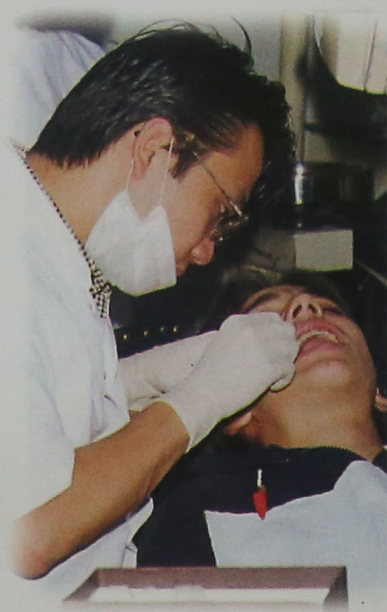


Editorial

¿Cómo abordar el tratamiento quirúrgico en pacientes de alta complejidad?

***Reabsorciones radiculares
¿son controladas?***

Los odontólogos y el campo laboral. 1° parte



ODONTOLOGOS Para clínica dental. Presentar currículum a Casilla Correo N°.....

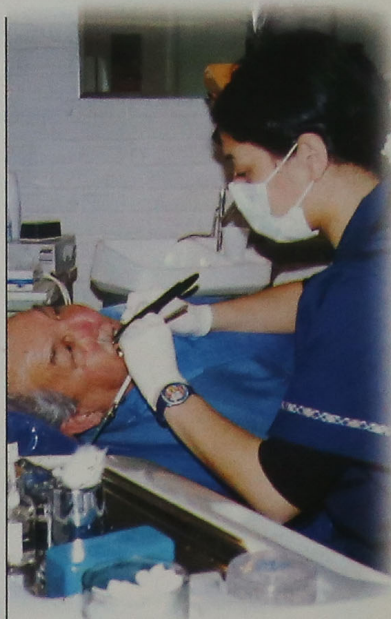
ODONTOLOGO Alquiler nuevos consultorios con receptionista. Av. Rivadavia esq.

ODONTOLOGAS Endodoncistas - operatoristas y ortodoncistas. Sexo femenino. Tel. 4..... Av. Córdoba N° piso 3° C.

ODONTOLOGOS en Gran Buenos Aires para red de importante pre-paga. Mínimo 5 años de graduado. Tel. Rotativos 4.....

ODONTOLOGOS Para clínica dental. Presentar currículum a Casilla Correo N°.....

ODONTOLOGO Alquiler nuevos consultorios con receptionista. Av. Rivadavia esq.



Taller de Microbiología

Aspectos clínicos radiográficos del síndrome de Sturge Weber

Un nuevo paradigma de motivación

Libros y publicaciones

Correo de lectores

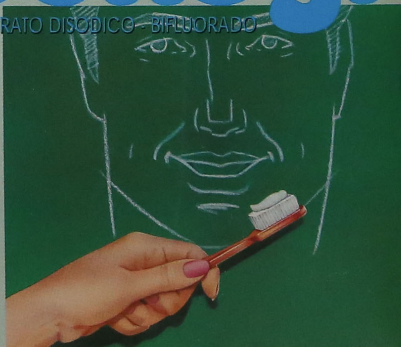
Agenda de congresos y jornadas

Información para los autores

Para quienes tienen
esa sensación
en los dientes...



Desensyl[®]
CON PLURONIC F 127 - CITRATO DISÓDICO - BIFLUORURO



Crema dental
desensibilizante.
Anticaries.
Antiplaca.

PRESENTACION: Pomo con 100 gramos.

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



R.A.A.O.

*La publicación de odontología
de mayor circulación en el país*

PUNTOS DE DISTRIBUCION
GRATUITA

- Socios y suscriptores del A.A.O.
- Decanos y bibliotecas de todas las facultades de odontología del país, nacionales y privadas.
- Profesores de todas las cátedras de todas las facultades de odontología, nacionales y privadas.
- Presidencia y bibliotecas de todos los círculos, asociaciones, ateneos, sociedades odontológicas, etc. de todo el territorio nacional.
- Colegios de odontólogos de todo el país creados por ley.
- Departamento Nacional de Odontología, direcciones y jefaturas provinciales de toda la República.
- Hospitales odontológicos y sectores de odontología de los hospitales polivalentes.
- Area odontológica de obras sociales, mutuales y prepagas.
- Obras sociales provinciales integrantes de la Confederación de Obras y Servicios Sociales Provinciales de la República Argentina (COSSPRA), sector odontológico.
- Casas dentales, laboratorios medicinales, editoriales médicas u odontológicas de todo el país.
- Organismos internacionales de salud bucal: Asociación Dental Americana (ADA). Organización Panamericana de la Salud (OPS) Unidad Salud Bucal Organización Mundial de la Salud (OMS) Federación Dental Internacional (FDI)
- Todas las instituciones odontológicas del Mercosur, Chile, Bolivia y Perú.
- Asociaciones de Estudiantes de Odontología de todo el país.

COMISIÓN DIRECTIVA

nte	Armando Héctor Pollero
idente	Héctor Ziegler
ia	Mario Beszkin
etaria	Beatriz Lombardo
ero	Marcela Sánchez
	Patricia Zaleski

VOCALES

lares	Suplentes
neibrun	Angela Vallone
ielinsky	Oscar Siscar
an Pivetti	Carlos Vaserman
Meer	Susana Otero
Rapaport	Elías Beszkin
Caputo	

COMISIÓN FISCALIZADORA

lares	Suplentes
niel Torres	Jaime Fiszman
o Muño	Beatriz Lewkowicz
o Sklar	J.M. Borrell

TRIBUNAL DE HONOR

e Rapaport	José Adonaylo
Dvorkin	Leonardo Voronovitsky
alsangiacomo	Edith Losoviz
Dascal	Silvia Rudoy
	Moisés Gerszenszteig

Sociedad de Ortodoncia de la República Argentina nacional del A.A.O. - Comisión Directiva

nte	Liliana Periale
idente	Luis Zielinsky
ia	Susana Beatriz Otero
	Ana María Kriguer

VOCALES

titulares	Suplentes
us Beszkin	Eduardo Muño
rio Santoro	Beatriz Lombardo
mi Lisman	Catalina Dvorkin
Flores de Suárez	Graciela Resnik

nente el punto de vista del ATENEO ARGENTINO DE ODON-
n considerados como trabajos originales los que no hayan sido

s. Nous désirons établir échange avec les revues similaires.
change with similar magazines. Um Austausch wird gebeten.

R.A.A.O.

Revista del Ateneo Argentino de Odontología

RAAO • VOL. XXXIX / NÚM. 2 • MAYO - AGOSTO 2000

Sumario

3 Editorial

- 6 **¿Cómo abordar el tratamiento quirúrgico en pacientes de alta complejidad?**
Drs. Eduardo Rey, Miryam Parreira, Castillo Wulfran y Sebastián Puia

- 11 **Reabsorciones radiculares ¿son controladas?**
Drs. Ana María Caputo, Alejandra López Guerrero y Stella Maris Flores de Suárez

- 19 **Taller de Microbiología (Enseñanza de la Odontología)**
Drs. María Isabel Bernat, Liliana Turcot, María Teresa Mateo, Stella Maris Vilotta, Carlos Perelstein, Jorge Belestrieri y Miriam Bermolem.

- 27 **Los odontólogos y el campo laboral. 1ª parte. (Ejercicio profesional)**
Dra. María Olimpia Lockett

- 32 **Aspectos clínicos radiográficos del síndrome de Sturge - Weber**
Prof. Dra. María Elisa Martínez y Prof. Dr. Ricardo Felipe Luberti

- 37 **Un nuevo paradigma de motivación**
Dr. Larry White

- 44 **Convenio del Ateneo Argentino de Odontología con la Universidad Favaloro**

- 45 **Convenios y cursos**

- 47 **Libros y Publicaciones**

- 48 **Correo de lectores**

- 49 **Homenaje: Felices 90 años del Dr. Leonardo Voronovitsky**

- 50 **Agenda de Jornadas y Congresos**

- 55 **Información para los autores**

Editorial

Cuentan que un día, allá por el '82, el Aeropuerto de Ezeiza era un hervidero de periodistas y público. No era para menos. Se iba a jugar a Europa uno de los mejores futbolistas de la historia: Diego Maradona.

Por la misma puerta y mismo momento, silenciosamente, sin que nadie se de cuenta, pasaban por un costado un grupo de jóvenes científicos argentinos que también emigraban. Modesta y humildemente, como en general se mueven estos hombres.

Nuestra editorial de hoy reúne varias intenciones que en algún punto se tocan. Recordaremos en el 5º aniversario de su desaparición física al Dr. Alfredo Fermín Álvarez y lo recordaremos como mejor se recuerda a un hombre: a través de sus ideas, en este caso, plasmadas en la Editorial de nuestra revista del año 1995.

Decía allí:

¡Que se vayan a lavar los platos!

Domingo Felipe Cavallo

"...EL CENTENARIO DE PASTEUR

Homenaje a los investigadores

Louis Pasteur (1822 - 1895) es uno de los investigadores más reconocidos, venerados y queridos en todo el mundo. Este 1995 del centenario de su muerte, es propicio, casi imperativo para impulsar su homenaje y en él, el tributo a las mujeres y a los hombres que han efectuado con sus contribuciones al conocimiento, el progreso de la ciencia y el bienestar de la humanidad.

En entregas anteriores de esta revista hemos consignado los esfuerzos y logros de Pasteur: la esteroquímica, investigaciones en vinos y cervezas, la heterogénesis, el cólera de las gallinas, la vacuna del ántrax, la vacuna antirrábica y, fundamental y sustantivamente, su relevante soporte a la teoría infecciosa de la enfermedad.

No es intención de esta editorial puntualizar sobre tales cosas, sino subrayar que Louis Pasteur representa un hito: hay una medicina antes de Pasteur y otra medicina después de él.

Honrar su nombre en su centenario es honrar a todos los héroes del espíritu que supieron y saben ejercer la fórmula de Tomás Alva Edison: "El genio es 1% inspiración y 99% esfuerzo".

De los Premios Nobel recibidos por argentinos,

tres corresponden a científicos investigadores del área Salud.

Duras y distintas fueron sus circunstancias.

A Bernardo A. Houssay se le otorga el premio ya expulsado de su cátedra universitaria, en cuyo Instituto de Fisiología había realizado con sus colaboradores las investigaciones que lo consagran.

Luis Federico Leloir, acantonado en la Fundación Campomar, de quien acaso haya quedado en la imagen de los argentinos la archifotografiada silla de cocina, de paja, con sus patas atadas con sogas, como un verdadero símbolo de su humildad y de su ofrenda.

Cesar Milstein, expatriado ante la dictadura militar indultada, logra su Premio Nobel residiendo en Inglaterra, donde potencializó y llevó a término su proyecto iniciado en la patria de la que debió huir.

Los países cultos, los que apuestan a la inteligencia, los que piensan para adentro, son los que integran ese llamado "Primer mundo". Pagan, al costo que fuere, "gente para pensar".

Japón, para el caso en análisis, es pionero en la robotización de su industria. Sin despidos de personal. Es más, con inversiones para capacitarlo y enseñarle a pensar propuestas de mejoramiento. Con un proyecto concreto de investigación y sentido nacional. Sin venta y sin entrega.

Quizá sea procedente una última cita volviendo a Pasteur, en este caso al Instituto que lleva su nombre en París. Desde 1975 un equipo investigaba la posibilidad de una etiología viral del cáncer de mama. Esto

se realizaba en el Servicio de Oncología Vírica del Instituto Pasteur. Fracasó. A nadie se le ocurrió des-
pedir a ese equipo. En 1982, en ese mismo lugar, se
aisla el virus del HIV. El jefe de ese equipo, Luc Mon-
tagnier. Modelo de tesón, confianza y permanencia.

La intención de esta nota es rendir un homenaje de
gratitud a los investigadores de todos los lugares y to-

dos los tiempos. Además, formular un alegato vibrante
para proteger a los investigadores de nuestra pa-
tria. Que no se vayan. Que los retengan. Que no los
echen, en tal caso no los recuperaremos más.

Como dijo Jack Powell: "Será como querer meter
de nuevo la pasta de dientes dentro del tubo".

Dr. Alfredo F. Alvarez...."

Un lustro después de esta editorial, la sociedad argentina se conmueve con la trágica decisión del Dr. Fava-
loro, de quien ya se ha dicho todo y nada más resaltamos el hecho de que cambió la tranquilidad profesional que
le brindaba EE.UU. por la incertidumbre permanente de quien decide que éste es su lugar, su país. Y acá vivirá,
luchará y trabajará.

¡Que no hagan falta más inmoliciones de científicos y profesionales argentinos para que la sociedad y gobier-
no reconozcan que el futuro como Nación está en grave peligro!

M.B.

ORTHO HOUSE

AHORA PUEDE HACER SU PEDIDO FACILMENTE

Comuníquese al tel. / fax: (5411) 4771-6168

IMPORTADOR DE PRODUCTOS DE ORTODONCIA

PROCEDENCIA USA, ITALIA Y BRASIL



ASESORAMIENTO PROFESIONAL GRATUITO

Nuevas Estrategias Ortodóncicas para el siglo XXI



UNIVERSIDAD
FAVALORO



Ateneo Argentino
de Odontología

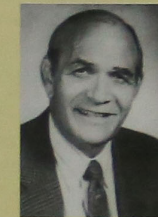
S.O.R.A

(Sociedad de Ortodoncia de la República Argentina, Seccional del Ateneo Argentino de Odontología)

Presentan al Profesor Dr.

Larry W. White
D.D.S., M.S.D., P.A.

Editor del Journal of Clinical Orthodontics
Director del Programa de Posgrado de
Ortodoncia - University of Texas Health
Science Center - San Antonio, Texas, EE.UU.



Quien disertará sobre:

- Importancia de los tratamientos tempranos
- Corrección Ortopédica. ¿Realidad o ficción?
- Corrección de Maloclusiones Clase II sin extracciones
- Aparato preajustado: presente-pasado-futuro
- Utilización de recursos valiosos
- Mordidas cruzadas
- Nuevas alternativas para el tratamiento con el aparato del arco recto.

Los esperamos los días 10 y 11 de noviembre de 2000
en horario de 9 a 12.30 y de 14 a 18.

Lugar del encuentro: Paseo La Plaza. Sala Pablo Picasso
Corrientes 1660 - Ciudad de Bs. As.

Aranceles:

Socios Sora \$ 140.- Socios A.A.O. \$ 150.- No Socios \$ 170.-

Informes e Inscripción

Secretaría de Cursos A.A.O.
Anchorena 1176 - Ciudad de Buenos Aires
Telefax: 4962-2727 - e-mail: ateneo@canopus.com.ar

Cómo abordar el tratamiento quirúrgico bucal en pacientes considerados de alta complejidad

Dr. Eduardo Rey - Dra. Miryam Parreira - Dr. Castillo Wulfran - Dr. Sebastián Puia

Resumen

Cuando atendemos esta calidad de pacientes, necesitamos conocer algunas cosas sobre el tema. En general el problema más importante es lograr la coagulación durante y después de la cirugía. Es necesario trabajar siempre en conjunto con el médico hematólogo y un Servicio de hemoterapia. Este trabajo muestra algunas soluciones para el tratamiento de estos pacientes.

Palabras claves

Hemofilia
Riesgo quirúrgico
Paciente cardíaco
Anticoagulado
Enfermedad inmune

Abstract

When we have to treat kind of patients, we need to know some certain things about them. In general, the most important problem is the coagulation during and after each surgery. We need to work always together with the hematologist and the hemotherapy service. This paper shows some solutions to the treatment of these patients.

Key Words

hemophilia
surgical risk
cardiac patient
anticoagulation
immunity disease

Se define al paciente de alta complejidad como aquella persona que presenta una alteración funcional permanente o prolongada; física o mental, que en relación a la edad y medio social implique desventajas considerables para la integración familiar, social, educacional o laboral y además también pueda significar un riesgo, por su patología, para el profesional y su grupo de trabajo.

Es importante destacar al hablar de alta complejidad, no nos referimos a las técnicas quirúrgicas propiamente dichas, las cuales en la mayoría de las ocasiones no varían de las convencionales, sino al estado psicofísico del paciente que en estos casos condiciona o modifica el acto quirúrgico.

Es difícil intentar una clasificación sin dejar de mencionar alguna patología, pero lo importante es agruparlas en base a la experiencia y frecuencia de aparición: impedidos físicos, retardo mental, trastornos convulsivos,

trastornos metabólicos y sistemáticos, defectos congénitos, neoplasias y discrasias sanguíneas.

Las posibilidades de detección por parte del cirujano bucomaxilofacial, de algunas de estas alteraciones, se incrementan con la confección de una correcta historia clínica. La misma es fundamental para planear la intervención quirúrgica.

Una vez evaluada dicha H C habrá que decidir si el paciente será intervenido bajo anestesia general o local. El grado de complejidad de la intervención quirúrgica, en estos pacientes, no siempre es el que determina el tipo de anestesia a utilizar.

