

Declaraciones FDI - Sidney - Septiembre 2003

Vol. XLIII / Núm. 1 • Enero - Abril de 2004

- *Editorial*
- *Ortodoncia basada en la evidencia científica*
- *Asimetrías cráneo - faciales*
- *Ránula sublingual*
- *Halitosis: nuevas herramientas para un viejo desafío*

*Jornadas 50º Aniversario del A. A. O.
Buenos Aires 7 al 12 de Junio de 2004*

*50º
aniversario
1953 - 2003*

Programa Final

- *Quistes Odontogénicos*
- *Declaraciones FDI*
- *Noticias Gremiales*
- *Agenda de Congresos y Jornadas*



Revista del Ateneo Argentino de Odontología

R.A.A.O.

Unidad Operativa de la
UNIVERSIDAD
FAVALORO

Dirección:

Anchorena 1176.

(C1425 ELB) Cap Fed.

ISSN 0326-3827

*La salud bucal de la población está en peligro:
Declaración FOCIBA - Abril 2004*

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. Isabel Adler
Dr. Jorge García
Dr. Mario Torres
Dr. Luis Zielinsky

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 XLIII • Núm. 1
Enero - Abril de 2004

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 las revistas congeneres. We wish to exchange with similar magazines. Um Austausch wird gebeten.

**COMISION DIRECTIVA
(PERIODO: 2004 - 2005)**

Presidente: Dra. Beatriz Lewkowicz
Vicepresidente: Dr. Carlos Alberto Vaserman
Secretario: Dra. Liliana Periale
Prosecretaria: Dra. Lilian Pivetti
Tesorera: Dra. Marcela Sanchez
Protesorera: Dra. Rosario Santoro

VOCALES

Titulares: Dr. Jose Adonaylo, Dra. Noemi Lisman
Dra. Beatriz G. Lombardo, Dr. Armando Pollero
Dra. Angela Vallone, Dr. Hector Ziegler
Suplentes: Dra. Ester Ganiewich, Dra. Diana Kaplan
Dra. Graciela Libonatti, Dr. Eduardo Muiño
Dr. Sergio Randazzo, Dr. Lucio Scalzo

COMISIÓN FISCALIZADORA

Titulares: Dr. Mario Daniel Torres,
Dr. Jaime Juan Fiszman, Dr. Claudio Sklar
Suplentes: Dra. Sara Sneibrun, Dra. Mabel Landesman
Dra. Ana Maria Caputo

TRIBUNAL DE HONOR

Dres.: Henja F. De Rapaport - Catalina Dvorkin
María Rosa Valsangiacomo - Marta Dascal - Luis Zielinsky
Leonardo Voronovitsky - Edith Losoviz - Silvia Rudoy
Moisés Gerszenszteig

COMITÉ ACADÉMICO

Dra. Isabel Adler - Dra. Noemí Bordoni - Dr. Ariel Gómez
Dra. Beatriz Lewkowicz - Dra. Edith Losoviz

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

Presidente: Dra. Amanda Rizutti
Vicepresidente: Dra. Stella Maris Flores De Suarez
Secretaria: Dra. Graciela Resnik
Tesorera: Dra. Ana María Kriguer

VOCALES

Titulares: Dra. Ester Ganiewich, Dra. Gema Brizuela,
Dra. Marta Sarfatis, Dra. Beatriz Graciela Lombardo.
Suplentes: Dr. Luis Zielinsky, Dra. Edith Losoviz,
Dra. Beatriz Lewkowicz, Dra. Liliana Periale.

TRIBUNAL DE EVALUACIÓN

Dres.: Ester Ganiewich - Noemi Lisman
Beatriz Lombardo - Eduardo Muiño - Liliana Periale - Graciela Resnik
Amanda Rizutti - Marta Sarfatis - Luis Zielinsky

Editorial**Como preparan las Universidades a los odontólogos
frente a la nueva realidad del ejercicio profesional**

En el marco del Congreso de la Asociación Odontológica Argentina (AOA) se debatió, entre los Decanos nucleados en la Asociación de Facultades de Odontología de la República Argentina (AFORA), sobre el tema del título.

Las autoridades del Ateneo Argentino de Odontología (AAO) me solicitaron la posibilidad de resumir por escrito los conceptos que expresara en esa oportunidad.

Creo que cabe preguntarse ¿cuál es la realidad actual del ejercicio profesional? y además, determinar qué circunstancias agregadas al contexto de la realidad socioeconómica que vivimos han contribuido a deteriorarla. Seguramente, coincidiremos, en que fueron intereses no-académicos, intereses pertenecientes a la esfera del poder económico que lograron corroer los sagrados conceptos del pensamiento hipocrático.

La única realidad es, en general, la pauperización del ejercicio de la odontología y, también, de la medicina.

¿Qué deberían hacer las Universidades? ¿Cuál es el rol que le corresponde frente a la malversación de los principios éticos que deben presidir las actividades académicas y científicas?

La educación es una apuesta al presente mediato y al futuro y las Universidades deben necesariamente apostar a la Calidad de la enseñanza. Es inadmisibles, desde mi humilde opinión, formar profesionales siguiendo las leyes del mercado. Los alumnos no son clientes ni la educación una mercancía. En resumen, la tarea de las universidades hace a la esencia misma de su naturaleza: formar profesionales, docentes e investigadores de la más alta jerarquía académica y científica capacitados para mantener los innegociables principios de libertad, respeto y abnegación. Seguimos apostando al concepto de educación como bien social, como el único instrumento que favorecerá el desarrollo de los pueblos, su emancipación y su capacidad para decidir su futuro frente a estructuras diseñadas especialmente para evitarlo.

No podemos aceptar que sistemas de seguridad social o prepagas ineficientes consideren a los pacientes como clientes ni que la Organización Mundial del Comercio pretenda establecer que la educación es un servicio. Considero abominable que el profesional y el paciente sean considerados clientes consumidores.

A pesar de las crisis económicas y su incidencia sobre el ejercicio profesional las Universidades deben, repito, mantener y aumentar la excelencia y la calidad de la enseñanza.

Solo así, en la búsqueda de la excelencia los egresados ejercerán su profesión e incorporarán el fuego sagrado de la superación que incuestionablemente los guiará a la educación continua para fortalecer sus conocimientos y destrezas.

No menos importante es que los universitarios honestos se conviertan en auténticos líderes para ocupar los puestos ocupados por los mercantilistas de turno.
 Adaptar la enseñanza a las teorías del mercado conspira contra la calidad académica/científica. Estoy convencido que cuanto mayor es la crisis económica se debe brindar una mayor y mejor educación. Cuanto mayor es el nivel de formación profesional mejor será la capacidad de adaptación a situaciones extremas.
 No propongo formar un profesional "autista", alejado de la realidad socio-económica del país. Lejos, muy lejos, estoy de este pensamiento.
 La importancia que le asigno a este tema se ve claramente en el aumento de la actividad social que cumple nuestra Facultad.
 Más allá, de la labor de distintas cátedras en vastos sectores de pobreza de la Capital Federal y cono-urbano bonaerense, la atención integral a cargo de la Facultad se amplió hasta el límite de nuestras posibilidades.
 Por ejemplo, la Cátedra de Odontología Preventiva y Comunitaria cumplió 20 años de labor en Caraguatay (Misiones), el programa de atención a comunidades del N.O. argentino (en conjunto con Gendarmería Nacional) lleva 4 años, la asistencia en la propia Facultad aumentó considerablemente, etc., etc.
 Por lo tanto, los alumnos conocen perfectamente, además por otras temáticas abordadas desde el plan de estudios, las "nuevas" formas de ejercicio profesional.
 Pretender que la enseñanza de la Odontología, so-pretexto de la "nueva realidad", siga las leyes del mercado es negar la esencia de la educación, es negar la condición humana.
 Me gustaría realizar un llamado de atención: cuando atendemos somos profesionales cuando nos atienden somos pacientes y no queremos que nos traten como clientes.
 Seguimos apostando a formar profesionales capacitados para desempeñarse en un modelo de asistencia que se oriente hacia el paciente y la comunidad, centrado en los resultados científicos y tecnológicos actualizados con una fuerte sensibilidad social y comprometidos con el bien común.
 Para "combatir" la pauperización profesional conozco un solo camino: la unidad. Las entidades académicas, científicas, gremiales y los demás odontólogos todos unidos y solidarios en defender la calidad de la atención odontológica y la naturaleza social de la educación es nuestra única esperanza.

Los pacientes y nuestra propia dignidad lo reclaman.

Prof. Dr. Máximo Juan GIGLIO
Decano FOUBA
Editorialista Invitado

R.A.A.O.

Revista del Ateneo Argentino de Odontología

RAAO • Vol. XLIII / Núm. 1 • Enero - Abril de 2004

Sumario

-
- 3 Editorial.**
-
- 8 Ortodoncia basada en la evidencia científica.** - *Dra. I. Adler - Dr. E. Muiño*
-
- 12 Asimetrías cráneo - faciales** - *Dra. L. Stefani de Podskubka*
-
- 17 Tumor Hiperplásico simple - Ránula sublingual** - *Dr. C.A. Peña - Dr. N. J. Sacot*
-
- 24 Halitosis: nuevas herramientas para un viejo desafío.** - *Dr. B. Levit*
-
- 29 Jornadas 50º Aniversario - Programa Final**
-
- 36 Quistes Odontogénicos.** - *Dr. A. R. Vallejos - Dra. M. S. Briend*
-
- 44 Declaraciones FDI - Sidney - Septiembre de 2003**
-
- 51 Gremiales**
-
- 53 Información para los autores**
-
- 54 Agenda de Congresos y Jornadas 2004**
-

Ortodoncia basada en la evidencia científica

Dra. Adler Isabel* - Dr. Muño Eduardo**

Resumen

La finalidad del presente trabajo es informar al odontólogo-ortodoncista cual es el fundamento del modelo de decisiones basado en la Evidencia y de ese modo interesarlo para que el mismo sea capaz de aplicar el método científico a la resolución de problemas en su especialidad y disponga de las herramientas necesarias para el manejo de las innovaciones tecnológicas. Transformar el problema en pregunta y responder esa pregunta clínica con la mejor evidencia disponible y poder realizar un análisis crítico de la misma. Para ello la Evidencia hallada debe ser Válida, tener Impacto y Aplicabilidad. La American Dental Association of Orthodontists define a la Odontología Basada en la Evidencia como un enfoque para el cuidado de la salud oral que requiere la integración con juicio crítico de la evaluación sistemática de la evidencia científica clínica relevante relacionada con la experiencia clínica del odontólogo, la historia oral y médica del paciente, su necesidad de tratamiento y sus preferencias.

La enseñanza de la Ortodoncia Basada en la Evidencia significa un cambio donde el profesional, de ser almacenador de información, pasa a ser un profesional manejador de la misma.

Palabra clave

Ortodoncia basada en la evidencia clínica práctica

El modelo de decisiones basado en la evidencia reestructura la manera de resolver los problemas clínicos. Es un proceso de aprendizaje continuo que busca integrar la experiencia clínica individual con la mejor evidencia externa disponible y las preferencias de nuestros pacientes.⁽⁸⁾

Es así como surge en los últimos años del siglo XX la Medicina Basada en la Evidencia (MEB) bajo la dirección del Dr. Gordon Guyatt en la universidad de MC MASTER en Canadá y del Dr. David Sackett en la universidad de OXFORD. Este último dirige el Centre for Evidence Based Medicine (CEBM).^(5,8)

En el momento de decidir el tratamiento de ortodoncia adecuado para cada paciente, los profesionales deberían basar su práctica en su experiencia personal (o la de expertos en el tema), respaldada por la mejor Evidencia Científica disponible.

*Docente FOUBA-Miembro del Comité Académico de la Unidad Operativa Ateneo Argentino de Odontología de la Universidad Favaloro. Ex coordinadora de Investigaciones Odontológicas del Centro de Estudios Médicos e Investigaciones Clínicas. (CEMIC).

Summary

The aims of this study is to inform the dentist-orthodontist about Evidence-Based dentistry and at this rate, to interest him in being capable of application the scientific method to the problems resolution in his speciality and to make use of the necessary tools for the handling of technologic innovations. It is also to transform the problem in question, and to answer that clinical question with the best available evidence and to realise a critical analysis of this. That is why the founded evidence must be valid must have impact and applicability.

The American Dental Association of Orthodontists developed the following definition: an approach to oral health care that requires the judicious integration of systematic assessments of clinically relevant scientific evidence, relating to the patients oral and medical condition and history, with the dentist's clinical expertise and the patient's treatment needs and preferences.

The evidence-based Orthodontics teaching means a change when the professional happens to handle the information.

Key Words

Evidence-Based orthodontist in clinical practice.

Por lo tanto, el profesional debe integrar conceptos y ejercitar destrezas para el manejo de la información en ortodoncia, realizar una adecuada búsqueda e interpretar críticamente la literatura.

El primer artículo de Odontología Basada en la Evidencia fue publicado en 1995 por Derek Richards y Alan Lawrence.⁽²⁾

Richards es director del Centre for Evidence Based Dentistry, primer sitio de odontología basada en la evidencia del mundo.⁽²⁾

La práctica de la odontología basada en la evidencia busca mejorar los resultados de la atención a los pacientes a través de un proceso de toma de decisiones sustentados por la mejor Evidencia Científica disponible.

La American Dental Association define a la Odontología Basada en la Evidencia como un enfoque para el cuidado de la salud oral que requiere la integración con juicio crítico

**Coordinador y Docente de la Carrera de Especialización en Ortodoncia de la unidad operativa Ateneo Argentino de Odontología, de la Universidad Favaloro. Responsable del área Docente Asistencial del A.A.O.

co de la evaluación sistemática de la evidencia científica clínica relevante relacionada con la experiencia clínica del odontólogo, la historia oral y médica del paciente, su necesidad de tratamiento y sus preferencias.

Como consecuencia de esta definición vemos que la misma se sustenta en tres pilares fundamentales:⁽²⁾

- ✓ EXPERIENCIA CLÍNICA
- ✓ EVIDENCIA CIENTIFICA
- ✓ PREFERENCIAS DEL PACIENTE (Fig. 1).

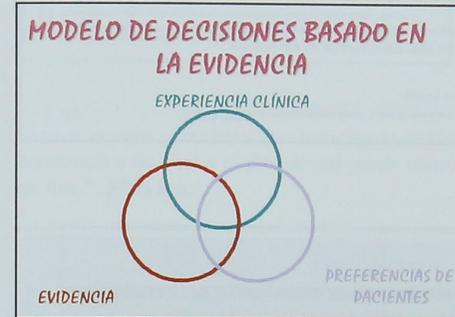


Fig. 1

La estrategia básica de la Odontología Basada en la Evidencia radica en los siguientes ítems:

✓ CONVERTIR LA INFORMACIÓN QUE REQUERIMOS EN PREGUNTAS QUE PUEDAN SER RESPONDIDAS.

✓ BÚSQUEDA CON EL MÁXIMO DE EFECTIVIDAD DE LA MEJOR EVIDENCIA DISPONIBLE.

✓ EVALUACIÓN CRÍTICA DE LA EVIDENCIA: VALIDEZ Y APLICABILIDAD.

✓ APLICAR LOS RESULTADOS DE LA BÚSQUEDA A NUESTRA PRÁCTICA

Una buena pregunta con enfoque clínico debe responder claramente los siguientes aspectos:

1. El paciente: descripción de la población (sexo, edad hábitos, factores agravantes etc)

2. La intervención, pronóstico o exposición: establecer si la intervención es de diagnóstico, tratamiento, prevención.

3. Comparación: Tratamientos alternativos, distintas técnicas para arribar al diagnóstico.

4. Resultados: determinar en términos cuantificables clínicamente si se puede mejorar la práctica a realizar.⁽⁸⁾

Los niveles de Evidencia de acuerdo al grado de significación son:

GRADO I META-ANÁLISIS-ENSAYOS CLÍNICOS CONTROLADOS ALEATORIZADOS-REVISIONES SISTEMÁTICAS.

GRADO II-1 ENSAYOS CLÍNICOS CONTROLADOS No Aleatorizado

GRADO II-2 ESTUDIOS DE COHORTES:

a-Prospectivo b-Retroactivo

GRADO II-3 SERIES con o sin grupo control

GRADO III OPINIÓN DE EXPERTOS, ESTUDIOS DESCRIPTIVOS

Estos niveles de Evidencia fueron establecidos por los miembros de la NHS R&D Centre for Evidence - Based Medicine (Chris Ball, Dave Sackett, Bob Philips, Brian Haynes and Sharon Strauss)⁽⁸⁾

Una vez definida la pregunta con enfoque clínico, uno debe consultar alguna base de datos para buscar la evidencia requerida.⁽⁵⁾

Las bases de datos odontológicas electrónicas más frecuentemente utilizadas son: COCHRANE ORAL HEALTH GROUP, MEDLINE-PUBMED, EMBASE, CENTRE FOR EVIDENCE BASED DENTISTRY (CEBD), NATIONAL INSTITUTE OF DENTAL and CRANIO-FACIAL RESEARCH (NIDCR), LILACS. (Fig. 2-3).

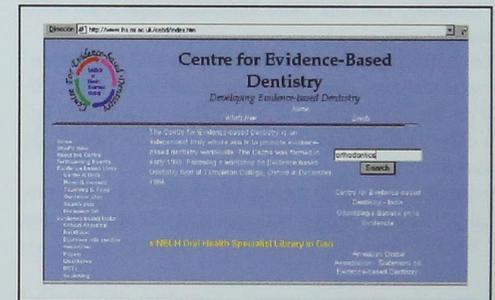


fig. 2

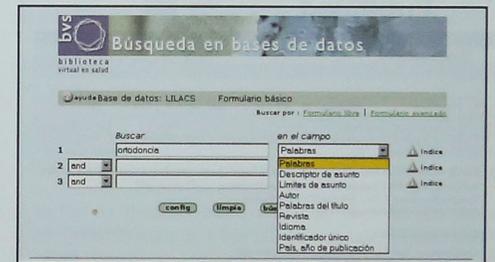


fig. 3

La Biblioteca Cochrane es una base de datos que selecciona artículos de relevancia clínica que cumplen con una serie de rigurosos criterios. (Fig. 4)

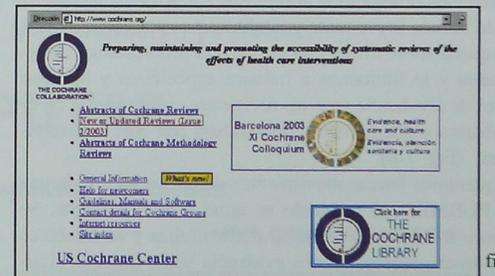


fig. 4

Vemos los trabajos de revisión y protocolos de ortodoncia que se encuentran en la Colaboración Cochrane. (3,4)

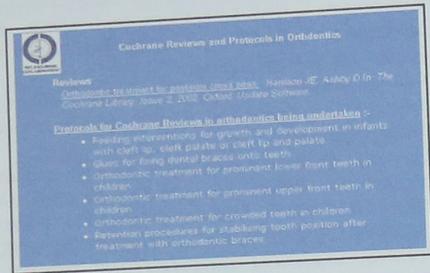


fig.5

En el ámbito de la Salud, MEDLINE es la base de datos más utilizada, con una indexación que supera las 4000 revistas por año.

