

CASOS CLINICOS

*EOPs: Tratamiento de liquen atípico bucal
en una paciente diabética*

*Odontodisplasia regional:
un caso en el maxilar inferior*

Adenoma pleomorfo de glándula salival menor



ARTICULOS ORIGINALES Y DE ACTUALIZACIÓN

*Atención integral del paciente adulto:
sistema de evaluación en pregrado*

*Importancia de los elementos electrónicos
en el diagnóstico ortodóncico*

*Paradigmas en la práctica
y formación odontológica en México*

Noticias del Ateneo

Agenda de Congresos y jornadas

R.A.A.O.
Revista del Ateneo Argentino de Odontología

Afiliado a APTA

ISSN 0326-3827

Editorial = Palabras clave: Medicina vs. finanzas

SERGIO TRAJTENBERG

MATERIALES Y EQUIPAMIENTOS ODONTOLÓGICOS
 ANCHORENA 1176 P.B. - (1425) Buenos Aires - Tel.: 4963-3503 L. Rotivas Telefax: 4963-9357
 SUC. S.A.O. MONTEVIDEO 971 - (1019) Buenos Aires - Tel. 4813-6807 - E-mail: sergiodental@ciudad.com.ar

CINÉTICA
ZUUU

Hansen

CINÉTICA
ZUUU



FOCO:
De 20.000 lux de luz fría. Lámpara de fácil remoción. Marco de luz que no encandila al paciente.

SILLON:
4 comandos con pedal y estribo. Tapizados sin costuras. Apoyabrazos. Apoya pies desmontable.

PLATINA:
Regulable en altura c/ 2 salidas neumáticas más jeringa triple. Reguladores de spray. Colgadores con microswitch. Bandeja de acero inoxidable.

TURIM

12 CUOTAS
\$ 379
MAS I.V.A.



SALIVADERA: Con bacha de poliéster de fácil remoción. Dos succionadores con filtro incorporado y microswitch. Regulador de agua en la bacha. Llena vaso de corte preciso.

FOCO:
De 20.000 lux de luz fría con corte automático en la posición cero. Lámpara de fácil remoción.

SILLON: 5 comandos con pedal, 4 movimientos automáticos y vuelta a cero. Respaldo envolvente.

PLATINA:
Area regulable en altura con jeringa triple y 3 salidas neumáticas con regulación de spray. Colgadores con microswitch. Bandeja de acero inoxidable.

VERONA

12 CUOTAS
\$ 479
MAS I.V.A.



FOCO:
De 2 intensidades de luz fría con corte automático en la vuelta a cero. Lámpara de fácil remoción. Protector de espejo en policarbonato.

SALIVADERA:
Rebatible a 90°. Bacha de poliéster irrompible, de fácil remoción. Dos succionadores con filtros incorporados y microswitch.

SILLON:
Confortable. Sin costuras. Apoya brazos. Apoya cabeza biarticulado con movimientos antero-posterior. Pedal con estribo. Vuelta a cero.

PLATINA:
Regulable en altura eléctricamente, 3 salidas neumáticas con microswitch y jeringa triple. Brazo articulado. Bandeja de acero inoxidable.

ADVANCE FIVE

12 CUOTAS
\$ 599
MAS I.V.A.



FOCO:
De 20.000 lux de luz fría. Lámpara de fácil remoción. Protector de espejo en policarbonato.

SILLON:
Con 4 comandos en la base, tapizados sin costuras. Apoya brazos. Apoya cabeza articulado.

PLATINA:
Regulable en altura, 2 salidas neumáticas y jeringa triple. Bandeja de acero inoxidable.

SIENA

12 CUOTAS
\$ 299
MAS I.V.A.



R.A.A.O.

La publicación de odontología de mayor circulación en el país
 PUNTOS DE DISTRIBUCION GRATUITA

- Socios y suscriptores del A.A.O.
- Decanos y bibliotecas de todas las facultades de odontología del país, nacionales y privadas.
- Profesores Titulares de todas las cátedras de todas las facultades de odontología, nacionales y privadas.
- Presidencia y bibliotecas de todos los círculos, asociaciones, ateneos, sociedades odontológicas, etc. de todo el territorio nacional.
- Colegios de odontólogos de todo el país creados por ley.
- Departamento Nacional de Odontología, direcciones y jefaturas provinciales de toda la República.
- Hospitales odontológicos y sectores de odontología de los hospitales polivalentes.
- Area odontológica de obras sociales, mutuales y prepagas.
- Obras sociales provinciales integrantes de la Confederación de Obras y Servicios Sociales Provinciales de la República Argentina (COSSPRA), sector odontológico.

- Casas dentales, laboratorios medicinales, editoriales médicas u odontológicas de todo el país.
- Centros de Estudiantes de Odontología de todo el país.
- Organismos internacionales de salud bucal:
 Asociación Dental Americana (ADA).
 Organización Panamericana de la Salud (OPS)
 Unidad Salud Bucal Organización Mundial de la Salud (OMS)
 Federación Dental Internacional (FDI)

• Todas las instituciones odontológicas del Mercosur, Chile y Bolivia.

COMISIÓN DIRECTIVA

Presidente	Armando H. Pollero
Vicepresidente	Carlos A. Vaserman
Secretario	Mario Beszkin
Prosecretaria	Beatriz Lombardo
Tesorera	Marcela Sánchez
Protesorera	Patricia Zaleski

VOCALES

Titulares: Juan Meer, Isaac Rapaport, Héctor Ziegler, José Adonaylo, Lilian Pivetti y Angela Vallone. **Suplentes:** Oscar Siscar, Graciela Resnik, Noemí Lisman, Susana Otero y Elías Beszkin

COMISIÓN FISCALIZADORA

Titulares: Mario Torres, Eduardo Muñio y Claudio Sklar. **Suplentes:** Jaime Juan Fiszman, Beatriz Lewkowicz y Sara Sneibrun

TRIBUNAL DE HONOR

Henja F. de Rapaport, Catalina Dvorkin, María Rosa Valsangiacomo, Marta Dascal, José Adonaylo, Leonardo Voronovisky, Edith Losoviz, Silvia Rudyoy y Moisés Gerszenszteig

DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA Y ASISTENCIA PERMANENTE

Directora: Dra. Beatriz Lewkowicz

COMISIONES

- JORNADAS Y CONGRESOS: Lilian Pivetti y Angela Vallone
- REVISTA Y PUBLICACIONES: Ariel Gómez
- GREMIAL: Héctor Ziegler e Isaac Rapaport
- ESTATUTOS Y REGLAMENTOS: Isaac Rapaport y Héctor Ziegler
- CLINICAS: Juan Meer y Patricia Zaleski
- EXTENSIÓN CULTURAL: Jaime Juan Fiszman
- SOCALES: Ester Ganievich
- CENTRO DOCUMENTAL: Carlos Vaserman
- ASESOR CIENTÍFICO: Marta Sarfatis y Luis Zielinsky
- MEDIOS AUDIOVISUALES: Juan R. Farina
- CURSOS: Stella M. Flores de Suárez
- SORA: Liliana Periale
- RELACIONES INSTITUCIONALES: Noemí Lisman

S.O.R.A. Sociedad de Ortodoncia de la República Argentina Seccional del A.A.O. - Comisión Directiva

Presidente	Liliana Periale
Vicepresidente	Luis Zielinsky
Secretaria	Susana Beatriz Otero
Tesorera	Ana María Kriger

VOCALES

Titulares: Elías Beszkin, Rosario Santoro, Noemí Lisman y Stella M. Flores de Suárez. **Suplentes:** Eduardo Muñio, Beatriz Lombardo, Catalina Dvorkin y Graciela Resnik

reflejan necesariamente el punto de vista del ATENELO ARGENTINO DE ODONTOLOGIA por el mismo. Serán considerados como trabajos originales los que no hayan sido

en revistas similares. *Nous désirons établir échange avec les revues similaires. We wish to exchange with similar magazines. Um Austausch wird gebeten.*

Universal, Colegio Nacional de Buenos Aires, Página/12. Máscara azteca con incrustaciones (Británico).

R.A.A.O.

Revista del
Ateneo Argentino
de Odontología

RAAO • VOL. XL / NÚM. 1 • ENERO / ABRIL DE 2001

Sumario

3 Editorial

6 Declaración de la FDI

8 Tratamiento de liquen atípico bucal en una paciente diabética
Dres. I. Adler, V. Samperi y F. Tannous

14 Odontodisplasia regional: un caso en el maxilar inferior
Dres. M.D. Torres, J.M. García, C.P. Blanco, S. Rabinovich y E. Morán

20 Adenoma pleomorfo de glándula salival menor
Dres. A. Ostrosky, P. Ansó, J. Pinaya, G. Padulo y C. Yacopi

24 Atención integral del paciente adulto
Dras. María Eugenia De Schant y Zulma Beatriz Rodríguez

34 Paradigmas en la práctica y formación odontológica en México
Dres. Víctor López Cámara y Norma Lara Flores

40 Importancia de los elementos electrónicos en el diagnóstico ortodóncico
Prof. Dr. Jorge A. Learreta y Od. Andrea E. Bono

44 Noticias del Ateneo

50 Agenda de Congresos y Jornadas

Editorial

Leímos en la Sección Tribuna Abierta de Clarín del 15 de febrero de 2001 un artículo del Dr. Alfredo Kraut, Presidente de la Comisión de Derecho y Salud de la Asociación de Abogados de Buenos Aires, bajo el título "Medicina versus finanzas", que publicamos en esta Editorial precedido por palabras claves, a la relación médico - paciente.

Palabras clave

Médico-paciente - humanistas - respeto por los derechos del paciente - relación humana - matiz deshumanizador - médico de familia clásico - derechos humanos de los pacientes - médicos - empresas - bajos salarios - médicos y pacientes aparecen enfrentados - mercado - vida - salud - desregulación - desocupados y pobres - integridad, universalidad y solidaridad - salud para todos - gerenciadorees - cosificados - cautivos - derechos - intermediación parasitaria - protagonistas del sistema, pacientes y profesionales de la salud - atención de la salud, entendida como bien supremo y no como gran negocio - transnacionales - democrático - muertes evitables - modelo injusto.

Medicina versus finanzas

Desde los tiempos hipocráticos hasta el presente, la relación **médico-paciente** ha sido motivo de inquietud y cuidado. Como regla, la actividad médica se sustentaba en criterios **humanistas** y solidarios hacia el enfermo: aún hoy, al diplomarse, los profesionales siguen jurando cumplir los viejos preceptos hipocráticos, compendio tradicional del **respeto por los derechos del paciente**.

También es verdad que el facultativo, en el marco de esa relación tradicional, decidía por sí y de modo paternalista qué era lo mejor para el enfermo. Sin embargo, su obrar confiable era la síntesis del modelo "honorario" y de buena fe imperante: una **relación humana** y de asistencia entre "el doctor y su paciente".

Luego, el incesante desarrollo de la biomedicina y el despliegue tecnológico impusieron a ciertos momentos de la práctica médica un **matiz deshumanizador**. Por ello, el puro acto médico aparece a veces ahora como secundario por cuanto el profesional se sirve cada día de más "cosas" para concretarlo. Al mismo tiempo, la atención institucional y despersonalizada ha desplazado al **médico de familia clásico**.

Sin duda, la medicina con empleo de aparatología de gran complejidad y alto costo facilita el diagnóstico y la terapéutica y favorece la medicina defensiva, pero es a la vez origen de nuevos y crecientes detrimentos -en muchos casos evitables- a los pacientes.

Cabe señalar, no obstante, cambios positivos, como el respeto a la autonomía, que adquiere un papel capital en el momento de tomar decisiones ligadas al **acto médico**. En un plano internacional, además, han cobrado dimensión ética y jurídica los llamados **derechos humanos de los pacientes**, cuyo reconocimiento constitucional genera deberes más estrictos a los profesionales de la salud.

La práctica asistencial moderna crea a los facultativos, despojados de su aureola sacerdotal de párrocos confesores, frecuentes conflictos. Las opciones son difíciles y pueden terminar en litigios, a veces prolongados, cuya presión -y costos- deben soportar los **médicos** y/o las **empresas**. El Derecho penetra más y más en la esfera médica, fijándole estándares y criterios.

La reiteración de procesos, la necesidad de asegurarse contra problemas de responsabilidad civil médica, o la adhesión compulsiva al sistema de seguros médicos y de los llamados "fondos solidarios" -grandes **negocios** de los administradores- colocan al profesional en un campo de intereses que le son ajenos.

Por otro lado, las entidades asistenciales y los seguros médicos son renuentes, aun ante evidencias claras de responsabilidad civil, a reparar a los afectados, sometiendo con ello al médico a esperas y dilaciones en procesos angustiosos y complejos que ponen en juego su aptitud profesional.

Ciertas imputaciones a los médicos provienen del modelo prestacional adverso en el que se desenvuelve su labor, o del incumplimiento de obligaciones que competen a las clínicas. Aun abrumados por el estrés de su actividad, sujetos a **bajos salarios** (y con la amenaza del desempleo que emana de la sobreoferta de profesionales recién recibidos), los médicos se ven obligados a contratar seguros costosos. Las empresas prestadoras de servicios de salud, de su lado, afrontan problemas financieros que generan morosidad en los pagos de honorarios.

En tales condiciones, **médicos y pacientes aparecen enfrentados** y su relación se resiente. El paroxismo de la suspicacia se deposita en el abogado del paciente, al que el médico termina responsabilizando directamente de la desventura de ejercer su medicina (aunque no puede negarse la existencia de errores médicos inexcusables).

Entretanto, el discurso oficial sacraliza las reglas del **mercado** -que es indiferente a los perjuicios causados a la **vida** y la **salud** de las personas- y la salud se incorpora al mercado como un bien, un objeto de negociación. La meneada **desregulación** de las obras sociales se inscribe en esta línea. El problema de fondo es ahora conjugar la noción de cobertura solidaria y universal, ya desvalorizada con la reforma de 1997, con la idea de lucro, presente en la actividad privada.

El argumento a favor de la desregulación sugiere que, con la libertad de elección y la competencia, los dirigentes -en especial los gremiales- se verán obligados a mejorar los servicios médicos y aplicar bien los recursos. Pero resulta que la medida sólo apunta al "mercado" de los que poseen cobertura médica y descarta a los marginados -**desocupados y pobres**-, a quienes se relega al hospital público, en general, bastante desvalido. Así, a favor de una operación empresaria privada, se intenta abandonar principios de **integridad, universalidad y solidaridad**, tendientes al goce del derecho a la **salud para todos**.

Pirámide invertida

La pirámide tradicional se ha invertido: ahora en la cúspide descuellan los financiadores, **gerenciadores**, administradores, intermediarios, aseguradores, reaseguradores y el propio Estado, que contrata a prestadores privados de servicios de salud, los cuales, a su vez, emplean a médicos y auxiliares que, bajo la presión emocional del sistema, deben "encarar" a los pacientes, personajes casi anónimos y **cosificados**, aunque virtuales querellantes. En la era del financiador, médicos y pacientes son figuras diluidas, frágiles, meros agregados casi marginales del sistema, como "**cautivos**" de prestaciones médicas en gran escala. De este modo se vulneran gravemente tanto los **derechos** de los pacientes como de los médicos.

La carencia de sistemas de información confiables no permite hacer un correcto seguimiento y control del modo de invertir los recursos de salud en el país. Todo indica, empero, que el mayor culpable de las trabas y desviaciones en el flujo y aplicación de los recursos de intermediación.

Se hace necesario, pues, regular todas las actividades, especialmente las de los financiadores (pagadores), particularmente en lo que concierne a la **intermediación parasitaria**; legislar para que se respeten los **derechos de los reales protagonistas del sistema** -pacientes y profesionales de la salud- y privilegiar políticas a favor del hospital público, mejorando sus servicios y facilitando el cumplimiento efectivo del **derecho constitucional de la atención de la salud, entendida como bien supremo y no como un gran negocio**. Para ello se torna igualmente ineludible crear la figura del ombudsman de los derechos humanos de los pacientes, cuyas funciones deberá ejercer una figura de ética incuestionable.

Históricamente el paciente y su médico eran los personajes centrales de la medicina. Esta relación fecunda e insustituible ha cedido su espacio al financiador del sistema de salud, que opera como "pagador" de los actos médicos, encadenados a otras organizaciones ligadas también a la salud, muchas de ellas en manos de operadores **transnacionales** poderosos que negocian con la salud tanto como lo hacen con bonos, campos o supermercados.

Este pagador decide, en base al puro beneficio, qué asistencia médica debe prestarse y qué remuneración ha de compensar la labor profesional. O establece estándares que indican cuáles médicos son demasiado "onerosos" y deben ser despedidos (así sean los mejores), qué prestadoras deben quedar o no dentro del sistema, el precio que deben pagar los socios o afiliados a las entidades de medicina prepaga, qué indemnizaciones percibirán los afectados, etcétera, etcétera.

El sistema **democrático** tiene el mandato de proteger efectivamente los derechos de todos: "Lo que importa, señala con acierto Bobbio, no es fundar los derechos del hombre, sino protegerlos", y para ello no es suficiente con proclamarlos.

Personas reales están muriéndose todos los días de **muerdes evitables**. Y muchos médicos esforzados y **pacientes** excluidos son víctimas de esta desigualdad sin sentido. Los derechos humanos son impracticables en un **modelo injusto**: es preciso que la razón entre de lleno en la historia humana.

Declaración de la FDI

Virus de Inmunodeficiencia Humana y otras infecciones transmitidas por vía sanguínea*

I. DE LA ÉTICA

No se debe negar atención dental a los pacientes con VIH y otras infecciones transmitidas por vía sanguínea, simplemente a causa de su infección.

