



REVISTA DEL ATENEO ARGENTINO DE ODONTOLOGIA

*PRIMER CONGRESO
INTERDISCIPLINARIO
EN ODONTOLOGIA*



VOLUMEN XVII — N.º 1
ENERO-MARZO 1982



DANALON^{OM}

reduce la inflamación
y detiene el dolor



cualquiera sea
el instrumento
empleado

Producido bajo
licencia de

OM

GENEVA, SUIZA

Elaborado por

Johnson & Johnson
de Argentina S.A. Sucesores e Industrias
Barrán 411 - Buenos Aires

Puedo registrarse el 1° de Abril de 1981.
DANALON OM x 20 capsulas \$ 29.682
DANALON OM x 40 capsulas \$ 54.001

C. Johnson y Johnson de Argentina S.A.C. e I. 1981

SUMARIO

Aclaremos	3 *
Curso de Terapia Bioprogresiva de Ricketts, a cargo del profesor doctor Miguel Neil Benvenga	4 *
Actualización en Farmacología Clínica	5 *
Tratamiento Odontológico en Pacientes con Afecciones Clínicas Generales	11 *
Responsabilidad del Odontólogo como Agente de Salud ante el Cáncer Bucal	19 *
Tratamiento Odontológico de la Embarazada	23 *
Formación de Posgrado	29 *
Integración Odontológica en los Planes de Salud	33 *
Batería de Nueve Tests, de Krogh Paulsen	37
I Congreso Interdisciplinario en Odontología	41
Informaciones: IV Jornadas Internas del Ateneo Argentino de Odontología	44
Atención en Pacientes en el AAO	48

* Algunos de los temas tratados en el I Congreso Interdisciplinario en Odontología

DIRECTOR:

Alfredo Fermín Alvarez

CUERPO DE REDACCION:

Carlos Guberman,
Ana María Rodríguez,
Silvia Rudoy,
Diana Kaplan.

Diagramación y dirección técnica:

Antonio Tarsitani

Correspondencia: Anchorena 1176/78
(1425) Buenos Aires
Teléfonos: 821-7349 y 0394
República Argentina

Ateneo Argentino de Odontología

COMISION DIRECTIVA

PRESIDENTE: Miguel J. Stratas
VICEPRESIDENTE: Mario Daniel Torres
SECRETARIO: Mario J. Beszkin
PROSECRETARIO: Edith Losoviz
TESORERO: Carlos Guberman
PROTESORERO: Alberto Baggini

VOCALES TITULARES:

Catalina Dvorkin - Saúl Merlin
Diana Kaplan - Luis Zielinsky
Beatriz Lewkowicz - Alfredo F. Alvarez

VOCALES SUPLENTES:

Oscar Siscar - Liliana Doctorovich
Eva Schilman - Ricardo Pomeraniec
Clara Szeinberg - Sofia Vinograd

COMISION FISCALIZADORA

TITULARES:

Elias Beszkin - Henja Rapaport
Jaime Fiszman

SUPLENTES:

Noemi Lisman - Natalio Schesak
Silvia Rudoy

TRIBUNAL DE HONOR:

Angel Lagorio - Sara Sneibrun
Elias Samoilovich - Lea Casoy
Leonardo Voronovinsky - Susana Varan
Rubén Raccagni - Nora Kotler
Teresa Israelson

LAS OPINIONES expresadas en esta publicación no reflejan el punto de vista del ATENEO ARGENTINO DE ODONTOLOGIA, a menos que hayan sido adoptadas por el mismo. Serán considerados como trabajos originales los que no hayan sido publicados ni estén en vías de publicación. Estarán escritos con máquina de un solo lado y en doble espacio. Llevarán, asimismo, el nombre completo del autor, sus títulos, cargos y su domicilio. No se devuelven originales.

Intercambio internacional: deseamos canje con revistas similares.
Nous désirons établir l'échange avec les revues similaires.
Desideriamo intercambio con rivisti simili.
Deseamos permutar con as revistas congengeres.
We wish to exchange with similar magazine.
Un austausch Wird gebeten.

I Congreso Interdisciplinario en Odontología

ACLARAMOS

Esta entrega de la REVISTA DEL ATENEO ARGENTINO DE ODONTOLOGIA contiene las presentaciones efectuadas en el PRIMER CONGRESO INTERDISCIPLINARIO EN ODONTOLOGIA, realizado en Buenos Aires del 13 al 6 de setiembre de 1981.

Los textos fueron tomados de la grabación de todas las sesiones, adaptadas por el cuerpo editorial a las posibilidades de publicación.

Se solicitó a los relatores la inclusión de los grabados esenciales para la mejor comprensión de sus exposiciones, dado que por razones operativas impiden reproducir no sólo la totalidad, sino que ni siquiera la mayoría del nutrido y jerarquizado material proyectado.

Las intervenciones en mesas y conferencias de los doctores Bruce N. Epker, Harold Pery y Stephen Wei se integrarán en sendos trabajos preparados por ellos, que próximamente publicaremos.

Las preguntas, respuestas y participación de los asistentes, fueron integradas en el contexto de cada relator.

Profesor Asistente del
Departamento de
Ortodoncia de la
Universidad de San Pablo.
Autor de numerosas
publicaciones
en la especialidad

CURSO

PARTE TEORICA

- 1 — Los 10 principios de la Terapia Bioprogresiva
- 2 — Cefalometría y Análisis Cefalométrico de Ricketts
- 3 — Predicción de crecimiento. V.T.O.
- 4 — Aparatología Bioprogresiva
 - Arco Base
 - Arcos segmentarios
 - Adhesión directa de Brackets
 - Actualización y últimas novedades en materiales
- 5 — Tratamiento precoz en las denticiones primaria y mixta con el enfoque bioprogresivo
- 6 — Fuerzas empleadas en la mecánica bioprogresiva. Uso de fuerzas extraorales y su significado
 - a) Fuerzas ortodóncicas.
 - b) Fuerzas ortopédicas.
- 7 — Secuencias mecánicas para corrección de las clases I, II: div. 1ª, div. 2ª y clase III de Angle

Prefabricación de los arcos: la principal característica de la mecánica bioprogresiva

Este capítulo será desarrollado con la presentación en secuencias de diapositivas de 10 casos tratados por el dictante: desde el diagnóstico V.T.O., etc. hasta sus contenciones.

PARTE PRACTICA

- 1 — Trazado de cefalograma de Ricketts, análisis, construcción del V.T.O. y su superposición en las 5 áreas de evaluación para el planeamiento final del tratamiento correctivo.
- 2 — Construcción de arcos de mecánica bioprogresiva: arcos de utilidad, arcos de retracción incisiva y canina, arcos seccionales y estabilizadores, etc. en alambre Elgiloy azul (0.16 x 0.16 de pulgada).

Los días 2, 3, 4 y 5 de junio

CLASES TEORICAS: 8 a 12

CLASES PRACTICAS: 14.30 a 19.30

Arancel: Hasta el 10 de mayo de 1982.

	Teórico y Práctico	Teórico
Socios Ateneo	u\$s 70	u\$s 40
Afil. CODA	u\$s 85	u\$s 55
No Socios	u\$s 100	u\$s 65

A partir de esta fecha estos aranceles quedarán sujetos a ser actualizados.

INFORMES E INSCRIPCIÓN

En Secretaría de Cursos:

De lunes a sábado, de 8 a 12. Anchorena 1176 Capital Tel. 821-7349 y 0394

4 — Ateneo Arg. de Odontología

Volumen XVII — N° 1 — Enero-Marzo 1982

Doctor Miguel Neil

Benvenga y colaboradores



Actualización en Farmacología Clínica

Dictantes:

doctor Pablo Bazerque*,
doctor Néstor J. Blanco**,
Coordinador:
doctor Jorge Miguel García
Secretaría:
doctora Elsa Rizzo

* Secretario Coordinador
de la Comisión Nacional de
Farmacovigilancia del Ministerio
de Salud Pública y Medio Ambiente
de la Nación. Profesor adjunto de la
Cátedra de Farmacología de
la Facultad de Medicina de la UBA.
Miembro de la carrera de investigador
científico de la Comisión Nacional
de Investigaciones Científicas
y Técnicas.

Doctor NESTOR J. BLANCO

** Profesor de la Cátedra de
Microbiología y Parasitología
de la Facultad de Odontología de la UBA.
Jefe del Departamento de Odontología
del Instituto de Investigaciones Hematológicas
"Dr. Mariano R. Castex",
de la Academia Nacional de Medicina. Jefe de Clínica
y docente del Servicio de Cirugía del
Ateneo Argentino de Odontología.

¿COMO SE DEBE PROCEDER PARA LA ELECCION RACIONAL DE UN ANTIBIOTICO?

La elección de un antibiótico se hace a través de la calidad de la lesión. Para ello hace falta el conocimiento de los microorganismos que pueden estar presentes en esa lesión.

Mediante el diagnóstico clínico presuntivo se evalúan signos y síntomas, a través

de la inspección intra y extraoral, tratando de determinar si lo que está presente es una infección o una enfermedad infecciosa, porque el acúmulo bacteriano de la placa está considerado como una verdadera infección. Cuando el cuadro es más evolucionado, estamos en presencia de una enfermedad infecciosa. De acuerdo con esa evaluación haríamos el tratamiento sintomático. Sin embargo lo que habría que hacer para elegir el antibiótico, sería el diagnóstico microbiológico inmediato

Volumen XVII — N° 1 — Enero-Marzo 1982

Ateneo Arg. de Odontología — 5

con bacterioscopia, o mediato o de certeza a través de cultivos, del aislamiento de las reacciones bioquímicas y de los test de sensibilidad que identifican la droga a la cual son sensibles los microorganismos responsables. El método indirecto serían las pruebas serológicas. Eso sería hacer un tratamiento etiológico, que es lo ideal.

Por ello debe tenerse presente siempre los microorganismos presentes en cada calidad de lesión para hacer la elección de la droga.

¿CUANDO SE DEBE SOLICITAR UN ANTILOGRAMA, COMO SE INTERPRETAN SUS RESULTADOS Y QUE SE MEDICA MIENTRAS SE ESPERA EL RESULTADO?

Doctor PABLO BAZERQUE

El pedido de un antibiograma queda condicionado a la necesidad y a la posibilidad. No siempre es necesario. Antibiograma es prueba de sensibilidad de los microorganismos; es una de las pruebas de sensibilidad, posiblemente de las más sencillas. Se observa la inhibición que ejerce el papel absorbente impregnado en antibióticos sobre un cultivo. Antes se cuantificaba el halo de inhibición; hoy se prefiere no cuantificar, y sólo ver si el microorganismo es sensible o no.

Esto supone varias cosas:

Primero, que se puede aislar el microorganismo, y para eso hay que ir al causante de la infección, en el sitio profundo de ella, prescindiendo de los microorganismos comensales que pueda haber. Esto en la boca tiene múltiples inconvenientes. Es recomendable ponerse en contacto con el laboratorio que va a hacer la investigación, y pedirle materiales e instrucciones para la prueba.

Otro aspecto: ¿siempre es necesario hacer un antibiograma? o ¿los resultados del antibiograma son siempre infalibles? El antibiograma es necesario cuando la infección es provocada por un microorganismo del cual no se sepa bien la sensibi-

lidad. Hay muchos microorganismos de infecciones bucales que tienen sensibilidad constante. Por ejemplo todos los estreptococos son sensibles a las penicilinas; es decir que los estreptococos salvo el enterococo, el gonococo y el enterococo no necesitan pruebas de sensibilidad.

En cambio el estafilococo puede hacerse resistente, y se beneficia con un antibiograma.

Si hacer un antibiograma, hacer un frotis e identificar si es un Gram positivo o un Gram negativo ya sería muy útil. Cuando es necesario, el antibiograma debe hacerse previo a la administración de antibióticos.

La segunda parte de la pregunta: ¿qué antibiótico daremos mientras tanto? Aquél que la estadística nos diga que es más eficaz en cuanto al tipo de infección que tenemos en la boca. Ello mediante el conocimiento de la bacteriología a que se refirió el doctor Blanco. El resultado del antibiograma determinará si debemos o no cambiar ese antibiótico.

¿CUANTO TIEMPO DEBE DURAR UN TRATAMIENTO CON ANTILOGRAMOS?

Doctor NESTOR J. BLANCO

En las lesiones infecciosas habituales en odontología (un absceso o un flemón), el tiempo no debería ser menor de cinco días. El máximo de tiempo estará dado por la evolución de la lesión. Por ejemplo, en una infección como la actinomicosis cérvicofacial, hay casos que se resuelven en trece días, otros requirieron cuarenta y cinco días de medicación. Creo importante la opinión del doctor Bazerque.

Doctor PABLO BAZERQUE

Creo que la cantidad de tiempo tiene que estar vinculada a la gravedad de la lesión. Además, debe considerarse cuánto tiempo más debe durar el tratamiento antibiótico desde que la lesión desaparece. Ese es el caso discutible. ¿Debe

prolongarse el tratamiento una vez desaparecida la sintomatología? ¿Cuánto tiempo? La experiencia indica que debe prolongarse en la medida de la gravedad de la lesión, que está dada por el tiempo que se requirió para el tratamiento. Debe tenerse en cuenta, además, si es realmente necesario continuar el tratamiento, los efectos adversos de un tratamiento innecesariamente prolongado, el costo del medicamento y la aceptación por parte del paciente que se siente curado.

Doctor NESTOR BLANCO

Estoy de acuerdo, pero es bueno señalar que cuando se inicia un tratamiento antibiótico con plena dosis, basado en un estudio clínico correcto y con aval bacteriológico, mejor aún; un tratamiento menor de cinco días puede crear inconvenientes en el nivel de resistencia.

¿LA ASOCIACION ANTIBIOTICO-ANTIINFLAMATORIO AUMENTA LA CONCENTRACION DEL PRIMERO EN EL FOCO SEPTICO?

Doctor PABLO BAZERQUE

Lo podemos contestar muy brevemente: no. El antibiótico llega al foco por los capilares, y la barrera de fibrina se encuentra en el nivel de los vasos linfáticos; por lo tanto esa barrera no impide la llegada del antibiótico. Esto se ha demostrado usando tetraciclinas marcadas, con radioisótopos, albúminas marcadas con radioisótopos, colorantes, etcétera.

No conozco ningún trabajo que demuestre que la administración de antiinflamatorios aumente la permeabilidad del foco a los antibióticos.