En todos los casos, el cirujano bucomaxilofacial debe proceder en interconsulta con el o los médicos actuantes, ya que en ocasiones por la patología del enfermo trabajan en conjunto distintos especialistas. Hay muchas condiciones sistémicas, tanto congénitas como adquiridas que convierten a un individuo en "físicamente impedido".

En aquellos casos que se requiera tratar al paciente bajo anestesia general es muy importante advertir al médico anestesista sobre que tipo de paciente va a ser intervenido, ya que en ocasiones este solicitara algunos estudios

complementarios adicionales a los que habitualmente se requieren (Riesgo quirúrgico).

Abordaremos un grupo de pacientes que pueden ofrecer serios trastornos quirúrgicos de no ser correctamente estudiados; son aquellos que presentan algún tipo de discrasia sanguínea.

La frecuencia de aparición de enfermos con alteraciones hemostáticas que necesitan tratamiento quirúrgico bucomaxilofacial, va aumentando a medida que transcurre el tiempo. Esto se explica por el descubrimiento constante de nuevas patologías.

Veremos cómo se pueden tratar a nivel local y/o sistémico, sin detallar específicamente cada patología, ya que estas pueden ser consultadas en la bibliografía correspondiente.

Con fines didácticos dividiremos a las discrasias sanguíneas (congénitas o adquiridas) en tres grandes grupos:

- A) Hemofilia
 - Enfermedad de von Willebrand
 - Enfermedad de Glanzmann
 - Púrpuras
 - Déficit de factores
 - Síndrome de pool de depósito
- B) Inmunodeprimidos
 - Leucemias
 - Linfomas
 - Pacientes sometidos a trasplantes de médula ósea
 - Pacientes con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA)

Dentro del primer grupo los pacientes que padecen hemofilia, son los que presentan más inconvenientes hemorrágicos, por lo que consideramos a esa entidad como la más severa a nivel bucal, en lo que al sangrado se refiere.

Teniendo en cuenta que por hemofilia A se considera el déficit de factor VIII, y hemofilia B factor IX, podemos abordar la siguiente clasificación:

- . Leve: 5 a 25 % de factor activo.
- . Moderada: 2 a 5 % de factor activo.
- . Grave: 0 a 1 % de factor activo.

También se debe considerar una forma de hemofilia que es grave con inhibidores donde a la carencia del fac-

tor, se le agregan la presencia de anticuerpos (probablemente por transfusiones reiteradas), que dificultan más aún la hemostasia.⁴

Se debe tener presente que el tratamiento quirúrgico de estos pacientes, debe ser cuidadosamente estudiado para saber si a la hemostasia local se le agregará como coadyuvante el tratamiento sustitutivo por vía general. Por supuesto que existen variantes al tratamiento local, como por ejemplo los traumatismos en niños. Muchas veces, ante la ruptura de frenillos el intento de sutura es más traumático y sangrante que realizar directamente un terapia sustitutiva para favorecer la hemostasia.^{2,3}

Los episodios hemorrágicos bucales espontáneos, pueden ser importantes durante el recambio de piezas dentarias, ya que éstas al presentar movilidad agreden el saco pericoronario del germen de la pieza dentaria permanente, lo que se traduce en un sangrado copioso, que generalmente finaliza con la exodoncia del diente temporario y el tratamiento local con algún cáustico (ácido tricloroacético al 30%, ácido crómico, percloruro de hierro, sulfato de cobre).⁶

La aparición de los concentrados comerciales de factores en déficit ha mejorado notablemente la calidad de vida de estos pacientes. Sin embargo también ha ocasionado el aumento de posibilidades de contaminación por vía sanguínea de virus como el de hepatitis y el HIV.⁸

esto significa que en ocasiones se está tratando quirúrgicamente un paciente que padece hemofilia y/o hepatitis o HIV; lo que complica aún más el acto quirúrgico.⁹

Cuando se interviene quirúrgicamente, bajo anestesia loco-regional (troncular del dentario inferior), nunca se debe efectuar sin transfusión previa ya que de lo contrario el hematoma regional y edema consecuente ponen en peligro la vida del enfermo, por asfixia dada por compresión de la vía aérea alta.

Cuando la anestesia a aplicar es infiltrativa, no troncular, no es necesaria la transfusión previa pero si la impulsión del líquido al seno de los tejidos en forma lenta y pausada, lo que evitará hematomas por presión. La conducta postquirúrgica de estos pacientes, no sigue un patrón regular en lo que al sangrado se refiere, ya que en ocasiones los enfermos con hemofilia grave sangran menos que los leves, por lo que el cirujano nunca debe confiar solamente en las evaluaciones previas.

*Jefe de los Servicios de Odontología del Instituto de Investigaciones Hematológicas "Mariano R. Castex" de la Academia Nacional de Medicina, y de la Fundación de la Hemofilia de Buenos Aires.

** Integrantes de los mismos Servicios

La técnica quirúrgica, debe ser minuciosa y delicada para evitar traumatismos innecesarios, tratando de resguardar la mayor cantidad de patrimonio óseo, ya que éste nos ofrece la posibilidad de un tapón hemostático (adhesivo tisular biológico, surgicel, etc.). Es importante tener la precaución adecuada con el uso de aspiradores, (hemosuctores) potentes, como así también en la colocación traumática de los separadores.

La sutura post quirúrgica, se realiza sin excepción ya que ofrece grandes ventajas en la hemostasia y la evolución post operatoria, evitando que el edema consecuente, separe los labios de la herida.

En los casos de cirugía ambulatoria, el paciente debe permanecer, una vez finalizado el acto quirúrgico, unos minutos en reposo antes de retirarse, para poder comprobar la hemostasia definitiva y explicarle los cuidados correspondientes. Estos difieren de los suministrados a un paciente normal, ya que todo lo que se indica, tiene como objetivo principal, la estabilidad del coágulo.

Se sugiere que la temperatura de los alimentos a ingerir, sea natural o fría, ni caliente ni tibia, ya que el calor provoca vaso-dilatación y aumenta las posibilidades de sangrado. Este tipo de alimentación, se debe seguir durante seis o siete días, con controles de la herida por parte del cirujano.

El paciente no debe salivar, ya que la succión provocada dentro de la cavidad bucal, puede "arrastrar" el coágulo formado. Por la misma causa, no debe fumar ni utilizar elementos que funcionen por aspiración (bombilla, pajita, etc.).

El apósito de gasa que se coloca en la herida, para protegerla, debe permanecer en su lugar entre cinco y siete horas (plazo en que probablemente estará estabilizado el coágulo).

Se contraindican los buches, pero no el cepillado de piezas dentarias remanentes.

Los controles de estos enfermos, se realizan la mayor cantidad de veces posibles, para seguir su evolución y prevenir alteraciones hemostáticas.

Con respecto a la medicación, ésta difiere de la convencional en que no se pueden indicar drogas antiinflamatorias no esteroides, como los analgésicos derivados del ácido acetilsalicílico, por su acción modificadora de la función plaquetaria; si es necesario, se prescribe un antibiótico.

Con respecto a esto último, en la literatura, hay quienes sistemáticamente medican a los pacientes con hemofilia para realizar un intervención quirúrgica bucal, sea ésta menor, mediana o mayor.

En ocasiones y debido a la cicatrización guiada y retardada que se produce, podemos acompañar este proceso con algún antibiótico de amplio espectro, pensando que estamos frente a pacientes que poseen un sistema inmunológico deteriorado. Sin embargo no lo hacemos rutinariamente debido a dos causas: primero la gran mayoría de ellos evoluciona sin complicaciones infecciosas postquirúrgicas y segundo con la intención de proteger la mucosa gástrica, y la intestinal de las agresiones medicamentosas que se pueden traducir en hemorragias.

El comportamiento quirúrgico de estos enfermos, es sumamente variable tanto en los que respecta a los tejidos duros como blandos.

Hay heridas que en los primeros siete u ocho días presentan un aspecto normal, con evolución favorable, en lo que respecta a la aproximación de los colgajos y apitelización o revestimiento, cambiando repentinamente; ofreciendo un distanciamiento de los labios de la herida, sin causa aparente, con edema localizado y casi siempre gingivorragia, lo que se traduce en un retardo de la cicatrización aproximadamente entre diez y doce días.

La conducta a seguir, es siempre la misma: realizar una toilette de la zona, si hace falta se infiltra anestesia para evitar el dolor, y colaborar con la hemostasia, se topica con algún cáustico y se coloca un hemostático local (de ser posible que sea reabsorbible); luego se coloca un apósito de gasa para comprimir la región afectada.

En ocasiones se utiliza sutura para aproximar los labios de la herida que pueden haber sido distanciados por el edema. La experiencia recomienda que la sutura no sea reabsorbible dado que al incrementarse el cúmulo de desechos sobre los hilos, aumenta la posibilidad de sangrado.

Con respecto a los tejidos duros, hemos observado como la sangre contenida en una cavidad ósea, a veces se transforma en un elemento sumamente osteolítico.

En lo que se refiere al segundo grupo, podemos decir que las inmunodeficiencias, son estados patológicos caracterizados por una falta total o parcial de las respuestas inmunitarias.⁵

Tradicionalmente se reconocen dos grandes grupos

de carencias: primarias y secundarias.

Las primeras son afecciones primitivas del sistema inmunológico, generalmente hereditarias o congénitas.

Las segundas son igualmente estados deficitarios, pero causados por otra enfermedad o síndrome.

Las deficiencias inmunológicas, como lo que sucede en períodos bajo tratamiento quimioterápico, traen aparejadas graves complicaciones bucales con alto riesgo sistémico.⁶

Las alteraciones inmunológicas suelen ser tan variables que las complicaciones son causa de modificación constante de los planes quirúrgicos programados. El estudio minucioso de la historia clínica en base al momento hematológico, inmunológico, e infeccioso es el que fijará la conducta quirúrgica. En síntesis el estado general del paciente es condicionante del acto quirúrgico.

Suponiendo que el enfermo esté compensado, si la cirugía es pre quimioterapia, es fundamental la evaluación de la fórmula utilizada; ya que se decidirá la conducta a seguir de acuerdo a su composición.

Cuando la consulta quirúrgica es posterior a la quimioterapia, es fundamental la evaluación de la fórmula utilizada; ya que se decidirá la conducta a seguir de acuerdo a su composición.

Cuando la consulta quirúrgica es posterior a la quimioterapia, podemos decir que se puede una vez evaluado al paciente, trabajar con mas tranquilidad ya que generalmente tenemos a una enfermo compensado. Los actos quirúrgicos en estos pacientes se realizan bajo cobertura antibiótica; ya que siempre existe algún grado de granulocitopenia. Cualquier otro tipo de medicación se prescribe en interconsulta con los médicos actuantes en el tratamiento general del enfermo.

Para tomar la determinación quirúrgica es importantes tener en nuestro poder todos los elementos de juicio necesarios, ya que en estos pacientes una intervención quirúrgica bucal inoportuna o innecesaria puede ser causa de una importante descompensación general.

En lo que respecta a los pacientes anticoagulados, la finalidad es lograr una mayor seguridad de los mismos, realizando las intervenciones quirúrgicas con hemostasia local exclusivamente, sin modificar o discontinuar la medicación anticoagulante. En este grupo de enfermos donde suele haber cardíacos (transplantados, con reemplazo valvular, etc.) hay que tener en cuenta el aspecto

psicológico, aún más que en la población general, la reacción con que dos personas responden al mismo estímulo varían considerablemente.¹

Los individuos reaccionan al dolor según su conformación básica, que puede variar desde estoicismo hasta sensibilidad extrema. Un paciente ocasional que no desee anestesia, podrá soportar una exodoncia mostrando pocas señales de dolor.

Otro paciente, bajo profunda anestesia local, puede reaccionar al colocar la pinza para exodoncia sobre la pieza dentaria a extraer.

La cardiopatía nos enfrenta básicamente con una ansiedad incrementada, ya que el corazón representa el motor de la vida.

Alrededor de toda ansiedad masiva se organizan defensas internas para mantener un equilibrio homeostático e impedir que el instinto de muerte incrementado produzca la angustia automática equivalente a la angustia primaria y aniquilante.

Por todo esto, debemos suponer que estamos frente a pacientes sumamente ansiosos.

Si a la posibilidad de la presencia de miedo le agregamos la ansiedad propia de su alteración cardíaca, tenemos un paciente difícil de manejar para realizar un tratamiento quirúrgico.¹

Consideramos de mucha importancia "la charla informal" con el paciente, la relación que le permite ir atravesando esa barrera de temor a lo desconocido, ya que de esta manera no solo obtendremos una mayor colaboración, sino que disminuirémos la posibilidad de inconvenientes creados por situaciones estresantes que hacen que el enfermo se encuentre permanentemente tensionado.

Con respecto a la técnica quirúrgica, una vieja y buena definición dice que "la técnica quirúrgica es la ejecución de las maniobras operatorias en forma reglada y sincronizada con el fin de lograr la mayor eficiencia".

Se equivoca quien crea que las maniobras quirúrgicas pueden realizarse correctamente "por instinto".

Hay que poseer una disciplina basada en el estudio conciente de cada maniobra, una vez adquirido el hábito de ejecución correcta, y solo entonces, las maniobras se ejecutan inconcientemente y adquieren carácter de espontaneidad.⁷

En síntesis, la actitud quirúrgica ante estos enfermos se resume a:

1) Hablar con el médico actuante para que modifique la terapia anticoagulante para la intervención, en lo que a los enfermos anticoagulados se refiere.

2) Si no se modifica dicha terapia (lo que disminuye la posibilidad de aparición de episodios tromboembólicos), se debe realizar la hemostasia en forma local.

3) Antibióticoterapia adecuada y específica cuando ésta se requiere.

En todos los casos es el médico hematólogo quien dirige y regula el tratamiento sistémico del enfermo. Sin embargo, el cirujano bucomaxilofacial tiene algunas formas de ubicarse en qué estado está el paciente.

Aquellas personas que están anticoaguladas son portadoras de un folleto instructivo (acorde con el lenguaje intelectual de cada uno), donde figura el KPTT, (Tiempo de tromboplastina parcial con kaolín), tiempo de Quick y lo más importante el RIN (Razón Internacional Normalizada).

Esta última es la que establece el rango quirúrgico, o sea la posibilidad de realizar la intervención o no; dicho rango oscila entre 2.5 y 3.5, lo que significa que fuera de estos valores se contraindica el acto quirúrgico. El RIN es el coeficiente entre el tiempo de protrombina del paciente y el tiempo de protrombina normal, elevado a la ISI (índice de sensibilidad internacional), o sea la respuesta de una preparación de tromboplastina a la reducción de los factores Vitamina K dependientes comparados con una referencia estándar.

ISI

$$RIN = \frac{TP \text{ PACIENTE}}{TP \text{ NORMAL}}$$

El cirujano debe exigir estas pruebas de laboratorio regidas por patrones nacionales e internacionales (OMS).

Es importante saber que si a pesar de leer el instructivo que porta el paciente, no se tienen en claro los problemas que puede acarrear la intervención quirúrgica del mismo, es preferible postergarla hasta lograr la interconsulta correspondiente.

Dirección postal: Gallo 1606 PB "B" Capital Federal
Buenos Aires, Argentina. CP 1425.
E-mail: edar656@arnet.com.ar

BIBLIOGRAFÍA

1. Blanco N.; Rey E.; Fucci M. "Enfermo con reemplazo de válvula cardíaca, bajo tratamiento anticoagulante como paciente odontológico: actitudes, manejos y recursos a utilizar. Revista de la A.O.A., Vol. N° 4. Pp 231-132, Junio 1981.

2. Blanco N.; Rey E.; Fucci M. "Cirugía Bucomaxilofacial en pacientes hemofílicos. Relación interdisciplinaria". Revista Odontología Bonaerense. Año 4, N° 9, pp 44 - 48, Julio 1981.

3. Blanco N.; Rey E.; Fucci M. "Cirugía de hemofílicos". Revista Odontomundo. Año 3, N° 4, pp. 19 - 20, Diciembre 1983.

4. Cabanne Carlos. "Tratamiento odontológico en las discrasias hemorrágicas". Instituto de Investigaciones Hematológicas "Mariano R. Castex" de la Academia Nacional de Medicina.

5. Glick M.; Garfunkel A. "Common oral findings in two different diseases. Leukemia and AIDS". Part. I- The compendium of continuing- Education in dentistry. Vol XIII, N° 7, July 1992.

6. Rey E.; Cabanne C.; Fucci M.; Ferello F. "Actualización en el tratamiento odontoestomatológico en pacientes con tendencia hemorrágica (hemofilia, leucemia, pacientes anticoagulados). "Boletín de la Academia Nacional de Medicina. Vol. 62, pp 489 - 492, 2° semestre, diciembre de 1984.

7. Rey E.; Cabanne C.; Fucci M.; Ferello F. "Manejo del paciente anticoagulado en forma crónica para la cirugía bucal". Revista de la Sociedad Argentina de Cardiología. Vol. 54, N° 6 pp 329 - 332. 1986.

