más comodidad para traslados.



Gador  
Al Cuidado de la Vida

<http://www.gador.com.ar>

## TRADUCCION

### *Ortodoncia en adultos en el siglo XXI: Lineamientos para alcanzar resultados exitosos*

\*Vincent G. Kokich; DDS, MSD - EEUU

Durante las últimas dos décadas, un creciente número de adultos han sido remitidos a los ortodontistas para corregir su maloclusión. Por lo general colaboran, limpian sus dientes, asisten a las consultas y reconocen los esfuerzos del odontólogo. Sin embargo, pueden tener otros problemas además de la mala posición de sus dientes y la incorrecta relación de sus maxilares que hacen que su tratamiento ortodóncico sea más desafiante, pueden tener restauraciones viejas y/o desgastadas, espacios edéntulos, dientes abrasionados, defectos periodontales, discrepancias del nivel gingival, dientes irre recuperables y una variedad de otros problemas periodontales y protéticos que podrían comprometer el resultado del tratamiento de ortodoncia. En el pasado, los ortodontistas tomaban todas las decisiones con respecto al plan de tratamiento de un niño o un adolescente. Sin embargo, cuando se encuentra comprometida la oclusión de un adulto, el equipo conformado por el ortodontista, el cirujano bucal o maxilofacial, el periodoncista y el odontólogo protesista - restaurador deben actuar en forma conjunta para tomar decisiones prudentes sobre el tratamiento del paciente. Este artículo describirá una serie de cinco lineamientos para ayudar a manejar la interrelación de la ortodoncia con la periodoncia y la odontología restauradora.

#### Generar Objetivos de Tratamiento Realistas

El primer paso en cualquier tipo de terapia odontológica es el de establecer los objetivos del tratamiento. Es imposible lograr el resultado final correcto si no se han identificado las metas y objetivos apropiados antes de comenzar el tratamiento. En los pacientes adolescentes, con la dentición completa y sin restauraciones, los objetivos del tratamiento ortodóncico tienden a ser idealistas. Después de todo, si los pacientes tienen denticiones intactas, sin restauraciones, es de esperar que se alcance el objetivo estético y oclusal ideal, si el paciente coopera. Debido a esta tendencia, muchos ortodontistas se ven tentados a aplicar estos mismos objetivos de tratamiento idealistas en los pacientes adultos, a quienes con frecuencia les faltan dientes o los tienen desgastados, con restauraciones antiguas u otras complicaciones protéticas o periodontales. Los objetivos de tratamiento idealista pueden no ser apropiados para el paciente ortodóncico - periodóncico - protético - restaurador. Para estos pacientes, es importante establecer objetivos de tratamiento realistas, no idealistas. Los objetivos de tratamiento realistas, por lo general, se dividen en cuatro categorías. Los objetivos deben ser realistas desde el punto de vista económico, oclusal, periodontal y restaurador. Este artículo enfoca los objetivos realistas desde el punto de vista oclusal.

En los pacientes jóvenes, es importante establecer objetivos oclusales ideales, tales como una relación canina Clase I de Angle con un overbite y overjet normales. Cuando se planifica el tratamiento de la oclusión para pacientes jóvenes, el ortodontista carece de dos importantes informaciones: (1) debido a su corta edad, los niños y adolescentes no tienen historia oclusal, y (2) el ortodontista lamentablemente no puede predecir los hábitos futuros o los problemas que los pacientes jóvenes encontrarán a lo largo de su vida. Por consiguiente, en estas situaciones es apropiado que el ortodontista cree una oclusión ideal. Sin embargo, en el paciente adulto, los ortodontistas con frecuencia no tienen en cuenta la información más valiosa, es decir, la historia dental del paciente. ¿El paciente adulto tiene hábitos oclusales parafuncionales, evidencia desórdenes de la articulación temporomandibular, tiene dientes quebrados o restaurados, facetas de desgaste, incisivos abrasionados u otros signos y síntomas que sugerirían que el plan de tratamiento debería modificar la oclusión existente? No todas las oclusiones de los adultos necesitan ser corregidas según el ideal adolescente. En todos los pacientes adultos, la historia dental, al igual que los requerimientos de restauraciones a futuro, juegan un papel más importante en la determinación de la oclusión final (Fig. 1). Por ejemplo, puede no ser necesario corregir las mordidas cruzadas posteriores en los adultos que no tienen interferencias oclusales ni desplazamiento mandibular y cuya dentición puede restaurarse adecuadamente a pesar de una relación de mordida cruzada posterior.

Si a los pacientes les faltan muchos dientes, puede no ser

\* El Dr. V. Kokich es Profesor del Depto. de Ortodoncia, Facultad de Odontología, Universidad de Washington, Seattle  
Traducido por Graciela Alsina Daconto.



Fig. 1 El paciente, de 52 años tenía una maloclusión Clase II bilateral, división 2, con un overbite aumentado, incisivos superiores retroinclinados, ausencia del segundo premolar inferior y línea media inferior corrida hacia la derecha (a, b, c). El paciente no tenía síntomas de desorden de la articulación temporomandibular y el periodonto estaba sano. Los objetivos del tratamiento incluían reducir la mordida profunda, abrir el espacio para el premolar faltante, corregir la línea media y establecer un overjet normal (d, e). Debido a la inclinación de los dientes anteriores y de las relaciones de tamaño de los mismos, se estableció una relación canina derecha Clase I (d) y se mantuvo una relación izquierda Clase II (f). Estos objetivos se lograron sin corregir la relación canina izquierda Clase II.

prudente establecer objetivos oclusales idealistas. Se puede alcanzar una oclusión posterior Clase I de Angle ideal en un paciente con una dentición completa, sin restauraciones ni desgastes. Sin embargo, si al paciente le faltan varios dientes y requerirá un tratamiento protético - restaurador importante después de la ortodondia, quizá sea más prudente establecer objetivos de tratamiento que sean realistas desde el punto de vista oclusal para ese paciente específico. Por ejemplo, el odontólogo protésista - restaurador puede sugerir alterar una oclusión Clase I de Angle para facilitar la restauración de los dientes. Es fundamental que el ortodondista esté atento a estas alteraciones antes de colocar los brackets a fin de lograr una relación oclusal realista para el paciente que terminará su tratamiento ortodondico con restauraciones protéticas (1).

#### Crear la visión

A un ortodondista que ha tratado varios cientos de pacientes adolescentes con denticiones completas, le resulta fácil visualizar o prever el resultado ortodondico final antes de comenzar el tratamiento. Sin embargo, a algunos pacientes ortodondicos adultos les pueden faltar dientes. Si estos han estado ausentes durante varios años, los dientes restantes pueden haberse desplazado. En otros

casos, quizá sea necesario ubicar los dientes en relaciones poco comunes. Estos pacientes pueden requerir una combinación de ortodondia y restauración protética para rehabilitar su oclusión. En estos pacientes, puede resultar difícil para el ortodondista visualizar el resultado final. Puede ocurrir que el ortodondista no esté al tanto de los requerimientos para la restauración o del eventual plan de tratamiento protético restaurador. También puede resultar difícil al especialista en restauraciones visualizar el resultado final, dado que quizá desconozca las posibilidades ortodondicas.

Es posible predeterminar los resultados finales oclusales y restauradores realizando para estos pacientes un encerado de diagnóstico. Un encerado de diagnóstico es indispensable para cualquier paciente al que le faltan varios dientes permanentes (2) y requerirá un tratamiento combinado de ortodondia y restauración protética (Fig. 2). Además, estos pacientes en los que se utilizarán implantes, primero para el anclaje ortodondico y posteriormente como pilares de las restauraciones, requerirán un encerado de diagnóstico (3) para colocar correctamente los implantes antes de comenzar el tratamiento ortodondico. El ortodondista nunca debe tomar decisiones referidas a restauraciones, sino que debe consultar al especialista en restauraciones mientras planifica el

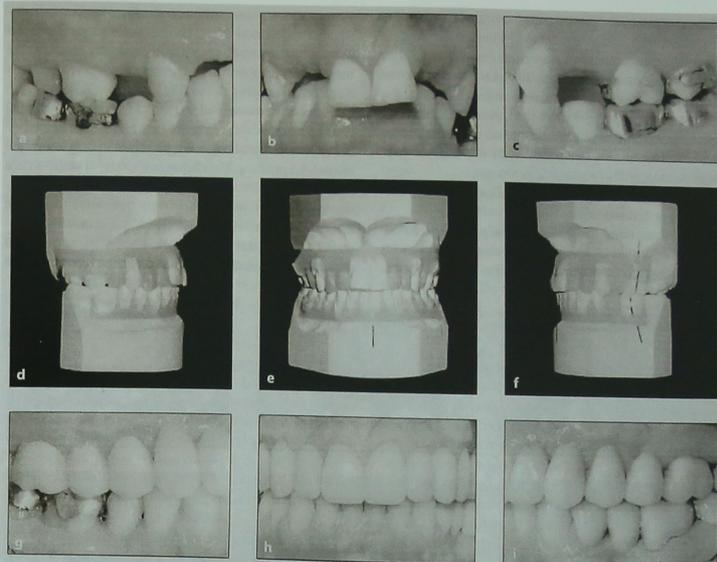


Fig. 2 La paciente, de 32 años, tenía una maloclusión Clase II, división I con un profundo overbite anterior (a, b, c). Le faltaban de nacimiento ambos incisivos laterales superiores y los cuatro premolares inferiores. El protésista quería que los caninos superiores estuvieran ubicados en las posiciones de los primeros premolares para restablecer el arco superior con tres segmentos de restauraciones fijas conectados a los caninos con un conector semirígido. Un encerado de diagnóstico (d, e, f) proporcionó la guía para que el ortodondista pudiera ubicar los caninos en la posición correcta. Los anchos de los pónicos y pilares en el arco superior finalmente restaurado son funcional y estéticamente correctos (g, h, i), porque se creó la visión con el encerado de diagnóstico.

tratamiento para estos pacientes. De este modo, el ortodondista puede reposicionar los dientes para alcanzar objetivos ortodondicos realistas que estén en armonía con los requerimientos protéticos del paciente. Al utilizar un encerado de diagnóstico, ambos especialistas, como también el paciente, pueden visualizar el resultado. El encerado de diagnóstico es el plan de tratamiento de estos pacientes.

#### Definir quién corregirá los defectos periodontales

Muchos pacientes ortodondicos adultos tienen defectos periodontales subyacentes que requerirán ser resueltos antes, durante o después del tratamiento ortodondico. Es

imprescindible que el ortodondista y el periodoncista intercambien ideas sobre el manejo de estos pacientes para determinar quién se hará responsable de la corrección de los problemas periodontales (4).

Los pacientes ortodondicos adultos también pueden tener defectos óseos que podrían comprometer la capacidad del paciente para limpiar sus dientes adecuadamente y que requieren corrección antes o durante la terapia ortodondica (5). Estos defectos óseos incluyen cráteres interproximales, defectos de una, dos o tres paredes, defectos de furcación y defectos horizontales.

Los cráteres interproximales suelen ser los defectos intraóseos más complicados en el paciente ortodondico.

## 12 Ortodoncia en adultos.

Estos son defectos de dos paredes en los cuales las paredes remanentes son la vestibular y la lingual. Se produce pérdida de inserción en las superficies mesial y distal de las raíces adyacentes. El movimiento ortodóncico no puede mejorar los cráteres interproximales (5). Si el cráter puede mantener la zona adecuadamente, quizás haga falta una resección ósea y un remodelado del reborde óseo antes de colocar los brackets de ortodoncia.

Los defectos de una pared son tratados con mayor eficiencia por el ortodoncista (6).

En estas situaciones, las bacterias patógenicas periodontales han destruido la inserción periodontal en tres de las cuatro paredes interproximales, dejando sólo una pared.

Estos defectos son difíciles de manejar para el periodoncista, debido a que la cirugía resectiva podría ser demasiado destructiva y la terapia regenerativa es inapropiada. Sin embargo, la erupción ortodóncica del diente eliminará el defecto (Fig. 3).

En estas situaciones, el ortodoncista debe colocar el bracket más apicalmente sobre la superficie vestibular de la corona y perpendicular al eje longitudinal de la raíz del diente. A medida que el diente erupciona, el ortodoncista debe equilibrar la corona para evitar un contacto prematuro con los dientes del arco opuesto y evitar un aumento de la movilidad del diente que está erupcionando. El ortodoncista debe evaluar en una sucesión de radiografías periapicales cuándo el diente ha erupcionado lo

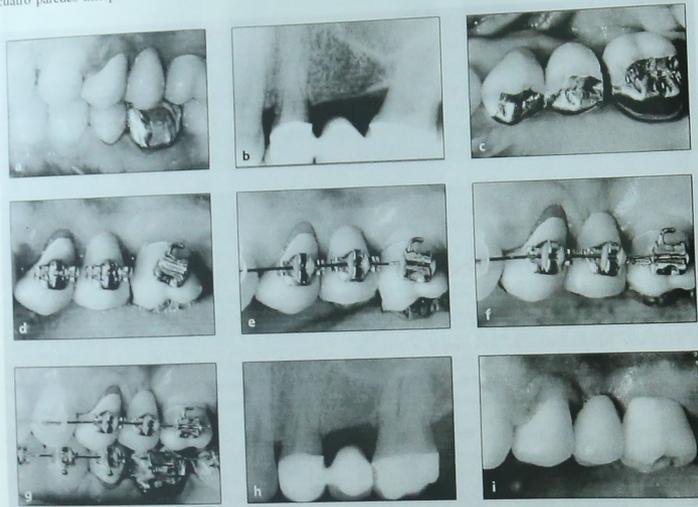


Fig. 3 El paciente, de 43 años, tenía un surco periodontal sangrante de 6 mm sobre la cara mesial del primer molar izquierdo superior (a). Este diente era un pilar de una prótesis parcial fija de tres unidades. La radiografía periapical muestra la existencia de un defecto de una pared en la cara mesial del primer molar, que está inclinado hacia mesial (b). El plan de tratamiento incluía el secionamiento de la prótesis parcial (c), con la colocación del bracket en el molar perpendicular al eje longitudinal de la raíz (d) y la inserción de un arco para enderezar y erupcionar el diente (e). Dado que la corona había sido construida considerando un plano oclusal que se iba a modificar, la superficie oclusal se modificó (f) para establecer un contacto oclusal satisfactorio (g). La radiografía posttratamiento muestra la cantidad de extrusión molar que se realizó para eliminar el defecto de una pared (h) de modo que la prótesis parcial final pudiera ser colocada en un diente periodontalmente sano (i).

suficiente. Cuando el hueso interproximal es chato entre los dientes adyacentes, se ha eliminado el defecto de una pared y se ha completado la extrusión del diente. La mayoría de estos dientes que se extruyen ortodóncicamente y son desgastados requerirán una corona para cubrir la dentina que puede haber quedado expuesta durante el proceso de erupción forzada.

Los defectos de dos paredes se tratan mejor con ortodoncia y cirugía periodontal (6). Cuando quedan dos paredes en una región interproximal y el paciente no puede mantener la higiene en la zona, resulta difícil para un periodoncista resolver completamente el defecto con un tratamiento quirúrgico resectivo o regenerativo. Estos defectos requieren con frecuencia la erupción ortodóncica del diente afectado, seguida por el acortamiento de la corona para mejorar la capacidad de restauración del diente.

Los defectos de tres paredes no se pueden resolver con ortodoncia. Si el paciente no puede mantener adecuadamente la higiene en un defecto de tres paredes durante la terapia ortodóncica, este debe ser resuelto antes de la colocación de los brackets. Estos defectos se tratan generalmente con terapia regenerativa, utilizando injertos de hueso autógenos o aloplásticos en la zona afectada (5). Por lo general, el movimiento ortodóncico puede comenzar poco tiempo después de la colocación del injerto de hueso a fin de mejorar la afluencia fibroblástica y osteoblástica que es necesaria para curar el defecto y mover el diente adyacente.

Los defectos de furcación se dividen comúnmente en tres clases. Los defectos de furcación Clase 1 se caracterizan por ser muy poco profundos, no entran profundamente en la furcación molar y por lo general se observan y controlan durante la terapia ortodóncica. Los defectos de furcación Clase 2 se extienden en la furcación pero no se comunican con el lado opuesto o con de la región interproximal del diente. Si el paciente no puede mantener apropiadamente un defecto de furcación Clase 2 y el diente es necesario para el plan de tratamiento desde el punto de vista oclusal y protético, entonces el periodoncista debe tratar la furcación antes de la ortodoncia. Es muy posible que el tratamiento tenga un enfoque regenerativo (5), utilizando membranas para aislar el defecto a fin de promover la regeneración del tejido periodontal, mientras la membrana bloquea el ingreso del epitelio, lo cual recrearía el defecto de furcación. Los defectos de furcación Clase 3 se caracterizan por no poder ser mantenidos por los pacientes durante la terapia ortodóncica, y deben tomarse decisiones acerca de su

pronóstico durante el proceso de planeamiento del tratamiento, antes de comenzar la ortodoncia. En el pasado, se utilizaron la hemisección, la amputación de la raíz y la separación de las raíces utilizando ortodoncia (3). En algunos casos, estas técnicas funcionaron bien. Sin embargo, hoy en día los odontólogos se interesan más por el resultado a largo plazo del tratamiento, y por consiguiente las furcaciones Clase 3 más significativas se tratan con la extracción del diente afectado y su reemplazo por un implante (5).

Un problema periodontal común entre los pacientes ortodóncicos adultos es la pérdida horizontal de hueso generalizada en la región anterior de la boca. En estos casos, si se ha producido una pérdida significativa de hueso en todos los dientes anteriores, los dientes tienen, con frecuencia, relaciones corona-raíz desproporcionadas. El ortodoncista debe reconocer este problema antes del colocar los brackets. Puede ser conveniente reducir los largos de las coronas clínicas de los dientes con una pérdida de hueso horizontal para alcanzar dos objetivos (5,7). En primer lugar, si el largo de la corona se reduce, la relación corona-raíz mejorará y se reducirá la movilidad dentaria después de la terapia ortodóncica. En segundo lugar, si la pérdida de hueso horizontal se ha producido sólo en una zona, la reducción del largo de la corona evitará la creación de defectos óseos entre los dientes adyacentes cuando se realice la alineación de los mismos. El ortodoncista debe dibujar sobre el diente con un lápiz o una lapicera para identificar qué cantidad del largo de la corona debe removerse. Entonces, el desgaste del diente debe realizarse lentamente con agua en spray para evitar dañar la pulpa (8). Una vez que se estableció el nuevo borde incisal, entonces el ortodoncista puede utilizar esta superficie del diente como referencia para la colocación de los brackets. Al concluir el tratamiento, la movilidad dentaria habrá mejorado y se habrá eliminado el defecto periodontal.

#### Negociar la extracción de los dientes irrecuperables.

En ocasiones, los adultos que inician el tratamiento ortodóncico presentan ciertos dientes irrecuperables desde la periodoncia o la restauración y que requerirán su extracción en algún momento durante el tratamiento interdisciplinario (Fig. 4). En estos casos, es importante que todos los miembros del equipo, el protista, el periodoncista, el ortodoncista y el cirujano bucal y maxilofacial participen en la decisión con respecto al momento oportuno para realizar la extracción (1). Si el diente tiene una infección periodontal o pulpar que el paciente, el

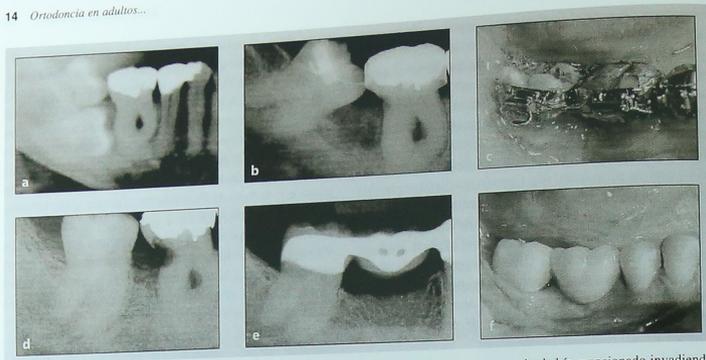


Fig. 4 La paciente, de 55 años, tenía un segundo molar derecho inferior impactado, y el tercer molar había erupcionado invadiendo el plano oclusal (a). El primer molar tenía una severa pérdida de hueso en la raíz distal, un defecto de furcación Clase III y se lo consideraba irrecuperable. Se extrajo el segundo molar (b) y se utilizó el primer molar como anclaje para enderezar el tercer molar (c, d). Si bien se tenía previsto extraer el primer molar, la extracción fue pospuesta hasta terminar el tratamiento de ortodondia, y se eligió una prótesis parcial fija para restaurar el espacio edéntulo (e, f). Programar la extracción de los dientes irrecuperables para después de la ortodondia puede facilitar el movimiento difícil de un diente

odontólogo general o el periodoncista no pueden mantener durante el tratamiento, entonces el diente puede ser extraído antes de la colocación de los brackets ortodondicos. Sin embargo, el tratamiento ortodondico se complica con cada espacio edéntulo que se crea antes de la ortodondia, especialmente si ese espacio debe mantenerse durante y después de la terapia ortodondica. Además, la mecánica ortodondica podría complicarse más si hay que extraer varios dientes antes del tratamiento. Cuantos menos dientes tenga el paciente, más difícil resultará el anclaje para el movimiento de los dientes restantes. De ser posible, es conveniente para el ortodondista mantener en el arco dentario, durante el tratamiento ortodondico, los dientes irrecuperables (ver Fig. 4). Estos proporcionan anclaje, mantienen el espacio para el ortodondista, y la función oclusal y el confort intraoral para el paciente. Por consiguiente, es aconsejable extraer los dientes irrecuperables después del tratamiento ortodondico mientras se pueda mantener la salud periodontal de los dientes adyacentes.