Los miembros del equipo de atención dental están obligados a tomar las medidas necesarias, durante la práctica clínica, para protegerse a sí mismos y también a sus pacientes contra las infecciones transmitidas por vía sanguínea.

Los pacientes con síntomas de infección VIH debe ser alentados a que se sometan a exámenes de investigación apropiados (que en algunas regiones pueden ser obligatorios durante procedimientos quirúrgicos graves). Estos consejos deben ser proporcionados con simpatía y comprensión, en consideración a la delicadeza de la información relevada.

Toda la información relacionada con la condición de la enfermedad será de carácter confidencial. Deberá obtenerse el consentimiento del paciente para divulgar su estado clínico entre otras personas, incluyendo otro personal de atención bucodental.

Los dentistas o miembros del equipo dental que creen haber sido infectados con el VIH, deben solicitar asesoramiento médico y si se confirma que han contraído la infección, se someterán al tratamiento que corresponda.

El personal de atención dental que ha contraído el VIH debe acatar el consejo médico, que puede implicar la cesación del ejercicio de odontología o su modificación, si es necesario en circunstancias excepcionales.

Los dentistas deben estar capacitados para reconocer, documentar y tratar las manifestaciones orales de la infección VIH y SIDA.

II. CONTROL DE LA INFECCIÓN

Se emplearán los procedimientos generales de control de la infección para todos los pacientes, independientemente de su estado de salud.

El personal de atención dental debe estar familiarizado con los protocolos relacionados con el tratamiento inmediato de la exposición profesional a patógenos transmitidos por vía sanguínea, y los dentistas deben instituir y divulgar políticas que aseguren el tratamiento de este tipo de incidentes.

III. COORDINACIÓN ENTRE EL PERSONAL DE ATENCIÓN MÉDICA Y DENTAL

Los profesionales dentales y médicos deben desarrollar siempre enfoques multidisciplinarios coordinados para el cuidado del paciente, a fin de brindar una atención bucodental óptima a los pacientes infectados con el VIH y otras infecciones transmitidas por vía sanguínea.

IV. EDUCACIÓN PÚBLICA Y PROMOCIÓN DE LA SALUD

Las asociaciones dentales nacionales deben difundir activamente entre la profesión toda la información relacionada con el VIH y otras infecciones transmitidas por vía sanguínea, el control de la infección y la importancia de las manifestaciones orales de la infección por VIH.

El currículo dental incorporará educación y formación en la atención dental de los pacientes infectados con el VIH.

Se organizarán programas de formación continuada para el personal de atención bucodental sobre todos los aspectos del VIH y otras infecciones transmitidas por vía sanguínea.

Es obligación de todo el personal de salud bucodental tomar parte en programas de formación continuada (aprobada por las asociaciones dentales locales), sobre aspectos pertinentes a la infección VIH y a otras infecciones que se transmiten por vía sanguínea.

Se debe informar al público sobre los métodos o procedimientos de control de la infección que tiene el derecho de esperar de todos los sectores dedicados a la atención dental.



FLUORDENT

Seguridad y Eficacia en Prevención.



- Comprimidos
- Gotas
- Colutorio

- Pastas Dentífricas
- Cepillos Dentales

*Aprobado por el Parlamento Mundial de la FDI en París, noviembre de 2000.

EOPs: Evidencia Observada en el Paciente Tratamiento de liquen atípico bucal en una paciente diabética

Isabel Adler*, Verónica Samperi** y Fernando Tannous**

Al servicio de Estomatología del CEMIC concurre una paciente de sexo femenino, de 52 años de edad, derivada por su médico clínico por presentar "ardor" en su boca y tener numerosas "llagas". El tiempo de evolución de la sintomatología es de 6 meses.



AL EXAMEN CLÍNICO-ESTOMATOLÓGICO SE OBSERVA:

- Erosiones irregulares ubicadas en dorso lingual y fondo de surco que se extienden a mucosa yugal.
- Manchas blancas lineales (estrias de Wickham).
- Queratosis y atrofia.

La palpación cervical arroja ausencia de adenopatías.

Su Historia Clínica nos revela que la paciente es diabética y padece de glaucoma.

Diagnóstico: Liqueen atípico (atrófico, erosivo, queratósico).

El tratamiento habitual es a base de corticoides en forma tópica. Dado los antecedentes de la paciente se decide hacer una búsqueda para indagar otras alternativas terapéuticas.

*Estomatóloga asociada a CEMIC, Coordinadora del Área de Investigaciones Experimentales y Clínicas en Odontología de CEMIC. Docente FOUBA.

**Odontólogos Residentes de CEMIC. Docentes FOUBA.

PREGUNTAS QUE GENERÓ LA PACIENTE

- 1-Paciente con diagnóstico de Liqueen atípico que padece de diabetes y glaucoma (población), ¿debe indicarse corticoides para controlar el cuadro clínico? (resultado).
- 2-¿Existe otra terapia con eficacia similar o superior al corticoides?

BÚSQUEDA BIBLIOGRÁFICA

Se efectuó en COCHRANE DATABASE, Oral Health Group's (On line) una búsqueda de estudio relevantes. Se encontró y se seleccionó una Revisión Sistemática, realizada en diciembre de 1998 y publicada en marzo del 2000.

También se llevó a cabo una búsqueda en PUBMED empleando filtros metodológicos (Queries). Los términos Mesch usados fueron: Liqueen oral AND tratamientos y se acotó la misma a ensayos controlados y randomizados realizados en los últimos 10 años. Se encontraron 11 trabajos. De los cuales se seleccionaron dos, pues los nueve restantes están considerados dentro del meta-análisis.

CASO CLÍNICO

LIQUEN EN BOCA

Enfermedad mucocutánea que puede presentarse como única manifestación en la mucosa oral (25%), la piel (25%), preceder lesiones en piel o acompañarlas (50%). Afecta a 1% a 2% de la población general. En el sexo femenino la prevalencia es mayor entre los 30 y los 70 años; en el sexo masculino las edades de aparición son menores. En la actualidad se lo considera de etiología autoinmune, con condicionantes de orden general y local. Dentro de los últimos hay que considerar el trauma dentario o protético, la sepsis bucal, el consumo de alcohol y el de tabaco. Los factores generales a tener en cuenta son la diabetes, la hipercolesterolemia y los trastornos hepáticos.

Las lesiones bucales consisten en manchas blancas lineales (estrias de Wickham) que adoptan forma de red o arboriforme y por lo general se ubican en la parte posterior de la mucosa yugal, pero pueden adoptar cualquier localización mucosa o semimucosa de la boca como el área retrocomisural, donde invitan al diagnóstico diferencial con la leucoplasia.

Las formas ATÍPICAS son las que no responden al patrón clínico descripto anteriormente. Las más frecuentes son: liquen atrófico, erosivo, ampollar queratósico, vegetante y pigmentógeno. Desde el punto de vista clínico es difícil distinguir entre liquen atrófico y erosivo, aunque este último necesariamente debe ser más molesto para el paciente. Hasta hace medio siglo se afirmaba de manera rotunda que el liquen erosivo no era una entidad facultativamente precancerosa. En este momento las pruebas de que sí lo es son abrumadoras.

RESUMEN DE LOS TRABAJOS SELECCIONADOS

A-Interventions for treating oral lichen planus. Autores: ES Y Chan; M Thornhill; J Zakrzewska. (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2000. Oxford: Update Software.

OBJETIVO

- 1-Evaluar la efectividad y la inocuidad de las terapias paliativas contra placebo en el tratamiento del liquen plano.
- 2-Identificar tratamientos adecuados y hacer sugerencias para futuros ensayos controlados y randomizados.
- 3-Realizar un meta-análisis de los estudios comparando los distintos tratamientos.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

- 1-Bases de datos electrónicas.
- 2-Revistas especializadas.
- 3-Conferencias.
- 4-Laboratorios medicinales.

CRITERIO DE SELECCIÓN

Se seleccionaron estudios randomizados o cuasi randomizados de pacientes con liquen oral cuya intervención fuera la comparación tratamiento con Droga vs. Placebo. Evaluando cambios en la sintomatología y en los signos clínicos. Los artículos fueron seleccionados por 3 revisores.

INTERVENCIÓN

Tratamiento paliativo /curativo contra placebo.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

- 1-Cambios en la sintomatología (dolor).
 - 2-Modificaciones en los signos clínicos (tamaño de las lesiones).
 - 3-Efectos adversos (candidiasis, hipertensión).
- Se tuvo en cuenta: randomización, doble ciego, método de diagnóstico del liquen, comparación entre los grupos del tratamiento. Outcome de los signos y síntomas. Realización de análisis de Intención de Tratamiento.

RESULTADO

Fueron identificados 9 ensayos clínicos controlados y randomizados (con un total de 192 pacientes). Se emplearon cuatro tratamientos ciclosporina, retinoides, corticoides y fototerapia. Dos emplearon enjuagues bucales de ciclosporina en distintas dosis. Todos los tratamientos fueron tópicos excepto el de fototerapia y uno de ac. Retinoico. (Ver tabla)

Esta evidencia establece si bien los estudios tuvieron significación estadística y un odds ratios con intervalo de confianza benéfico para el tratamiento, el amplio rango del intervalo de confianza nos está indicando que las poblaciones estudiadas son pequeñas y por lo tanto los resultados son poco precisos.

B-Topical corticosteroides in association with miconazole and chlorhexidine in the long-term management of atrophic-erosive oral lichen planus: a placebo-controlled and comparative study between clobetasol and fluocinonide.

Tabla

	Ciclosporina	AC retinoico tópico	AC retinoico sistémico	Corticoides	Corticoides
Signos	Exp. total 24/26 Cont. total 1/25 OR 26.61 IC 95% 3.73 - 189.7 Eisen-Harpenau	Exp. total 15/16 Cont. total 8/16 OR 8.32 IC 95% 1.81 - 38.23 Bosnic-Giustina		Exp. total 16/20 Cont. total 6/20 OR 7.17 IC 95% 2.09 - 24.56 Voute	
Síntomas	Exp. total 15/16 Cont. total 0/15 OR 33.91 IC 95% 8.66 - 132.76 Eisen-Harpenau-Gaeta			Exp. total 18/20 Cont. total 2/20 OR 4.76 IC 95% 1.16 - 19.56 Voute	
Signos y Síntomas			Exp. total 9/14 Cont. total 1/14 OR 11.02 IC 95% 2.42 - 50.31 Hersle		Exp. total 8/12 Cont. total 2/11 OR 6.60 IC 95% 1.31 - 33.16 Tildesley

*No se consideró en esta tabla la investigación realizada por Lundquist - 1995 con PUVA

Autores: Carbone M, Carrozo M, Brocoletti R, Gandolfo, Scully S. Oral Diseses-1999- 5- 44-49

OBJETIVO

Evaluar la eficacia de la combinación de corticoesteroides en forma tópica en combinación con drogas antimicóticas en el tratamiento del liquen atrófico-erosivo.

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

No específica.
Randomizado- doble-ciego, con una población de 60 pacientes en 3 grupos

CRITERIO DE SELECCIÓN

- Pacientes con liquen Erosivo o Atrófico con más de 6 meses de evolución.
- Dolor
- Diagnóstico confirmado con biopsia

ESTRATEGIA DE EXCLUSIÓN

- Histologías con signos de displasias.
- Pacientes tratados con drogas que inducen a lesión li-

- quenoide.
- Pacientes con lesiones cutáneas y en genitales.

ANÁLISIS DE LOS DATOS

Se evaluaron signos y síntomas con una escala del 0-5 durante 6 meses.

RESULTADOS

- Signos
- Clobetasol 15/20
 - Fluocinonida 5/20
 - Control 0/10

SÍNTOMAS

- Clobetasol 16/20
- Fluocinonida 6/20
- Control 1/10

Las diferencias entre el clobetasol y la fluocinonida y el placebo fueron significativas (P= 0,00442) con respecto a los signos. Y P= 0,00423 con respecto a los síntomas.

CONCLUSIÓN

Esta Evidencia confirma la eficacia del clobetasol sobre la fluocinonida y el placebo en las formas atípicas.

C-Efficacy of topical mesalazine compared with clobetasol propionate in treatment of symptomatic oral lichen planus. -Autores: Sardella A, Demarosi F, Oltolina A, Rimondini L, Carrasi A. Oral Diseases (1998) 4, 255-259.

OBJETIVO

Comparar la aplicación tópica de la mesalazina (5 asa-aminosalicilico) con respecto al clobetasol. En el tratamiento de pacientes con liquen plano oral

ESTRATEGIA DE BÚSQUEDA

No específica.

CRITERIO DE SELECCIÓN

- Pacientes con liquen.
- Diagnóstico confirmado con biopsia

ESTRATEGIA DE EXCLUSIÓN

- Pacientes con enfermedades sistémicas crónicas (diabetes, hipertensión, alteraciones metabólicas.
- Embarazo
- Reacciones liquenoides por medicamentos asociados.
- Lesiones en relación con amalgamas.

Randomizado-controlado- doble-ciego, con una población de 25 pacientes en 2 grupos.

- Grupo A medicado con clobetasol (14).
- Grupo B medicado con mesalazina (11)

RESULTADOS

- Síntomas
- Clobetasol 8/14
 - Mesalazina 6/11

El resultado entre ambos grupos es no significativo (NS)

CONCLUSIÓN

Esta Evidencia sugiere que la mesalazina puede ser considerada un tratamiento alternativo con respecto al clobetasol en el tratamiento sintomático del liquen oral.

COMENTARIOS

El primer estudio nos muestra el efecto favorable del

medicamento (ciclosporina, corticoides, ácido retinoico, PUVA) sobre el placebo. Si bien los resultados eran benéficos sobre el tratamiento, el amplio intervalo de confianza debido al reducido número de pacientes, disminuye el impacto de los resultados.

El segundo trabajo nos muestra una diferencia estadística entre clobetasol con respecto a la fluocinonida y al placebo. El tamaño de la población fue reducido.

El tercer trabajo muestra un efecto terapéutico similar entre clobetasol y mesalazina, con resultados de significación negativa y la muestra a analizar como en todos los trabajos anteriores fue pequeña.

CONCLUSIÓN

La evidencia hallada nos demuestra en todos los trabajos la superioridad de la intervención sobre el placebo en los signos y síntomas del liquen oral. Pero el tamaño de poblaciones tan pequeñas nos orientan a interpretar estos resultados cautelosamente. En nuestra paciente en particular la mesalazina con efectos similares a los corticoides sería el tratamiento de elección, ya que no presenta las contraindicaciones de este último.

BIBLIOGRAFÍA

- A: ES Y Chan; M Thornhill; J Zakrzewska. Interventions for treating oral lichen planus. (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 3, 2000. Oxford: Update Software.
- 1-Boisnic S, Branchet MC, Pascal F, Ben Slama L, Rostin M, Szpirglas: Topical tretinoin for treatment of oral lichen planus and oral leukoplakia: clinical study. DERMATOL VENEREOL. 121:459-63, 1994
- 2-Eisen D, Ellis CN, Duell EA, Griffiths CE, Voorhees J: Effect of topical cyclosporine rinse on oral lichen planus. N ENGL J MED. 323:290-94, 1990.
- 3-PEisen D, Griffiths CEM, Ellis CN, Duell E, Voorhees J: Cyclosporine swish and spit improves oral lichen planus in a double-blind study. CLIN RES. 38:624, 1990.
- 4-Eisen D, Griffiths CEM, Ellis CN, Duell E, Vorhees JJ. Cyclosporine swish and spit improves oral lichen planus in a double-blind study J INVEST DERM 1990; 94: 520
- 5-Gaeta GM, Serpico R, Femiano F, La Rotonda MI, Capello B, Gombos: Cyclosporin bioadhesive gel in the topical treatment of erosive oral lichen planus. INT J IMMUNOPATHOL PHARMACOL. 7:125-132, 1994.
- 6-Giustina TA, Stewart JCB, Ellis CN, Regezi JA, Annesley T, Woo TY, Voorhees J: Topical application of isotretinoin gel impro-

ves oral lichen planus. ARCH DERMATOL. 122:534-36, 1986
7-Harpenau LA, Plemons JM, Rees T: Effectiveness of a low dose of cyclosporine in the management of patients with oral erosive lichen planus. ORAL SURG ORAL MED ORAL PATHOL ORAL RADIOL ENDOD. 80:161-67, 1995.
8-Hersle K, Moberg H, Sloberg K, Thilander: Severe oral lichen planus: treatment with an aromatic retinoid (tretinate). BR J DERMATOL. 106:77-80, 1982.
9-Lundquist G, Forsgren H, Gajecki M, Emtestam: Phototherapy of oral lichen planus. ORAL SURG ORAL MED ORAL PATHOL ORAL RADIOL ENDOD. 79:554-58, 1995.
10-Tyldesley WR, Harding S: Betamethasone valerate aerosol in the treatment of oral lichen planus. BR J DERMATOL. 96:659-62, 1977.
11-Voute ABE, Schulten EAJM, Langendijk PNJ, Kostense PJ,

van der Waal: Fluocinonide in an adhesive base for treatment of oral lichen planus. ORAL SURG ORAL MED ORAL PATHOL. 75:181-85, 1993.
B: - Carbone M, Carrozo M, Brocoletti R, Gandolfo, Scully S. -Topical corticosteroides in association with miconazole and chlorhexidine in the long-term management of atrophic-erosive oral lichen planus: a placebo-controlled and comparative study between clobetasol and fluocinonide. Oral Diseases-1999- 5- 44-49
C: - Sardella A, Demarosi F, Oltolina A, Rimondini L, Carrasi A. -Efficacy of topical mesalazine compared with clobetasol propionate in treatment of symptomatic oral lichen planus. -Oral Diseases (1998) 4, 255-259.