Sackett estima que un profesional de la salud para mantenerse actualizado debería leer un promedio de 19 artículos al día los 365 días del año. Lo cual es imposible de llevar a cabo y además muchos de estos artículos carecen de relevancia clínica. (8)

Si pedimos a PUBMED un artículo de ortodoncia vemos que al 13-04-04 tenemos para consultar 28.905 trabajos (Fig. 6).

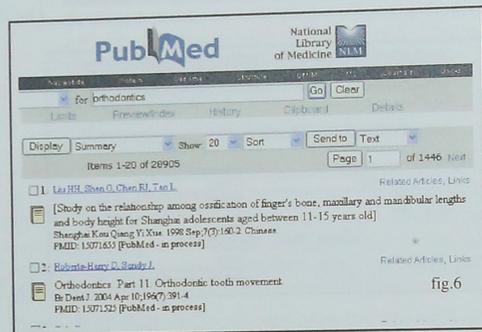


fig.6

Para agilizar nuestra tarea, las bases de datos cuentan con filtros metodológicos o límites que simplifican la misma. Si definimos la pregunta y establecemos por ejemplo, una búsqueda sobre el tratamiento de una problemática determinada y lo limitamos a trabajos específicos y máximo nivel de Evidencia (por ej: revisiones sistemáticas) comprobaremos que existe un solo trabajo con esas características. (Fig. 7-8).

Si queremos buscar movimientos dentarios en ortodoncia en PUBMED, el resultado es igual a 4611 trabajos. Se reduce a 19 si se recurre al ítem límites y se establece que únicamente queremos evidencia sobre trabajos clíni-

cos, en pacientes menores de 18 años y realizados en los últimos cinco años, (Fig.9,10,11).

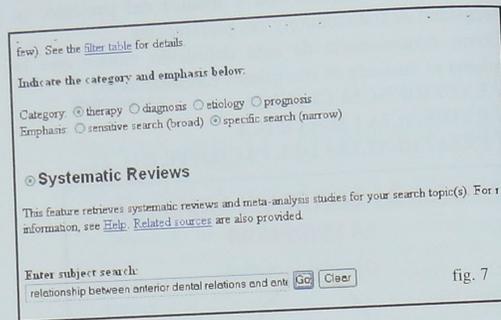


fig. 7

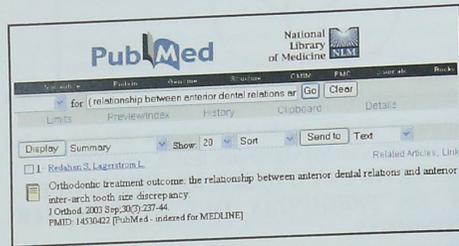


fig. 8

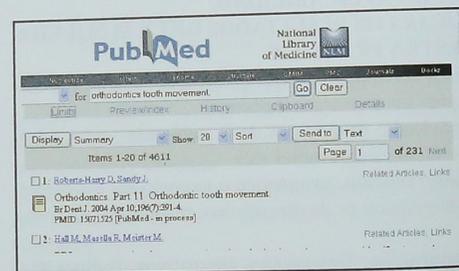


fig.9

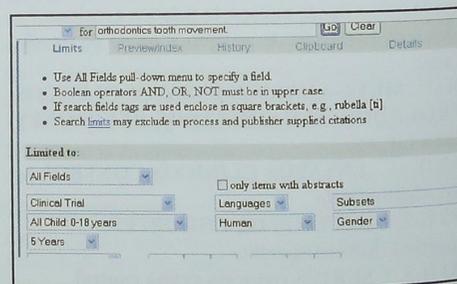


fig.10

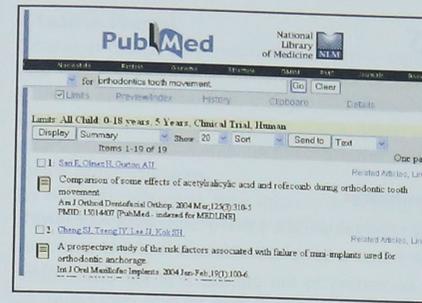


fig.11

Existen centros y revistas que manejan la evidencia en ortodoncia a las cuales el profesional puede consultar vía on-line (9). Ellas son:

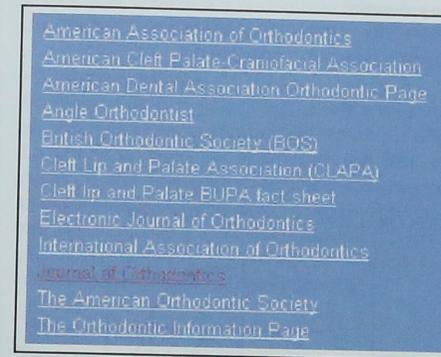


fig. 12

Una vez seleccionada nuestra Evidencia debemos realizar un análisis crítico de la misma y considerar que debe ser Válida, tener Impacto y pueda ser Aplicada. (VIA). Existen dos tipos de validez: interna y externa. La validez interna va a estar dada por el control del error o sesgo sistemático (sesgo de selección, sesgo de medición etc.) y un

buen diseño. La validez externa o capacidad de generalización es el grado en que los resultados de un estudio pueden aplicarse a personas. La validez interna es necesaria para que exista validez externa.

El impacto está dado por el resultado del estudio en cuanto a la magnitud y la precisión del efecto. Por último los resultados de este estudio deben ser beneficiosos para el paciente. (aplicable).

La enseñanza de la Ortodoncia Basada en la evidencia significa un cambio donde el profesional de ser almacenador de información pasa a ser un profesional manejador de la misma.

BIBLIOGRAFÍA

1-Ackermn M. Evidence-based orthodontist for the 21st century. JADA 2004. Vol 135: 162-167

2-Amid I. Evidence-based dentistry in clinical practice. JADA 2004. Vol 135 78-83.

3- Cochrane Reviewers' Handbook Glossary (Updated March 2001), The Cochrane Library, Issue 2 Oxford: Update Software, 2002. Updated quarterly

4- Cochrane Collaboration Oral Health Group (CCOHG). Oral Health Review Group Journal Hand Searchers' Manual. Manchester: Cochrane Oral Health Group, 1999

5- Guyatt GH, Sackett DL, Sinclair JC, Hayward R, Cook DC. Users' guide to the medical literature: IX A method for grading healthcare recommendations. JAMA 1995; 274: 1800-4

6-Harrison J. E. Evidence-based orthodontics J. Orthod. 2003 30: 80-81

7-Harrison J. E How to ... find the evidence J. Orthod. 2003 30: 72-78

8-Sackett D Evidence-based medicine. How to practice and teach EBM. 2º editions. Churchill Livingstone. Toronto 2000.

Dirección de los Autores:
liadler@intramed.net.ar

Software de Gestión y desarrollos a medida. Equipos Informáticos
Diseño e instalación de redes. Mantenimiento y reparación.



Mucho más que una respuesta · Soluciones

TE.: 4836-1545/1971

eMail: computar@sonria.com

Asimetrías Cráneo - Faciales

Dra. Laura Stefani de Podskubka*

Resumen:

En este artículo se describen las distintas asimetrías craneofaciales y las posibles clasificaciones de acuerdo a sus causas y estructuras óseas involucradas. Además, se considera un estudio sobre la radiografía panorámica para el diagnóstico de la asimetría mandibular de fácil aplicación clínica.

Palabras Clave:

Asimetría, crecimiento craneofacial, discrepancias esqueléticas, radiografía panorámica.

Summary:

This article encloses a review of craniofacial asymmetry and a set of classifications of this asymmetry according to the causes and the craniofacial bones involved. Additionally, the article provides a methodologic study with a clinical application over condilar height on panoramic radiographs.

Key words:

Asymmetry, craniofacial growth, skeletal discrepancies, panoramic radiographs.

EXPLORACIÓN VISUAL DE LA CARA

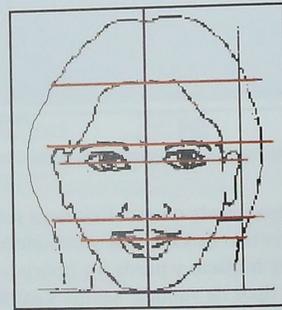


Fig. 1

La exploración directa de la cara es un punto fundamental del diagnóstico ortodóncico, hay que observar la forma y proporciones faciales para caracterizarla y clasificarla adecuadamente. Colocaremos al paciente con las arcadas en oclusión, los labios relajados, el plano de Frankfurt paralelo al suelo y mirando al horizonte. Inmediatamente podemos clasificar al paciente de acuerdo a su biotipología de acuerdo al predominio muscular (pterigoideo, temporal, maseterino), o a su tendencia de crecimiento (dólicofacial, braquifacial, mesofacial).

INTRODUCCIÓN

La asimetría craneofacial se expresa como la diferencia en tamaño o relación entre las dos mitades de la cara. Esto puede ser el resultado de discrepancias en la forma de los huesos del individuo o en la malposición de uno o más huesos del complejo maxilofacial¹.

Incluso las caras más armónicas y atractivas presentan ligeras asimetrías. Si dividimos una fotografía de frente de una persona en dos y duplicamos las mitades y las unimos, obtendremos dos imágenes del mismo individuo en algunos casos muy diferentes entre sí². La simetría perfecta es un concepto teórico que no se encuentra en ningún ser vivo.

Son múltiples las causas de las asimetrías; un primer grupo lo forman las malformaciones genéticas y congénitas: microsomías hemifaciales, labios leporinos, fisuras palatinas, entre otras. Los traumatismos (especialmente de la ATM) producen asimetrías por problemas condilares. Por último, están los factores locales capaces de provocar asimetrías oclusales y funcionales, que con el tiempo pueden convertirse en esqueléticas. Dentro de este apartado están los hábitos de succión, masticación unilateral, interferencias oclusales, que producen mordida cruzada por una malposición dentaria.

CLASIFICACIÓN DE LAS ASIMETRÍAS

Según su sentido:

•ASIMETRÍAS VERTICALES

La asimetrías verticales se controlan a ambos lados de la línea media sagital y en sentido vertical, viendo si están a la misma altura las estructuras faciales. Se ayuda con los planos antes mencionados: bipupilar, infraorbitario y comisural (Fig. 3). Si observamos un desequilibrio, deberemos sospechar que también estarán afectadas en su forma y tamaño las bases óseas maxilares. Una situación muy grave es cuando hay una asimetría vertical del plano oclusal, es decir cuando está inclinado (Fig. 4) con respecto a la horizontal⁴.

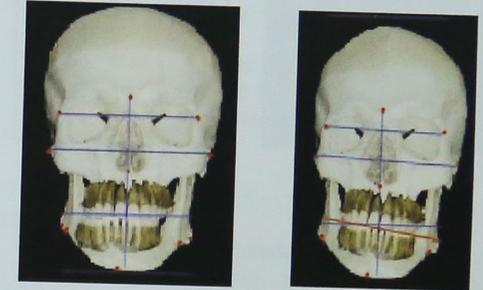


Fig. 3 y 4

•ASIMETRÍAS TRANSVERSALES

Se controlan a ambos lados de la línea media sagital, en sentido transversal. Es conveniente marcar tres puntos sobre la piel: punto interpupilar, subnasal y pogonion blando (Fig. 5). A partir del punto subnasal se produce la desviación del mentón hacia un lado (Fig. 6). Generalmente se acompañan con una mordida cruzada unilateral.

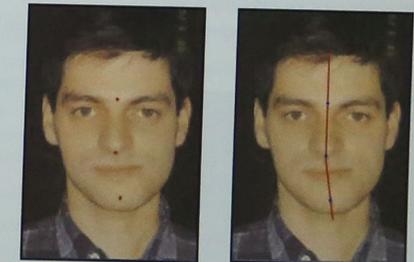


Fig. 5 y 6

- Análisis Frontal³

Se trazan cuatro perpendiculares al plano sagital medio, que son tangentes a la línea de implantación del pelo, glabella, el punto subnasal y el gnation. Estas líneas dividen la cara en tres tercios, las zonas deben tener igual altura para que los tercios medio o inferior estén debidamente proporcionados.

La boca ubicada en la zona inferior de la cara, debe estar a un tercio de la nariz y a dos tercios del mentón.

- Altura Facial

Se toma como referencia el plano superciliar que se mide verticalmente hasta gnation, lo que determine la altura de la cara.

- Índice Facial

Se relaciona la altura facial con la anchura facial que es la distancia bicigomática y el resultado determina el tipo de cara: ancha, media o larga.

- Simetría Vertical

Se valora si la cara guarda una simetría vertical al comparar ciertas estructuras bilaterales simétricas (Fig. 1). La hemifacies puede ser más larga o más corta en ciertas zonas. Se emplean como referencia el plano superciliar, el plano subnasal, el plano infraorbitario y el plano comisural. El paralelismo o divergencia recíproca de estos cuatro planos faciales sirve para valorar la simetría vertical de ambas hemifacies y localizar el defecto.

- Simetría Transversal

Tiene como objetivo comprobar si la mandíbula está centrada. Una buena forma de detectarla es mirando al paciente desde atrás y arriba, estando el paciente sentado en el sillón o siguiendo la línea media de la cara con un instrumento recto (Fig. 2).

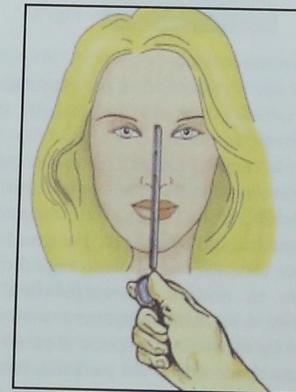


Fig. 2

* Coordinadora y Docente de la signatura "técnica combinada Kiss 81" I y II de la carrera de Especialización en Ortodoncia - A.A.O. - U.Favaloro Recibido para su publicación en Agosto de 2003

Según su causa se dividen en :

- **FUNCIONALES** : asimetrías que se manifiestan en los movimientos mandibulares asimétricos.
- **ESQUELETALES** : asimetrías en ubicación y en tamaño de las estructuras óseas.

Según las estructuras⁵ afectadas :

1. Asimetrías en maxilar superior :

Constricción asimétrica de maxilar superior (Fig. 7). Origina una mordida cruzada unilateral. Coincide máxima intercuspidad con relación céntrica y no hay laterodesviación (Fig. 8).



Fig. 7

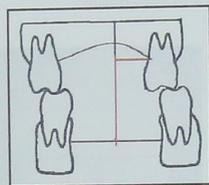


Fig. 8

2. Asimetrías Mandibulares⁶

a) La rama o el cóndilo :

Alteraciones en el tamaño de las ramas o cóndilos. Son asimetrías que se caracterizan por presentar una discrepancia de tamaño entre las dos hemimandíbulas, existiendo distinta distancia Cóndilo-Pogonion en ambos lados (Fig. 9). Se caracterizan, además, por una diferente altura de los ángulos goníacos (Fig. 10). Pueden ir acompañadas de una inclinación del plano oclusal compensatoria. Generalmente en este tipo de asimetrías se observa una desviación del mentón hacia el lado más corto (Fig. 11), así como de la línea media dentaria inferior, tanto en máxima intercuspidad como en relación céntrica o en máxima apertura. En la telerradiografía se aprecia una doble imagen en cuerpo (Fig. 12).

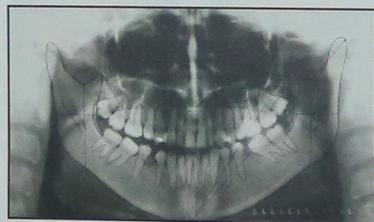


Fig. 9

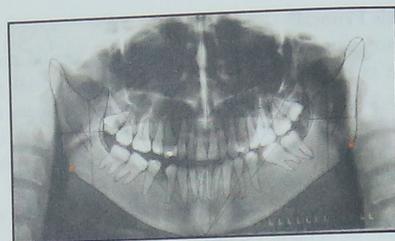


Fig. 10

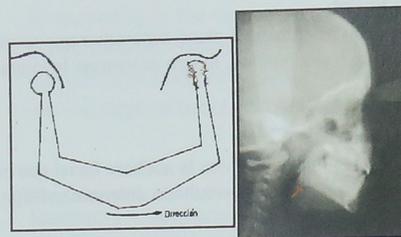


Fig. 11



Fig. 12

b) Cuerpo de mandíbula

Presentan como dato más característico que los ángulos goníacos se encuentran a igual altura pero en este caso la doble imagen se encuentra en el borde posterior de la rama (Fig. 13). Además, suelen ir acompañados de un plano oclusal paralelo al plano bipupilar y frecuentemente se relacionan con prognatismos.



Fig. 13

3. Asimetrías mentonianas

Son asimetrías que se caracterizan por presentar una discrepancia de tamaño entre las dos mitades derecha e izquierda del mentón. En general, en la cara del paciente afecto de este tipo de asimetría se aprecian ángulos goníacos a la misma altura. Es la exploración clínica la que nos diagnostica esta asimetría, ya que en estas personas la línea media dentaria inferior aparece centrada con el plano sagital mandibular y facial, tanto en máxima intercuspidad como en relación céntrica o en máxima apertura, pero existe una desviación del Pg blando con respecto al plano sagital. Se diagnostican desde detrás del paciente, levantando el labio inferior y comprobando que la inserción del frenillo no coincide con el punto medio del mentón.

El plano sagital no pasa por el pogonion blando, siendo necesaria una mentoplastia para solucionarlo. Es fácil confundir una asimetría mentoniana con una asimetría de arco, si existe una desviación de la línea media en la misma dirección que el pogonion blando.

4. Asimetría funcional condilar

Son asimetrías que se caracterizan por presentar una alteración en la función de uno de los cóndilos que da como resultado un movimiento asimétrico. Generalmente la cara se aprecia simétrica, con todas las estructuras faciales equidistantes a la línea media facial. Las articulaciones presentan distinta movilidad a la palpación: en una se produce sólo rotación del cóndilo, en la contralateral se dan movimientos de rotación y traslación hipercompensatorios.

La línea media dentaria inferior aparece centrada en máxima intercuspidad y en relación céntrica pero a medida que se va abriendo la boca, el mentón y la línea media dentaria inferior se van desviando en la dirección del cóndilo patológico.

Radiográficamente podemos diagnosticarla haciendo una radiografía de Hirtz con la boca en máxima apertura, donde se verán los cóndilos en situaciones disímiles.

5. Asimetría funcional oclusal

Son asimetrías que se caracterizan por presentar una desviación mandibular causada por interferencias oclusales (Fig. 14), generalmente en dientes posteriores.