La función del antiinflamatorio es combatir los síntomas y los síntomas se combaten cuando existen. Por eso somos contrarios a las asociaciones antibiótico-antiinflamatorio en fórmula fija, es decir en producto comercial que ya tiene a los dos en determinada proporción por que no podemos manejar en la dosis necesaria cada uno de los medicamentos, y además

tenemos que darlo aunque no haya síntomas, por que debemos dar el antibiótico en forma continua.

LA ENDOCARDITIS BACTERIANA TIENE RELACION CON GERMEEN BUCALES: ¿QUE TRATAMIENTO PREVENTIVO PUEDE REALIZARSE?

Doctor PABLO BAZERQUE

Es uno de los casos en que siempre debe hacerse tratamiento preventivo. Por razones éticas, no ha podido demostrarse mediante trabajos con grupos de control, pero hay un consenso general.

Las enfermedades cardíacas hacen que el miocardio se halle más colonizable. Estas enfermedades pueden ser malformaciones congénitas, valvulopatías, intervenciones quirúrgicas y la enfermedad reumática, la enfermedad de Chagas.

El antibiótico de elección para prevenir la penicilina G., que puede darse en tres sales distintas: una sal de rápida absorción que es la Penicilina G. sódica o potásica; una de absorción más lenta, la Penicilina G. procaina que da concentraciones por 12 a 24 horas; y una que da concentraciones sanguíneas muy prolongadas, que es la Penicilina G. benzatínica, que nos da semanas.

En cuanto a la manera de administrar, hay dos tipos de escuelas. Una, que da la penicilina una hora antes de la intervención. Otra, 48 horas a una semana antes. Personalmente nos adherimos a la primera; es decir, una hora antes. La penicilina G., por lo menos 1.000.000 de unidades, y asegurarnos concentración en las 48 horas siguientes. Para ello hay dos maneras: una, continuar con penicilina por vía bucal, por lo menos 2 g. por día; otra es dar penicilina de acción prolongada; por ejemplo, penicilina-procaina, por lo menos 600.000 unidades. Si queremos prevenir un poco más, podemos dar penicilina-benzatína, 600.000 unidades como mínimo. Algunos preparados comerciales, del tipo bence-

tazil, que tienen los tres tipos de penicilina. En un trabajo del doctor Blanco, se recomienda dar dos ampollas una hora antes. Si el paciente es alérgico a la penicilina, el segundo medicamento es la eritromicina. Se recomienda darla dos horas antes, 500 mg a 1 g, y seguir en dosis de 1 a 2 g, por día repartidos en 4 tomas.

¿COMO SE PROCEDE CON EL PACIENTE QUE RELATA HABER TENIDO HEMORRAGIAS EN INTERVENCIONES BUCALES ANTERIORES?

Doctor NESTOR BLANCO

Habrà que hacer una anamnesis ponderada del estado general y de las circunstancias en que apareció la hemorragia relatada. Si pensamos en hemorragia postextracción, deberemos rastrear si la exodoncia se realizó con la técnica adecuadamente depurada, si se saturó; etc. Tampoco olvidar que existen hemopatías que pueden influir, y ahondar en la historia clínica.

Hay una serie de lesiones que se ponen en evidencia, si no hubo cirugía previa, en un acto quirúrgico bucal. Un síndrome, llamado de von Willebrand, con disminución del factor VIII y disfunción plaquetaria con disminución de adhesividad y agregación, donde puede hacerse el diagnóstico después de una cirugía bucal menor.

Otra situación que se ha puesto "de moda" en los últimos tiempos debido al conocimiento de las lesiones sanguíneas, es la enfermedad de pulpótoma de depósito. Es un trastorno del nivel de las inclusiones plaquetarias, sin sintomatología importante, salvo frente a una agresión quirúrgica. Otra cosa que no debemos olvidar es el hábito de la aspirina, que inhibe la función normal de las plaquetas.

Si del interrogatorio no surge una razón valedera, deberá recurrirse a pruebas de laboratorio.

¿CUALES SON LOS EXAMENES DE LABORATORIO PARA INVESTIGAR EL SISTEMA HEMOSTATICO?

Doctor NESTOR BLANCO

El estudio de la hemostasia no significa únicamente evaluar el tiempo de coagulación y el tiempo de sangría. Estos tienen valor sólo cuando son anormales, hasta el punto que un 50% de los hemofílicos tienen en ellos cifras normales.

Hay que hacer lo que se llama el "screening" de la coagulación.

La hemostasia se rige por mecanismos extravasculares, vasculares e intravasculares. Cada sector debe ser evaluado. El "screening" incluye las siguientes pruebas: tiempo de coagulación, retracción del coágulo, fibrinólisis, prueba del lazo, tiempo de sangría, recuento de plaquetas, función plaquetaria, tiempo de Quick y tiempo de tromboplastina parcial con caolín.

ACTITUD PREQUIRURGICA EN PACIENTES PORTADORES DE CARDIOINJERTOS Y MEDICACION AUTOCOAGULANTE

Doctor NESTOR BLANCO

Ya hizo una referencia el doctor Bazerque en cuanto a la medicación profiláctica en estos pacientes.

Las pautas respecto de la coagulación las da el médico tratante. Hay quienes suspenden el tratamiento anticoagulante, 24 ó 48 horas antes. Nosotros hemos logrado que el paciente, aún con su tratamiento antitrombótico normal, no tenga problemas de hemostasia, por lo menos en cirugía bucal menor y mediana. En esos casos, además de técnica depurada y cuidadosa sutura, rellenos con placa humana desecada con el agregado de trombina humana.

IMPORTANCIA DE LOS HEMOSTATICOS EN ACCION SISTEMICA UTILIZADOS EN FORMA LOCAL

Doctor PABLO BAZERQUE

Pienso que el problema ha sido muy bien planteado y resuelto por el doctor Blanco. Entrando más en detalle, ¿qué significa hemostáticos de acción general aplicados localmente?. En algún caso podría tener sentido teórico.

Una cosa es la hemostasia primera, que se produce por la adhesión de las plaquetas, y otra cosa es la coagulación, que viene a completar esa hemostasia y a facilitar la cicatrización. La primera hemostasia puede verse perturbada por factores que incluso no incidan en la coagulación.

Los medicamentos utilizados para vía general reemplazan algún elemento que falta, o facilitan su síntesis, o inhiben mecanismos que pueden estar patológicamente acelerados, como puede ser la fibrinólisis. Ninguno de esos medicamentos tiene acción local. El único caso que podría ser valioso sería el de los tromboplásticos, pero como vienen diluidos, es más el mal que hacen que lo que podrían hacer para promover la coagulación. Salvo la placenta o la trombina (ésta de muy difícil acceso), ningún otro elemento es efectivo.

¿LOS TRASTORNOS HEPATICOS CRONICOS PUEDEN PRODUCIR ALTERACIONES EN LA COAGULACION?

Doctor PABLO BAZERQUE

Antes de contestar esta pregunta me gustaría hacer una acotación sobre lo que dijo el doctor Blanco sobre el ácido acetil salicílico. Tiene dos acciones. Una, en grandes dosis, inhibe la formación de protrombina de nivel hepático, posiblemente por una competencia con vitamina K.

Otra, en bajas dosis, produce una disminución de la agregación plaquetaria. Pienso que esas hemorragias postextracción que se producen en un paciente y que no se reproducen en otra instancia similar, puede tener responsabilidad la aspirina u otros antiinflamatorios que podrían tener el mismo efecto. Por ello, nunca aspirina antes de la extracción. Después, puede ser, pues ya se formó el coágulo.

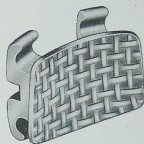
Yendo a la pregunta sobre los trastornos hepáticos, debemos distinguir si se trata de un trastorno hepático propiamente dicho o de las vías biliares. También habrá que distinguir si los trastornos hepáticos lo son realmente o son intestinales.

De todos modos esos trastornos, hepáticos o biliares, no tienen nada que ver con la coagulación. Sólo pueden tener que ver las insuficiencias hepáticas crónicas, donde pueden disminuir algunos componentes fundamentales de la coagulación, de los cuales el más conocido es la protrombina. Otros son los llamados componentes vitamina K dependientes, por que se sintetizan en el hígado, y hace falta que la vitamina K esté presente.

DENTAURUM

"Ultratrimm" Brackets con minimalla p. Direct Bonding

Serie de nuevos brackets con bases reducidas en distal/mesial y oclusal/gingival, gracias a un nuevo método de producción, ofreciendo una segura retención con el adhesivo. El Orthodontic Bonding System está respaldado por nuestro extenso programa de brackets e instrumentos p. cementado directo.



Ventajas de los Brackets Ultratrimm:

- Ideales p. dientes apiñados
- Reducción considerable de la superficie de esmalte a causticar
- Bases anatómicas
- Brackets angulados van marcados con puntos de colores: rojo p. maxilar, negro p. mandíbula
- Estética mejorada
- Retención excelente

Los Brackets Ultratrimm están disponibles para las siguientes técnicas:

- **Standard Edgewise Technique**
- **Edgewise Technique con ranura vertical**
.018 X .025" / 0.45X0.63 mm
.022 X .028" / 0.55X0.71 mm
- **LSP — Light Square Progressive (Ricketts)**

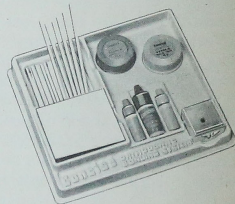
Torque = 22°, 14° y 7°
Angulación = 0° y 5°

Brackets maxilar = marcados en rojo
Brackets mandíbula = marcados en negro

Light Wire Technique

Accesorios linguales

Surtidos para 5, 15 y 50 casos



Dentaurum Information-Service
Postfach 440, D-7573 Pforzheim, Rep. Fed. Alemania

El Tratamiento Odontológico en Pacientes con Afecciones Clínicas Generales

*Adecuación del tratamiento odontológico
en el paciente con afecciones cardiovasculares:
el diabético, el alérgico y el discapacitado*

Dictantes:

doctor Miguel A. Alonso Amorin*,
doctor Daniel Gastón Rigou**,
doctor Wenceslao S. de la Vega***,
doctor Fernando Sotelano.

Coordinador:

doctor Néstor J. Blanco

* Representante designado por la
Sociedad Argentina de Diabetes.
** Representante designado por la
Sociedad Argentina de Cardiología.
*** Representante designado por la
Asociación Argentina de Alergia
e Inmunología.

Doctor DANIEL GASTON RIGOU

Jefe de Cardiología del Hospital Fernández.
Docente Autorizado de
Medicina Interna de la Facultad
de Medicina de Buenos Aires. Miembro
de la Sociedad Argentina de Cardiología.

En general, el vasoconstrictor que he visto que se utiliza, asociado a la lidocaína, es la epinefrina, es decir la adrenalina. La adrenalina es una catecolamina, como lo son una cantidad de sustancias (noradrenalina, dopamina, metalaminol, dobutamina), algunas de origen endógeno y otras son producto de síntesis. Las catecolaminas tienen un efecto alfa o beta, según estimulen los receptores así denominados. Sobre el corazón, la adrenalina tiene un efecto beta-estimulante (en realidad efecto mixto, pero predomina el beta), que aumenta la frecuencia cardíaca; es decir, taquicardiza al paciente, por exaltación del automatismo; aumenta la fuerza de

contracción. De tal modo el corazón se contrae más veces por minuto y con mayor energía. Estas dos circunstancias producen un aumento en el consumo de oxígeno, que es lo que básicamente interesa, pero, además, las catecolaminas de este signo facilitan la aparición de arritmias graves.

En el nivel periférico tienen un efecto alfa con dilatación, pero un efecto beta en el nivel de piel y mucosa y del riñón, con constricción. Esta situación de dilatación en un territorio y constricción en el otro, puede producir un aumento de la tensión arterial, que también modifica el consumo

de oxígeno por parte del miocardio. En resumen, es indudable que las catecolaminas producen aumento de consumo de oxígeno en el nivel de miocardio. Pero la cantidad de vasoconstrictor que contiene la anestesia de uso odontológico es 1:200.000, es decir que por cada mililitro hay 5 milésimos de miligramo de adrenalina. Entonces, para inyectar 1 mg. de adrenalina, habría que infiltrar 200 ml. de solución, lo que está muy lejos de la cantidad que se utiliza habitualmente.

En conclusión, en la mayor parte de los casos no es importante la cantidad de adrenalina que podemos inyectar en una maniobra odontológica, que los cardiopatas toleran bien, incluso se metaboliza en parte "in situ".

Sin embargo en algunos pacientes sumamente sensibles podría estar contraindicada. Yo, particularmente, pido que se evite el uso de epinefrina en los pacientes que han tenido un infarto de miocardio reciente, donde incluso procura postergar las prácticas odontológicas. De igual modo en los pacientes que son portadores de arritmias ventriculares graves (taquicardias ventriculares repetitivas por ejemplo) que pudieran producir una arritmia más grave, como puede ser una nueva taquicardia ventricular o una fibrilación ventricular.

En estos pacientes de elevado compromiso, las catecolaminas estarían contraindicadas. En los pacientes con cardiopatas compensadas o leves, no habría inconvenientes en administrar esos vasoconstrictores.

INDICACIONES MEDICAS PARA CIRUGIA BUCAL EN EL PACIENTE MEDICADO CON ANTICOAGULANTES

En este momento y en nuestro medio, la medicación con anticoagulantes se realiza casi exclusivamente con preparados derivados de los dicumarónicos por administración oral. Por ello en esta respuesta me voy a referir exclusivamente a este tipo de terapia anticoagulante.

La utilización de este tipo de fármacos tiende a reducirse en relación con años pasados. Ello se debe a que el grueso de estos pacientes está formado por los infartos de miocardio que, en una época no demasiado lejana, se anticoagulaban. En el momento actual son muy pocos los pacientes con infarto que se anticoagulan y, prácticamente, tienen que ser portadores de alguna otra situación.

Incluso en pacientes con complicaciones pulmonares a partir, por ejemplo, de una fibrotrombosis, son anticoagulados, pero se estima que a los seis meses la anticoagulación debe suspenderse, pues ya no cambia el pronóstico. De modo que este grupo también se ha reducido bastante.

Queda un tercer grupo, dentro de los importantes, que son los pacientes portadores de prótesis valvulares no biológicas, que esos sí sobrellevan anticoagulación durante toda su vida.