Dirección de los autores:
Talcahuano 1234, Ciudad de Bs. As.

ORTHO HOUSE

AHORA PUEDE HACER SU PEDIDO FACILMENTE
Comuníquese al tel. / fax: (5411) 4771-6168
IMPORTADOR DE PRODUCTOS DE ORTODONCIA
PROCEDENCIA USA, ITALIA Y BRASIL



ASESORAMIENTO PROFESIONAL GRATUITO

Para quienes tienen
esa sensación
en los dientes...




Desensyl®

CON PLURONIC F 127 - CITRATO DISODICO - BIFLUORADO



Crema dental desensibilizante.
Anticaries. Antiplaca.

Gador 
Al Cuidado de la Vida

PRESENTACION: Pomo con 100 gramos.

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

Odontodisplasia regional: un caso en el maxilar inferior

Dres. M.D. Torres, J.M. García, C.P. Blanco, S. Rabinovich y E. Morán*

Resumen

La odontodisplasia regional es una rara anomalía dentaria de desarrollo sobre la cual hay solamente alrededor de 100 casos publicados. Clínicamente se presenta como dientes pequeños de color y forma atípicos. Radiográficamente aparece como un "diente fantasma". Se presenta un paciente de sexo masculino de 24 años de edad, con piezas retenidas en el maxilar inferior. Se evalúa su historia clínica y se presenta el tratamiento.

Palabras clave

Odontodisplasia regional. Diente fantasma. Anomalía dentaria de desarrollo.

La odontodisplasia regional es una rara anomalía dentaria de desarrollo no hereditaria sobre la cual hay solamente alrededor de 100 casos publicados.⁴ Si afecta a la dentición primaria suele hacerlo también a la permanente; sin embargo, puede haber alteración de las piezas permanentes con dentición primaria normal.¹ El sexo femenino se ve afectado al doble en relación al masculino. El más afectado es el maxilar superior y las piezas anteriores, involucrando una o varias de un mismo sector que pueden erupcionar normalmente, retrasarse y a veces hasta permanecer retenidas. Con menos frecuencia se da en el maxilar inferior.^{2,3} Suele afectar un solo cuadrante, aunque hay casos descritos con alteración bilateral.² Se la denomina también diente fantasma, odontogénesis imperfecta, displasia odontogénica, malformación dentaria unilateral y amelogénesis imperfecta segmentaria no hereditaria.²

Summary

Regional Odontodysplasia is an unusual dental malformation, being approximately just 100 cases reported. The clinical findings are little atypically colored and shaped teeth. Radiographically they show a "ghostly" appearance. A case in a 24 year old male is reported, who presented retained teeth in the lower maxilla. Causes and treatment are discussed.

Key words

Regional odontodysplasia. Ghost teeth. Dental malformation.

Clínicamente se presenta como dientes pequeños de forma atípica y superficie irregular con alteraciones de color, esmalte hipoplásico o hipocalcificado. Suelen existir grietas en la dentina, algunas de las cuales pueden establecer comunicación entre la pulpa y la cavidad bucal, resultando en pulpitis con ausencia de caries.²

Radiográficamente da el aspecto de "diente fantasma" por la densidad disminuida que existe en el esmalte y la dentina, con cámaras pulpares amplias y raíces cortas.

La etiología es desconocida pero se asocia a diferentes factores:

- Trauma¹
- Infección local¹
- Trastornos circulatorios¹
- Trastornos metabólicos
- Trastornos nutricionales⁴

*Torres, Mario Daniel: Jefe del Servicio de Cirugía I del AAO. García, Jorge Miguel: Subjefe del Servicio de Cirugía I del AAO. Blanco, Carolina Paula: Ayudante del Servicio de Cirugía del AAO. Ayudante de la Cátedra de Cirugía y Traumatología Bu-

comaxilofacial I de la Facultad de Odontología de la UBA. Rabinovich, Silvina: Concurrente del Servicio de Cirugía I del AAO. Morán, Elena: Concurrente del Servicio de Implantes del AAO.

- Medicación en el embarazo
- Radiografías^{4,2}
- Hiperpirexia en el embarazo⁴
- Nevus vasculares^{4,1}

CASO CLÍNICO

Un paciente de sexo masculino de 24 años de edad se presenta a la consulta para reponer piezas faltantes del sector ánteroinferior mediante la colocación de implantes.

Clínicamente se observó la ausencia del 3.1, 3.2 y 3.3, que radiográficamente se observaron retenidos en el maxilar con cámaras pulpares amplias. (Fig. 1, 2 y 3).

Durante la anamnesis del paciente, recabamos información sobre el período de embarazo y la madre comentó que sufrió anemia entre el 3º y 4º mes de embarazo,

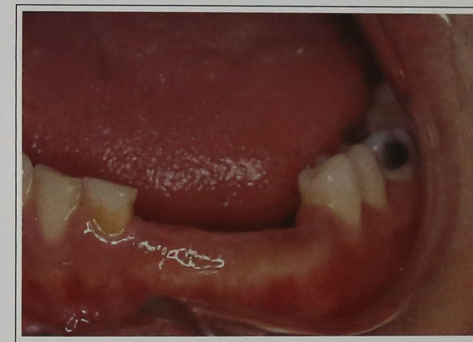


Fig. 1. Aspecto clínico que muestra la ausencia de las piezas 3.3, 3.2 y 3.1.

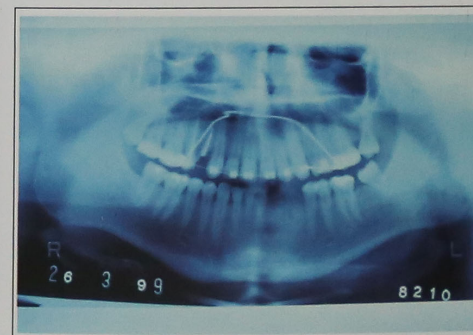
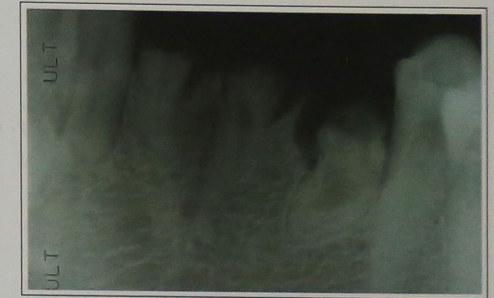


Fig. 2 y 3. Radiografía panorámica y periapical de la zona.



por lo cual fue medicada, y que además sufrió una caída durante el 9º mes sin manifestaciones clínicas. En el período postnatal, recordaba que el paciente sufrió una caída alrededor de los 6 meses de vida, pero no recuerda la localización del traumatismo. A los 8 meses sufrió otitis, y fue medicado, pero no recuerda con qué y a los 18 meses padeció gastroenteritis habiendo recibido Bactrin NR (Cotrimoxazol) como terapéutica antibiótica.

La madre del paciente manifestó que el mismo comenzó a sufrir movilidad dentaria de las piezas temporarias del sector ánteroinferior y notó que no se desarrollaban como las demás. (Fig. 4). Concurrió a un odontólogo, quien diagnosticó "agenesia parcial", con detención del crecimiento radicular de los incisivos inferiores temporarios. Se le realizaron entonces estudios de calcemia que reflejaron valores normales. Dichas piezas fueron extraídas a los 4 años de edad sin ser acompañadas de la erupción de sus sucesores permanentes. Utilizó desde ese momento y hasta la actualidad prótesis parcial removible.

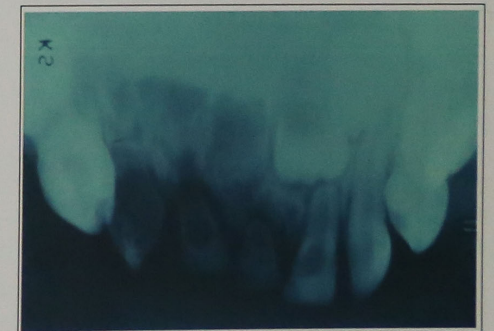


Figura 4. Radiografía periapical de la zona correspondiente al paciente cuando tenía 4 años de edad, antes de habérselo realizado las extracciones de las piezas temporarias afectadas.

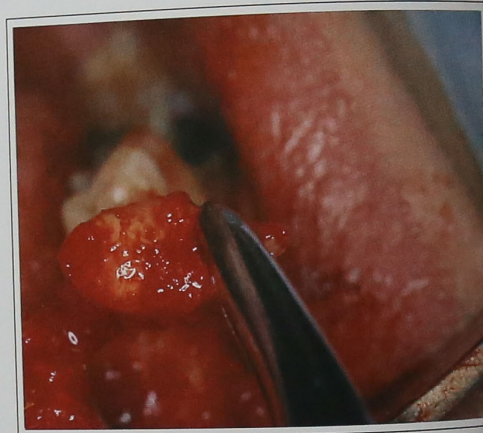
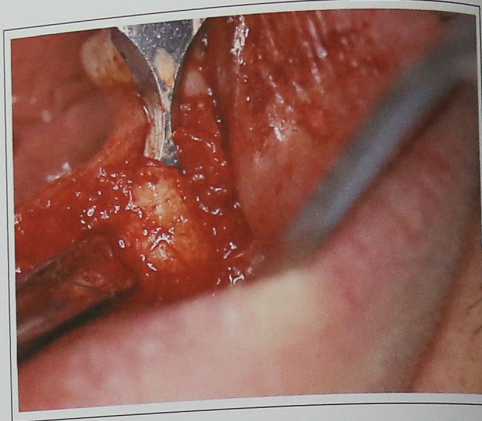
TRATAMIENTO QUIRÚRGICO

Se realizó una incisión de Neumann y se levantó un colgajo mucoperióstico que permitió una osteotomía vestibular conservando la mayor cantidad de tejido óseo posible para no alterar el reborde, ya que el paciente quería realizarse implantes (Fig. 5 y 6). El tejido óseo se presentó sin alteraciones y las piezas extraídas eran de forma conoidea, pequeñas y con reabsorciones (Figs. 7 a 13). Las mismas se enviaron a anaomía patológica siendo el resultado de la biopsia Odontodisplasia Regional.

DISCUSIÓN

Como dijimos, la Odontodisplasia Regional es una rara anomalía. Más aun el caso presentado que se produjo en el maxilar inferior, recordando que la frecuencia es mayor en el maxilar superior.

Figuras 5 a 8. Incisión de Neumann, desprendimiento del colgajo mucoperióstico y extracción de las piezas retenidas.



Figuras 9 y 10. Las piezas eran pequeñas y conoideas, con reabsorciones coronarias.



Figuras 11 y 12. Lecho quirúrgico y sutura.

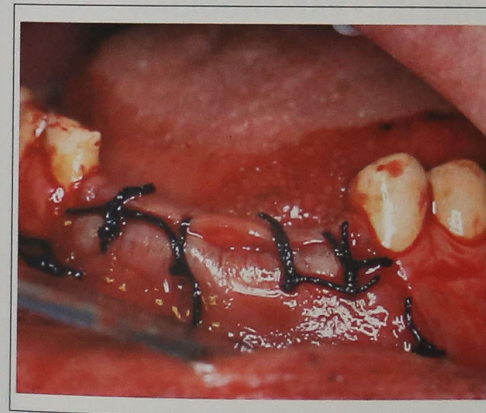


Figura 13. Postoperatorio a los 15 días de la intervención

Teniendo en cuenta que las piezas afectadas en este caso presentan sus gérmenes formados a la semana 30 de vida fetal y completan la formación coronaria entre los 4 y 5 años de vida, podemos inferir que según la historia clínica del paciente hubo varios factores durante este período que pueden haber influido para desencadenar esta patología.

Uno de ellos es el trauma que en este caso se manifestó en el noveno mes de embarazo y otro episodio a los seis meses de vida. El trauma puede también provocar isquemia que es otro de los factores conocidos como relacionados con esta patología.

También mencionamos la medicación en el embarazo, que en este caso sólo fue un suplemento de hierro. La deficiencia de hierro en el feto puede inhibir la síntesis de algunos compuestos e incluso aumentar la tasa de reabsorción según estudios de laboratorio.⁸ La medicación con cotrimoxazol es otro factor. Recordemos que es un bactericida de amplio espectro que puede traer como efectos colaterales cambios hematológicos como neutropenia transitoria y aumento en los niveles de potasio en sangre.

Creemos que todos o cualquiera de estos factores pueden haber influido en la deficiente formación de los gérmenes involucrados y que será necesario seguir investigando para dilucidar su etiología.

Con respecto al tratamiento consistió en la exodoncia de las piezas afectadas y la rehabilitación protética. Fueron reportados casos de tratamiento endodóntico y ortodóntico en casos de Odontodisplasia Regional.¹

BIBLIOGRAFÍA

1. Gerlach RF, Jorge J Jr, de Almeida OP, Coletta RD, Zaia AA (1998): Regional Odontodysplasia. Report of two cases. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 85 (3): 308-13.
2. Lowry L, Welbury RR, Soames JV (1992): An unusual case of regional odontodysplasia. Int J Paediatr Dent 2 (3): 171-6.
3. Kahn MA, Hinson RL (1991): Regional odontodysplasia. Case report with etiologic and treatment considerations. 72 (4): 462-7.
4. Piatelli A, Sesenna E, Giannoni R (1990): Regional odontodysplasia ("Ghost teeth"). A case report. Minerva Stomatol; 39 (1): 73:5.
5. Kerebel B, Kerebel LM, Heron D, Le Cabellec MT (1989): Regional odontodysplasia: new histopathological data. J Biol Buccale; 17 (2): 121-8.
6. Slootweg PJ, Meuwissen PR (1985): Regional odontodysplasia in epidermal nevus syndrome. J Oral Pathol; 14 (3): 256-62.
7. Raez AG (1990): unilateral regional odontodysplasia with ipsilateral mandibular malformation. Oral Surg Oral Med Oral

Pathol 69 (6): 720-2.

8. Mackler B, Grace R, Person R, Shepard TH, Finch CA (1983): Iron deficiency in the rat: biochemical studies of fetal metabolism. Teratology; 28 (1): 103-7.
9. Williams MD, Wheby MS (1992): Anemia in Pregnancy. Med Clin North Am; 73 (3): 631-47.
10. Perazella MA (2000): Trimethoprim-Induced hyperkalemia: clinical data, mechanism, prevention and management. Drug Saf; 22 (3): 227-36.
11. Aguas S, Quarracino MC (2000): odontodysplasia regional. Revista de la AOA; 88 (2): 147-50.
12. Juárez R, Lucas G, Lucas O, Ferraris M (1999): "Diente Fantasma" (Odontodisplasia). Revista de la AOA; 87 (3): 258-62.
13. Sapp P, Eversole I, Wysocki G (1998): Odontodisplasia regional. Patología oral y maxilofacial contemporánea. (Harcourt Brace Publisher); 20-21.

Dirección de los autores

Anchorena 1176 (1425) Ciudad de Buenos Aires

LABORATORIO "Del Ateneo"

**Aparatología de Ortopedia Funcional
y Ortodoncia en toda su variedad**

Ricardo N. Llanes - Eduardo H. Aguirre

Anchorena 1176 • Teléfono 4963-6802

Consultorio de Radiología Dento-Máxilo Facial

*38 años acompañando como especialidad
a los odontólogos y médicos argentinos*

ARANCELES PREFERENCIALES A SOCIOS DEL ATENEO

**RADIOGRAFIAS • TELERRADIOGRAFIAS CON ESTUDIOS
CEFALOMETRICO CONVENCIONALES Y COMPUTADOS
RADIOGRAFIAS PANORAMICAS CONDILOGRAFIAS
IMPLANTEGRAMAS: INTRAORALES Y EXTRAORALES**

**Prof. Dr. Angel J. Vázquez
y Dr. E.R. Cura**

Horario: de lunes a viernes de 9.30 a 19 hs.
Sábados, de 9.30 a 12.30 hs.

Corrientes 2362, 1º A • Tel. 4951-4532 (1046) Capital Federal

Adenoma pleomorfo de glándula salival menor

Dres. Alejandro Ostrosky, Pablo S. Ansó,
Javier Pinaya, Gabriel Padulo y Cristian Yacopi

Resumen

Los tumores de las glándulas salivares constituyen un 4 al 10% de las neoplasias de cabeza y cuello, con una incidencia anual de 8 casos por 106 habitantes. La mayoría de ellos son benignos y aproximadamente un 70% son adenomas pleomorfos, de ellos entre un 10 y un 15% van a tener su origen en las glándulas salivares menores y de ellas, tienen especial predilección por las glándulas salivares situadas en el paladar. Presentamos un caso de adenoma pleomorfo localizado en el labio superior.

Palabras clave

Adenoma pleomorfo de glándula salival menor localizado en labio superior.

Summary

The salivary glands constitute about 4 to 10% of head and neck neoplasm, with an annual incidence of 8 patients from 106 inhabitants. Most of them are benign and about 70% are pleomorphic adenomas. About 10 to 15% of these tumors are originated in the minor salivary glands, the most common location is in the palate. We report one case of a pleomorphic adenoma located in the upper lip.

Key words

Pleomorphic adenoma of minor salivary gland located in upper lip.

INTRODUCCIÓN

Los tumores de las glándulas salivares menores son poco frecuentes, representan tan sólo el 4,6% de los tumores que afectan a todas las glándulas secretorias de saliva. Asientan preferentemente en la mucosa de la cavidad oral, ello se atribuye a la concentración de glándulas salivares seromucosas en esta localización, pero también lo podemos encontrar en el conducto auditivo externo, base de la lengua, labio, seno maxilar, etc.