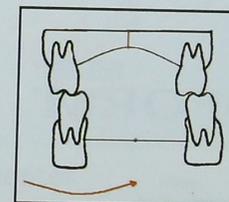


Fig. 14

En adultos suele ser necesario el uso previo de férulas de relajación para eliminar el componente neuromuscular reflejo, con el fin de hallar la verdadera relación céntrica. Se aprecia, como dato más característico, una desviación de las líneas medias dentarias y del mentón en máxima intercuspidad, mientras en relación céntrica o en apertura la desviación de la línea media y del mentón desaparecen.

6. Asimetría glenoidea

Son asimetrías que se caracterizan por presentar las fosas glenoideas en distinta posición espacial, antero-posterior o verticalmente en la base del cráneo, con respecto al plano sagital.

Se manifiestan en dos formas:

a) Compensada

Sobre la asimetría glenoidea se encuentra un crecimiento condilar compensatorio, dando como resultado una cara simétrica. No hay desviación del mentón. La línea media dentaria inferior aparece centrada en apertura y en cierre. El movimiento condilar es normal y simétrico.

Son pacientes completamente simétricos, excepto en la ubicación de los conductos auditivos.

b) Descompensada

Hay desviación del mentón, ya que el crecimiento del cóndilo y la mandíbula no compensaron la anomalía de la base del cráneo.

Una vez descritas las asimetrías individualmente, se debe tener en cuenta que es muy raro encontrar casos en los que se presente una asimetría pura. Lo más frecuente es que coexistan varios tipos de asimetrías, superponiéndose sus manifestaciones clínicas⁷.

El tratamiento quirúrgico está indicado para las asimetrías tan severas como para que el tratamiento ortodóncico sea insuficiente para su corrección, además de gran demanda del paciente⁸.

BIBLIOGRAFÍA

- ¹ The Angle Orthodontist: Vol. 73, No. 4, Craniofacial Asymmetry in Development: An Anatomical Study, Marcelle Rossi, DDS, Eduardo Ribeiro, and Ricardo Smith, MD, PhD
- ² Duane Grummons, DDS, MSD Spokane, Washington - Clinical-Impressions/Vol8-1999/Issue-3- PUBLISHED BY ORMCO
- ³ Dr. José Luis Molina Moguel, Dra. Sonja Ellen Lobo, Dr. Steven Cid de Rivera. Estudio comparativo del análisis de la estética facial en cirugía ortognática. Revista ADMVol. 56, No. 3. Mayo-Junio 1999.
- ⁴ Dr. Omar Maximino Milia (Universidad N. De Rosario-Argentina). Diagnóstico en Ortodoncia. Nexusediciones.
- ⁵ William R. Proffit DDS, Ph.D -Ortodoncia Teoría y Práctica -1994
- ⁶ Asimetrías. Dra. Marina Población Subiza, Ortodoncista, Madrid.Gacetadental.com N.º 109 Junio 2000 Ciencia
- ⁷ Bishara S. Dental and facial asymmetries: a review Angle Orthod 64: 89-98, 1994.
- ⁸ Dra. Rosana Celnik : Asimetrías, diagnóstico y tratamiento. Revista Ateneo Argentino de Odontología - Vol.XXXIX/Núm.3-Diciembre 2000

Dirección de la autora :

Ateneo Argentino de Odontología
Anchorena 1176 Cap. Fed. (1425)
e-mail : podskubka@fibertel.com.ar

Tumor Hiperplásico simple

Ránula Sublingual

Dr. Carlos Alberto Peña *
Dr. Norberto Julio Sacot**

Resumen:

Los autores presentan una revisión estadística de la incidencia de Ránula Sublingual en la población de pacientes que concurre a la Cátedra de Cirugía y Traumatología Bucal Máxilo Facial II de la Facultad de Odontología de la U.B.A., realizando una revista bibliográfica acerca de su posible etiopatogenia y su tratamiento.

Palabra clave

Ránula sublingual, tumor hiperplásico simple del piso de la boca

INTRODUCCIÓN

Se trata de un quiste de retención que se forma como consecuencia de alteraciones en los conductos excretores de las glándulas salivares mayores, especialmente la sublingual^{1,2,3,4,5}.

Aunque se forma de manera semejante al mucocelo, desarrolla un tamaño mucho mayor. Existen autores que lo consideran un quiste por extravasación⁶, criterio que permanece en controversia.

Otra teoría es la disenzimática (Delaire), que explica la formación del quiste por autodigestión glandular, semejante a lo que sucede en el páncreas, la fusión mucoide del conjuntivo intersticial de los acinos autodigeridos conferiría el aspecto característico adoptado por el epitelio salival que se constituye como cubierta del quiste⁹.

La ránula es un gran quiste por retención en el piso de la boca, formada como resultado de la obstrucción de los conductos de la glándula submaxilar, sublingual o de las glándulas mucosas del piso de la boca¹⁰.

Cuando alcanza un gran volumen, la mucosa se adelgaza considerablemente y la ránula asume un color grisáceo², o ligeramente azulado^{1,3,4,5}. Siendo para algunos autores² el quiste mucoide de la sublingual, adquiere el nombre de ránula por el parecido a la parte inferior hinchada y traslúcida de la panza de la rana.

Se trata de un tumor hiperplásico simple², lesión no dolorosa, que eleva a la lengua y dificulta la masticación,

Summary:

The authors report a statistical review in sublingual ranula. Its incidence over de population who assist at Buco Maxillofacial Surgery Cathedra in the Faculty of Dentistry of Buenos Aires University are consigned, as well as bibliographic revisión about aethiopathogenesis and surgical treatment.

Key Word

Sublingual ranula. Simple hiperplasic tumor of the floor of the mouth.

deglución y fonación¹. Puede romperse frente a un trauma o bien espontáneamente, dejando salir un líquido mucoide filante que al cicatrizar se vuelve a acumular (recidiva)

El tamaño no puede determinarse por el aspecto clínico dentro de la boca. Se presenta tensa y fluctuante pero no se hunde a la presión, rara vez se infecta y no provoca tumefacción externa. En términos generales es circunscripta y redondeada como ya se señalara por la acumulación mucosa en la intimidad de la glándula por alteración de su conducto excretor^{1,3,5}, también se la vincula con un origen traumático⁴.

El tamaño de la ránula oscila entre el centímetro y medio y los tres centímetros e histológicamente es indistinguible del mucocelo. Con relación al sexo no ofrece predilección aunque sí con la edad, encontrándose más frecuentemente en niños y adolescentes. Con relación al lado si bien es indistinto, se presenta en forma unilateral, pudiendo según el grado de evolución pasar la línea media rompiendo la barrera que le ofrece el frenillo. Cuando atraviesa en músculo milohioideo se la denomina "plunging ranula"^{15,6}.

Los distintos tipos de ránula son descriptos generalmente sobre la base de su ubicación anatómica, según se encuentre por arriba o por debajo del milohioideo. Estudios anatómicos han indicado que la extensión cervical o submaxilar se encuentra facilitada por una hernia del citado músculo⁶, fenómeno observado en cadáveres por varios autores en un porcentaje que varía entre el 27 y 45%.

Seward, citado por Oribe⁶, demostró que la penetración del músculo milohioideo por un quiste expansivo no se ve dificultada, ya que la presencia del hiatus submaxilar permite la protrusión de grasa o prolongaciones de la glándula sublingual.

El diagnóstico diferencial deberá hacerse con los quistes branquiales, quistes del primer arco branquial fisurado, quistes del la glándula submaxilar, dermoides o epidermoides y neoplasias quísticas (adenoma pleomorfo, adenolinfoma, adenocarcinoma). Todas esas lesiones pueden aparecer como imitando a la ránula. Mc Clatchey reporta que la histomorfología mostró un tejido conectivo flojo, muy vascularizado rodeando charcos de mucina y a veces conteniendo pocos histiocitos grandes y cargados de lípidos.⁷ El cuadro clínico de la ránula como expresión de una extravasación de moco y saliva en el suelo de la boca puede a menudo simular un linfangioma congénito quístico del cuello¹¹.



Foto N° 1 : Aspecto clínico de la ránula luego de autoevacuarse por traumatismo alimentario.

TRATAMIENTO

Los quistes por retención (ránula) se tratan por simple resección o por marsupialización. Sin embargo la experiencia nos dice que la sola incisión simple y drenaje conlleva fatalmente a la recidiva. También es cierto que la resección sin ruptura de la membrana es casi una utopía y además podría redundar en una recidiva, dado que una vez lesionada la pared de estos quistes, seguir su continuidad se hace hartamente dificultoso, por lo tanto estaremos frente a esa posibilidad si la eliminación no es minuciosa.

Hay autores que confirman que el uso del radio¹, como terapia para estas lesiones es efectivo. En general se conviene en aceptar a la marsupialización o método de Partsch I como el más adecuado^{1,4,5,9,10}, consistiendo el mismo en la extirpación de la pared superior de la ránula, suturando la membrana quística a la mucosa del piso de la boca, ya que por metaplasia todo quedará integrando la cavidad bucal. Esta intervención se realiza mediante el bloqueo anestésico del nervio lingual.

Otros autores estiman que en oportunidades se hace necesario la extirpación de la glándula - la glándula debe extir-

parse total o parcialmente en forma uni o bilateral debido a su íntima conexión con la ránula⁸, y que dada la patogenia y la anatomía patológica no es aconsejable un enfoque dogmático del tratamiento. Otros señalan resultados desalentadores respecto de la marsupialización, señalando como ventajosa la técnica que implica el relleno con gel⁹. Laskin, citado por Sanders³, habla de la resección glandular cuando la ránula se desarrolla en la profundidad de la región submaxilar.

Este autor citado, preconiza que la cirugía de la ránula superficial y profunda se basa en la escisión completa de la glándula sublingual. Dice que puede tratarse asimismo por marsupialización, pero este método origina un alto índice de recidivas¹².

Un procedimiento de marsupialización modificada y remoción de la glándula involucrada se ha presentado⁶, con exteriorización a la cavidad bucal y obturación con prótesis parcial removible tipo splint (férula). Otro caso con abordaje combinado intra y extrabucal y escisión total y finalmente otro con escisión de la glándula y marsupialización del quiste con abordaje intrabucal⁷.

Si la extirpación total de la bolsa quística no puede realizarse de una manera sistemática debido a su extrema delgadez, a las adherencias, a la hemorragia y al peligro de lesión del nervio lingual y el conducto excretor, Calatrava⁵, recomienda toques de la cápsula con nitrato de plata al 1% o cloruro de cinc al 10%. Si la bolsa es muy grande deja gasa yodoformada, la cual se va cambiando periódicamente a la manera del tratamiento de un quiste



Foto N° 2 y 3: Incisión sobre la mucosa de la carúncula sublingual y división para abordar la glándula.

* Profesor Regular Adjunto Cátedra de Cirugía y Traumatología Bucal Máxilo Facial II. FOUBA

** Profesor Regular Adjunto Cátedras de Cirugía y Traumatología Bucal Máxilo Facial I y II FOUBA

Recibido para su publicación Octubre de 2003.

PACIENTE	DIAGNOS.	SEXO	EDAD	ANTECED.	TRATAM.	TECNICA	ANAT. PAT.
RMP 17.053	Ránula sublingual Lado derecho	Femenino	31	P. Madryn Dolor. Encía ling.	Quirúrgico	Extirpac. Glándula Dren goma	Se confirma diag. Clínico
EM 18.017	Ránula sublingual Lado ?	Masculino	40	No consigna	-----	-----	-----
TM 18.026	Ránula sublingual Lado izquierdo	Femenino	8	Rresidiva Op. anterior	Quirúrgico	Biopsia	?
MB 18.030	Ránula sublingual Lado izquierdo	Femenino	20	-----	-----	-----	-----
FS 18.664	Ránula sublingual Lado derecho	Femenino	17	Residiva 3 x 0,7 cm Indolora	Marsupialización hace 1 año	-----	-----
CC 19.201	Ránula sublingual Lado derecho	Femenino	54	Asimetría Indolora Hace 3 años	Quirúrgico	Extirpac. Glándula	Sialadenit Crónica
VHP 19.275	Ránula sublingual Lado derecho	Masculino	39	Medicamentos Antihistamínicos	Quirúrgico	Extirpac. Glándula Drenaje	Cuadro Compat. Ránula
NB 19.338	Ránula sublingual Lado derecho	Femenino	8	-----	-----	-----	-----
LM 19.343	Ránula sublingual Lado derecho	Femenino	13	Indolora Hace 1 año	Quirúrgico	Extirpac. Glándula Capitoné piel	Ránula Sublingual
ALL 19.558	Ránula sublingual Lado izquierdo	Femenino	22	Dolor inconstante Hace 1 mes	Pide sialografía Ecografía	-----	-----
VN 20.184	Ránula sublingual Lado derecho	Femenino	15	Indolora	Quirúrgico	Marsupialización	-----
NN 20.493	Ránula sublingual Lado izquierdo	Masculino	7	Indolora 3 meses	Quirúrgico	Extirpac. Glándula	Ránula
PA 20.517	Ránula sublingual Lado izquierdo	Femenino	16	Indolora	Quirúrgico	Extirpac. Glándula	Ránula
CC 20.447	Ránula sublingual Lado izquierdo	Femenino	60	Tumor 3 x 2 cm dolor	Quirúrgico	Extirpac. Glándula	Sialadenit Crónica Focos de Abscedac

Datos obtenidos sobre 14 casos tratados en la Cátedra de Cirugía y Traumatología Buco Máxilo Facial II de la F.O.U.B.A. en un período entre los años 1991 y 2003.

RÁNULA SUBLINGUAL TOTAL DE CASOS: 14

SEXO:

MUJERES: 11 = 78,57 %

HOMBRES: 3 = 21,43 %

EDAD:

MUJERES: Desde 8 a 60 años. PROMEDIO= 19,4

HOMBRES: Desde 7 a 40 años. PROMEDIO= 28,6

LADO AFECTADO:

DERECHO: 7

IZQUIERDO: 5

NO SE CONSIGNA : 1

SIGNO/SINTOMA PRIMARIO:

DOLOR= 3

TUMOR= 7

NO INFORMA= 4

TRATAMIENTO:

QUIRÚRGICO= 9

Extirpación Glandular: 6

Marsupialización: 2

Biopsia: 1

SIN TRATAMIENTO= 5

No tratadas: 4

Recidiva de Marsupialización No tratada: 1

DIAGNÓSTICO ANATOMO- PATOLÓGICO:

SOLO EN 7 CASOS.

TOTAL DE CASOS: 14

POBLACIÓN DE PACIENTES: 5.172

INCIDENCIA: 0,27%



Foto 4 : Discección de la ránula junto con la glándula afectada.



Foto 5: Extirpación quirúrgica.

CONCLUSIONES:

Luego de una revisión bibliográfica extensa, de donde se rescatan los trabajos más recientes sobre esta patología, mas el aporte de la experiencia propia al respecto, es posible establecer una conclusión que deviene de lo antedicho. Estamos en presencia de un tumor hiperplásico simple de características benignas y que no presenta agresividad, salvo en los contadísimos casos en que asume un volumen importante y una ubicación anatómica que lo instala mas allá de los límites del músculo milohioideo en la región profunda del cuello. Desde el punto de vista histológico es indistinguible del mucocele y sobre su etiopatogenia aún hoy los autores no se han puesto de acuerdo respecto de su condición de quiste por extravasación o por retención. Tampoco es claro el origen traumático como el malformativo (de los conductos). No es advertible por el paciente, sino tan sólo por la modificación anatómica del piso de la boca (no presenta dolor), que en oportunidades y por la acción traumática de la masticación desaparece vertiendo un líquido mucoide y filante en la cavidad bucal, para luego aparecer con el tiempo y repetirse el episodio. El tratamiento quirúrgico es excluyente y debe realizarse en razón del confort pedido por el paciente y además por un elemental ejercicio de razonamiento crítico que deviene en eliminar una patología que puede como cualquier quiste dejar de lado su benignidad o falta de agresividad para adquirir otra conducta no deseada.



Foto 6: Síntesis de los tejidos con puntos de sutura separados y drenaje.

BIBLIOGRAFÍA

- 1.- KRUGER GUSTAV O. Cirugía Buco Máxilo Facial 5ª. Edición Año 1978. 235-244/46 Editorial Médica Panamericana - Buenos Aires.
- 2.- GRINSPAN DAVID. Enfermedades de la Boca. Semiología, Patología, Clínica y Terapéutica de la Mucosa Bucal. Tomo I, 305-402. Año 1977. Editorial Mundi. Buenos Aires.
- 3.- ORIBE JORGE. Cirugía Máxilo Facial. 346. Año 1981. López Libreros Editores. Buenos Aires.
- 4.- RASPAL GUILLERMO. Cirugía Máxilo Facial. 445-483. Año 1997. Editorial Panamericana. Madrid. España
- 5.- SANDERS BRUCE. Cirugía Bucal y Máxilo Facial Pediátrica. 252-54. Año 1984. Editorial Mundi. Bs. As.
- 6.- ORIBE Y COL. Estudio de la reacción tisular de material de relleno intraoperatorio de los quistes de tejidos blandos. Trabajo Científico. Año 1978. Biblioteca de la F.O.U.B.A.
- 7.- MIZUNO A. - YAMAGUCHI K. The Plunging Ranula. International j. Oral Maxillofacial Surgery. Año 1993 - 22:113-115.
- 8.- YOEL JOSE. Atlas de Cirugía de Cabeza y Cuello. 2ª. Edición. Pag. 703-5 Año 1991. Masson Salvat Medicina. Barcelona. España.
- 9.- DONADO M. Cirugía Bucal, Patología y Técnica. 2ª. Edición. 649-50. Año 1998. Editorial Masson. Barcelona. España.
10. MC. CARTHY P.- SHKLAR G. Enfermedades de la Mucosa Bucal. 380. Año 1985. Editorial El Ateneo. Buenos Aires.
11. HORCH H.H. Cirugía Oral y Máxilo Facial. 252. Año 1996 Editorial Masson. Barcelona. España
12. LASKIN DANIEL. Cirugía Bucal y Máxilo Facial. 475. Año 1987. Editorial Panamericana. Buenos Aires.

Dirección del Autor:

Venezuela 770 PB B. Ciud. Aut. Buenos Aires

Email: carlosapenia@hotmail.com

Halitosis: nuevas herramientas para un viejo desafío

Dr Bernardo Levitt*

Resumen:

La halitosis crónica es una condición en la que se producen olores desagradables en la cavidad bucal o la región nasal y que no se corrigen con una higiene oral normal. El 90% de los casos se origina en la liberación de compuestos sulfurados volátiles (CSV) y otras moléculas malolientes por acción de bacterias anaerobias ubicadas en la región oral, fundamentalmente en el dorso de la lengua. Las proteínas del mucus, células descamadas, restos de alimentos y la secreción post-nasal, que se acumulan en la lengua, actúan de sustrato para la formación anaeróbica de los CSV's. El uso regular de limpialinguas reduce la carga microbiana bucal, el mal aliento y el riesgo de caries. El efecto de los enjuagues bucales es disímil, apareciendo como más eficaces aquellos que contienen dióxido de cloro estabilizado. La evolución de los pacientes puede determinarse en el consultorio mediante el Halimeter, un equipo portátil que detecta los niveles de CSV's, o el BANA Test, que identifica por métodos colorimétricos algunos gérmenes anaeróbicos asociados al mal aliento. Esta afección no mata pero hay gente que muere por ella. Así lo plantean muchos trabajos psiquiátricos donde se señala que soledad de la persona inmersa en esta afección conduce a estados de depresión e inclusive al suicidio. El ignorar esta condición puede ser un ejercicio de mala praxis. Por ello el objetivo de este trabajo es informar como con un método sencillo se puede evitar una crisis de mayores proporciones.