8. Rey E.; Fucci M.; Pérez Bianco R.; Parreira M.; Muchnik G. "Hepatitis y SIDA, prevención del riesgo para el Odontólogo, su equipo profesional y la comunidad". Revista de la A.O.A. Vol. 78 N° 4, pp 128 - 129 octubre - diciembre 1990.

9. Cecotti E.; Rey E. SIDA, cáncer y otras afecciones bucales". Capítulo: "Conceptos fundamentales sobre el manejo odontoestomatológico de pacientes con discrasias sanguíneas". Pp 375 - 378. 1983.

Reabsorciones radiculares: ¿son controladas?

Dra. Ana María Caputo* - Dra. Alejandra López Guerrero** - Dra. Stella Maris Flores de Suárez*

Resumen

Las reabsorciones radiculares patológicas pueden producirse por causas endógenas y/o exógenas; pueden ser externas (comienzan en el cemento dentario) o internas (comienzan en el tejido pulpar).

Se observan con frecuencia en tratamientos ortodóncicos, por lo que deben aplicarse fuerzas con precaución, tanto en intensidad como en duración, evitando los excesos.

Para que se manifiesten deben coexistir fundamentalmente dos concomitantes, por un lado la predisposición genética individual, y por otro la causa desencadenante (traumática o anatómica patológica).

El proceso puede revertirse inactivando la causa; como es asintomático sólo será detectado radiográficamente.

Es propósito de este trabajo dar la información necesaria para prevenir, detectar o revertir las reabsorciones radiculares patológicas.

Palabras clave

Reabsorción radicular. Ortodoncia. Radiografías.

Summary

Pathological radicular reabsorptions may be produced by either endogenous or exogenous causes. They may be external (beginning at dental cement) or internal (beginning at pulp tissue). They may be frequently observed in orthodontic treatments; for this reason forces should be cautiously applied as to their intensity as well as duration, excesses being avoided. Their appearance in forcibly and mainly due to the coexistence of two concomitants, both the individual genetic predisposition and a traumatic or anatomical-pathological unchaining cause.

The process can be reversed by deactivating the cause; being nonsymptomatic, it will only be detected by x-rays.

The purpose of this work is to give the necessary information that will permit the pathological radicular reabsorptions to be prevented, detected or reversed.

Key words

Radicular reabsorption. Orthodontics. X-rays.

INTRODUCCIÓN

Uno de los problemas más difíciles de predecir en un tratamiento ortodóncico es la aparición como secuela, de un grado mayor o menor de reabsorciones radiculares. Al respecto cabe hacer algunas consideraciones previas:

Las reabsorciones radiculares obedecen a causas fisiológicas (dentición primaria) o patológicas.

En las reabsorciones radiculares patológicas la destrucción de los tejidos dentarios se produce por mecanismos biológicos desencadenados por distintas causas, muchas de las cuales no han podido ser bien aclaradas o determinadas.

Ya en 1887, Schwarkopt encontró reabsorciones en piezas extraídas.¹

*Jefas de Comisión —Clínica de Ortodoncia— Ateneo Argentino de Odontología.

**Docente concurrente Clínica Deformidades Dentofaciales - Ateneo Argentino de Odontología.

LOCALIZACIÓN

Esta anomalía puede presentarse en cualquier tercio radicular (apical, medio o cervical) abarcando uno o varios de ellos. Puede también presentarse en cualquier cara radicular, no pudiendo determinarse radiográficamente su ubicación, si lo hacen bucal o lingualmente. Lo mismo ocurre si los espacios lacunares son muy pequeños. La reabsorción radicular es impredecible a diferencia de la ósea alveolar.

CLASIFICACIÓN

Hay diversas clasificaciones. Graber y Swain², las clasifican según su etiología, en: por causa conocida y por causa desconocida o idiopáticas; según su posibilidad de reparación en reversibles e irreversibles, y según su origen y localización en internas y externas. (Fig. 1 A y B).



Fig. 1A: Reabsorción radicular externa, producida por un traumatismo previo al tratamiento ortodóncico.



Fig. 1B: Reabsorción radicular interna.

Considerando esta última clasificación como la más útil, nos manejaremos con ella en el presente artículo y así pasaremos a detallarlas.

Reabsorción radicular externa: Se produce en dirección centrípeta ya que comienza en el periodonto y continúa dirigiéndose hacia la pulpa.

El periodonto, estimulado por una agresión desusada, parece considerar a la raíz como a un cuerpo extraño. Inicia su destrucción en el cemento pudiendo avanzar hasta la dentina y pulpa. En caso de existir una infección en esta última, el proceso se acelera.³

Reabsorción radicular interna: Por el contrario su dirección es centrífuga, comienza en la pulpa e interesa dentina pudiendo llegar al cemento, esmalte y periodonto. Es producida por inflamación crónica de la pulpa, ocasionada por infecciones previas. Si esta reabsorción ocurre en la zona cervical, puede llegar al esmalte detectándose clínicamente en la corona como pequeñas manchas de color naranja. Salvo en esta última circunstancia, tanto las reabsorciones radiculares externas como internas generalmente son hallazgos radiográficos.

La mayoría de los autores, como Graber, Rosé y Guardo, coinciden en que son asintomáticas.^{2,4,5}

PROCESOS HISTOLÓGICOS

Según los Dres. Cabrini⁶ y Bhaskar⁷, histológicamente se verifica:

a) En el cemento: al romperse las relaciones de equilibrio aparecen en el tejido células que se diferencian del periodonto (cementoclastos) las que, en primera instancia, eliminan material inorgánico (desmineralizan o descalcifican) y luego, por un proceso enzimático, desintegran materia orgánica. Si el equilibrio se restablece, los cementoblastos reparan la zona con tejido cementoi-de.

b) En la dentina: luego de la reabsorción cementaria, los dentinoclastos continúan con el mismo proceso en la dentina.

c) En el esmalte: se presenta en casos de piezas retenidas durante mucho tiempo, pudiendo llegar a la dentina. Por inflamación del saco dental comienza el proceso y, si se detiene, su reparación se verifica a través de hueso esponjoso. (Fig. 2 A y B).

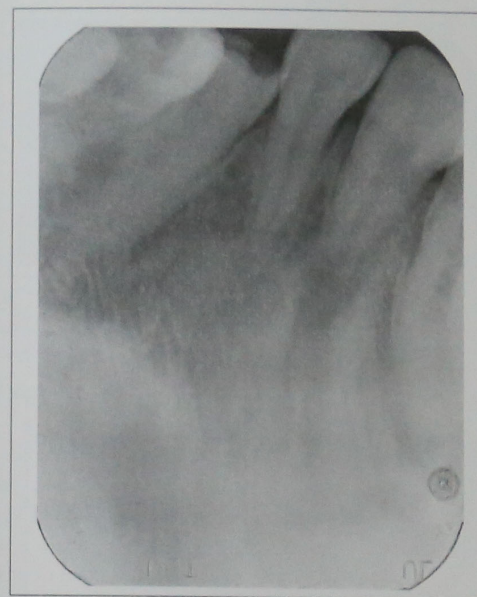


Fig. 2A: Reabsorción del esmalte en un canino retenido por largo tiempo.

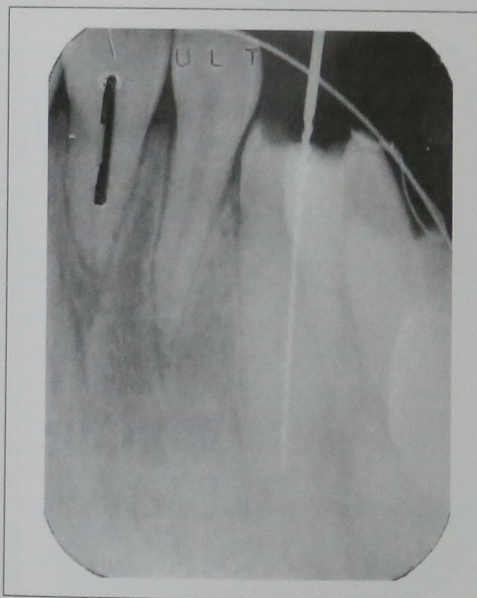


Fig. 2B: Tratamiento endodóntico en la misma pieza para realizar la restauración coronaria.

El Dr. Bien⁸ estudió los cambios en el sistema venoso que rodea al ápice radicular. La presión continua hace que se distorsione dicho sistema y que se liberen burbujas de dióxido de carbono, aumentando la concentración de ácido carbónico, creando un ambiente favorable para la descalcificación y posterior reabsorción. La caída del pH local causa descalcificación en la raíz, precedida casi siempre por la hialinización del ligamento periodontal, formando en un principio pequeñas lagunas. Si las lagunas se presentan en los tercios marginal y medio, la función y estabilidad de la pieza no se ve comprometida. Sólo la reabsorción apical es una lesión en que peligran la estabilidad y la función normal del diente. La prevención consisten en evitar todo lo que pueda provocar o aumentar la reabsorción en esa zona.

CAUSAS:

Pueden ser:

- Sistémicas: odedecen a problemas metabólicos como en las hipocalcémias del hiperparatiroidismo, en casos de desnutrición o en osteoporosis crónicas, entre otras.
- Genéticas: determinan la predisposición o susceptibilidad a las reabsorciones.
- Locales: pueden ser apiñamientos, dientes retenidos, tumores, quistes o fuerzas traumáticas (producidas por golpes o fuerzas ortodóncicas). (Fig. 3).

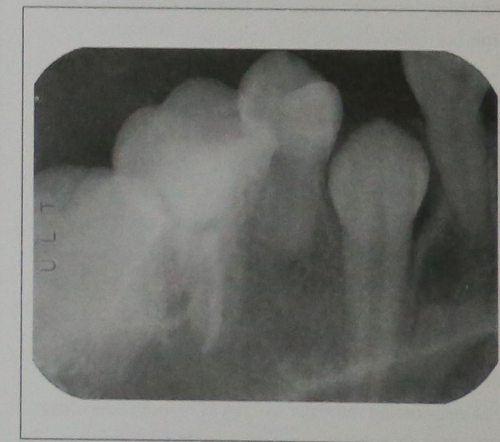


Fig. 3: Reabsorción radicular externa en un premolar superior usado como pilar para terminación de un arco.

INVESTIGACIONES DE LABORATORIO

Wheller y Stroup⁹ realizaron investigaciones en ratones, sobre raíces reabsorbidas que fueron sometidas a traumas previos. Tomaron dos lotes de ratones A y B. Al lote se lo inmunizó con un antígeno producido con extracto de dentina cruda de ratón, cuya obtención se produjo por el método Elisa. Al lote B se lo tomó como testigo.

En primera instancia observaron que toda reabsorción produce anticuerpos Serum.

Diferencia entre los lotes A y B: En los ratones del lote B se produjeron reabsorciones que coincidieron con la declinación de dichos anticuerpos Serum. En el lote A no hubo reabsorciones, aumentando el tenor de anticuerpos. En seres humanos se comprobó que, cuando hay reabsorciones declinan los anticuerpos Serum, por lo que se está procurando encontrar el antígeno correspondiente ya que las investigaciones realizadas por King¹⁰ sugieren que el aumento de los anticuerpos de dentina protegen de la reabsorción a las raíces traumatizadas.

Otras investigaciones en ratas, realizadas por el Dr. Igarashi y colaboradores¹¹, determinaron que al realizar topicaciones subperiósticas con un potente bloqueador de la reabsorción ósea, "risedronate", en raíces con reabsorción, se conseguían grandes reparaciones. Este trabajo de investigación llevó a pensar que las aplicaciones sistemáticas pueden reducir los factores de riesgo y solucionar las reabsorciones ya instaladas.

INCIDENCIA Y FACTORES PREDISPONENTES

La mayor incidencia se da en los incisivos laterales superiores, le siguen los premolares y caninos.

Se pueden observar reabsorciones radicales en incisivos laterales ante la erupción del canino, presentándose este hecho con mayor frecuencia en aquellos pacientes con traumatismos previos (Fig. 4A y B). (Fig. 5).

REABSORCIONES EXTERNAS RELACIONADAS CON LA ORTODONCIA

La reabsorción radicular externa es un problema crítico y ocasional en pacientes con tratamiento ortodóncico.¹² Ante este riesgo debemos realizar algunas consideraciones previas, como tener presente:



Fig. 4A: Reabsorción del incisivo central por erupción ectópica del canino.



Fig. 4B: Exodoncia del incisivo central para permitir la erupción del canino en su lugar.

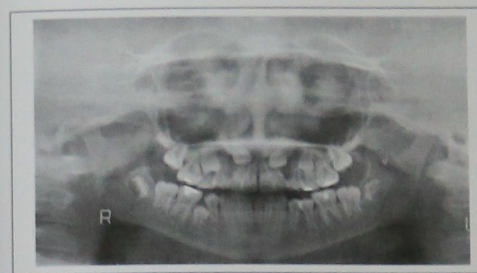


Fig. 5: Reabsorción de incisivos laterales superiores por la erupción de los caninos en un caso de marcada discrepancia diente - hueso.

FACTORES PREDISPONENTES

a) Forma radicular: en dientes con raíces cónicas, dilaceradas y angostas, se verificó mayor predisposición a las reabsorciones, al igual que en piezas con raíces largas. En estas últimas está en discusión si el riesgo obedece a su morfología o a la mayor fuerza que se necesita para su movilización¹³ (Fig. 6).

b) Contacto de los ápices con el hueso cortical.

c) Hábitos que aumentan el riesgo de reabsorciones, tales como mordedura de uñas, interposición lingual, uso de chupete o succión de dedo. (Fig. 7).

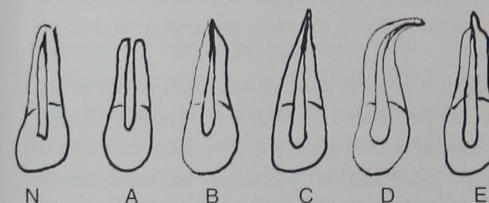


Fig. 6: Formas radiculares. N: normal; A: redondeada; B: erosionada; C: cónica; D: dilacerada; E: en botella.

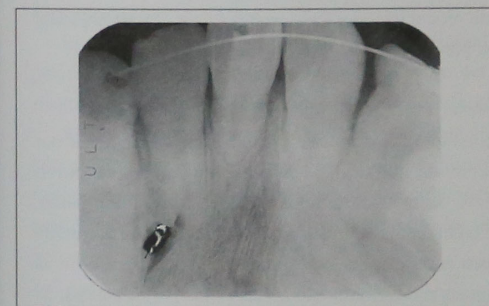


Fig. 7: Reabsorción de incisivo central por hábito de succión de dedo.

FUERZAS APLICADAS DURANTE EL TRATAMIENTO

Se comprobó que las fuerzas pueden producir reabsorciones, dependiendo de la magnitud, punto de aplicación y tipo de aparatología con la que se realizan.¹⁴

Cuando se emplean fuerzas ortodóncicas, suele producirse una agresión contra el cemento de la raíz, semejante a la que sufre el hueso adyacente, pero también se produce una reparación del mencionado cemento.¹⁵

La remodelación de la raíz es una característica constante en la movilización ortodóncica dental, pero sólo se producirá una pérdida permanente de la estructura radicular si la reparación no repone el cemento.¹⁵

La pérdida permanente de la estructura radicular como consecuencia de movimientos ortodóncicos, afecta fundamentalmente al ápice, puesto que en los demás sitios de la raíz se reemplaza por tejido cementoide al cesar el movimiento. (Fig. 8) (Fig. 9).

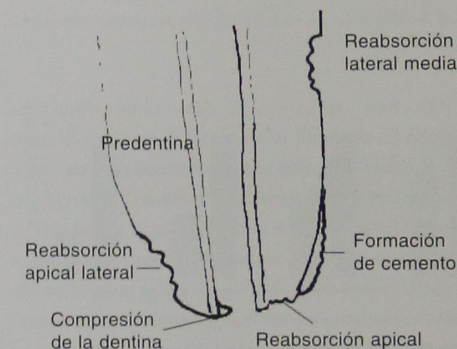


Fig. 8: Efecto del movimiento dentario sobre la raíz de un diente en desarrollo

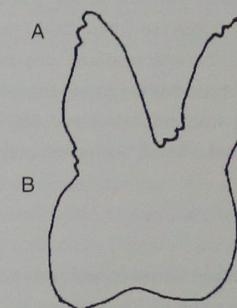


Fig. 9: Áreas de reabsorción en un molar sometido a movimiento continuo en masa. Reabsorción apical (A) y lateral (B).

Al respecto, Ngan¹⁶ observó que en expansiones rápidas del maxilar superior con aparatología fija, podían producirse reabsorciones en las raíces de las piezas de anclaje (fig. 10). Generalmente se observa un acortamiento apical de premolares y molares, no llegando a ser completo.