El adenoma pleomorfo es el tumor benigno más frecuente, tanto en las glándulas salivares menores, como en los mayores. En estas, el sitio más común de localización es en la glándula parótida (70 - 85%). Dentro de la cavidad oral tienden a asentarse por orden de frecuencia: primero en el paladar, seguido de la lengua, los labios, la mejilla, el suelo de la boca, seno maxilar y el triángulo retromolar.

La presentación más común es en forma de una tumoración bien delimitada de crecimiento progresivo, lento, bien tolerada e infravalorada por el paciente. Ello hará que sólo acuda a consulta cuando alcance un tamaño considerable o se ulcere y sangre por factores mecánicos re-

lacionados a la masticación.

Presentamos un caso de adenoma pleomorfo localizado en el labio superior, que si bien es de localización poco frecuente, no lo es con relación a la incidencia de este tumor en las glándulas salivares mayores, así como tampoco lo es, en el resto de las glándulas salivares menores.

CASOS CLÍNICOS

Se presenta a la consulta un paciente de sexo masculino de 32 años de edad con una tumoración en la región labial superior del lado derecho, de 2 años de evolución, no ulcerada, con mucosa y semimucosa que la recubren de aspecto y características normales (foto 1). Se decide realizar la escisión total de la pieza, observándose la tumoración de color blanquecino y buena delimitación dentro del labio superior (foto 2). Biopsia correspondiente (foto 3). Luego de 2 semanas de realizada la cirugía, se puede observar al paciente con un pequeño edema en la zona labial superior, producto de la respuesta inflamatoria normal luego de una cirugía de estas características (foto 4).



Foto 1

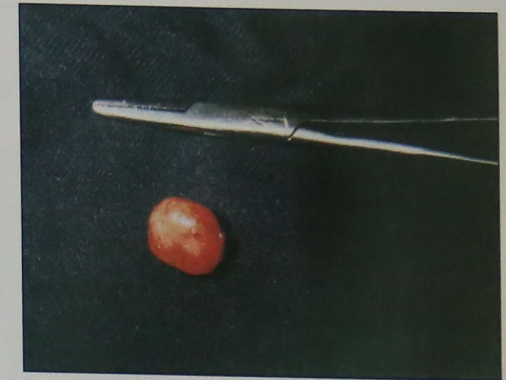


Foto 3



Foto 2

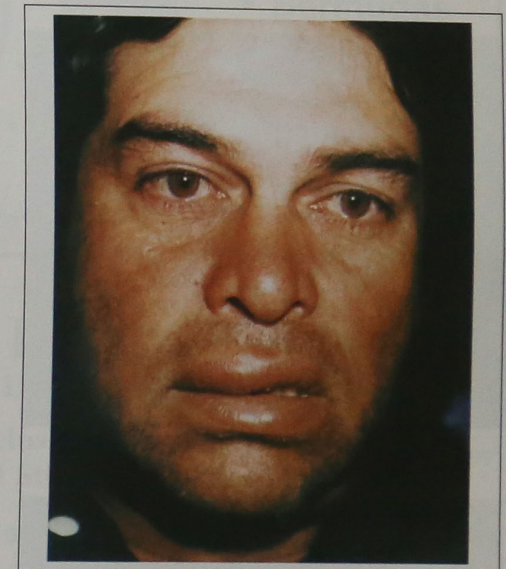


Foto 4

DISCUSIÓN

El adenoma pleomorfo o tumor mixto se define como un tumor benigno. Su crecimiento es circunscripto, indoloro, lento, bastante uniforme, pero en algunos casos puede presentar períodos estacionarios, después de los cuales la neoplasia tiende a crecer con una velocidad superior a la inicial. Afecta sobre todo a las mujeres, entre la 2ª y la 7ª década de la vida, con una incidencia máxima en la 4ª y la 5ª.

No tiene factores etiológicos conocidos.

Según Spiro, se presenta como una tumoración submucosa, redondeada, única, bien delimitada, no infiltrante, duro-elástica, no dolorosa en la mayoría de los casos, excepto cuando afecte a estructuras óseas nerviosas, que puede ulcerarse y sangrar, por factores mecánicos de la masticación o roce de prótesis dentarias, lo cual nos llevaría a sospechar un proceso neoplásico maligno.

Los estudios de Yates y Paget describen al tumor macroscópicamente de consistencia dura-elástica, que en algunas zonas puede ser blanda o fluctuante, estas zonas corresponderían a cavidades llenas de líquido gelatinoso. Tiene una forma redondeada u oval y su superficie es lisa o regular rodeado de una pseudocápsula fibrosa que puede presentar interrupciones.

Microscópicamente es un tumor mixto formado de dos componentes: uno de células epiteliales y mioepiteliales junto con un estroma que según su abundancia y características puede ser fibroide, mixoide, controide, vascular o mixocondroide (foto 5 y 6). La cápsula o pseudocápsula, de naturaleza fibrosa, se formaría por la presión ejercida por el tumor sobre los tejidos vecinos.

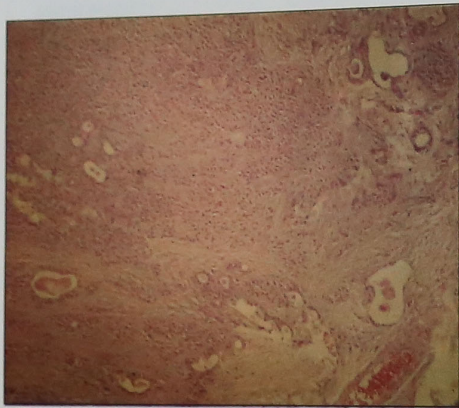


Foto 5



Foto 6

Waldron y Lucas relacionan la existencia de recidivas y la plurifocalidad de este tumor con la existencia de una cápsula incompleta, lo que facilitaría la entrada de islotes epiteliales en los tejidos vecinos, ello daría lugar a un crecimiento no uniforme de la tumoración y al mismo tiempo justificaría el porcentaje de 5 - 30% de recidivas tras la extirpación macroscópicamente completa, pero microscópicamente incompleta.

En general, según Sinkin y Ries Centeno, el diagnóstico no plantea problemas, pero en los localizados en las glándulas salivares menores se debe diferenciar de los adenomas monomorfos, de los adenocarcinomas y de otras neoplasias mesenquimales como los mixolipomas y los mixoneurifibromas.

El tratamiento es la extirpación tumoral incluyendo un margen de tejido sano peritumoral por vía transoral.

Tal como lo describe Yagn y sus colaboradores, estos tumores pueden malignizar de forma ocasional, en mayor proporción que en las glándulas salivares mayores, en un porcentaje que varía del 2 al 10%. Se han descrito casos de malignización de un adenoma pleomorfo a un adenocarcinoma poco diferenciado, a mucoepidermoide, carcinoma adenoide cístico y a carcinomas de células claras. Esta malignización estaría correlacionada con la presencia de un gran componente epitelial o con la existencia de áreas cilindromatosas activamente proliferantes.

BIBLIOGRAFÍA

1. Int. J. Oral maxillofacial Surg. 1.996: 25: 293 - 295.
2. Yates, PO and Paget, GEBact 64, 881 - 88, 1952.
3. Waldron, CA, and Lucas, RB, 2º ed. 16 - 39, 1988.
4. Yagn L, Jin Y, Nakamine, Sumitomo, S. Kamegami, A, Mori, M. Arch 422-439, 1993
5. Anderson LJ, Therkildsen, MH, Bentzen JD, Hansen HS Cancer, 68 (5): 119 - 142, 1985.
7. Spiro RH, Head neck surgery, 8: 177 - 84, 1986.

Dirección del autor

Dr. Alejandro Ostrosky. Callao 1463, 2º D (1425) Ciudad de Buenos Aires. e-mail: pabloanso@tutopia.com

Dr/a: *Whispers*
**LA PRIMERA
 IMPRESION
 EN SU
 CONSULTORIO
 ES LA QUE VALE**



- Chaquetas
- Ambos
- Bermudas
- Modelos variados
- Colores a elección

Tel.: 4797-6146 / 4794-6819



EXÁMENES INTERNACIONALES
 Capacitación en INGLÉS para profesionales

Representantes exclusivos de exámenes O-TELP
 College of Extended Studies, San Diego University

El Ateneo Argentino de Odontología
 nos confía sus cursos de inglés de posgrado

Informes 4833-2564

exint@ciudad.com.ar

Correo de lectores

Queremos conocer su opinión sobre RAAO, los trabajos que publicamos, el contenido, el formato, etc. Sus comentarios y propuestas son importantes para nosotros.

Escribir a Correo de lectores

T.M. de Anchorena 1176 (1425) Capital Federal

Tel. / Fax 4 962-2727

Correo electrónico: ateneo@canopus.com.ar

Atención integral del paciente adulto: Sistema de evaluación en pregrado

Dras. María Eugenia De Schant* y Zulma Beatriz Rodríguez*

Resumen

En este trabajo se presenta el sistema de evaluación que se lleva a cabo en la Cátedra de Odontología Integral del Adulto de la UBA desde 1994 hasta la fecha. La cátedra está formada por docentes de diferentes especialidades que trabajan en forma integrada para guiar la enseñanza y evaluación del alumno durante las etapas de diagnóstico, planificación del tratamiento y tratamiento completo de un paciente adulto.

El sistema de evaluación consiste en la implementación de dos exámenes orales donde todos los alumnos muestran la secuencia fotográfica de la atención de su paciente o caso clínico; esto supone las siguientes acciones: la estandarización y selección de los pacientes, la documentación completa del caso clínico y la utilización sistemática de un plan de tratamiento preventivo integral.

Este sistema permite evaluar los aprendizajes de los alumnos en las tres áreas: cognitiva, de destrezas y actitudinal; y mejorar la interacción docente - alumno - paciente en función del compromiso en el logro de la salud bucal.

Los resultados obtenidos muestran un aumento del índice de aprobados a partir del año 1995 a 85% y un gran aumento de las resoluciones clínicas integrales de los pacientes.

Palabras clave

Evaluación, educación odontológica, plan de tratamiento para odontología integral del paciente adulto.

La Cátedra de Odontología Integral del Adulto es creada en el año 1979, a partir de la necesidad de contar en el último año de la carrera con una asignatura que le permita al alumno a punto de graduarse integrar los conocimientos teóricos y las destrezas clínicas adquiridas. Se formulan a partir de ese momento los siguientes objetivos:

*Jefas de trabajos prácticos de la Cátedra de Odontología Integral del Adulto, Universidad de Buenos Aires.
Docentes autorizados de la Universidad de Buenos Aires.
Docentes asociadas de la Asociación Odontológica Argentina.

Summary

The following study describes the evaluation system used at the Department of Comprehensive Adult Dentistry of the University of Buenos Aires from 1994 up to the present. In this Department, general dentists and specialists work as a team teaching and evaluating students in their process of completing successfully the diagnosis, treatment plan and complete treatment of adult patients.

The evaluation system consists of two oral examinations, in which all students present the photographic sequence of their patients or "clinical cases". Such process implies the following actions: selection and standardization of patients, complete documentation of the clinical case and systematic application of a comprehensive preventive treatment plan.

This system allows the evaluation of students learning in three areas: cognition, skills and attitude, and also improves the interaction students-teachers-patients, based on the commitment to achieve complete oral health.

Results obtained demonstrate that the percentage of students who pass the test has increased since 1995 to 85% and that there has been a remarkable rise in the comprehensive clinical resolution of patients selected as "clinical cases".

Keywords

Evaluation, dental education, and treatment planning in dental schools for the adult patients.

- Conocer y registrar las causas de la enfermedad del paciente adulto para prevenirla.
- Integrar los recursos necesarios para realizar diagnósticos precoces, concretos y completos de caries, enfermedad periodontal, alteraciones oclusales y otros.
- Elaborar, ejecutar y evaluar programas de atención bucal integrales, preventivos y curativos, con criterio clínico, adecuados a la realidad psicofísica, cultural y económico - social del paciente a fin de lograr y mantener niveles aceptables de salud bucal.

- Valorar al paciente como una persona, con sus necesidades psicofísicas, culturales y económico - sociales.
- Realizar los tratamientos propuestos en sus fases de prevención primaria, secundaria y terciaria, incluyendo la rehabilitación.

Una de las principales dificultades que reconocíamos como docentes era la necesidad de contar con un sistema de evaluación que nos permitiera evaluar en qué medida los alumnos cumplían con los objetivos propuestos.

En aquellos años se implementaron diferentes tipos de exámenes escritos, en general eran pruebas objetivas estructuradas del tipo opción múltiple y de doble alternativa (verdadero o falso). Luego se incorporaron pruebas escritas parcialmente estructuradas que suponían la resolución de situaciones clínicas presentadas como problemas secuenciales, atendiendo al diagnóstico, tratamiento y orientación del paciente. Estos exámenes nos brindaban información acerca del nivel de conocimientos que poseían los alumnos pero no nos permitían evaluar el nivel de adquisición de destrezas clínicas.

Además, se tomaba un examen oral de carácter sumativo con el propósito de calificar y promocionar a los alumnos. En este examen, nuevamente se evaluaba el dominio cognoscitivo pero no así el actitudinal ni el de las destrezas.

Tal como Chambers D.,¹ Hendricson, W.² y otros autores 3, 4, 5, 6, 7 lo señalan "no existe un único instrumento de evaluación que pueda brindar todos los datos requeridos que permitan valorar algo tan complejo como las competencias profesionales. (Se entiende por competencias a "los requisitos que describen las habilidades y conocimientos necesarios para comenzar la práctica odontológica independiente. Las competencias combinan habilidades, comprensión y valores profesionales que se deben llevar a cabo en forma independiente, en escenarios reales").²

A partir de la necesidad de encontrar no sólo un tipo de examen sino un **sistema de evaluación** que nos permitiera monitorear el nivel de desempeño clínico de los alumnos; en noviembre de 1993 las autoras presentamos un sistema de evaluación para todos los cursantes de la Cátedra Integral del Adulto de la FOUBA.

Definir este sistema de evaluación nos llevó necesariamente a redefinir el objeto de la evaluación en sí mis-

ma, no sólo identificar el nivel de la información y de las destrezas como puntos a evaluar, sino valorar también un nuevo concepto: el de las competencias profesionales.

Consideramos que este sistema pedagógico de evaluación resulta importante de compartir con la comunidad docente odontológica, ya que nuestro trabajo logra la evaluación de varias habilidades: diagnóstico, plan de tratamiento, actitudes profesionales y tratamiento integral. La búsqueda bibliográfica nos da cuenta de que son muy pocos los trabajos que abordan en forma completa esta problemática, ya que en general los diseños curriculares de las distintas escuelas de odontología no incluyen en único módulo estos aspectos. También en nuestro ámbito académico, las especializaciones odontológicas llevan a recortar los terrenos y a favorecer una enseñanza compartimentada; así los alumnos llegan al último año habiendo estudiado cada disciplina en forma separada con muy pocas experiencias de aprendizaje interdisciplinarias y en esta asignatura se ven compelidos a reconfigurar sus conocimientos y destrezas en función del tratamiento integral que deben realizar.

La Cátedra Integral del Adulto incluye a 120 profesionales entre odontólogos generales y especialistas que actúan en grupos de trabajo interdisciplinarios para facilitar la enseñanza y la atención del paciente, por ejemplo, si al alumno se le presentara un problema con un tratamiento de conducto no necesitará concurrir a la Cátedra de Endodoncia o consultar a un especialista para resolverlo, ya que en la misma podrá contar con la ayuda y supervisión de un docente especialista en endodoncia que tiene además una visión integral de la atención del paciente.

Para poder evaluar las competencias profesionales que debe desempeñar un alumno de pregrado fue necesario buscar otros instrumentos que nos brindaran información sobre la calidad del desempeño clínico; así se incorporó un sistema de evaluación con los siguientes objetivos:

- Implementar una primera **evaluación formativa** que permita diagnosticar en forma temprana las dificultades del alumno tanto en sus habilidades intelectuales como en sus habilidades clínicas.
- Implementar como requisito la necesidad de alcanzar el alta básica para poder pasar a la etapa de las restauraciones protéticas.
- Integrar los conocimientos conceptuales, procedimentales y actitudinales adquiridos durante la carrera.

- Implementar una **evaluación final sumativa** que permita observar el alta integral del paciente tratado.
- Perfeccionar y complementar la evaluación con la **documentación sistemática y presentación oral** del caso clínico.

METODOLOGÍA

- La implementación de este sistema contempla:
- La organización de charlas informativas con los docentes y alumnos sobre el funcionamiento del sistema de evaluación.
- La estandarización de los pacientes de acuerdo al tipo y cantidad de patologías presentes, en casos de baja, mediana y alta complejidad.

CRITERIOS DE COMPLEJIDAD PREVIO A LA SELECCIÓN DE PACIENTES

Aunque el grado de complejidad pueda ser considerado bajo diferentes parámetros, la Cátedra se ajustará a los criterios seguidamente explicados:

A) Baja complejidad: Pacientes que presenten bajo índice de caries, con periodontitis leve o moderada, con ausencia de algunas piezas dentarias. Puede no faltarles ninguna pieza. Sin alteraciones importantes del plano oclusal. Sin pérdida de la dimensión vertical. Que puedan ser rehabilitados durante el año lectivo. (Fotos desde 1 hasta 8).

B) Mediana complejidad: Pacientes que presenten ausencia de piezas dentarias, enfermedad periodontal leve o moderada. Alteraciones del plano oclusal. Pérdida de la dimensión vertical. Sin signos o síntomas de disfunción temporomandibular. Que puedan ser rehabilitados durante el año lectivo. (Fotos desde 1 hasta 19).

C) Alta complejidad: Pacientes que presenten dolores y/o ruidos en la ATM. Limitación de la apertura bucal. Desviación de la línea media en apertura o cierre. Cefáleas de origen desconocido. Dolores cervicales, etc.