Palabras claves

halitosis crónica, limpialinguas, diagnóstico, enjuagues bucales, tratamiento, psicología, microbiología, bacterias anaerobias, compuestos sulfurados volátiles, biofilm.

Summary:

Chronic halitosis is a highly prevalent condition, being usually the dentist the first professional to deal with such patients. The condition may exert a deeply psychosocial effect. Main cause of bad breath odor is activity of volatile sulfur compounds-producing anaerobic bacteria in the tongue and rest of the oral cavity. Organoleptic exams as well as more objective methods, such as the Halimeter or the BANA-test, are recommended to assess basal oral malodor and evolution of treatment. Good oral hygiene, including regular use of specially-designed tongue scrapers, is the more effective approach to treat the condition. Antimicrobial rinses have also proved to be effective, with the author suggesting those containing "stabilized" chlorine dioxide or zinc salts as the most successful ones.

This condition doesn't kill but there are people who can die for it. Many psychiatric articles point that this condition could lead to depression or even to commit suicide. Ignoring it might be a mala praxis exercise. The goal of this article is to inform how with an easy method, this major consequences could be avoided.

Key words

halitosis, tonguecleaner, mouthwash, biofilm, microbiology, anaerobias, volatile sulfur compounds, biofilm.

Cuando nos concentramos en los trastornos de la boca de nuestros pacientes, solemos perder de vista que esa boca pertenece a una persona cuya esfera psíquica puede estar afectada por ese mismo problema que estamos tratando. Esto es particularmente dramático en el caso de la halitosis crónica: una condición que puede tener un profundo impacto psicosocial negativo. Desde esta perspectiva, la terapéutica eficaz de la halitosis crónica ejerce beneficios para los pacientes que exceden con creces la simple dimensión cosmética, lo que también resulta particularmente gratificante para el profesional tratante.

En la última década revivió el interés de los odontólogos por la halitosis crónica y su tratamiento, y es bueno que así sea. Hoy existe consenso de que el origen de la condición es bucal en el 90% de los casos, y que puede ser abordada con éxito mediante técnicas de higiene local que incluyen limpialinguas y colutorios⁽¹⁾. Se calcula que el mal aliento crónico afecta a cerca de un 25% de la población adulta, y que en los Estados Unidos representa la tercera razón más frecuente de consulta después de las caries dentales y la enfermedad periodontal⁽²⁾. El objetivo de esta revisión es hacer un repaso de los últimos conocimientos en materia de diagnóstico y tratamiento de la halitosis crónica, así como una introducción a sus repercusiones psicológicas y sociales.

ORIGEN Y DIAGNÓSTICO

El dentista es a menudo el primer profesional que entra en contacto con el paciente. Para realizar un buen diagnóstico, es necesario hacer una historia médica, dental y de halitosis, poniendo particular énfasis en los antecedentes de enfermedades sinusoidales o heridas en la parte superior del rostro.⁽³⁾

El profesional debe indagar sobre la historia de enfermedades previas y sobre sus hábitos de higiene bucal, el tiempo durante el cual ha estado presente el mal aliento, los períodos del día en que aparece y las estrategias personales que utiliza para minimizar o enmascarar el mal olor. No debe soslayarse el registro de las eventuales "conductas evitativas" que desarrolló el paciente una vez advertido o conciente de su condición.

Es evidente que existen muchas causas posibles de mal olor en el aliento: la ingesta de ciertos alimentos como ajo o cebolla, ricos en compuestos sulfurados volátiles que pasan a circulación; el mal aliento "matinal", fruto de la disminución de la secreción salival y de la actividad reducida de los músculos de la lengua y las mejillas durante la noche; las huellas del alcohol o el tabaco; la sequedad bucal inducida por el estrés, el Síndrome de Sjögren, secuelas de una terapia radiante contra el cáncer o medicamentos tales como analgésicos, anticolinérgicos o antidepressivos; enfermedades metabólicas como la

trimetilaminuria o la diabetes; sinusitis, pólipos o cuerpos extraños en la nariz; el "fedor hepaticus" de los pacientes con cirrosis, causado por el sulfuro de dimetilo que se origina en el intestino y es absorbido por el torrente sanguíneo; afecciones de las vías aéreas como bronquitis, neumonía, abscesos o cáncer de pulmón.

En muchos de los casos precedentes, el dentista va a orientar la consulta con el médico especialista. Sin embargo, la principal causa del mal olor es la manifestación agresiva de la actividad de bacterias anaeróbicas gram-negativas en la cavidad oral⁽⁴⁾. Estos microorganismos, de los géneros *Treponema*, *Porphyromona* o *Fusobacterium*, entre otros, atacan detritos celulares o restos de alimentos y convierten a los aminoácidos cisteína y metionina en sulfuro de hidrógeno, mercaptano y otros compuestos volátiles azufrados malolientes, incluso en pequeñas cantidades. En la literatura anglosajona se simplifica esta categoría de moléculas por la sigla VSC's (Volatile Sulphur Compounds). La acción bacteriana también genera otros compuestos volátiles derivados del indol, como cadaverina y escatol.

El examen organoléptico o hedónico directo es la forma más confiable de diagnosticar la halitosis y controlar la evolución del tratamiento. Para ello, se recomienda que los centros especializados tengan personas preparadas o "jueces" para oler la exhalación de un paciente ubicado a 10 centímetros de la nariz. La escala organoléptica de Rosenberg y colaboradores, usada en numerosos estudios pero factible de ser usada en la práctica clínica, gradúa la intensidad del mal aliento en una escala de O (sin olor) a 5 (olor extremadamente repulsivo)⁽⁵⁾.

Dado que el sentido del olfato en general disminuye con la edad, sería conveniente que el evaluador o juez no supere los 50 años. También está demostrado que las mujeres tienen mejor sensibilidad olfativa que los hombres, por lo cual las primeras estarían en una posición más ventajosa para realizar esta tarea.



Halimeter

*Odontólogo, especialista en ortodoncia retirado, especialista en Halitosis con dedicación exclusiva al tema, miembro de la International Society of Oral Breath Research y trustee de la Pierre Fauchard Academy para Sudamérica.
Recibido para su publicación Febrero de 2004

A modo de entrenamiento o criterio de selección, el examinador debería someterse a tests de agudeza olfativa (como los que se usan para ayudar al diagnóstico de la enfermedad de Alzheimer) con el fin de comprobar que valora intensidades y puede discriminar un olor de otro. Es importante observar que respete el adecuado descanso entre paciente y paciente, con el objeto de no provocar fatiga olfatoria.

Existen, sin embargo, otros métodos diagnósticos que favorecen la objetivación y sirven también de reaseguro para el paciente (por ejemplo, de que su condición va mejorando en función del tratamiento). El Halimeter (Insterscan, Chatsworth, California) es un aparato portátil, desarrollado inicialmente por la NASA, que mide la concentración de algunos gases sulfurados -como sulfuro de hidrógeno y metilmercaptano- producidos por los microbios anaerobios que habitan la boca. Se asume que los compuestos sulfurados volátiles o CSV's son los principales determinantes del mal aliento, y, de hecho, se comprobó experimentalmente que existe una correlación entre los registros del Halimeter y la evaluación organoléptica.⁽⁶⁾ En bocas normales se miden hasta 70-80 ppb (partes por billón). Registros de 150 ppb ya indican mal aliento, y existen casos en los que hemos llegado a examinar pacientes con valores de 2.000 ppb.

Otro método indirecto usado es el BANA-test, que determina la actividad proteolítica sobre el BANA (n-Benzoil-dl-Arginina-NAfilamida) de bacterias anaerobias de la placa o la lengua. La aparición de color en el medio de cultivo dentro de los primeros 5 a 15 minutos de incubada la muestra, sugiere la presencia de microorganismos responsables del mal aliento.

IMPACTO PSICOSOCIAL DEL MAL ALIENTO

Numerosos autores han descrito el impacto psíquico y social de la halitosis crónica. Es frecuente que los pacientes interpreten gestos de su entorno laboral (por ejemplo, el hecho de que alguien abra una ventana o se toque la nariz) como un gesto de rechazo ante lo que presume un mal aliento evidente. Cuadros tales como ansiedad, trastornos obsesivos-compulsivos, baja estima y fobia social (o reticencia a participar de eventos sociales) suelen ser más frecuentes entre los halitosos. Frases tales como "arruina mi vida", "duermo separada de mi esposo" o "es como tener cáncer", referidos a la halitosis, se escuchan a diario en las clínicas de mal aliento⁽⁷⁾, y no es difícil imaginar que los estados de ánimo que subyacen a expresiones de esa naturaleza antecedan o acompañen a trastornos psicológicos o psiquiátricos.

Un estudio japonés sobre 456 individuos preocupados por su mal aliento muestra que el 12,3% trata de mantener la distancia con los otros y 1,5% directamente busca evitar el contacto con los pares. Asimismo, se reportaron casos de

depresión y suicidio en pacientes con la convicción íntima de tener mal aliento persistente.

En otras ocasiones, el paciente está convencido de tener mal aliento aunque los resultados de la evaluación organoléptica y los métodos de detección indirectos no corroboran esa impresión. Es lo que se conoce como halitosis imaginaria, la cual, a su vez, se divide en "pseudohalitosis" (cuando el paciente cree tener un mal aliento que no existe) y "halitofobia" (cuando después de haber sido tratado por una halitosis real o pseudohalitosis, el paciente sigue insistiendo con que tiene mal aliento)⁽⁸⁾. En cualquier caso, sin dejar de brindar la asistencia terapéutica que esté a su alcance, el odontólogo debería sugerir la consulta complementaria con un profesional de la salud mental. No debemos olvidar que el paciente nunca debe sentir que es tratado como un portador de síntomas, sino como una persona integral. El uso de métodos "objetivos" de evaluación, como el Halimeter, puede ser particularmente útil para los casos de pseudohalitosis o halitofobia. El dentista y el evaluador organoléptico pueden mentir, pueden ser incompetentes o pueden estar resfriados. Pero las máquinas no fallan.

En el plano social, la experiencia clínica del autor demuestra que los pacientes afectados por halitosis crónica tienen más dificultades para entablar o conservar relaciones de pareja, así como para ascender en el trabajo. El círculo de angustia se cierra y se retroalimenta: el odontólogo tratante no puede quedar al margen de esa valoración.

LAS BASES DEL TRATAMIENTO

En febrero del 2003, el Consejo de Asuntos Científicos de la Asociación Dental Americana (ADA) publicó un completo reporte sobre mal aliento que enfatiza la importancia de la limpieza mecánica y los recursos químicos (enjuagues) como los pilares de la estrategia para reducir la carga de microorganismos orales responsables de producir olores.⁽⁹⁾

Una de las áreas bucales más pobladas por las bacterias anaerobias que producen CSV's es el dorso de la lengua, cubierta con una película blanca, similar a un velcro, e integrada por mucus, células muertas y microorganismos anaerobios que actúan sobre los alimentos, el mucus, la saliva y los detritus. En 1977, Joseph Tonzetich -uno de los padres del estudio moderno de la halitosis y un maestro a quien tuve el gusto de conocer y tratar- mostró que el cepillado de la lengua llega a reducir la producción de CSV's un 75%.⁽¹⁰⁾

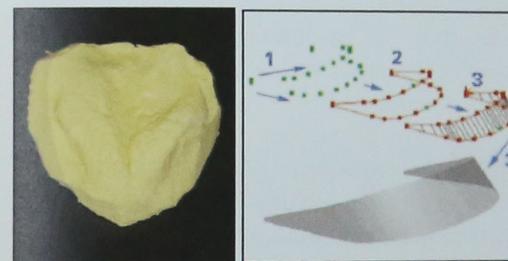
Sin embargo, limpiar la lengua con dispositivos específicos ("limpialenguas") es preferible a cepillarla.

Existen gran variedad de limpialenguas, que difieren en su flexibilidad, forma, material y empuñadura. Hasta el 2001, considerábamos al "Breath Ace", como el

limpialenguas que más se acercaba a los requerimientos que perseguíamos. Pero los pacientes se quejaban de que el surco medio lingual no quedaba suficientemente limpio. Esto nos llevó a trabajar, en el desarrollo de un nuevo modelo ergonómico, para lo cual nos hemos valido de la ayuda de técnicos en 3D utilizando el método de "ingeniería reversa".



Primero se crearon más 150 impresiones. Se realizaron los modelos correspondientes Ingeniería Reversa



Se realizaron los modelos correspondientes

Ingeniería reversa

Este método, que nos fue presentado por los técnicos como el más apropiado para nuestro objetivo, consiste en censar puntos, tomados sobre varios moldes de lengua, mediante un brazo digitalizador. Las coordenadas de éstos son tomadas por una PC, utilizando un sistema CAD (Power Shape de Delcam).

Utilizando los valores medios de esta nube de puntos se obtienen las curvas necesarias para el posterior modelado 3D, asegurando, de esta forma, un perfecto contacto entre nuestro producto y la lengua, logrando un barrido total.

Es flexible, no lastima el dorso de la lengua y evita o minimiza las arcadas. Mientras se desplaza por la superficie de la lengua, la suciedad recogida es enviada a un depósito cóncavo, por lo que el borde de arrastre permanece despejado para seguir actuando. Sin embargo, algunos pacientes se han quejado de que el surco lingual no queda lo suficientemente limpio.

Una versión mejorada del limpialengua, de propia inven-

ción del autor, ya está en fase de patentamiento. Se creó mediante el método de "ingeniería reversa", adaptando su diseño a las características topográficas de la lengua de 250 voluntarios de 7 a 70 años, por lo cual las formas del limpialenguas se adaptan mucho mejor a las profundidades y anchos del surco medio lingual. Se trata de un dispositivo plástico y flexible en forma de U, que no irrita el dorso de la lengua como otros diseños anteriores y exhibe varias ventajas distintivas:

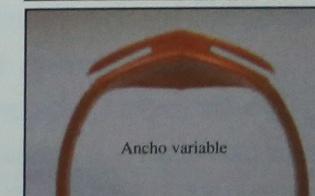
1) La superficie de arrastre mecánico, de forma convexa, está integrada por segmentos planos de cono que confluyen en su línea media inferior en una serie de semi-esferas. Su disposición permite acceder con suavidad, comodidad y eficacia al surco medio de la lengua.

2) El borde frontal superior contiene un depósito que sirve para recolectar los residuos de la lengua. Impide que los desechos de materia orgánica muy abundantes, superen la línea del borde de arrastre del utensilio y vuelvan a caer sobre la lengua.

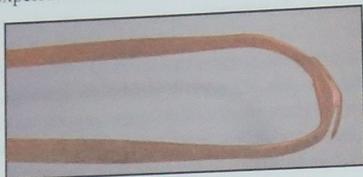
3) Este depósito también tiene aberturas de distinto calibre que sirven para distribuir sobre la lengua -una vez limpia- cualquier gel o líquido desodorante o terapéutico.

4) Sobre el depósito se podrá también adaptar una esponja plástica que, embebida en un producto desodorante o terapéutico, facilite su distribución homogénea por toda la lengua, sin provocar el reflejo nauseoso.

En ensayos preliminares aún sin publicar, se observó una óptima tolerancia y resultados clínicos muy alentadores. Permite un acceso suave a las regiones posteriores profundas de la boca, que es donde se suele acumular el mucus de los senos nasales y paranasales. Se sugieren usarlos durante un minuto, tres o más veces al día, después de cada comida y antes de irse a dormir.



El otro pilar de la terapéutica de la halitosis, los enjuagues o colutorios, incluyen agentes antimicrobianos (aceites esenciales, cloruro de cetilpiridio, peróxido de hidrógeno, dióxido de cloro, etc) e inactivantes de los CSV's, como las sales de zinc. El consenso de la ADA sostiene que pocos estudios examinaron la eficacia a largo plazo de un enjuague particular sobre la reducción del mal aliento⁽¹¹⁾. En la experiencia del autor, los enjuagues de dióxido de



Vista completa del limpialinguas

cloro estabilizado y los productos con sales de zinc ofrecen los mejores resultados. Es recomendable usarlos como buches durante dos minutos, dos o tres veces al día, y un minuto como gárgaras para desinfectar las áreas rugosas del paladar posterior, la base de la lengua y/o las amígdalas⁽¹²⁾. Complementando estas estrategias de higiene con cepillado e hilo dental, se pueden observar resultados favorables en apenas 24 horas.

Sería deseable que las instituciones profesionales ensayen en cursos y demostraciones prácticas la eficacia de estos enfoques, y que también se incorpore la halitosis crónica a la currícula de estudio de los odontólogos. Consideramos que la instrumentación de cursos a distancia, auspiciados por asociaciones profesionales, pueden ser recursos útiles para odontólogos, médicos y otros colaboradores del arte de curar, incluyendo asistentes, higienistas y psicólogos. Existe tanta demanda de los pacientes, resulta tan sencillo encarar tratamientos eficaces y aprender a indicarlos, que la difusión de la halitosis crónica como asignatura es una verdadera asignatura pendiente.

En una carta de lectores de Junio de 2003, del Journal de la American Dental Association se publica un comentario del autor, donde considera que es imperativo que los miembros de la ciencia y arte de curar, deben ser los responsables de aliviar o tratar este síntoma. Es obligación de la clase académica enterarse de todo aquello que pueda ayudar o aliviar a nuestros pacientes y no puede ni debe dejar que ese lugar sea ocupado por un empleado de farmacia o de supermercado.⁽¹³⁾

litosis" International Dental Journal 52: 192-6 (suppl 3/02), 2002

⁽²⁾ Loesche WJ, Kazor C. "Microbiology and treatment of halitosis". Periodontology 2000 28:256-79, 2002

⁽³⁾ Furne J, Majerus G, Lenton P et al. "Comparison of volatile sulfur compound concentrations measured with a sulfide detector vs. Gas chromatography." Journal of Dental Research 81: 140-3, 2002

⁽⁴⁾ Bosy A. "Oral malodor- Cosmetic problem or chronic infection?"

Compendium of Continuous Education in Oral Hygiene 8 (2): 3-10, 2001

⁽⁵⁾ Rosenberg M, Septon I, Eli I et al. "Halitosis measurement by an industrial sulfide monitor". Journal of Periodontology 62: 487-9, 1991 ⁽⁶⁾ Íbid ref. 5

⁽⁷⁾ Rosenberg M y Leib E. "Experiences of an Israeli Malodor Clinic". En Bad Breath. Research Perspectives. Segunda Edición. Rosenberg M (ed). Ramot Publishing, Tel Aviv, 1997.