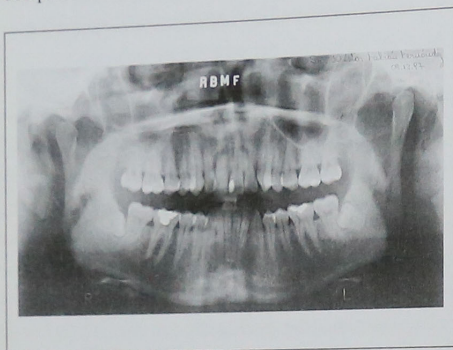


Fig. 10: Reabsorción en 14 y 24 luego de un tratamiento de expansión.

El Dr. Bien⁸ opina que la reabsorción radicular es provocada no tanto por la magnitud de una fuerza como por su régimen de aplicación, al respecto asevera que si se usan fuerzas intermitentes y de inclinación, la reabsorción radicular será insignificante en tanto que el uso de fuerzas prolongadas en inclinación o intrusión pueden provocar la reabsorción en el ápice. Otros autores no observaron variaciones en las reabsorciones ante la aplicación de fuerzas continuas o intermitentes, como tampoco con el uso de arcos parciales o totales^{14,17}.

La traslación en masa, con fuerzas continuas, en dirección mesial o distal, produce menor reabsorción y menor hialinización, según fue comprobado experimentalmente en monos.¹⁸ El efecto verificado fue una hialinización inicial seguida por una laguna en el tercio medio radicular, siendo ésta insignificante y pudiendo considerarse un efecto colateral normal, que repara al finalizar el movimiento.

BRACKETS

El uso de brackets con torque (angulados) aumenta la incidencia de reabsorciones en los incisivos laterales superiores¹⁹ debido a la asociación estructura radicular / tipo de brackets.

TORQUE

No es recomendable en dientes anteriores por los riesgos que se corren dada la escasa densidad y espesor de las paredes vestibular y palatina. Si se realiza un fuerte movimiento de torque las raíces se fuerzan contra el hueso alveolar dando como resultado la reabsorción. Esto puede prevenirse usando arco de canto delgado, aunque también pueden presentarse reabsorciones si este elemento actúa durante un período demasiado largo². En adultos jóvenes y en adultos, es más frecuente la reabsorción por exceso de torque en los dientes anteriores.

MOVIMIENTOS

Los mayores casos de reabsorción se dieron en tratamientos con movimientos retrusivos en comparación con aquellos en los que se realizaron extrusiones, protrusiones o intrusiones²⁰. Aunque hay autores, como Dermaut y De Munck, que mencionan reabsorciones en movimientos de intrusión.²¹

SEXO Y EDAD

La reabsorción aumenta en relación al sexo, siendo más frecuente en hombres que en mujeres y también se incrementa en forma directamente proporcional con la edad.²⁰

El trayecto mesio distal es más favorable que el vestibulo lingual, por la existencia de hueso esponjoso en el interseptum en los pacientes adultos. También en éstos, el tercio apical está más anclado por la gruesa capa de cemento y fuertes fibras apicales de la raíz. Si se mueve un diente adulto corta distancia, se genera poco movimiento en su ápice en tanto que si la distancia es mayor puede producirse una reabsorción apical con destrucción de su pared ósea alveolar. (Fig. 11)

TIEMPO

La importancia de este factor queda comprobada por el hecho de que no hay lesiones radiculares en movimientos dentarios realizados con aparatología removible.

Tratamientos activos de varios meses de duración pueden influir en la reabsorción radicular debido a la compresión o estiramiento de las fibras periodontales. Si se mantiene la presión sobre determinadas áreas donde ya se ha iniciado un proceso de lacunización, la reabsorción

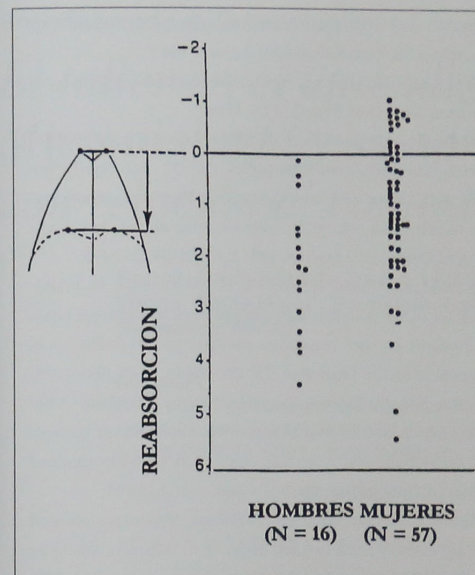


Fig. 11: Gráfico que muestra la mayor predisposición a la reabsorción en el sexo masculino.

ción se acelera. Esto es observable en dientes movidos continuamente a través de una distancia grande²

DIENTES CON TRATAMIENTO ENDODÓNTICO

Aplicando fuerzas traumáticas a piezas con y sin tratamiento de conductos, se observó menos reabsorción en las tratadas endodónticamente con respecto a las contralaterales sin tratamiento.¹³ Es por esta razón que algunos autores consideran preventivo el tratamiento endodóntico en piezas con alto riesgo.

DIENTES REIMPLANTADOS

En reimplantaciones mediatas, la destrucción total del periodonto provoca la reabsorción a largo plazo del cemento y la dentina reemplazándolos con tejido osteoide.

Se cree, en general, que las reabsorciones radiculares son producidas más por una susceptibilidad individual que por la magnitud de la fuerza o de los movimientos realizados, lo que indica qué factores desconocidos influyen en estas reacciones.

TRATAMIENTO

Toda reabsorción puede ser reparada al cesar la causa

que pudo darle origen. El tratamiento varía según se trate de: Reabsorción radicular externa: la reparación se lleva a cabo cuando hay más áreas no reabsorbidas que reabsorbidas y se logra mayor efectividad en individuos jóvenes.¹⁴

Una vez producida la reabsorción por fuerzas ortodónticas, se comprobó sobre 64 premolares, el éxito del siguiente tratamiento¹⁰:

- Fijación de las piezas afectadas con arcos rectangulares parciales.
- Ferulización con acrílico para sacarlas de oclusión.

Durante las primeras semanas no puede verificarse radiográficamente el proceso de reparación, a partir de la quinta semana sí y a la octava semana aparecen imágenes que indican el máximo de reparación. Luego el proceso continúa lentamente hasta completarse. (Fig. 12).

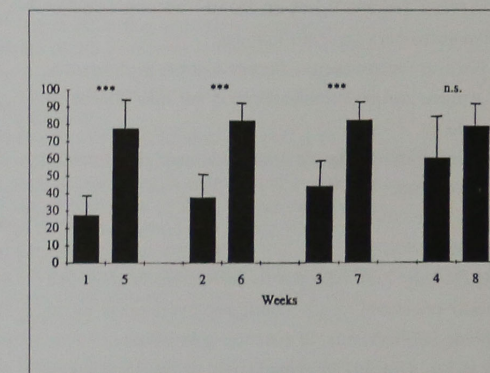


Fig. 12: Grados de reparación de variables en 64 dientes al cabo de seis semanas de aplicación de fuerza, seguida de ocho semanas de retención con arco seccional pasivo.

Si antes de la reparación total de las piezas éstas son sometidas nuevamente a fuerzas, no repararán. El sistema inmunológico influye en la reabsorción. Hoy se sabe que hay sustancias inmunizadoras que activan los anticuerpos de la dentina, como el ácido arginino glicino aspártico, proteínas, colágeno y péptidos, por lo cual se aconseja su consumo durante el período de reparación.⁹

REABSORCIÓN RADICULAR INTERNA

Es resuelta mediante tratamiento endodóntico.

CONCLUSIÓN

Teniendo en cuenta lo expuesto precedentemente, para minimizar los riesgos es conveniente:

- Realizar, previo al tratamiento ortodóncico, una exhaustiva Historia Clínica, consignando enfermedades preexistentes, actuales, tratamientos de ortodoncia anteriores, traumatismos antes y durante la atención, bruxismo, etc.

- Detectar la presencia de factores de riesgo, como por ejemplo, hábitos.

- Indagar sobre la herencia por las condiciones genéticas y bioquímicas individuales.

- Tomar radiografías panorámicas para detectar la presencia de dientes retenidos, supernumerarios, sendas de erupción ectópicas, quistes, tumores, reabsorciones presentes antes del tratamiento, forma radicular, etc.

- Tener en cuenta la severidad de la maloclusión por la cantidad y tipo de movimientos a realizar.

- Aplicar fuerzas ligera en dientes anatómicamente predisuestos para las reabsorciones.

- No usar fuerzas fuertes durante tiempos prolongados.

- Aplicar torque limitadamente y no más allá de lo necesario.

- Tomar radiografías de control durante el desarrollo del tratamiento.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Luis Zielinsky, por su desinteresado apoyo, su estímulo constante y sus continuas enseñanzas en el campo de la ortodoncia, la docencia y la vida.

A la Lic. Graciela Piantanida, por su colaboración en la búsqueda bibliográfica para la elaboración del presente artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Nanda, R. Biomecánica en ortodoncia clínica. 1997.
2. Graber y Swain. Conceptos y técnicas. Editorial Panamericana. Pp. 124 - 210. 1979.
3. Maisto, Oscar. Endodonci. Pp 288. Editorial Mundi. 1967.
4. Guardo, Ricardo. Atención del paciente. Pp.779.
5. Rosé, Ricardo. Biología del movimiento dentario -1ª parte-. Rev. del Círculo Argentino de Odontología. 24 (176): 13 - 8,23 - 5. 1995.
6. Cabriní, Rómulo y Domínguez, Francisco. Anatomía patológica bucal. Cap. 3: Lesiones adquiridas. Pp 63. Editorial Mundi. 1980.

7. Bhaskar, S.N. Histología Embriología bucal de Orban. Cap. 6: Cemento. Pp. 198. Editorial El Ateneo. 1983.
8. Bien, S.M. Fluid dynamic mechanisms which regulate tooth movement. Adv. Oral Biol. 2: 173. 1966.
9. Wheeler, Timothy and Stroup, Suzanne. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics. Pp. 352 - 356. April 1993.
10. Ng, K.T.; King, G.J. and Courts, F.J. Humoral immune response to activator root resorption with a murine model. Am. J. Orthod. And Dentofacial Orthop. 985; Pp. 456 - 472. 1990.
11. Igarashi, K; Adachi, H.; Mitani, H and Shinoda, H. Inhibitory effect of the topical administration of a bisphosphonate (Risedronate) on root resorption incident to orthodontic tooth movement in rats. J. Dent. Res. 75; Pp. 1644 - 1649. Sep. 1996.
12. Harris, Edgard; Kineret, Stephe and Tolley, Elizabeth. A heritable component for external apical root resorption in patients treated orthodontically. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics. Pp. 301 - 309. March, 1997.
13. Mirabella, Davide. Risk factors for apical root resorption of maxillary anterior teeth in adult orthodontic patients. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics. Vol. 108, Nº 1. Pp. 48 - 55.
14. Owan, Molly Py; Kurol, Juri and Lundgren, Dan. Repair of Orthodontically induced root resorption in adolescent. The Angle Orthodontist. Vol. 65, Nº 6. Pp. 403 - 408. 1995.
15. Reitan, K. Biomechanical principles and reactions. In Graber, T.M. and Swain, B.F.: Orthodontics Current Principles and Technique. St. Louis, 1985. Mosby year book.
16. Ngan, Peter. Repair of orthodontically induced root resorption in adolescents. The Angle Orthodontist - Vol. 65. Nº 6. 1995.
17. Owan, Molly Py; Kuro, Juri and Lundgren, Dan. Repair of orthodontically induced root resorption in adolescents. The Angle Orthodontist. Vol. 65. Pp. 395 - 401. 1995.
18. López Gaito, G.; Wallen, T.; Litter, R. and Joondeph, D. The effect of extraction and orthodontic treatment on dento alveolar support. Am. J. Orthod. (in press).
19. Stanley, A. Alexander. Levels of root resorption associated with continuous arch and sectional arch mechanics. American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics. Pp. 321 - 324. Sep. 1996.
20. Baumrind, Sheldon; Korn, Juri and Boyd, Robert. Apical root resorption in orthodontically treated adults. American Journal. Pp. 311 - 320. Sep. 1996.
21. Nanda, R. Biomecánica en ortodoncia clínica. Cap. 5: Aspectos biomecánicos de la mecánica de Clase II. Derraut, L. y DePauw. Pp. 88. 1997.

Dirección de los autores: Anchorena 1176.

Enseñanza de la Odontología

El taller en el aprendizaje de la Microbiología y su aprovechamiento con relación al contexto socioeconómico

Bernat, María Isabel* - Turcot, Liliana - Mateo, María Teresa
Vilotta, Stella Maris - Perelstein, Carlos - Belestrieri, Jorge
Bermolem, Miriam

Resumen

En la enseñanza tradicional el alumno asume un rol pasivo en el desarrollo de la clase y el docente actúa como un transmisor de conocimientos.

El taller es una técnica de enseñanza que permite múltiples interrelaciones docente - alumno posibilitando el análisis de los temas tratados.

El objeto de este trabajo fue comparar el aprovechamiento del taller con relación a clases teóricas convencionales considerando, además, el contexto socioeconómico de cada alumno en particular.

La población estudiada consistió de 160 alumnos de la Cátedra de Microbiología General de FOUBA, distribuidos en cuatro grupos de trabajo. Estos desarrollaron en forma de taller, cuatro temas correspondientes al programa de estudio.

Cada uno de los contenidos en el taller se comparó con un grupo control que adquirió el conocimiento a través de una clase teórica convencional.

El contexto socioeconómico fue evaluado a través de las encuestas a los alumnos participantes.

De acuerdo a los resultados obtenidos se pudo concluir que el rendimiento de la técnica de taller, analizado estadísticamente, fue significativo en un 50%, y que el factor socioeconómico influyó en el aprovechamiento del aprendizaje en cualquiera de las metodologías utilizadas.

Por lo tanto es necesario valorar toda metodología pedagógica, utilizando cada una de ellas en las situaciones que correspondan.

Palabras clave

Taller de aprendizaje
Interrelación docente - alumno
Acción dinámica de grupo
Grupo de reflexión
Contexto socioeconómico

Summary

In the traditional teaching the student assumes a passive list in then development of the class and the educational one acts as a transmitter of knowledge.

The workshop is a teching technique that allows multiple you interrelate educational - student facilitating the analysis of the treated topics.

The objet of this work was to compare the use of the workshop in relation to conventional theoretical classes considering also, each students socioeconomic context in particular.

The studied population consisted of 160 students of the Class of General Microbiology of Odontologia UBA S Ability, distributed in four work groups. These developed in form of workshop four topics corresponding to the study program.

Each one of the contents in the workshop was compared with a group control, which acquired the knowledge throug a conventional theroretical class.

The context economic partner was evaluated through surveys to the participant students.

According to the obtained results you could conclude that the yield of the workshop technique, analyzed statistically, was significant in 50% and that the socioeconomic factor influenced in the use of the learning in anyone of the used methodologies. Therefore, it is necessary to value all pedagogic methodology using each one of them in the situations that correspond.

Key words

Learning - workshop
Interrelation educational - student
Dynamic - action of the group
Reflection - group
Socioeconomic context

En la metodología de la enseñanza tradicional, las clases de exposición no tienen en cuenta el conocimiento previo del alumno con respecto al tema a tratar. Los estudiantes se ubican en una situación pasiva, mientras que el docente es el transmisor de la información.^{1,3} De esta manera, la relación entre el docente y el alumno resulta agobiante para ambos. Para el alumno, ya que no le permite manifestar sus intereses, expresar sus opiniones y revalorizar sus conocimientos previos.

Y para el docente, porque se encuentra en una situación de sobreexigencia y esfuerzo.²

En más de una oportunidad se hace mención al desinterés que los alumnos demuestran por las clases, el cual no siempre debe ser atribuido a una característica propia de los alumnos.⁵

La influencia de factores socioculturales, las enseñanzas rutinarias, los programas demasiado extensos, la cantidad excesiva de asignaturas cursadas por período lectivo y las necesidades particulares de trabajo, influyen en ese desinterés.²

A diferencia de las clases convencionales, el taller es una técnica de enseñanza que permite múltiples interrelaciones entre el docente - alumno y alumno - alumno facilitando el análisis y fijación de los temas tratados, en algunos momentos en forma grupal, y en forma individual.⁴

Este proceso de enseñanza - aprendizaje posibilita un tiempo de reflexión personal, de confrontación con el propio conocimiento y el análisis sobre dudas y proyectos.⁴

Sobre la base de lo anteriormente expuesto, el objetivo de este trabajo fue comparar el aprovechamiento de una técnica dinámica y personalizada, el taller, con relación a clases teóricas convencionales; teniendo en cuenta el contexto socioeconómico de cada alumno en particular.

MATERIALES Y MÉTODOS

La población estudiada consistió en 160 alumnos de 1er. año de la Carrera de Odontología de FOUBA, que cursaban Microbiología General.