#### Ubicar los dientes para facilitar la aplicación de una odontología restauradora ideal

En el paciente adolescente sin restauraciones, la ubicación de los dientes mediante el tratamiento de ortodondia está

determinada por el tamaño y forma de los dientes. Desde un punto de vista ideal, si los tamaños de todos los dientes son compatibles, entonces es posible una oclusión Clase I con interdigitación correcta. Sin embargo, en el paciente ortodondico - protético - restaurador puede no ser prudente ubicar los dientes según un criterio ideal. Si se planifican restauraciones para este paciente, puede ser conveniente ubicar los dientes de modo de facilitar el tratamiento protético posterior. Cada tipo de restauración requiere un posicionamiento particular de los dientes.

Un problema común en el paciente ortodondico adulto es el desgaste o la abrasión de los incisivos superiores, con márgenes gingivales irregulares y un largo de la corona de los incisivos centrales adyacentes desigual (Fig. 5). El tratamiento de este problema podría consistir en el alargamiento periodontal de la corona para nivelar los márgenes gingivales, la extrusión ortodondica del incisivo central más largo o la intrusión y restauración del diente más corto. Para diagnosticar este problema adecuadamente, el odontólogo debe primero evaluar la profundidad del surco periodontal de los incisivos superiores (9). Si las profundidades del surco son de 1 mm en forma uniforme, entonces la discrepancia de los márgenes gingivales puede deberse al desgaste irregular o traumatismo de los bordes incisales. El odontólogo debe decidir si la



Fig. 5 La paciente, de 29 años, tiene discrepancias del largo de las coronas clínicas entre los incisivos centrales y laterales superiores y los caninos (a, b). Las profundidades del surco periodontal en la zona vestibular de todos los dientes anteriores eran de 1 mm, y las uniones amelocementarias se encontraban en el fondo del surco. Los dientes anteriores del lado derecho estaban abrasionados y habían seguido erupcionando (c). Por consiguiente, el plan de tratamiento correcto involucraba la intrusión de los incisivos central y lateral y el canino derechos (d), la restauración provisoria de estos dientes con composite (e, f) y la reubicación de los brackets (g), manteniendo la aparatología ortodondica durante 6 meses para estabilizar los dientes intruídos. Al concluir la ortodondia (h), los largos de los seis dientes anteriores eran iguales. Dos años más tarde, después de la restauración final con coronas de porcelana (i), la posición intruída de los dientes anteriores es estable.

discrepancia gingival será perceptible (ver Fig. 5).

Si es así, deben colocarse los brackets y realizar la alineación de modo tal que mejore la estética y la posibilidad de restauración de los dientes abrasionados. En estos casos, los márgenes gingivales, no los bordes incisales, se utilizan como guía para el reposicionamiento del diente (10). Cuando los márgenes gingivales están alineados, la discrepancia en los bordes incisales se hace más evidente (ver Fig. 5). Estas discrepancias incisales se restablecen temporalmente con restauraciones de resinas o composite y luego en forma permanente con restauraciones de porcelana, una vez que los dientes se han estabilizado. Si las discrepancias de los márgenes gingivales se corrigen nivelándolos con ortodondia, las posiciones de los dientes

deben mantenerse durante por lo menos seis meses para evitar una recidiva. Cuando los dientes se intruyen, la orientación de las fibras periodontales cambia y se hace más oblicua (11). Se considera que las fibras periodontales tardan por lo menos seis meses en reorientarse y tomar nuevamente una posición horizontal y se establece así la nueva posición de los dientes.

La abrasión del borde incisal inferior es también un problema común en el paciente adulto (Fig. 6). Cuando esto ocurre los incisivos inferiores por lo general erupcionan para mantener el contacto. Esto constituye un dilema para el odontólogo rehabilitador, porque no deja espacio para colocar la restauración incisal. Sin el tratamiento de ortodondia que intruya los incisivos inferiores y cree un

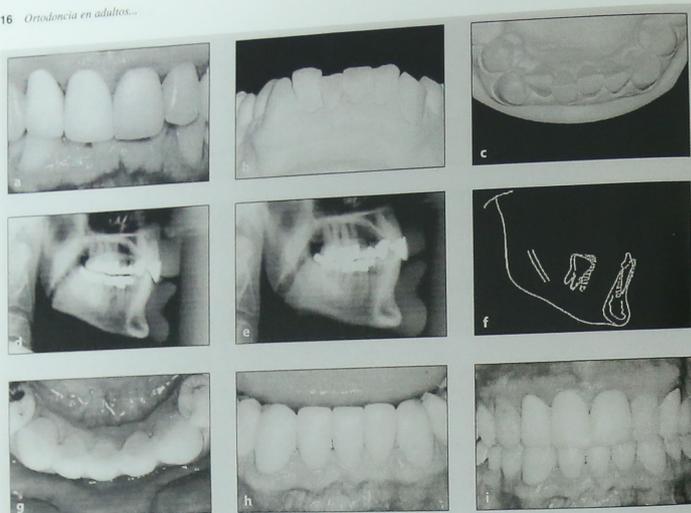


Fig. 6 El paciente, de 52 años, tenía una mordida profunda anterior (a) y un hábito de bruxismo protrusivo que producía un desgaste significativo de los incisivos inferiores (b, c). No había espacio para que el protesista restaurara estos dientes (d). Se inició tratamiento ortodóncico para intruir los incisivos inferiores (e, f) de modo que pudieran ser restaurados con coronas de porcelana (g, h). No sólo se corrigió el profundo overbite (i), sino que también la intrusión ortodóncica permitió la restauración estética y funcional de esta dentadura debilitada.

espacio para la restauración, el paciente requeriría un alargamiento periodontal de la corona clínica con remoción de hueso y ubicación apical del margen gingival. Si hay un desgaste severo, también podría requerirse un tratamiento endodóncico y un perno-muñón en los incisivos inferiores abrasionados. Sin embargo, la ortodoncia puede ser de un enorme beneficio para los pacientes con un desgaste significativo de los incisivos inferiores. Al intruir los incisivos inferiores (ver Fig. 6), el ortodoncista puede crear un espacio para la prótesis, evitar la cirugía gingival, eliminar la necesidad de tratamiento endodóncico, y de este modo, simplificar la restauración de los dientes abrasionados.

#### Considerar implantes para facilitar movimientos dentarios dificultosos

En los últimos años, los implantes dentales se han con-

vertido en un método aceptado para reemplazar los dientes faltantes (12). En la actualidad, se colocan anualmente millones de implantes para rehabilitar y restablecer la oclusión de los pacientes. En muchos de estos individuos los dientes pueden estar en una posición menos que ideal para aceptar la integración de uno o un grupo de implantes a los dientes restantes. Estos pacientes podrían beneficiarse con un tratamiento de ortodoncia para reubicar los dientes en mala posición con el fin de mejorar el esquema oclusal general (13). Sin embargo, si faltan una cantidad significativa de dientes, el ortodoncista se encuentra en desventaja debido a una falta de anclaje para efectuar el movimiento dentario deseado.

Existen diversos tipos de implantes para proporcionar anclaje para el movimiento de los dientes. Estos incluyen los implantes subperiosteos (14-16), los implantes de transición interproximales (17), los implantes palatales

(18-20), los mini-implantes (21-23) y las placas de titanio (24-26). Estos auxiliares se colocan por lo general entre las raíces de los dientes, apicales a las raíces dentarias, o en las regiones retromolares de los maxilares superior e inferior. Si bien constituyen anclajes eficaces para el movimiento dentario y son muy versátiles, también son descartables. Por lo general, después del tratamiento ortodóncico son retirados y descartados. Si bien esto puede constituir un gasto extra, en un paciente con su dentición completa, esta tecnología puede ser apropiada. Sin embargo, en un paciente parcialmente edéntulo, en el que se utilizarán implantes como anclaje protésico para restablecer la oclusión, estos implantes podrían utilizarse inicialmente para el anclaje ortodóncico y más tarde

como pilar para la restauración protésica una vez que el tratamiento de ortodoncia haya concluido (13). Las indicaciones (13) para utilizar un implante pilar protésico como anclaje ortodóncico incluyen intrusión intraarquel de los dientes que han erupcionado en forma exagerada, retracción intraarquel de los dientes que se han protruido y mesialización intraarquel de los dientes que están ubicados distalmente (Fig. 7). En cada uno de estos casos, el implante debe colocarse antes que los brackets. Sin embargo, el implante debe colocarse correctamente para no sólo satisfacer los requerimientos de la ortodoncia, sino también para estar en una posición apropiada para la restauración final. El ortodoncista debe realizar un encerado de diagnóstico después de consultar

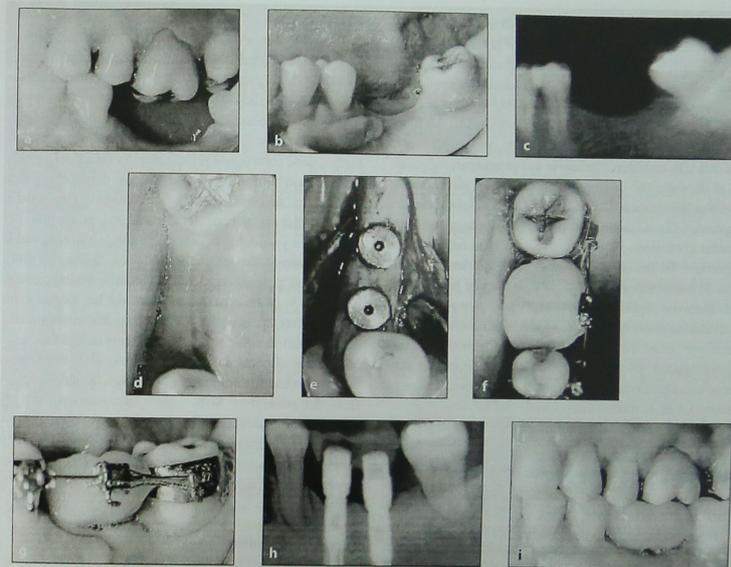


Fig. 7 Esta mujer adulta perdió sus molares inferiores izquierdos como consecuencia de caries dentales y el primer molar izquierdo superior erupción en exceso (a). Además, el tercer molar inferior se inclinó hacia mesial (b a d). El plan de restauración consistía en colocar dos implantes premolares para reemplazar los dientes faltantes (e). Los implantes serían utilizados como anclaje para enderezar el tercer molar y moverlo hacia mesial (f, g y h). Al utilizar los implantes como anclaje, se mantuvo la oclusión posterior y luego estos fueron utilizados como pilares de las restauraciones que sirvieron para proporcionar oclusión para el primer molar izquierdo superior (i).

con el protesista y con el cirujano. Este encerrado diagnóstico permite construir una guía quirúrgica que le proporciona al cirujano la posición correcta de los implantes, y debe realizarse siguiendo una serie de pasos específicos para asegurar la precisión. Estos pasos han sido documentados en publicaciones anteriores (13, 27, 28).

Después de su colocación, los implantes deben integrarse al hueso antes de la carga ortodóncica. El tiempo de la carga del implante, en el caso de implantes simples, está determinado por la cantidad de tiempo que requiere el hueso adyacente al implante para que produzca la formación de hueso secundario alrededor del implante (29). Si se colocan al mismo tiempo varios implantes, con frecuencia se cargan inmediatamente después de la colocación, utilizando prótesis provisionarias. Aún cuando el hueso alrededor del implante no se haya remodelado completamente, la rigidez suministrada por la ferulización del arco permite que se produzca la integración alrededor de los implantes ya colocados. Investigaciones recientes han demostrado que cuando se cargan los implantes con carga estática o continua en la misma dirección, el hueso sobre la superficie del implante se desarrolla más rápidamente (31-32). Sin embargo, cuando se aplica una carga dinámica al implante (no continua y en diferentes direcciones), se desarrolla mucho menos hueso en la superficie del implante (32). Cuando el implante recibe carga de forma continua, se envía el mismo mensaje biomecánico a la superficie del hueso, el cual es el de estimular la formación de hueso sobre la superficie comprimida para formar más hueso de soporte. Cuando la fuerza sobre el implante es dinámica o intermitente, el mensaje biomecánico no es claro y se forma menos hueso. Por consiguiente, si se utilizan implantes para el anclaje ortodóncico, podrían cargarse inmediatamente, dado que la carga ortodóncica es continua y en la misma dirección.

Los estudios realizados en animales han demostrado que cuando se cargan los implantes, se desarrolla más hueso sobre el lado del implante donde se ejerce presión o compresión (33). Alrededor de los dientes ocurre todo lo contrario. Cuando el ligamento periodontal de un diente está cargado con una fuerza de compresión, el hueso se reabsorbe del lado en que se ejerce la presión y se deposita sobre el lado de la tensión. Sin embargo, los implantes no tienen un ligamento periodontal, y por consiguiente el hueso que se forma sobre el lado de la presión del implante está referido a un hueso de sostén, que se desarrolla en respuesta a la carga del implante.

Después que se descubre el implante, debe colocarse una restauración provisoria de modo que la fuerza ortodónci-

ca pueda aplicarse desde el implante. El tipo de restauración provisoria varía según el tipo de mecánica ortodóncica (13). En algunos casos, se requiere una restauración plástica con forma de diente. Sin embargo, en otros casos, un pilar de metal es suficiente para proporcionar el anclaje. En general, si no se van a utilizar brac-kets ortodóncicos, puede colocarse un simple capuchón metálico en la parte superior del implante. En la mayoría de los casos, si los dientes adyacente al implante deben moverse hacia éste, es necesaria una restauración provisoria para permitir la ubicación precisa de estos dientes durante el proceso ortodóncico. El tamaño de la corona provisoria puede establecerse a partir del encerado de diagnóstico utilizado para crear la guía de colocación.

#### Resumen

Este artículo trata e ilustra una serie de cinco lineamientos para manejar al paciente ortodóncico con complicaciones periodontales o protéticas. Uno de los pasos más importantes es generar objetivos de tratamiento realistas que se adapten a las necesidades, deseos, capacidades financieras del paciente, y a las metas de los miembros del equipo. Luego, debe crearse una representación visual del resultado final bajo la forma de un encerado de diagnóstico. Esto proporciona un objetivo final de tratamiento para todo el equipo. Luego, deben identificarse los problemas periodontales y se debe determinar quién es el responsable del tratamiento de los defectos óseos. Si hay algunos dientes que no pueden recuperarse, debe establecerse el momento y la secuencia apropiada de las extracciones para facilitar las necesidades de todos los profesionales que integran el equipo. Finalmente, la posición futura de los dientes debería determinarse según sean las necesidades de rehabilitación, protéticas o periodontales específicas del paciente. Si el equipo integrado por el periodoncista, el cirujano, el ortodoncista y el protesista -rehabilitador siguen estos cinco lineamientos, el manejo de sus pacientes ortodóncicos - periodontales - protéticos se verá simplificado, será predecible y gratificante.

Dirección del autor: [vgkokich@u.washington.edu](mailto:vgkokich@u.washington.edu)



Ateneo Argentino  
de Odontología



UNIVERSIDAD  
FAVALORO

ATENE ARGENTINO DE ODONTOLOGIA

## IV CONGRESO INTERNACIONAL E INTERDISCIPLINARIO DE ODONTOLOGIA

### II ENCUENTRO MEDICO ODONTOLÓGICO

- NUEVOS CONCEPTOS DE LA INTERDISCIPLINA MEDICO-ODONTOLÓGICA
- AVANCES CIENTIFICO-TECNOLOGICOS EN CADA ESPECIALIDAD
- ¿ HACIA DONDE VAN LAS ULTIMAS TENDENCIAS ?

25 AL 29 DE JUNIO 2007  
PALACIO SAN MIGUEL  
BUENOS AIRES - ARGENTINA

ACTO INAUGURAL:

Martes 26 de JUNIO, 20 HS.  
CONFERENCIA del Prof. Dr. Diego GOLOMBEK:  
"Ciencia en la boca"



Ateneo Argentino  
de Odontología

UNIVERSIDAD  
FAVALORO

**IV CONGRESO INTERNACIONAL E INTERDISCIPLINARIO DE ODONTOLOGIA**  
**II ENCUENTRO MEDICO ODONTOLÓGICO**  
**25 AL 29 DE JUNIO DE 2007**  
**PALACIO SAN MIGUEL - BUENOS AIRES, ARGENTINA**

**CURSOS PRE-CONGRESO. PROGRAMA PRELIMINAR**



**DR. VINCENT KOVICH.**  
Ortodoncia. U.S.A. 25 y 26 de Junio  
Actualización ortodóncica desde el niño al adulto.

- **MANEJO INTERDISCIPLINARIO DE PROBLEMAS ESTÉTICOS DEL SECTOR ANTERIOR.**  
¿Cuándo, por qué y cómo?
- **FINALIZACIÓN ORTODÓNICA.**  
Lo que el especialista debe saber.
- **CORRECCIÓN DE MALOCCLUSIONES EN EL ADULTO.**  
¿SON LOS OBJETIVOS DE TRATAMIENTO REALISTAS?

**CONFERENCIA INTRA-CONGRESO:**

"Tratamiento quirúrgico y ortodóncico de dientes impactados".



**DR. ALVARO HELLER MOIRANO.**  
Estética. R.O.U. 26 de Junio.

- **LOS SECRETOS PARA DOMINAR LA ESTÉTICA.**  
Blanqueamiento.  
Abrasión química y mecánica.  
Uso de los materiales restauradores efectivos.  
Adhesión a estructuras dentarias: esmalte y dentina.

- **Workshop - Hands On**  
Dominio del color, la luz y la estratificación.  
Resinas compuestas - nivel avanzado.

**CONFERENCIA INTRA-CONGRESO:**

"Odontología mínimamente invasiva y ultraconservadora: Campos de la rehabilitación"

**CURSO INTRA-CONGRESO**



**DR. LUIS QUEVEDO ROJAS.**  
Cirugía Ortognática.  
Santiago de Chile.



**DR. MARGARITA GAIDO.**  
Ortodoncia.  
Argentina.



"Ortodoncia quirúrgica con trabajo interdisciplinario."

Objetivos de tratamiento. Predicción ortodoncia quirúrgica. Planificación según la edad.  
Tratamiento de control vertical. Estética facial.