⁽⁸⁾ Yaegaki y Coil JM. "Examination, classification and treatment of halitosis; clinical perspectives". Journal of the Candian Dental

Association 66: 257-61, 2000.

⁽⁹⁾ ADA Council on Scientific Affairs. "Oral malodor". The Journal of the American Dental Association 134: 209-14, 2003 ⁽¹⁰⁾ Tonzetich J. "Production and origin of oral malodor: a review of mechanisms and methods of analysis". Journal of Periodontology 48: 13-20, 1977

⁽¹¹⁾ Íbid ref 9

⁽¹²⁾ Levit B. Mal Aliento. Experiencias actuales en tratamientos efectivos. Agedit libros, Buenos Aires, 2001.

⁽¹³⁾ Levit B. Journal American Dental Association, "A propósito del tratamiento del mal aliento" Cartas de lectores, Junio 2003.

REFERENCIAS

⁽¹⁾ Yaegaki K, Coil JM, Kakemizu T et al. « Tongue brushing and mouth rinsing as basic treatment measures for ha-

Dirección del Autor:
Marcelo T. de Alvear 2345
fauchard@fibertel.com.ar



Ateneo Argentino
de Odontología



UNIVERSIDAD
FAVALORO

JORNADAS 50º ANIVERSARIO del A.A.O.

7 al 12 de junio de 2004

Regente Palace Hotel - Bs. As. – Argentina



>> El estado actual de la ciencia odontológica <<
>> Tecnología de nueva generación <<
>> Tendencias en el mercado laboral <<

INFORMES: Sede: Anchorena 1176 (1425), Buenos Aires, Argentina - Tel./Fax: 4962-2727
E-mail: jornadas@ateneo-odontologia.org.ar - Web-site: www.ateneo-odontologia.org.ar

Quistes Odontogénicos: Aspectos histopatológicos significativos para su diagnóstico

Dr. Arnaldo Rafael Vallejos*
Dra. María Susana Briend**

Resumen

Los quistes odontogénicos son estructuras cuyo revestimiento epitelial deriva del epitelio producido durante el desarrollo del aparato dental y para hacer un diagnóstico exacto de estas lesiones, es fundamental un análisis conjunto de sus características histológicas, clínicas y radiográficas. Se realizó un estudio retrospectivo sobre 36 quistes odontogénicos que ingresaron durante el período 2001 -2002 al Laboratorio de Anatomía Patológica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional del Nordeste (Corrientes-Argentina). Los mismos se categorizaron por orden de frecuencia y se analizaron los patrones histopatológicos distintivos de cada uno de ellos, complementándolos con los informes clínicos y radiográficos. En coincidencia con la bibliografía consultada, el orden de frecuencia fue el siguiente : quistes radiculares: 23 casos, incluyendo los residuales (63%); quistes dentigeros: 11 casos (31 %) y queratocistes: 2 casos (6%). Otros quistes no se observaron. Este estudio permitió corroborar las similitudes y características histopatológicas individuales que ayudan a la identificación de cada uno de las variedades de quistes odontogénicos, resaltando el valor de la interdisciplinariedad para el correcto diagnóstico y su implicancia en el manejo terapéutico posterior.

Palabras clave

Quistes odontogénicos, histopatología, revisión bibliográfica

Summary

Odontogenic cysts are structures which epithelial covering derives from the epithelium produced during the development of the dental system. A combined analysis of its histological, clinical and radiographical characteristics is fundamental to make an accurate diagnosis of these injuries. A retrospective study over 36 odontogenic cysts that came into the Pathological Anatomy Laboratory of the Odontology Faculty from Northeastern National University (U.N.N.E. Universidad Nacional del Nordeste - Corrientes - Argentina) during 2001 - 2002 has been done. Odontogenic cysts were classified by frequency order and distinctive histopathological pattern were analyzed, including clinical and radiographical reports. Coincidentally with the consulted bibliography, the frequency order was the following : radicular cysts: 23 cases, including residuals (63%); dentigerous cysts: 11 cases (31 %) and keratocysts: 2 cases (6%). No other cysts were observed. This study allowed to confirm individual histopathological characteristics and similarities that help to identify odontogenic cysts varieties, emphasizing interdisciplinarity worth for an accurate diagnosis and its influence in the subsequent therapeutic handling.

Key Words : Odontogenic cysts, histopathology, bibliographical revision

* Especialista en Anatomía Patológica
Magister en Salud Bucal

Profesor Titular Cátedra Anatomía Patológica (FONNE)

** Especialista en Anatomía Patológica / Profesora Adjunta Cátedra de Anatomía Patológica (FONNE)
Recibido para su publicación Septiembre de 2003

INTRODUCCIÓN

Los quistes odontogénicos comprenden un grupo de entidades que varían en gran medida en su frecuencia, comportamiento y tratamiento. Histogénicamente derivan de estructuras que intervienen en la formación de los dientes, por lo que son hallados exclusivamente en los maxilares y deben ser tenidos en cuenta para el diagnóstico diferencial con las lesiones en esas localizaciones¹.

Por su baja frecuencia entre los especímenes recibidos en laboratorios de patología quirúrgica y por las similitudes histopatológicas que presentan los mismos, es nuestro propósito analizar las diferentes características histológicas de los quistes odontogénicos, resaltar la importancia de un correcto diagnóstico histomorfológico y su implicancia terapéutica, ejemplificando con la casuística que poseemos en el Laboratorio de Anatomía Patológica de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional del Nordeste (FONNE), además de hacer una revisión de la literatura sobre el tema.

MATERIAL Y MÉTODOS

Se revisó la histoteca del Laboratorio de la Cátedra de Anatomía Patológica de la FONNE (Corrientes - Argentina) y se separaron los quistes odontogénicos durante el período de dos años (2001 -2002).

Los criterios de inclusión para el siguiente estudio fueron aquellos casos con solicitudes de estudio histopatológico completos, acompañados de placas e informes radiográficos ; se incluyeron ambos sexos y sin límites de edad.

Se excluyeron los quistes no odontogénicos, otros quistes que comprometieran secundariamente la cavidad bucal y los casos de pacientes con solicitudes incompletas.

Se realizó un estudio retrospectivo sobre los mismos, tratando de objetivar las características histológicas de cada uno. La evaluación de las alteraciones microscópicas fue realizada con criterios netamente morfológicos (citológicos e histológicos). Se tomaron microfotografías para objetivar criterios de diagnóstico.

Los hallazgos obtenidos se volcaron en una planilla ad-hoc, de categorizaron por orden de frecuencia y se analizaron las características histopatológicas distintivas de cada uno de ellos. Se cotejaron con los datos clínicos e informes radiográficos.

RESULTADOS

Sobre un total de 234 biopsias realizadas durante un el periodo de 2001 -2002, en el Laboratorio de la Cátedra de Anatomía Patológica de la FONNE, se separaron 36 casos de quistes odontogénicos (15,38 %) (Figura 1)

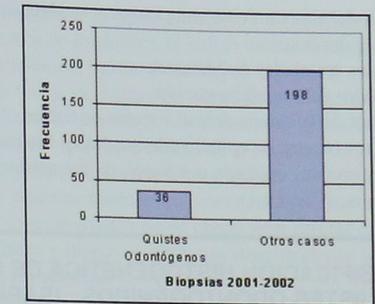


Figura 1: Frecuencia de Quistes Odontogénicos en el periodo 2001-2002

Del total de quistes revisados, las variedades más frecuentes fueron : quistes radiculares, 23 casos, incluyendo en este grupo a los quistes residuales, (63%) ; quistes dentigeros, 11 casos (31 %) y 2 casos de queratocistes (6 %). Otros quistes no se observaron. (Figura 2)

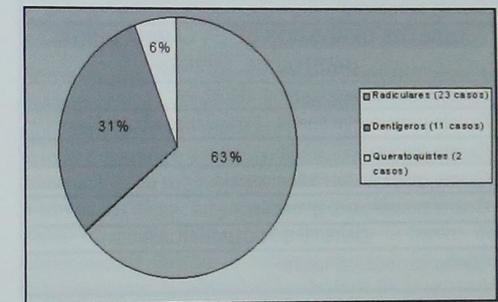


Figura 2: Tipos y frecuencia de Quistes Odontogénicos

DISCUSION

Los quistes odontogénicos, se hallan descriptos en la publicación de la Clasificación Internacional de Tumores Odontogénicos de la OMS en 1972, con criterios clínicos, radiográficos, histopatológicos e inclusive algunas consideraciones terapéuticas. Posteriormente utilizando similares criterios, en la actualización de 1992, se destacó también , la importancia de sus características embriológicas para su mejor comprensión².

Estos quistes pueden aparecer en diferentes etapas de la odontogénesis y se han planteado diferentes clasificaciones y nomenclaturas en un intento de lograr uniformidad en los criterios utilizados por los cirujanos, radiólogos y patólogos. Esto aún no se ha logrado y por ello con un enfoque práctico preferimos adoptar una clasificación histogénica, para facilitar, la comprensión sobre el origen y ubicarlos de acuerdo al mismo.

A partir del conocimiento embriológico se identifican los orígenes desde los:

- 1) Restos epiteliales de Malassez
 - 2) Epitelio del esmalte reducido
 - 3) Restos de la lámina dental y restos de Serres
- Estas tres fuentes de epitelio odontogénico fundamentan la clasificación utilizada por Sapp³, de los quistes odontogénicos. (Cuadro 1)

CLASIFICACIÓN HISTOGENÉTICA DE LOS QUISTES ODONTOGÉNICOS (SAPP)	
QUISTES DERIVADOS DE LOS RESTOS DE MALASSEZ	
Quiste periapical	
Quiste residual	
QUISTES DERIVADOS DEL EPITELIO REDUCIDO DEL ESMALTE	
Quiste dentígero	
Quiste de erupción	
Quiste primordial	
QUISTES DERIVADOS DE LA LÁMINA DENTAL (RESTOS DE SERRES)	
Queratoquiste odontógeno (Múltiple)	
Quiste periodontal lateral . Poliquístico (botriode)	
Quiste gingival del adulto	
Quiste gingival del recién nacido	
Quiste odontógeno glandular	
QUISTE SIN CLASIFICAR	
Quiste periodontal lateral	

Cuadro 1 - Clasificación Quistes Odontogénicos

En ella, no se consideran dos entidades por diferencias de opiniones que ameritan la aclaración pertinente.

En primer lugar, el **quiste paradental lateral**, del cual Sapp³ plantea su histogénesis incierta a partir de los restos epiteliales de Malassez o del epitelio reducido del esmalte e incluso sobre los restos de la lámina dental, sobre los que el proceso inflamatorio presente, podría jugar un papel iniciador.

Con otra perspectiva la OMS, los incluyó dentro de los quistes inflamatorios debido al proceso inflamatorio concomitante que habitualmente presentan⁴

Finalmente, Regezi¹ lo incluye como una variante del quiste dentígero, de interés por su asociación con defectos del esmalte, que aparecen en relación con terceros molares mandibulares parcialmente erupcionados acompañados de pericoronaritis.

Histológicamente, estos quistes presentan mucha semejanza con el quiste periapical y raramente alcanzan gran tamaño.

En segundo lugar no figura el **quiste odontógeno calcificante** y en cuanto a su exclusión de la clasificación se fundamenta en las características y modalidad del crecimiento. El planteo radica en respuestas inherentes a: ¿ es un quiste? ¿ es un tumor sólido? ¿ es un tumor sólido que se quistifica?

Kramer, Pindborg y Shear⁵ responsables de la Clasificación Internacional de Tumores Odontogénicos de la OMS, incluyen esta entidad dentro de las neoplasias benignas derivadas del epitelio odontogénico con ectomesénquima odontogénico, con o sin formación de tejido duro dental, pudiendo asociarse con otros tumores. Keszler y Guglielmotti⁶ aportaron dos casos asociados a odontomas. Sapp³ lo incluye dentro de los tumores odontogénicos epiteliales por su frecuente crecimiento sólido y también en asociación con odontomas.

Se caracterizan por un componente epitelial de células cilíndricas basales en empalizada, acumulación de células anucleadas eosinófilas ("células fantasmas") y calcificaciones esféricas.

El más frecuentemente observado es el: **Quiste radicular, periapical o inflamatorio**. Se desarrollan en un granuloma periapical epitelizado preexistente y su cubierta epitelial deriva de los restos epiteliales en el ligamento periodontal (restos epiteliales de Malassez) que están presentes en toda la longitud de la raíz y son más abundantes en la región apical.

El granuloma periapical representa un proceso inflamatorio crónico que se genera en reacción a la necrosis de la pulpa dental. Este proceso inflamatorio estimula a los restos epiteliales a proliferar y sufrir posteriormente transformación quística, de ahí su denominación de quistes inflamatorios. La presencia de restos celulares dentro del quiste aumenta la presión intraluminal por el pasaje de líquidos debido al juego de presiones y provoca su crecimiento¹.

En su mayoría son asintomáticos en los exámenes odontológicos de rutina. Constituyen los quistes odontogénicos más frecuentes (63%) en pacientes cuyas edades oscilaron entre los 20 y 60 años, con un pico de mayor incidencia a los 30 años, predominando en varones, en relación 3/2.

La frecuencia observada y la ubicación, en concordancia con la bibliografía consultada, correspondió a la región posterior y anterior del maxilar superior, región posterior y anterior de la mandíbula. Aunque la mayoría aparecen en el vértice de la raíz, a nivel del orificio apical, a veces pueden aparecer adyacentes a los orificios de conductos radiculares accesorios y el proceso inflamatorio estimular a los restos epiteliales localizados en la cara lateral de las raíces dentarias, denominando a éstos, **quistes periapicales laterales**.

En el cotejo radiográfico se presentaron como zonas radiolúcidas, bien definidas en el ápice de un diente desvi-

talizado, de forma ovoide a redondeada, de bordes delgados y opacos contiguo a la lámina dura del diente dañado, pudiendo observarse en ocasiones reabsorción parcial del diente o los dientes vecinos. El tamaño de los quistes no superó 1,6 cm de diámetro.

Los casos revisados mostraron histopatológicamente: (Fotos 1 y 2)

- Epitelio de revestimiento malphigiano con cambios focales hiperplásicos (acantopapilomatosis)
- Áreas de hiperqueratosis
- Espongiosis (edema intercelular)

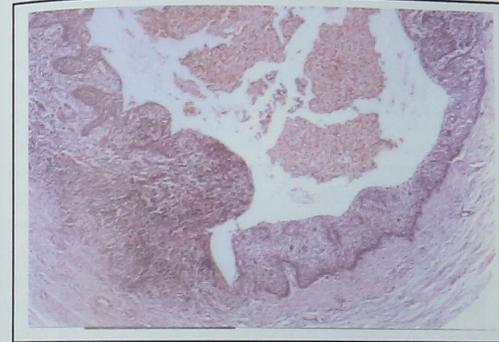


foto1 - 100 X H/E: Quiste periapical o inflamatorio

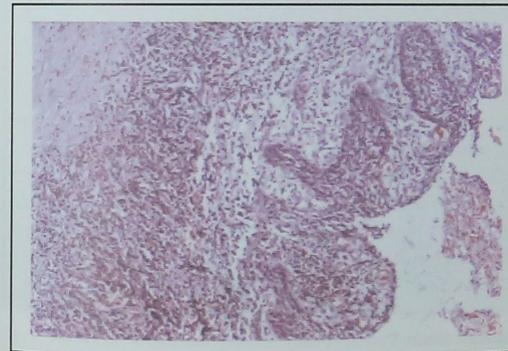


foto 2 - 400 X H/E: Pared de quiste periapical con hiperplasia epitelial e infiltrado inflamatorio.

- Migración leucocitaria intraepitelial (exocitosis)
- Ocasionales cuerpos de Rushton
- El corion adyacente presentó intenso infiltrado inflamatorio, constituido por leucocitos polimorfonucleares, acompañados de linfocitos, plasmocitos (algunos con cuerpos de Russell)
- Focos de pigmento hemosiderínico y calcificación distrófica
- Depósitos de colesterol en forma de cristales aciculares y granulomas colesterínicos con células gigantes multinucleadas

• Cápsula fibrosa de tejido conectivo (no constante)
Los cuerpos de Rushton¹⁷ se hallan ubicados en la superficie epitelial del quiste. Constituyen elementos eosinófilos con forma de horquilla, laminación concéntrica, y mineralización basófila desde el centro a la periferia. Se cree que corresponden a un tipo de queratina o cutícula del esmalte y no es exclusivo de los quistes periapicales; se pueden observar también, en otros quistes odontogénicos. En los casos revisados no se observaron células cilíndricas ciliadas y mucosas secretoras descritas por algunos autores consultados.

No siempre es posible encontrar todos los elementos descriptos anteriormente, pero es necesario conocer su existencia, pues constituyen elementos diagnósticos que ayudan a la identificación de este tipo de quiste.

El **quiste residual**, constituye una recidiva de un quiste radicular por extirpación incompleta o un quiste que permanece en el espacio ocupado por un diente extraído con anterioridad, por lo cual en esta revisión, se los incluyeron dentro de los quistes inflamatorios o periapicales. Aunque Shaffer⁸ propone que el término pueda aplicarse a cualquier quiste de los maxilares que permanezca después de un procedimiento quirúrgico.

Presentan similares características histopatológicas al quiste periapical, con predominio de infiltrado inflamatorio linfoplasmocitario y fibrosis.

El **quiste dentígero o folicular**, se desarrolla por acumulación de líquido entre el órgano del esmalte remanente y la corona del diente subyacente en desarrollo o sin erupcionar. El epitelio del esmalte reducido y la corona del diente maduro forman la cubierta epitelial del quiste. Ocasionalmente la acumulación de líquido se produce dentro del órgano del esmalte, lo que explicaría la hipoplasia del esmalte en los dientes no erupcionados. Clínicamente se relacionaron con la erupción dental tardía y algunos pueden ocasionar expansión ósea, cuando adquieren un gran tamaño.



Foto 3 - Observación macroscópica de quiste dentígero



fig. 4 - 100 X H/E: Quiste dentigero con cubierta epitelial de 2 a 3 hileras de células



fig. 5- 400 X H/E: Quiste dentigero con interface epitelio - conectiva plana

La mayor incidencia observada en este tipo de quiste comprende la segunda y tercera década de la vida, con predominio de pacientes de sexo masculino.

El sitio de localización de mayor frecuencia es en las regiones de los terceros molares de ambos maxilares y el la región de los caninos superiores, sitios de retenciones dentales frecuentes.

Radiológicamente se presentaron como una lesión radiolúcida, bien definida, unilocular, relacionada con la corona de un diente, con desplazamientos variables. Como expresa Regezi¹, los de localización en el maxilar superior, a nivel de los caninos pueden llegar a comprometer seno maxilar, fosas nasales y/o piso de la órbita y los ubicados en la mandíbula pueden extenderse hacia la rama ascendente y cuerpo de la misma. También puede apreciarse resorción de las raíces vecinas.