- La selección de los pacientes a cargo del jefe de trabajos prácticos, (los pacientes tipo A y B son los recomen-

dados para los alumnos de pregrado).

- La evaluación continua del alumno a cargo del jefe de trabajos prácticos.
- La utilización de un plan de tratamiento preventivo e integral promovido por la Cátedra, para organizar las actividades clínicas y la evaluación.
- La aplicación del concepto de ALTA BASICA. El alta básica de la Cátedra de Odontología Integral del Adulto es la etapa en la que se llega a contemplar el tratamiento de las lesiones periodontales, de caries, pulpares, y alteraciones oclusales y otras, para iniciar la rehabilitación protética en un estado compatible con salud bucal.
- El diseño de un instructivo en el cual se le indica a los alumnos los pasos a seguir en la documentación del caso clínico.

- El registro completo de la documentación del caso clínico a través de los siguientes datos: (Fotos 1 hasta 19).

Historia clínica, médica y odontológica.

Documentación fotográfica del índice de placa bacteriana inicial, intermedio y final, técnica de O'Leary.

Modelos de estudio montados en articulador semiadaptable.

Radiografías seriadas.

Secuencia fotográfica de los elementos de diagnóstico y de los aspectos clínicos del tratamiento.

Diseño del plan de tratamiento personalizado, preventivo e integral.

- La evaluación de los alumnos:

Al finalizar el primer cuatrimestre se lleva a cabo el primer examen de la siguiente manera:

En todos los turnos se suspende la actividad clínica para facilitar la presencia del personal docente y de todos los alumnos de cada comisión en el aula.

Cada alumno tiene un tiempo de 15 minutos para presentar su caso clínico en forma oral y proyectar la secuencia fotográfica, fundamentando la resolución clínica y comparando el plan de tratamiento ideal con el realizado en el paciente. Al finalizar cada relato el jefe de turno es el encargado de hacer las aclaraciones. Los docentes que evalúan no pertenecen al sector de trabajos prácticos del alumno examinado. Para facilitar la tarea de los evaluadores se utiliza una lista de cotejo que les permite evaluar la presentación en forma ordenada y objetiva.

Esta **evaluación parcial formativa** brinda indicadores

res claros del estado de situación del alumno, que le permite al docente en este momento identificar qué alumnos se encuentran en condiciones de seguir el curso tal como se ha planificado para esta etapa: llegar a completar el alta básica, y cuáles deberán continuar un proceso más extenso en función del logro de ese objetivo.

Al finalizar el año lectivo y en condiciones similares al primer examen los alumnos se presentan a la **evaluación final sumativa** donde se muestran todo el tratamiento de su paciente hasta el alta integral, con la proyección de diapositivas (iniciales, intermedias y post operativas). Durante el relato el alumno fundamenta la resolución clínica y los docentes evaluadores completan una guía de cotejo por cada alumno.

PRESENTACIÓN DEL PRIMER CASO CLÍNICO



Foto 1. Foto inicial

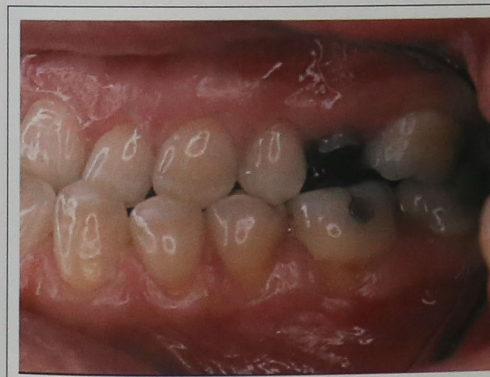


Foto 2a. Lateral izquierdo



Foto 2b. Maxilar inferior

O'LEARY INICIAL 90%



Foto 3

FACTORES ETIOLÓGICOS Y COADYUVANTES

- DIETA ODONTOPÁTICA
- FALTA DE CONTROL DE PLACA
- OBTURACIONES DESBORDANTES
- PRESENCIA DE CÁLCULO



Foto 4.
Montaje en
articulador
semiadaptable.

O'LEARY INTERMEDIO
21%



Foto 5

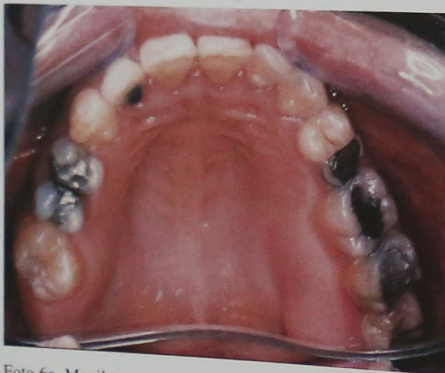


Foto 6a. Maxilar superior pre tratamiento

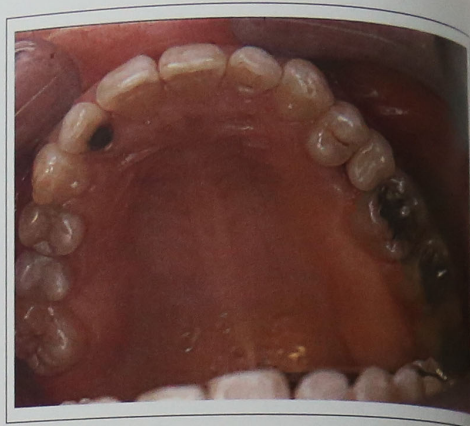


Foto 6b. Maxilar superior post tratamiento

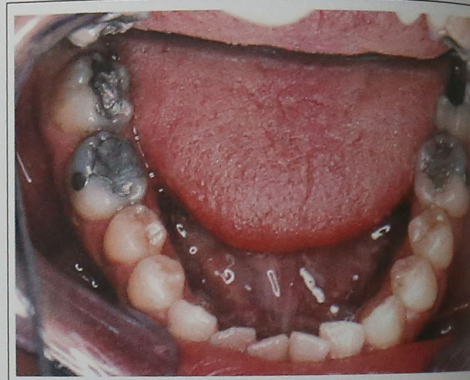


Foto 7a. Maxilar inferior pre tratamiento

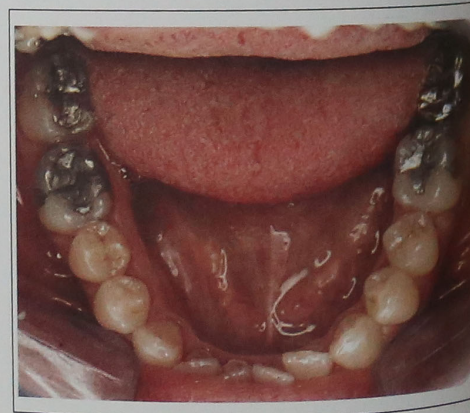


Foto 7b. Maxilar inferior post tratamiento

O'LEARY FINAL
11.2%



Foto 8

**PLAN DE MANTENIMIENTO
DEL PRIMER CASO CLÍNICO**

- RECITACIÓN CADA 6 MESES
- CONTROL CLÍNICO - RX. DE RESTAURACIONES FIJAS: 3.7 Y 2.5.
- EVALUACIÓN Y CONTROL PERIODONTAL.
- REFUERZO: - DE ENSEÑANZA DE HIGIENE
- ASESORAMIENTO DIETÉTICO.
- TOPICACIÓN CON FLUOR

**PRESENTACIÓN
DEL SEGUNDO CASO CLÍNICO**



Foto 9. Foto inicial

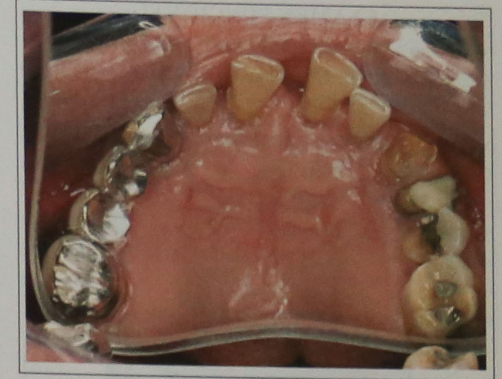


Foto 10a. Maxilar superior pre tratamiento



Foto 10b. Maxilar inferior pre tratamiento

INDICE DE O'LEARY INICIAL
80%

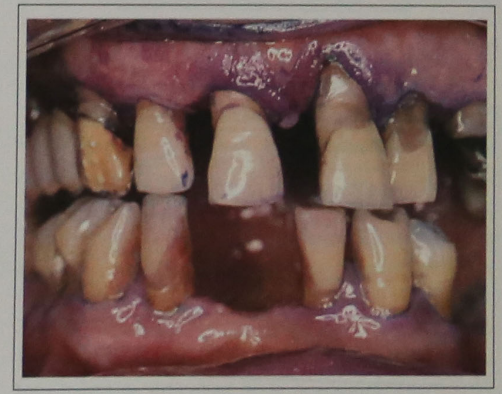


Foto 11

EXAMEN FUNCIONAL

- NO PRESENTA DOLOR NI RUIDO EN LA ATM.
- NO PRESENTA DOLOR EN LOS MÚSCULOS MASTICADORES
- NO PRESENTA LIMITACIÓN DE LA APERTURA BUCAL

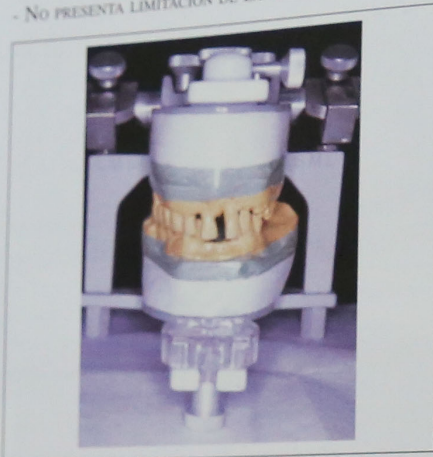


Foto 12. Montaje en articulador semiadaptable

FICHA PERIODONTAL

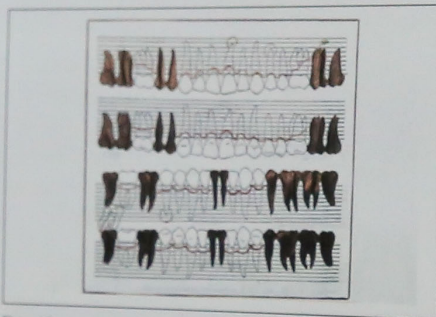


Foto 13

ODONTOGRAMA

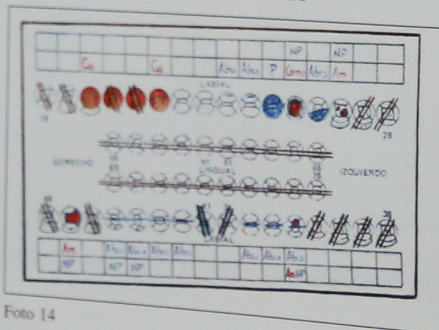


Foto 14

INDICE DE O'LEARY INTERMEDIO

14%



Foto 15

ALTA BÁSICA



Foto 16

TRATAMIENTO ORTODÓNICO

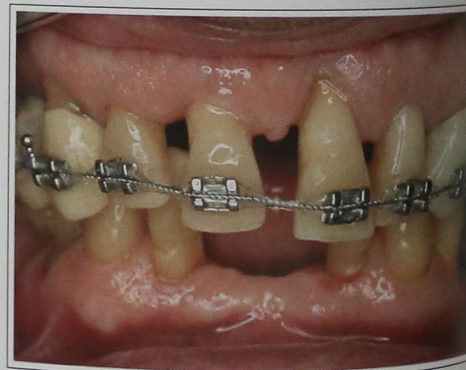


Foto 17

INDICE DE O'LEARY FINAL

8%



Foto 18

TRATAMIENTO PROTÉTICO



Foto 19

MANTENIMIENTO

CONTROL PERIÓDICO CADA 3 MESES:

- CONTROL ORTODÓNICO
- CONTROL PERIODONTAL
- TOPICACIÓN DE FLÚOR
- CONTROL DE PLACA
- CONTROL DE RESTAURACIONES PLÁSTICAS
- CONTROL DE RESTAURACIONES PROTÉTICAS

RESULTADOS

Este sistema de evaluación, apoyado en la documentación sistemática y presentación oral del caso clínico, le permite al alumno:

Realizar en forma completa la ficha clínica del paciente.

Obtener una documentación fotográfica sistemática.

Valorar la importancia de contar con modelos montados en un articulador semiadaptable para observar las alteraciones oclusales.

Valorar la necesidad de alcanzar el alta básica de su paciente antes de pasar a la etapa de restauraciones protéticas.

Poder realizar un diagnóstico completo, elaborar un plan de tratamiento y completar el tratamiento preventivo integral de los pacientes que se presentan como casos clínicos.

Realizar una presentación oral con utilización de recursos audiovisuales, tal como los profesionales de la odontología lo realizan en un ateneo clínico científico.

Fundamentar los procedimientos realizados.

Utilizar un lenguaje técnico específico.

Mejorar la presentación personal.

Desarrollar la creatividad en la preparación de los recursos y la presentación oral.

Integrar los conocimientos conceptuales, procedimentales y actitudinales adquiridos, durante la carrera, en función del diagnóstico, plan de tratamiento, tratamiento y seguimiento clínico de pacientes adultos.

Las distintas oportunidades de evaluación le permiten al docente:

Realizar el diagnóstico de las dificultades del alumno e identificar sus errores más frecuentes.

Brindar feedback constante a los alumnos.

Calibrarse a través de la observación de diferentes resoluciones clínicas.

El programa de evaluación implementado le permite a la Cátedra, como unidad de formación de profesionales y asistencial:

Aumentar el índice de aprobados a partir del año 1995 a 85%. Esto, que puede ser interpretado como un bajo índice de dificultad de la asignatura, muy por el contrario, muestra que la Cátedra desea asegurar que la

mayoría de los alumnos que aprueben esta asignatura lo hagan del mejor modo y en las mejores condiciones.

Documentar la realidad del diagnóstico y los resultados del tratamiento promovido por la Cátedra por medio de la presentación de las fotos del paciente.

Comprometer al alumno, paciente y docente en el control de la salud bucal por medio de la documentación fotográfica del índice de placa, técnica de O'Leary (inicial, intermedio y final).

Mejorar la interacción docente - alumno - paciente, en función del compromiso en el logro de la salud bucal.

Organizar la recitación de los pacientes tratados para mantener el estado de salud bucal.

CONCLUSIONES

- Este sistema permite:
- La evaluación del aprendizaje del alumno en su desempeño clínico.
- La calibración, formación y compromiso de los docentes con la concepción de salud bucal.
- El monitoreo de los pacientes para llegar al alta integral con salud + estética + función dentro del marco de la prevención. Esta definición tan ajustada sobre alta integral supone siempre primero curar y luego realizar restauraciones protéticas.

DISCUSIÓN

El sistema de evaluación que presentamos introduce la necesidad de realizar las acciones de estandarización de los pacientes, de la documentación completa del caso clínico con su secuencia fotográfica, y de la planificación del tratamiento preventivo e integral.

En la actualización bibliográfica hemos observado la utilización de diferentes metodologías 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11 que encaran la evaluación de las competencias profesionales. Los principales obstáculos que observan los autores son: la falta de disponibilidad permanente de los diferentes especialistas en la interconsulta, el alto costo económico que significa trabajar con especialistas, el gran insumo de tiempo que les lleva la planificación del tratamiento, su implementación y la complejidad que resulta de evaluar las competencias profesionales.

Si bien la implementación de este sistema se ve facilitada por el trabajo coordinado de odontólogos generales con especialistas integrados, la atención adecuada del pa-

ciente se logra gracias a la actividad del docente que acompaña a su grupo de alumnos (jefe de trabajos prácticos) quien es la persona idónea a cargo del control y evaluación continua del alumno.

En nuestro trabajo mostramos la importancia de sistematizar los procedimientos de diagnóstico para lograr un registro completo de los antecedentes y las necesidades del paciente teniendo en cuenta su problemática psico-socio-cultural; esto permite mejorar la interacción docente - alumno - paciente, en función del compromiso en el logro de la salud bucal y llegar así el alta integral completa. La presentación oral de los casos clínicos terminados garantiza un examen integral de competencias profesionales indispensable para pregrado.

La necesidad de rendir examen siguiendo la secuencia preventiva e integral de la Cátedra lleva a los alumnos a valorizar el logro y mantenimiento de la salud bucal y a optimizar la interacción docente - alumno - paciente hasta llegar al alta integral.

AGRADECIMIENTOS

Las autoras agradecen al Dr. Juan Carlos Fernández, Profesor Titular de la Cátedra de Odontología Integral del Adulto, por incluir e implementar este programa; en la actividad curricular de la Cátedra. A todo el personal docente por la colaboración y participación en el mismo, y a la Lic. Mónica Gardey por su colaboración en la corrección de este trabajo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Chambers DW, Glassman P, A primer on competency - based evaluation - J. Dent. Educ. 61 (8): 651 - 66; Aug. 1997.
2. Hendricson WD, Kleffner JH. Curricular and instructional implications of competency - based dental education. J. Dent. Educ. 62 (2): 183 - 196. Feb 1998.
3. Moskona D, Kaplan I, et. Al. A three year programme in oral diagnosis and treatment planing. A model using an interdisciplinary teaching team. Eu. J. Educ. 3: 27 - 30. 1999.
4. Stern N, Lorey RE, O'Connor P. Approaches in treatment planning for the adult patient in North America Dental Schools. J. Mich. Dent. Assoc. 72: 79 - 82. Feb. 1990.
5. Boyd MA, Bennett IC, Bentley KC. Accreditation of predoctoral dental education: clinical outcomes assessment. J. Dent. Educ. 55 (11): 729 - 734. 1991.
6. Evangelidis - Sakelson V. Student productivity under require-



Suscripción de socios

- Deseo asociarme al ATENEO ARGENTINO DE ODONTOLOGIA, abonando \$ 120.- por año o pagando \$ 30.- iniciales y luego \$ 10.- por mes. Ser socio de la institución tiene como beneficio la suscripción gratuita de la revista, acceso a cursos programados para el año 2000, con o sin práctica clínica, congresos y jornadas del Ateneo, búsqueda bibliográfica en nuestro Centro documental y defensa del ejercicio profesional.