MIERCOLES 27		MARTES 26		LUNES 25	
Sala Cezanne A	Sala Cezanne B	Sala Cezanne B	Sala Cezanne B	Sala Monet C	Sala Monet C
Acreditación		Acreditación		Acreditación	
<p><b>ENCUENTRO MEDICO ODONTOLÓGICO EN EL TRATAMIENTO DEL GERENTE</b> "Relación paciente-profesional. Historia clínica" "Tratamiento periodontal en el adulto mayor" Dra. R. Mickowky "Envejecimiento de la oclusión. Apnea, aparatología" "Estomatología sublingual" Dra. J. Adler "Protesis parciales y completas" Dr. J. Firino</p> <p><b>PANEL INTERDISCIPLINARIO</b> "Decisión de conservación/prótesis dentarias con compromiso periodontal" Coordinación: Dr. I. Rapoport Dra. J. Aguilar Dr. O. Casala con compromiso endodóncico Dr. J. Meier</p>	<p><b>OPERATORIA</b> "Blanqueamiento dentario, nuevos caminos, nuevas estrategias" Dra. C. de Franceschi "Carillas estéticas" Dr. M. Bertone "Materiales dentales en la estética diaria" Dra. M. E. Macchi</p> <p>"Odontología mínimamente invasiva y ultraconservadora" Conferencia DR. ALVARO HELLER MOIRANO</p>	<p><b>ORTODONCIA</b> CONFERENCIA DR. VINCENT KOVICH "Tratamiento quirúrgico-ortodóncico de dientes retenidos" "Resolución de casos S. Tomaszewski" "Oclusión y Ortodoncia" Dr. J. Brewer "Ortodoncia quirúrgica de arco recto" Dra. S. Tomaszewski "Interdisciplina quirúrgico-ortodóncica" Dra. M. E. Masiu "Reemplazo del incisivo perdido y restauración o cierre del espacio?" Dr. J. C. Eloy/ghen "Disyunción quirúrgica" Dnas. N. Bilsard y Y. Guénara</p>	<p><b>PERIODONCIA</b> "Patologías periodontales que afectan la estética gingival" Dra. C. Bavelacqua "Estética en la recuperación quirúrgica de carnosas retenidas" Dra. E. Mancini "Pericoronitis y "Dientes invertidos" Dr. H. Lavandina "Reflexiones odontológicas" "Un fantasma periodontal: la lesión de "luración" Servicio Periodoncia AAO "El tratamiento periodontal: mecánico, quirúrgico o medicamentoso?"</p>	<p><b>ENDONCIA</b> "Avances científicos en estética en endodancia" Dra. B. Mendica "CPM Y ENDOSPASEALER - Características y ventajas clínicas" Dr. G. De Castro</p> <p><b>DISYUNCIÓN</b> "Diagnóstico y tratamiento de los trastornos temporomandibulares" Dra. S. Palacios</p> <p><b>PANEL INTERDISCIPLINARIO</b> "Abordaje interdisciplinario de la Distorsión del Sistema Estomatognático y el Dolor Crónico Orofacial" Coordinación: Dra. E. Loebenberg Disertante: Dr. J. De La Perra (Neurocirujano) Lic. O. Ganey (Neurología)</p>	<p><b>IMPLANTES</b> <b>CONFERENCIA SEJUNTA</b> Coordinación: Dra. Y. Guénara "Evaluación integral del paciente" "Resolución de casos clínicos con injertos" "Implantes e injertos óseos: puentes isurados" "Complicaciones en implantes" Dr. J. Bellia Dr. M. Corbelli "Implantes inmediatos en experiencia dentaria. Fundamentos, eficacia y seguimiento a distancia" Dra. M. Pomaranczyk Especialista: Dr. C. Bavelacqua Dr. O. Cicciarelli "Soluciones protésicas implantarias en maxilares atroficos" Dr. O. Cicciarelli</p>

P O S T E R S

POSTERS

JUEVES 28	Sala Cozanne A	Sala Cozanne B	Sala Monet C
	<p><b>INTERDISCIPLINARIO MEDICO-ODONTOLÓGICO EN EL TRATAMIENTO DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE</b>                      Coordinación: Drs. N. Baroni, P. Zaleski y J. Guiperrin                      "La relación médico-odontológica centrada en el niño y el adolescente desde la perspectiva familiar"                      Estudio de casos: "La interdisciplina en acción"                      "Trastornos de la conducta alimentaria"                      "Pacientes con compromiso neurológico" Equipo FLENI</p> <p><b>FORD PÚBLICO DE DISCUSIÓN: EJERCICIO PROFESIONAL</b>                      "Ética y codes de la práctica odontológica"                      Coordinación: Drs. M. Beldirni, I. Raboport, U. Oshrat                      Observadores: Drs. M. Beldirni, I. Raboport</p> <p><b>EDUCACIÓN PARA LA SALUD</b>                      Drs. R. Rosel - G. Vera</p> <p>"Nuevos y viejos paradigmas sobre Salud Bucal y Odontología"                      Drs. A. Dávila, M. Laserna</p> <p><b>PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD</b>                      "Prevención de accidentes profesionales" Dra. A. M. Sued</p>	<p><b>PANEL INTERDISCIPLINARIO ESTÉTICA DEL SECTOR ANTERIOR</b>                      Operativa: "Estrategias estéticas"                      "Estrategias estéticas"                      "Estrategias estéticas"                      "Estrategias estéticas"</p> <p>Periodoncia "Soluciones quirúrgico-periodontales para el desafío de la estética anterior"                      Implantes "La estética en función de los tejidos receptores"                      Prótesis "Control Dr. J. Farina en prótesis fija"                      Ortodoncia "La ortodoncia optimizada en la estética de las restauraciones dentales anterior"                      Dra. G. Reznik</p> <p><b>OPERATORIA</b>                      "Hipersensibilidad dentinaria"                      Dres. L. Szabo y L. Zablita</p> <p>Optimización en el uso de resinas compuestas en el sector posterior "Dr. F. Maravante"</p> <p>"Lo último en sistemas de adhesión"                      Dr. D. Martucci</p>	<p><b>ORTODONCIA</b>                      "Ortodoncia lingual"                      Dres. J. Harfny y A. Ureña</p> <p><b>"MAS DE MEDIO SIGLO DE TRABAJO EN LAS CLINICAS DE ATENEO ARGENTINO DE ODONTOLOGIA"</b>                      El acto es un recurso en ortodoncia                      Dra. N. Sarfalis y E. Mulio</p> <p>"Discusiones: modificaciones estéticas, demuestraciones y demostraciones"                      Dres. L. Priatle, L. Dobrovich, E. Gantewich, R. Sarzoro, S. Randazzo y alumnos de la Carrera de Especialización en Ortodoncia del AAO</p> <p>"Caso clínico de ortodoncia en adultos"                      Dres. M. Landmesser y M. Reznik</p>
	<p><b>DIAGNOSTICO POR IMAGENES</b>                      "Aplicaciones de la tomografía lineal en ortodoncia y otras especialidades odontológicas"                      Dra. M. E. Marinhez</p> <p><b>QUIRUGIA</b>                      "Tratamiento quirúrgico de las infecciones a punto de parida "Cirugía y Ortodoncia: un cuarto siglo de experiencia del Servicio de Cirugía I del AAO"                      Dres. M. Torres y L. Lemlich</p> <p><b>FARMACOLOGIA</b>                      "Tratamiento farmacológico del dolor y la ansiedad"                      Dr. P. Bazquez</p> <p>"Actualización en antibióticos odontológicos" Dra. G. Stralieri</p> <p><b>HOMEOPATIA</b>                      "Homeopatía en odontología" Dra. M. Junio</p>	<p><b>PROTESIS</b>                      "Coronas y puentes integrados extrínsecos (sistema GERCONY)"                      Dr. P. Guzzotti</p> <p>"Sobrestimaduras. Prótesis removible sobre implantes y raíces de dientes naturales"                      Dr. M. Bazkin</p> <p>"Síndrome de Kaly" (desdoblado total superior y parcial inferior: prevención, diagnóstico, tratamiento)                      Dr. R. Cats</p>	<p>"Biología y función. Su importancia en la finalización y recidiva de los tratamientos ortodóncos"                      Dr. L. Zablity</p> <p>"Tratamiento ortodóncico de las distocclusiones"                      Doctrinas de la Oclusión y Ortodoncia del AAO                      "Prácticas concluidas con fuerza ligera"                      "Control molar, recursos terapéuticos"                      Dres. A. Rizzi, G. Brizuela y S. Meiramed</p> <p>"Aparatología utilizada en técnicas de desluzamiento con fricción reducida"                      Dres. A. Rizzoti, P. Dotti y A. Rivas</p> <p>"Pendulum"                      Dres. G. Reznik, M. Schejwitz y A. Nieto</p>

POSTERS

VIERNES 29	Sala Cozanne B	Sala Monet C
	<p><b>ODONTOFODIATRIA</b>                      Conferencias seriadas - Coordinación Dra. H. Fricz de Rapoport                      "Prevención en el bebé y la embarazada" Dra. H. Casarino                      "Tratamiento de las infecciones odontológicas" Dra. V. May                      "Tratamientos odontológicos en niños con riesgo médico"                      Dra. V. Prielsohn</p> <p>"Anquilosis maxilar"                      "Funciones, distorsión y parafroncia" Efra. N. Chivarov</p> <p>"Tratamiento odontológico del niño con Síndrome de Down"                      "El uso de agentes anti-ox. Scapigero en la caries del niño y la papaina en odontopediatría"                      Dres. M. Slesch y P. Zaleski Dra. L. Levin</p> <p>"Recursos estéticos en ortodoncia"                      "Enfoque terapéutico de ugrasmas múltiples a temprana edad"                      Dres. A. Santos y A. Alchembaum</p> <p><b>INVESTIGACION</b>                      "La investigación y la evidencia científica como soporte de las decisiones clínicas"                      Coordinación: Dra. M. Slesch                      Disertante: Dr. F. Mazzioli</p>	<p><b>ORTODONCIA</b>                      "Microimplantes en ortodoncia" Dra. L. Iurazun</p> <p><b>QUIRUGIA</b>                      "TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS DESARMONIAS ESQUELETICAS"                      Coordinación: Dra. E. Losoviz                      "Las osteotomías maxilomaxilares" D. C. Bocora</p> <p>"Situaciones límite en la elección del recuro quirúrgico para las desarmonias maxilomaxilares"                      "Distorsión de las piezas dentales de la arcada inferior"                      "Recursos quirúrgicos para el avance del líncro medio facial"                      Dra. E. Losoviz                      Dra. J. C. Bottoquez                      Dra. L. Iurazun</p> <p><b>"MAS DE MEDIO SIGLO DE TRABAJO EN LAS CLINICAS DE ATENEO ARGENTINO DE ODONTOLOGIA"</b>                      "Caso clínico de Ortodoncia Lingual" Dra. S. Zaleski y M. Landmesser                      "Diagnóstico temprano de afecciones sin solución ortodóncica"                      Dra. L. Sarfalis</p>
	<p><b>EMBUJOS MEDICO-ODONTOLÓGICO EN EL TRATAMIENTO DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE</b>                      Dra. C. Menczka                      "Emergencias en el consultorio odontológico"                      "Faltas de alarma en el consultorio odontológico"                      "Anestésicos locales odontológicos: manejo y tratamiento de las reacciones alérgicas"                      Dra. P. Croce y C. Castro</p> <p><b>Diabetes</b>                      "Atención en el paciente de riesgo"                      Dra. C. Menczka</p> <p><b>SIDA</b>                      Dra. J. Gontaretti - Odontóloga                      Dra. P. Galin - Médico                      Dra. H. Lantierich - Odontólogo</p> <p><b>Cáncer</b>                      Dra. R. Guillerch - Odontólogo                      Dra. M. Sardi - Médica</p> <p><b>Hepatitis B</b>                      Dra. E. Ray - Odontólogo</p> <p><b>Discrepancias angulares</b>                      Dra. L. Aulliano Guzmán "Sféricas"                      Dra. L. Aulliano Guzmán "Sféricas"                      Dra. E. Khasradjan</p>	<p><b>PROTESIS</b>                      "Elección de materiales"                      Dr. D. Da La Vega</p> <p>"Puentes y puentes"                      Dr. J. Eskenazi</p> <p>"Restauraciones provisionales en prótesis dento-implantoprotesis"                      Dr. R. Nieto</p> <p>"Almuerzo tradicional de las piezas dentales y su importancia desde el punto de vista funcional y estético"                      Dra. A. Tomazic</p> <p>"Diseño en prótesis removible"                      Dr. E. Reznik</p>

POSTERS

VIERNES 29	Sala Cozanne B	Sala Monet C
	<p><b>EMBUJOS MEDICO-ODONTOLÓGICO EN EL TRATAMIENTO DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE</b>                      Dra. C. Menczka                      "Emergencias en el consultorio odontológico"                      "Faltas de alarma en el consultorio odontológico"                      "Anestésicos locales odontológicos: manejo y tratamiento de las reacciones alérgicas"                      Dra. P. Croce y C. Castro</p> <p><b>Diabetes</b>                      "Atención en el paciente de riesgo"                      Dra. C. Menczka</p> <p><b>SIDA</b>                      Dra. J. Gontaretti - Odontóloga                      Dra. P. Galin - Médico                      Dra. H. Lantierich - Odontólogo</p> <p><b>Cáncer</b>                      Dra. R. Guillerch - Odontólogo                      Dra. M. Sardi - Médica</p> <p><b>Hepatitis B</b>                      Dra. E. Ray - Odontólogo</p> <p><b>Discrepancias angulares</b>                      Dra. L. Aulliano Guzmán "Sféricas"                      Dra. L. Aulliano Guzmán "Sféricas"                      Dra. E. Khasradjan</p>	<p><b>ORTODONCIA</b>                      "Microimplantes en ortodoncia" Dra. L. Iurazun</p> <p><b>QUIRUGIA</b>                      "TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS DESARMONIAS ESQUELETICAS"                      Coordinación: Dra. E. Losoviz                      "Las osteotomías maxilomaxilares" D. C. Bocora</p> <p>"Situaciones límite en la elección del recuro quirúrgico para las desarmonias maxilomaxilares"                      "Distorsión de las piezas dentales de la arcada inferior"                      "Recursos quirúrgicos para el avance del líncro medio facial"                      Dra. E. Losoviz                      Dra. J. C. Bottoquez                      Dra. L. Iurazun</p> <p><b>"MAS DE MEDIO SIGLO DE TRABAJO EN LAS CLINICAS DE ATENEO ARGENTINO DE ODONTOLOGIA"</b>                      "Caso clínico de Ortodoncia Lingual" Dra. S. Zaleski y M. Landmesser                      "Diagnóstico temprano de afecciones sin solución ortodóncica"                      Dra. L. Sarfalis</p>
	<p><b>EMBUJOS MEDICO-ODONTOLÓGICO EN EL TRATAMIENTO DEL NIÑO Y EL ADOLESCENTE</b>                      Dra. C. Menczka                      "Emergencias en el consultorio odontológico"                      "Faltas de alarma en el consultorio odontológico"                      "Anestésicos locales odontológicos: manejo y tratamiento de las reacciones alérgicas"                      Dra. P. Croce y C. Castro</p> <p><b>Diabetes</b>                      "Atención en el paciente de riesgo"                      Dra. C. Menczka</p> <p><b>SIDA</b>                      Dra. J. Gontaretti - Odontóloga                      Dra. P. Galin - Médico                      Dra. H. Lantierich - Odontólogo</p> <p><b>Cáncer</b>                      Dra. R. Guillerch - Odontólogo                      Dra. M. Sardi - Médica</p> <p><b>Hepatitis B</b>                      Dra. E. Ray - Odontólogo</p> <p><b>Discrepancias angulares</b>                      Dra. L. Aulliano Guzmán "Sféricas"                      Dra. L. Aulliano Guzmán "Sféricas"                      Dra. E. Khasradjan</p>	<p><b>ORTODONCIA</b>                      "Microimplantes en ortodoncia" Dra. L. Iurazun</p> <p><b>QUIRUGIA</b>                      "TRATAMIENTO QUIRURGICO DE LAS DESARMONIAS ESQUELETICAS"                      Coordinación: Dra. E. Losoviz                      "Las osteotomías maxilomaxilares" D. C. Bocora</p> <p>"Situaciones límite en la elección del recuro quirúrgico para las desarmonias maxilomaxilares"                      "Distorsión de las piezas dentales de la arcada inferior"                      "Recursos quirúrgicos para el avance del líncro medio facial"                      Dra. E. Losoviz                      Dra. J. C. Bottoquez                      Dra. L. Iurazun</p> <p><b>"MAS DE MEDIO SIGLO DE TRABAJO EN LAS CLINICAS DE ATENEO ARGENTINO DE ODONTOLOGIA"</b>                      "Caso clínico de Ortodoncia Lingual" Dra. S. Zaleski y M. Landmesser                      "Diagnóstico temprano de afecciones sin solución ortodóncica"                      Dra. L. Sarfalis</p>

# Bucogel®

Gel de Clorhexidina 0.12% para uso tópico bucal

## Antiplaca - Antiséptico - Antibacteriano

- Optimiza la efectividad de la Clorhexidina
- Minimiza el riesgo de efectos adversos
- Especificidad y sustentividad que brinda mayor tiempo de adherencia a la mucosa y superficie dentaria
- Todo el gel en la lesión, nada en los tejidos sanos permitiendo el uso por tiempo más prolongado

## La Clorhexidina Segura

Con el novedoso sistema SALFIO\* desarrollado exclusivamente por **Gador S.A.** \* (Sistema de Aplicación Local de Fármacos Intraorales)



Presentación:  
Un pomo **multilaminado**  
con 20 g de gel de  
Clorhexidina al 0.12%  
y cánula aplicadora

VALE +  
SALUD



Mayor información a disposición  
del cuerpo odontológico en  
[www.gador.com.ar](http://www.gador.com.ar)

Gador  
Al Cuidado de la Vida  
<http://www.gador.com.ar>

en ortodoncia...**todo.**

# Ortotek®



### LIDERES EN BRACKETS LINGUALES

- \* G7 (7a. Generación del DR. Craven Kurz)
- \* STB (Scuzzo-Takemoto Brackets)

### SERVICIO DE LABORATORIO

- \* Slot Machine (Técnica de doble cubeta)
- \* Set-up con caps individuales

### ARCOS LINGUALES PREFORMADOS

- \* Respond \* TMA \* Acero Inoxidable \* NiTi \* Ni-Ti -Cu, etc.

### SISTEMA ORTHOS

#### DE BRACKETS PRE-PROGRAMADOS

- \* Cuando la Robótica colabora  
para lograr excelentes resultados

### ARCOS TURBO WIRE

- \* Trenzado 1x8 Ni-Ti -  
Ideales para alinear y nivelar sin perder torque.

**sds Ormco**  
STAINLESS DENTAL SPECIALTIES

MYOFUNCTIONAL  
RESEARCH CO. Australia

**SMOLKO**

**MORELU**  
ORTODONCIA



En Buenos Aires  
Junín 967 (C1113 AAC)  
Tel. / Fax: (54-11) 4963-8501  
e-mail: [info@ortotek.com.ar](mailto:info@ortotek.com.ar)  
[www.ortotek.com.ar](http://www.ortotek.com.ar)



Mar del Plata:  
[mdp@ortotek.com.ar](mailto:mdp@ortotek.com.ar)  
Mendoza:  
[mendoza@ortotek.com.ar](mailto:mendoza@ortotek.com.ar)  
Rosario:  
[rosario@ortotek.com.ar](mailto:rosario@ortotek.com.ar)

# Nuevas tecnologías que facilitan el tratamiento ortodóncico

\*Dra. Alicia Rivas \* Dra. Paula Doti

## Resumen

La tomografía axial computada está introduciéndose en la actualidad como una modalidad cotidiana. La exposición a la radiación y el costo han decrecido significativamente, siendo su valor diagnóstico muy alto en comparación con la radiografía tradicional. Los avances en los software y hardware permiten que se despliegue la información en nuestras computadoras personales, con la posibilidad de elegir selectivamente la vista de los tejidos duros y blandos desde cualquier ángulo, pudiendo agregar transparencias, color y realizar estudios de densidad, mediciones lineales y volumétricas. Sumamos a estas ventajas la posibilidad de visualizar las imágenes en tres dimensiones.

## Palabras clave

diagnóstico - imágenes 3D - tomografía - dientes retenidos - caninos retenidos - supernumerarios

## Summary

Computed tomography is entering the Orthodontic specialty as a diagnostic modality. Radiation exposure and cost have decreased significantly and the diagnostic value is very high compared with traditional radiographic options. Advances in computer hardware and software have made it possible to manipulate such data in our personal computers with the ability to select soft or hard tissues views from any angle, add transparency and color, make density studies and take measures. 3 Dimensional images obtained can add more advantages to these technologies.

## Key Words

homogrepy - diagnosis

## Existen 2 tipos de TAC, la Standard y la helicoidal o volumétrica.

El Tomógrafo axial computado Standard realiza un corte, se detiene para refrigerar el tubo y luego realiza el corte siguiente. El inconveniente que presenta es que al tener que realizar aproximadamente entre 40 y 50 cortes para el estudio de un maxilar, el tiempo de obtención de las imágenes es de 15 min. En el mejor de los casos. Tiempo durante el cual el paciente debe estar inmóvil. En realidad, se hace difícil lograr la inmovilidad por lo que las imágenes suelen ser movidas. (Fig.1)



Fig.1 Tomografía Axial Computada Standard.



Fig. 2 Tomografía Axial Computada Helicoidal o Volumétrica

En cambio, en la tomografía axial computada helicoidal o volumétrica el tomógrafo realiza la toma de información sin detenerse y adquiere la misma en volumen, lo cual hace que para obtener la misma información del caso anterior nos lleve 15 seg. (Fig 2).

Las imágenes que obtenemos a partir de un tomógrafo son:

- axiales
- panorex
- para-axiales. (Fig 3)

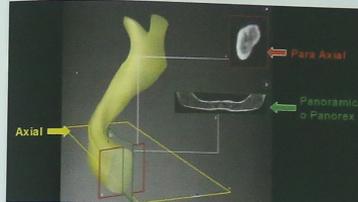


Fig. 3. Nomenclatura de cortes tomográficos. (Imágenes cedidas por el Dr. Oscar Ranalli)

## a) Imágenes axiales:

Son las denominadas imágenes puras, pues son las imágenes obtenidas por el tomógrafo que luego son procesadas con distintos software para obtener las demás imágenes.