Macroscópicamente, se observa en la superficie interna del quiste la corona de una pieza dentaria que emerge desde la pared, a la cual se halla unida por la región cervical. (Foto 3)

Histopatológicamente los quistes dentígeros presentaron:

- Un epitelio plano estratificado no queratinizado, con dos a tres capas de células (Foto 4)
- Unión plana del epitelio con el tejido conectivo subyacente (Foto 5)
- Áreas con células secretoras mucosas y células ciliadas (Foto 6)

- Acantopapilomatosis asociada a procesos inflamatorios secundarios.
- Ocasionales cuerpos de Rushton (Foto 7)
- Focos de queratinización de tipo metaplásicos
- Habitualmente no se acompañaban de proceso inflamatorio en el corion.

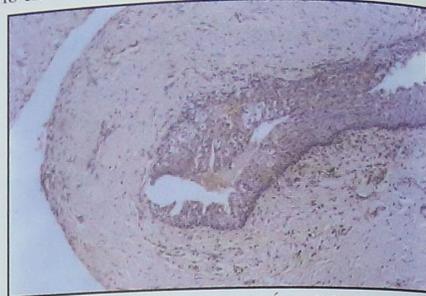


fig 6- 100 X H/E: Quiste dentigero. Área de hiperplasia epitelial con células secretoras



fig 7 - 100 X H/E: Quiste dentigero con cambios inflamatorios secundarios. Cuerpos de Rushton

La diversidad en la población celular, refleja la multipotencialidad de la cubierta epitelial de los quistes dentígeros y explica la probabilidad de transformación de estos quistes en tumores agresivos o malignos como ameloblastomas, carcinomas mucoepidermoides intraóseos y carcinoma de células escamosas.

Vickers y Gorlin⁹ describen en 1970 una serie de cambios tempranos que indican la transformación ameloblastomatosa : (Foto 8)

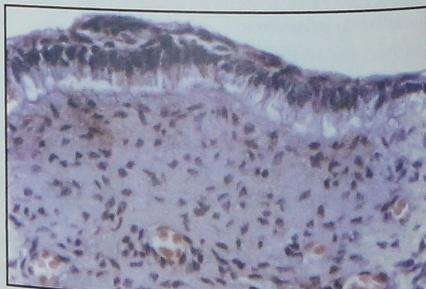


fig 8 - 400 X H/E: Quiste dentigero con área de polarización y vacuolizaciones subnucleares

- Hiper cromasia nuclear de las células basales.
- Polarización nuclear lejana a la membrana basal.
- Vacuolas entre el núcleo de las células basales y la membrana basal.
- Aumento del espacio intercelular de las células epiteliales (pérdida de cohesión)
- Hialinización del tejido conectivo adyacente

Estos criterios actualmente pueden ser complementados con la utilización de técnicas de marcación inmunohistoquímica para evaluar la actividad proliferativa celular con el PCNA (Antígeno nuclear de proliferación celular). Valores por encima del 10%, son sugestivos de transformación ameloblastomatosa, alcanzando valores del 50% o más en los estratos ameloblásticos basales en las variantes uniuísticas como en los multiloculares¹⁰.

En nuestra serie de los 11 casos revisados, uno de ellos presentó en un sector de la pared quística células con características similares a las descritas precedentemente por Vickers y Gorlin, de crecimiento intraluminal. La misma se interpretó como la transformación ameloblastomatosa focal en la pared de un quiste dentígero (Ameloblastoma uniuístico). Correspondiendo a un patrón de crecimiento intraluminal, sin invadir la pared conectiva descrita por Robinson y Martínez¹¹ y a su equivalente el tipo I descrito por Ackermann¹² (Foto 9).



fig. 9 - 40 X H/E: Quiste dentigero con transformación ameloblastomatosa

Motivo por el cual es necesario resaltar el examen cuidadoso de la pared del quiste dentígero y ante la presencia de algunas de las alteraciones morfológicas mencionadas, se convierte en regla obligatoria el estudio de la totalidad de la pared quística debido su potencial neoplásico¹³.

En un trabajo de Timosca¹⁴ y colaboradores, sobre transformación maligna de los quistes, esta eventualidad ha sido descrita en el 0,12 % de los quistes odontogénicos, particularmente en aquellos que presentan queratinización del epitelio.

Los **queratoquistes**, derivan de restos de la lámina dental y/o restos de Serres que se localizan en el tejido conectivo gingival, la mandíbula o el maxilar superior. Stoelting y Peters¹⁵ publicaron un trabajo que demuestra que pueden

derivar de una extensión de las células basales del epitelio bucal.

Por sus características biológicas e histopatológicas debe ser separado como una entidad particular, diferente, de los demás quistes odontogénicos que presentan queratinización, como los quistes dentígeros, radicales y los primordiales. Con este último se ha generado controversias, ya que por mucho tiempo se lo consideraba como sinónimo de queratoquiste. Sin embargo, ambos derivan de estructuras embriológicas diferentes: el primero "quiste primordial" se origina por degeneración quística y licuefacción completa del retículo estrellado del órgano del esmalte antes de haberse formado ninguna estructura dentaria calcificada y se halla en reemplazo del diente. También puede originarse en gérmenes dentarios supernumerarios y un importante detalle para su identificación es que no deben estar relacionados con la corona o el ápice radicular de un diente¹⁶. Los queratoquistes, en cambio, se originan de restos de la lámina dental que quedan atrapados en cualquier parte de su trayectoria. Por lo tanto, como lo recomienda la OMS no deben ser considerados como sinónimos³.

Aunque la queratinización puede estar presente en otros tipos de quistes, el potencial histopatológico del epitelio de los queratoquistes presenta un índice mitótico más activo que el de los otros quistes odontogénicos y se demostró que componentes del tejido conectivo tienen mayor velocidad de proliferación. Estos hechos pueden explicar su recurrencia o comportamiento biológico particular¹.

Clínicamente se presentan en un amplio intervalo de edades con predominio entre la segunda y tercera década de la vida.

Afectan predominantemente la mandíbula en la región posterior y cuerpo. En el maxilar superior afecta la zona de los molares y la de los caninos. Son asintomáticos y radiológicamente presentan zonas radiolúcidas bien definidas uni o multiloculares. Silverberg⁴ menciona un trabajo de Browne que describe tres patrones radiológicos distintivos en una serie de 83 casos, de los cuales el 56% corresponden al patrón unilocular, 20% a una cavidad solitaria con otras menores periféricas y el resto al patrón multilocular (23%).

Histopatológicamente : (Fotos 10 y 11)

- Está recubierto por un epitelio plano estratificado orto o paraqueratinizado de espesor uniforme, con un grosor de 8 a 10 células.
- Paraqueratina de aspecto arrugado en la superficie luminal. La luz contiene cantidades variables de paraqueratina descamadas.
- La capa de células basales columnares o cuboidales polarizadas, con núcleos uniformes intensamente teñidos.
- La interfase epitelio-conectivo es plana, con un estroma fibroso que no suele presentar infiltrado inflamatorio.

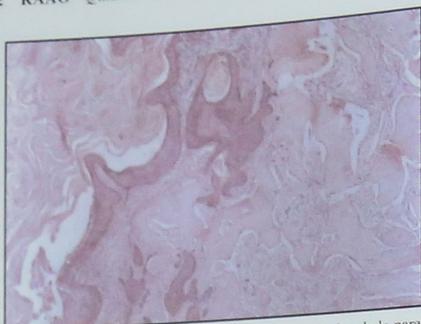


foto 10 - 40 X H/E: Queratoquiste. Visión panorámica de la pared con quistes satélites en el tejido óseo adyacente

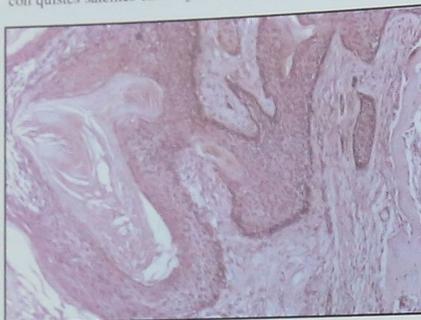


foto 11 - 100 X H/E: Queratoquiste. Revestimiento plano estratificado paraqueratinizado

• Residuos de lámina dental y microquistes presentes ocasionalmente en la pared de la cápsula.

Existen dos variantes histológicas reconocidas de queratoquistes odontogénicos: la paraqueratósica y la ortoqueratósica, con una alta incidencia de la primera (85 a 95%), variantes observadas en los queratoquistes de nuestra revisión. Las variantes ortoqueratinizadas, con menor tasa de recurrencia posee una capa granular prominente. En una revisión de Wright¹⁷, la variante ortoqueratósica, fue vista en 1 de 24 pacientes con un período de seguimiento de 6 meses a 8 años.

El tipo paraqueratinizado incluye proyecciones de la capa basal del epitelio hacia el tejido conectivo. Las paredes de algunos quistes pueden presentar islotes de células epiteliales con queratinización central y formación de microquistes denominados quistes satélites en un 7 a 26%¹ Su alta recurrencia² que varía entre un 6 a 60% no está bien determinada, esto podría corresponder a fragmentos epiteliales residuales o satélites después de su extirpación incompleta o posibles restos de la lámina dental cercanos a la lesión primaria.

La presencia de queratoquistes múltiples en niños suele inducir el diagnóstico del Síndrome de Carcinoma de Células Basales Nevoide (Síndrome de Gorlin-Goltz), pues constituye un rasgo constante y característico.

Los pacientes portadores de este síndrome autosómico dominante se acompañan además de carcinomas basocelulares, hoyuelos queratósicos palmares y plantares, quistes epidermoides pequeños múltiples (milias) y calcinosis dérmica; costillas bífidas, anomalías vertebrales y metacarpianas, dismorfogénesis facial, calcificación de la hoz del cerebro y meduloblastoma.

CONCLUSIONES

Esta revisión permite corroborar la baja prevalencia de los Quistes Odontogénicos y el estudio de las variedades histológicas más frecuentes en concordancia con la literatura revisada.

Otras variedades no se encontraron y esta ausencia se interpreta debido a su baja incidencia, y respecto a las variantes de erupción y el gingival del recién nacido, no son habituales especímenes de biopsia.

Se enfatiza la profundización en el conocimiento de los detalles histológicos de cada uno de ellos, porque contribuye a la correcta identificación histopatológica, útil para detectar transformaciones neoplásicas incipientes que repercuten en el tratamiento y el pronóstico.

Pensamos que la Anatomía Patológica constituye el elemento fundamental para confirmar estas patologías sospechadas clínica y radiográficamente. Pero, aislada del contexto, presenta falta de especificidad en los hallazgos microscópicos por superposición de algunas características histopatológicas comunes a varios quistes. Se enfatiza entonces, el valor de la multidisciplinaria a partir de pilares fundamentales para un correcto diagnóstico de estas patologías: la clínica-quirúrgica, la radiología y la anatomía patológica que se deben complementar adecuadamente.

BIBLIOGRAFÍA

1. Regezi, J.A. ; Sciubba, J "Patología Bucal" Segunda Edición. Editorial Interamericana- McGraw-Hill 1995
2. Borello, E.D. Tumores Odontogénicos. Simposio sobre Tumores Odontogénicos. Jornadas Internacionales 41 Aniversario de la Facultad de Odontología de Córdoba. Agosto/1997
3. Sapp, J.P.; Eversole, L.R.; Wysocki, G.P. Patología Oral y Maxilofacial Contemporánea. Primera Edición. Editorial Harcourt. Mosby. 1997
4. Silverberg, S. Surgical Pathology and Cytopathology. Third Edition. Churchill-Livingstone 1997
5. Kramer, J.R.H.; Pindborg, J.J. y Shear, M: Histological Typing of Odontogenic Tumors, 2nd Ed Springer-Verlag, Berlín - 1992
6. Keszler, A.; Guglielmotti, N.B.: Calcifying odontogenic cyst associated with odontoma: report of two cases. J.Oral Surg 45: 457-459, 1987
7. Cawson, R.A. ; Odell, E.W. Essentials of oral pathology

- and oral medicine. Sixth Edition. 1998
8. Schaffer, W.G.; Hine, M.K.; Levy, B.M.; Tamich, Ch.E. Tratado de Patología Bucal . Cuarta Edición. Editorial Interamericana. 1986
 9. Vickers, R.A.; Gorlin, R.J. Ameloblastoma: delineation of early histopathological features of neoplasia. Cancer 26: 699 - 1970
 10. Beovide Cortegoso, A.V. Ameloblastoma uniuquístico. La importancia de un diagnóstico histológico. Comunicación -E-004 IV Congreso Virtual Hispano Americano de Anatomía Patológica. Noviembre/2001.
 11. Robinson, L.; Martínez, M. Unicytic Ameloblastoma A Pronostically Distinct Entity. Cancer 40:2278-85; 1977
 12. Ackermann, G.L. ; Altini, M.; Shear, M. The unicytic ameloblastoma: a clinicopathological study of 57 cases J Oral Pathol 17: 541-46; 1988
 13. Maxymiw, W.G. ; Woods, R.E. Carcinoma arising in a

- dentigerous cyst: A case report and review of the literature. J Oral Maxillofac Surg 49: 639- 43,1991
14. Timosca, G.C; Cotutiu, C. ;Gavrilita, L. Transformation maligne des kystes odontogenes . Rev. Stomatol Chir Maxillofac 1995 ; 96(2):88-95
15. Stoelinga, P.J.W.; Peters, J.H.: Anote on the origin of keratocysts of the jaws. Int. J.Oral Surg.2:37-44,1973
16. Gorlin, R.L. ; Goldman, H.M.: Thoma Patología Oral. Salvat Editores, S.A. 1984
17. Wright, J.T.:The odontogenic keratocyst : orthokeratinized variant. Oral Surg. 51 : 609-618,1981

Dirección de los autores:

Mariano Moreno 671

C.P. 3400 - Corrientes - Prov. de Corrientes

FUJI, 'GC,'[®]

LIDER MUNDIAL EN IONOMEROS VITREOS



Fuji I
Ionómero de vidrio convencional
para cementación de metales,
metales con porcelana,
metales con resina y bandas
para ortodoncia. Radiopaco.

Presentación:
15 gr. de polvo,
10 ml. de líquido.



Fuji IX
Ionómero de vidrio convencional, radiopaco
de alta densidad para posteriores.
Se utiliza en pediatría, geriatría, técnica TRA,
base y obturación.

Presentación:
5 gr. de polvo,
2,4 ml. de líquido.



M. T de Alvear 2081
(C1122AAE) Buenos Aires
Tel: 011-4821-4114
Fax: 011-4821-3229
0-800-44-Grimberg (47462)
www.grimbergdentales.com
ventas@grimbergdentales.com

ORIGEN JAPON

DECLARACIÓN DE LA FDI

Resultados recomendados (competencias)

en el entrenamiento de estudiantes de Pregrado



Aprobada por la Asamblea General de la FDI: 18 de septiembre de 2003 – Sydney

CONTENIDO

1. INTRODUCCIÓN
2. PREREQUISITOS
3. COMPETENCIAS CLÍNICAS
 - 3.1 Valoración y Diagnóstico del Exámen del Paciente
 - 3.2 Comunicación y Educación del Paciente
 - 3.3 Ética y Jurisprudencia
 - 3.4 Tratamiento
 - 3.5 Emergencias Médicas
 - 3.6 Práctica Gerencial

1. INTRODUCCIÓN

En el contexto de este documento el término competencia clínica se refiere a una combinación de habilidades, actitudes y conocimientos que provee al clínico de suficiente competencia para emprender una tarea clínica específica. El conocimiento requerido comprende el entendimiento apropiado de los principios biológicos moleculares, a través de características anatómicas y fisiológicas hasta la patogenia de los procesos de la enfermedad. Esto no es simplemente una capacidad técnica o cierta cantidad de conocimiento prescrito, esto implica mucho más. La adquisición de competencia clínica puede lograrse por medio de la diversidad existente en los programas de entrenamiento y enseñanza. Los cuales pueden ser valorados y examinados en diferentes formas a lo largo del mundo. No obstante, es posible llegar a un acuerdo sobre ciertas competencias clínicas básicas comunes en todos los miembros de la profesión dental.

El siguiente es un ejemplo de tales competencias clínicas (excisión de la raíz de un diente enterrado):

Si se considera que un clínico es clínicamente competente para extraer una raíz enterrada, esto implica mucho más que la habilidad técnica y quirúrgica requerida para eliminar la raíz enterrada en el alvéolo. Esto abarca un amplio rango de conocimiento y entendimiento preclínico y clínico sobre el cual se basa el tratamiento quirúrgico. También implica competencia en la valoración del paciente, manejo, ansiedad y control de dolor, control de infección, conocimiento y destreza para proveer la anestesia apropiada y además conciencia de las propias limitaciones del

odontólogo. La competencia quirúrgica dental se entiende como el conocimiento de los principios biológicos, fisiológicos y anatómicos requeridos para completar certeramente el procedimiento y comunicarse debidamente con el paciente para asegurar que el mismo esté bien informado y pueda dar consentimiento para el tratamiento. La competencia requiere traumatismo quirúrgico mínimo, manejo apropiado del tejido, incisiones correctas, elevación, reflexión y manejo del tejido mucoperóstico antes de tener acceso a la extracción quirúrgica del hueso y de la sustancia dental tal como se requiere para sacar la raíz enterrada. Esto también requiere un reemplazo y estabilización aceptable de los tejidos con mínimo trastorno del sitio donde se realiza la cirugía. La competencia clínica también amerita que el clínico esté consciente y que entienda apropiadamente las implicaciones de la intervención quirúrgica menor sobre la salud general y el consejo y cuidado necesario pre y post operatorio para asegurar las condiciones óptimas para la cura y recuperación. En la competencia clínica se encuentra implícito la comprensión apropiada de los procesos de la cura de heridas y las influencias que pudiesen retardar o acelerar la cura. El clínico debe tener un entendimiento profundo de las implicaciones farmacológicas y terapéuticas de la intervención quirúrgica para el paciente. El clínico también debe ser competente para prescribir con seguridad y de forma apropiada agentes terapéuticos, tales como antibióticos.

2. PREREQUISITOS PARA LAS COMPETENCIAS

El clínico no será considerado clínicamente competente a menos que él o ella esté bien informado y sea capaz de llevar a cabo su tarea dentro de parámetros clínicos actuales y aceptables. Los siguientes prerrequisitos aplican antes que un odontólogo pueda ser considerado competente en las tareas enumeradas desde el numeral 3.1 al 3.6.

2.1 Tener suficiente entendimiento de las ciencias básicas, biológicas, conductuales y médicas sobre las cuales se basa el cuidado de salud oral moderno y el mantenimiento de salud.

2.2 Practicar la odontología en todo su campo en el contexto del cuidado integral del paciente sin ocasionarle

daños al paciente o al ambiente.

2.3 Poseer entendimiento de las responsabilidades éticas y morales del odontólogo en cuanto al cuidado del paciente, como individuo y dentro del contexto de su comunidad.