Los pacientes con medicación anticoagulante presentan de por sí, sin mediar maniobra alguna, episodios hemorrágicos. Estos casos se presentan en un 0,5 al 3% por año-paciente, y eso se debe fundamentalmente a descuido del enfermo en la administración del fármaco, o bien al aditamento de drogas que potencian al anticoagulante.

Quiero referirme a los medicamentos que pueden influir en estos pacientes anticoagulados. Los más importantes para los odontólogos son los analgésicos y los antiinflamatorios, que pueden potenciar a veces de una forma muy significativa el efecto anticoagulante. La aspirina y todos los salicilatos tienen ese efecto. Otro tanto ocurre con la fenilbutazona, la oxifenilbutazona y la sulfipirazona.

Algunos antibióticos también tienen ese efecto; de los que más se usan, el cloramfenicol.

De los sedantes que se utilizan ahora, el que tiene ese efecto es el meprobromato.

El otro puesto a considerar, posiblemente el más difícil de contestar, es qué

se hace frente a la necesidad de una acción quirúrgica en pacientes anticoagulados.

Hay un grupo de pacientes anticoagulados que podrían dejar de tomar el anticoagulante. Muchos pacientes están en condiciones de suprimir el anticoagulante por el tiempo que lleva su administración. Esto debe conversarse con el cardiólogo tratante.

Si es imposible suprimir el tratamiento anticoagulante, y la maniobra quirúrgica es imprescindible, habrá que tomar diversos recaudos. Ellos son: el control de la anticoagulación: normalmente nosotros llevamos a los pacientes con dicumarólos a un tiempo de protrombina que es entre 2 1/2 y 3 veces el normal, es decir entre el 30 y el 35%. En esos niveles de anticoagulación, es casi siempre inócua la actividad quirúrgica. Por ejemplo, con este nivel de anticoagulación, se realiza cirugía ortopédica donde están gravemente expuestos al tromboembolismo, de modo que una forma de profilaxis es también el tratamiento anticoagulante preoperatorio. De todos modos, en estos casos la técnica quirúrgica tendrá que ser extremadamente cuidadosa, reduciendo el trauma. Debe tenerse en cuenta tener a mano vitamina K, que es el antídoto de este tipo de medicamento. La vitamina K se vende en el comercio con el nombre de Konakion, y se inyecta por vía endovenosa, produciendo en tres a seis horas, un efecto de antagonismo con los dicumarólos que son justamente antivitamina K.

La dosis es de 30 a 50 mg por vía endovenosa.

INDICACIONES MEDICAS PARA ACCIONES ODONTOLÓGICAS EN EL PACIENTE CON PROTESIS VALVULAR

Es verdad que la extensión de la cirugía de este tipo es mayor en nuestro medio, pero no es menos cierto que muchas valvulopatías están en retirada, por que la fiebre reumática, que es el principal pro-

veedor de enfermedades valvulares está también en retirada en nuestro medio, por lo menos en lugares de nivel de vida más elevado.

La anticoagulación se hace solamente para las válvulas protésicas no biológicas. Las válvulas de porcino, los autoinjertos, los homoinjertos, las válvulas de duramadre no llevan tratamiento anticoagulante crónico. Es decir no constituyen un problema en ese sentido, pero en cuanto a la susceptibilidad de infección creo que viene en una siguiente pregunta.

ENDOCARDITIS BACTERIANA: SU PREVENCIÓN

Este es un punto que a los cardiólogos nos interesa muy especialmente en relación con la odontología. Tuve ocasión de analizar una serie de endocarditis bacteriana, donde casi una tercera parte tenía una puerta de entrada fuertemente sugestiva como para ser considerada de origen bucal.

Cualquier procedimiento odontológico habitual es capaz de producir bacteriemia. La bacteriemia más intensa suele estar vinculada a las extracciones múltiples, y persiste habitualmente entre 20 y 30 minutos. En el 90% de los casos, el germen responsable de esa bacteriemia es el estreptococo viridans, habitante de la boca. Es muy importante tener en cuenta que ese es el germen responsable, en función de profilaxis a que nos vamos a referir.

Parece ser que la administración de antibióticos varios días antes del tratamiento, no es el más adecuado. Podría ser que el antibiótico administrado varios días, elimine cepas y favorezca la aparición de cepas resistentes al antibiótico. Por ello la actitud moderna es efectuar la profilaxis con antibiótico el mismo día, momento antes de realizar la práctica.

Si el paciente no tiene reacciones alérgicas a la penicilina y al retardante benzatina, lo más práctico es dar una penicilina benzatínica (en nuestro medio el Benze-

taclil L/A. 1.200.000 ó 2.400.000) asociada con un preparado penicilínico de acción rápida, aplicado media hora antes del procedimiento.

Si hay intolerancia a la penicilina, se puede reemplazar por la eritromicina (por ejemplo Pantomicina), que se puede administrar por vía oral, 500 mg cada seis horas empezando una hora antes de la práctica que deba realizarse.

El tratamiento se debe mantener 72 horas.

Otra variante es la cefalotina, antibiótico de amplio espectro, de muy buen efecto sobre los gram positivos, y se puede administrar en dosis intramusculares de 1 g repetido cada 6 u 8 horas, empezando media hora antes. En nuestro medio podemos utilizar Keflin.

También existe la posibilidad de utilizar esquemas de Penicilina B, es decir penicilina oral. Se recomienda 2.000.000 de unidades cada 6 horas, mantenida 72 horas después de concluida la práctica.

En algunos casos puede ser interesante agregarle 1 g de estreptomina inyectable para cubrir algunas otras posibilidades de gérmenes que acompañan al estreptococo viridans.

Creo que vale la pena, para terminar con este breve comentario, decir cuáles son los pacientes que tienen alto riesgo de adquirir una endocarditis bacteriana.

En primer lugar, los que tienen prótesis valvulares, vasculares o cardíacas. En esos casos, donde las prótesis constituyen "locus minoris resistentiae", conviene dar antibióticos. Pero más conviene darlos en los pacientes que tienen enfermedades valvulares no operadas, que son un terreno muy fértil para el anidamiento de estos gérmenes. En nuestra experiencia la gran mayoría de los pacientes con endocarditis infecciosa está asentando sobre válvulas reumáticas.

Algunas malformaciones congénitas son capaces de producir anidamiento de los gérmenes. Las más frecuentes, desde el punto de vista estadístico, son la comu-

nicación interventricular, el ductus arterio-ro y la coaptación de la aorta y la estenosis aórtica.

RESPONSABILIDAD DEL ODONTOLOGO EN LA PESQUISA DEL HIPERTENSO

En nuestro medio, como en todas las grandes ciudades, la hipertensión es muy abundante. Se calcula que el 15% de la población adulta de la Argentina tiene hipertensión. Es decir que uno de cada seis adultos que se sienta en el consultorio odontológico es un hipertenso.

Se llama hipertenso a la persona que de los 41 a los 60 años tiene una presión con niveles de 150 de máxima y 95 de mínima y para las personas de mayor edad, 160 y 95. Hay personas que no tienen la presión elevada, pero son capaces de responder en forma anormal en situaciones emocionales, con respuestas hipertensivas anormalmente altas.

La única forma de detectar la hipertensión es tomar la presión. Todo lo demás, interrogatorio, antecedentes, etc., no sirve más que como orientación.

Es decir, que el odontólogo tiene un papel en la pesquisa de la hipertensión, siempre y cuando esté dispuesto a tomar la presión. Teniendo en cuenta que una buena cantidad de los hipertensos desconoce su situación, puede ser una práctica interesante para el odontólogo que tenga esa inquietud, teniendo en cuenta que el stress que supone enfrentar el tratamiento odontológico puede significar un aumento de la tensión, lo que requerirá observaciones posteriores para saber si el paciente es o no hipertenso.

Lo que parece importante es que el odontólogo se interese sobre cuál es la medicación que está recibiendo su paciente hipertenso, pues si bien con la mayor parte de los medicamentos no habrá problemas, con algunos de ellos, como los vasodilatadores y más todavía con la guanetidina, por sí solos pueden producir hipertensiones de consecuencias serias.

Doctor MIGUEL ANGEL ALONSO AMORIN

Médico de la 1ª Cátedra de Nutrición de la Facultad de Medicina de Buenos Aires. Miembro de la Sociedad Argentina de Diabetes.

OPORTUNIDAD DEL ACTO QUIRÚRGICO BUCAL EN FUNCIÓN DE LA MEDICACIÓN ESPECÍFICA PARA DIABÉTICOS

La pregunta es concreta, pero antes quería presentar al paciente diabético. En la mayoría de los casos el odontólogo se ve enfrentado a un paciente diabético adulto, generalmente obeso, en el que el tratamiento puede ser con dieta y a veces el agregado de hipoglucemiantes que estimulan la producción de insulina. Lo importante de la pregunta es si el paciente va a ser sometido a cirugía menor o mayor. Si es cirugía menor y el paciente no presenta un ayuno prolongado, no habrá mayor problema. Si el paciente va a ser sometido a una gran cirugía y debe estar en ayunas, puede tener problemas de tener una hipoglucemia, si restringe su ingesta y mantiene la medicación. Más factible que la haga en el caso del Diabético, que es muy potente, tiene una vida media de 36 horas, que puede seguir actuando aunque el paciente la haya suprimido el día anterior, pues continúa actuando. En casos de cirugía importante, que restringirá la ingesta, se aconseja la suspensión de la medicación por lo menos el día anterior, si el paciente está bien controlado.

Si el paciente presenta una glucemia menor de 150 mg en ayunas, estaría en condiciones de ser intervenido.

Otra es la situación del paciente insulino-dependiente, que generalmente son jóvenes, aunque pueden ser adultos. En estos casos es conveniente la coordinación con el médico diabetólogo, puesto que habrá de modificar la dieta y la insulina. Obviamente el manejo de la insulina lo debe hacer el médico diabetólogo. Si el paciente es un diabético juvenil, y muchas

veces es un rebelde fuera de control que no va al médico, y el odontólogo se ve en una situación que apremia, el consejo que daría es que trate de conseguir que el paciente se controle, pues la mayoría tiene instrucción diabética suficiente. Ellos tienen en sus manos elementos para hacer que los llamados del "automonitoreo de la glucemia". Pedirle entonces que se controle bien, pues puede ser que esté con una glucemia en ayunas de 300 mg%.

Lo mejor es una colaboración estrecha entre el diabetólogo y el odontólogo, para llevarlo a la intervención en las mejores condiciones posibles, y allí sí establecer la terapia antibiótica previa y posterior porque el paciente diabético es más susceptible a las infecciones.

IMPORTANCIA DEL CONTROL METABÓLICO EN LA CICATRIZACIÓN DEL DIABÉTICO

Encadenando con lo que decía anteriormente, conviene tener al paciente bien controlado, porque los diabéticos tienen mayor porcentaje de infecciones una vez sometidos a la cirugía, casi 5 veces más.

Además se acompaña de mala cicatrización. Todo ello ocurre por el déficit de insulina afecta al leucocito y al linfocito. Por lo tanto, todo el proceso de la fagocitosis está afectado en casos de insulino-deficiencia. Si el paciente está bien controlado, el riesgo a la infección se asemeja a la persona normal. Esa alteración en la movilidad de las células hematopoyéticas, afecta la formación del granuloma inflamatorio. Se ha visto que la insulina es muy importante en la primera etapa de la cicatrización, en los primeros 10 días. Se ha visto en cultivos de fibroblastos, que si agregamos insulina, se forman proteínas no colágenas. Igualmente se ha visto en experiencias con animales.

La falta de insulina nos afecta la defensa del huésped y la cicatrización posterior, por lo cual es muy importante que el paciente esté bien controlado antes de ser sometido al acto quirúrgico.

¿EL PACIENTE DIABETICO ESTA PREDISUESTO A LA HEMORRAGIA?

La hipoglucemia lleva a la trombosis, de modo que la hemorragia no es un riesgo. Está aumentado el fibrinógeno, los factores I, V y VII, hay mayor facilidad de agregación plaquetaria, aumento de la viscosidad sanguínea, los glóbulos rojos forman agregados, el factor XIII también está aumentado, y la actividad fibrinolítica espontánea está disminuida.

El diabético mal controlado tiene tendencia a la trombosis, lo que explica la mayor tendencia a la arterioesclerosis y al infarto de miocardio. Lo que puede pasar es una hemorragia por mala formación del coágulo.

Doctor WENCESLAO SANCHEZ
DE LA VEGA

Jefe del Servicio de Alergia
del Centro Gallego de Buenos Aires.
Secretario General de la
Asociación Argentina de
Alergia e Inmunología.

ACTITUD DEL ODONTOLOGO ANTE EL PACIENTE QUE DICE SER ALERGICO A TODO

Cuando concurre un paciente al consultorio comentando que es alérgico a todo, se nos plantea un interrogante: estamos en un lugar fronterizo entre una enfermedad orgánica, como puede ser alergia, o una situación de temor.

Si un enfermo es alérgico a una droga determinada, debe considerarse que las presentaciones farmacéuticas son en general polidrogas. Si por ejemplo es alérgico a la dipirone, en el sucesivo cambio de presentaciones que la contengan tendrá reacciones y comentará que es alérgico a varios medicamentos. Allí surge

además el temor a ser alérgico a cualquier medicamento.

Aclarar el caso se consigue muchas veces con el interrogatorio que, como decía un viejo clínico, debe anteceder al examen clínico, debe seguir al examen clínico, y debe confirmar el examen clínico.

El problema se plantea cuando el enfermo dice que es alérgico a muchos medicamentos. A través del interrogatorio, deberá analizarse si ese enfermo realmente puede tener una descarga alérgica. El mecanismo de aparición de fenómenos alérgicos tiene una gran carga hereditaria. Es muy posible que ese enfermo alérgico tenga algún pariente cercano con manifestaciones alérgicas. Si no hay antecedentes familiares, las posibilidades para el paciente de ser alérgico, son menores.

Si realmente está comprobado que hubo reacciones alérgicas ante un medicamento, habrá que proscribirlo junto a otros medicamentos de similar estructura.

En un estudio que hemos realizado con mi grupo de colaboradores, sobre 9.693 pacientes alérgicos atendidos, 1.137 (11,7%) eran alérgicos a drogas. De estos 1.137, cerca de un 70% (785) eran además alérgicos por otros motivos. Esto significa que un paciente con antecedentes alérgicos tiene probabilidades de serlo también a alguna droga. De los 1.137, 636 (56%) era alérgico a sólo un medicamento.