Las imágenes axiales pueden ser tomadas a distintas alturas.

Según el nivel al cual se efectúe el corte se pueden observar distintas estructuras anatómicas dependiendo de la patología que se quiera estudiar. (Fig 4).

En la actualidad tenemos la posibilidad de realizar cortes axiales cada 0.2 mm entre corte y corte.



Fig. 4 Cortes axiales realizados a distintas alturas según la ubicación de la estructura anatómica a estudiar. (Imágenes cedidas por el Dr. Oscar Ranalli)

b) Imágenes panorex: Se obtienen a partir del reformateo de las imágenes axiales. Son cortes de 1 mm de espesor que siguen la forma del arco dentario a estudiar. Como vemos son imágenes similares a una Rx. Panorámica pero efectuadas a distintos niveles de profundidad.

Concluimos hasta ahora que las imágenes vistas dentro de

la TAC son similares a las descritas dentro de las uniplanares. Es decir, las axiales se asemejan a las oclusales y las coronales o panorex a las panorámicas. Por supuesto, dándonos las TAC mayor definición en cuanto a la posibilidad de ubicar el corte a distintos niveles de profundidad. (Fig. 5)

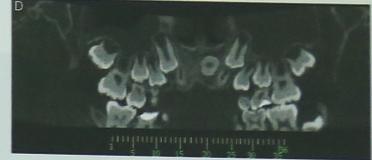


Fig.5. Imagen Panorex.

d) Por último, contamos con las imágenes para-axiales: también se obtienen por reformateo de imágenes axiales. Son verdaderas rodajas del maxilar a estudiar, cuyos cortes se pueden realizar desde 1 mm de espesor. En la mayoría de los estudios tomográficos, estos cortes se realizan cada 2 mm.

De todas las imágenes obtenidas hasta ahora, éste es el único método de diagnóstico que nos permite visualizar el maxilar en cortes transversales y paralelos entre sí (Fig 6).

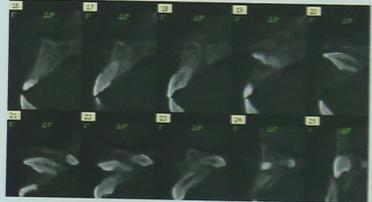


Fig. 6 Cortes para-axiales.

Si el tomógrafo toma 360 imágenes, 1 por grado, se obtiene una imagen en volumen del maxilar, a eso llamamos imágenes tridimensionales.

Esto nos permite realizar cortes en distintos sentidos del espacio. También nos brinda la posibilidad de ver el maxilar en forma tridimensional desde cualquier ángulo que necesitemos.

Con la imagen tridimensional del maxilar podemos acceder al interior del mismo de la misma forma que lo haríamos quirúrgicamente, es decir, eliminando el tejido blando y el hueso en caso de querer abordar el retenido. (Fig7)

Los parámetros que se pueden manejar, en el momento de

\* Miembros del cuerpo docente de la "Carrera de especialización en Ortodoncia" del Ateneo Argentino de Odontología, Universidad de Favaloro. Recibido para su publicación: 28-07-06

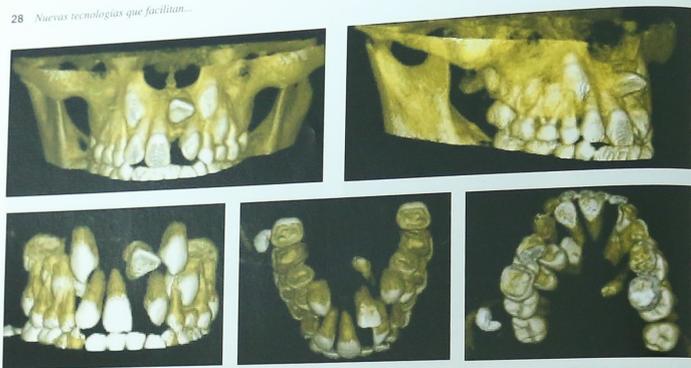


Fig 7. Imágenes 3D. Modificando el patrón de la densidad, se accede al interior del maxilar eliminando tejidos blandos y duros, llegando a visualizar solo tejido dentario.

estudiar las imágenes 3D son dos: la angulación y la densidad.

La angulación se varía en sentido vertical y en sentido horizontal.

La densidad ósea se modifica aumentándola o disminuyéndola, variando en cada paciente de acuerdo al tipo de hueso.

A medida que se modifica este parámetro, ingresamos al interior del hueso, eliminando inicialmente tejidos blandos y luego tejido óseo, simulando un acto quirúrgico.

Las imágenes 3D amplían sustancialmente nuestro campo diagnóstico. Algunos ejemplos de su potencial uso son:

a) Estudio del hueso alveolar: el hueso alveolar puede ser estudiado en todos los sentidos, no solamente el mesio-distal. Esto permite conocer el ancho del hueso para movimientos bucolinguales y evaluar fenestraciones y dehiscencias en las superficies vestibulares y linguales. Es útil también para evaluar el espacio disponible en el hueso para la colocación de implantes.

b) Inclinación radicular y torque: la evaluación tridimensional de la inclinación axial de las raíces, proveen información complementaria a la obtenida en los modelos.

c) Ubicación exacta de la pieza dentaria impactada: con respecto a su relación con las piezas vecinas y otras estructuras anatómicas como el conducto dentario inferior. Esto permite que el acto quirúrgico y posterior movimiento dentario sea planeado de antemano.

d) Reabsorciones radiculares

e) Relación de los tejidos blandos: la longitud del labio es generalmente estudiada en la telerradiografías, pero el ancho bucal, el grosor, o su prominencia, son variables que pueden estudiarse en relación con la amplitud del arco dentario y la estética.

f) Tamaño y posición lingual: para el estudio de mordidas abiertas y discrepancias transversales.

g) Estudio de las vías aéreas: el estudio del volumen de las mismas puede ser de utilidad en pacientes con respiración bucal, hipertrofias adenoideas o apneas de sueño.

h) Estudio de la ATM: morfología y posición tanto en sentido antero-posterior como lateral.

i) Pacientes quirúrgicos: especialmente en pacientes con asimetrías, donde las dimensiones pueden ser evaluadas sin los inconvenientes de la magnificación o distorsión que se veían con otros métodos diagnósticos.

Puede haber otros usos complementarios en el futuro para el uso de las imágenes 3D en ortodoncia.

Esta tecnología es nueva en nuestro campo, y no estamos acostumbrados aún a usarla como una herramienta de uso diario. Esto implica un proceso de adaptación a los nuevos conocimientos tecnológicos.

Los programas que se utilizan actualmente son el CompuDent Navigator y el Simplant, entre otros.

Estos programas nos permiten realizar los cortes en forma personalizada. Es decir, partiendo de una imagen axial cuya altura elegimos previamente (Fig 8 A) según la ubicación de la estructura que queremos estudiar.

Luego realizamos las marcaciones sobre la misma, que representan puntos de interés para nuestra futura imagen panoréx (Fig 8 B).

De esta manera, se despliega en la pantalla la imagen panoréx determinada previamente por el profesional (Fig 8 C).

Sobre la imagen axial, se marcan 2 puntos que delimitan la zona a estudiar (Fig 8 D). Así entonces, aparecerán en

la pantalla todos los cortes transaxiales o para-axiales, incluidos en la zona elegida (Fig 8 E).

El corte para-axial puede ser estudiado en forma individual, ya sea a través de mediciones, implementando el color o analizando las distintas densidades. Además, permite calcular el volumen de material necesario para rellenos de defectos óseos o de seno maxilar.



Fig. 8 A: Corte Axial. B: trazo de panorámica. C: Corte Panorex. D: Trazo de cortes Para-Axiales. E: Cortes Para axiales.

Estas imágenes muestran la posibilidad de realizar cortes frontales, completando así el estudio del maxilar.

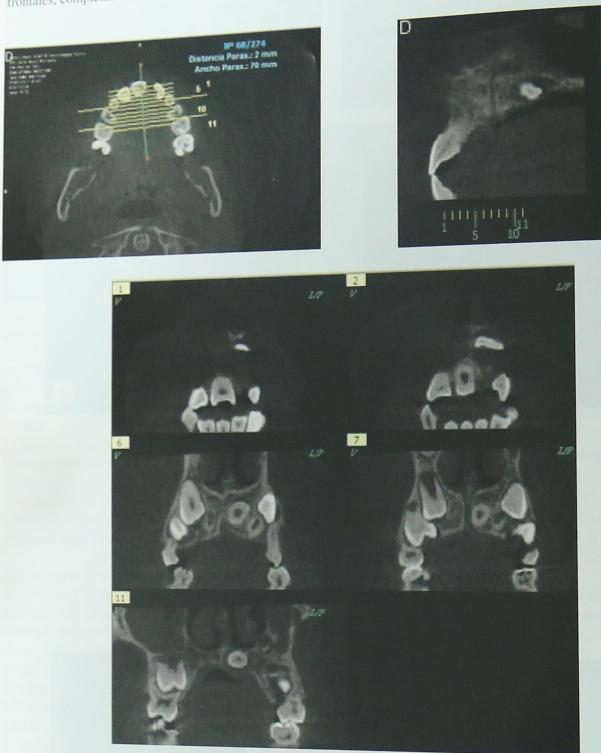


Fig 9: Imagen axial y cortes frontales.1

#### BIBLIOGRAFIA

- 1- From 2-dimensional cephalograms to 3 dimensional computed tomography scans. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2005; 127 (5): 627-37
- 2- Bechelli, Alberto Horacio. "Carga inmediata en implantología oral". Buenos Aires : Providence, 2003
- 3- Ranalli, Oscar A. "La implantología del tercer milenio". Buenos Aires: el Autor, 2002.

**MAYOR PODER  
ANALGÉSICO Y  
ANTIINFLAMATORIO**

# Rápida Acción Actron® 600 Ibuprofeno

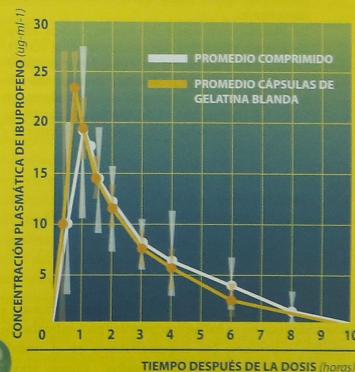
## Eficacia en dolores Intensos.

- Una revisión sistemática de estudios randomizados, doble ciego, dosis única, controlados con placebo, demostró que Ibuprofeno 600 mg es un analgésico eficaz, con un NNT de 2.4. (1) (2)
- Los mejores analgésicos poseen NNTs de aproximadamente 2-3. (1)

**NNT:** Número de personas que necesitan tratarse para conseguir alivio del dolor del 50% en un plazo de 4-6 hs, en pacientes con dolor postoperatorio moderado o intenso.

1. Wiffen P. An evidence base for WHO 'essential analgesics'. Rev Soc Esp Dolor 2001;8:212-216. | 2. Collins S.L., Moore R.A., McQuay H.J., Wiffen P.J., Edwards J.E. Single dose oral ibuprofen and diclofenac for postoperative pain. The Cochrane Database of Systematic Reviews 2005 Issue 3.

➤ **Rápida Acción**  
gracias a sus **Cápsulas**  
de **Gelatina Blanda**



**TE LIBERA DEL DOLOR RAPIDAMENTE**

Venta Bajo Receta

Para más información llame al 0800-888-8020



Si es Bayer, es bueno

Fuente: Patel MS; Morton FSS; Seager H. "Advances in Softgel Formulation Technology", Manuf Chem; 60; Nº: 7; 26-28; 1989.

# Enseñanza de la Lectura y Escritura en la Formación de Odontólogos

\*Dr. Rolando Pablo Juárez

"Este trabajo forma parte del Trabajo Final presentado ante la Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO, Sede Argentina) para optar al Título de Diplomado Superior en Lectura, Escritura y Educación"

## Resumen

En toda la Argentina, la preocupación está creciendo entre los educadores por el número de estudiantes universitarios que no leen y no escriben bien. Sin embargo, la alfabetización académica es más que el desarrollo del vocabulario. Actualmente, la universidad prepara a los estudiantes para que sean expertos en el campo de estudio de su elección, así como para pensar críticamente y expresar sus ideas claramente en una forma apropiada.

Este estudio analiza la instrucción académica para las facultades de odontología. En vista del hecho de que la alfabetización en ciencia es diferente de la alfabetización en español, es necesario que los estudiantes adquieran capacidades y habilidades relacionadas con el discurso disciplinar específico. Utilizarán el lenguaje para adquirir y para interpretar la información, y para construir su conocimiento disciplinario.

La alfabetización académica es una práctica activa, dinámica e interactiva que ocurre dentro de contextos sociales y culturales de instituciones académicas. Por lo tanto, los profesores universitarios tendrían que utilizar estrategias alfabetizadoras en todos los contenidos de las disciplinas científicas como un componente de los objetivos educativos y de la evaluación.

## Palabras clave

Instrucción académica, ciencia, odontología.

## INTRODUCCIÓN

La realidad cotidiana en las aulas universitarias muestra a educandos que no se hallan competentes para enfrentar los estudios superiores. No son analfabetos en el sentido absoluto de la palabra, son "iletrados". Poseen graves problemas en la comprensión lectora y producción de textos.<sup>1</sup>

Cada nivel educativo reprocha al precedente que los alum-

## Summary

Throughout the Argentine, concern is growing among educators about the numbers of university students who do not read and write well. However, academic literacy is more than vocabulary development. Presently, university trains students to become experts in your chosen field of study, as well as to think critically and to express their ideas clearly in an appropriate form.

This study analyse the academic literacy for faculties of dentistry. In view of the fact that literacy in Science is different from literacy in Spanish, it is necessary for students to acquire competences and skills related to discipline-specific discourse. They will use language to acquire and interpret information, and to construct their disciplinary knowledge.

Academic literacy is an active, dynamic and interactive practice that occurs within the social and cultural contexts of academic institutions. Therefore, university teachers would have to use literacy strategies in all contents of scientific disciplines as a component of the educational objectives and evaluation.

## Key Words

Academic literacy, science, dentistry.

nos que reciben "no saben leer y escribir". Al respecto, en la universidad, es corriente escuchar comentarios realizados por docentes de campos disciplinares diversos, como por ejemplo: "los estudiantes deberían llegar al nivel superior sabiendo leer y escribir mejor". En esa expresión subyace cierto supuesto acerca de que las destrezas del alumno-lector-escritor formarían parte de un proceso cerrado y acabado en los niveles de enseñanza previos.<sup>2</sup>

Los medios masivos de comunicación intervienen en forma activa sobre esas ideas regulativas en el imaginario colectivo. Artículos periodísticos publicados cercanos a los exámenes de ingreso a las universidades, toman como cuestión central el tema del bajo nivel de conocimientos de los alumnos, la comprensión lectora y la ortografía. El punto en común de estas formulaciones mediáticas parecería radicar en una suerte de culpabilización de la escuela por la presencia constante y acrecentada de ciertos problemas en los procesos de lectura y de escritura de adolescentes y jóvenes.<sup>3</sup>

Entonces, cabe aclararnos: ¿a la universidad le incumbe la enseñanza-aprendizaje de la lectura y la escritura?

Como una actitud problematizadora, me interesa dar cuenta de algunas particularidades que van asumiendo las prácticas de lectura y escritura en la universidad, específicamente en la formación de odontólogos, dada mi experiencia concreta como docente en esa disciplina científica.

En esta comunidad específica de lectores, en tanto comunidad científica y textual, predomina un marcado "interés técnico-instrumental", que según el pensador alemán Jürgen Habermas, orienta las ciencias empírico-analíticas a la utilización técnica del saber produciendo técnicos altamente entrenados pero subeducados.<sup>4</sup>

Al respecto, podemos indagarnos: qué significa leer y escribir en una Facultad de Odontología?, ¿en qué sentido leer y escribir en la Facultad de Odontología es diferente de leer y escribir en otros ámbitos?.

## Alfabetización Académica

La adquisición de la lectura y escritura no termina al ingresar a la universidad, es un proceso permanente. La diversidad de temas, clases de textos, propósitos, reflexión implicada y contextos en los que se lee y escribe, exigen constantemente al estudiante universitario continuar aprendiendo a leer y a escribir.<sup>5</sup>

La investigadora argentina Paula Carlino, ha sido quien más ha estudiado sobre la lectura y la escritura en la educación superior, en los países de habla hispana. Define la "alfabetización académica, terciaria o superior" como el conjunto de nociones y estrategias necesarias para participar en la cultura discursiva de las disciplinas así como en las actividades de producción y análisis de textos requeridos para aprender en la universidad.<sup>6</sup>

La cultura académica es compleja, la especialización de cada campo de estudios ha llevado a que los esquemas de pensamiento, que adquieren forma a través de lo escrito, sean distintos de un dominio a otro. Es decir, la lectura y

la escritura no son técnicas separadas e independientes del aprendizaje de cada disciplina. Las exigencias discursivas se aprenden en ocasión de enfrentar las tareas de producción y consulta de textos propias de cada asignatura.<sup>7</sup>

Aprender a hablar ciencia es un proceso similar al del aprendizaje de cualquier lengua extranjera. Inclusive, se ha demostrado que normalmente se aprenden más palabras nuevas en una clase de Biología de Secundaria que en una de Inglés del mismo curso. Pero en el estudio de una lengua no sólo es necesario conocer su vocabulario, sino sobre todo sus estructuras lingüísticas. Generalmente el aprendizaje de las mismas resulta más difícil, pero hay que tener en cuenta que éstas son precisamente las reglas del juego que posibilitarán la comunicación, es decir, que nos entiendan cuando hablemos una determinada lengua.

Y cada forma cultural (poesía, pintura, música, ciencia) ha creado su propio lenguaje para expresar sus "creaciones"<sup>8</sup> La comunidad científica comparte un conjunto de principios, acuerdos básicos epistemológicos, ontológicos y gnoseológicos, que no es necesario explicitar cuando se escribe. Como el escritor está inmerso en una discusión y un debate compartidos, no necesita poner de manifiesto sus ideas más allá de lo imprescindible dentro de su comunidad.<sup>9</sup>

Las dificultades de los estudiantes universitarios para entender lo que leen se deben a que se enfrentan por primera vez con textos que no están dirigidos a ellos sino a los académicos. Estos textos dan por supuestos muchos saberes que los alumnos no disponen: por ejemplo, hacen referencia a las posturas de otros autores sin explicarlas.<sup>6</sup>

"Leer" un texto que trate sobre un tema científico no se parece ni en el fondo ni en la forma a lo que supone leer acerca de temas informativos, históricos, narrativos. Las dificultades radican en: 1) los *códigos de lenguaje y expresión escrita* en los textos de divulgación, los académicos o los técnicos utilizan a menudo vocabulario diferente (específico) con polisemia de las palabras, esquemas, dibujos, modelos gráficas y símbolos, que se salen del ambiente cotidiano y hay que saberlos situar en su contexto y comprender el sentido que tienen y la información que dan; 2) *epistemología diferente*: en el ámbito de la enseñanza/aprendizaje de las ciencias, se requiere del alumnado una forma de pensar distinta a las que estamos acostumbrados en la vida cotidiana y en los ámbitos académicos de otras asignaturas: si bien tenemos en común muchas destrezas intelectuales como la observación, la asociación de ideas y la inferencia; 3) *contexto diferente*: el contexto que marcan los conocimientos, procedimientos y actitudes de la ciencia es bastante diferente

\* Profesor Adjunto de la Cátedra de Fisiología Humana de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional del Nordeste (UNNE).  
 † Jefe de la División de Docencia e Investigación del Hospital Central de Odontología, Ministerio de Salud Pública, Provincia del Chaco.  
 Recibido para su publicación: 01-03-07

34 Enseñanza de la Lectura y Escritura...

a los que marcan otros ámbitos de conocimiento y mucho más si hablamos del ámbito de la vida cotidiana profesional y personal.<sup>10</sup>

En las instituciones de educación superior argentinas, salvo por la implementación de algunos talleres de escritura introductorios y de los esfuerzos de ciertas materias vinculadas con la educación, son escasas las cátedras que asumen la necesidad de alfabetizar académicamente. La mayoría de ellas, utilizan la escritura como un medio de registro o comunicación en situaciones de evaluación de lo ya aprendido.<sup>11</sup>

En otros países, las universidades colocan la alfabetización académica en el centro de la formación que imparten, produciendo graduados que son pensadores críticos, analíticos y reflexivos.<sup>12-13</sup> Capacitados para construir sus conocimientos, motivados por: 1) el interés práctico, que parte de la comprensión intersubjetiva entre los seres humanos y fundamenta las ciencias históricas-hermenéuticas centradas en criterios interpretativos; 2) el interés emancipador, que fundamenta las ciencias sociales y filosóficas, centradas en criterios de verdad emancipadores.<sup>14</sup>