2.4 Dar prioridad a los cuidados de acuerdo a las necesidades, y participar con otros para ubicar blancos alcanzables en la reducción de enfermedades orales dentro de la comunidad.

2.5 Poseer conocimiento sobre etiología, principios de los procesos biológicos moleculares, patogenia, las características demográficas, prevención y tratamiento de enfermedades orales y dentales.

2.6 Estar familiarizado con la farmacología de las drogas relacionadas directa e indirectamente con la praxis de la odontología y entender las implicaciones de la terapia de drogas para condiciones sistémicas con respecto al tratamiento dental.

2.7 Conocer sobre las ciencias biomateriales tanto como se requiera en la praxis de odontología.

2.8 Proveer cuidado dental dentro de las limitaciones éticas y médico legales del estado miembro en el cual el odontólogo ejerce.

2.9 Controlar la infección cruzada y prevenir la contaminación física, química o microbiológica en la praxis de la odontología.

2.10 Aplicar en el ámbito de su especialidad los métodos modernos para controlar la ansiedad y el dolor de forma segura cuando lleven a cabo tratamientos dentales.

2.11 Estar consciente sobre la importancia de continuar la formación y educación profesional con el fin de mantenerse al día sobre los avances relevantes en todas las facetas de la praxis dental.

2.12 Como un miembro de la disciplina de ciencias de la salud, participar promoviendo la salud en la comunidad con la responsabilidad específica de fomentar la salud oral y dental.

2.13 Un odontólogo recién graduado debe ser capaz de juzgar objetivamente la calidad del cuidado proveído a los pacientes bajo su responsabilidad.

2.14 Debe ser capaz de analizar literatura científica relevante y aplicar apropiadamente los hallazgos de investigaciones en el cuidado seguro y previsible de los pacientes.

3. COMPETENCIAS CLÍNICAS

Por favor note que las competencias clínicas listadas del aparte 3.1 al 3.6 son las competencias mínimas requeridas para una praxis odontológica segura. Ellas no cubren todo el campo de competencias requeridas por un odontólogo moderno y no deberían limitar los cursos de extensión de educación y entrenamiento dental, ni deberían ser usadas o interpretadas para fomentar la especialización en odontología. Estas competencias representan el mínimo común denominador y deberían ser expandidas en el futuro. Sin

embargo, sin estas competencias básicas una persona no podría llevar a cabo la praxis de odontología de forma segura.

Con el fin de practicar la odontología en un nivel de cuidado dental primario o general (es decir, un tratamiento que es usualmente llevado a cabo por el odontólogo y que no requiere referir al paciente para un especialista), un odontólogo calificado debería ser capaz de demostrar su competencia clínica en todos los procedimientos siguientes que se listan debajo, de acuerdo a las necesidades de cada paciente.

3.1. Valoración y Diagnóstico del Exámen del Paciente

1. Tomar la historia de un caso apropiado, incluir la historia médica, llevar a cabo el exámen oral*, distinguir los casos anormales de los normales, diagnosticar las enfermedades orales y dentales y formular un plan de tratamiento a largo plazo, llevar a cabo el tratamiento adecuado o referir al paciente a un especialista en caso que sea necesario. Esto incluye las articulaciones craneomandibular y las anomalías caniofaciales.

2. Reconocimiento y manejo apropiado y/o acción de referir a los pacientes que tengan manifestaciones orales de enfermedades sistémicas.

3. Demostrar la valorización de la salud general del paciente y la relación entre la salud general y la enfermedad y la cavidad oral y las implicaciones de las enfermedades generales en la planificación del tratamiento dental.

4. Examinar o revisar en busca de enfermedades orales.

5. Diagnosticar y registrar las anomalías en desarrollo y enfermedades orales usando una clasificación internacional aceptada.

6. Diagnóstico y manejo o acción de referir apropiadamente a los pacientes que presenten dolor afín con aspectos orofacial, dental y carneomandibular.

7. Diagnóstico y manejo o acción de referir apropiadamente a los pacientes con enfermedades dentales y orales comunes, incluyendo cancer, lesiones en la mucosa y patología del hueso.

8. Llevar a cabo técnicas de imágenes dentales de rutina, por ejemplo, vista periapical, mordedura y extra-oral a la vez que se proteje al paciente y al equipo que realiza el trabajo de las radiaciones ionizantes.

9. Capacidad para distinguir los signos radiográficos entre los casos anormales y los normales en radiografías orales.

3.2 Comunicación y Educación del Paciente

1. Comunicación efectiva con los pacientes.

2. Educación para la Salud de pacientes individuales especialmente en técnicas de higiene oral apropiadas y efectivas.

3. Participación en la promoción de la salud pública con especial responsabilidad en fomentar la salud oral y dental.

3.3 Ética y Jurisprudencia

1. Proveerle a cada paciente suficiente información, sobre la base del conocimiento científico actual, esto con el fin

- de obtener un consentimiento de tratamiento fundamentado en el conocimiento del paciente.
2. Tener entendimiento adecuado de la legislación concerniente a la praxis de la odontología específicamente en el país donde el odontólogo ejerce su profesión.
 3. Poseer la capacidad para reconocer sus propias limitaciones al proveerle cuidado al paciente y saber cuando es necesario referir al paciente para cuidado dental y médico afines.
 - 3.4. Tratamiento
 1. La prescripción de drogas pertinentes para pacientes dentales.
 2. La eliminación de materiales que se acumulan sobre los dientes y la planificación de la superficie de la raíz.
 3. Incisión, elevación y reemplazo de un injerto de la mucosa para procedimientos de cirugía oral menor.
 4. Cirugía básica de injerto periodontal y gingivectomía.
 5. Completación de tratamiento endodóntico en dientes con una o múltiples raíces.
 6. Cirugía periapical asociada con patología apical.
 7. Extracción rutinaria de los dientes.
 8. Excisión quirúrgica de raíces enterradas, resección de la raíz y dientes impactados.
 9. Biopsias de excisión e incisión.
 10. Reemplazo de dientes faltantes, cuando sea indicado y apropiado, con puentes fijos, prótesis parcialmente removibles (soporte del diente y/o tejido) y prótesis completas. También, debe saber cuando los implantes son pertinentes y proveer el tratamiento o referir en caso necesario.
 11. La restauración para hacer funcionar los dientes utilizando un amplio rango de materiales reconstituyentes disponibles, aceptables y actuales.

12. Llevar a cabo correcciones de ortodoncia de problemas oclusivos menores y saber cuando referir a los pacientes con problemas más complejos.

3.5. Emergencias Médicas
1. Llevar a cabo resuscitación cardio-pulmonar y primeros auxilios.

3.6. Práctica Gerencial
1. Trabajar como líder del equipo de cuidado de salud oral usando todo el personal auxiliar dental disponible.
2. Gerenciar la práctica dental de acuerdo a la entidad reguladora apropiada.

El odontólogo recientemente calificado o recientemente registrado debe ser capaz de llevar a cabo estos procedimientos como es debido en adultos, niños, y pacientes comprometidos medicamente, físicamente y mentalmente en el contexto del cuidado integral del paciente. Estas competencias básicas no son restrictivas y no deberían constituir sólo parte de los objetivos educativos y de entrenamiento del curriculum de una escuela odontológica.

La Comisión de Práctica Dental de la FDI reconoce el trabajo importante emprendido por el Comité Consultivo del Entrenamiento de Profesionales de la Odontología en la Unión Europea al establecer el Documento: **INFORME Y RECOMENDACIONES CONCERNIENTES A COMPETENCIAS CLÍNICAS REQUERIDAS PARA LA PRÁCTICA DE LA ODONTOLOGÍA EN LA UNIÓN EUROPEA**

*El término "oral" no está limitado al área de la cavidad oral, sino que se extiende hasta áreas relevantes de la cabeza y el cuello y en efecto a todo el cuerpo, ya que puede ser relevante para el examen del paciente por el odontólogo en el contexto del cuidado comprensivo o integral del paciente.

DECLARACIÓN DE LA FDI Control de la Infección en Odontología



Aprobada por la Asamblea General de la FDI: 18 de septiembre de 2003 - Sydney

Por lo general, los procedimientos asociados con el hecho de recibir o de proporcionar atención dental son totalmente seguros. Los datos epidemiológicos actuales indican claramente que cuando se siguen en forma rutinaria los procedimientos recomendados para el control de infecciones, no existe un riesgo significativo de contraer enfermedades de transmisión por vía sanguínea durante el tratamiento dental.

Un elemento clave para el control de infecciones que es recomendado por los especialistas de todo el mundo es el concepto de las precauciones universales, como método para reducir el riesgo de transmisión de agentes patógenos por vía sanguínea (por ejemplo, el Virus de Inmunodeficiencia Humana, los virus de la Hepatitis y otros) en los ámbitos de atención sanitaria. El precepto fundamental que respalda este concepto es el razonamiento de que todos los pacientes son potencialmente infecciosos y de que por ello es necesario poner en práctica procedimientos globales para controlar la infección cuando se trata a los pacientes.

Procedimientos Universales para el Control de Infecciones

• La FDI urge a todos los profesionales de salud bucodental que observen las precauciones universales establecidas por las autoridades locales o regionales, según sea apropiado.

Acceso a la atención dental

• La FDI juzga que es poco ético negar atención bucodental a los pacientes sólo por el hecho de que sean portadores de infecciones que se transmiten por vía sanguínea.

Vacunación

• La FDI exhorta a los profesionales de salud bucodental que puedan estar expuestos a riesgos de infección, que se vacunen apropiadamente de acuerdo a las pautas emitidas por las autoridades locales y que se hagan inocular con otras vacunas en la medida que se encuentren disponibles.

Envío para Evaluación Médica

• La FDI ruega encarecidamente a todos los profesionales odontológicos que se mantengan alertas a la presencia de signos y síntomas relacionados con las enfermedades de transmisión sanguínea y otras enfermedades contagiosas. Los individuos con historias o condiciones médicas que sugieran la presencia de infección deberán ser enviados a sus médicos para que reciban tratamiento.

Revelación por el Paciente y Confidencialidad

• La FDI urge a los proveedores de atención sanitaria que

mantengan un protocolo apropiado, de acuerdo a la legislación local vigente, para el manejo confidencial de la información sobre los pacientes infectados con agentes patógenos de transmisión sanguínea.

• La FDI urge a los proveedores de atención sanitaria que mantengan una estricta confidencialidad sobre el estado de un paciente en cuanto a agentes patógenos de transmisión por vía sanguínea y sobre su condición médica. Esto no debe impedirles compartir información sobre la condición médica del paciente con otros proveedores de atención sanitaria, de acuerdo a lo permitido por las regulaciones locales.

• La FDI cree que todos los pacientes infectados por agentes patógenos sanguíneos deberían dar a conocer su estado como parte de su historia médica. Los proveedores de atención deben estar al tanto de su historia médica completa, para poder tomar las decisiones más apropiadas sobre el tratamiento en el mejor interés del paciente.

Incidentes de Exposición

• La FDI recomienda que los trabajadores de atención dental deben estar familiarizados con los protocolos actuales de post-exposición para el manejo de la exposición laboral a agentes patógenos sanguíneos y que deben establecer normas en el lugar de trabajo para asegurar el manejo apropiado y eficiente de tales incidentes.

Información Pública y Educación

• La FDI recomienda a las Asociaciones dentales locales o regionales que eduquen al público sobre la eficacia de las precauciones universales y la ausencia de un riesgo significativo de contraer enfermedades transmitidas por vía sanguínea durante la atención dental, cuando se implementan en forma rutinaria los procedimientos recomendados para el control de infecciones.

Educación Profesional

• La FDI recomienda que todos los profesionales de salud bucodental deben mantener al día sus conocimientos y técnicas con respecto a las enfermedades infecciosas que puedan presentar una amenaza especial de transmisión en el ambiente clínico.

• La FDI recomienda el desarrollo y la actualización de programas de educación locales y nacionales para el equipo dental que incluyan recomendaciones para el control de infecciones en los ambientes de atención sanitaria (así como programas dedicados al manejo de las implicaciones sistémicas y bucodentales de las enfermedades

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

transmitidas por la sangre).

• La FDI recomienda a los docentes/educadores dentales que traten de manera integral e incorporen en el currículum y en las actividades clínicas, las recomendaciones actuales para controlar las infecciones dentro del ámbito de la atención sanitaria.

Prueba Obligatoria

DECLARACIÓN DE LA FDI Tuberculosis y el Ejercicio de la Odontología



Aprobada por la Asamblea General de la FDI: 18 de septiembre de 2003 - Sydney

TUBERCULOSIS Y EXPOSICIÓN PROFESIONAL

La tuberculosis es una enfermedad infecciosa causada por la inhalación de partículas transportadas por el aire que contienen la bacteria *Mycobacterium tuberculosis*. En general, un tercio de la población global está infectada con este *mycobacterium* o sus variantes. La aparición de la pandemia del virus de inmunodeficiencia humana ha acelerado inexorablemente su propagación mientras que las cepas del bacilo resistente a las drogas han hecho más problemático el tratamiento/control de la enfermedad. En vista de la alarmante propagación de la enfermedad, parece existir la posibilidad de que el personal de salud, incluyendo el personal de salud bucodental, pueda llegar a ser afectado por la infección de tuberculosis. No obstante, la información epidemiológica actual y que en general se acepta, apoya la conclusión de que no existe mayor riesgo de contraer tuberculosis durante el tratamiento dental, a condición que se adopten procedimientos apropiados para controlar la infección.

La FDI urge a todas sus Asociaciones Miembros y a todos los profesionales de salud bucodental que tomen conocimiento de esta enfermedad pandémica y que estén al corriente de sus características demográficas en cada localidad, porque la prevalencia de la enfermedad varía mucho en términos globales.

CONTROL DE LA PROPAGACIÓN DE TUBERCULOSIS

Un elemento importante en el control de la infección en odontología es el concepto de la **precaución universal** que se centra en la premisa que por medio de la historia y examen médico no se puede identificar o reconocer a todos los pacientes o portadores de infecciones. En consecuencia, todos los pacientes deben ser considerados como potencialmente infecciosos. Sin embargo, recientemente se han combinado las precauciones universales con pautas dirigidas a reducir el riesgo de la transmisión de patógenos por medio de gotas, aerosoles o contacto directo, para

• La FDI se opone a cualquier legislación que requiera el examen obligatorio del personal de atención dental para determinar su estado con respecto a la presencia de agentes patógenos sanguíneos.

Autor principal: Profesor L P Samaranayake

Presentado por: La Comisión de Ciencias de la FDI

establecer un conjunto unificado de prácticas clínicas llamadas "precauciones estandarizadas". Cuando se está tratando a pacientes con enfermedades como la tuberculosis, que puede ser transmitida por estas vías de exposición, puede ser que sea necesario establecer precauciones adicionales o aplazar el tratamiento.

La FDI reafirma energicamente que es importante adherirse a las recomendaciones actuales relacionadas con el control de la infección, según han sido descritas por los organismos locales e internacionales pertinentes, para así minimizar la propagación en la odontología de enfermedades respiratorias y de otras infecciones. En este contexto será necesario conceder particular importancia a la vacunación, barbijos/protectores faciales y la ventilación.

Vacunación

La vacuna BCG es el procedimiento preventivo universal contra la tuberculosis.

La FDI respalda la política/normativa de la vacunación BCG para el personal de salud bucodental en regiones geográficas o ambientes sanitarios donde la tuberculosis está muy extendida.

Barbijos y Ventilación

La opinión general es que precauciones sensatas como la buena ventilación del consultorio, el control de los aerosoles por medio de aspiradores de ventilación externa y el uso de barbijos de buena calidad, son importantes para contener la transmisión de enfermedades respiratorias incluyendo la tuberculosis. Sin embargo, existe evidencia que los barbijos que usan rutinariamente los trabajadores de salud no siempre proporcionan una protección efectiva contra la infección.

La FDI está a favor de todas las medidas que ayudan a controlar la calidad del aire en el consultorio dental. Ellas incluyen el uso de respiradores especiales, aspiradores de ventilación externa y una buena ventilación de la consulta.

DIAGNÓSTICO Y EVALUACIÓN MÉDICA

Los profesionales de salud bucodental deben estar alertas a las manifestaciones y síntomas de tuberculosis que puedan reconocer durante el tratamiento dental. Los pacientes con historia y condiciones clínicas que indiquen tuberculosis deben ser remitidos a sus médicos para que lleven a cabo el diagnóstico, tratamiento y seguimiento apropiado. Los pacientes con prueba cutánea positiva pero que no tienen síntomas de tuberculosis activa, no son contagiosos y pueden ser tratados utilizando precauciones normales.

La FDI insta a los profesionales de salud bucodental que se mantengan alertas ante cualquier manifestación y síntomas de tuberculosis, y que remitan estos pacientes a sus médicos para que reciban la atención médica apropiada.

ACCESO A LA ATENCIÓN

Las personas con tuberculosis deben ser tratadas con compasión y dignidad y deben tener acceso al tratamiento dental basado en el conocimiento científico más al día y uni-

versalmente aceptado. Los profesionales de salud bucodental no deben negarse a proporcionar atención dental simplemente porque el paciente sufre de tuberculosis. Los proveedores de atención sanitaria pueden aplazar el tratamiento que no es urgente hasta que los pacientes que muestran síntomas de tuberculosis activa hayan recibido el tratamiento médico oportuno y que ya no son contagiosos.

La FDI cree que los pacientes con tuberculosis deben ser tratados con compasión y dignidad y que deben tener acceso al tratamiento dental que está dentro del área de competencia del profesional que proporciona dicho tratamiento.

Autor principal: Prof L P Samaranayake

Presentado por: Comisión de Ciencias de la FDI

Referencia: Comisión de Ciencias, Proyecto 1-99:

Reaparición de la Tuberculosis y sus Variantes: Consecuencias para la Odontología

Atención de Pacientes en las Clínicas del A.A.O.

ORTODONCIA

Martes 11:00 - 13:00
Jueves 9:30 - 11:30 y 13:00 - 15:30
Viernes 10:00 - 12:00
Sábado: 8:30 - 11:00 (quincenal)
y 9:00 - 11:30 (mensual)

ORTODONCIA EN ADULTOS

Miércoles 13:00 a 15:00 (Quincenal)

ODONTOPEDIATRÍA

Viernes 8:30 a 10:00

IMPLANTES

Viernes 8:30 a 11:30

PRÓTESIS

Martes 9:00 a 11:30

SIRIA

Lunes 9:00 a 11:30
Sábados 9:00 a 12:00

OPERATORIA

Lunes 13:00 a 15:30

OCLUSIÓN Y DISFUNCIÓN

Lunes 9:00 a 10:30

ORTOPEDIA

Miércoles 8:30 a 10:30
Viernes 13:30 a 15:00
Sábado 9:00 a 11:00 (quincenal)

SINA

Miércoles 9:30 a 11:00 (quincenal)

CIRUGÍA I

Martes 8:30 a 10:30
Sábados 8:30 a 12:00

DEFORMIDADES DENTOFACIALES

Martes 12:30 a 15:30 (quincenal)

PERIODONCIA

Miércoles 9:30 a 11:00

ENDODONCIA

Miércoles 12:00 a 14:30

CIRUGÍA II

Jueves 9:30 a 11:30

ESTOMATOLOGÍA

Jueves 9:30 a 11:30

ARCO RECTO

Sábados 9:00 a 11:30



SISTEMA PROFESIONAL DE HIGIENE PARA MANOS
Y CUIDADO DE LA PIEL

Bag in Box
SYSTEM

Fresh
& Clean®

Linea de Productos:

- Alcohol en Gel sin Enjuague
- Soluciones Jabonosas Bactericidas
- Soluciones Jabonosas de Tocador
- Toallas de Papel Descartable
- Dispensadores

Laboratorios A.G.S.A.