Suscripción sólo a la revista

- Deseo suscribirme sólo a la REVISTA DEL ATENEO ARGENTINO DE ODONTOLOGIA, por un año (3 números) al precio especial de \$ 59.-, para el año 2001

Lugar y fecha

Nombre/s y apellido/s

Calle

Loc. Prov. C.P. Tel.

M.P.Nº Firma

Domicilio (en que desea recibir la correspondencia)

Loc. Prov. C.P.

Horarios

Jueves de 9.30 a 12 y de 13 a 16

Viernes de 9.30 a 11 y Sábados, de 8.30 a 11

ORTODONCIA EN ADULTOS

Miércoles de 13 a 15.30

ORTOPEDIA

Lunes de 9 a 11

Miércoles de 8.30 a 11

SINA - SERVICIO INTERDISCIPLINARIO

PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE

Miércoles de 9.30 a 10.30 (cada 15 días)

CIRUGÍA I

Martes de 8.30 a 10.30

Sábados de 8.30 a 12

CIRUGÍA II

Jueves de 9 a 11

ENDONONCIA

Miércoles de 12 a 14.30

OCLUSIÓN Y DISFUNCIÓN

Lunes de 10 a 12

DDF

DEFORMIDADES DENTOMAXILOFACIALES

12.30 a 15.30 (martes cada 15 días)

OPERATORIA DENTAL

Lunes de 13 a 16

IMPLANTES I

Viernes de 9 a 11.30

SIRIA

SERVICIO INTERDISCIPLINARIO

DE REHABILITACIÓN IMPLANTOASISTIDA

Lunes y sábados de 9 a 12

ODONTOPEDIATRÍA

Viernes de 9 a 11

Paradigmas en la práctica y formación odontológica en México

Dres. Víctor López Cámara* y Norma Lara Flores*

La utopía y no la resignación es lo que genera el progreso.

Resumen

Existe una acentuada disparidad entre los dos principales modelos de atención a la salud en México. Uno de ellos se orienta hacia la salud de toda la sociedad como una responsabilidad gubernamental y el otro hacia los servicios privados con propósitos de lucro. El paradigma dominante en la práctica odontológica privilegia las actividades de mutilación - reconstrucción. Este se reproduce fielmente en la formación profesional. El propósito de este trabajo fue describir y analizar las principales características estructurales del currículum vigente en 22 de las 62 escuelas de odontología del país. Se efectuaron diversas encuestas y entrevistas. Los resultados corroboraron una fuerte tendencia conservadora para mantener el currículum tradicional. Se presentan algunas conclusiones y recomendaciones para mejorar la educación superior en esta profesión. Es necesario un nuevo paradigma de la práctica profesional, dirigido más hacia la salud que a las consecuencias de la enfermedad, y que oriente a su vez un nuevo paradigma en la formación profesional.

Palabras clave

Educación odontológica - Formación profesional en odontología.

Summary

There is a strong disparity between the two main models of health care in Mexico. One aims towards health for everybody as a governmental responsibility, and the other as private enterprises seeking mainly economical profits. The predominant paradigm in dental practice is oriented towards the surgical - restorative activities. This paradigm is carefully reflected in the predominant curriculum. Methodology of the project implied utilization of several surveys and interviews to obtain information about the main structural characteristics of the educational process. Results showed a strong trend to keep the traditional curriculum. Some conclusions and recommendations are made in order to improve higher education in Mexican dentistry. There is a dire need to promote and adapt a new paradigm in dental practice towards dental health, instead of taking care of consequences of diseases, that should be reflected in a new paradigm in dental education.

Key words

Dental education

ANTECEDENTES

Las maneras en que históricamente se ha intentado proporcionar los servicios de salud a la sociedad mexicana, se ubican entre dos polos extremos. Una opción ha sido la del Estado quien de acuerdo con la Constitución Mexicana, en su Artículo 4º, y conforme la Fracción XVI del Artículo 73, expresa que la salud es una garantía

*Profesores / Investigadores. Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco, México.

constitucional que no podrá restringirse ni suspenderse.¹ De este modo, el Estado se responsabiliza de la salud de la sociedad. La otra opción es la de los grandes o pequeñas empresas "médicas" privadas, quienes de acuerdo con las características de un supuesto libre mercado de trabajo de los profesionales de la salud, ofrecen sus servicios a la población de acuerdo a sus posibilidades y capacidades para demandarlos.²

En la primera de estas dos opciones el propósito es que sea el Estado, quien cumpliendo con la Constitución,

se responsabilice de evitar, afrontar, y resolver los problemas que se presenten en el proceso de salud - enfermedad de todos los habitantes del país. De esta manera, debería comprometerse a organizar la distribución equitativa de los recursos que de modo impositivo aporta la población en general, y prestar de manera global o directamente los servicios de salud, de la mejor calidad y de manera indiscriminada, para todos los ciudadanos; el público. En esta modalidad el propósito del Estado es la salud de los mexicanos.

En la segunda opción, es la empresa privada, quien se encarga de prestar los servicios de salud principalmente a los individuos, en cualquier etapa del proceso de salud - enfermedad en que se encuentren, exclusivamente a quienes puedan pagarlos ya sea de manera directa, o por medio de seguros o financiados por terceros. En esta opción la prioridad de la empresa es desde luego el lucro.

PARADIGMA DOMINANTE

EN LA PRÁCTICA DE LA ODONTOLOGÍA

La atención odontológica de la población mexicana ha obedecido a un paradigma³ que hace un marcado énfasis en los aspectos restaurador y mutilador. El ejercicio de la odontología en México marcadamente reproduce en la enseñanza sus mismas formas tradicionales de práctica.

Dentro de este contexto, la odontología mexicana se ha organizado para ofrecer sus servicios profesionales, mayoritariamente como empresa privada, que tradicionalmente se ha organizado como un odontólogo que trabaja prácticamente de manera individual.⁴

Aunque el Estado, hasta ahora, ofrece servicios odontológicos a la sociedad a través de diversas instituciones (Sector Salud), estos no se han distinguido por ser de amplia cobertura, ni por incluir diversos tipos de tratamientos que, además, tampoco son considerados por la misma población como de alta calidad. Es claro que el Estado, dado el modelo de atención que ha adoptado, no tiene posibilidades de proporcionar directamente la atención odontológica que la población requiere, principalmente porque los costos que esto implica no le permiten incluirlos como servicios públicos.⁴ El impacto que la práctica profesional de la odontología ha tenido en la salud de la población de este país, incluyendo tanto los servicios públicos como los privados, ha sido muy pobre. Los indicadores epidemiológicos muestran que, en relación solamente al índice CPO para niños de 12 años en la

ciudad de México^{5,6,7} únicamente se ha obtenido aproximadamente un diente por cada 12 que lo requirieran. Es de esperarse que para edades mayores estos problemas no sólo aumenten en cantidad, sino que también presenten condiciones de mayor grado de complejidad y costo.

La orientación mutiladora - restaurativa que se ha dado al tipo de actividades en la atención profesional se muestra en un estudio efectuado por este autor en 1992⁴ adonde se observa que más del 77,6% de las actividades clínicas efectuadas por los odontólogos se ubican en la etapa del "después" de la enfermedad; el 9,8% en la del "durante", y solamente el 12,6% en la del "antes" de la enfermedad.

Desde principios del presente siglo el modelo de trabajo odontológico dominante en México ha hecho un gran énfasis en la aplicación de técnicas (en su mayoría mecánicas), buscando la solución de problemas locales, aplicadas en las últimas etapas de la enfermedad, ubicadas a nivel individual y con mayor calidad solamente para quienes puedan pagarlos.⁸ Su marcada orientación técnica ha traído como consecuencia que tanto el ejercicio profesional como la formación universitaria, raramente privilegien el manejo del método científico ni la búsqueda de nuevos conocimientos.⁹

Por otro lado, en función de la llamada "Ley de la oferta y la demanda", los indicadores de distribución del ingreso entre los distintos sectores de la población económicamente activa, explican el porqué solamente un reducido porcentaje de la población tiene "acceso amplio"¹⁰ a los servicios de la práctica privada de la odontología en México. Los ingresos del 6.25% de la población económicamente activa fluctuaron en México en 1995¹⁰ entre u\$s 40 millones y u\$s 12,500 dólares por año por persona. Por otra parte, el ingreso del restante 93,75% de los mexicanos económicamente activos se encontraba entre u\$s 10,560 y u\$s 1,540 dólares anuales. Dentro de este último estrato se encontraba el 22,3% de la población que tuvo ingresos entre u\$s 5.550 y u\$s 1.540 dólares por año. Obviamente los desempleados no aparecen entre estos datos ya que no obtuvieron ingreso alguno. Se estima que el 6.25% de la población económicamente activa tiene una gama muy amplia de capacidad de ahorro¹⁰ y con-

*Llamamos "acceso amplio" de la población a los servicios odontológicos en los casos en que no se limitan exclusivamente a la atención forzosa de las urgencias, sino que tienen mayores posibilidades de tratamientos más completos

secuentemente posibilidades de sufragar los tratamientos odontológicos privados que no sean estrictamente los de urgencia.

Explicablemente, dado el paradigma de práctica profesional que predomina, los costos que implican los insu- pacidad de compra de los mexicanos, los odontólogos pri- vados de este país no pueden ofrecer sus servicios con precios accesibles para la gran mayoría de la población.

Desde el punto de vista epidemiológico, el impacto de la profesión en la salud bucal de la población mexicana es poco significativo. Los resultados de la vinculación entre la demanda de atención y la oferta de servicios de ningun- a manera parecen haber modificado de manera impor- tante los indicadores epidemiológicos (bucales) de la po- blación mexicana.³

PARADIGMA DOMINANTE EN LA ENSEÑANZA DE LA ODONTOLOGÍA

El paradigma dominante en esta área obedece fiel- mente a una estrecha vinculación dialéctica entre la prác- tica y la formación profesional. La práctica es considera- da como consecuencia de la formación universitaria y, por otro lado, el modelo de ejercicio profesional a su vez se reproduce fielmente en la educación superior.¹¹

Cuadro 1

COMPARACIÓN ENTRE EL MODELO EDUCATIVO TRADICIONAL Y EL MODERNO

REALIDAD	MODELO TRADICIONAL	MODELO MODERNO
Filosofía	Unidimensional / Escolástica	Formación integral / Humanística / Científica / Liberal / Social
Orientación social	Estratificadora / Reduccionista / Economicista	Democrática
Orientación académica	Informativa / Dogmática / Memorizante	Formativa / Crítica / (Aprender a aprender)
Estructura de Gobierno	Rígida / Cerrada / Oligárquica / Vertical / Jerárquica	Flexible / Abierta / Participativa / Colegiada
Proceso	Industrializado / Personalizado / Estandarizado	Humano / Colectivo
Métodos de estudio	Clase / Enseñanza	Métodos centrados en el trabajo del estudiante
Medios	Maestro / Textos / Pizarrón	Todos
Evaluación de aprendizaje	Discriminante / Penalizante / Desahuciante	Diagnóstica / Constructiva
	CONSOLIDAR LA OBSOLECENCIA	MODERNIZACIÓN PERMANENTE

Actualmente existen en el país 62 escuelas de odonto- logía, 36 públicas y 26 privadas, para una población aproximada de 96 millones de habitantes. Para 1997 exis- tían 26,177 estudiantes de esta carrera; el 55,5% consti- tuido por mujeres.¹² La distribución del número de horas destinadas a los contenidos de las asignaturas en la ma- yoría de los planes de estudios de las escuelas de odonto- logía en México, sigue el mismo patrón ya mencionado para las actividades de los profesionales dirigidas al "an- tes, durante y después" de las enfermedades bucales.³

Es consenso tanto en México como en América Latina 8,13 que el llamado currículum tradicional ha sido el pre- ferido por la inmensa mayoría de las escuelas de odonto- logía. Se estima que las principales características del actual modelo educativo en la enseñanza de la odontología en México coinciden con las descritas por Freire en su libro "Pedagogía del oprimido"¹⁴ a donde explica que "ante una sociedad opresora" priva una "cultura del silencio". En el siguiente cuadro se hace la comparación de las principales características del modelo educativo tradicional y el ac- tualmente considerado como "moderno", que el Comité de Ciencias de la Salud de los Comités Interinstitucionales para la Evaluación de la Educación Superior se encuentra utilizando como marco de referencia para la evaluación diagnóstica de los programas de educación superior.¹⁵

En base a las características que se estima prevalecen en la enseñanza de la odontología en México, y que se han descrito en este capítulo, se consideró necesario de- sarrollar un proyecto de investigación que fundamentara un diagnóstico de la situación prevaleciente de la ense- ñanza de la odontología en México y diera pauta a los cambios que pudieran mejorar la práctica de esta profe- sión en este país.

OBJETIVO

Obtener la información necesaria para consignar los problemas más frecuentes y significativos del proceso de enseñanza - aprendizaje en las escuelas de odontología en México y con esto poder evaluar sus programas aca- démicos, y proponer recomendaciones concretas y útiles para la formación de futuros profesionales más útiles para la sociedad.

METODOLOGÍA

Se siguió una metodología descriptivo analítica. Se seleccionaron 22 de las 62 escuelas de odontología exis- tentes para ser visitadas personalmente por el autor de este proyecto. Los criterios de selección se establecieron agrupándolos de acuerdo a la combinación de sus carac- terísticas de ubicación (norte, centro y sur del país), de tamaño (mayores y menores de 500 alumnos), de regi- men (públicas y privadas) y de antigüedad (antes y des- pués de 1951), seleccionando aleatoriamente a una o dos escuelas para cada grupo dependiendo del número de ellas. Hubo grupos en los que no se presentó ninguna es- cuela. Se aplicaron una serie de cuestionarios y guías de entrevistas que fueron diseñados específicamente para este proyecto que se relacionaron con los principales ele- mentos estructurales del currículum. La información ob- tenida en las visitas está siendo analizada; los datos se han agrupado por grandes temas cuyos resultados se es- tán tabulando y analizando. De esto se están obteniendo conclusiones en base a las cuales se plantean algunas re- comendaciones generales para cada uno de dichos tópi- cos. Se estima que éstas podrán ser aplicadas a la mayo- ría de las escuelas del país. El presente trabajo se refiere concretamente a las principales características estructu- rales de los procesos de enseñanza - aprendizaje de las es- cuelas visitadas.

RESULTADOS

Los diferentes grupos de escuelas estudiadas, de acuer- do a la selección que se estableció en base a criterios de ubicación, tamaño, régimen y antigüedad no mostraron di- ferencias significativas en cuanto a que en la mayoría de ellas, en mayor o menor escala, prevalecieron las caracte- rísticas estructurales del currículum tradicional. A pesar de que en tres de ellas, en mayor o menor escala, prevalecie- ron las características estructurales del currículum tradi- cional. A pesar de que en tres de ellas se institucionalizó un "sistema modular", fue excepcional la aparición de ca- racterísticas consistentes de un currículum moderno en to- das las escuelas estudiadas. Cuando esto se dio, se presen- taron además de manera muy pobre. Posiblemente la única excepción en cuanto a diferencias, fue en relación a las "intenciones" (que no podemos calificar con seguridad como voluntad política) o probables facilidades, para po- ner en práctica proyectos de investigación. Para todas las escuelas privadas y las públicas chicas, estas "posibilida- des" fueron menores que para las públicas grandes. Valdría la pena corroborar esto último con los resultados que se presenten en cuanto a sus publicaciones.

A partir de los hallazgos relacionados con los diferen- tes elementos del currículum dominante, se analizó la in- formación relativa al proceso académico. A continuación se presentan los resultados obtenidos:

1. En todas las escuelas se apoya en alto grado la reproduc- ción del paradigma dominante de la práctica profesional.
2. En 19 de las 22 escuelas visitadas (86%) la organiza- ción del currículum universitario se basa en el formato tradicional de asignaturas en el que se establecen tres eta- pas (básica, preclínica y clínica). Se observó que este tipo de organización refuerza la desintegración del aprendiza- je y manejo del proceso de salud-enfermedad. Solamente en tres de ellas se ha implantado un sistema modular, aunque en estas no se han logrado cambiar significativa- mente la mayoría de las características existentes en el currículum tradicional. Sin embargo en ellas se presentan situaciones prometedoras en cuanto a la formación de sus egresados. En una de ellas, el sistema modular que había sido establecido originalmente, fue nuevamente cambia- do al tradicional.
3. En todas las escuelas el desarrollo curricular se orien- ta fuertemente hacia la especialización, dejando de lado la realidad de los problemas de salud.
4. En todas las escuelas los contenidos teóricos se apren-

den principalmente en los libros de texto producidos en los Estados Unidos y apoyados (a veces aún exigidos) por los profesores especialistas formados en ese país, o más recientemente en cursos nacionales, pero impartidos por especialistas que también estudiaron en los Estados Unidos. En 20 (90%) de las escuelas las actividades clínicas se enseñan siguiendo una relación de maestro - aprendiz, de acuerdo a una serie de técnicas agrupadas por "especialidades" y que generalmente son demostradas y supervisadas directamente por un especialista en cada área. Solamente en ocho (36%) de las escuelas algunos profesores utilizan métodos de aprendizaje grupales.