El alumno debe retroalimentar lo escrito para seguir aprendiendo, valiéndose de su potencial cognitivo, que permite desarrollar, revisar y transformar el propio conocimiento. Como sostiene el pedagogo francés Henry Giroux, una pedagogía de la escritura debería considerar la práctica "en su doble vertiente de proceso disciplinario y de epistemología capaz de enseñar a estudiantes a pensar crítica y racionalmente sobre una materia".<sup>15</sup>

En definitiva, muchas casas de altos estudios, se plantean la acción comunicativa entre sujetos capaces de lenguaje y acción como una meta de la sociedad, donde los sujetos sean autorreflexivos y puedan abstraerse de la acción estratégica de la racionalidad instrumental (poder-manipulación), todo ello, con la puesta en práctica de la racionalidad comunicativa, basada en la interacción, comprensión y el entendimiento para la búsqueda del consenso.<sup>14</sup>

**Competencias de Comprensión y Producción de Textos Científicos**

El hecho de "leer" se interpreta de muchas maneras. Una de ellas puede ser que "leer es simplemente descifrar el código", eso significa que todo está en el texto y que éste contiene la información necesaria para que lo entienda quien lo lee. En esta perspectiva positivista, leer es acceder al objeto (el texto).<sup>16</sup>

Pero, es necesario comprender la práctica de lectura como proceso de búsqueda de significado, "leer es comprender". Este enfoque, que surge básicamente con el avance de las investigaciones de la psicolingüística y de la psicología cognoscitiva, sostiene una concepción de la lectura como un proceso "transactivo" en el que interactúan el pensamiento y el lenguaje. Desde un paradigma filosófico, concretamente fenomenológico-hermenéutico, el sujeto que conoce y lo conocido cambian durante el conocimiento, se produce una construcción interpretativa.<sup>17-18</sup>

El filósofo español Jorge Larrosa propone pensar la lectura como formación y la formación como lectura. En el primer caso se trata de pensar la lectura como formación en tanto nos transforma como sujetos y nos pone en cuestión; problematizando lo evidente y volviendo ilegible lo legible. En el segundo caso, pensar la formación como lectura implica pensarla como una relación de producción de sentido.<sup>19</sup>

Los docentes suponemos que leer es encontrar en el texto la información que pareciera ofrecer, pero desconocemos que esa información sólo está disponible y puede ser apreciada por quienes disponen de ciertos marcos cognoscitivos que los alumnos aún no han elaborado.<sup>5</sup>

Las habilidades cognitivas del estudiante (analizar, comparar, clasificar, identificar, ordenar, formalizar, hipotetizar, interpretar, inferir, deducir, relacionar, transferir, organizar, jerarquizar, valorar, ajustar...), en el momento de intentar comprender un texto o producirlo posibilitan o se concretan en actividades cognitivas-lingüísticas (describir, definir, resumir, explicar, justificar, argumentar, demostrar...), que influyen en la construcción de conocimientos científicos (conceptos, modelos, teorías, técnicas, procesos, métodos, valores, actitudes...). A su vez los conocimientos científicos influyen en el desarrollo de las habilidades cognitivo-lingüísticas que desarrollan las habilidades cognitivas.<sup>8</sup>

La articulación entre lectura y escritura está sufriendo un desplazamiento. Se está empezando a descubrir que escribir es un medio para aprender a leer, y que una de las mejores maneras de formar a un alumno para la lectura, es un dominio que no conoce muy bien, es enseñarle los códigos y las reglas de juego de ese dominio.<sup>20</sup>

Cuando los alumnos estudian los contenidos de las diferentes áreas o asignaturas no sólo están aprendiendo nuevos conceptos, sino también nuevas formas del lenguaje, nuevos tipos y géneros discursivos adecuados a esos conceptos. Los géneros denominados "conceptuales" (reseñas de lectura, informes bibliográficos, monografías, entre otros) no suelen ser objeto explícito de enseñanza,

pero sí son exigidos en numerosas tareas de escritura.<sup>21</sup> Escribir no es volcar ideas sobre el papel. Las estrategias que necesita manejar cualquier escritor experto o maduro, son: 1) tener en cuenta la situación comunicativa en la que se inscribe el texto y considerar el problema retórico, que comprende la consideración del destinatario, del tema y de los propósitos que se persiguen con un escrito; 2) conocimiento de los géneros discursivos y las tipologías textuales; 3) interpretar la escritura como un conjunto de procesos recursivos que organiza el escritor con determinado propósito: los procesos de la planificación, la puesta en texto o textualización y la revisión; 4) concebir la escritura como "espacio de exploración, búsqueda y descubrimiento en el camino hacia el conocimiento".<sup>22-23</sup> La lingüista Linda Flower y el psicólogo John Hayes, de la Carnegie-Mellon University (Pensilvania, Estados Unidos), explican los procesos redaccionales desde la psicología cognitiva y desarrollan la *Teoría de la redacción como proceso cognitivo* (1981): "la acción de redactar es un conjunto de procesos intelectuales organizados y orquestados por el escritor; esos procesos tienen cierta jerarquía; el acto de componer está conducido por objetivos, de distinto nivel, del escritor (objetivos de alto nivel y otros subordinados a estos), que se van reformulando y relacionando durante el proceso y constituyen una especie de red cada vez más amplia".<sup>24</sup>

En la estructura del proceso de escritura Flower y Hayes distinguen la planificación, la textualización y la revisión, reguladas por un monitor y encuadradas por el contexto de producción. En éste se considera tanto la situación retórica como el texto ya escrito y, obviamente, al escritor, del cual se tiene en cuenta especialmente en su memoria a largo plazo los saberes sobre el tema del escrito y sobre el universo del discurso.

Flower y Hayes sostienen que "se escribe", en realidad, desde que la demanda subjetiva o externa de escribir comienza a instalarse en la mente un tema, idea, o conglomerado aún confuso. Y así como la escritura comienza antes del primer trazo o de teclear las primeras letras, también continúa en las sucesivas lecturas y cambios finales, los cuales son limitados de un modo inconcebible cuando se los denomina "correcciones" siendo, como son muchas veces, lo más rico en la producción de sentido que el proceso ha ido construyendo.<sup>25</sup>

Una línea de investigación particularmente prolífica en los últimos años en el campo de la psicología cognitiva es la que compara el desempeño de expertos y novatos en la resolución de tareas que se definen como problemas. Los psicólogos canadienses Marlene Scardamalia y Carl

Bereiter, en un artículo titulado "Dos modelos explicativos de los procesos de composición" (1982), sostienen que los escritores maduros transforman su conocimiento acerca del tema sobre el que escriben a partir de la representación retórica de la tarea de escritura. Las objeciones que el escritor se plantea a partir del estado del conocimiento en el campo específico lo llevan a expandir lo escrito con notas y citas a través de las cuales "hace hablar a otros" en su propio texto. En este proceso de reformulación, el escritor aprende o descubre nuevas asociaciones entre conocimientos que estaban archivados en su memoria, genera ideas nuevas. Se trata, por lo tanto, de un proceso de descubrimiento desencadenado por la representación retórica de la tarea de escritura y por la misma actividad de escribir.

A diferencia de los escritores maduros o expertos, los escritores inmaduros rara vez elaboran una representación retórica de la tarea de escritura; es decir, escribir no constituye para ellos un problema retórico: la adecuación al género y al destinatario no suelen estar dentro de sus preocupaciones. Por esa razón, se limitan a decir por escrito lo que saben, "repite el conocimiento" que tienen archivado en la memoria en relación con el tema, y lo hacen en las formas conocidas o familiares. Para estos escritores, escribir es "decir el conocimiento", decir lo que ya se sabe. La estrategia de "decir el conocimiento" elimina lo problemático de una tarea de escritura, es decir, no es capaz de reformular el escrito.<sup>26</sup>

Desde una perspectiva social, la mayoría de las investigaciones coinciden en que, para que la escritura constituya una herramienta cultural, es requisito que existan instituciones y prácticas que propicien el intercambio de textos elaborados, lo que Mijail Bajtin (lingüista ruso) denomina "géneros secundarios", géneros escritos, que corresponden a situaciones comunicativas complejas, en las que los intercambios son formales y, en buena medida, mediados (novelas, dramas, investigaciones científicas de toda clase, grandes géneros periodísticos). Estos géneros demandan, para su composición y también para su recepción, habilidades y estrategias maduras de lectura y escritura, cuya adquisición y desarrollo exigen un entrenamiento sistemático y especializado. Este entrenamiento debería comenzar en la escuela secundaria y continuar en el nivel superior, que es la etapa en que los jóvenes están en condiciones óptimas, desde el punto de vista de su desarrollo intelectual y de su motivación, para encarar la lectura y la escritura de textos complejos.<sup>27-28</sup>

Uno de los aspectos más controvertidos de la escritura son la revisión y la corrección, reparación o reescritura de los

textos producidos. En la manera tradicional de enseñar a escribir, "el alumno asume muy poca responsabilidad en el proceso global de trabajo", porque es el docente quien gestiona lo que escribe, cuándo y cómo lo hace; por lo tanto, en esta interacción, el alumno no aprende a corregir sus escritos y establece una relación de dependencia con un docente "corrector", al mismo tiempo que el docente se sobrecarga de una tarea que, en general, no le resulta productiva ni a él ni al alumno.<sup>29</sup>

El texto, tal como lo confirman los estudios sobre los procesos de escritura y lo reafirma el uso de procesadores, es móvil. Entonces será necesario intervenir tanto en las instancias de planificación, como en las de textualización y en las de revisión y reescritura, ayudando a delimitar el problema. Los alumnos aprenden a escribir mejor, si se interviene en las primeras versiones o borradores de los textos mucho más que si se interviene sobre una versión "definitiva" o final. Las mediaciones del docente orientan la atención hacia los aspectos del problema que no han sido tomados en cuenta por los alumnos, y constituyen, a su vez, un modelo que estos podrán incorporar en futuras producciones.<sup>30</sup>

Otro aspecto de suma importancia en el proceso de la escritura es la socialización de los textos producidos, pues aporta la perspectiva de los pares y favorece el cotejo de distintas resoluciones y la puesta en común de las estrategias que dieron lugar a esa diversidad. Se aprende, así, que no hay un solo camino para resolver una consigna o un problema de escritura, y también se aprende que, dentro de la diversidad, hay opciones más eficaces que otras.<sup>26</sup>

### Reflexiones Finales

Para terminar, me interesa reflexionar acerca del lugar que ocupa la lectura y escritura en las planificaciones docentes y el tiempo real que le dedicamos en la Facultad de Odontología. Sin duda, en las distintas áreas desarrollamos múltiples contenidos que luego evaluamos en forma oral y escrita. ¿Pueden los alumnos leer y escribir sobre los contenidos que enseñamos sin que medie el aprendizaje de la lectoescritura?, ¿es viable apartar ambos aprendizajes?. Preguntas como éstas deben interpelar constantemente el campo de nuestras intervenciones docentes.

Los docentes tenemos que pensarlos como transmisores de la cultura escrita, no como simples traductores del conocimiento o la escritura académica. Para compensar las diferencias educativas de los alumnos que ingresan a

la Facultad con capitales culturales y educativos muy distintos, debemos actuar como iniciadores o mediadores, según se trate de estudiantes novatos u expertos en el área de la lectoescritura.

Graciela Montes (profesora de literatura y escritora argentina) afirma, no es cuestión de "dar de leer" como quien da de comer en boca, sino más bien de habilitar la lectura, habilitar la perplejidad, el deseo, el desequilibrio, la búsqueda de indicios y la construcción de sentido.<sup>31</sup>

Según Michèle Petit (antropóloga francesa, investigadora de la lectura), "el mediador es una persona que abre espacios para la lectura y la escritura, donde el deseo de hacerlo y cierta libertad tienen un lugar, donde no todo se reduce a necesidades, expectativas u objetivos que son, por cierto, cosas bastante diferentes al deseo de hacer algo".<sup>32</sup>

En este trabajo se han mencionado varios estudios que sostienen que la universidad es un lugar en donde se enseña a leer y escribir. Sin embargo, el lenguaje tradicional en la formación universitaria argentina está estancado porque se inspira en el discurso de la psicología del aprendizaje conductivista, preocupándose más por aprender un determinado cuerpo de conocimientos.

Pilar Benejam (doctora en pedagogía de origen español) afirma que "la ciencia se elabora mediante signos, es decir mediante el lenguaje, si la ciencia se interpreta, cuando miramos el mundo lo interpretamos a través del lenguaje y lo comunicamos a través del lenguaje; si desarrollamos determinados tipos de discurso, es decir, de lenguajes (descripción, explicación, justificación y argumentación), preparamos a nuestros alumnos con capacidades psicolingüísticas".<sup>33</sup>

Por su parte, Jean Hébrard (historiador francés) sostiene que "cada profesor en su materia tiene que preparar al alumno para que se transforme en un buen lector en esa materia. También tiene que ser capaz de transmitirles a los alumnos el código específico de la disciplina y las técnicas de apropiación de la misma".<sup>20</sup>

Michael Stubbs (investigador lingüístico inglés) asevera que "todo profesor es profesor de lengua" y que "toda lección es una lección de lengua".<sup>34</sup> Es decir, un profesor de cualquier materia tiene que enseñar la terminología correcta, el empleo de diversos tipos de diccionarios, las prácticas de lectura intensiva y extensiva, los códigos que intervienen en la comunicación escrita (sociocultural, ideológico, retórico y lingüístico), las etapas recursivas de la escritura (planificación, puesta en texto y revisión), escritura de textos académicos (monografías, informes de lectura o de investigación, tesis doctoral), la retórica del

ensayo. Asimismo, el educador, para trabajar los diversos conocimientos implicados en la lectura y escritura deberá recurrir a diversas situaciones didácticas (lectura y escritura: compartida, guiada, independiente).

Enseñar a leer y escribir da mucho trabajo y supone una construcción. Una propuesta facilitista sería organizar talleres de lectura o de escritura básica para los alumnos de las Facultades de Odontología o utilizar cuestionarios de "multiple-choice" en los exámenes, reduciendo la evaluación a una simple acreditación social. Cabe aclararnos: ¿los educadores consiguen comprender que la lectura y escritura es un medio para adquirir conocimientos?, ¿los docentes están capacitados y motivados para alfabetizar académicamente?.

De acuerdo a lo expuesto, serán indispensables cursos de lectoescritura en la formación del docente. Pero además e indiscutiblemente, el profesor debe tener una actitud de cambio para ser capaz de transformar la realidad de su labor cotidiana, comprendiendo que: 1) el elemento más importante en el proceso educativo no es la ciencia que se trata de impartir, sino la relación entre el profesor, el alumno y la disciplina científica; 2) el conocimiento no es neutral, el conocimiento no es seguro, el conocimiento es una interpretación de la realidad; 3) el conocimiento cambia con el tiempo porque es un producto social y humano; 4) el conocimiento es conocimiento cuando realmente es significativo; 5) el proceso de enseñar/aprender está relacionado directamente con la expresión oral y escrita; 6) la lectura y la escritura tienen un valor epistémico, pues inciden sobre el pensamiento y la transformación del conocimiento.

Estamos en sociedades muy heterogéneas, en las que los individuos son cada vez más el producto de múltiples socializaciones, con maneras de ver, de sentir, de actuar que son desiguales e incluso contradictorias. Como los alumnos constituyen la principal razón de ser de nuestro trabajo académico y científico, Bernard Lahire nos recomienda ampliar la mirada, en términos de estrategia educativa, frente a estos individuos más complejos. El sociólogo francés alega que, "si los docentes no son capaces de percibir estas modalidades múltiples, terminan descartando disposiciones y habilidades que impulsan un aprendizaje de mayor calidad".<sup>35</sup>

En definitiva, las distintas Facultades de Odontología del país necesitan docentes que puedan articular teoría-práctica, aplicando cierta imaginación al plantear actividades de lectura y escritura a sus alumnos, para que logren reconstruir la información científica brindada en los textos de un determinado campo de estudio.

Recientemente, Ian McEwan reconoce la existencia de un canon científico, sosteniendo que, a diferencia del arte, la ciencia tiende a dejar en el olvido gran parte de su pasado. El escritor inglés propone establecer una tradición de textos científicos.<sup>36</sup> Al respecto, una propuesta pedagógica innovadora para las Facultades de Odontología, sería recomendar a los alumnos la lectura extensiva e independiente de un libro correspondiente al canon científico que tenga relación con nuestra asignatura, para luego realizar un ensayo utilizando el plan textual analítico, característico de los ensayos científicos.

Los docentes y autoridades deben definir conjuntamente ciertos criterios sobre la enseñanza-aprendizaje de la lectura y escritura, diseñando un proyecto de trabajo colectivo, donde se crucen estrategias y tácticas. Así, podrían encontrarse las respuestas serias que la sociedad demanda y espera respecto de nuestros futuros odontólogos.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Ferreiro E. (2001): Pasado y presente de los verbos "leer" y "escribir". Fondo de Cultura Económica, Filial Argentina.
2. Corrado RE, Eizaguirre MD. (2003): El profesor y las prácticas de lectura en el ámbito universitario. Ponencia en el Congreso Latinoamericano de Educación Superior en el Siglo XXI, realizado en San Luis, en septiembre de 2003.
3. Tedesco JC, Morduchowicz R. (2003): El papel de los medios de comunicación en la formación de la opinión pública en Educación. Instituto Internacional de Planeamiento de la Educación IIPE / UNESCO, Sede Regional Buenos Aires.
4. Habermas J. (1990): Conocimiento e interés. Taurus, Madrid.
5. Wilson P. (1986): What They Don't Know Will Hurt Them: The Role of Prior Knowledge in Comprehension. En J. Orasanu (Ed.), Reading Comprehension: from Research to Practice. Hillsdale NJ, Lawrence Erlbaum Associates.
6. Carliño P. (2003): Alfabetización académica: Un cambio necesario, algunas alternativas posibles. Educere, 6: 409-420.
7. Carliño P. (2002): "¿Quién debe ocuparse de enseñar a leer y a escribir en la universidad? Tutorías, simulacros de examen y síntesis de clases en las humanidades. Lectura y Vida. Revista latinoamericana de lectura, 23: 6-14.
8. Sanmarti N, Izquierdo M, García P. (1999): Hablar y escribir. Una condición necesaria para aprender ciencias. Cuadernos de Pedagogía, 281: 54-58.
9. Fernández G, Izuzquiza MV, Lavat L. (2002): ¿Enseñanza de prácticas de lectura en la universidad?. Ponencia presentada en el Tercer encuentro: La universidad como objeto de investigación. La Plata, 24 y 25 de octubre de 2002. Facultad de Humanidades y Ciencias de la Educación, UNLP.
10. Caballer Sanabre MJ. (2000): Aprender a leer Ciencias. Paper de la conferencia brindada en el marco del "Segundo Encuentro de Fortalecimiento Profesional de Capacitadores (áreas Lengua, Ciencias Sociales y Ciencias Naturales)", organizado por el Programa de

Gestión Curricular y capacitación del Ministerio de Educación de la Nación Argentina, en la localidad de Tanti, Provincia de Córdoba.

11. Carlino P. (2002): "Leer, escribir y aprender en la universidad: cómo lo hacen en Australia y por qué". Investigaciones en Psicología, Revista del Instituto de Investigaciones de la Facultad de Psicología de la Universidad de Buenos Aires, 2: 43-61.

12. Carlino P. (2003): «¿Quién enseña a leer y a escribir en la universidad? La perspectiva australiana». Textos. Revista de Didáctica de la Lengua y la Literatura, Barcelona, 32: 88-98.

13. Carlino P. (2005): Representaciones sobre la escritura y formas de enseñarla en universidades de América del Norte. Revista de Educación, 336: 143-168.

14. Delgado de Colmenares F. (2002): La educación contemporánea entre la racionalidad técnico-instrumental y la emancipación: un intento de aproximación a la obra de Jürgen Habermas. Acción Pedagógica, 11: 4-12.

15. Alvarado, Maite (1996): "La escritura en la escuela media. De la expresión a la producción", en Versiones N° 6, Programa "La UBA y los profesores", Secretaría de Extensión Universitaria de la Universidad de Buenos Aires.

16. Solé I. (1992): Estrategias de Lectura. Barcelona, Graó-ICE.

17. Goodman K. (1996): La lectura, la escritura y los textos escritos: una perspectiva transaccional sociopsicolingüística. En Revista Textos en contexto II. Buenos Aires, Lectura y Vida.

18. Lotito L. (2004): El lector en primer plano: enredarse en el texto y convertirse en otro. En: Clase N° 6. Alrededor de la pregunta "¿qué es leer?". Textos, lectores y prácticas de lectura. Curso de formación docente "Lectura, escritura y educación". Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO, Sede Argentina).