Calle 28 (progreso) 4393 (B1650HDA) San Martín
Buenos Aires, Argentina
Tel. / Fax: (54 - 11) 4839-0709
e-mail: info@agsalab.com.ar
www.agsalab.com.ar

form-Ar
line
attachments

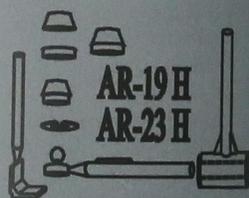
Industria nacional

La mejor solución sobre Coronas, Puentes e Implantes.

**NUNCA MAS FRACASOS
SOBRE IMPLANTES !!!**

El sistema pensado para evitar Cargas Inconvenientes.

attachments
Buenos Aires - Argentina



Consultas Técnicas
y/o Comerciales

(011) 4628-1005
(011) 15-5423-8886

form_ar@ciudad.com.ar
form-ar@drillco.com.ar

**GREMIALES
NOTICIAS DE FOCIBA**

Solicitada publicada en el diario Clarín el día 14 de abril de 2004.

LA SALUD BUCAL DE LA POBLACION ESTA EN PELIGRO

FEDERACIÓN ODONTOLÓGICA DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES (F.O.C.I.B.A.)

ADVIERTE

A Pesar De Los Reiterados Aumentos A Sus Asociados Implementados Por Las Empresas De Medicina Prepaga Usando Como Argumento El Incremento Constante De Sus Costos, Queremos Dejar En Claro Que Estos Aumentos En El Area De Los Servicios Odontológicos, No Se Transfieren A Los Prestadores Odontólogos.

Desde Marzo De 1992 No Se Han Modificado Los Honorarios Para Dichos Profesionales, Con El Agravante Que Desde Fines De 2001 Se Tríptico El Costo De Los Insumos Necesarios Para Las Prestaciones Odontológicas.

Nuestra Institucion Observa Tambien Con Preocupación Como Algunas Entidades De Medicina Prepaga Comprometen La Salud De La Poblacion Reduciendo La Cantidad De Prestaciones, Condicionando Y Poniendo Restricciones A Tratamientos Totalmente Necesarios

El Valor Que La Mayoría De Las Empresas Le Dan A La Salud De Sus Asociados Se Traducen En Honorarios Indignos Para Los Profesionales, En Constraste Con Los Periodicos Aumentos En Sus Cuotas De Afiliación.

Las Prepagas No Tienen Marco Regulatorio Y En Los Proyectos Que A Este Efecto Los Señores Diputados Y Senadores Estan Analizando, No Nos Tienen En Cuenta.

Comenzamos Esta Campaña De Esclarecimiento En Resguardo De La Salud De La Población, Derecho Primordial De Nuestra Sociedad.

ASOCIACION ODONTOLÓGICA ARGENTINA, CIRCULO ODONTOLÓGICO ARGENTINO,
ATENEÓ ARGENTINO DE ODONTOLOGÍA, SOCIEDAD ARGENTINA DE ORTODONCIA,
CIRCULO ODONTOLÓGICO DE BELGRANO,
ASOCIACIÓN ARGENTINA DE ORTOPEDIA FUNCIONAL DE LOS MAXILARES.

www.fociba.org.ar

SEGURO DE MALA PRAXIS

El Ateneo Argentino de Odontología pone en su conocimiento las diferentes modalidades de contratación para la COBERTURA DE RESPONSABILIDAD CIVIL (MALA PRAXIS)

DESCRIPCIÓN DE RESPONSABILIDAD CIVIL (MALA PRAXIS)

1. BASE OCURRENCIA

Responde por hechos ocurridos dentro de la Vigencia de la Póliza con una prescripción de reclamos de 10 (diez años) posteriores a la finalización de la misma.

Si poseen cláusula de OCURRENCIA la Empresa Aseguradora cubre el evento hasta 10 años potteriores a la vigencia de la póliza, período en que prescriben los reclamos emergentes de con-

tratos de responsabilidades contractuales, según nuestra legislación.

Cabe aclarar que en caso de fallecido el profesional si existiese un juicio por Mala Praxis el reclamo formará parte de la sucesión, por lo cual los derechos habientes heredan el pago de la indemnización en caso de siniestro.

2. BASE RECLAMO O CLAIMS MADE

Responde por hechos ocurridos durante la Vigencia de la póliza y Reclamados dentro de dicha vigencia o de sus renovaciones o dentro del Endoso de Extensión de Cobertura comprado a la rescisión del contrato por parte del asegurado. El capital asegurado que responde ante el reclamo es el que se encuentre vigente al momento de la indemnización.

3. CLAIMS MADE - VARIANTES COMERCIALES

Esta modalidad permite al Asegurado mediante el pago a la Aseguradora de la extraprima correspondiente extender el período en los cuales podrán ingresar el/los reclamos desde los 2 (dos) a los 10 (diez) años posteriores a la finalización y/o rescisión del Contrato de Seguro.

Esta modalidad de cobertura nunca se convierte en OCURRENCIA dado que su contratación desde la base es distinta,

debiendo el Asegurado contratar fehacientemente la extensión de un contrato adicional, ya que el período de reclamo de una cobertura de Base de Reclamo, caduca con la finalización de la vigencia de la Póliza.

Generalmente, cuando ocurre el fallecimiento del profesional sus derechos habientes se olvidan de contratar la extensión por desconocimiento de las cláusulas de la pólizas de Seguros, y/o cuando el profesional se acoge a la jubilación y/o deja de ejercer la profesión, son ellos mismos quienes olvidan de contratar el período extendido.

Por otra parte en situaciones como la que nos toca vivir donde empresas que operaban en la rama de Responsabilidad Civil han decidido retirarse del mismo y dejar de trabajarla, al tener Cláusula de Claims Made el asegurado queda automáticamente sin la posibilidad de comprar el Endoso de Extensión de Cobertura por lo cual se halla totalmente desprotegido ante reclamos que pueda recibir por prácticas que realizara mientras gozaba de cobertura teniendo póliza en vigencia.

LEY DE REGULACIÓN DE ENTIDADES DE MEDICINA PREPAGA

Uno de los grandes problemas en la relación odontólogos -prepagas es la ausencia absoluta de regulación en el funcionamiento de las prepagas.

A la luz de tal situación, el Parlamento Nacional se halla abocado desde el año pasado al análisis de varios proyectos tendientes a corregir esta carencia que permite a las prepagas a manejarse con gran impunidad en su trato a los prestadores.

Ha llegado a conocimiento de las autoridades de FOCIBA que en

los mencionados análisis se contemplan los intereses de dos de las partes, las prepagas y los afiliados, consultando a representantes de ambos sectores, criterio que entendemos razonable. Pero...y la opinión de los prestadores?

FOCIBA ha iniciado gestiones para entrevistar a los legisladores de las Comisiones de Salud de ambas cámaras a efectos de exigir la participación de los prestadores odontólogos en la discusión de los proyectos.

Nueva página en internet

Conéctese con:

www.ateneo-odontologia.org.ar

e.mail: ateneo@ateneo-odontologia.org.ar

Ateneo Argentino de Odontología

Convenio con la
Universidad
Favaloro.

Requisitos
de inscripción

Contáctenos

Nuestra
Institución

Cursos

Noticias

Autoridades

Revista

Centro
Documental

Atención
Clínica

S.O.R.A

Información para los autores

La revista del Ateneo Argentino de Odontología (RAAO), informa los tipos de trabajos que serán considerados por el Comité de Redacción.

1.- Artículos originales que aporten nuevas experiencias clínicas y/o de investigaciones odontológicas.

2.- Artículos de actualización bibliográfica sobre temas puntuales y que comprendan una revisión de la literatura dental desde un punto de vista científico, crítico y objetivo.

3.- Casos clínicos, serán considerados para su publicación casos clínicos poco frecuentes o que aporten nuevos conceptos terapéuticos que sean útiles para la práctica odontológica.

4.- Versiones secundarias de artículos publicados internacionalmente y que sean de actualidad y/o novedad científica, técnica de administración de salud, etc. Al pie de página inicial se deberá indicar a los lectores su origen, por ejemplo: Este trabajo se basa en un estudio de..... publicado en la revista..... (referencia completa).

5. Correo de lectores: este espacio será para exponer opiniones personales sobre artículos publicados u otros temas de interés del lector y/o lectores. Para el caso de trabajos publicados, el autor y otros, tendrá su derecho a réplica o respuesta. Este Correo de Lectores aceptará una redacción continua, sin apartados, de dos hojas tamaño carta acompañada de una sola figura o tabla y con cinco referencias bibliográficas como máximo.

6. Noticias institucionales y generales que refieran a la odontología, su enseñanza y/o su práctica y comentarios de libros.

7.- Agenda Nacional e Internacional de Congresos, Jornadas, Seminarios, etc. que expresen la actividad de la profesión.

8.- Presentación y estructura de los trabajos a publicar, según las siguientes normas:

8.1.- Los trabajos deberán ser presentados en diskette, zip o CD y 3 pruebas impresas en hoja blanca tamaño carta de un solo lado, con espacio entre líneas razonable y un margen de 2.5 cm (incluyendo la impresión de las imágenes)

8.2.- En la primera página se consignará:

8.2.1.- Título en letras mayúsculas.

8.2.2.- Autor(es), con nombre(s) y apellido(s). En caso de aclarar cargo o lugar de trabajo, colocar un asterisco a continuación del nombre del autor que corresponda, consignando la aclaración al pie de la página.

8.2.3.- El trabajo se iniciará con un resumen y palabras claves en castellano y un Abstract y Keywords en inglés. El resumen debe llevar como máximo 200 palabras y comunicar el propósito del artículo, su desarrollo y las conclusiones más sobresalientes.

Las palabras claves identificadas como tales (entre 3 y 10 palabras máximo) servirán para ayudar a los servicios de documentación a hacer el índice del artículo.

El resumen y las palabras claves deben consignarse en castellano e inglés.

8.2.4.- A continuación, se transcribirá el trabajo, numerándose las páginas.

8.3.- Las referencias bibliográficas se señalarán en el texto con el número según la bibliografía, ubicado sin paréntesis por encima del autor o cita que corresponda. Por ejemplo, a) Petrovic16 dice...; b) ...la ubicación de los caninos según la técnica expuesta en otro trabajo11. Dichas referencias bibliográficas deben ser enumeradas en el orden en que ellas aparecen en el texto, con las siguientes normas y ejemplos:

8.3.1.- Autor(es): en mayúsculas, apellido e inicial(es).

8.3.2.- Título: a continuación, sin comillas, en minúsculas.

8.3.3.- Fuente:

8.3.3.1.- Si es libro: número de edición y editorial.

8.3.3.2.- Si es publicación en revista: título de la revista, volumen, páginas, mes y año.

Ejemplo:

1.- GRIFFITHS R.H. Report of the president's conference on the examination, diagnosis and management of temporomandibular disorders. Am. J. Orthod 35: 514 - 517; June 1983.

2.- KRUGER, G. Cirugía Bucal-Máxilo-Facial. 9ª ed. Ed. Panamericana, 1982.

8.4.- La remisión a las figuras se incluirá en el texto, por ejemplo: ...el estudio cefalométrico demuestra (Fig. 3) la existencia de una anomalía...

8.5.- No deberá dejarse espacio para las figuras.

8.6.- Los cuadros, gráficos y dibujos deberán presentarse cada uno en hoja aparte blanca, en tinta negra, listos para su reducción y reproducción.

8.7.- Las fotografías se presentarán en papel, con el número de la figura en lápiz en el reverso. Imágenes obtenidas de Internet o escaneadas en 300 dpi, jpg, cymk. No se admitirán diapositivas.

8.8.- La Revista consignará al pie de la página inicial la fecha de aceptación del trabajo independiente del momento de su publicación.

8.9.- Al final del trabajo, después de la bibliografía, el autor(es) debe consignar una dirección postal, N° de e-mail

8.10.- En hoja aparte, se incluirán los títulos para las figuras, en caso que corresponda.

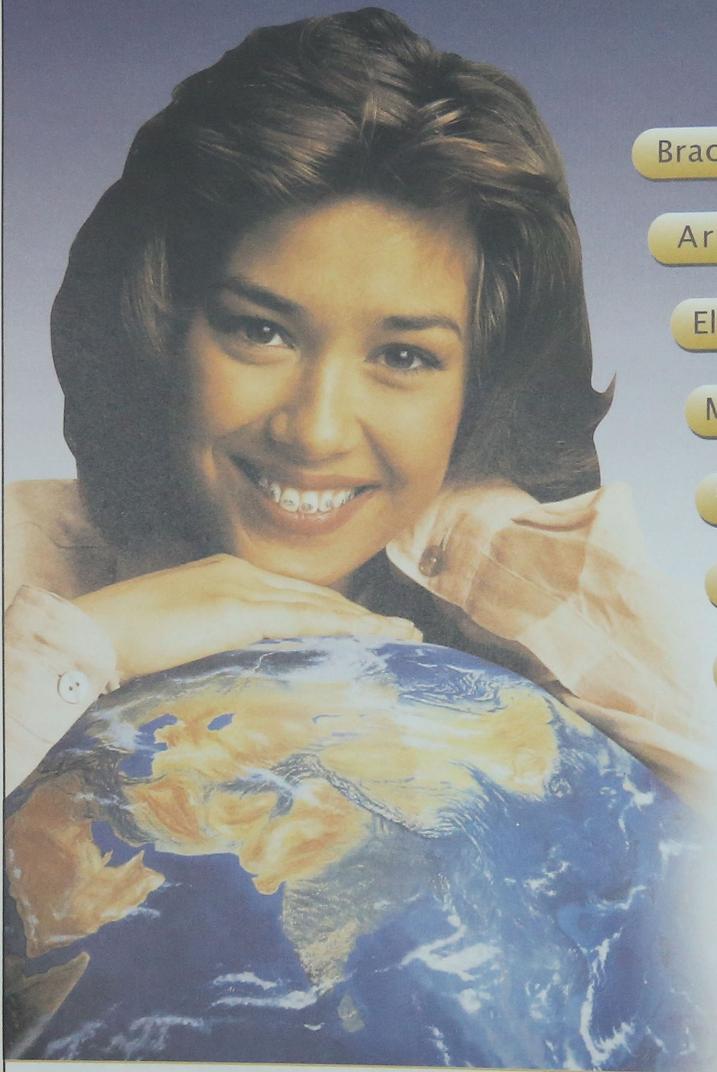
8.11.- No se devuelven los originales.

9.- Proceso editorial: los artículos serán examinados por el director y el Consejo Editorial de cada número a publicar. La valoración de los revisores seguirá un protocolo y será anónima.

En caso que el artículo necesitara correcciones, el autor y/o autores, deberán remitirlo a la revista antes de 30 días corridos de recibir el mismo.

10.- La Corrección de texto e imagen antes de entrar en prensa deberá ser aprobada por los autores, remitiendo cada página del trabajo firmada.

11.- Separatas. El autor o autores recibirán por artículo publicado 20 separatas en forma gratuita, pudiendo encargarse copias adicionales haciéndose cargo del costo correspondiente.



Brackets

Arcos

Elásticos

Máscaras

Instrumental

Articuladores

Brackets linguales

Nuevos Productos

¡Asesoramiento!

ORTOTEK[®]
EN ORTODONCIA... TODO

sds Ormco
SYDOR DENTAL SPECIALTIES

Artículos Odontológicos S.A.

Junín 967 – Buenos Aires – (C1113 AAC) Argentina

Tel. / Fax: (54-11) 4963-8501

e-mail consultas@ortotek.net

www.ortotek.net

En Rosario: Moriena – Seisas - Tel. / Fax: (0341) 435-5156 / En Mar del Plata: Alejandro Bary - Tel. / Fax: (0223) 474-5981



Un **NUEVO** ángulo para una intensa sensación de limpieza

- Cerdas a diferentes niveles y distintos ángulos que cubren una mayor superficie.
- Acceso inter-proximal significativamente superior.
- Mango ergonómico que facilita el agarre del cepillo.

Recomiende Colgate® Active Angle® para todas las áreas de difícil acceso.



Colgate® **ACTIVE ANGLE**®

Si desea estar incorporado en la base de datos exclusiva para odontólogos de Colgate e informarse sobre éste y otros productos, visite: www.colgateprofesional.com

AYUDA A SUS PACIENTES A CEPILLARSE MEJOR

nuevo **Ibuprofeno**



Rápida Acción
Actron

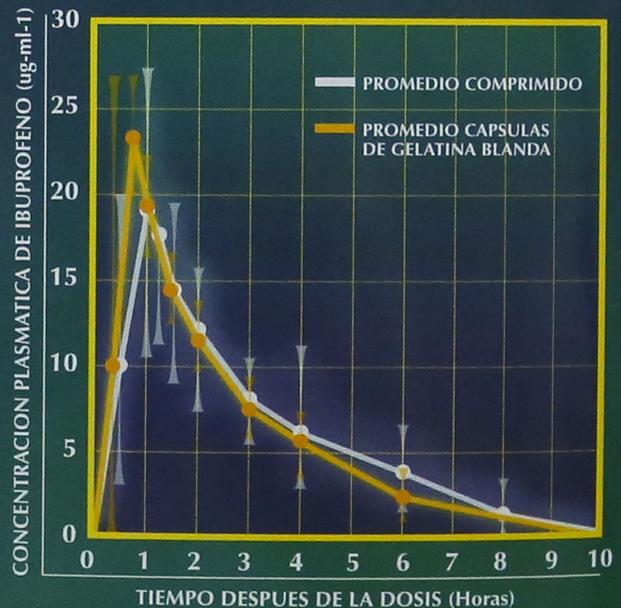


EL PRIMER IBUPROFENO 400 mg EN CAPSULAS DE GELATINA BLANDA.

La más nueva, inmediata y efectiva respuesta para los dolores corporales intensos.

Rápida acción

Las cápsulas de gelatina blanda se disuelven y absorben más rápido que los comprimidos tradicionales, logrando una acción inmediata.



Fuente: Patel MS; Morton FSS; Seager H. "Advances in Softgel Formulation Technology", Manuf Chem; 60; N° 7; 26-28; 1989



Estuches x 10 y x 20

Rápida Acción
Actron
Ibuprofeno



• Analgésico • Antiinflamatorio • Antifebril

Para mayor información, llámenos al 0800-888-8020: lunes a viernes, de 9 a 16 hs