6. En todas las escuelas los programas académicos presentan una excesiva carga en los aspectos prácticos en el currículum con la presencia mínima de los teóricos.

7. En la mayoría de las escuelas predominan la desintegración de la teoría con la práctica; los métodos pasivos en la enseñanza; la falta de fomento de la iniciativa, creatividad, compromiso y responsabilidades sociales, y una fuerte desvinculación con la realidad social, económica y política del país.

8. Prácticamente en todas las escuelas, en mayor o menor escala, se presentan restricciones de tipo material, exceso de matrícula en la educación superior, y sobretodo un fuerte apego al paradigma dominante en la educación odontológica, producto del mismo tipo del paradigma actual de la práctica profesional privada y dirigida hacia el desempeño de técnicas de mutilación y reconstrucción, más que a la prevención. Entre otras características destacan los aspectos materiales de la vida; que dan prioridad a los aspectos económicos sobre los de salud; se basa en la economía como fuerza del mercado que es determinada por la capacidad de compra (demanda), la competencia, la eficiencia, la ganancia, el premio y la producción; prevalece la estructura autoritaria y el apego al orden; individualiza el trabajo, lo torna rígido y lo dirige a las minorías; considera que la ciencia debe ser desarrollada por quienes tienen "suficientes recursos"; procura la especialización como meta en la profesión; depende mayormente de materiales e insumos producidos por las transnacionales y finalmente promueve al consumismo.

Los resultados obtenidos en el presente estudio muestran que el paradigma dominante en la práctica de la odontología en México, que ha sido el de la mutilación - reconstrucción, se refleja claramente en los procesos formativos en la mayoría de las escuelas estudiadas.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

El actual modelo educativo predominante en las escuelas de odontología visitadas en este proyecto, logra eficientemente la reproducción del modelo de ejercicio profesional vigente, es decir, se conserva el paradigma dominante de la práctica en la formación de sus graduados. Este se encuentra dirigido hacia un mercado elitista de oferta y demanda que ha resultado muy eficiente para las clases económicamente poderosas. Para este tipo de consumidores frecuentemente se llega a proporcionar una elevada calidad técnica de los servicios. Sin embargo esto ha traído como consecuencia un alto grado de ineficiencia en el cumplimiento del propósito de la profesión, que es el de confrontar eficientemente las necesidades de salud bucal de la sociedad mexicana. El movimiento privatizador de las escuelas de odontología en México es un asunto que, dadas las condiciones actuales del modelo económico y de las tendencias consecuentes con el Tratado de Libre Comercio así como con la aparición de las Administraciones de Fondos para el Retiro de los Trabajadores, no es controlable por los propios educadores.

Es necesario tomar medidas para impulsar y adaptar un nuevo paradigma de la práctica profesional, encaminado hacia acciones anticipatorias en programas de fomento, conservación y reparación de la salud (bucal) y económicamente más accesibles para las mayorías, para que se reproduzca en la enseñanza superior. Las modificaciones en la orientación, propósitos y métodos de este nuevo tipo de paradigmas acarrearán sin duda una mayor calidad de los servicios y mejores condiciones en la salud bucal de la población mexicana.

BIBLIOGRAFÍA

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos. Instituto Federal Electoral. México. 1994. p. 4.
2. Laurell A.C. y Ortega M.E. El impacto del Tratado de Libre Comercio en el sector salud. Documentos de trabajo n° 36. México. Fundación Friedrich Ebert. Universidad Autónoma Metropolitana - Xochimilco. 1991. p. 7.
3. Kuhn. T.S. La estructura de las revoluciones científicas. Brevarios. México. Fondo de Cultura Económica. 1971. p. 34.
4. López Cámara, V. y Lara, N. Trabajo odontológico en la Ciudad de México. Crisis y cambios. Universidad Autónoma Metropolitana. 1992. México p. 15 - 24 y p. 113.
5. Calles M., y Chávez F. y Escarza E. Morbilidad bucal en escolares del Distrito Federal, 190. Secretaría de Salubridad y

Asistencia, México, 1982. (Mimeo).

6. Irigoyen M., Villanueva R. y de la Teja F. Dental caries status of young children in a suburban community of México City. Community Dent Oral Epidemiol 1986; 14: 306 - 9.

7. Irigoyen M., López S. Estudio epidemiológico de caries dental en población infantil del Estado de México. Resumen. Instituto de Salud del Estado de México. Toluca, Estado de México. Julio de 1990. (Mimeo).

8. Beltrán R. Educación en odontología. Manual del profesor. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Perú, 1998. p. 33.

9. Breilh, H. y Granda E. Estudio de los recursos humanos para la práctica odontológica en el Ecuador. Rev. Salud Problema N° 16, Segunda época. México, 1980. p. 34 - 38.

10. López, L.J. Distribución de ingresos entre los distintos sectores de la población económicamente activa. Diseño de estrategias. México, 1998.

11. López Cámara, V. Abordajes curriculares en odontología. Actualidad odontológica. Organó de la Federación Dental Internacional. Buenos Aires. Año X. N° 30. p. 46 - 60. 1988.

12. Anuario estadístico Licenciatura. Asociación Nacional de Universidades e Instituciones de Educación Superior (ANUIES), México, 1997. p. 36.

13. De Pree M. El contexto del cambio. En: Educación de orientación comunitaria de los profesionales de salud. Maastrich. Network Publications. 1998. p. 11 - 24.

14. Ref. P. Freire. Pedagogía del oprimido. México. Siglo XXI. 1974. 13a. ed. p. 74.

15. Comités Interinstitucionales para la Evaluación de la Educación Superior. CIEES. Comités de Ciencias de la Salud. Marco de referencia para la evaluación. Coordinación Nacional para la Planeación de la Educación Superior. México, julio de 1995. p. 77.

Dirección de los autores
Camino Santa Teresa 277 - 9, México, D.F.
Fax (525) 483-7218,
E-mail: VictorIC@cueyatl.uam.mx

¿Poco hueso?

Piense en ITI®

Cuando se pierden los dientes se pierde hueso. La superficie SLA® del implante ITI provee el doble de sujeción en el hueso que cualquier otra superficie. Le permite colocar implantes bien cortos de 6, 8 y 10mm con el agarre que le proveen otros de 10, 13 y 15mm respectivamente.

Con ITI ahora es más seguro fijar implantes donde antes era un desafío.

Ahorrando costos y riesgos de cirugías complejas.

Colens Images 4803-9552



ITI®
DENTAL IMPLANT SYSTEM

Lo más Avanzado en Implantología Oral

Hecho en Suiza por

straumann



KAMP
Dental

Buenos Aires:
Av. Roque Saenz Peña 825 4° P
(C1035AAD) TEL./FAX: 011-4328-0842
kamp-dental@redynet.com.ar

Córdoba: MARBE s.r.l.
Dean Funes 921 (500).
TEL. 0351-422-2255

Importancia de los elementos electrónicos en el diagnóstico ortodóncico

Prof. Dr. Jorge A. Learreta* - Od. Andrea E. Bono**

Resumen

El presente trabajo pretende mostrar la importancia de los elementos electrónicos en el diagnóstico ortodóncico y odontológico general. Si los pacientes no son tratados en su integridad incluyendo el análisis funcional de la musculatura, cualquier problema que exista en ella desencadenará un problema aun mayor, perpetuando el actual. Los elementos electrónicos que se describen son el TENS (Estimulador Nervioso Transcutáneo Bilateral) y el Kinesiógrafo Computado.

Palabras clave

Desprogramación mandibular electrónica - Tens - Kinesiógrafo computado - Ortodoncia - Desprogramación electrónica

INTRODUCCIÓN

Los problemas por los cuales atraviesa la salud de la población hacen necesaria la continua transformación de las metodologías para arribar a diagnósticos correctos.

El diagnóstico es la base sobre la cual se plantean todos los mecanismos para dar solución a las patologías que presentan los pacientes. Es por lo tanto el diagnóstico la herramienta esencial para poder realizar una terapéutica correcta.

En odontología los diagnósticos se basan en criterios clínicos, pero deben ser siempre acompañados por elementos auxiliares como lo son las radiografías, modelos de estudio, resonancias magnéticas, que permitan objetivar nuestro diagnóstico.

Las radiografías en odontología se utilizan en diferentes campos, tomando más relevancia en especialidades como lo endodoncia, cirugía y especialmente la ortodoncia. La ortodoncia tiene como objetivo devolver al paciente toda la funcionalidad del aparato masticatorio, incluyendo a la parte muscular y estética; para lo cual debe

*Prof. Titular de la Carrera de Especialista en el Tratamiento de las Disfunciones Temporomandibulares de la Universidad Católica de Salta.
Regente de la International College of Craniomandibular Orthopedics.

Summary

The present paper wants to show the importance of electronic instruments in the orthodontics diagnosis and in the general practice. If the patients are not treated under the functional analysis, every problem will be perpetuated. The TENS and the computerized kinesiograph are described like electronic instruments.

Key words

Electronic mandibular disprogramming Tens - Computerized Kinesiograph - Orthodontics - Electronic disprogramming

estudiar las estructuras óseas de soporte, utilizando para ello las radiografías. Con las mismas se puede realizar las mediciones correspondientes a cada caso en particular; determinando qué movimientos dentarios se realizarán, posibilidades de ensanches transversales, tracciones anteroposteriores, extracciones, y todos los pasos terapéuticos que se desarrollarán en el tratamiento.

Los elementos electrónicos proponen nuevas metodologías para el tratamiento de los pacientes, dándole al plano de la radiología una base más idónea para su uso, brindando un sistema que dé más confiabilidad y fidelidad que los sistemas actuales, siendo imprescindible para esto la incorporación de la informática y elementos electrónicos que otorguen datos medibles, seguros y repetibles.

MARCO DE REFERENCIA ACTUAL

En la actualidad el método de diagnóstico, cuenta con numerosos elementos auxiliares, que no toman en cuenta la funcionalidad muscular dentro del análisis. Existen numerosas patologías que presentan los pacientes que de-

**Docente de la Carrera de Especialista en el Tratamiento de las Disfunciones Temporomandibulares de la Universidad Católica de Salta.
Becaria de Farmacia Superior de la Univ. Nacional de La Plata.
Especialista en Ortodoncia.



Figura 1
Myomonitor utilizado para la Desprogramación Mandibular Electrónica

ben ser tenidas en cuenta en el momento de formular un plan de tratamiento, como lo son las patologías de la articulación temporomandibular. (7, 11).

Considerando que dentro del campo de la ortodoncia, se maneja la parte dentaria, la muscular y asimismo la articulación temporomandibular, ésta debe ser sumamente estudiada; dado que es esta articulación la que recibe las fuerzas de los músculos según la posición correcta o no que colocamos las piezas dentarias luego de realizar un tratamiento de ortodoncia. Por lo tanto la posición inicial, para tomar radiografías para formular un diagnóstico debe ser certera.

La incorporación de estos sistemas podrá estudiar claramente la articulación temporomandibular, asimismo estaremos formulando un diagnóstico que estudia las estructuras óseas, sostenidas por una musculatura en funcionamiento correcta.

ELEMENTOS ELECTRÓNICOS EL TENS

El TENS (Transcutaneous Electrical Neural Stimulation) es un generador electrónico, digital pulsátil, específicamente optimizado para la estimulación nerviosa, produciendo una contracción muscular, buscando obtener relajación muscular y determinar así la posición de reposo.

El Myomonitor* (Fig. N° 1) es un TENS desarrollado por Jankelson para acercar la teoría neuromuscular a la

*©Myotronics

odontología (11).

La teoría neuromuscular, está basada en que la relajación es un prerequisite para obtener una posición oclusal que debe ser sostenida por una musculatura que trabaja con una actividad simétrica y bilateral.

El propósito más importante del Myomonitor es establecer un equilibrio de los músculos de la masticación hacia sus posiciones de reposo, permitiendo establecer una posición de reposo de la mandíbula. Esta posición proviene de un punto inicial neutral, desde donde las contracciones isotónicas de la musculatura mandibular, producidas por acción del Myomonitor llevarán a la mandíbula a través del espacio libre hacia la relación mioecéntrica.

La relación mioecéntrica es una posición determinada a partir de un punto de reposo mandibular, en la cual la posición de la oclusión debe ser coincidente con dicha posición y poseer el paciente un espacio libre interoclusal de 2 mm.

Este tipo de estimulación eléctrica para la terapia y rehabilitación lleva ya 25 años de uso. Estos aparatos fueron aceptados por la American Dental Association para su utilización.

Este objetivo lógico dentro de la odontología tuvo que esperar el desarrollo de los instrumentos apropiados.

La estimulación del Myomonitor es de 500 microsegundos con una amplitud continua pero variable desde 0 a 25 miliampers como máximo. La pulsación de la onda es bifásica con un cátodo (negativo) en su fase inicial, seguida por una fase de descarga realizada por el ánodo (positivo).

El presente trabajo, propone la incorporación de la Desprogramación Mandibular Electrónica, conseguida por intermedio del Myomonitor*, como paso previo a la toma de radiografías para efectuar el diagnóstico ortodóncico.

MOTIVOS PARA EL USO DEL MYOMONITOR

Teniendo en cuenta que diferentes factores como lo son las malposiciones dentarias pueden hacer tomar el maxilar inferior posiciones incorrectas, llevando a los músculos a elongarse o contraerse, trayendo como consecuencia problemas en los mismos, es que se hace necesario llevar a la musculatura a su posición correcta.

Con el paso del tiempo esta situación se sostiene, siendo para el paciente un estado habitual, dado que no relaciona un problema muscular a distancia con una pie-



Figura 2.
Kinesiógrafo Computado

za dentaria rotada.

Con la Desprogramación Mandibular Electrónica, realizada por medio del Myomonitor se permitirá que los músculos de la masticación tomen sus largos genéticos de reposo, borrando los engramas musculares producto de las malposiciones o patologías de ATM. Con esta posición funcional y correcta se planteará tomar las radiografías iniciales para formular diagnósticos, dado que si tomamos como inicial a la posición habitual del paciente, no estaremos considerando al patrón muscular; dejando a los mismos sin tratamiento alguno, perpetuando el problema, y dedicándonos sólo a correr piezas dentarias.

EL KINESIOGRAFO COMPUTADO

El kinesiógrafo computado (Figura 2) mandibular (2, 3, 4, 5, 6) analiza y mide los movimientos mandibulares y la relación de la mandíbula con el cráneo. Estos datos son esenciales para el diagnóstico inicial, monitorear el progreso del tratamiento y verificar que haya una relajación neuromuscular (que es el objetivo de todo tratamiento de ortodoncia funcional), haya sido obtenido al finalizar el caso.

Con el Kinesiógrafo Computado (2, 4, 5, 11) se permite registrar la posición de reposo, que ha sido obtenida con el Myomonitor milimétricamente, en la pantalla de una computadora conectada a un cabezal que el paciente tiene sujeto en su cabeza. En la misma se pueden analizar los diferentes movimientos que posee la mandíbula partiendo desde la posición de reposo, hacia su oclusión habitual.

La medición electrónica del movimiento mandibular y la función masticatoria muscular produce varios datos objetivos para el diseño del tratamiento y monitoreo de resultados, mejorando la eficacia terapéutica.

CONCLUSIONES

Con los presentes elementos electrónicos se puede rastrear electrónicamente y grabar con precisión los movimientos mandibulares, para comparar la posición de reposo de la mandíbula antes y después de la relajación muscular inducida por el Myomonitor.

También identifica, en tres dimensiones, la posición de la oclusión dental inicial, y una posición terapéutica seleccionada después de la relajación muscular. La creación de una oclusión terapéutica balanceada neuromuscularmente ha demostrado dar por resultado una posición oclusal estable junto a una reducida actividad de reposo de los músculos posturales y una función masticatoria mejorada.

Con los avances tecnológicos, se ha progresado sobre el diagnóstico bidimensional, de las escuelas clásicas, aproximándose más hacia un diagnóstico más comprensivo y realista como lo es el diagnóstico tridimensional, y encarar los tratamientos con una oclusión funcional muscularmente balanceada.

El diagnóstico estructural basado en las cefalometrías y otras RX, es significativo, cuando se tienen datos del status funcional musculoesquelético.

El énfasis puesto en la corrección ortopédica de las relaciones incorrectas de la mandíbula con el cráneo, inevitablemente extiende su alcance y cambia la imagen de la práctica profesional.

La filosofía terapéutica específica de intervención, y la decisión de implementar un tratamiento siguen siendo una elección del profesional. La capacidad de medir trascendiendo las filosofías de tratamiento y provee un lenguaje común para los clínicos e investigadores mediante el cual se pueden evaluar y comparar diferentes estrategias de manejo, resultados, y la necesidad de continuar, modificar o discontinuar el tratamiento.

Un tratamiento exitoso incorpora mejoras fisiológicas y mejoras de síntomas subjetivos y objetivos tal como han sido descriptos por los pacientes.

Los datos obtenidos respaldan la hipótesis que la oclusión tiene un rol fundamental en la etiología y manejo de las disfunciones orales. El establecimiento de una

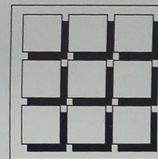
oclusión neuromuscular utilizando instrumentos electrónicos ha dado por resultado, el inicio de mejores posibilidades terapéuticas en el manejo de los problemas que afectan la salud de los pacientes, como lo es por ejemplo los trastornos de la articulación temporomandibular.

Sería de suma importancia realizarles a los pacientes que van a recibir un tratamiento ortodóncico, una relajación muscular previa a la toma de radiografías laterales del cráneo para la confección del diagnóstico y determinación del plan de tratamiento.