19. Larrosa J. (1996): La experiencia de la lectura. Estudios sobre literatura y formación. Barcelona, Laertes.

20. Hébrard J. (2000): Lectores autónomos, ciudadanos activos. Conferencia dada en el Ministerio de Educación de la Nación, Buenos Aires, año 2000.

21. Silvestri, Adriana (1998): En otras palabras. Buenos Aires, Cántaro.

22. Finocchio AM, Solari N. (2004): Escritura e intervención docente. En: Clase N° 5. Tácticas para escrituras móviles. Curso de formación docente "Lectura, escritura y educación". Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO, Sede Argentina).

23. Gaspar MP, Cortés M. (2005): Lo que se escribe (y lo que no se escribe, y lo que se podría escribir) en la escuela. En: Clase N° 9: La escritura en las distintas áreas curriculares (o de cómo escribir no es

volear ideas sobre el papel). Curso de formación docente "Lectura, escritura y educación". Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO, Sede Argentina).

24. Bas A, Klein J, Lotito L, Vernino T. (1999): Escribir: Apuntes sobre una práctica. Buenos Aires, EUDEBA.

25. Pampillo G. (2004): La escritura como proceso. En: Clase N° 4: Cinta de Möbius entre la oralidad y la escritura. Curso de formación docente "Lectura, escritura y educación". Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO, Sede Argentina).

26. Alvarado M. (2003): La resolución de problemas. Propuesta Educativa, 12: 51-54.

27. Alvarado M, Cortés M. (2001): La escritura en la Universidad. Repetir o transformar. Revista de didáctica de la lengua y la literatura, 1: 19-23.

28. Bajtín M. (2002): El problema de los géneros discursivos. En: Estética de la creación verbal. Buenos Aires, Siglo XXI editores.

29. Cassany D. (1995): La cocina de la escritura. Barcelona, Anagrama.

30. Cassany D. (2000): Reparar la escritura. Barcelona, Grao.

31. Montes G. (2001): Mover la historia: lectura, sentido y sociedad, conferencia dada en el Simposio de Lectura. Fundación Germán Sánchez Ruzpérez. Madrid, noviembre de 2001.

32. Brito A, Finocchio S. (2004): Pasadores de la cultura escrita. En: Clase N° 1: Abrir caminos entre la lectura, escritura y educación. Curso de formación docente "Lectura, escritura y educación". Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO, Sede Argentina).

33. Benajam P. (2000): La construcción del conocimiento social y las habilidades cognitivo-lingüísticas. Conferencia brindada en el marco del Segundo Encuentro de Fortalecimiento Profesional de Capacitadores (áreas Lengua, Ciencias Sociales y Ciencias Naturales), organizado por el Programa de Gestión Curricular y capacitación del Ministerio de Educación de la Nación Argentina, en la localidad de Tanti, Provincia de Córdoba, noviembre 2000.

34. Stubbs M. (1984): Lenguaje y escuela: análisis sociolingüístico de la enseñanza. Madrid, Cincel-Kapelusz.

35. Bernard Lahire (2006): En los sectores populares no se lee poco ni sin interés. Entrevista en: Diario Clarín, suplementos, zona, publicación del 30 de julio de 2006.

36. Ian McEwan (2006): El canon científico: en busca de una tradición. En: Diario La Nación, suplemento cultura, publicación del 21 de mayo de 2006.

## LABORATORIO "Del Ateneo"

Aparatología de Ortopedia Funcional y Ortodoncia en toda su variedad

Ricardo N. Llanes - Eduardo H. Aguirre

Anchorena 1176 - Capital Federal - Buenos Aires / Tel. 4963 6802

TENEMOS LA SOLUCIÓN QUE USTED ESPERABA

# Dual-Top Anchor System

## MICROTORNILLO DE ANCLAJE PARA ORTODONCIA



JEIL Medical  
www.jeilmed.co.kr



BIOX S.A.

BIOX S.A.  
Wames 829, 1°  
1414 Buenos Aires  
Tel: (011) 4854-1668  
info@biox-sa.com.ar

www.biox-sa.com.ar

# Estudio de Casos en Farmacología: Rendimiento y Actitud de los Estudiantes

\*Aguzzi Alejandra, \*\*Tessio Adriana, \*Aramburú Guillermo, \*Scherma Eugenia, \*Virga Carolina.

## Resumen

El estudio de casos es un método de enseñanza que utiliza como herramienta educativa, un instrumento complejo que reviste la forma de narrativa. Se basan en problemas de la vida real, que se presentan a personas reales, como contexto para que los estudiantes experimenten un cambio profundo en cuanto a su capacidad para emprender un análisis crítico y discutir inteligentemente los problemas, respetando la diversidad de ideas.

El objetivo de nuestro trabajo es desarrollar en nuestros alumnos un pensamiento crítico, capaz de promover un aprendizaje significativo, planteando un problema relevante del entorno socio-cultural al cual pertenece, tal como es la farmacodependencia.

**Materiales y Métodos:** Para cumplir con este objetivo se diseñó un caso relacionado al tema "farmacodependencia", con el cual los alumnos (n=290), trabajaron en grupos. Se evaluó cualitativamente la participación en la actividad en un plenario de cierre. Además se efectuó una encuesta anónima para evaluar la actitud de los estudiantes frente a esta nueva modalidad de trabajo.

**Resultados:** Los datos obtenidos fueron: en el aspecto Procesos intelectuales, el 100% de los alumnos percibieron la gran idea y fueron capaces de extraer conclusiones inteligentes y racionales. En cuanto a las habilidades, el 91%, demostraron una comunicación de ideas interesantes. Al analizar la habilidad para investigar, el 76%, no demostraron lectura previa, carecen de obtención de datos de diversas fuentes prefieren obtenerla del docente. Las habilidades interpersonales en el 98%, fueron excelentes favoreciendo y fortaleciendo el trabajo en equipo. En las encuestas el 100%, evidenciaron un gran interés en el tema, por las repercusiones sociales y la vigencia del tema y plantearon en un 88% la necesidad de analizar el caso desde la interdisciplina.

**Conclusiones:** De los resultados obtenidos, concluimos que la enseñanza basada en el estudio de casos, permite que los estudiantes adquieran conocimientos y realicen un análisis más inteligente de los datos. Así mismo, adquieren mayor tolerancia de la ambigüedad y comprenden mejor las complejidades de los conceptos y problemas.

## Palabras clave

Farmacología, farmacodependencia, estudio de casos.

## Summary

The study of cases is an education method that uses like educative tool, a complex instrument that has the form with narrative. They are based on problems of the real life, that they appear real people, like context so that the students experience a deep change as far as their capacity to undertake a critical analysis and to discuss the problems intelligently, respecting the diversity of ideas. The objective of our work is to develop in our students a critical thought, able to promote a significant learning, creating an excellent problem of the sociocultural surroundings to which it belongs, as it is the pharmacodependencia. In order to fulfill this objective a case related to the subject was designed "farmacodependencia", with which the students (n=290), they worked in groups. The participation in the activity in a plenary one of closing was evaluated qualitatively. In addition an anonymous survey took place to evaluate the attitude of the students as opposed to this new modality of work.

**Results:** The collected data were: in the aspect intellectual Processes, the 100% of the students they perceived the great idea and they were able to draw intelligent and rational conclusions. As far as the abilities, 91%, they demonstrated a communication of interesting ideas. When analyzing the ability to investigate, 76%, they did not demonstrate previous reading, they lack obtaining of data of diverse sources prefer to obtain it of the educational one. The interpersonal abilities in 98%, they were excellent favoring and fortifying the work in equipment. In the surveys the 100%, they demonstrated a great interest in the subject, by the social repercussions and the use of the subject and they raised in a 88% the necessity to analyze the case from the interdiscipline. **Conclusions:**

Of the obtained results, we concluded that the education based on the study of cases, he allows that the students acquire knowledge and make a more intelligent analysis of the data. Also, they acquire greater tolerance of the ambiguity and include/understand better the complexities of the concepts and problems.

## Farmacología,

Farmacología, Farmacodependencia, study of cases.

## Introducción

El estudio de casos es un método de enseñanza que utiliza como herramienta educativa, un instrumento complejo que reviste la forma de narrativa. Un caso incluye información y datos: psicológicos, sociológicos, científicos, antropológicos, históricos y de observación, además de material técnico.

Los buenos casos se construyen en torno de problemas o de "grandes ideas": puntos importantes de una asignatura que merecen un examen a fondo. Por lo general, se basan en problemas de la vida real que se presentan a personas reales. Así, un buen caso mantiene centrada la discusión en alguno de los hechos obstinados con los que uno debe enfrentarse en ciertas situaciones de la vida cotidiana.<sup>1,2</sup>

Al final de cada caso hay una lista de "preguntas críticas" que obligan a los alumnos a examinar ideas importantes, nociones y problemas relacionados con el caso. Los alumnos discuten, reunidos en pequeños grupos, las respuestas que darán a estas preguntas críticas. De esta manera los alumnos inician el "juego" del pensamiento inteligente sobre las cuestiones que plantea el caso. Este trabajos en grupos prepara a los alumnos para la discusión más exigente, que luego se producirá con participación de toda la clase.<sup>3,4</sup>

Estudios previos demuestran que los docentes que utilizan con eficacia esta metodología, se sienten orgullosos de los resultados que obtienen, y que se manifiestan en el aprendizaje de los estudiantes. Los alumnos se vuelven más curiosos; aumenta su interés general en el aprendizaje; asumen una actitud de respeto por las opiniones, actitudes y creencias diferentes de los otros alumnos; disfrutan más de las clases y encuentran en el ámbito educativo más estimulante e interesante.<sup>5</sup>

De esta manera, la enseñanza basada en este método, sirve como contexto para que los estudiantes experimenten un cambio profundo en cuanto a su capacidad para emprender un análisis crítico y discutir inteligentemente los problemas, respetando la diversidad de ideas.<sup>6</sup>

El objetivo de este estudio fue desarrollar en nuestros alumnos un pensamiento crítico, capaz de promover un aprendizaje significativo, planteando un ámbito de reflexión crítica, acerca de un problema relevante del entorno socio-cultural al cual pertenece, tal como es la farmacodependencia.

## Materiales y Métodos

La característica de este estudio es de tipo observacional descriptivo, de corte transversal.

La muestra fue constituida por alumnos que cursan la asignatura Farmacología y Terapéutica B en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba (n=290).

Como instrumento pedagógico se utilizó el estudio de casos, para el cual se diseñó un caso relacionado al tema "farmacodependencia", con la intención de que este tema causara un

impacto emocional en los alumnos, de manera tal que aprendan a interesarse y comprometerse con temas de relevancia actual.

Los alumnos formaron grupos ad hoc de no más de seis miembros, y sesionaron dentro del horario de clases y fuera de él. En un primer encuentro se presentó el caso y comenzaron a trabajar en él; luego tuvieron dos semanas para resolverlo fuera de clases; y por último se realizó un cierre en el aula, donde los estudiantes debatieron la resolución del caso interactuando con los demás grupos y el docente. Esta instancia permitió evaluar cualitativamente la participación de los alumnos.

Para la evaluación cuantitativa los estudiantes presentaron un informe final por escrito.

Además se efectuó una encuesta anónima para evaluar la actitud de los alumnos ante esta nueva modalidad de trabajo. Los datos fueron procesados y se les realizó un análisis estadístico-descriptivo-porcencial, según la frecuencia de las respuestas.

## Resultados

La población según sexo se distribuyó de la siguiente manera: 45% varones, 55% mujeres; la edad promedio fue de 20,8 años.

Al analizar la variable PROCESOS INTELECTUALES, el 100% de los alumnos percibieron la gran idea y fueron capaces de extraer conclusiones inteligentes y racionales. (Gráfico 1)

En cuanto a HABILIDADES, el 91% de los alumnos demostraron una comunicación de ideas interesantes. En relación a la habilidad para investigar, el 76%, no demostraron lectura previa, carecen de obtención de datos de diversas fuentes prefieren obtenerla del docente. Las habilidades interpersonales en el 98%, fueron excelentes favoreciendo y fortaleciendo el trabajo en equipo. (Gráfico 2)

Al procesar las ENCUESTAS se pudo apreciar que el 100% de los alumnos evidenciaron un gran interés en el tema, por las repercusiones sociales y la vigencia del tema; y un 88% de los alumnos plantearon la necesidad de analizar el caso desde la interdisciplina. (Gráfico 3)

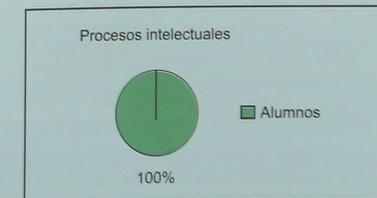


Gráfico nro. 1

\* Cátedra de Farmacología y Terapéutica B  
\*\* Asesoría Pedagógica Facultad de Odontología. UNC

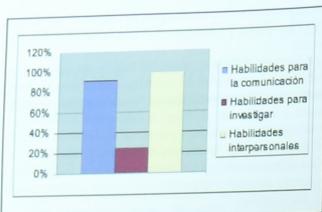


Gráfico nro. 2

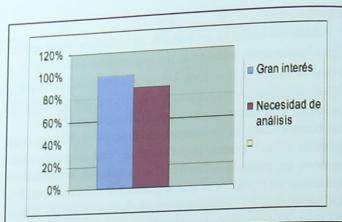


Gráfico nro. 3

### Discusión

La enseñanza basada en el método de casos es una metodología de aplicación general, donde los alumnos adquieren conocimientos y realizan un análisis más inteligente de los datos, tal como pudimos comprobarlo en nuestro estudio.

Sin embargo, hay autores que siguen estableciendo que la tarea del docente es proporcionar la información esencial que los alumnos deben conocer, basados en la idea de que ellos no tienen interés, que no tienen ideas propias que valgan algo, que es necesario suministrarles grandes dosis de información antes de procurar que se pongan a pensar.<sup>7</sup> Pero otros investigadores afirman que la labor del docente es enseñar a los alumnos a procesar la información; se basan en que el aprendizaje requiere la participación activa de los estudiantes en el proceso, y que la adquisición de la información es más eficaz cuando se la incorpora mediante la reflexión sobre los problemas.<sup>8</sup>

Nosotros acordamos con Greenwald, quien sostiene que una buena enseñanza de la discusión obliga a los alumnos a ir más allá del aprendizaje de los principios abstractos, y a aplicarlos al confuso mundo de la realidad cotidiana.

Además aprenden a no dejarse desalentar por la complejidad, la falta de información y la urgencia propias de las situaciones reales de toma de decisiones.<sup>9</sup>

Así como también con Barnett, quien comprobó que esta pedagogía fomenta las habilidades de pensar y razonar, y llega a la conclusión de que el método de casos ofrece a los docentes la oportunidad de reflexionar sobre la práctica, a la vez que se generan nuevos conocimientos a través del examen y la deliberación en grupo.<sup>10</sup>

### Conclusión

De los resultados obtenidos, concluimos que la enseñanza basada en el estudio de casos, permite que los estudiantes adquieran conocimientos y realicen un análisis más inteligente de los datos.

Así mismo, experimentaron un cambio en su capacidad para emprender un análisis crítico, adquiriendo una mayor tolerancia de la ambigüedad y comprendiendo mejor las complejidades de los conceptos y problemas.

De esta manera, a partir de un tema de interés social pudieron tomar conciencia de la magnitud del problema y comprometerse de forma activa hacia una actitud solidaria, rescatando sus propios valores.

### BIBLIOGRAFÍA

1. Wasserman S. El estudio de casos como método de enseñanza. 1994. Amorrortu editores S.A. Buenos Aires.
2. Silverman R, Welty W, Lyon S. Case studies for teacher problem solving. McGraw Hill. 1992. Nueva York.
3. Johnson J, Purvis J. Case studies: An alternative learning teaching method in Nursing. Journal of Nursing Education. 1987. 26:118-20.
4. Gardner H. Frames of mind: The theory of multiple intelligences. 1983. Basic Books. Nueva York.
5. Acosta Navarro ME. Tendencias pedagógicas contemporáneas. La pedagogía tradicional y el enfoque histórico-cultural. Análisis comparativo. Rev Cubana Estomatol. 2005. (42):1.
6. Romero B. Planificación estratégica y cambio en las universidades de América Latina. Rev Cubana Educ Sup 2002, XXII(3):23-34.
7. Cuban L. How teachers taught. Teachers College Press. 1993. Nueva York.
8. Raths LE, Wasserman S, Jonas A, Rothstein A. Cómo enseñar a pensar. Teoría y aplicación. 1991. Paidós Studio. Buenos Aires.
9. Greenwald B. "Teaching technical material", en Education for judgment: The artistry of discussion leadership. Harvard Business School Press. 1991. Boston.
10. Barnett C. Case methods: A promising vehicle for expanding the pedagogical knowledge base in Mathematics. American Educational Research Association. 1991. Chicago.

### Dirección de los autores:

Cátedra de Farmacología y Terapéutica B. Facultad de Odontología, Haya de la Torre s/n Ciudad Universitaria (5000), Córdoba. aguzz@odo.edu.ar.

# innovando permanentemente

## odontit

Seguridad y Excelencia desde 1990



eFeDeA



**EVOLUTION**  
Implantes Autoperforantes y Autorroscantes  
Inmovilidad Primaria Asegurada

made in  
USA

www.odontit.com • info@odontit.com

(54-11) 4825-0221 • Fax (54-11) 4903-9330 • Azcuénaga 1077 • 4ºD • C1115AAE • C. A. de Buenos Aires • Argentina



Comunidad Europea  
n.º 2004-OSL-MDD-0293



USA  
K915375  
K961631

ANMAT

Argentina  
Legajo 798



Cert. 8632-2004  
AQ-BAS-RVA



13485:2003

G.M.P.

Good  
Manufacturing  
Practice



AQ-BAS-RVA  
Quality System Certificate

# Declaración de principios de la FDI



Aprobadas por la Asamblea General de la FDI: 24 de Septiembre de 2006 Shenzhen China.

## Efectos de las dioxinas sobre el desarrollo de los dientes

### Introducción

Las dibenzo-p-dioxinas policloradas (DDPCs) y los dibenzofuranos policlorados (DFPCs), conocidos colectivamente como dioxinas, junto a otros compuestos relacionados, como los bifenoles policlorados (BPCs), son contaminantes ambientales omnipresentes. Debido a su persistencia y a su lipofilia se acumulan en la cadena alimentaria. Atraviesan la placenta y son excretados en la leche materna. La exposición sostenida a las dioxinas ha sido vinculada a una amplia gama de efectos sobre la salud (por ejemplo, compromiso del sistema inmunológico, cáncer y defectos del desarrollo). Los dientes en formación se encuentran entre los órganos más sensibles a la toxicidad por dioxinas.

Se ha constatado la presencia de aberraciones del desarrollo de los dientes, tales como dientes natales (predeciduos), la ausencia de dientes permanentes, defectos del esmalte y pigmentaciones de la mucosa oral, en niños expuestos accidentalmente a altos niveles de dioxinas y de BPCs. Se ha demostrado que los niveles serológicos de estos compuestos, medidos en la madre o en el niño, están asociados con defectos dentales tales como lesiones severas de hipomineralización tanto en los molares como en los incisivos. Sin embargo, desde 2002, se ha observado una reducción clara y uniforme de los niveles de dioxinas y BPCs en la leche materna, por lo tanto, se espera que a sus niveles actuales las dioxinas van a tener un efecto mucho menor o insignificante en la producción de aberraciones del desarrollo de los dientes en los niños. Sin embargo, las dioxinas y los BPCs aún constituyen una de las causas de la presencia de defectos del desarrollo de los dientes en zonas muy contaminadas.

### Declaración

• Los profesionales odontológicos deben estar conscientes de la posibilidad de que las dioxinas y los BPCs puedan causar aberraciones del desarrollo de los dientes en zonas muy contaminadas

### Bibliografía

- Alaluusua S and Lukinmaa P-L. (2005). Developmental dental toxicity of dioxins. *Int Dent J* (in press).
- Alaluusua S, Lukinmaa P-L, Torppa J, Tuomisto J, Vartiainen T. (1999). Developing teeth as biomarker of dioxin exposure. *Lancet* 353, 206.
- Leeuwen FXR van, Malisch R. (2002). Results of the third round of the WHO-coordinated exposure study on the levels of PCBs, PCDDs and PCDFs in human milk. *Organohalogen Compounds* 56, 311-316.

## Dirigiendo al mundo hacia una salud bucodental óptima El papel que desempeña el equipo dental



La FDI ha contraído el compromiso de dirigir al mundo hacia una salud bucodental óptima. En muchas comunidades no se tiene acceso a servicios de atención bucodental, especialmente en países con pocos y medianos ingresos. La FDI, por lo tanto, apoya totalmente los principios del enfoque de la atención primaria de salud, según han sido definidos en la Declaración de Alma Ata de la OMS, para lograr que la atención esencial de salud se encuentre a disposición y al alcance de todo el mundo a través de métodos prácticos, científicamente sólidos y socialmente aceptables con la participación plena de las comunidades afectadas. La FDI apoya decididamente la integración de la atención de salud bucodental como una parte importante de los sistemas de atención primaria de salud donde sea posible, con el objetivo fundamental de reducir las desigualdades en el acceso a la atención de salud bucodental.