Entre los medicamentos capaces de producir reacciones más graves, están, en primer lugar, las penicilinas. Le siguen las pirazolonas, y luego los anestésicos locales. Es dable señalar que de estos la principal responsable es la novocaina; en cambio la lidocaína tiene muy escasa frecuencia.

INTERRELACION ODONTOLOGO- ALERGISTA. INDICACION DE PRUEBAS DE SENSIBILIDAD

Esto se relaciona bastante con la pregunta anterior. Cuando llega un paciente y dice que es alérgico, lo conveniente es re-

currir a las pruebas de sensibilidad. Estas pruebas pueden ser de diverso tipo: pruebas clínicas o pruebas de laboratorio.

Creemos que el método más exacto es la prueba clínica, pues las técnicas de laboratorio son de cierta certeza. Las pruebas clínicas deben hacerse con especial cuidado, pues pueden desencadenar reacciones. Utilizamos la técnica de Mathov, que consiste en emplear diluciones del medicamento por distintas vías, y controlar cada 15 minutos la presión y el pulso.

Si la presión y el pulso disminuyen en cierta medida, se considera que puede haber una reacción alérgica.

Puede ocurrir que ante la inyección de un medicamento el paciente sufra un desmayo, o una lipotimia, y no es fácil determinar si se trata de un shock neurogénico o una reacción alérgica. Debemos remitirnos a lo que dijimos antes, si el enfermo tiene antecedentes alérgicos. El shock anafiláctico producido por drogas es el único que se origina a través de mecanismos inmunológicos. Una vez que el antígeno, en este caso el medicamento ingresó en el organismo, se produce un anticuerpo, formado por una inmunoglobulina especial que se fija en las paredes de una célula, el mastocito, que está adosado a las paredes de los capilares, en especial de la piel y los tejidos laxos, y queda así sensibilizado. En esa situación, queda a la espera, por así decirlo, del nuevo antígeno, es decir nuevas moléculas de ese medicamento. Estas se adosan a moléculas de la inmunoglobulina, que provocan en ese momento la activación del mastocito. Este libera sustancias vasoactivas, de las cuales la principal es la histamina. Se produce una vasodilatación general, con descompensación entre continente y contenido, que es lo que hay que tratar de impedir o frenar. El medicamento vasoconstrictor de elección, es la adrenalina.

Para evitar el shock anafiláctico hay medidas de tipo preventivo. Una es la historia clínica. En segundo lugar, la aplica-

ción de antihistamínicos previamente a la inyección del medicamento sospechoso. En tercer lugar, es aconsejable tener en el consultorio ampollas de adrenalina y corticoides, aunque estos son antiinflamatorios a largo plazo, pero no vasoconstrictores, por lo que no reemplazan a la adrenalina.

La adrenalina se presenta en ampollas de 1 c.c., en dilución de 1:1.000.

Si es un adulto, frente al shock alérgico, se puede inyectar la ampolla por vía subcutánea. Si el shock continuara, y la presión hubiera descendido a 6 ó 7 mm de Hg, puede intentarse la vía intramuscular que absorbe con mayor intensidad. Un plexo muy irrigado es el sublingual, pero allí es aconsejable un cuarto o media ampolla. A continuación de la inyección de adrenalina, inyectar antihistamínicos y, por último, decadron como antiinflamatorio.

Doctor FERNANDO SOTELANO

Jefe de Atención Médica del
Instituto de Rehabilitación
"Marcelo J. Fitte". Jefe del
Departamento de Rehabilitación
del C.E.M.I.C.

GRADOS Y FORMAS DE DISCAPACITACION REFERENTES AL TRATAMIENTO ODONTOLOGICO

El término "discapacitado" está ahora muy en boga, porque este es el año internacional del discapacitado, elegido así por las Naciones Unidas, para llamar la atención sobre un problema social bastante grave.

Se estima que el 7% de la población mundial tiene algún tipo de discapacidad. El término "discapacitado" ha venido a reemplazar a otros tales como lisiado, inválido, impedido. Es preferible el término discapacitado, pues el prefijo "dis" significa alteración, y es preferible a "incapaci-

tado" o "inválido", pues el prefijo "in" significa negación.

Existe una clasificación general de los discapacitados, pues hasta hace muy poco la gente pensaba que el discapacitado era aquel que no podía mover sus piernas, que se trasladaba en una silla de ruedas o era el opa, el débil mental. Hoy en día las discapacidades se clasifican en motoras, sensoriales, viscerales y mentales.

Una discapacidad motora involucra una parálisis, una enfermedad articular, una amputación.

Una discapacidad sensorial es un ciego, es un hipoacúsico, es un mudo.

Una incapacidad visceral es una cardiopatía, una neumopatía, una necropatía que no le permite desarrollar una vida de relación normal, comunicarse, ir a su trabajo, etcétera.

Una incapacidad mental determina a un individuo que no tiene sus facultades mentales en perfecto estado para desarrollar la vida de relación.

Este es el gran grupo de los discapacitados. Algunos de ellos, muchos de ellos, tienen que ver con el tratamiento odontológico.

¿TODOS LOS DISCAPACITADOS REQUIEREN ANESTESIA GENERAL PARA SU TRATAMIENTO?

La respuesta es no, tal como hemos analizado los distintos grados de discapacidad, podemos inferir que la mayoría de los discapacitados pueden ser tratados odontológicamente como personas normales, sin excluir algunas discapacidades mentales que pueden exigir anestesia general.

IMPORTANCIA DE LA ACTITUD PREVENTIVA

En deformaciones de columna vertebral en niños; y aun actualmente es casi de elección en algunos tipos de escoliosis el uso de un corset con apoyo en las crestas ilíacas, con barras anteriores y poste-

riores para traccionar, y un apoyo en la región mentoniana y otro en la región occipital. La placa de la región mentoniana traía muchos problemas de tipo odontológico, con deformaciones de mandíbula e incluso pérdida de piezas dentarias. Eso representó un problema muy importante, pues el corset debe usarse en forma permanente, y hasta dificulta el tratamiento odontológico común.

Ello hizo modificar el concepto, y se observó que la placa mentoniana podía correrse hacia atrás sin llegar a ningún nivel óseo, de manera que sirviera sólo para que el niño sintiera una leve molestia, y él por sí solo estirara la cabeza. La placa occipital quedó donde estaba y es la que hace la tracción efectiva. Esto previno problemas odontológicos muy graves.

Los pacientes con alteraciones cerebrales, en muchos casos tienen alteraciones bucodentales. En otros, las alteraciones determinan movimientos incontrolables de la cabeza que impiden el tratamiento odontológico e indican la anestesia general. Ello, aunque el coeficiente mental no esté alterado y el paciente sea colaborador. A veces influye la postura del enfermo en la silla de ruedas. La postura puede mejorar la situación desde el punto de vista neurológico, al bloquear parcialmente los movimientos anormales. Las rodillas más elevadas, los pies bien apoyados y un poco altos, pueden frenar bastante los movimientos espontáneos. No sé si esto es aplicable a la postura del paciente en el sillón odontológico, y puede transferirse la experiencia en estos pacientes, siempre que sean colaboradores, lo que ocurre generalmente en la parálisis cerebral.

Quedarían por comentar las enfermedades que afectan la articulación temporo-mandibular. Algunas formas de artritis reumatoidea, sobre todo no bien tratadas, que afectan la ATM.

Esos pacientes, como los pacientes en coma, o los que reciben alimentación parenteral, son propensos a enfermedades bucales.

Responsabilidad del Odontólogo como Agente de Salud ante el Cáncer Bucal

Dictantes:
doctor Rómulo Luis Cabrini,
doctor Julio Díaz,
doctor Ricardo F. Luberti.

Coordinadora:
doctora Angela L. Smerilli.
Secretaría:
doctora Beatriz Guglielmotti.

Doctor ROMULO LUIS CABRINI

Gerente de Investigación de la
Comisión Nacional de
Energía Atómica. Profesor
Títular de Anatomía y Fisiología
Patológicas de la
Facultad de Odontología
de Buenos Aires.

CONCEPTOS ACTUALES DE CANCERIZACION

Hubo últimamente una verdadera revolución con respecto a la cancerización. Posiblemente desde la patología bucal debemos ser los pioneros de esos conceptos; es decir a lesiones donde luego se va a desarrollar un proceso tumoral maligno.

Cáncer bucal es el carcinoma epidermoide de la cavidad bucal, el cáncer importante que gravita en las estadísticas. Hace muchos años que en odontología se está hablando de leucoplasia, de líquenes que se cancerizan o no; lo que estaba esbozando ideas que actualmente se han concretado en estadísticas más o menos cuidadosas.

Las estadísticas internacionales están revelando que el ser humano es un elemento vivo, capaz de cancerizarse con relativa facilidad. En este momento entre el

70 y el 90% de los cánceres que se producen en el ser humano, en una población como la de Buenos Aires, son debidos casi exclusivamente a un factor ambiental. Esto nos habla de la necesidad de tomar particular interés en el mecanismo de cancerización. El factor tiempo es esencial en ese 70 al 90%. En segundo nivel de importancia es el factor físico, representado fundamentalmente por las radiaciones. Con respecto al papel del virus en el proceso de cancerización, en este momento el asunto está un poco olvidado. La cancerización por razones virales parece ser complementaria a otras razones de cancerización. En patología oral tenemos la relación con tabaco o con alcohol, estadísticamente probada, con cancerígenos demostrables en el laboratorio.

¿COMO ES ESE MECANISMO DE CANCERIZACION?

Las etapas para producir un cáncer parecen ser tres, más o menos definidas. Una **precancerinogénesis**, en donde el factor ambiental (cigarrillo, factor irritativo, la enfermedad, el factor vírico, etc.) actúa sobre el conjunto de células y produce alguna modificación. Esa modificación, si consideramos al ser vivo como un cuadro, podría ser puntual, donde una célula se alteró, se modificó, y ahí queda. Ese tejido **puede** desarrollar un cáncer. En este momento todo parecería indicar que la precancerinogénesis es reversible. Por supuesto que la precancerinogénesis no es clínicamente observable. Se trata de una alteración genética de la célula, una mutante.

Esa situación puede pasar a otro estadio: la **carcinogénesis**, donde se ha afectado la realidad estructural, se ha modificado el tejido. Puede ser una leucoplasia o cualquier otro testimonio de que allí se ha producido una lesión observable. El enfermo la ve, el profesional la comprueba. En la carcinogénesis el pasaje a la curación es más dificultoso, aunque es posible.

La **poscarcinogénesis** es ya el cáncer constituido, el cáncer infiltrante, activo, en donde sabemos que hasta el momento no es posible la reversión hacia la normalidad.

Hoy queda bastante definida la posibilidad de analizar el factor tiempo. Los datos experimentales indican que el proceso de carcinogénesis demanda años de evolución. ¿Cuántos años? Hay casos donde está demostrado que el proceso desde la precancerinogénesis hasta la aparición del cáncer, ha llevado más de treinta años. Es decir que es un proceso muy lento, donde hay un amplio espacio de tiempo para manejarlos.

Parece que la carcinogénesis entra al carcinoma infiltrante o al carcinoma microinfiltrante en formas diferentes. Por lo menos es así para la piel, el pulmón y para el cuello uterino, que son los tumores que más se han estudiado, y parecería que la mutación celular se evidencia antes de lle-

gar al carcinoma infiltrante por etapas previas que son detectables. Esto sería muy importante si también se diera en la cavidad oral, aunque no hay estudios hasta ahora. Es decir, que la llegada al carcinoma que debemos tratar se haría por un camino de carcinoma "in situ" o por una lesión precancerosa que, en última instancia, se identificaría casi en forma absoluta con el carcinoma "in situ". Estas entidades darían años para manejarlas.

Es asombroso observar el control del carcinoma "in situ" de cuello uterino en los Estados Unidos, hasta el punto que generaciones de jóvenes cirujanos en diversas ciudades, no tienen experiencia en histerectomías, porque el carcinoma infiltrante de cuello uterino, histológicamente igual al carcinoma de boca, no se conoce por haber sido tratado previamente.

Hoy se está hablando bastante del carcinoma microinfiltrante, que sería aquel carcinoma que tiene aproximadamente 5 mm desde el punto de vista macroscópico y que desde el punto de vista histológico se observa como iniciador de esos cordones infiltrantes. Su control lleva a una curación en el 100% de los casos.

Doctor RICARDO LUBERTI

Profesor adjunto de
Radiología y Fisioterapia
de la Facultad de
Odontología de Buenos Aires

MANIFESTACIONES OSEAS DEL CANCER BUCAL

La radiología en la detección de la patología oncológica de los maxilares posibilita conocer la lesión, generalmente osteolítica, su tamaño, su forma y, fundamentalmente, la participación de los elementos anatómicos vecinos. Desde luego que el estudio radiográfico debe agotar todas las posibilidades de la radiología tradicional, de la tomografía y de la tomografía computada.

En el estudio de las imágenes es importante considerar los bordes de la imagen osteolítica: si el borde es definido o no, con o sin separación neta entre la zona enferma y la sana.

En los primeros estadios del carcinoma, tumor de superficie, la radiografía no tiene un papel fundamental. Pero es evidente que en el cáncer de encía, de reborde alveolar o de seno maxilar, en más de un 50% ya hay manifestaciones óseas en el primer estudio radiológico.

Se pasa una revista a distintas imágenes tumorales en su versión radiográfica. Lesiones osteolíticas con bordes indefinidos y piezas dentarias inmersas en la masa tumoral pero sin destrucción de las mismas, la cortical ósea totalmente destruida, con o sin osteogénesis reaccional. En algunos casos, dentro de la zona osteolítica se pueden observar remanentes de tejido óseo aparentemente no afectado.

En el cáncer de seno maxilar puede no haber destrucción ósea de las paredes, y en tal caso el diagnóstico diferencial debe hacerse a través de la clínica. Por supuesto, en estadios posteriores habrá destrucción de las paredes del antro.

Inclusive puede haber participación de senos esfenoidales y etmoidales. La radiografía convencional, tipo mento-nasopla, no es suficiente para asegurar la falta de destrucción de las paredes; debe complementarse con tomografías.

El sarcoma en su variedad osteogénica-osteoblástica puede mostrar aspecto de "rayos de sol". En el tumor de Ewing, el aspecto es de catáfilo de cebolla. El aspecto radiante del sarcoma es sugerente, pero no patognomónico de esta lesión, que a veces puede ser totalmente osteolítico.