Los alumnos fueron divididos en cuatro grupos para los siguientes talleres: célula bacteriana, hongos, parásitos y virus. A cada grupo se le suministró la bibliografía correspondiente para su consulta, lectura y/o estudio.

La dinámica de trabajo en el taller se desarrolló durante un encuentro semanal de 120 minutos. El día esta-

blecido para el desarrollo del taller, el docente a cargo del mismo propuso la actividad otorgando sesenta minutos para que los alumnos analizaran el material de consulta. El grupo de estudiantes fue dividido en subgrupos, se seleccionó un coordinador para la exposición y discusión de cada subtema.

Una vez finalizada la exposición de todos los subgrupos, el docente promovió el diálogo, el intercambio y la interrelación clínica - microbiológica de lo expuesto.

Cada uno de los temas tratados en forma de taller, se comparó con un grupo control que adquirió el conocimiento mediante una clase teórica expositiva.

Además fue realizada una encuesta para establecer si los alumnos trabajaban o no, y para evaluar si el taller como actividad dinámica, favorece el proceso de enseñanza - aprendizaje.

Se realizaron preguntas escritas de tipo no objetivas correspondientes a cada uno de los temas, que fueron evaluadas a doble ciego y a cada una se le adjudicó una puntuación del 1 al 10.

Para el análisis estadístico de los resultados se realizaron las medias, prueba de T y el análisis de varianza de las calificaciones obtenidas por los alumnos.

ENCUESTA REALIZADA A LOS ALUMNOS

—En este semestre ¿Cuántas materias cursa además de Microbiología? Mencionalas:

—¿Cuántas materias cursa en el año? Mencionalas:

—¿Trabaja? SI ☐ NO ☐

—¿Cuántas horas diarias trabaja?

—¿Su trabajo está relacionado con la Odontología?

SI ☐ NO ☐

—¿Cursa otra carrera universitaria u otro estudio paralelo?

SI ☐ NO ☐

—¿Cuál?

—¿Cursa en la facultad todos los días?

SI ☐ NO ☐

—¿Tiene días de la semana libres?

SI ☐ NO ☐

—¿La fecha del parcial de Microbiología se le superpone con el parcial de otra materia?

SI ☐ NO ☐

—¿Tendrá parciales en la semana anterior o posterior al examen parcial de Microbiología?

SI ☐ NO ☐

Cite en cuál materia:

—En esta Cátedra se ha implementado en algunos temas una actividad no habitual: Seminarios - Taller. Recibió algún comentario al respecto:

SI ☐ NO ☐

—Recibió el comentario de sus compañeros:

SI ☐ NO ☐

—La opinión de ellos fue favorable:

SI ☐ NO ☐ INDIFERENTE ☐

—Ha tenido experiencia propia en la participación de estos grupos:

SI ☐ NO ☐

—Su experiencia fue favorable

SI ☐ NO ☐ INDIFERENTE ☐

—Le incomodó participar en esta experiencia:

SI ☐ NO ☐ INDIFERENTE ☐

—Si no lo hizo, le hubiera gustado participar de estas experiencias:

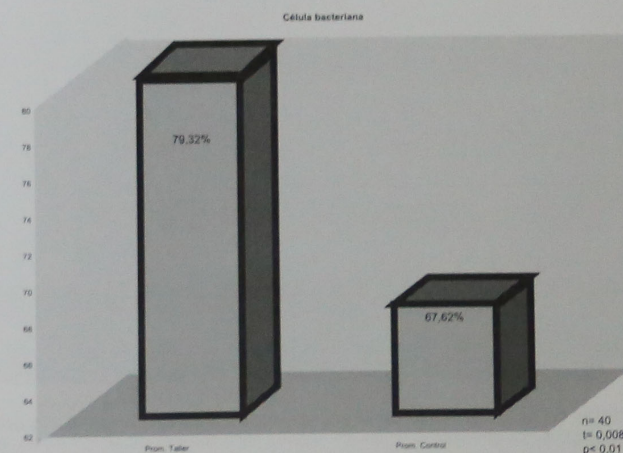
SI ☐ NO ☐ INDIFERENTE ☐

—Cree que este tipo de actividades, favorecen el proceso de enseñanza aprendizaje

SI ☐ NO ☐

RESULTADOS

Comparando los resultados obtenidos en el aprovechamiento del aprendizaje en el tema célula bacteriana los promedios de las calificaciones del taller, fueron más altos (79,32%) comparados con los promedios del control (67,62%), con una $p < 0,01$, diferencia, altamente significativa (fig. 1).



Las comparaciones entre los promedios de cada una de las respuestas entre el taller de célula bacteriana y sus controles demostraron diferencias en favor del taller en

todas las preguntas, siendo altamente significativas cuatro de ellas con una $p < 0,01$ (Fig. 2).

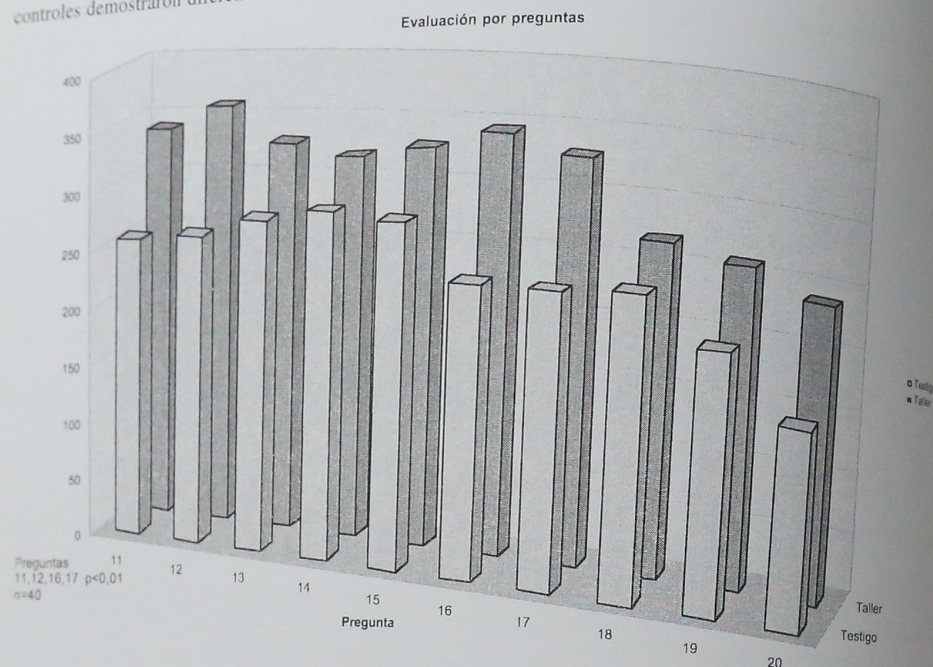


Fig 2 Resultados de los promedios de las calificaciones de cada una de las preguntas del taller "célula bacteriana" comparado con su respectivo control

En el taller de virus, el grupo experimental obtuvo un promedio en las calificaciones de un 74,30% diferen-

ciándose significativamente ($p < 0,05$) con el grupo control (65,30%). (Fig. 3).

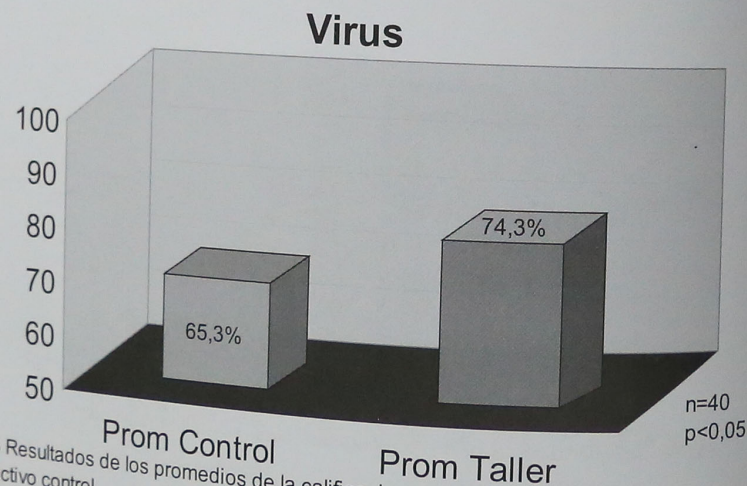


Fig. 3 Resultados de los promedios de la calificaciones del taller "virus" comparado con su respectivo control

Las comparaciones entre los promedios de cada una de las respuestas entre el taller de virus y sus controles demostraron diferencias en favor del taller en todas las pre-

guntas siendo altamente significativas en dos de ellas con una $p < 0,01$ (Fig. 4).

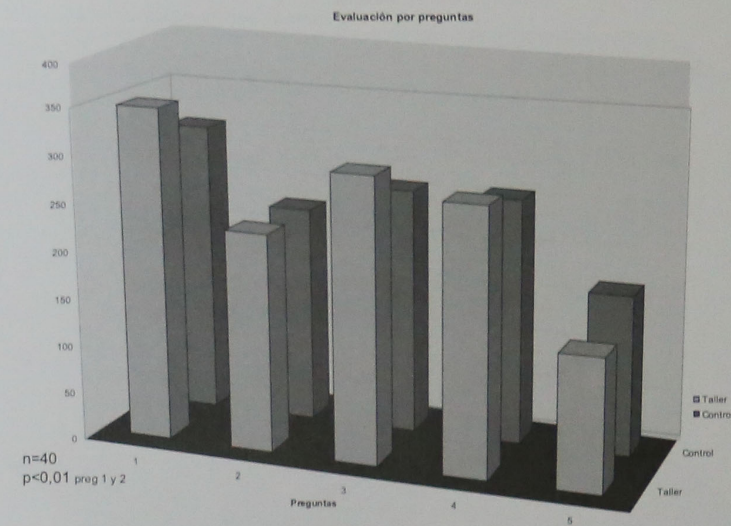


Fig 4 Resultados de los promedios de las calificaciones de cada una de las preguntas del taller "virus" comparado con su respectivo control.

En el taller de hongos, hubo pequeñas diferencias no significativas ($p > 0,05$) entre las calificaciones obtenidas

en favor del taller con respecto al control (Fig. 5).

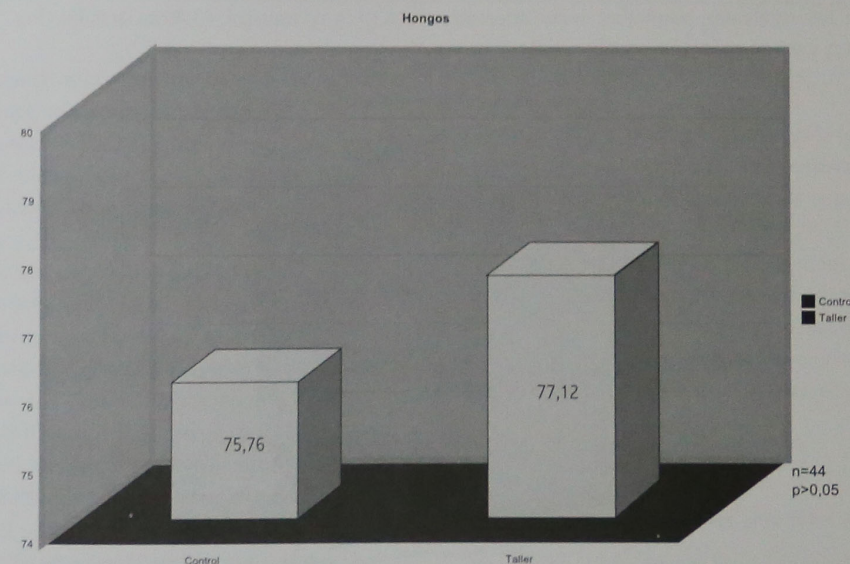


Fig 5 Resultados de los promedios de las calificaciones del taller "hongos" comparado con su respectivo control.

En el taller de parásitos, la comparación de los resultados dio una diferencia no significativa ($p>0,05$) en fa-

vor del grupo control (72,64%) con relación al grupo taller (64,70%) (Fig. 6).

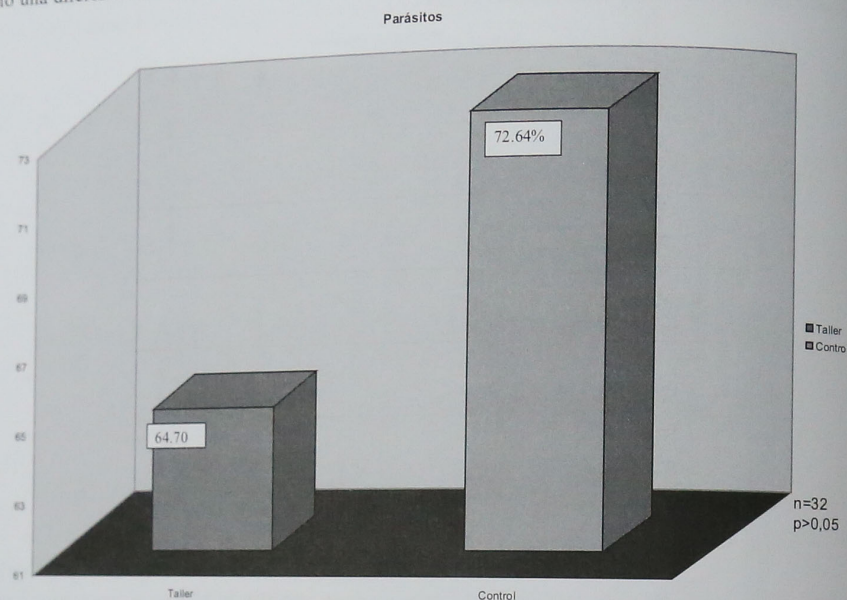


Fig 6 Resultados de los promedios de las calificaciones del taller "parásitos" comparado con su respectivo control.

Con respecto a los promedios de las notas obtenidas entre el grupo de alumnos que trabajan y no trabajan se obtuvieron los siguientes resultados: hubo diferencias significativas entre el grupo que realizó el taller y no tra-

baja (83,48%) con el grupo que participó del taller y trabaja (63,62%) y con los grupos controles (que trabajan 63%, y no trabajan, 63,40%) ($p,0,05$) (Fig. 7).

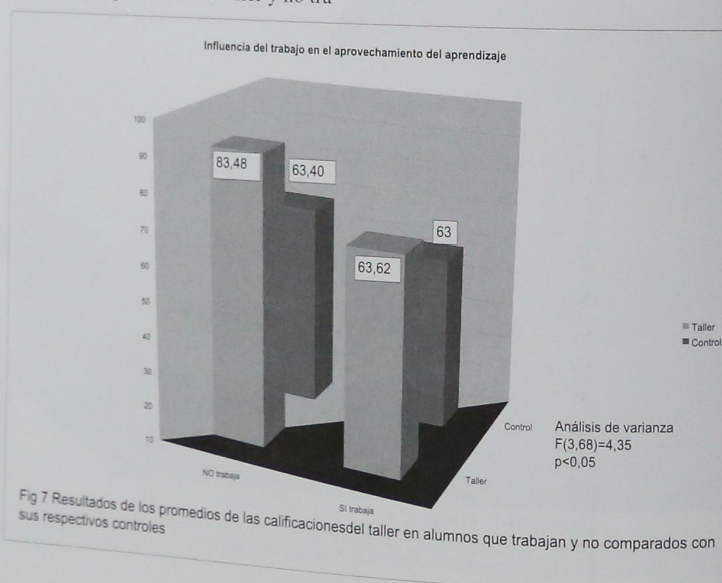
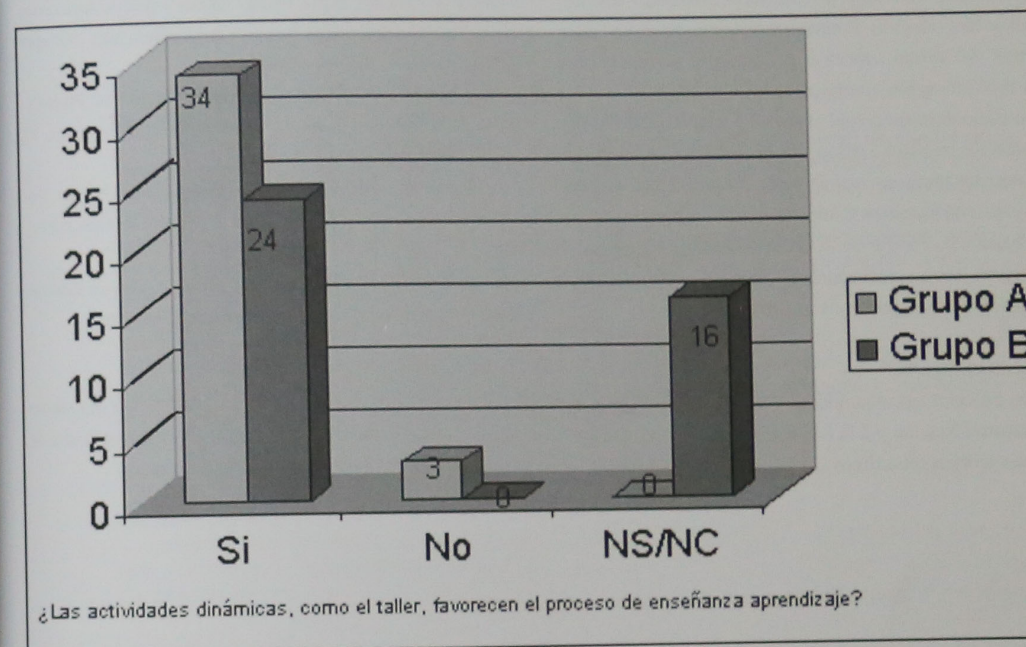


Fig 7 Resultados de los promedios de las calificaciones del taller en alumnos que trabajan y no comparados con sus respectivos controles

En la evaluación por encuestas relacionada con la actividad dinámica del taller favorece el aprovechamiento del aprendizaje: sobre 37 encuestas realizadas a los alumnos del grupo taller, 34 contestaron afirmativamente y 3 negativamente y sobre 40 encuestas realizadas a los alumnos del grupo control, 24 contestaron afirmativamente y 16 no contestaron (Fig. 8).