El equipo dental, bajo la dirección del odontólogo, es esencial en la prevención de las enfermedades bucales y para asegurar la mejor calidad de aten-

ción bucodental posible. La composición de este equipo puede variar y va a depender de las necesidades de la comunidad, de los recursos disponibles y de la legislación local.

Todos los miembros del equipo deben contar con una preparación apropiada y se les debe permitir participar legalmente en la entrega de atención bucodental. Las tareas y las responsabilidades de todos los miembros del equipo deben ser especificadas y definidas por las autoridades reguladoras correspondientes y por las organizaciones profesionales odontológicas. Sin embargo, desde 2002, se ha observado una reducción clara y uniforme de los niveles de dioxinas y BPCs en la leche materna, por lo tanto, se espera que a sus niveles actuales las dioxinas van a tener un efecto mucho menor o insignificante en la producción de aberraciones del desarrollo de los dientes en los niños. Sin embargo, las dioxinas y los BPCs aún constituyen una de las causas de la presencia de defectos del desarrollo de los dientes en zonas muy contaminadas.

## Las caries radiculares en adultos



### Introducción

La caries radicular puede definirse como una lesión que se inicia o se extiende hacia la parte apical de la unión cemento-esmalte del diente.

En la mayoría de los casos se produce en las superficies radiculares expuestas y en sus etapas iniciales puede caracterizarse por un resquebrajamiento y una descoloración de la superficie sin que haya formación de cavidades.

Su prevalencia es mayor entre los ancianos debido a un mayor número de factores predisponentes, incluyendo la recesión gingival, la abrasión de la superficie dental, la hipofunción de las glándulas salivales inducida por medicamentos (lo que representa el más alto factor de riesgo), la declinación cognitiva, una mayor co-morbilidad médica y una reducción de la destreza manual.

Debido al aumento de las expectativas de vida y a la mayor retención de dientes en comparación con generaciones anteriores, la caries radicular se ha transformado en un problema importante entre los ancianos. La mayor prevalencia e incidencia de las caries radiculares son evidente entre los ancianos que viven en comunidad y entre los residentes de hogares de ancianos, especialmente entre aquellos afectados por demencia y otras condiciones neurológicas. En consecuencia, hay importantes asuntos de salud, de calidad de vida y económicos asociados con las caries radiculares.

### Declaración

#### Prevención (primaria y secundaria)

- Identificar los factores de riesgo de las caries radiculares a nivel individual.
- Asegurar un diagnóstico preciso de las caries radiculares.
- Dar consejos sobre dieta, sobre higiene oral y sobre el cepillado dental correcto.
- Recetar un régimen apropiado de fluoruros con pH neutro, incluyendo los dentífricos con una alta concentración de fluoruros (por ejemplo, 5000 ppm), geles y barnices.
- Si es necesario, recetar clorhexidina (como colutorios, en atomizador, como gel o barniz), otros antisépticos similares, y/o productos remineralizadores con fosfopéptidos de calcio – fosfato de calcio amorfo (FPC-FCA).
- Si es necesario, recetar un régimen para estimular el flujo salival, como goma de mascar con o sin la inclusión de ingredientes activos (por ejemplo, clorhexidina, xilitol, FPC-FCA), chupar dulces sin azúcar, chupar tabletas amortiguadas de ácido cítrico o de frutas, usar medicamentos colinérgicos sistémicos (por ejemplo, pilocarpina/ cimevilina, con monitorización de los efectos adversos).
- Cuando sea necesario, recetar sustitutos de la saliva, tales como geles, sprays y líquidos, que deben colocarse alrededor de las prótesis dentales así como sobre los dientes y los tejidos blandos de la boca.

- Examinar a los pacientes dentro de un plazo apropiado de acuerdo a su nivel de riesgo.
- #### Manejo
- Dependiendo de la profundidad y de la extensión de la lesión, el manejo puede incluir procedimientos de remineralización, sólo excavación, restauración o extracción dental.
  - El objetivo primordial tiene que ser la remineralización de la lesión.
  - En los pacientes institucionalizados puede estar indicada la remoción de la caries utilizando instrumentos de mano (por ejemplo, con la técnica de Tratamiento Restaurador Atraumático (TRA), complementada con sistemas quimomecánicos para remoción de la caries.
  - Existen ciertas pruebas de que el cemento de ionómeros de vidrio (convencional o modificado con resinas) podría ser el material de preferencia para la restauración de las lesiones producidas por caries radiculares, especialmente si se encuentran debajo del borde de la encía.

### Bibliografía

- Griffin SO, Griffin PM, Swann JL, Zlobin N. Estimating rates of new root caries in older adults. *J Dent Res* 2004; 83:634-648. - Saunders RH, Meyerowitz C. Dental caries in older adults. *Dent Clin N Amer* 2005;49:293-308

## Manejo de los residuos de amalgama

### Introducción

El mercurio tiene un impacto especial en el medio ambiente porque es bioacumulativo; debido a esto, muchos países han introducido regulaciones estrictas y obligatorias sobre el tratamiento del mercurio en



los vertidos de las plantas de tratamiento de aguas servidas. Se ha identificado que las clínicas dentales son una de las fuentes de descarga de mercurio en el medio ambiente.

Durante la colocación o la remoción de obturaciones se producen y se descargan partículas de amalgama en el alcantarillado a través del sistema de succión. La amalgama dental contribuye potencialmente a la contaminación del medio ambiente con mercurio a través de su descarga en el agua de desecho, de su secado de amalgama junto al sillón dental y los filtros de las bombas neumáticas capturan la mayor parte de las partículas residuales de la amalgama

### Declaración

- Se debe instruir al personal odontológico para que tome las medidas apropiadas para minimizar la cantidad de residuos y para que adopte las mejores medidas de control posibles para asegurar que todo los residuos generados sean eliminados apropiadamente de acuerdo a la legislación ambiental existente.
- Las oficinas dentales deben reciclar la mayor cantidad posible de residuos de amalgama, sin importar que estos hayan o no hayan estado en contacto con un paciente.
- Tales residuos incluyen las cápsulas usadas de amalgama, el exceso de amalgama que no se ha utilizado al colocar una restauración y los residuos de amalgama retenidos en los recolectores junto al sillón, en los filtros de las bombas neumáticas y en los separadores de amalgama. Los dientes con restauraciones de amalgama que han sido extraídos también deben ser reciclados junto con los residuos de amalgama de otro tipo.
- Si se van a instalar separadores de amalgama en la clínica dental, estos deben cumplir con los requisitos señalados por la ISO 11143.

Presentado por el: Comité de Ciencias de la FDI

### Bibliografía:

1. FDI Science Committee Project 2-02: Jokstad A, Fan PL. Amalgam Waste Management. *Int Dent J*, 2006; submitted
2. Vandeven JA, McGinnis SL. An assessment of mercury in the form of amalgam in dental wastewater in the United States. *Water, Air, Soil Pollut* 2005; 164: 349-366.
3. FDI Statement on Mercury Hygiene (Pending on General Assembly Approval 2006)
4. ISO 11143 Dentistry – Amalgam Separator

## Reacciones negativas a los materiales a base de resinas para obturaciones directas

Aprobada por la Asamblea General de la FDI: 24 de Septiembre de 2006 – Shenzhen China

### Introducción

Los materiales a base de resinas se usan extensamente tanto en odontología preventiva como restaurado. Los materiales a base de resinas se usan extensamente tanto en odontología preventiva como restaurado. Debido a que los monómeros no polimerizan por completo, aquellos que no han participado en la reacción química pueden filtrarse fuera de las matrices de las resinas llegando a tener efectos potencialmente adversos para los pacientes. La cantidad de componentes que pueden filtrarse es típicamente mayor en las resinas que no han sido curadas en su totalidad. En raras ocasiones, algunos pacientes han experimentado reacciones en la piel o en las mucosas a los mate-

riales a base de resinas, incluyendo reacciones anafilactoides o liquenoides y otras respuestas alérgicas. Sin embargo, en la mayoría de los casos descritos sobre reacciones adversas, los síntomas disminuyeron al retirarse las restauraciones, los selladores o los aparatos que contenían materiales a base de resinas. Los profesionales de la salud dental pueden estar expuestos a los monómeros de las resinas por inhalación o por contacto directo de la piel con los monómeros. Los efectos adversos por contacto directo con las resinas sin curar pueden resultar en reacciones dermatológicas tales como una dermatitis o eczema. Los guantes de látex y vinilo son permeables a los monómeros de los materiales a base de resinas y debido a esto no proporcionan una barrera suficiente de protección.

#### Declaración

Debido a que los monómeros en los materiales a base de resinas pueden producir reacciones cutáneas o de las mucosas en los pacientes y reacciones dermatológicas en los profesionales de la salud dental, la FDI recomienda lo siguiente:

- Los odontólogos deben estar conscientes de que los materiales a base de resinas pueden causar reacciones adversas en los pacientes.
- Los materiales a base de resinas deben ser curados en forma adecuada de acuerdo a las instrucciones de los fabricantes.
- Los profesionales de la salud dental deben usar instrumentos para manipular y colocar los materiales a base de resinas para evitar el contacto de la piel con las resinas sin curar.
- Los profesionales de la salud dental deben estar conscientes de que los guantes de látex o de vinilo no constituyen una barrera eficaz contra los monómeros de las resinas.

#### Bibliografía

Fan P. L., Meyer D. M. Adverse Reactions to Resin-based Direct Filling Materials. *Int Dent J* (In press) Hensten-Pettersen A. Skin and mucosal reaction associated with dental materials. *Eur J Oral Sci* 1998 106: 707-712.

Hensten-Pettersen A, Jacobsen N. The role of biomaterials as occupational hazards in dentistry. *Int Dent J* 1990 40: 159-166.

## Reclutamiento ético internacional de profesionales de la salud bucodental



La FDI reconoce que el acceso a la atención de la salud bucodental, así como la migración por razones profesionales, económicas o personales, constituyen derechos humanos por lo que se encarece a todos los países que planifiquen tomando todo esto en cuenta. Muchos trabajadores de salud bucodental están buscando oportunidades y una mayor seguridad en su trabajo en el mercado laboral internacional.

La expansión de los mercados laborales ha intensi-

ficado la concentración de profesionales en las zonas urbanas y acelerado la migración internacional de trabajadores de la salud desde los países más pobres a los más ricos. Algunos países están limitando la inversión para la educación de los trabajadores de la salud, todo lo cual está resultando en un menor número de graduados jóvenes. La resultante es grave escasez de persona, conjuntamente con una preparación deficiente de los trabajadores de atención sanitaria, y las lagunas en la

#### cobertura

de los servicios, es lo que caracteriza a la crisis que ahora existe en muchos países en materia de personal.

La planificación de reclutamiento internacional de profesionales de la salud bucodental sólo puede constituir una solución a corto plazo para la escasez nacional. Es esencial que el reclutamiento internacional no se realice en perjuicio de los servicios de salud de otros países.

La FDI respalda la resolución de la 57a Asamblea Mundial de la Salud (WHA57.19) que reconoció la necesidad de los acuerdos de gobierno a gobierno para ayudar a manejar la migración y para considerar un control independiente de estos acuerdos. Se invita a todas las asociaciones odontológicas nacionales a:

- Que colaboren con los gobiernos para asegurar

que se capacita a un número adecuado de odontólogos tomando en cuenta las necesidades y recursos nacionales.

•? Que promuevan políticas y estrategias que puedan aumentar la retención eficaz de odontólogos en sus países.

•? Que promuevan estrategias con colaboradores pa-ra mitigar los efectos adversos de la migración de odontólogos y minimizar su impacto en los sistemas de salud; y a

•? Que alienten a sus gobiernos a que concedan al personal contratado legalmente desde el extranjero, que ha cumplido con los requisitos para ejercer en el país foráneo, con los mismos derechos y protecciones laborales que poseen los otros profesionales de salud en ese país, incluyendo un apoyo y un acceso similares para el desarrollo profesional continuado.

## LOS MEJORES PRODUCTOS DE ORTODONCIA Y EL MEJOR SERVICIO



DISTRIBUIDORES

CORDOBA > MARCELO MISSANA  
AV. MATIPÚ 44 3ªA  
TEL: (0351) 4240377  
CEL.: (0351) 156841248  
CEL.: (0381) 156431593 (TUCUMÁN)  
MARCELOMISSANA@HOTMAIL.COM

MENDOZA > PABLO MISSANA  
TEL: (0261) 4077461/4235391  
CEL.: (0261) 155075586  
PABLOMISSANA@HOTMAIL.COM

CORRIENTES > ERNESTO FEU  
TEL: (03783) 426002  
CEL.: (03783) 15665389  
E\_FEU@HOTMAIL.COM



>Orthodent<

OFICINA:  
JUNÍN 969 2ªA  
CAPITAL FEDERAL  
TELFAX: 4961.9260

SUCURSAL S. A. O.  
MONTEVIDEO 971  
CAPITAL FEDERAL  
TELFAX: 4816.2436



Ateneo Argentino  
de Odontología



## CURSOS DE POSGRADO EN ODONTOLOGIA PROGRAMADOS PARA 2007

### DISFUNCION

• **Integral de Oclusión, Disfunción, ATM y Dolor Crónico Orofacial. Desórdenes craneo-mandibulares**

(teórico, con evaluación)

Dicteante: Luis Zielinsky . 4 sesiones – miércoles de 8.30 a 11hs. Inicia: 3 de octubre

### ESTOMATOLOGIA

• **Estomatología para el práctico general. Patología infecciosa de frecuente consulta** (teórico con evaluación)

Dicteante: Isabel Adler. 3 sesiones - martes de 8.30 a 11.30 hs. Inicia: 30 de octubre

### IMPLANTOLOGIA

• **Implantología Inmediata Postextracción** (teórico con demostraciones prácticas, con evaluación).

Dicteantes: Prof. Carlos Guberman, Prof. Magdalena Nagy y Ricardo Pomeranec. Dictantes Invitados: Juan Farina y Prof. Víctor Montanero. Jefes de Clínica: Antonio D'Avila, Gladys Erra, Patricia Gutiérrez y Marcela Costa. 8 sesiones- jueves de 8.30 a 11.30 hs. Inicia: 9 de agosto.

• **Implantes Dentarios. Introducción a las Técnicas Quirúrgicas y la Planificación de la Rehabilitación Protética** (teórico con práctica en modelos óseos) y similar, con evaluación).

Coordinación: Prof. Magdalena Nagy. Dictantes: Ricardo Pomeranec, Prof. Carlos Guberman y Prof. Magdalena Nagy. Jefes de Clínica: Antonio D'Avila, Gladys Erra, Silvia Novak, Patricia Gutiérrez. 6 sesiones - jueves de 13 a 15 hs. Inicia: 7 de junio

### ODONTOPEDIATRIA

• **Prevención de las maloclusiones. Terapia interceptiva** (teórico)

Dicteante: Henja F. de Rapaport. 1 sesión - viernes de 9 a 12 y de 13 a 16 hs. Inicia: 7 de diciembre.

### ORTODONCIA

• **Tratamiento Ortodóncico del Paciente Adulto** (teórico)

Dicteantes: Beatriz Lewkowicz, Rosana Celnik y Susana Zaszczynski. 8 sesiones - viernes de 10 a 13 y de 14 a 17 hs. y sábados de 10 a 14 hs., una vez por mes, en fechas prefijadas. Inicia: 31 de agosto.

• **Cursos de actualización y profundización para ortodontistas**

• **Aparatología removible** (teórico-práctico, con evaluación).

Dicteantes: Moira Bent, Jorge Coimbra, María Elisa Crossetti, Ester Ganiewich, Julio Lalama y Sergio Randazzo . 9 sesiones - martes y jueves de 9 a 12 hs. Inicia: 19 de junio.

• **Cefalometrías Estáticas. Perfil y frontal. Protocolo del A.A.O.: su interpretación y aplicación clínica** (teórico-práctico, con evaluación).

Dicteantes: Stella M. Flores de Suárez, Liliana Periale y Liliana Doctorovich. 9 sesiones - lunes y miércoles de 11 a 14 hs. Inicia: 2 de julio

• **Cefalometría de Ricketts y Holdaway** (teórico-práctico con evaluación).

Dicteantes: Gema Brizuela, Paula Doti y Amanda Rizutti. 8 sesiones - lunes y miércoles de 11 a 14 hs. Inicia: 22 de agosto.

• **Cefalometría de Björk-Jarabak y McNamara** (teórico-práctico, con evaluación)

Dicteantes: Liliana Periale, Stella M. Flores de Suárez . 3 sesiones - lunes y miércoles de 11 a 14 hs. Inicia: 17 de septiembre.

• **Diagnóstico oclusal. Montaje en articulador. Confección de placas neuromiorrelajantes** (teórico-práctico, con evaluación)

Dicteante: Carmen Pardiños - 5 sesiones – Teóricos: martes y jueves de 9 a 12 hs. Prácticos: lunes de 8.30 a 11.30. Inicia: 23 de octubre.

• **Ortodoncia con Minimplantes** (teórico-práctico, con workshop).

Dicteante: Julio C. Lalama y Carlos Vaserman. 2 sesiones – jueves de 12 a 15 hs. Inicia: 4 de octubre.

Prelicinio de arco recto (teórico-práctico, con evaluación).

Dicteantes: Graciela Iglesias, Julio Lalama, Eduardo Muño, Marta Sarfatis . 7 sesiones - martes y jueves de 9 a 12. Inicia: 20 de noviembre.

### PERIODONCIA

• **Curso de asistencia mensual**

• **Integral de Periodoncia. Periodoncia para el práctico general** (teórico con práctica, con evaluación)

Dicteante: Isaac Rapaport. Codicantes: Dres. Mirta D'Amore, Angela Vallone. 12 sesiones - viernes de 14.30 a 18.30 y sábados de 9.00 a 13.00 hs., una vez por mes, en fechas prefijadas. Inicia: 1 de junio.

### PROTESIS

• **Sobredentaduras. Prótesis removible para el paciente total o parcialmente desdentado retenida por implantes y/o raíces de dientes naturales.** (teórico)

Dicteante: Mario Beszkin 2 sesiones. Viernes de 9 a 12 hs. Inicia: 14 de septiembre.

### RECURSOS DIDACTICOS

• **Creación de presentaciones** Teórico-práctico. Tutorías prácticas de cada clase (modalidad e-learning).

Dicteante: Germán Muño. 8 sesiones - viernes de 8.30 a 10.30 hs. Inicia: 10 de agosto.

### Informes e Inscripción:

Ateneo Argentino de Odontología, Tomás M. de Anchorena 1176 (1425), Buenos Aires.

Tel./Fax:4962-2727. E-mail: ateneo@ateneo-odontologia.org.ar.

www.ateneo-odontologia.org.ar

### CURSO SUPERIOR E INTENSIVO DE ASISTENTES ODONTOLOGICOS

Teórico-práctico con práctica clínica

**Dirección:** Carlos A. Vaserman

**Coordinación:** Gladis Erra

**Duración:** 5 meses

**Fecha de inicio:** 10 agosto 2007

**Cronograma**

**Ciclo Básico:** agosto y septiembre de 2007, de lunes a viernes de 9 a 12 hs.

**Ciclo Especialidades, con Pasantías:** octubre y noviembre de 2007, de lunes a viernes de 9 a 12 hs.

**Ciclo Clínico:** diciembre de 2007, de lunes a viernes, de 9 a 13 hs., según días y horario de las Clínicas.

**Exámenes parciales y recuperatorios:** septiembre y diciembre de 2007

**Exámenes finales:** enero de 2008

**Carga horaria:** 320 horas

### Régimen de estudios:

Los contenidos teóricos de cada tema serán evaluados mediante un examen final, estableciéndose instancias de recuperatorios, con un nivel de exigencia del 60 % de las respuestas correctas. También será evaluado el aprendizaje de las destrezas en las distintas clínicas, mediante el seguimiento continuo por parte de los docentes a cargo.

El cursado es de régimen regular y se requiere el 75% de asistencia.

Plan de estudios:

Se desarrolla en 3 ciclos: Básico, Especialidades con Pasantías y Clínica.

**Ciclo Básico:** Anatomía, fisiología e histología general y dentaria. Microbiología. Bioseguridad. Patología. Materiales dentales (conocimiento, reconocimiento y manejo). Organización y administración del consultorio, secretariado (la agenda, organización de archivos, computación). Urgencias médicas en el consultorio. Prevención. Informática aplicada.