En el mieloma múltiple debe hacerse un estudio radiográfico de todos los huesos maxilares para investigar su participación. Son lesiones osteolíticas hechas como un sacabocados, sin osteogénesis reaccional; bordes netos. El laboratorio puede conducir al diagnóstico.

Otras lesiones pueden presentar algunos de los elementos descriptos, pero no son cánceres. La osteomielitis de Garré puede dar imágenes de hojas de cebolla, similares al tumor de Ewing. En la anemia eritroblástica pueden aparecer imágenes de rayos de sol similares al sarcoma. Piezas sumergidas en la zona osteolítica pueden corresponder a gránulos eosinófilo o a un hiperparatiroidismo. Tumores agresivos como el mixoma pueden producir destrucciones óseas, incluso de la pared del seno.

Los mucocelos de seno pueden producir destrucciones de pared.

Doctor JULIO DIAZ

Jefe del Servicio de Estomatología del Hospital Municipal de Oncología de la Ciudad de Buenos Aires.
Ex Profesor de Patología y Clínica Buco-Dental de la Facultad de Odontología de Buenos Aires.

CANCER DE LENGUA

Vamos a pasar revista a un grupo de enfermos con cáncer de lengua; en especial lesiones cancerizables en esa etapa de cancerización a que se refirió el doctor Cabrini, donde pueden ponerse en juego mecanismos de prevención.

¿Por qué elegí lengua? No es lo más numeroso de la casuística, pero es de mayor riesgo. Haremos una revista semiológica, no patológica, para tratar de reconocer algunos caracteres de estas entidades.

Los más numerosos son los carcinomas espinocelulares. Papilomatosis florida lo damos como sinónimo de carcinoma verrugoso de Ackerman, cosa que es discutible. ¿Sobre qué lesiones hemos visto aparecer estos cánceres?

La mitad tenían ulceraciones traumáticas crónicas, es decir que su etapa de cancerización fue larga. El liquen rojo plano atípico; el típico generalmente no da cán-

cer. Los atípicos son los erosivos, queratósicos, vegetantes; y son los que más posibilidad tienen de transformarse. Las leucoplasias representan el 3%, los liquenes atípicos casi el 10% y la mayoría, las lesiones traumáticas crónicas. En nuestra casuística ignoramos sobre qué apareció el cáncer en un 37%.

La mucosa mordisqueada, que también se traduce por un aspecto leucoplasiforme, aunque en realidad son células descamadas, no es asiento de cancerización. Se ve que predomina el edema, la pérdida de sustancia superficial del epitelio es muy discreta. Hay pacientes que tienen queratinizaciones que pueden semejar a una leucoplasia o a un liquen. Pueden ser hiperqueratosis simples traumáticas. En otros casos, en pacientes bajo tratamiento corticoide prolongado, el aspecto de queratinización puede deberse a una candidiasis sobre un infiltrado inflamatorio. Puede haber algunas atipias celulares, que son reversibles, atribuidas a la acción inflamatoria de la candida albicans. Eliminado el factor irritativo del microtrauma y tratando la candidiasis con violeta de geniana, nistatina, etc., se logra la reparación.

En el carcinoma, la característica clínica es bien típica. Tiene un infiltrado detectable. Hemos visto casos de epitelomas de borde de lengua tratados con radium y glossectomía de seguridad, que repitieron el tumor en el mismo lugar quince años después.

En el liquen rojo plano en dorso de lengua se observa la individualidad de las papilas, cosa que permite hacer un diagnóstico clínico diferencial con respecto a la leucoplasia.

En un grupo de 235 enfermos, observamos diversos aspectos semiológicos. El 63% tenía aspectos típicos de manchas o atípicos erosivos vegetantes, queratósicos. El 23% típicos; es decir que los aspectos mixtos y atípicos constituían las tres cuartas partes de este grupo de enfermos.

En cuanto a la localización, vimos que en lengua exclusivamente el liquen se lo-

calizó en 16 enfermos; y en lengua y mucosa yugal, en 42 enfermos; es decir que en la cuarta parte tenía participación la lengua.

¿Qué pasa con la mucosa lingual erosivonada? Puede cicatrizar, quedar más queratinizada o puede vegetar, por eso hay que palpar minuciosamente, milímetro por milímetro, y biopsar cualquier infiltrado. Al hacer la biopsia debe elegirse cuidadosamente la zona según lo que presumimos clínicamente.

En nuestro medio hay poca influencia de leucoplasia de lengua en mujeres, en cambio el liquen atípico representa el 45 por ciento.

En una revisión que hicimos con el doctor Abulafia, la mayor parte de las leucoplasias, casi un 80%, son simples y las complicaciones con irritación nuclear, con carcinoma "in situ", carcinoma espinocelular son un 11%, y papilomatosis florida 3%.

Tratamiento Odontológico de la Embarazada

Dictantes:
doctor Jorge Aimone,
doctora Martha Basso,
doctor Isaac Rapaport.
Coordinadora:
doctora Eva Schilman.

casi el doble de su valor normal, que es de 200 mg.

La eritrosedimentación está muy acelerada, con valores de hasta 50 mm en la primera hora.

En la orina es frecuente la presencia de vestigios de albúmina, pero ésta se debe a que la recolección se hace por micción espontánea sin tapón vaginal; y el flujo, muy común en la embarazada, es el que provoca esos vestigios.

EMBARAZOS DE ALTO RIESGO

Embarazo de alto riesgo es aquel que tiene una elevada probabilidad de enfermar y/o dejar secuelas, tanto en la madre como en el feto o en el recién nacido. Ejemplos típicos de éstas son las diabéticas y las gestósicas.

La diabetes complicada por el embarazo aumenta la labilidad, y en la segunda mitad de éste hay un incremento del requerimiento de insulina en un 60 ó 70%. Los factores psicógenos y hormonales son de gran importancia.

De ser imprescindible una intervención odontológica, será conveniente realizar una consulta previa con el diabetólogo, dado que posiblemente se aconseje el suministro de una dosis mayor de insulina que la acostumbrada.

En cuanto a las gestósicas, que son aquellas que presentan hipertensión inducida por el embarazo, generalmente tie-

La atención de la embarazada debe ser precoz; es decir, en cuanto se ha presumido la presencia del embarazo. Periódica, porque debe cumplirse con un ritmo que será, por lo menos, una vez cada cuatro semanas, y amplia, porque tendrá que llegar a todos los sectores de la población.

EXAMENES AUXILIARES EN LA EMBARAZADA

En estos encontraremos modificaciones que son normales por la situación fisiológica que atraviesa. En el hemograma podremos hallar:

1) **Seudoanemias:** se presentan generalmente en la segunda mitad del embarazo y es debido a hemodilución; valores de 3.800.000 glóbulos rojos (valor normal: 4.200.000 a 4.500.000) son absolutamente normales. La Hb (valor normal: 12 gr.) se encuentra disminuida con valores de alrededor de los 10 gr.; el HC también está discretamente disminuido.

2) **Leucocitosis:** existen cifras de hasta 12.000 glóbulos blancos (valor normal: 5.000 ó 6.000).

3) **Hipoglucemia:** la glucosa se ve en gran medida por hemodilución y por la presencia de hormonas placentarias (estrógeno y lactógeno).

4) La **Urea** se encuentra levemente disminuida.

5) La taza de **Fibrinógeno** en una embarazada a término se ve aumentada a

nen una serie de connotaciones psicológicas y se las maneja con dietas especiales, sedantes y sustancias hipotensoras.

Es muy importante tener en cuenta que las embarazadas de alto riesgo tienen una insuficiencia feto-placentaria, y esto es una disminución en la perfusión interuteroplacentaria; esta perfusión es mantenida, entre otras sustancias, por la presencia de prostaglandinas y los anti-prostaglandínicos, como, por ejemplo, del tipo de la aspirina o los antiinflamatorios, éstas disminuyen el flujo placentario hasta niveles del 50% de lo que tenían previamente. Por ello, antes de indicar este tipo de medicación se deberá evaluar si es absolutamente necesario, sobre todo en el momento cercano al parto, ya que provoca el cierre precoz del ductus.

El ductus arterio-venoso es un vaso que permite la correcta circulación sanguínea en el feto en una época en la cual la oxigenación del mismo no se realiza a través del pulmón sino por medio de la placenta. Es obvio que su cierre precoz durante la vida intrauterina provocará graves trastornos al feto. Este ductus arterio-venoso se cierra espontáneamente con las primeras respiraciones del recién nacido, tras el parto.

MEDICACION EN EL EMBARAZO

Los medicamentos pueden ocasionar daños de diversa índole, tanto a la mujer embarazada como al feto. Casi todos los medicamentos atraviesan la barrera placentaria; la cantidad en que lo hagan, depende de su tamaño molecular.

Los medicamentos pueden actuar sobre el embrión o el feto de diferente manera, y cada uno de ellos posee su propio horario embrio o fetopático.

En el primer trimestre, la administración de ciertas drogas puede llegar a provocar el aborto, la muerte del embrión o trastornos teratogénicos de diferente tipo; en cuanto a la segunda mitad del embarazo, los trastornos pueden ser múltiples, como, por ejemplo, las marcas dentarias provocadas por las tetraciclina o la ictericia

provocada por el cloranfenicol, llegando a dar trastornos mayores de diversa índole.

De ser imprescindible la medicación, el antibiótico de elección será la penicilina o la ampicilina. Si éstas no fueran activas contra el germen existente, podrán utilizarse cefalosporinas sin riesgo fetal.

Dentro de los analgésicos no existe elección de droga y podrá administrarse cualesquiera de ellos teniendo siempre en cuenta la posibilidad de daño.

Para los anestésicos locales no existen contraindicaciones. Lo fundamental para tener en cuenta en estas pacientes, es el stress que podría desencadenar contracciones y por consiguiente un aborto o parto prematuro.

PRE Y POSTOPERATORIO EN LA EMBARAZADA

Todas las precauciones que se deben tomar en cuenta en el pre y postoperatorio tienen que estar dirigidas a que no sea afectada la perfusión sanguínea interuteroplacentaria, y esto puede producirse por dos mecanismos: por hipotensión neurogénica (stress) o por una hemorragia importante relacionada con la intervención. Estas hemorragias no se producen generalmente en las embarazadas porque tienen un incremento de los factores de coagulación. La época de elección para realizar una intervención, es el segundo trimestre del embarazo.

RADIACION Y EMBARAZO

Cuando la irradiación es recibida por la embarazada durante el primer mes de gestación, se produce lo que se conoce como la ley del "todo o nada": o no incide sobre el embrión o se produce la destrucción total del huevo, con un aborto espontáneo que podría ser tomado como un simple atraso en la menstruación.

Se deberán tomar a la embarazada solamente aquéllas radiografías que sean indispensables y se la protegerá de la exposición con un delantal de plomo.

La Comisión de Energía Atómica aconseja la no exposición de la mujer embara-

zada, dentro de lo posible, a ninguna irradiación ionizante. Lo aconsejable para la odontóloga embarazada, es la suspensión de la toma de radiografías durante los nueve meses de gestación.

CARIES Y EMBARAZO

Uno de los mitos más antiguos en la odontología ha sido la creencia popular que cada embarazo cuesta un diente; esto ha sido desterrado hace ya varias décadas al comprobar que no existe movilización de ningún elemento de los dientes de la embarazada al feto. A la luz de los conocimientos actuales, en lo que atañe a la etiopatogenia de la caries, podemos decir que ésta es una enfermedad infecciosa que se produce de un acúmulo de microorganismos sobre la superficie, de los dientes y encías que determina, con la ingestión de una dieta rica en hidratos de carbono, la producción del metabolismo que la provoca.

La caries exige la existencia de una serie de factores: el huésped, los microorganismos y un sustrato-dieta a través de un período de tiempo.

Lo que sucede en la embarazada que presenta un aumento de caries es que existan modificaciones en lo que a dieta se refiere o que se produzca un deterioro en los hábitos higiénicos, teniendo en cuenta que el cepillado dental es el único elemento para la remoción de la placa.

FLUOR Y EMBARAZO

Los beneficios en lo que respecta a la reducción de caries por el flúor por ingesta, ya sea mediante el agua de consumo fluorada o mediante la administración de suplementos fluorados ha sido exhaustivamente estudiado en todo el mundo, y se reconoce que realmente la ingesta de flúor produce una reducción bastante acentuada de la caries dental. No existe, además, ninguna duda que por dosis terapéuticas este elemento no es tóxico para ningún ser humano, así como tampoco para la embarazada.

FLUOR PRENATAL

Con el flúor administrado prenatalmente, debemos considerar cuatro factores: 1) el desarrollo dentario, o sea lo que es específicamente amelogenesis fetal; 2) el pasaje de flúor trasplacentario; 3) los mecanismos de incorporación de flúor en los diferentes momentos del desarrollo del diente y 4) el resultado de las investigaciones clínicas realizadas en ese campo.

1) **Amelogenesis fetal:** con respecto a esto, sabemos que durante la vida intrauterina, si bien los incisivos y los dientes primarios inician su mineralización entre el cuarto y el sexto mes de vida intrauterina, en el momento del parto sólo los incisivos superiores primarios tienen casi 5/6 de su total mineralización; el resto de las piezas completa su mineralización fuera del útero. En cuanto a los dientes permanentes, no hay inicio de mineralización de éstos durante la vida intrauterina.

2) **Pasaje de flúor trasplacentario:** al paso que aumenta en la concreción de flúor en la embarazada provoca concomitantemente el aumento en la concreción de flúor en los dientes y huesos del feto, pero esta correlación no es directa; es decir, que la placenta actuaría como barrera y permitiría solamente el pasaje de un mínimo de flúor independientemente de la cantidad de flúor que ingiera la madre.

3) **Mecanismos de incorporación de flúor en los diferentes periodos del desarrollo dentario:** debemos discriminar en ese desarrollo tres momentos: a) de mineralización; b) preeruptivo (de incorporación de flúor) y c) posteruptivo.

No hay ningún acuerdo entre los diferentes autores, de cuál es el mejor momento para iniciar la ingesta de flúor; algunos aseguran que cuando la ingesta se hace desde el período de mineralización, se obtienen mejores resultados; sin embargo, otro grupo importante de autores considera que se obtienen mayores beneficios durante el período preeruptivo, cuando el diente está bañado por los tejidos dentro de su saco.