DISCUSIÓN

El taller promueve la actitud de aprendizaje individual y grupal del alumno incentivando en el grupo la creatividad, el análisis, la exposición de los temas y la elaboración de conclusiones, aumentando el interés que se manifiesta a través de un mejor rendimiento del aprendizaje.

El hecho de que en el taller de célula bacteriana, la diferencia entre los resultados de cada una de las preguntas no sea altamente significativo, en seis de ellas y en el de virus sean dos de cinco, se pudo deber a la sencillez de las preguntas, encontrando diferencias altamente significativas en las preguntas más complejas.

En los talleres de parásitos y hongos la diferencia no significativa de las calificaciones entre el grupo experimental y control pudo deberse a que como estos talleres se llevaron a cabo luego de la realización y evaluación del taller de célula bacteriana, los alumnos del grupo ta-

ller compartieron bibliografía y conclusiones con el grupo control.

Además, el número de preguntas a evaluar fue menor debido a que en un mismo examen se evaluaron tres talleres: hongos, parásitos y virus respetando el sistema de evaluación de la Cátedra.

El aprovechamiento del taller fue mayor en alumnos que no trabajan; en los grupos que trabajan se obtuvieron resultados similares tanto en los que participaron del taller como en los que recibieron clases convencionales, lo que puede deberse a las exigencias que demandan la búsqueda de bibliografía y su análisis.

CONCLUSIÓN

De acuerdo con los resultados obtenidos se puede concluir que:

1) El resultado de los talleres analizados estadísticamente

te fue significativo y altamente significativo en un 50% de los mismos, planteando la necesidad de repetir la experiencia con evaluaciones objetivas;

2) El rendimiento del taller evaluado desde el punto de vista humano fue excelente, se pudo establecer una comunicación, vínculo y enriquecimiento entre los integrantes del grupo, docente y alumnos, preparándolos para una educación continua;

3) Se pudo demostrar que el factor socioeconómico (necesidad de trabajo) influye en el aprovechamiento del aprendizaje tanto en metodología de enseñanza teórica convencional como en la utilización del taller; y

4) Cuestionar el valor de determinada técnica o procedimiento no implica rechazarla totalmente, sino que apunta cuándo y cómo podemos utilizarla.

AGRADECIMIENTO

Un especial agradecimiento a la Dra. Marta Negroni, Dr. Ricardo Macchi y a la Lic. Cristina Scardino, por sus apuntes teórico-científicos.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Beal, George M. "Conducción y acción dinámica del grupo". Kapelusz Editora S.A. Biblioteca de Psicología Contemporánea, Buenos Aires, 1992.
- 2 González Cúberes, María Teresa. "Dicho y hecho. Atraverse con el Taller y Grupo de Reflexión". Aique Didáctica - Grupo Editor, 2ª edición, Buenos Aires, 1994.
- 3 Gibb, Jack R. et al. (Coautoras: Lorraine M. Gibb N. Platts). "Manual de dinámica de grupos". Humanitas, Buenos Aires, 5ª edición, 1971, Colección Guidance.
- 4 Pasel, Susana et al. (Coautora: Susana Asborno) "Aula Taller" Aique Didáctica - Grupo Editor, 5ª edición, Buenos Aires, 1993.
- 5 Scardino, Cristina. "Técnicas de Enseñanza" Área de Educación y Docencia. Facultad de Odontología. UBA. 1997.

Dirección del autor:

Marcelo T. de Alvear 2142, 2º B - Micro@odon.uba.ar

Ejercicio profesional

Los odontólogos y el campo laboral. (Primera parte)

Dra. María Olimpia Lockett¹

Resumen

El propósito esencial de esta nueva publicación es reconstruir el escenario laboral de los odontólogos a partir de la nueva organización política, social y económica de nuestro país, que en la transformación del Estado adquiere rasgos identificados con privatización de la atención, desregulación económica y políticas sociales, con efectos en distintos sentidos. En este contexto, la profesión odontológica merece un análisis particular por las variaciones que sufrió el perfil ocupacional en los últimos 10 años y por los profundos cambios registrados en el sistema de organización de la atención de la salud.

Palabras claves

Cambios económicos y políticos —profesión odontológica— transformación del sistema de atención de la salud.

Summary

The political and economical changes that Argentina is undergoing nowadays show that the dentists' working profile has suffered several deep changes in the health service system.

Within this context the purpose of this paper is to rebuild the last ten years process of change in the working profession.

Key word

Political and economical changes —dentists' working profile— changes in the health service system.

La preocupación existente en torno a la cuestión que se plantea en la nota actual, fue testeada en trabajos previos a esta publicación editados en un período local² y en la revista del Círculo Odontológico de Misiones³, lo que nos llevó a estudiar en profundidad el tema. Podemos decir que la práctica liberal típica⁴ de la odontología, hoy en franco retroceso, es visto restringida por el nuevo orden a modelos de desempeño laboral muy diferentes al tradicionalmente constituido y en el que estaban centradas las expectativas del ingresante a la carrera y su familia. (M'hijo el doctor).

ra y su familia. (M'hijo el doctor).

Nuevas formas de relación laboral, sustentadas en el emergente de las empresas prepagas, fueron reemplazando la práctica liberal, socialmente construida como modelo ideal, por otras basadas en contratos por hora, remuneración fija o porcentaje de las prestaciones realizadas, cuyo ritmo de trabajo, cantidad y calidad de la atención obedece a pautas establecidas por el empleador. Este técnico experto de la contabilidad y el marketing⁵ es quien compra la mano de obra de odontólogos recién ingresados o con experiencia de larga data, ya que al masificarse la atención, los especialistas comenzaron a ver restringida su clientela particular y a visualizar la conveniencia de asegurarse un salario mensual a cambio de sus servicios en afamados institutos asistenciales.

Si bien este panorama es característico de las grandes ciudades, en las provincias incidió de manera particular.

5 Tomado de un artículo periodístico autoría de Juan Carlos Fernández, durante su presidencia en la AOA.

1 Odontóloga. Master en Educación. Profesora Titular de la Cátedra Odontología Integral Adultos. Coordinadora general del Programa Sistemático de Pasantías de la Facultad de Odontología de la UNNE. San Martín 1576. CP 3400. E-mail: molockett@arnet.com.ar.

2 Lockett, M.O. Los odontólogos y el campo laboral. Diario Epoca, Corrientes, 4 de febrero de 2000.

3 Lockett, M.O. El ejercicio profesional de la odontología. El odontólogo hoy en el mercado de trabajo. Revista del Círculo Odontológico de Misiones Zona Sur. N° 34. Mayo de 1999. Págs. 11 a 18).

4 Terminología de Cecilia Donangelo.
no editado a la fecha de redacción de este artículo).

El debilitamiento de las organizaciones profesionales como el Colegio de Odontólogos y la desregulación de las obras sociales, trajo aparejado una disminución de los aranceles profesionales además de la aparición de intermediarios con inocultables fines de lucro, situación que dañó internamente el ejercicio libre de la profesión independiente. Hasta hace un tiempo, los profesionales ingresaban voluntariamente y sin restricciones a redes coordinadas por sus instituciones (Colegio de Odontólogos - Círculos, Federaciones).

La profesión organizada era fuerte y se imponía a la demanda a través de contratos por prestaciones cuyos aranceles se pautaban entre partes. Pero en menos de diez años esta realidad fue reemplazada en el marco político del nuevo liberalismo económico que produjo una mutación en las relaciones laborales, los modelos de atención de la salud, los honorarios profesionales, la excelencia de la atención y hasta la dignidad de las personas.

Los profesionales recién egresados comenzaron a sentirse desalentados por el costo que implica la habilitación de un consultorio; las circunstancias desfavorables de las condiciones de ocupación produjo la aceptación de nuevas normas de trabajo mediadas por empresas prepagadoras u organizaciones profesionales gestoras de contratos con las obras sociales, que retienen un 10 o 15% de las prestaciones. Algunos odontólogos ofrecen fuerza de trabajo a cambio de un salario o remuneración fija; otros aceptan trabajar por un porcentaje de las prestaciones realizadas (rara vez superior al 35%), en consultorios donde los propios colegas se transforman en empleados. Para una gran mayoría su primera ocupación es en un servicio asistencial, ya del sistema de atención pública, ya del sistema educativo o de una organización de tipo gremial, donde se ofrece un salario en función de la cantidad y no de la calidad de la atención. Estos puestos de trabajo constituyen la primera experiencia de práctica profesional como pasaporte al ejercicio privado o para sostener el arancel de la formación de posgrado.

La asociación entre colegas y el trabajo en equipo constituye una manera digna de ejercer la profesión conservando cierto grado de independencia, puesto que siempre están supeditados a los aranceles fijados por las empresas o las obras sociales.

Una alternativa muy atractiva para el joven odontólogo provinciano es emigrar a Buenos Aires en busca de un

destino mejor, situación que nos movió a investigar las condiciones laborales en que algunos de ellos se encontraban. Publicamos parte de una entrevista grupal realizada por la autora en septiembre de 1999 a egresados de la Universidad Nacional del Nordeste, en la que relatan su percepción del mundo laboral.

La experiencia se enmarca en el estudio sobre una muestra de 70 graduados⁶. Pese al consentimiento explícito de darla a conocer, preferimos reservar la identidad de los entrevistados.

E. *¿Cómo podrían caracterizar el trabajo profesional y las condiciones del mercado laboral?*

G. Hay distintos tipos de odontología. Muchos servicios odontológicos que te dan 15 a 20 minutos para que vos hagás un trabajo, ¿qué trabajo bueno podés hacer? Yo trabajé en esos servicios, pero llegó un momento en que dije basta, y se acabó y busqué otro trabajo, o en el mismo trabajo. Pero allí comencé a tomarme mi tiempo y hacía lo que podía en media hora, la segunda vez otra media hora, que venga otro día... y así, tres o cuatro veces. Pero adaptarse a esas exigencias es imposible. Sobre todo si uno quiere hacer bien las cosas, no se puede trabajar como pretenden ellos.

E. *¿Quiénes son ellos...?*

C. Te terminás adaptando a la cosa con el solo fin de subsistir, tenés que mantenerte, tenés que sacar plata de algún lado para poder vivir acá. Tenés que adaptarte porque otro laburo hoy en día todavía no podemos.

E. *¿De manera que esa fue una de las contradicciones con que se encontraron?*

C. Sí. Salir de una carrera en la que te estás preparando para ser un buen profesional y pasás a ser un empleado de una obra social, de un contador que maneja muy bien los números.

N. Incluso, no me pasó a mí, pero sí a un amigo, de trabajar en un lugar donde las cosas no se esterilizan, se lavan con lavandina... Y trabajar en un consultorio que no está habilitado. Lo de él fue peor, porque él hizo una residencia en la AOA. Lo máximo de la odontología acá... y estudiar las materias que él estudió, lo mejor de lo mejor, para...

G. Una gran incongruencia, estudiar una odontología de alto nivel para salir a enfrentarse con esto...

⁶ Lockett, M.O. Los graduados de la Facultad de Odontología. Representación de la carrera. (Trabajo de investigación)

E. *¿El mercado está imponiendo determinadas reglas en las condiciones de trabajo?*

C. Creo que a nosotros se nos formó para una odontología tirando a buena, vinimos a acá a buscar lo mejor, en cuanto a estudio, pero para poder acceder a esos cursos, que son carísimos, tenés que trabajar.

N. Allí donde trabajamos con C... nos dicen "acá el paciente es lo más importante", no importa lo que se le haga ni como se le haga. El paciente debe salir contento. El paciente siempre tiene razón.

E. *¿No pueden decidir el plan de tratamiento?*

C. Si a la larga te amañás y le hacés lo que corresponde. N. Aunque a veces lo hacemos, corriendo riesgos.

E. *¿Por qué?*

N. Porque el Director del hospital nos dijo: "Acá tratamientos tentativos, no". Si la caries es muy profunda no intenten hacer una protección, ni nada: directamente tratamiento de conductos, aunque vos sabés que a lo mejor haciendo una protección anda.

C. Y sí, porque si le hacés endodoncia, después va perno y corona, ...y eso es plata para el sistema.

E. *Acá pareciera existir un juego de intereses distintos. El hecho de decidir un tratamiento puede significar brindarle seguridad de que le va a durar más, y sobre todo asegurarse que no va a reclamar.*

C. No, no, no; es que no hay código para la protección, eso no se factura.

N. Claro, si yo hago una obturación y a los tres meses necesita endodoncia, me debitan a mí y se la pagan a él. Se especula con este tipo de cosas. No se piensa en lo que le conviene al paciente, sino en lo que le va a quedar a la clínica de porcentaje.

G. Llega un momento en que uno dice basta, me voy. Pero no hay otras alternativas. Acá encontrar una clínica donde puedas trabajar con ciertas normas... hay muy pocas. Son clínicas 24 horas. En esas clínicas vos podés hacer buena odontología. Pero es una excepción. Yo allí sí quiero estar tres horas con una lámpara puedo hacerlo. E. *¿Estas características de la atención, a qué modelo de institución responde?*

N. Es un hospital. Un hospital privado.

G. No, en mi caso.

E. *¿Por qué además vos, N., estás trabajando en otro lugar?*

N. Si con una doctora que trabajaba en este mismo hospital y se fue porque no le pagaban. Se plantó y pidió que

le pagaran del 1 al 10, y como le debían tres meses se fue.

E. *¿Y en qué condiciones trabajás allí?*

N. A porcentaje: 50% Pero esto es el máximo. Le habré caído bien, no sé. Todos trabajan por el 25% o 30%. No conozco ninguno que trabaje ni siquiera por el 40%. En provincia pagan más.

E. *¿Porcentaje de qué?*

N. De las facturaciones de la obra social. Pero yo no pago alquiler ni materiales.

E. *¿La calificación profesional es reconocida?*

N. Acá no te evalúan si sos un buen profesional. Lo que importa es que trabajes y... que hagás plata para la clínica.

E. *La educación continua y la formación profesional, ¿constituyen una garantía para conseguir trabajo?*

N. No, eso es para cada uno, como satisfacción personal, y para el día que te quieras abrir independientemente.

C. Yo creo que sí, algo... algo miran. A mí me tomaron porque en mi curriculum puse que hacía dos años que hacía endodoncia en el hospital.

E. *Necesitaban establecer alguna relación de trabajo en equipo.*

C. Sí, al principio era como que necesitaba sentirme apoyado por otro. Cuando tengo dudas consulto con otras personas que hacen lo mismo.

E. *¿Cómo es la retribución, cómo se pautan los honorarios?*

C. En mi caso, me pagan equis pesos por cada conducto que hago, pero yo no sé cuánto ganan los empleadores.

N. Claro. Esas dudas se manifiestan después de un tiempo, que empezás a ver cosas raras. No se puede llevar un control de lo que te corresponde cobrar, y no sabés si es o no justo lo que te pagan. Al principio no te planteás eso. Incluso te responsabilizan por ejemplo de la firma de la ficha, si el paciente se olvidó de firmar el 100% que da para el hospital.

E. *¿De modo que también tenés tareas administrativas?*

N. Hmm.

C. A mí por ejemplo, hace un mes me pagaron octubre, noviembre y diciembre del año pasado. Me dijeron, tomá toda esta plata, "mirá todo lo que ganaste", pero eran 5 meses de trabajo. Yo no sabía ni cuánto era... Estaban por ahí 6 meses atrasados; un mes nos decían que no nos pagaban porque no tiene plata el hospital, y punto. Quisimos hacer una huelga y nos dijeron: "al que no le guste se

va". Yo me llevo a ir y viene otro. A ellos no les importa. E. *En este sistema de empleo pago por prestaciones, qué respaldo legal tienen ustedes? ¿Ante quién pueden reclamar? ¿Tienen alguna seguridad social?*

C. y N. Ninguna. La única seguridad que tenemos es que nosotros "fichamos". Firmamos horario de entrada y salida. Sé por otras doctoras que tuvieron problemas, que la única manera de corroborar que trabajaron en ese lugar es la firma.