BIBLIOGRAFÍA

- Jankelson, B. Three dimensional orthodontic diagnosis and treatment: A neuromuscular approach. *Jour Clinic Orthod*. Vol. XVIII n° 9, 627 - 636, 1984.
- Callender, J. Orthodontic application of mandibular kinesiograph, *Jour Clin Orthod Part I*, 710 - 718, 1984.
- Callender, J. Orthodontic application of mandibular kinesiograph, *Jour Clin Orthod. Part II*, Vol. XVIII, n° 11, 791 - 805, 1984.
- Jankelson, B. Measurement accuracy of the mandibular kinesiograph - a computerized study, *Jour Prosth Dent*, Vol. 44, n° 6, 656 - 666, 1980.
- Jankelson, B; Swain, C.; Crane, P.; Radke, J. Kinesiometric instrumentation; a new technology. *JADA*, VOL 90, 834 - 840, 1975.
- Rakosi, T; Irmtud, J.; Graber, M.; *Orthodontic - Diagnosis*. Ed Thieme, 123, 140, 1993.
- Cooper, Manejo de los trastornos temporomandibulares, *JADA*, Vol. 1 n° 1, mar / abr., 15 - 37, 1997.
- Ricketts, Bench, cols. Técnica bioprogresiva de Ricketts, pág. 40, Ed. Panamericana, 1983.
- George Bone, A clinical study of rest position using kinesiograph and myomonitor, *J Prosthet Dent*, 41: 456, 1979.
- Wessberg, G. Comparison of mandibular rest position induced by phonetics, transcutaneous electrical stimulation and masticatory electromyography. *J Prosthetic Dent*, 49, n° 1, 100 - 105, 1983.
- Jankelson, B. *Neuromuscular Dental Diagnosis and treatment*, Chapter 2, 73 - 95; 3, 170 - 171; 4, 175 - 247; 6, 349 - 357; 8, 443 - 455.
- Neil D, Howell, Computerized kinesiography in the study of mastication in dentate subjects. *J Prosthetic Dent*, 55: 629 - 639, 1986.
- Konchak, P; Thomas, M. Freeway space measurement using mandibular kinesiograph and EMG before and after TENS. *Angle Orthod* 343 - 350, 1988.
- Jiménez, I. Electromyography of masticatory muscles in three jaw registration position. *Am J. Orthod Dent Orthop*, 95: 282 - 288, 1989.
- Okeson, J. Oclusión y afecciones temporomandibulares. Ed. Mosby. Doyma Libros, 3° ed. 1: 42, 2: 292, 3: 361 - 362, 1995.
- Ersek, R. Transcutaneous electrical neurostimulation; a new therapeutic modality for controlling pain. *Clinic Orthop*, 128: 314, 1977.
- Moses, A. Controversy in temporomandibular disorders. Futa books publisher. 13: 105 - 117, 1997.
- Dao, T.T.; Lavigne, G.J.; Oral splints: the crutches for temporomandibular disorders and bruxism? *Crit. Rev. Oral Biol Med*, 9 (3): 345: 61, 1998.
- Di Paolo, C. Panti F.; Rampello, A. Retrospective study on the application of occlusal splints in 312 patients with patients with temporomandibular disorders, *Minerva Stomatol*, May; 47 (5): 187 - 95, 1998.
- Soboleva, U.; Jokstad, A.; Eckersberg, T., Dahl, B.L.; Chewing movements in TMD patients and a control group before and after use of stabilization splint. *Int. J. Prosthodont*. Mar. - Abr., 11 (2): 158 - 64, 1998.

Dirección del autor: Beruti 3208, 2° p, Capital Federal.



Lapidus & Asociados

Informática y Comunicaciones

**Instalación de Cableado de Computación y Telefonía.
Provisión de Computadoras y Centrales Telefónicas.
Servicio Técnico. Mantenimiento de Redes y PC's**

Antezana 519 (1416)
Capital Federal (Argentina)

Tel/Fax: (0054-11) 4585-5572/4098 15-5004-6004
e-mail: info@lapidus.com.ar

Noticias del Ateneo

CONVENIO FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMÓN Y ATENEO ARGENTINO DE ODONTOLOGÍA

Convenio de intercambio académico y científico que suscriben por una parte la Facultad de Odontología de la Universidad Mayor de San Simón representada por el señor Decano Dr. Marcial Fernández Chile y el Director Académico de odontología representada por el Dr. Armando Héctor Pollero, como presidente y el Dr. Mario Beszkin como secretario, bajo las siguientes cláusulas:

Primera: Establecer una relación dinámica de solidaridad, integración y cooperación en el campo académico y científico de beneficio para ambas instituciones, en actividades de pre y postgrado.

Segunda: Desarrollo de cursos de postgrado o especialización, programa de investigación, extensión, participación en seminarios y otro programa de complementación, bajo la responsabilidad de ambas instituciones.

Tercera: El personal técnico y docente que ofrezcan ambas instituciones para las actividades mencionadas en las cláusulas anterior, habrá de ser aceptada por ambas partes

bajo estrictos principios de idoneidad profesional para las tareas pretendidas. Para ello ambas facultades promoverán e instrumentarán los medios necesarios para la concreción de los objetivos fijados en las áreas que tuvieren lugar.

Cuarta: Con el objeto de poder llevar a cabo este programa de colaboración, se nombrará un representante por cada unidad académica, los cuales deberán establecer el programa completo de intercambio, de acuerdo con los estatutos y recursos económicos de cada institución y vigilar su puesta en práctica y su posible mejora.

Quinta: El presente convenio se suscribe a los 30 días del mes de agosto del 2000.

*Dr. Juvenal López Miranda, Director Académico
Dr. Marcial Fernández Chile, Decano*

*Dr. Mario Beszkin, Secretario
Dr. Armando Héctor Pollero, Presidente*

CARTA DEL DR. MARCIAL FERNÁNDEZ CHILE, DECANO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD MAYOR DE SAN SIMÓN, BOLIVIA

*Universidad Mayor de San Simón
Facultad de Odontología
Cochabamba - Bolivia*

Ref. Suscripción Convenio

*Señor
Dr. Armando Pollero
Presidente Ateneo Argentino de Odontología
Dr. Mario Beszkin
Secretario Ateneo Argentino de Odontología
Buenos Aires, Argentina.*

Distinguidos Doctores:

Con la satisfacción que significa suscribir un Convenio de Cooperación Interinstitucional entre la Facultad de Odontología de la Universidad Mayor de San Simón de Cochabamba, Bolivia, con su prestigiosa institución, me permito remitir un ejemplar del mencionado documento para su difusión y ejecución en los términos de referencia que señala el mismo. Era deseo de mi autoridad, realizar una visita a su país, pero problemas de crisis institucional imposibilitan este propósito, viendo la posibilidad de concretar próximamente.

Con este particular motivo, saludo a Ud. con toda atención,

Dr. Marcial Fernández Chile, Decano

17^{AS} JORNADAS INTERNAS INTERDISCIPLINARIAS Y 1^{AS} JORNADAS ESTUDIANTILES

La Comisión de Congresos y Jornadas del Ateneo Argentino de Odontología, tiene previsto llevar a cabo las 17as. Jornadas Internas Interdisciplinarias y las 1ras. Jornadas Estudiantiles, los días 26 y 27 de octubre de 2001.

Las mismas contarán con la exposición de trabajos realizados por Docentes, Jefes y Cursantes de la Institución y eventuales trabajos de alumnos de 4to. y 5to. año de la Facultad de Odontología de la UBA.

ENTREGA DE DIPLOMAS EN EL "HOSPITAL REGIONAL DE RÍO GALLEGOS

En un acto realizado en el Auditorium del Hospital Regional de Río Gallegos, fueron agasajados los profesionales que aprobaron el curso dirigido al Tratamiento de las Maloclusiones con Aparatología Fija orientado a la Atención Interdisciplinaria de Pacientes con Deformidades Dentoaxilofaciales, el que fuera avalado por la Sub-

secretaría de Salud Pública del Ministerio de Asuntos Sociales de la Provincia de Santa Cruz.

A continuación se transcriben las palabras que, en representación del Ateneo y de los alumnos fueron dirigidas respectivamente por el Dr. Armando Pollero y por el Dr. Orlando Malatesta.



Dres. Tamara Andriadse, Mabel Bojanich, Dora Bravo, Patricia Brun, Lilia Castillo, Luis Ezeiza, Marcela García, Laura Jaccasio, Orlando Malatesta, Graciela Minor, Esteban Monte, Angel Ramos, Norma Ruidiaz. Recibieron también su certificado los Dres. Cristina Davis, Aldo Ezeiza, María Elena Cadenas, Matilde Guarnario y Daniel Trevisani. Docentes: Dras. Edith Losoviz, Ester Ganiewich y Amanda Rizzuti.

DISCURSO DEL DR. ARMANDO POLLERO

Autoridades, colegas, público presente.

Obligaciones institucionales, particularmente el inicio de un curso bajo mi responsabilidad me privan de la posibilidad de encontrarme personalmente con ustedes, por lo que delego en la Dra. Losoviz la lectura de lo que en persona hubiera deseado expresarles.

En primer lugar deseo agradecerles la deferencia con que han tratado a nuestros docentes y por lo tanto al Ateneo Argentino de Odontología en estos años de tarea compartida.

En segundo término deseo manifestar otro agradecimiento: durante su cincuentaria historia animó a nuestra institución la idea de aprender y enseñar, brindando generosamente el modesto conocimiento, sin barreras económicas, geográficas ni de ningún otro tipo. Ustedes, como otros colegas de distintos lugares del país, nos permiten confirmar que es posible cumplir el objetivo anteriormente planteado.

Pensamos firmemente que es tarea de las instituciones que por diferentes razones tienen más fácil acceso a las

fuentes de formación e información. Llegar con este bagaje a los colegas de todas las regiones del país para cumplir no solamente el objetivo de transmisión de conocimientos sino estimular la generación de recursos humanos propios, capaces de satisfacer las necesidades de nuestra población allí donde las requieran y también el apetito de actualización de los profesionales locales.

Hoy más que nunca los asombrosos avances en las comunicaciones, que movilizan personas e ideas, hacen más factible concretar estas aspiraciones.

Todo esto sostenido en la firme voluntad de vivir la

aventura del conocimiento, la más alta expresión del espíritu humano.

Queremos que este acto no signifique el final de tan fructífera relación y que podamos entre todos recrear los vínculos que den continuidad a la empresa común.

Por mi intermedio sepan que el Ateneo tiene sus puertas abiertas a todos ustedes en lo que podamos servir.

Los saluda

Dr. Armando Pollero, Presidente

30 de marzo de 2001

DISCURSO DEL DR. ORLANDO MALATESTA

Sra. Ministro: Lic. Alicia Kirchner

Sr. Subsecretario: Dr. Claudio García

Director Provincial de Salud: Dr. Rossel Sarmiento

Sra. Directora de Hospitales: Cabrera

Sr. Asesor: Dr. Juan Carlos Nadalich

Sr. Director Hospital Río Gallegos: Dr. Peliche

Queridos colegas

Familiares

Una vez más nos hemos reunido para celebrar la concreción de otra etapa de este pequeño gran proyecto destinado a la atención de pacientes portadores de deformidades dentomaxilofaciales, que entre todos supimos llevar adelante, con el apoyo del Ministerio de Asuntos Sociales, del Hospital Regional de Río Gallegos, de la Co-operadora Dr. Benigno Carro, del Hospital Garrahan; porque sin ustedes no lo hubiésemos podido lograr.

Resaltando la vocación y dedicación de nuestros maestros y tutores del Ateneo Argentino de Odontología, quienes han dado y dan sus mejores esfuerzos para que

este grupo de profesionales, aprendiéramos las complejas y variadas técnicas necesarias para la atención del conjunto de patologías que conforman las llamadas deformidades dentomaxilofaciales. Quiero agradecer personalmente y en nombre de mis colegas a las doctoras Edith Losoviz, Ester Granievich y Amanda Rizutti por cada momento compartido en lo profesional y en lo personal.

También quiero agradecer a nuestros familiares, pilares insustituibles que con afecto calmaron nuestras ansiedades y nos apuntalaron en los momentos de incertidumbre.

Y a mis queridos compañeros les doy las gracias por cada momento que vivimos, por cada día de estudio compartido, por nuestras diferencias que en pos del objetivo común dejamos de lado. Por todo esto, quiero recordar a todos los presentes, que aislados no podemos crecer, que necesitamos de todos y de cada uno para que proyectos como éste progresen y den frutos.

Gracias.

Dr. Orlando Malatesta

15° EDICIÓN DE ARTES PLÁSTICAS PARA ODONTOLOGÍA

Entrega de plaqueta del Ateneo Argentino de Odontología en oportunidad de la realización de la 15° Edición del Salón 2000 de Artes Plásticas por Odontólogos, dentro del marco del Acto de celebración al cumplir 20 años de la creación del Museo y Centro de Estudios Históricos de la Facultad de Odontología de Buenos Aires.

En representación del A.A.O., la Dra. Sara Sneibrum

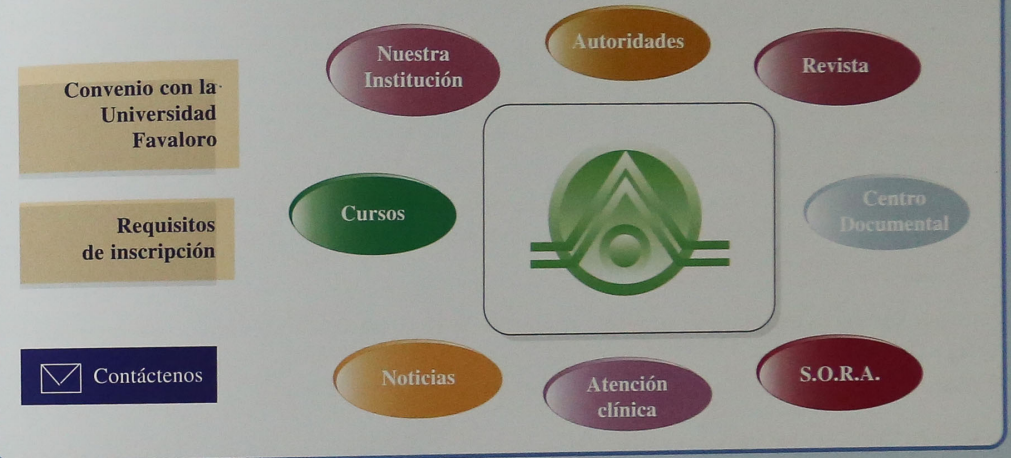


Nuestra página en internet

Conéctese con nosotros

http://www.newtonandnewton.com/aa0/index.html - E-mail: ateneo@canopus.com.ar

Ateneo Argentino de Odontología



*Prevenga sus riesgos,
 asegure su prestigio,
 jerarquice su profesión*



ZELIONE RAINERI DURANTE & ASOCIADOS S.R.L.

BROKER DE SEGUROS

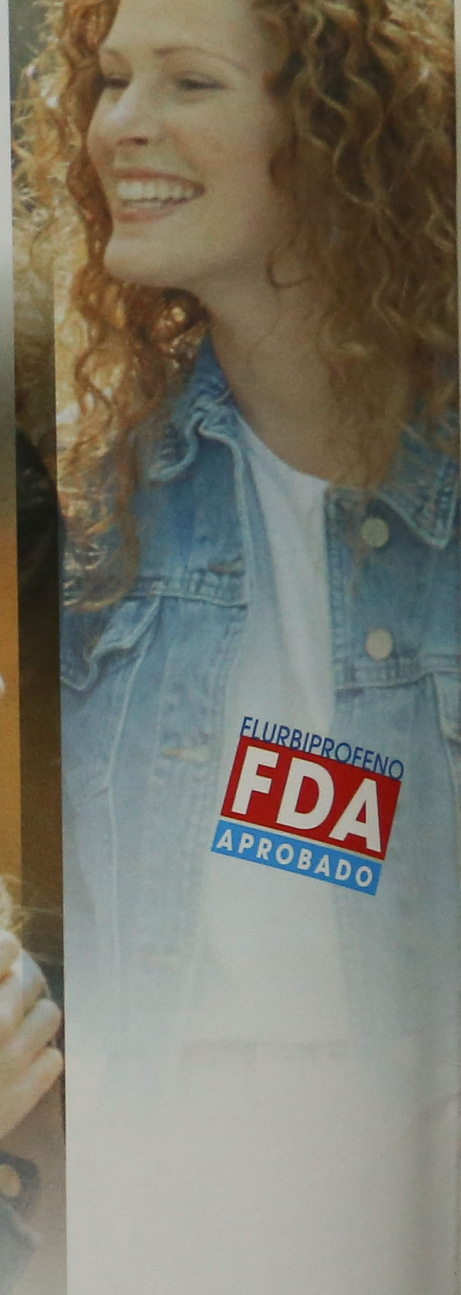
SANCOR SEGUROS

*responde a sus expectativas con la cobertura de
 responsabilidad civil, profesional y mala praxis para odontólogos*

Asesórese llamando al centro de atención a profesionales

Pje. del Carmen 750, 7° A (C1019AAB) Capital Federal
 Tel. 4814-2628 / 4815-7521 / 4815-0488 - E-mail: zeradur@ciudad.com.ar

En odontalgias



FLURBIPROFENO
FDA
APROBADO

CLINADOL[®] FORTE

FLURBIPROFENO 100 mg

Resuelve el problema

ANALGESICO-ANTIINFLAMATORIO NO ESTEROIDEO
INHIBIDOR DE LA RESORCION OSEA ALVEOLAR

PRESENTACIONES:

Envases con 8 y 16 comprimidos recubiertos.

Gador 

Al Cuidado de la Vida

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