4) **Resultado de investigaciones clínicas:** aquí tampoco existe un acuerdo total; un grupo se inclina a considerar que es conveniente la administración del flúor prenatal y que los resultados son mejores cuando la ingesta se hace prenatal y postnatalmente. Y otro grupo importante de autores encuentra que no hay diferencias significativas entre el grupo que ingiere flúor pre y postnatalmente, y el que lo hace sólo postnatalmente.

De acuerdo con estos elementos, podemos establecer tres conclusiones: en primer lugar, los beneficios que otorgaría el flúor administrado prenatalmente resulta hasta el momento controvertido en lo referente a la protección ejercida sobre el feto.

En segundo lugar, no existe criterio uniforme respecto de cuál es el mejor momento de la odontogénesis para comenzar la exposición del diente al flúor y obtener mayores beneficios. Si, como señala la mayoría de los autores, la mayor incorporación se produce en el período de maduración, el flúor prenatal tendría poco valor; si por el contrario, una exposición precoz es necesaria para obtener protección, la ingesta de flúor deberá comenzar en la vida intrauterina para proteger a los dientes primarios que son los que están mineralizándose en ese momento.

En tercer lugar, los resultados de los trabajos clínicos hasta el presente no permiten extraer experiencias concluyentes del beneficio del flúor dado en la etapa prenatal, por lo que recomiendan nuevos estudios en ese campo.

Para aquellos que recomiendan la ingesta de flúor en la embarazada porque encuentran que puede ser beneficioso, se aconseja la administración de 20 gotas de solución de fluoruro de sodio cuando el contenido de flúor del agua de bebida es de 0,0.

SOLUCION DE FLORURO DE SODIO

Otro aspecto para tener en cuenta es la protección de los dientes de la embarazada. Mediante la acción local del flúor obtendríamos importantes beneficios, ya

que actualmente se reconoce que el flúor en forma local actúa bajo dos aspectos: por un lado, sobre el esmalte y, por el otro, sobre la célula bacteriana. En el primer caso, porque se deposita sobre la apatita y, mediante mecanismos de absorción, intercambio iónico y remineralización, se forma fluoruro de calcio y flúor apatita; y, en el segundo caso, ya que se comporta como antiséptico mediante varios mecanismos, entre los que podemos mencionar: a) interfiere en la adherencia de los microorganismos sobre la superficie de la película salival, b) produce la depresión de iones como los carbonatos y fosfatos, que son indispensables para los microorganismos cuando el fósforo de la placa desciende y c) inhibe las enzimas bacterianas que intervienen en la producción ácida. El flúor de acción local puede ser administrado a la embarazada en forma de topiaciones, enjugatorios, soluciones, geles y pastas dentífricas.

FLUOR POSTNATAL

Hace ya larga data que no existe ninguna duda del beneficio del flúor dado postnatalmente, a tal punto que la Academia Americana de Pediatría determinó que es un nutriente esencial que debe darse en cualquier dieta a partir del nacimiento, donde el tenor de flúor fuera menor de 0,7 p.p.m.

Hasta hace unos años se administraban dos tipos de dosis: una hasta los tres años (0,5 p.p.m.) y otra de los tres años en adelante (1 p.p.m.). A partir de los estudios que demostraron que con esas dosis, sobre todo en los tres primeros años de vida, se corría el riesgo de que la misma estuviera muy cerca del límite de tolerancia para el veteado leve del diente, el Comité de Maryland (1977) aconseja dosis diferentes, y éstas están basadas en el peso del bebé, por lo cual por cada kilogramo de peso correspondería una dosis de 0,5 p.p.m., es decir que para un bebé de 5 kg le corresponde una dosis de 0,25 p.p.m., para los niños amamantados con lactancia natural o artificial.

Las dosis aconsejadas son: desde el

nacimiento hasta los 2 años, de 0,25 p.p.m.; entre los 2 y 3 años, 0,50 p.p.m.; entre los 3 y 6 años, 0,75 p.p.m. y después de los 6 años, 1 p.p.m.

Se ha comprobado que el tenor de flúor en la leche es mínimo para algunos autores de 0,1 p.p.m., para otros, de 0,05 p.p.m., y no se ve incrementado aunque la madre realice ingesta de flúor.

Actualmente el doctor Wei, en sus últimos trabajos, aconseja la no administración de flúor hasta los seis meses, pero fundamentalmente en aquellos niños que son alimentados con productos lácteos sintéticos, dado que éstos, pueden traer en sus fórmulas la incorporación de flúor.

Quintas Jornadas Internas del Ateneo Argentino de Odontología

Rosario, 12 y 13 de noviembre de 1982

Dos días para evaluar
la tarea de un año
Una tribuna abierta para todos

Inscriba su Trabajo o Mesa
Clínica antes del 30-5-82

SECRETARIAS:

Anchorena 1176 (1425) Buenos Aires.
ENtel: 821-7349/0394 y
3 de Febrero 1274 (2000) Rosario.
4-5813.

Sergio Trajtenberg

ARTICULOS DENTALES

Materiales-Equipos-RX
Turbinas

OFERTAS del MES:

Equipo de RX70Kw-14 M-A.
\$ 12.000.000.

En 4 cuotas sin interés.

Equipo Dental Completo
\$ 24.000.000.

Anticipo y 4 cuotas sin interés.

Turbina Starflite
\$ 1.790.000.

Y como siempre, la comodidad
de una cuenta corriente muy flexible.
Estamos todos los días de 8.30 a 12 en
el Ateneo, Anchorena 1176 - ENTel. 772-9491 - 773-3357.

Formación de Posgrado

Síntesis y Conclusiones

Presidente:
doctor Alberto Valente.
Dictantes:
ingeniero Norberto Japas,
ingeniero Pastor Llorens,
doctor Lionel de la Serna,
doctor Jaime Fiszman,
Licenciada Amanda Galli,
doctor Ramón Mestre,
doctora Myriam M. de Muñoz,
doctor Alfredo Ianucci.
Coordinadora:
doctora Liliana Doctorovich.

TEMA

Adecuación de los Planes de Pre y
Posgrado en función del conocimiento
científico.

Síntesis:

La adecuación es fundamental. El pregrado tiene que
abarcar una formación básica general con amplia
capacitación y calidad científica.

Dado que el conocimiento se vuelve prontamente
obsolecente, el posgrado necesita de la educación
continua.

De lo anterior se desprende la necesidad de una
mayor flexibilidad curricular; ambos, tanto el pre
como el posgrado, deberán adecuarse también
a las necesidades de salud de la población.

TEMA

Interrelación entre los Planes de Salud
y la formación de posgrado.

Síntesis:

La relación entre los Planes de Salud y la formación
de posgrado, es obvia. Responderá a un criterio
preventivo, asistencial y humanista partiendo de la

TEMA

*premisas: "el Odontólogo como Agente de Salud".
Se puede concretar a través de convenios de reciprocidad, tales como el firmado por la Facultad de Odontología de Buenos Aires y la (entonces) Secretaría de Salud Pública de la Nación, donde se establecieron las normas de interrelación sistemática para la formación de recursos humanos. Esto está supeditado al mantenimiento del compromiso económico-financiero.
No hay interrelación entre los Planes de Salud y la formación de posgrado por cuanto el nivel técnico alcanzado no se compadece como para cubrir las necesidades de salud de toda la población.*

Obsolescencia del conocimiento científico y la actualización de la información.

Síntesis:

Ya que la Universidad tiene función de capacitación y actualización en el posgrado, debería abarcar una planificación orgánica y regular para que el graduado no se desvincule de la misma. Mientras no estén dadas todas las condiciones como para que el profesional pueda actualizarse, la obligatoriedad no es posible.

TEMA

Formación y actualización de los profesionales alejados del centro científico.

Síntesis:

*Es necesario que las instituciones que tienen que ver con la formación de posgrado (Universidad, Servicios, Instituciones Profesionales) elaboren programas coordinados que permitan la actualización de los profesionales alejados de los centros científicos.
Una alternativa sería la posibilidad de que la Universidad concediera becas e instrumentara una reglamentación que autorice a esos colegas a obtener licencias para poder concurrir a los diferentes centros de estudio; una de las maneras de solucionar este problema es la regionalización.
Otra condición importante, sería el acercamiento sistemático de actualización bibliográfica.*

TEMA

Formación de especialistas.

Síntesis:

En toda formación de posgrado racional, es imprescindible la formación de especialistas. Esa formación estará sujeta a las necesidades sanitarias de la población, basada en una política de prioridades.

Especialista: *Es el profesional capacitado para resolver operativamente los problemas de alta complejidad en un área determinada y reducida del conocimiento odontológico.*

Desde esta perspectiva, se consideraron especialidades: la cirugía buco-maxilo-facial, la ortodoncia y la prótesis restauratriz.

Se reitera que lo básico es la formación de un odontólogo general que pueda hacer frente a la mayoría de las patologías prevalentes en la población (atención odontológica primaria).

Se llegaría a la especialidad después de un período prudencial de práctica odontológica general. La entidad formadora y rectora por autonomía es la Universidad interrelacionada, para tal fin, con las entidades académicas reconocidas.

TEMA

Rol de la Universidad, de las instituciones y de los servicios de salud.

Síntesis:

El graduado no está preparado para satisfacer las tareas habituales con que se encuentra cuando va al campo laboral.

Debe modificarse el concepto de Universidad tradicional, como centro que crea, preserva y transmite conocimientos por el conocimiento mismo, desligado de la problemática sanitaria asistencial.

La Universidad tiene un rol primordial, ineludible en la educación continua de la salud a través del posgrado. Es el ente rector que, oficialmente, debe controlar el acervo científico, su incrementación y dar la certificación de calidad.

Las instituciones profesionales, igual que los servicios, deberán complementar esta función universitaria.

Como síntesis final, puede decirse que es muy significativa y prácticamente obligatoria la complementación de estas instituciones en la formación de posgrado.

**SIEMPRE CON LOS
MEJORES
PRECIOS DE
MATERIALES E
INSTRUMENTAL
ODONTOLÓGICO**

**PERO, POR FAVOR,
NO NOS CREA
Y VENGA A:**



**Emporio
dental s. a.**

**JUNIN 1007
T. E. 83-9340/9372**

(COD. POSTAL 1113)

BUENOS AIRES

Integración Odontológica en los Planes de Salud

Presidente:
doctora Beatriz Lewkowicz.
Participantes:
doctor Carlos Canitrot (C.O.M.R.A.),
doctor Ariel Gómez (F.O.L.A.-C.O.R.A.),
doctor Efraim Gómez (C.O.R.A.),
doctor Rubén Racagni (A.A.O.).
Coordinadora:
doctora Clara Szeinberg.

El doctor Ariel Gómez planteó que América latina es un continente en vías de desarrollo con contrastes regionales y con realidades económicas agravadas por la permanente y significativa inflación, el subconsumo, la desnutrición, con conflictos sociales y profundas desigualdades. La alta tecnología de la salud está disponible en casi todos los países, pero no toda la población tiene acceso a ella, ya sea por los altos costos, como por la falta —en algunas zonas— de recursos humanos necesarios.

Un informe de la Organización Panamericana de la Salud, en su "Plan decenal para las Américas", señala que sólo Uruguay, Chile y Argentina tenían 3,5 odontólogos por cada 10.000 habitantes y que más de 12 países no alcanzan ese promedio. Estas cifras están agravadas por los grandes problemas de distribución: en Buenos Aires hay un índice de concentración de 1:500 habitantes, siendo la relación en todo el país de 1:1.300 habitantes aproximadamente.

El doctor Rubén Racagni manifiesta, de acuerdo con la Encuesta Nacional de Salud y Educación, realizada en el año 1970

por la Secretaría de Salud Pública y la Organización Panamericana de la Salud, la demanda odontológica llega solamente al 10% de la población. Hay una alta incidencia de caries (95%), enfermedades periodontales (90%), maloclusiones (70%). Es lógico pensar que en la actual situación económica estos índices han sido superados sensiblemente. En términos generales puede decirse que, considerando el amplio espectro que va desde la prevención hasta la rehabilitación, el 100% de la población tiene necesidad de atención. En nuestro país, el factor fundamental que condiciona la demanda de atención, es el factor económico. El sector de mayor nivel de ingresos es el que más demanda tiene de atención. Existen otros factores condicionantes de la demanda de atención, como es el nivel cultural y la falta de continuidad en los programas educativos de salud bucal.

Con respecto a los recursos humanos, un 90% de la atención odontológica se realiza, en nuestro país, en los consultorios privados, disminuida por la actual situación económica. No existe ya la clásica atención privada, sobre todo en el

interior del país. Se realiza la atención mixta por contratos con obras sociales y seguros. En segundo lugar, están las empresas comerciales que realizan los contratos con obras sociales. Estas empresas se desarrollan sobre todo en la Capital Federal, favorecidas por la no intervención de los odontólogos organizados en sus organismos naturales. Si las contrataciones se efectuaran a través de estos organismos profesionales, se asegurarían listas abiertas, control de calidad, retribución justa, trabajo para todos los profesionales y mejor atención a la población. En tercer lugar —en las prestaciones—, están los servicios odontológicos de los sectores públicos, que se encuentran cada vez más limitados por la política de cierre de hospitales y del arancelamiento.

El doctor Efraín Gómez, comenta que la odontología, como profesión en la Argentina, ha planteado tradicionalmente la cuestión, desde el punto de vista gremial, tratando de obtener cada vez más puestos de trabajo y en las mejores condiciones posibles para el odontólogo, con un relativo éxito, y dentro de la estructura asistencial tradicional del país. Estructura que, obviamente, no ha conseguido modificar prácticamente, y como era de esperar, las deficiencias en cuanto a salud bucal se refiere, de nuestra población.

El doctor Carlos Canitrot, en su exposición, refiere que el nivel de salud admite dos tipos de componentes: primero, los propios de la organización y suficiencia de los recursos disponibles para la atención médica y, segundo, una gama de problemas económicos y sociales. Los propios de la atención médica, generalmente, han sido desarrollados o analizados a través de criterios llamados de accesibilidad, continuidad, integralidad, etc. de las prestaciones. Los económicos y sociales se expresan, por lo común, a través de indicadores de ingreso, ocupación, producción, en el nivel de educación, desarrollo y/o alfabetismo, etcétera.