E. *Les hacen algunos aportes.*

N. y C. No, no ninguno. Nosotros estamos aportando como si fuéramos autónomos, estamos inscriptos en el monotributo.

D. *¿La patronal no se hace cargo de nada?*

E. y C. No.

E. *Son contratos transitorios, digamos...*

C. y N. No, no son contratos porque nadie firma nada. Si un día deciden que no trabaje más, y... junto mis cositas y me voy. En una semana en el hospital echaron a dos.

E. *¿En qué circunstancias?*

C. Y una, no sé, una creo que fue porque tenía un consultorio particular, y entonces le dicen al paciente para atenderlos allí, y se enteró el dueño de la clínica, y después de cuatro años le dijo de un día para otro "te vas".

E. *¿Ustedes esperaban encontrarse con esto? ¿O es peor de lo que planteábamos desde la Cátedra?*

C. Peor, yo creo que peor. Creo que no absorbíamos todo lo que nos decían en "Integral". Salimos pensando que íbamos a hacer lo que decidíamos, y vamos a hacer esto y aquello.

E. *¿Cuál era el imaginario sobre la profesión cuando decidieron estudiar odontología?*

G. Y... yo tenía la ilusión de un consultorio donde medianamente pudiera decidir qué hacer y encarar algún proyecto. Pero no se puede hacer absolutamente nada. Estoy viviendo al día.

E. *¿Tenían la ilusión de abrir su consultorio y pensaban que los pacientes fluirían, o qué? ¿Qué idea tenían de la situación?*

C. Yo no me hacía esta idea. Tenía la ilusión del consultorio, y que con el pasar de los años se me iba a llenar de pacientes, por supuesto; pero no tenía idea de que estaba tan mal la situación.

E. *Pienso que de alguna manera, ustedes se están haciendo camino. ¿O no? Esto que están haciendo es "muy caro", pero están creciendo.*

C. Si es una experiencia profesional.

G. Profesional y de vida.

C. Pero lo que pasa es que mi opción allá era quedarme y tener mi consultorio al año, a crédito, o una cosa así. No tenía nada seguro.

G. No es mi caso, porque yo tuve oferta de trabajo. Y dije no, y me vine para acá, siempre tratando de buscar mejores conocimientos. buscar acceso a un perfeccionamiento.

E. *¿Entonces aceptan las reglas del mercado para poder seguir estudiando?*

G. Ese es otro tema. Nunca imaginé que perfeccionamiento era sinónimo de penurias.

C. La única manera de hacerlo es pagando, y para eso debemos laburar, de lo que queremos, de odontólogos, pero no como queremos.

E. *¿Cuáles son sus expectativas para un futuro próximo?*

C. Mi aspiración sería tener mi consultorio particular, porque no soporto que nosotros paguemos, yo y el paciente, y que alguien esté comiendo (sic) de arriba, por ejemplo, la obra social. En la provincia se suma un organismo más que es el Colegio. Si no te colegiás no podés trabajar por obra social. De modo que son dos entes que comen de arriba, que te sacan el 5% o 10%, y encima la obra social que tiene la facultad de "debilitarte", y decir: "este conducto no le pagaron porque... le faltan tantos milímetros".

O si no, decir, por ejemplo, como comentaron que pasó acá, "para el servicio odontológico este mes tenemos... 25.000 dólares, repartilo como puedas", y allí entran a repartir a cada profesional más o menos de acuerdo a lo que hicieron cada uno. Pero había algo oscuro allí. Para el centro odontológico le correspondía tanta plata, no más, porque eso es lo que manejaba el hospital; no importaba lo que se hubiera facturado. Y si se facturaron 27.000, sólo tenían 25.000 para darnos. Esos 2.000 pesos capaz le van descontando a cada profesional, un poquito acá, otro poquito acá... A eso es lo que yo no quiero... Capaz que en mi trabajo particular, cobrando menos, pero es entre el paciente y yo, ¿me entendés?

E. *Ser dueño de tu trabajo.*

C. Sí, ser dueño de mi trabajo y responsable de lo que haga.

N. Sí, y trabajar bien, porque aquí no se trabaja bien.

G. A mí, por ejemplo, en un consultorio de la U... me dijeron: "vos tenés que dedicarte a atender mucha gente, en

un mes de trabajo sacame 500 muelas y te llevás buena plata". Me pagaban \$ 2.- por cada extracción, con 500 extracciones, podía llevar \$ 1.000.-. Y yo le dije ¿pero vos sos odontólogo o qué? Si a vos te gusta trabajar así, a mí no. Y me fui.

G. Ahora, una pregunta. ¿No tendremos los odontólogos un poco la culpa de que nos pase esto?

E. *¿A vos qué te parece?*

G. Yo creo que sí, porque veo otros profesionales, como los médicos, por ejemplo, tiran mucho más parejo que nosotros. Y otra cosa que yo veo, que me disculpen a mí los extranjeros, pero aquí vienen y estudian, y hacen su carrera, le quitan espacio a gente de nuestro país, se van con el título a otro lado, y nosotros cuando queremos entrar a su país nos ponen miles de trabas... Entonces, somos más papistas que el Papa, ¿no es cierto?

E. *¿Y qué creen que pasó, por qué vos, G., decías que cuando llegaste trabajabas más que ahora?*

G. Yo creo que cambió el mercado, la situación económica, y hay una gran recesión.

N. Sí, yo también.

G. Hay días que me paso sentado mirando cómo pasan los autos.

E. *¿Aun en los lugares donde se trabaja con obras sociales?*

C. Hay fechas clave donde los pacientes, por ejemplo, empiezan las clases y capaz que no hay tanta gente como el resto del año; comienzan las vacaciones, no hay tantos pacientes. ¿Por qué? Porque la gente es como que guarda en cada época para pagar la escuela para los hijos, cosas así.

E. *En este momento, se agrega a la conversación un médico que comparte el departamento con los entrevistados y dice:*

Médico: Están mucho mejor, definitivamente, y es bien comparable. Tres años de recibido cada uno. La hora de mi trabajo el año pasado me la pagaban \$ 0,80 ó \$ 1.- la hora de trabajo. Entraba a las 6 de la mañana y me iba a las 11 de la noche. Contando las guardias, mi sueldo no llega a \$ 1.000.- Ahora, en la Municipalidad estoy con

dedicación exclusiva, de 8 a 16, y a veces compenso con las guardias de 24 horas. No tengo fines de semana. Comparado con C. o G..., ellos dentro de todo tienen cierta independencia y bienestar también. Los odontólogos todavía tienen la posibilidad de moverse un poco y poder encontrar una buena situación, un buen lugar.

E. *¿Entonces me pueden decir de qué se quejan ustedes?*

C. No, lo que pasa es que ellos están muy mal. Y el abogado se fue porque ya no quiere ni hablar.

E. *¿Y vos cómo viviste la carrera? ¿La realidad es la misma que ellos planteaban? ¿Es imprescindible hacer una residencia para empezar a ejercer?*

Médico. para hacer algo. Si uno es un osado si puede trabajar.

E. *¿Corrés un riesgo?*

Médico. No, el que corre riesgo es el paciente. El que tiene un poco de manejo de guardias se mete en las ambulancias. Facturan muy bien, eso sí. Las 24 horas le están pagando \$220.- Las guardias están bien pagas.

Consideramos imperioso asumir la responsabilidad que nos compete como docentes, por lo que, desde hace cuatro años, decidimos analizar el problema en el ámbito universitario con los estudiantes de quinto año de la carrera.

Las conclusiones las dejo a cargo del lector, agradeciendo comentarios para enriquecer este trabajo al e-mail: molockett@arnet.com.ar.

BIBLIOGRAFÍA

Donangelo, C. Educación Médica y Salud. N° 2. Vol. 22. Año 1988.

Lockett, M.O. Los odontólogos y el campo laboral. Diario Epoca, Corrientes, 4 de febrero de 2000.

3 Lockett, M.O. El ejercicio profesional de la odontología. El odontólogo hoy en el mercado de trabajo. Revista del Círculo Odontológico de Misiones Zona Sur. N° 34. Mayo de 1999. Págs. 11 a 18).

Lockett, M.O. Los graduados de la Facultad de Odontología. Representación de la Carrera. Trabajo de investigación (sin editar).

Aspectos clínicos-radiográficos del Síndrome de Sturge-Weber.

Presentación de un caso

Prof. Dra. María Elisa Martínez* - Prof. Dr. Ricardo Felipe Luberti**

Resumen

El síndrome de Sturge - Weber se caracteriza por una angiomasia córticocerebral, nevo facial o mancha en "vino de oporto", calcificaciones cerebrales, epilepsia, afecciones oculares y retraso mental.

Presente en ambos sexos por igual, de forma infrecuente y aparentemente sin influencia hereditaria.

A nivel bucal se pueden observar lesiones angiomasas capilares siguiendo el recorrido trigeminal.

Las características radiográficas patognomónicas a nivel cerebral son áreas opacas, doblemente contorneadas similares a rieles de un tren, siguiendo las circunvoluciones cerebrales. La TAC, IRM, angiografía y la medicina nuclear son los elementos de diagnóstico por imágenes utilizados en la actualidad.

Palabras clave

Diagnóstico por imágenes. Angiomasia encefalofacial. Calcificaciones cerebrales. Malformaciones vasculares. Mancha en "Vino de oporto".

GENERALIDADES

El Síndrome de Sturge - Weber se caracteriza básicamente por la presencia de angiomas leptomeníngeos en la corteza cerebral, nevo flamígero, calcificaciones cerebrales, epilepsia, hemiplejía, afectación ocular y retraso mental.

Según Kisane¹ constituye una angiomasia congénita, conjuntamente con los síndromes de Klippel-Trenaunay, de Maffucci, el de nevos azules hemangiomasiosos y el de Von Hippel-Lindau. Para otros no es un auténtico tumor, sino una lesión hamartomática²⁻³ Sturge lo describe por primera vez en el año 1879 al presentar un pacien-

Summary

The Sturge - Weber Syndrome it is characterized by braincortex angiomasys, face nevus or "red wine mark", brain calcifications, epilepsy, ocular afections and mental retard.

It is in both sexes, unfrequently and without hereditary influence.

In the mouth are visible capilar angiomasys injuries on the way trigeminal nerve.

The patognomonic x-ray signs are radiopacity areas doubly shaped, like a railway, following the brain circunvolutions.

The TAC, IRM, angiography and nuclear medicine are the most used means of imaging diagnostics.

Key Words

Imaging diagnostic. Brain cortex angiomasoc. Brain cortex calcsifications. Vasculars afections. "Red wine" mark.

te con nevus cutáneo, epilepsia y megaloftalmia. Weber, en 1922 y 1929, demuestra radiográficamente las calcificaciones cerebrales y en forma contemporánea, Dimitri y Krabbe, aportando un cuadro de epilepsia el primero y otras características interesantes el segundo, completan el estudio. Por ello en algunos tratados se designa además con el nombre de estos últimos investigadores.⁴⁻⁵

SINONIMIA

Angiomasia encefalotrigeminal

Angiomasia encefalofacial

Síndrome neurocutáneo

Síndrome neuroectodermohamartoma

Síndrome trigéminocerebral⁶⁻⁷⁻⁸⁻⁹⁻¹⁰⁻¹¹⁻¹²⁻¹³⁻¹⁴

Stedman¹⁵ y Grinspan¹⁶ lo incorporan dentro de las faco-

matosis; para el primero de los nombrados phakos deriva del griego, que significa "mancha madre", a propuesta de Van der Hoeve. Se observa en ambos sexos por igual, siendo su observación infrecuente y aparentemente, sin influencia hereditaria.²⁻⁵⁻¹⁷

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS

Uno de los aspectos clínicos más destacados es el nevo flamígero, flameante, flámico, llameante de la cara, nevo en llama facial o mancha en "vino de oporto".⁷⁻¹⁰⁻¹⁸⁻¹⁹⁻²⁰

Por lo general, esta angiomasia se halla presente en el momento de nacer, aunque eventualmente, puede aparecer en edades más avanzadas.² Varía desde pequeñas áreas a grandes superficies, con propensión a confinarse en la zona de piel inervada por una o más ramas del trigémino, especialmente la oftálmica;¹¹ de característica ipsolateral.¹⁻¹⁸⁻²¹⁻²²⁻²³

Sonis y col.²⁴ presenta un caso inusual en que el angioma se extendió a ambos lados de la línea media.

Las formaciones angiomasas suelen poseer un color rojo vinoso, pudiéndose extender hacia la región craneal, cervical e incluso hacia el tórax o brazo. Conviene destacar que las manchas púrpuras son comunes a otras lesiones, en una proporción de 3 cada 1000 nacimientos, no obstante, sólo el 5% de los niños afectados con lesiones cutáneas, posee el síndrome del epígrafe⁵

Una de las lesiones de gran repercusión clínica es el glaucoma, que puede llevar al paciente a la ceguera total¹⁴; otras manifestaciones oculares son malformaciones vasculares en conjuntiva, tejido coroideo y retinal.¹⁷

A nivel bucal pueden observarse lesiones angiomasas de tipo capilar²⁵ diseminadas en la mucosa del carrillo, lengua, piso de boca, paladar duro y blando y encía, especialmente cuando las lesiones se distribuyen sobre las ramas maxilar superior o inferior del nervio trigémino.¹¹ Estas lesiones intrabucles son casi siempre unilaterales, incluso pueden cubrir total o parcialmente las piezas dentarias, dificultando la masticación.²⁻¹⁹

De 111 casos analizados por Gorlin y Pindborg,²⁶ en 43 se comprobaron las lesiones orales.

CARACTERÍSTICAS RADIOGRÁFICAS

El diagnóstico del Síndrome de Sturge-Weber requiere, a efectos de observar su repercusión a nivel cerebral, de un estudio por imágenes que tendrá su punto de parti-

da, en radiografías convencionales de cráneo en el plano frontal y lateral.

En ellas podrá observarse un aspecto singular como son las calcificaciones intracraneanas o cerebrales. La radiopacidad que genera se debe al depósito de calcio y hierro en las paredes arteriales.¹⁻²⁷

Para Menkes⁵ las calcificaciones se observan en forma esporádica al nacer, poniéndose en evidencia en el 90% de los casos, al final de la segunda década de vida; para otros autores se manifiestan en edad más temprana y se mantiene estacionaria después de la segunda década de vida.¹¹

Las áreas opacas se distribuyen en la zona parieto-occipital, temporal y frontal, como finas líneas doblemente contorneadas, dispuestas en forma análoga a las vías o rieles de un tren⁵⁻⁷⁻¹¹ y parecen seguir las circunvoluciones cerebrales del lado afectado,²⁸⁻²⁹ signo patognomónico para la mayoría de los autores.

Teplick²⁸ destaca que las calcificaciones no se hallan en el angioma, sino en la corteza cerebral.

La TAC es el complemento del estudio convencional que pone de manifiesto dichas calcificaciones y las áreas de atrofia cerebral.²⁸ La angiografía cerebral,³⁰ la medicina nuclear y más recientemente la IRM son otros medios de diagnóstico utilizados en la actualidad.

A nivel maxilar, Worth y Stoneman¹⁹ presentan dos casos con severas áreas osteolíticas, con dientes como "suspendidos en el aire" y reabsorción cementodentaria externa a nivel apical; lesiones periodontales con engrosamiento del espacio periodontal, son otros de los aspectos descritos en la bibliografía.³²⁻³³⁻³⁴⁻³⁵

Para el odontólogo es relevante la presencia de angiomas en el tejido óseo, ya que en casos de extracción dentaria pueden derivar en hemorragias profusas y graves, que ponen en peligro la vida del paciente.¹⁴⁻¹⁷

CASO CLÍNICO

Paciente de sexo masculino, raza blanca de 20 años de edad con mancha vinosa irregular en lado derecho, región orbitaria superior, frontal y parietal, sin signos clínicos de retraso mental y según el informe psiquiátrico, sin evidencias de atrofia cerebral. Al examen bucal presenta hiperplasia gingival moderada en maxilar superior del mismo lado, que cubre un tercio de la corona clínica.

Según la anamnesis, recuerda tener la mancha en la

*Profesora Adjunta de la Cátedra de Radiología de la FOUBA.

**Profesor Titular de la Cátedra de Radiología de la FOUBA.

cara desde pequeño y ha ido gradualmente en aumento su intensidad y extensión.

De acuerdo al informe oftalmológico, hasta el momento no presenta trastornos oculares severos, sólo disminución del poder visual y la mancha de color rojo vinoso en esclerótica.

Se le realizaron radiografías de frente y perfil cra-



DISCUSIÓN

Numerosas teorías han sido propuestas para explicar la etiología del Síndrome de Sturge-Weber, aunque ninguna resulta contundente. Con respecto a la causa del presente caso, resulta probable coincidir con Kisane,¹ Menkes⁵ y Gorlin y Goldman.² Con respecto al origen de la lesión, las calcificaciones observadas coinciden con las descritas por Putman⁷ y Langlais, Langland y Nortje,¹¹ como así también las manchas vinosas en el recorrido oftálmico-trigeminal.⁴

neal, poniéndose en evidencia las calcificaciones de la corteza cerebral en el área frontal y parietal del lado derecho. En el estudio radiográfico periapical no se observaron cambios de relevancia en el tejido de sostén dentario.