**Ciclo Especialidades con Pasantías:** Cirugía (la asistencia en el quirófano, instrumentación quirúrgica). Pediatría (psicología del menor, manejo del paciente pediátrico). Radiología (principios físicos, técnicas radiológicas, seguridad radiológica). Periodoncia. Operatoria Dental, Endodoncia, Prótesis, Ortodoncia y Ortopedia (materiales e instrumental propios de cada especialidad).

**Pasantías:** Adiestramiento en las distintas Clínicas, con pasantías en economato, recepción, turnos y archivo, acondicionamiento y esterilización.

**Bolsa de trabajo:** La Institución cuenta con una Bolsa de Trabajo para los alumnos del curso, teniendo en cuenta la gran cantidad de profesionales que asisten a las Clínicas.

## Crónica de un homenaje

El 23 de marzo pasado, fuimos invitados a participar de la inauguración, por parte del Círculo Odontológico de Posadas (Misiones), de un remodelado Salón de Conferencias en su sede.

Este hecho, de por sí loable, conlleva una decisión que nos llenó de emoción y orgullo: La nueva Sala llevaría el nombre de uno de los fundadores del Ateneo Argentino de Ortopedia Maxilar, hoy Ateneo Argentino de Odontología, ya que en su frente se colocó una bella placa dedicada a la memoria del "Dr. Elias Beszkin". La que emocionados y agradecidos por tal distinción

tuvimos el honor de descubrir, ante el numeroso público presente.

Ubicados todos los presentes en la nueva Sala, colmada por colegas locales y sus familiares, siguió el Acto con la Apertura a cargo del Dr. Oscar Sosa, quien con palabras cargadas de afecto, hizo una semblanza que pintó de cuerpo entero al Dr. Elias Beszkin, destacando su dedicación, su generosidad en la entrega de los conocimientos y su trato afectivo para con los colegas cursantes.



Cortan la cinta, Dra. Lewkowicz, Dr. Jaime Fiszman

### Discurso del Dr. Oscar Sosa

*Este es un día especial. El hecho que nos reúne hoy aquí es grato, porque no sólo es un logro el darle un espacio, un lugar adecuado de trabajo a la escuela post-graduo, sino que tiene un matiz cargado de recuerdos. Quiero destacar en primer lugar el hecho mismo, que es la inauguración de este aula, optimizando las instalaciones y evitando gastos innecesarios adecuando un salón en disuso para brindar comodidad y confort a la*

*situación de enseñanza-aprendizaje de la Ortodoncia y de otras especialidades de nuestra profesión.*

*Quiero hacer conocer que motivó ponerle el nombre de "Dr. Elias Beszkin" a este salón. Nuestro queridísimo Dr. Beszkin, fue quien nos estimuló constantemente a montar una clínica para atención de los pacientes y a organizarnos como departamento de Ortodoncia. Junto con el Dr. Jaime Fiszman, hoy presente, en todos los*

*viajes ambos insistían con el mismo tema.*

*Quiero recordar que por el año 1982 el Dr. Víctor Ramón Gorostiaga a cargo de la comisión científica del Círculo, inicia los cursos de larga duración con el Ateneo Argentino de Odontología. Por aquella época el Dr. Beszkin y el Dr. Zielinsky, co-fundadores de dicha institución, el Dr. Fiszman, la Dra. Beatriz Lewkowicz, Dra. Stella Suárez, Dra. Liliana Periale, Dr. Rubén Gastiá, Dra. Liliana Doctorovich, Dra. Amanda Rizzuti, Dr. Eduardo Susman, Dr. Jorge Borrel, y tantos otros docentes que nos han brindado no solo su saber, su apoyo y su guía, sino que han promovido en muchos de nosotros las ansias de seguir aprendiendo en forma constante.*

*Muchos años han pasado desde entonces, 25 años, muchos fuimos alumnos que pasamos por las clases teórico-prácticas del Dr. Beszkin. En los inicios de los cursos dictados por el Ateneo, más de 60 alumnos nos hemos enriquecido con sus conocimientos y está en nuestra memoria el gusto de compartir muchos momen-*

*tos con este profesional apreciado y respetado por sus valores humanos, éticos y espirituales, pionero, emprendedor, hiperkinético, protector de sus colegas muy carismático. Fue nuestro padre en la Ortodoncia. Toda una vida dedicada a su vocación, proyectando en sus clases su devoción, hombre cabal y apasionado con sus ideas.*

*Lamentablemente nos dejó en el 2003, pero sus alumnos siempre lo recordaremos y este es un merecido homenaje en reconocimiento a su persona.*

*Quiero agradecer la presencia de la actual presidente del Ateneo, Dra. Beatriz Lewkowicz, y del maestro Dr. Jaime Fiszman, sabemos del esfuerzo que han realizado por estar presentes hoy aquí.*

*También agradezco al Dr. Guillermo Rivero y a toda la Comisión Directiva de nuestra institución, que han accedido y comprendido la importancia de contar con este espacio y asimismo la trayectoria del Dr. Beszkin que amerita este homenaje.*



Palabras alusivas del Dr. Oscar Sosa, Director de la Escuela de Posgrado

*A continuación nos correspondió brindar el homenaje, que preferimos, pidiendo disculpas, no fuese ni un obituario ni una enumeración de méritos académicos. Así pues amparados en una amistad de más de cincuenta años, y más de cuarenta y cinco de compartir la actividad Institucional, preferimos hablar de la personalidad y las condiciones humanas del amigo Elias, y de las casualidades y causalidades que dieron continuidad a tal amistad.*

*A continuación el Dr. Gorostiaga, Decano de los colegas misioneros, con 90 lúcidos años y aún en actividad, recordó sus primeras gestiones para llevar nuestros cursos a Misiones hace casi 25 años. Finalmente y con breves palabras cerró el homenaje la Dra. Beatriz Lewkowicz en nombre del Ateneo Argentino de Odontología.*

# Agenda de Congresos y Jornadas

Fuentes de información: A.D.A. (American Dental Association) - A.A.O. (Ateneo Argentino de Odontología)

## AÑO 2007 EN ARGENTINA

**2ª JORNADAS DE ACTUALIZACIÓN ODONTOLÓGICA DE ORAL-B**  
1 y 2 de junio de 2007  
Lugar: Buenos Aires  
e-mail: jornadas@oralb2007.com.ar  
www.oralb.com/jornadas

**JORNADAS REGIONALES DE OPERATORIA DENTAL Y ESTÉTICA DE LA SOCIEDAD DE OPERATORIA DENTAL Y MATERIALES DENTALES. SECCIONAL DE LA ASOCIACIÓN ODONTOLÓGICA ARGENTINA**  
8 y 9 de junio de 2007  
Lugar: Mendoza  
e-mail: sodymed@aaa.org.ar  
www.aaa.org.ar

**8º SIMPOSIO NACIONAL DE PREVENCIÓN Y EDUCACIÓN PARA LA SALUD BUCAL- 2º CONGRESO NACIONAL INTERINSTITUCIONAL**  
14 al 16 de junio de 2007  
Organiza: Confederación Odontológica de la República Argentina  
Lugar: Buenos Aires  
E-mail: congreso@cora.org.ar  
www.cora.org.ar/agenda.php

**4º CONGRESO INTERNACIONAL DEL ATENEO ARGENTINO DE ODONTOLÓGIA\*\* " 2º ENCUENTRO MÉDICO ODONTOLÓGICO**  
25 al 29 de junio de 2007. Buenos Aires, Argentina  
Organiza Ateneo Argentino de Odontología  
Informes e inscripción: tel. (5411) 4962-2727  
congreso2007@ateneo-odontologia.org.ar  
www.ateneo-odontologia.org.ar

**3ª JORNADAS INTERDISCIPLINARIAS DE PERIODONCIA**  
29 y 30 de junio de 2007  
Lugar: Salta-Jujuy  
Organizan: Asociación Odontológica Salteña y Círculo Odontológico de Jujuy  
Informes e inscripción: Asociación Odontológica Salteña (0387) 4311116  
Círculo Odontológico de Jujuy (0388)4223002

**JORNADAS DE TRAUMATISMOS OSTEO-PERIO-DENTALES**  
13 y 14 de julio de 2007  
Lugar: Buenos Aires  
Organiza: Círculo Argentino de Odontología  
www.lineip.com.ar

**JORNADAS INTERNACIONALES AAOFM 50º ANIVERSARIO**  
16 al 18 de agosto de 2007  
Informes e inscripción. Av. Directorio 1824, Capital Federal  
Tel.: 4632-6926  
e-mail: cursos@aaofm.org.ar  
www.aaofm.org.ar/50aniversario

**5tas. JORNADAS DE ACTUALIZACIÓN PERIODONTAL DEL ATENEO DE LA CATEDRA DE PERIODONCIA USAL/AOA**  
24 y 25 de agosto de 2007  
Lugar: Buenos Aires  
Informes e inscripción: Secretaría SAP, Junín 959 5to. Piso  
e-mail: sociedadargdeperiodoncia@gmail.com

**JORNADA ARGENTINA DE ORTODONCIA LINGUAL**  
23 al 25 de agosto de 2007  
Informes e inscripción: Sociedad Argentina de Ortodoncia. Montevideo 971 - Tel.: 54-11-4811-3220 y líneas rotativas  
email: info@saol.org.ar  
www.saol.org.ar

**JORNADAS 50º ANIVERSARIO**  
16 al 18 de agosto de 2007  
Organiza: Asoc.Arg. de Ortopedia Funcional de los Maxilares  
e-mail: cursos@aaofm.org.ar

**ESTETICOA 2007**  
31 agosto y 1 de septiembre de 2007  
Organiza: Círculo Argentino de Odontología  
Lugar: Buenos Aires  
www.lineip.com.ar

A la hora de cuantificar el rendimiento de una pieza de mano o contraángulo, los criterios normalmente referidos son las características en cuanto a velocidad y potencia de giro. En NSK reconocemos que la aplicación con precisión de toda la potencia de las piezas de mano NSK es particularmente esencial. Por tanto, el concepto de diseño de todas las piezas de mano NSK tiene especialmente en cuenta la diferencia de fuerza, tamaño y capacidad de movimiento de la mano humana. NSK proporciona un rendimiento poderoso en sus piezas de mano, la mano humana se encarga de aplicar este rendimiento con precisión.

**NSK**   
PRECISIÓN, DESEMPEÑO Y CONFIABILIDAD  
ORIGEN JAPÓN



**GRIMBERG**  
Dental Center  
Karlos T. de Alvear 2011 (C122AAE)  
Buenos Aires, Argentina  
Tel: (011) 481-4314  
0-800-44-GRIMBERG (47483)  
ventas@grimbergdentales.com

**GRIMBERG**  
Dental Cordoba  
Av. Vélez Sarsfield 308 (3500AAO)  
Córdoba, Argentina  
Tel: (0351) 452-2181  
0-810-277-3348  
cordoba@grimbergdentales.com

www.grimbergdentales.com

## ORTHO HOUSE

Ahora puede hacer su pedido al  
tel. / fax: (5411) 4771-6168 - cel. 15 6452-8639 / 15 6452-8664  
IMPORTADOR DE PRODUCTOS DE ORTODONCIA PROCEDENCIA USA, ITALIA Y BRASIL



ASESORAMIENTO PROFESIONAL GRATUITO

**III JORNADAS DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE IMPLANTOLOGIA ORAL**

5 y 6 de Octubre de 2007  
Lugar: Buenos Aires  
e-mail: info@saior.org.ar  
www.saior.org.ar

**34° JORNADAS INTERNACIONALES DE LA ASOCIACIÓN ODONTOLÓGICA ARGENTINA. 1° CONGRESO TEMÁTICO DIAGNÓSTICO Y ESTÉTICA**

1 al 3 de noviembre de 2007  
Lugar: Buenos Aires.  
e-mail: jornadas@aoa.org.ar  
www.aoa.org.ar

**XIV CONGRESO INTERNACIONAL Y IV EXPOSICIÓN DE COMERCIO, INDUSTRIA Y TÉCNICAS DE LABORATORIO**

9 al 12 de noviembre de 2007  
Organiza: Asociación de Protistas Dentales de Laboratorios de Buenos Aires  
Lugar: Buenos Aires  
e-mail: asociacion@aprod.com.ar  
www.aprod.com.ar

**AÑO 2007 EN EL EXTERIOR****53° REUNION DE LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ORTODONCIA**

2 al 6 de junio de 2007  
Lugar: Cádiz, ESPAÑA  
www.sedo.es

**ENCUENTRO ABIERTO DE LA ASOCIACIÓN EUROPEA DE ODONTOLOGIA ESTÉTICA**

14 al 16 de junio de 2007  
Lugar: Baden, ALEMANIA  
e-mail: info@eaed.org

**21° CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA**

14 al 17 de junio de 2007  
Lugar: Hong Kong, CHINA  
e-mail: info@iapd2007.com

**83° CONGRESO DE LA SOCIEDAD DE ORTODONCIA EUROPEA**

20 al 24 de junio de 2007  
Lugar: Berlín, ALEMANIA  
e-mail: info@eos2007.de  
www.eos2007.de

**ENCUENTRO ANUAL DE LA ACADEMIA DE ODONTOLOGIA GENERAL**

27 de julio al 1 de agosto de 2007  
Lugar: San Diego, USA  
e-mail: AGDMeet@agd.org

**7° CONGRESO MUNDIAL DE ENDODONCIA**

22 al 25 de agosto de 2007  
Lugar: Vancouver, CANADÁ  
e-mail: ifea2007@meet-ics.com  
www.meet-ics.com

**III JORNADAS DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE IMPLANTOLOGIA ORAL**

5 y 6 de Octubre de 2007  
Lugar: Buenos Aires  
e-mail: info@saior.org.ar  
www.saior.org.ar

**AÑO 2008 EN EL PAIS****JORNADAS ACTO 2008 - SOCIEDAD DE OPERATORIA DENTAL Y MATERIALES DENTALES - SECCIONAL DE LA ASOCIACIÓN ODONTOLÓGICA ARGENTINA**

12, 13 y 14 de junio  
Lugar: Buenos Aires  
Informes: SODYMD - Junín 959, 5° Piso  
Tel.: (54-11) 4961-6141 Interno 222  
E-mail: sodymd@aoa.org.ar  
www.aoa.org.ar

**3° CONGRESO DE LA FEDERACIÓN ÍBERO PANAMERICANA DE PERIODONCIA 30° REUNIÓN DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE PERIODONTOLOGÍA - SECCIONAL DE LA ASOCIACIÓN ODONTOLÓGICA ARGENTINA**

20 al 22 de noviembre  
Lugar: Buenos Aires  
Informes e inscripción:  
Secretaría SAP - Junín 959 5° Piso  
Tel.: (011) 4961-6141 Int. 412

**ENCUENTRO ANUAL DE LA ACADEMIA DE ODONTOLOGIA OPERATIVA**

20 al 22 de febrero  
Lugar: Chicago, USA  
e-mail: gesaad@ufl.edu  
www.operativedentistry.com/annual\_up

**AÑO 2008 EN EL EXTERIOR****21° CONGRESO AUSTRALIANO DE ORTODONCIA**

1 al 5 de marzo  
Lugar: Gold Coast, AUSTRALIA  
e-mail: info@aso08.com.au  
www.aso08.com.au

**6ta. CONFERENCIA DE LA SOCIEDAD ORTODONCIA DE ASIA PACIFICO**

28 al 30 de marzo de 2008  
Lugar: Bangkok, TAILANDIA  
e-mail: apoc2008@gmail.com  
www.apoc2008.com

**24° SESION CIENTIFICA ANUAL DE LA ACADEMIA AMERICANA DE ODONTOLOGIA COSMETICA**

6 al 10 de mayo de 2008  
Lugar: Los Angeles, USA

e-mail: bobh@aacd.com  
www.aacdatlanta.com/

**61° SESION ANUAL DE LA ACADEMIA AMERICANA DE ODONTOLOGÍA PEDIÁTRICA**

22 al 26 de mayo de 2008  
Lugar: Washington, USA  
e-mail: jrutkauskas@aapd.org  
www.aapd.org/events/

**ENCUENTRO ANUAL DE LA ACADEMIA AMERICANA DE IMPLANTOLOGIA ODONTOLÓGICA**

29 de octubre al 2 de noviembre de 2008  
Lugar: San Diego, USA  
e-mail: laurie@aaid-implant.org  
www.aaid-implant.org

**21a. CONFERENCIA ANUAL DE LA ASOCIACIÓN TAIWANESE DE ORTODONCIA**

13 al 14 de diciembre de 2008  
Lugar: Taipei, TAIWÁN  
www.tao.org.tw

**Consultorio de Radiología Dento-Máxilo Facial**

43 años acompañando a los odontólogos y médicos argentinos

.radiografías

.telerradiografías con estudios cefalométrico convencionales y computados

.radiografías panorámicas condilografías

.implantogramas: intraorales y extraorales

aranceles preferenciales a socios del Ateneo.

Profesor Dr. Angel J. Vázquez y Dr. E. R. Cura  
Horario: de lunes a viernes de 9,30 a 19 hs. / sábados de 9,30 a 12,30 hs.

**B&W**

Sistema de implantes

Creciendo en Latinoamérica con la mejor relación **calidad, servicio y precio**

Desarrollamos productos a su medida desde 1996

Argentina | Chile | Ecuador | México | Perú | Uruguay

**www.bywgroup.com**Implante Evolucion II  
(Cilindrico  
exágono externo)Implante NG  
(Cónico  
hexágono externo)Implante M.E.I.  
(Cónico Morse 8°)Implante IT  
(Transitorio)Implante M.I.T.O.  
(Microimplante de  
tracción ortodóntica)Fillerbone  
(Relleno oseó  
bioactivo)

Fisiodispenser



Kit de Cirugía

Las fotos de productos no estan en escala

bywargentina@bywgroup.com - Te.: (011) 4863-7878 - Av. Corrientes 3859 7° H - C1194AAE Ciudad Autónoma de Buenos Aires

En 44 estudios clínicos controlados, en más de 100 publicaciones incluyendo 58 posters y 56 artículos científicos...\*

## Hay Algo para Recordar...

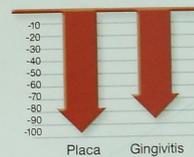
Está comprobado que la fórmula patentada **Colgate Total® 12**, con Triclosano / Copolímero, combinada con un correcto cepillado ayuda a prevenir la inflamación gingival<sup>1,2</sup> de 2 formas.<sup>2,5</sup>

- Provee 12 horas de acción antibacteriana y ayuda a prevenir la formación de placa bacteriana que conduce a la gingivitis.<sup>2</sup>

Hasta un 98% de mayor reducción de placa.<sup>1,2†</sup>  
Hasta un 88% de mayor reducción de gingivitis.<sup>1,2†</sup>

- El Triclosano inhibe los mediadores responsables de la inflamación gingival.<sup>5††</sup>

70% de inhibición de PGE2- un mediador clave.<sup>5††</sup>



Porcentaje de reducción adicional comparado con otros dentífricos



La fórmula patentada de Triclosano / Copolímero proporciona una acción dual antibacteriana y ayuda a prevenir la inflamación. Compruebe la protección que **Colgate Total® 12** le proporciona.

**12 Horas de Protección Antibacteriana + Ayuda a prevenir la inflamación.**

\* gingivitis.  
† vs. crema dental con fluoruro.  
†† simulado por 300 pg/mL L18 in vitro.  
\*\* información disponible en [www.colgateprofesional.com](http://www.colgateprofesional.com)

1. Data on file, Piscataway, NJ: Colgate-Palmolive Technology Center. 2. Hoopes AR, et al. A review of plaque, gingivitis, calculus and caries clinical efficacy studies with a fluoridated dentifrice containing Triclosan and PVP/MA Copolymer. J Clin Dent 1996 7 (suppl):S1-S14. 3. Mustafa M, et al. Effect of Triclosan on interleukin-1 beta production in human gingival fibroblasts challenged with tumor necrosis factor alpha. Eur J Oral Sci 1998 Apr; 106 (Pt 1): 63-74. 4. Gaffar A, Scher et al. The effect of Triclosan on mediators of gingival inflammation. J Clin Periodontol 1995 Jun; 22 (6): 469-74. 5. Mader T, et al. Triclosan reduces prostaglandin biosynthesis in human gingival fibroblasts challenged with interleukin-1b in vivo. J Clin Periodontol 1998 Oct; 25 (10): 387-93.

© 2005 Colgate-Palmolive

Visite [www.colgateprofesional.com](http://www.colgateprofesional.com)

En Hipersensibilidad dentinaria

# Sensident

FLUORURO DE SODIO • NITRATO DE POTASIO

## Solución Efectiva

**Novedad**

**COLUTORIO**  
incoloro

**...para llegar a zonas  
de difícil acceso**

**PASTA DENTAL**



**con XILITOL**

**Presentaciones:**

- Pasta dental x 90 g
- Colutorio x 250 y 500 ml.