En la actualidad, la profunda crisis económica afecta el nivel de consumos bási-

cos de los sectores más desprotegidos. Hay una disminución del salario real. Esto influye sobre la atención médica. Las obras sociales recaudan un 7% sobre los salarios; la participación de ese 7% es menor en la medida en que disminuyen los salarios, afectando la capacidad financiera de las obras sociales. El fenómeno de desocupación provoca una pérdida de cobertura en la seguridad social. El costo de salud, o mejor dicho de atención de la enfermedad, crece en un promedio mayor que el costo de vida en general. Efectos, entre otros, de la tecnología; este es un fenómeno mundial, no sólo de nuestro país. El aumento de la expectativa de vida provocado un cambio notable en la pirámide de la población, al mismo tiempo que aumenta la incidencia y prevalencia de las patologías crónicas. Los distintos componentes de la atención médica juegan de una manera muy distinta en el "mercado" de salud. Mientras se ha socializado el acto médico, el médico trabaja en el interior el 90% a través de la seguridad social, con un precio fijo dado por un arancel y un nombrador; otros consumos no han sido socializados: todo lo que es medicamentos, todo lo que es prótesis, todo lo que es tecnología moderna, prácticamente se rige por leyes de economía de mercado, no por leyes de economía socializada. El resultado de todo esto es que, en la medida que siga avanzando la tecnología y sigamos dependiendo de los medicamentos, muy poco va a quedar para retribuir el acto médico profesional propiamente dicho. El número de consultas médicas para el país, en un año, según el segundo catastro, fue de 75 millones de consultas en establecimientos médicos, así que son 3 consultas por individuo y por año; el número de consultas odontológicas para el mismo período es sólo de 11 millones, así que son 0,4 en odontología por año, en establecimientos públicos o privados o de obras sociales, no en consultorios privados.

El doctor Ariel Gómez enumeró las metas indispensables para alcanzar la salud

bucal de la población en el año 2.000, que fueron aprobadas en el Congreso Mundial de la Federación Dental Internacional, realizada en Río de Janeiro. Cada país la desarrollará de acuerdo con su idiosincrasia y pautas políticas. Son las siguientes: N° 1: el 50% de los niños de 5 a 6 años de edad estarán libres de caries. N° 2: el promedio global no será mayor de tres dientes C.P.O. (cariados, perdidos, obturados) a los 12 años de edad. N° 3: el 85% de la población debe retener todos sus dientes a los 18 años de edad. N° 4: lograr una reducción del 50% en los niveles actuales de desdentamiento entre los 35 y los 44 años de edad. N° 5: lograr una reducción del 25% en los niveles actuales de desdentamiento a partir de los 65 años de edad. N° 6: establecer un banco de datos para controlar y evaluar los cambios de salud bucal. Para conseguir estas metas, es necesario una planificación coordinada y eficaz que satisfaga las necesidades y utilice los recursos disponibles de cada país; que realice una educación sanitaria controlada y asegure mano de obra odontológica eficiente.

El doctor Rubén Racagni manifiesta que en nuestro país es necesaria la coordinación de los tres subsectores: estatal, obras sociales y privado que trabajan interdependientemente y superponiendo servicios con gastos desproporcionados, empeorando el acceso asistencial para el grueso de la población. La resolución del problema asistencial no puede plantearse sin una planificación sanitaria nacional integrada dentro de una planificación económico-social general, que tenga por objeto la remoción de las trabas estructurales para el desarrollo de la Nación.

En el interior del país, aun cuando la población tiene cubierta la atención por

las obras sociales, no la efectiviza por carecer de medios para efectuar el mínimo co-pago. La Planificación odontológica dentro de la Planificación de la Salud debe realizarse con la participación de las entidades asistenciales, científicas, gremiales, odontológicas de todo el país y con la población, que en el transcurso de la participación vaya adquiriendo la necesidad del papel activo que pueda jugar en las etapas progresivas de la planificación.

Cualquiera que sea la estructura organizativa y financiera de esta planificación, debe basarse en la responsabilidad del Estado como garante de la salud, evitando la incidencia de nuevos gravámenes sobre la población económicamente activa de menores ingresos, sobre todo por el permanente descenso de la distribución del producto bruto interno.

La resolución del último Congreso General de los profesionales, realizada en Córdoba, plantea que el mecanismo de la subsidiariedad en el campo de la salud pública no debe entenderse como una delegación por parte del estado de la responsabilidad última de garantizar, en el marco de una política nacional de salud, el bienestar físico, psicológico y social de la población, no siendo lícito transferir dicha responsabilidad a entidades con fines de lucro que transformen el objetivo social en objetivo económico. La complejidad de las cuestiones hace necesaria la participación de todos los sectores del quehacer asistencial en el debate de la Salud Odontológica de la población. En este camino es indispensable el estudio de las necesidades mínimas con planes a corto plazo para la atención en lo inmediato, sobre todo a los sectores más vulnerables de la población.

NOVEDADES

ODONTOLOGIA PREVENTIVA
Por DOMINICK P. DEPAOLA y H. GORDON CHENEY
296 páginas

MATERIALES EN ODONTOLOGIA CLINICA
Por D. F. WILLIAMS y J. CUNNINGHAM
384 páginas

ENFERMEDADES DE LA BOCA
Por DAVID GRINSPAN
Tomo IV - Tumores (1ª parte) 870 páginas
Tomo V - Tumores (2ª parte)

MATERIALES Y TECNICAS DE OBTURACION ENDODONTICA
Por FERNANDO GOLDBERG

DISFUNCION DE LA ARTICULACION
TEMPOROMANDIBULAR Y EQUILIBRIO OCLUSAL
Por NATHAN ALLEN SHORE
384 páginas

TRATAMIENTO PROSTODONTICO PARA PACIENTES
PARCIALMENTE DESDENTADOS
Por ZARB, CLAYTON y MACKAY
640 páginas

PERIODONCIA
En la tradición de Orban y Gottlieb
Por GRANT, STERN y EVERETT
1.160 páginas

NUEVAS EDICIONES

ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE
Por RALPH E. McDONALD y DAVID R. AVERY
3ª edición - 656 páginas

PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE SEGUN McGRACKEN
Por DAVIS HENDERSON y VICTOR L. STEFFEL
6ª edición - 496 páginas

FARMACOLOGIA ODONTOLOGICA
Por PABLO BAZERQUE

Paraguay 2100
Buenos Aires

Tel. 83-9663/9339
Argentina

BATERIA DE NUEVE TESTS DE KROGH PAULSEN
PARA DETERMINAR LA EXISTENCIA DE
DISFUNCION DEL SISTEMA ESTOMATOGNATICO

Doctor LUIS ZIELINSKY

EL EXAMEN DEL ESTADO FUNCIONAL DEL SISTEMA ESTOMATOGNATICO REQUIERE UN METODO DE ORDENAMIENTO SISTEMATICO DE ESTA PRUEBA.

A CONTINUACION EXPLICAREMOS LA BATERIA DE 9 TESTS PROPUESTA POR KROGH PAULSEN Y UTILIZADA EN LA UNIVERSIDAD DE COPENHAGUE

	SI	NO
1 - APERTURA MENOR DE 40 mm		
2 - IRREGULARIDADES EN EL MOVIMIENTO DE APERTURA Y CIERRE		
3 - DOLOR MUSCULAR POR PALPACION		
4 - DOLOR EN LA A.T.M.		
5 - CHASQUIDO O CRUJIDO		
6 - TRABA EN APERTURA O CIERRE		
7 - POSICION DE PRIMER CONTACTO DISTINTA DE POSICION DE MAXIMA INTERCUSPACION		
8 - POSICION CONTACTANTE MAXIMA RETRUSIVA A MAS DE 1 mm (SAGITALMENTE) DE LA MAXIMA INTERCUSPACION		
9 - DESLIZAMIENTO LATERAL ENTRE MAXIMA RETRUSIVA Y MAXIMA INTERCUSPACION		

POR RAZONES DE EXPERIENCIA CLINICA Y ORDENAMIENTO DIDACTICO, HEMOS HECHO ALGUNAS ALTERACIONES DE ORDEN.

LAS PRUEBAS EXPLORAN LOS TRES COMPONENTES DEL SISTEMA ESTOMATOGNATICO:

- A) GRUPOS MUSCULARES FUNCIONALES ACTUANTES.
- B) ESTRUCTURAS DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR.
- C) POSICIONES CONTACTANTES DENTARIAS.

a

PRUEBAS MUSCULARES

- 1 - **RESTRICCION EN LA APERTURA** — Con la boca cerrada, marcar con una raya en lápiz rasante al canto del incisivo superior sobre la cara anterior de los incisivos inferiores. Pedir la apertura bucal máxima. Si ésta no llega a 40 mm hay contractura por incapacidad de relajación de los elevadores mandibulares.
- 2 - **TRASTORNOS EN EL MOVIMIENTO DE APERTURA Y CIERRE** — Se marcan las líneas medias, superior e inferior y se pide al paciente que abra y cierre, con la cabeza echada hacia atrás; se coloca una regla que una la glabella con el centro de la úvula y se observa cómo se desplaza la línea media inferior con respecto a la regla al abrir o cerrar **lentamente** (acción tónica). Cualquier zigzagueo o desviación indica restricción de movimiento de uno o de los dos pterigoides externos.
- 3 - **DOLOR MUSCULAR** — Se palpan los músculos en la siguiente secuencia:

Pterigideo Externo: con los dedos mayores en los polos de los condilos mandibulares. Se pide al paciente que abra y cierre la boca.

Maseteros: se colocan los índices inmediatamente por delante de los mayores; se pide que, en adelante, para el resto del examen no abra la boca y se presiona firmemente (fascículo profundo). Luego se corren los dedos hacia el ángulo (fascículo profundo).

Ventre Posterior del Digástrico: se hace girar la cabeza para el lado opuesto y se coloca el canto del dedo meñique presionando en el hueco existente entre el borde posterior de la rama ascendente de la mandíbula y el esternocleidomastoideo.

Pterigideo Interno: se hace girar la cabeza hacia el lado opuesto y hacia abajo y se presiona con el dedo contra la cara interna ósea del ángulo maxilar.

Temporal: frente al paciente, se colocan el índice en la sien, el

mayor en el polo superior de la fosa temporal y el anular por detrás del pabellón de la oreja.

b

PRUEBAS DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR

- 4 - **DOLOR EN LA A.T.M.** — Se introducen los meñiques en el conducto auditivo externo presionando hacia adelante. Además, se le hace abrir y cerrar la boca; se puede, a veces, palpar el salto del menisco. En esta maniobra y las anteriores hay que usar el lado opuesto como control, preguntando al paciente si siente una sensación distinta de un lado que del otro; ya sea discomfort, sensibilidad o dolor franco.
- 5 - **CHASQUIDO** — Se ausculta con ayuda del estetoscopio o por simple audición.
- 6 - **TRABA** — Limitación de la apertura, que solamente se puede vencer con esfuerzo y seguida, generalmente, de desviación mandibular acompañada de chasquido.

c

PRUEBAS DE CONTACTO DENTARIO

- 7 - **POSICION DE PRIMER CONTACTO MUSCULAR DISTINTA DE POSICION MAXIMA INTERCUSPAL** — Con el paciente de pie y en posición postural, con la vista al frente, se le pide que trague saliva y se humedezca los labios con la punta de la lengua. Tras ello, que deje la mandíbula suelta (sin contacto dentario).

Se ordena que vaya cerrando muy lentamente y con el menor esfuerzo posible.

Se pregunta al paciente qué sensación experimenta.

Las posibilidades son las siguientes:

1. Que sienta contacto simultáneo de ambos lados.
2. Que no pueda identificar diferencias.
3. Que toque de un lado antes que de otro.
4. Que toque solamente adelante.

Las respuestas 1 y 2 indican estabilidad en oclusión céntrica (normalidad).

Las respuestas 3 y 4 indican inestabilidad con actividad muscular tónica y se indica como positivo, signo que puede llevar a la disfunción.

Si al paciente le faltan uni o bilateralmente las piezas dentarias del segundo premolar (inclusive) para atrás, no es necesario hacer la prueba, pues necesariamente estará en el caso 3 ó 4, salvo que tenga una adecuada restauración protética.

- 8 - **POSICION CONTACTANTE MAXIMA RETRUSIVA A MAS DE UN MILIMETRO (SAGITALMENTE) DE LA MAXIMA INTERCUSPACION** — El paciente debe estar sentado en el sillón, con la cabeza ubicada lo más hacia atrás posible. Pidiéndole que se relaje y deje la mandíbula suelta, se toma el

mentón entre el pulgar, índice y mayor, se lleva la mandíbula, estando los dientes sin contacto pero lo más próximos posible, en un sólo movimiento lo más hacia atrás y arriba posible hasta que se sienta que los dientes tomaron contacto. A partir de esa posición (Máxima Retrusiva, o relación céntrica), se le pide al paciente que muerda con fuerza. Con lo que va a **Máxima Intercuspación**.

Pueden darse las siguientes posibilidades:

1. Que no haya deslizamiento de una posición a otra, por lo tanto hay coincidencia entre las dos posiciones. Esta es la situación ideal, pero se da sólo en un 5% de los casos.
 2. Que haya un deslizamiento en el plano sagital de + 1 mm, lo que resulta aceptable y satisfactorio.
 3. Que deslice más de 1 mm, lo que debe consignarse como defecto.
 4. Que la contractura de los pterigoideos externos genere una resistencia de la mandíbula a ser llevada hacia atrás. Si bien va a ser necesaria la colocación de una férula frontal de relajación (J.I.G.) para poder efectuar la maniobra. Ya la contractura permite afirmar, con un 95% de certeza, que la diferencia entre las dos posiciones no es aceptable.
9. **DESPLAZAMIENTO LATERAL ENTRE MAXIMA RETRUSIVA Y POSICION MAXIMA INTERCUSPAL** — Es la quinta posibilidad de la prueba anterior; el desplazamiento lateral, y aunque sea de décimas de mm no es aceptable.

EVALUACION

La existencia de tres o más puntos positivos, indica la existencia de disfunción del Sistema Estomatognático. Los puntos 6 y 9 de por sí ya son suficientemente serios para llevar a ese diagnóstico.

La existencia de dos puntos positivos que no sean éstos, indican serio riesgo de Disfunción.

Un solo punto indica perturbación para ser tenida en cuenta.

Primer Congreso Interdisciplinario

en Odontología (Desde el 13 al 16 de setiembre de 1981)

Su Desarrollo

Tras dos años de elaboración, con la participación entusiasta de un numeroso grupo de colegas de la Institución, el Congreso, que se desarrolló en el Centro de Conferencias "General San Martín" y en las fechas previstas, logró sus objetivos.

En días previos y posteriores se realizaron tres cursos de postgrado sobre Cirugía, Ortodoncia y Odontopediatría, dictados, respectivamente, por los doctores Bruce N. Epker (Fort Worth, Texas, EE.UU.), Harold Perry (Chicago, Illinois, EE.UU.) y Stephen Wei (Iowa, EE.UU.).

El Congreso obtuvo el auspicio y adhesión de siete universidades nacionales; de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires, de la Organización Panamericana de la Salud, de la Federación Odontológica Latino Americana (Regional de la Federación Dental Internacional), de la Confederación

Odontológica de la República Argentina, con las instituciones que la integran, entre ellas, la Federación Odontológica de la Ciudad de Buenos Aires, a la que pertenece el Ateneo organizador. También lo auspiciaron diversas entidades extranjeras. Y la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, lo declaró "De Interés Municipal".

Participaron 108 relatores; del Ateneo, de otras entidades profesionales y universitarias del país y del extranjero; los que actuaron en 4 sesiones deliberativas, 8 mesas de actualización, 3 conferencias centrales, 4 paneles, 1 consulta clínica en equipo, 17 mesas clínicas y la discusión final.

Las conferencias centrales estuvieron a cargo de los invitados extranjeros dictantes de cursos, doctores Epker, Perry y Wei brindando panoramas abarcativos de sus respectivas especialidades dedicadas al odontólogo de práctica general.

Las sesiones deliberativas analizaron la acción interdisciplinaria para el tratamiento integral desde la niñez hasta la ancianidad; es decir, desde la organización de la oclusión hasta su deterioro.

En las mesas de actualización se realizó una puesta al día en cuanto a farmacología clínica, nuevos materiales, atención de la embarazada, indicación y diagnóstico radiográfico, cáncer bucal, tratamiento de pacientes con afecciones generales, prevención de caries y enfermedad periodontal.

Una consulta clínica en equipo, revelando una experiencia interdisciplinaria desarrollada en el Ateneo, mostró un modelo de trabajo con el tema: "Interacción disciplinaria en la organización del sector anterior de la oclusión".

Los paneles sobre "Integración odontológica en la planificación de salud", "Formación de pos-

grado" y "Problemática sobre el ejercicio profesional" atrajeron la atención de especialistas en sus respectivas áreas y profesiones. Otro panel fue organizado por la Asociación Americana para el Estudio y Tratamiento de las Disgnacias, cuya presidencia ejerce actualmente nuestro país, con sede en Tucumán.

Diecisiete mesas clínicas a cargo de varios colegas, mostraron prácticamente el estado actual de las técnicas que se desarrollan en las clínicas del Ateneo.

La metodología prevista fue cumplida en todo el desarrollo, con amplia participación y criterio multidisciplinario en la discusión de los problemas abordados.

La actuación interdisciplinaria trascendió los límites de la odontología, al participar relatores

designados directamente por instituciones como la Sociedad Argentina de Cardiología, Sociedad Argentina de Alergia e Inmunología, Sociedad Argentina de Diabetes, Confederación Médica de la República Argentina, Confederación General de Profesionales, Sociedad Central de Arquitectos, Centro Argentino de Ingenieros, Colegio de Graduados en Ciencias Económicas, Fundación para el Estudio de los Problemas Argentinos y otras.

La presencia académica estuvo realzada con la participación de destacados profesores y ex profesores universitarios; por el Decano y el Secretario académico de la Facultad de Odontología de la universidad de Buenos Aires.

Los cursos y las sesiones fueron grabados ínte-



La nota gráfica nos muestra la concentrada atención de los numerosos profesionales asistentes, en una de las sesiones del Congreso

gramente en su versión bilingüe (castellano e inglés), ya que se contó con traducción simultánea, poniéndose los respectivos cassettes a disposición de los inscriptos.

Los Actos Sociales Permitieron Otorgar la Mayor Calidez a la Reunión

En el acto inaugural, que se desarrolló el 13 de setiembre por la mañana en la sala A-B del Centro Cultural, con la asistencia de autoridades nacionales, municipales y universitarias del país y del extranjero, hablaron el señor presidente del Ateneo, doctor Luis Zielinsky; el señor vicepresidente de la Federación Dental Internacional, doctor Ariel O. Gómez; el señor presidente de la Comisión Organizadora, doctor Alfredo Fermín Alvarez, y el profesor Stephen Wei, en nombre de los participantes extranjeros. Al término del acto se ofreció un cóctel para todos los asistentes.

El programa social incluyó diversas actividades para los acompañantes y culminó con la cena de clausura, servida en el Hostal del Lago.

Durante los días de sesiones, se imprimió un Boletín Informativo que



Un aspecto parcial del acto de inauguración del Congreso, que contó con la presencia de autoridades nacionales, municipales y destacados profesionales del país y del extranjero. La alegría y la cordialidad, realizaron el trascendente encuentro

recogió las novedades de interés para los asistentes.

Ha concluido así una importante experiencia

para el Ateneo, resumen de su espíritu como institución docente-asistencial con criterio abarcativo y totalizador, y puesto

en marcha hacia nuevos proyectos.

La Institución debe agradecer a todos los que hicieron posible el Congreso: a los colegas que actuaron con eficiencia, entusiasmo, imaginación y desinterés, a las empresas comerciales que otorgaron su apoyo, a las entidades profesionales y universitarias que brindaron su auspicio, a la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, al personal administrativo del Congreso y del Ateneo por su colaboración inestimable y muy especialmente a los relatores y asistentes, artífices fundamentales de la reunión.

Laboratorio "DEL ATENEO"

Aparatología de Ortopedia Funcional
y Ortodoncia en toda su Variedad

**RICARDO N. LLANES
EDUARDO H. AGUIRRE**

T. de Anchorena 1178

Tel. 821-7349

IV JORNADAS INTERNAS DEL ATENEO ARGENTINO DE ODONTOLOGIA

En los días 24 y 25 de octubre Ppdo., se realizaron las IV JORNADAS INTERNAS, en el salón de actos del Laboratorio Bernabó, Terrada 2346, Buenos Aires. Con criterio multidisciplinario, se realizaron dos mesas deliberativas. En la primera, se trató el tema "Colaboración multidisciplinaria en prótesis fija", con la participación de los doctores Ricardo Chait (coordinador), Francisco Lepera (Oclusión), Isaac Rapaport (Periodoncia), Juan Meer (Endodoncia), Sergio Gamberg (Operatoria Dental), Omar Riesgo (Prótesis) y Alfredo Fermin Alvarez (Cirugía).

Y en la segunda, se abordó el tema "Control de la erupción dentaria", con los doctores Beatriz Francia (Ortodoncia), Mario Daniel Torres y Jorge Aimone (Cirugía), Henja Rapaport y Raquel Kirszner (Odontopediatría).

Se desarrollaron, además, mesas de actualización sobre: "Influencia del tercer molar postratamiento ortodóncico" (doctora Beatriz Lewkowicz); "¿Medicación sistemática en exodoncia?" (doctores Néstor J. Blanco y Jorge Miguel García); "Oportunidad de resección del frenillo lingual" (doctora Ana Zielinsky); "Uso de selladores de fisuras. Indicación y control" (doctoras Diana Kaplan y Graciela Libonatti); "Agenesias múltiples" (doctor Armando Pollero); "Frenillos laterales" (doctores Graciela Resnik, Ana Rodríguez y Carlos Guberman).

Debe destacarse la amplia participación de los colegas asistentes en las discusiones, generando debates de animado interés. En la noche del sábado 25, se realizó en las dependencias del Ateneo, recientemente remodeladas e inauguradas en la ocasión, la reunión de clausura. Fue una animada velada de cordial intercambio. La organización de las IV Jornadas estuvo a cargo de los doctores Elías Beszkin, presidente, Liliana Doctorovich, secretaria y Eva Shilman, coordinadora general.

DESPEDIDA A BECARIOS EXTRANJEROS

El 21 de noviembre último, se realizó en los salones del Ateneo una amena reunión, en la que fueron despedidos los becarios extranjeros que realizaron su entrenamiento en especialidades durante los años 1978-79 y 80.

La reunión, signada por la cordialidad y la emoción, contó con la asistencia total de la Comisión Directiva, de los docentes, de los jefes de clínica y de numerosos asociados, entresados en testimoniar su amistad a los colegas que nos acompañaron durante tan prolongado como provechoso lapso.

En la oportunidad destacó la circunstancia que motivaba el acto, el señor presidente del Ateneo, doctor Luis Zielinsky; y en nombre de los becarios, habló el doctor José Jaime de la Garza Lozano.

Diversos docentes fueron convocados para hacer entrega de los diplomas que en cada caso certificaron el cumplimiento de la beca a los siguientes graduados: de Venezuela, la doctora Cristina Gómez (Ortodoncia), de Monterrey (México), los doctores José Luis de la Garza Flores y Zenón Flores Elizondo (Cirugía).

José Jaime de la Garza Lozano, Juan Antonio Valdez Espinosa, César Valdés Irupegas, Teresa Ordaz Salcedo y Alicia Castro González (Ortodoncia), la doctora Celina Ordaz de Valdez (Odontopediatría).

En oportunidad del acto de clausura de las IV Jornadas del Ateneo, realizadas en octubre Ppdo., los becarios procedentes de la Universidad Autónoma de Nueva León, México, hicieron entrega de una plaqueta, que dice:

"En agradecimiento al Ateneo Argentino de Odontología por habernos transmitido sus conocimientos y brindado su apoyo".

Alumnos mexicanos
1978-1981

La Revista del Ateneo se hace eco de los mejores augurios de los muchos amigos que supieron conquistar en su inolvidable paso por la Institución.

VIAJERA

Doctora
GOLDA
GROSSMAN

La doctora Golda Grossman ha abandonado el país para radicarse definitivamente en el extranjero con su familia. Distinguida ortodoncista formada en la Institución, volcó en ella una sacrificada cuota de dedicación en la clínica y en la activa docencia práctica. Su tarea silenciosa y fecunda se proyectó hacia sus numerosos alumnos, a quienes entregó sus conocimientos con generosidad y modestia. Además, su alta calidad humana hace que su alejamiento abra un hondo vacío sólo capaz de disimularse a través del recuerdo de tan rica personalidad y del periódico contacto epistolar.

El Ateneo desea a la doctora Grossman el mayor de los éxitos en su nueva residencia, quedando al aguardo de sus reflexiones un nutrido y cálido grupo de amigos.

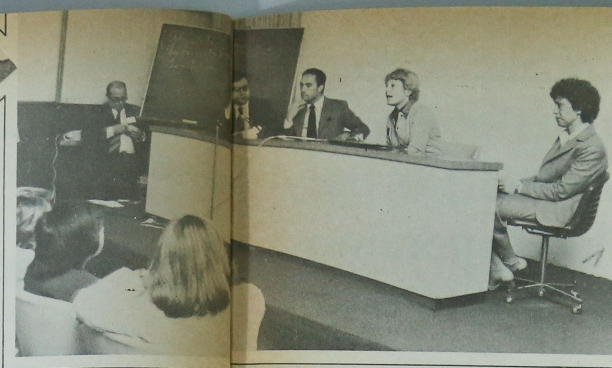


Foto 1: Los doctores Torres, Rapaport y Kirsznar en una de las mesas deliberativas

Foto 2 y 3: Aspectos del público asistente

Foto 4: El Presidente del Ateneo recibe de manos del doctor César Valdez la placa ofrecida por los becarios mexicanos

Foto 5: Los becarios mexicanos César Valdez Iruegas, Juan Antonio Valdés Espinosa, Alicia Castro González, Teresa Ordaz Salcedo y Jaime de la Garza Lozano, con el presidente del Ateneo, doctor Zielinsky, Torres y Gorman

Foto 6: Un aspecto de la recepción de clausura



Atención de Pacientes en las Clínicas del Ateneo Argentino de Odontología

ORTODONCIA:

Martes, jueves y sábados de las 8.30
a 11.30.

ORTOPEDIA:

Lunes, miércoles y viernes de las 8.30
a 11.30.

ODONTOPEDIATRIA:

Lunes, miércoles y viernes de las 8.30
a 11.30.

CIRUGIA:

Martes, jueves y sábados de las 8.30
a 10.

OTRAS ESPECIALIDADES:

Consultar horarios.

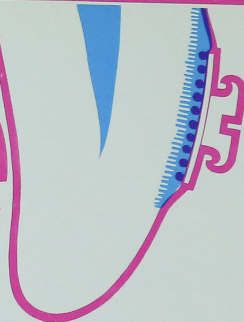
En la filial Rosario

Sábados, de las 8.30 a 11.30

MITRE 469 - Rosario

Correo Argentino Suc. 12	TARIFA REDUCIDA Concesion 2231
	FRANQUEO PAGADO Concesion 4760

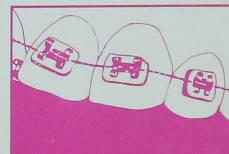
IMPRESO EN TALLERES GRAFICOS "OPTIMUS" S.R.L.
Uriarte 1855 - 1414 - Buenos Aires



EFICIENTE Y DURADERO SISTEMA DE RETENCION

Concise

ORTHODONTIC BOND SYSTEM



Tratamiento previo con
sistema de adhesión
al esmalte para fijación
de brackets.


- Elimina la necesidad de bandas
- Provee la retención mas segura
- Evita la descalcificación del esmalte
- Los arcos pueden ser colocados
10 minutos después de fijado
el bracket.
- Un sistema rápido, fácil de usar
y económico.

3M

LABORATORIOS RIKER S.A.
División Productos Dentales

AVDA. DEL TRABAJO 5820 - (1439) BUENOS AIRES - TEL. 68-3136/3234/9401

AL SERVICIO DE LA ODONTOLÓGIA



INFECCIONES
ODONTOLOGICAS
LAS MAYORES
POSIBILIDADES
DE EXITO
DEPENDEN DE
UNA ELECCION
FUNDAMENTADA

MOXIFLUX® 500

EL ANTIBIOTICO
PROTEGIDO
Y POTENCIADO



Gador 

DIVISION PRODUCTOS ODONTOLOGICOS
Laboratorios Dr. Gador y Cia. S.A.C.I. Florida 868, Buenos Aires
Administración y Comercialización, Tel. 32-6333/35, 8481/85