Diagnóstico: Síndrome de Sturge-Weber de acuerdo a la anamnesis, el estudio clínico, radiográfico y psiquiátrico.

La revisión bibliográfica efectuada no establece predilección por el sexo,²⁻⁵⁻⁷⁻¹⁰ pero sí cierto rango de edad, dentro del cual se halla el paciente del caso presentado.

La mayoría de los autores coinciden en la realización de un estudio por imágenes a partir de lo convencional hasta arribar a la medicina nuclear, pasando por la TAC y la IRM.

Al presente, no se ha podido establecer una modalidad de tratamiento para esta afección.



BIBLIOGRAFÍA

1. Kisane, J.: Anderson Patología - Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires - 8° edición. Pág. 839. 1986.
2. Gorlin, R; Goldman, H.: Patología oral - Editorial Salvat, Barcelona, 1° edición, pág. 976. 1973.
3. Donado, M.: Cirugía bucal - Editorial Masson, Barcelona, 2° edición. Pág. 637. 1998.
4. Peterman, A. Et al: Encephalo trigeminal angiomatosis (Sturge-Weber Disease). Clinical study of 35 cases. J.A.M.A. 167: 2169 - 1958.
5. Menkes, J. Textbook of child neurology - Editorial Williams, Baltimore, 5° edition - pág. 684. 1995.
6. Taveras, J y Wood, E.: Diagnóstico neuro radiológico - Editorial Médica Panamericana - Buenos Aires, 1° edición. Pág. 965. 1978.
7. Putman, C. y Ravin, C.: Textbook of diagnostic imaging - Editorial Saunders Company, Philadelphia. Second edition. Pág. 257. 1988.
8. Regezi, J. y Schiubba, J.: Patología bucal - Editorial Interamericana - México, 2° edición. Pág. 145. 1995.
9. Spouge, W.: Patología bucal - Editorial Mundi, Buenos Aires, 1° edición. Pág. 397. 1977.
10. Shafer, W.; Hine, M. y Levy, B.: Tratado de patología bucal - Editorial Interamericana, México, 3° edición. Pág. 146. 1977.
11. Langlais, R.; Langland, O. y Nortje, C.: Diagnostic imaging of the jaws. Editorial Williams Wilkins, Philadelphia, 1° edición. Pág. 641. 1995.
12. Mc Carthy, P.; Shklar, G.: Enfermedades de la mucosa bucal - Editorial El Ateneo, Buenos Aires, 2° edición. Pág. 393. 1985.
13. Eleta, F.; Velan, O.: Diagnóstico por imágenes. Editorial Jims, Barcelona, 1° edición. Pág. 363. 1985.
14. Ostria, J. y Hernández, D.: Síndrome de Sturge-Weber-Dimitri - Quinessence (Supl.) 12:3. 1980.
15. Stedman, T.: Diccionario de Ciencias Médicas, Editorial Médica Panamericana, 25° edición.
16. Grinspan, D.: Enfermedades de la boca, Editorial Mundi, Buenos Aires. Pág. 252.
17. Neville, B.; Damm, D.; Allen, C. y Bouquot, J.: Oral maxillofacial pathology - Editorial Saunders Company, Philadelphia, 1° edition. Pág. 392. 1995.
18. Wood, N.; Goaz, P.: Diagnóstico diferencial de las lesiones orales y maxilofaciales - Editorial Harcourt-Brace - 1° edición, Madrid. Pág 549. 1998.

19. Worth, H. y Stoneman, D.: Radiology of vascular abnormalities in and about the jaws - Dental Radiograph Photograph 52: 16. 1979.
20. Worth, H.: Principles and practice of oral radiologic interpretation - Editorial Year Book, Chicago, 1ª edición. Pág. 527. 1963.
21. Newell, F.: Ophthalmology - Editorial Mosby, St. Louis, 8ª edición. Pág. 487. 1996.
22. Bascones Martínez y Llanes Menéndez, F.: Medicina bucal - Editorial Avances Médico - Dentales, Madrid, 1ª edición. Pág. 175. 1991.
23. Enjoiras, O. Et al: Facial Port-wine Stains and Sturge-Weber Syndrome Pediatric 76: 48. 1985.
24. Sonis, S.; Fazio, R y Fang, L.: Principles and practice of oral medicine - Editorial Saunders Company, Philadelphia, 1ª edición. Pág. 509. 1984.
25. Mc Carthy, P. y Shklar, G.: Enfermedades de la mucosa bucal - Editorial El Ateneo - Buenos Aires, 2ª edición. Pág. 393. 1985.
26. Gorlin, R y Pindborg, J.: Syndromes of the head and neck - Editorial Mc Graw - Hill Book - New York, 1ª edición. 1964.
27. Goaz, P. y White, S.: Radiología oral. Editorial Mosby Doyma, Madrid, 3ª edición. Pág. 632. 1995.

28. Teplick, J. y Haskin, M.: Roentgenologic Diagnosis - Editorial Saunders Company, 3ª edición, Philadelphia. Pág. 394. 1976.
29. Sapp, J.; Eversole, L. y Wysochi, G.: Patología oral y maxilofacial contemporánea - Editorial Harcourt-Brace - 1ª edición, Madrid. 1998.
30. Adams, R. y Victor, M.: Principles of neurology - Editorial Mc Graw-Hill - 5ª edición - St. Louis. Pág. 1034. 1993.
31. Royle, H.; Lapp, R y Ferrari, E.: The Sturge-Weber Syndrome - Oral Sur. 22: 490. 1966.
32. Yukna, R; Cassingham, R. y Carr, R.: Periodontal manifestations and treatment in a case of Sturge-Weber Syndrome - Oral Surg. 47: 408. 1979.
33. El-Mostehy, M. y Stallard, R.: The Sturge-Weber Syndrome - Its periodontal significance - J. Periodontal 40: 243. 1969.
34. Baer, P. Et al: Gingival hemangioma associated with Sturge-Weber Syndrome - Oral Surg. 14: 1383. 1961.
35. Gyarmati, I.: Oral change in Sturge-Weber Disease - Oral Surg. 13: 795. 1960.

Dirección de los autores
Uruguay 115, 3º M (1015) Capital Federal

Consultorio de Radiología Dento-Máxilo Facial

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

ARANCELES PREFERENCIALES A SOCIOS DEL ATENEO

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

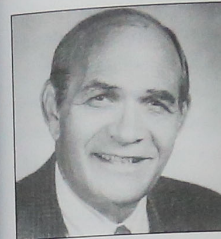
*Prof. Dr. Angel J. Vázquez
y Dr. E.R. Cura*

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

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

Un nuevo paradigma de motivación*

Dr. Larry White**



INTRODUCCIÓN

Ordinariamente las técnicas motivacionales primarias que usa un ortodoncista para motivar a sus pacientes a asistir a sus citas, pertenece a una de las tres principales disciplinas psicológicas:

- Humanismo, existencialismo o técnicas de la tercera fuerza de Maslow.
- Técnicas psicoanalíticas desarrolladas por Freud.
- Conductivismo.

Sin pensar mucho en ello, todos los ortodoncistas utilizan una o más de estas técnicas cuando trabajan con sus pacientes. Usualmente tan sólo imitan a sus propios padres, maestros o entrenadores y aplican las técnicas que aprendieron observando a estos modelos.

Con estos antecedentes, es fácil ver por qué la motivación de los pacientes en ortodoncia, sigue siendo un asunto de suerte que deja pocos frutos. Fuera de estas limitaciones, no deseo inmiscuirme demasiado en estas técnicas psicológicas, ya que no tengo mucha experiencia en este campo y es poco prometedor para el ortodoncista y sus pacientes. Asimismo, tengo poco que decir acerca de los esfuerzos humanísticos, porque aunque familiarizado con el concepto, creo que es de poco alcance en cuanto a capacidad motivacional bastante completo para los ortodoncistas y sus pacientes que es

una mezcla de conductivismo y herencia del temperamento genética. Yo siento que esto permite al ortodoncista lidiar con las facetas más plásticas de la naturaleza humana, evitando los intentos por controlar esos caracteres de la personalidad que no podemos modificar. Mucho de este nuevo paradigma de motivación, depende de la reducción de la incomodidad para los pacientes y aquí subrayaré algunos de los métodos usados rutinariamente en este método.

SECCIÓN I:

TÉCNICAS TRADICIONALES DE MOTIVACIÓN HUMANISMO

Frecuentemente yo me refiero a los esfuerzos humanísticos para motivar a los pacientes como la técnica del botón mágico, ya que quienes la practican, creen que si pueden hacer o decir lo correcto, estimularán al paciente a encontrar dentro de ellos mismos la fuerza para hacer algo que claramente es para su beneficio, pero que normalmente está fuera de su capacidad. Los comandantes militares así como los entrenadores deportivos, han hecho de esta técnica muy famosa e imitada y no hay duda de que frecuentemente se obtienen resultados espectaculares de este tipo de procedimientos motivacionales.

Desafortunadamente, hay escasa confirmación de que este tan pregonado método tenga efecto por períodos tan largos como los que se requieren para un tratamiento de ortodoncia. Los intentos para motivar apelando al potencial presente, aunque poco usado de una persona, termina siendo una exhortación del doctor y debemos recordar en este punto que sigue siendo la herramienta de cambio de comportamiento más usada y menos efectiva conocida por el hombre.

EL MODELO MÉDICO DE FREUD

La mayoría de los esfuerzos en el pasado para ganar la cooperación del paciente, concientes o no, han sido modificaciones del modelo médico popularizado por Freud y utilizado en su enfoque psicoanalítico.¹ El modelo médico asume que hay una causa interna para un sín-

*Traducción autorizada.

**Director del Programa de Posgrado en Ortodoncia de la Universidad de Texas. Dictante del Curso Internacional SORA - Ateneo Argentino de Odontología, en noviembre de 2000.

toma externo. El descubrimiento y eliminación de la causa ha sido el método psicoanalítico tradicional de enfrentar los desórdenes emocionales o de comportamiento. Aunque el modelo médico ha sido útil en el diagnóstico y cura de enfermedades físicas, existe mucha evidencia para cuestionar su eficacia en tratar problemas derivados de cuestiones emocionales o conductuales, por tres razones:

- No existe un acuerdo en cuanto a su efectividad.
- Requiere de un conocimiento clínico para aplicarlo, que generalmente el ortodoncista no tiene.
- El modelo médico no hace provisión alguna para que los pacientes participen en sus propios ajustes.

Conductivismo

Ya que los principios del conductivismo ponen remedio a estas limitaciones del modelo médico, probablemente ofrecen al paciente más esperanza de alterar favorablemente la conducta del paciente de lo que lo haría cualquier otra técnica psicológica. Las bases subyacentes del conductivismo radican en que las consecuencias dictan el comportamiento. Existen tres grandes categorías de consecuencias: retroalimentadores positivos, negativos y castigos.

Ya que los castigos solamente pueden extinguir comportamientos y no enseñarlos, tienen un uso limitado dentro de la ortodoncia. También, el castigo debe ser severo para ser efectivo, tal como los electrochoques o los herméticos y es incapaz de enseñar nuevos comportamientos. De hecho generalmente resulta en comportamientos contraproducentes como resentimientos, agresión, explosiones emocionales o técnicas de evasión.

Cuando los ortodoncistas quieren incrementar la cooperatividad de los pacientes, deben aumentar la retroalimentación positiva y limitar la negativa originada de factores como el dolor, el miedo, la frustración y la humillación.

Los ortodoncistas también aumentarán la cooperatividad del paciente con retroalimentación sobre sus comportamientos que sea inmediata, precisa y específica. No se puede sobreentender sobre la importancia de ejercer las consecuencias inmediatas de los comportamientos, ya que aprender es más fácil y rápido cuando existe una gran aproximación entre el comportamiento y su consecuencia.

Una economía de fichas en la que se premia al paciente con puntos o fichas que pueden después intercambiarse por camisetas, insignias, morrales, etc., ha probado ser muy efectiva en ganar la cooperatividad de algunos pacientes.²

Algunos de mis pacientes permanecieron indiferentes a la economía de fichas y esta resistencia al cambio, me llevó a descubrir que los pacientes poco cooperadores en ortodoncia, tienen también una tolerancia sensorial baja al dolor.³ Cuando se midió la presión que ejercían durante el cepillado dental con un medidor de presión altamente sensible, ellos utilizaban.⁴ 5 veces menos fuerza en el cepillado que los pacientes más cooperadores.

Un último comentario sobre el uso de principios conductuales: no esperen que los pacientes hagan cosas para el beneficio de terceros. La mayoría de las personas, excepto aquéllos con desórdenes mentales y los totalmente altruísticos, hacen cosas que los benefician a ellos y no a otros. Así que cuando las personas tienen la habilidad, pero no las ganas de hacer algo, busquen cualquiera de las siguientes:

- Hacer lo deseado es un castigo.
- Es gratificante hacer otra cosa que aquella que se desea.
- Simplemente no tiene importancia si se actúa como se pide.
- Existen obstáculos que impiden actuar de la manera deseada.

Los pacientes con mala higiene oral, presentan típicamente las encías inflamadas que se lastiman fácilmente y cuando ejercen suficiente presión para limpiar sus dientes y estimular su encía, esto se convierte en un castigo para ellos, mientras que la ausencia de cepillado funciona como una gratificación por la ausencia de dolor. Viéndolo desde este punto de vista conductual, no debería ser sorprendente que ciertos pacientes tengan motivos desusuales para evitar el cepillado adecuado.

Cuando las consecuencias inmediatas de un mal cepillado no son de importancia para el paciente, los ortodoncistas necesitan diseñar un sistema que haga que esto sea muy importante para el mismo, al menos cuando estén en el consultorio dental. Finalmente debemos asegurarnos de que no existen impedimentos para realizar una buena higiene oral tales como no tener un cepillado dental adecuado, o tener un malentendimiento fundamental de una buena técnica de higiene oral.

SECCIÓN II: UN NUEVO PARADIGMA DE MOTIVACIÓN. UMBRAL BAJO DE SENSIBILIDAD

El descubrimiento de niveles bajos de tolerancia al dolor en pacientes no cooperadores, coincidió con un estudio por Alexander & Chase (Know your child, Basic Books, 1987) que sugiere que la naturaleza dota a las personas al nacer con cuando menos nueve tipos de temperamento que hacen a un niño fácil o difícil de tratar.⁵ La siguiente gráfica capta la esencia de los nueve temperamentos que hacen al niño fácil o difícil.

RASGO	NIÑO FÁCIL	NIÑO DIFÍCIL
Actividad	Baja	Alta
Distracción	Baja	Alta
Regularidad	Regular	Irregular
Acercam. / No acercam.	Se acerca	Huye
Adaptabilidad	Buena	Pobre
Persistencia	Baja	Alta
Estado anímico	Positivo	Negativo
Sensibilidad	Insensible	Sensible

La característica más importante de éstas para el ortodoncista es el umbral de la sensibilidad. Las personas que por herencia adquieren este bajo nivel de tolerancia al dolor, tienen también una baja tolerancia en todos sus sentidos. Es decir, lo que podría ser una estimulación táctil aceptable para una persona con una sensibilidad ordinaria, podría ser doloroso para una persona con un umbral bajo de sensibilidad.

Por esta razón estas personas no toleran artículos como ropa de lana, las etiquetas en los cuellos o zapatos apretados. Son altamente selectivos respecto a la comida que comen, su comida debe tener la textura correcta. Y estas personas muestran una sensibilidad social desusualmente alta y perciben insultos en donde no existe ninguno. Las luces brillantes y los sonidos altos o crónicos los irritan de manera importante, así que no debe sorprender al ortodoncista que muestren poca inclinación a tolerar felizmente las exigencias, incomodidades e inconvenientes de la terapia ortodóncica.

Muchos de los brackets y bandas rotos en estos pacientes se originan de la manipulación, de tirar con fuerza y dañar los aparatos que los incomodan. Ellos muestran entonces su verdadera creatividad haciendo lo que

sea necesario para disminuir el dolor y liberar a sus dientes de las trampas que los sujetan. Generalmente rompen el bracket ofensor mordiendo un lápiz, pluma o cubo de hielo. Algunos incluso remueven sus aparatos con cortadores de uñas o con un par de pinzas para cortar el alambre.

La retroalimentación inmediata y positiva que recibe de la liberación de la presión, les enseña que pueden repetir esta conducta siempre que se sientan lastimados. Así que el ortodoncista podrá entender el porqué estos pacientes representan un reto tan grande.

COMPORTAMIENTO DENTAL DE NIÑOS DIFÍCILES

La alta estimulación al gusto, tacto, olor y estímulos visuales y áuricos explica porqué algunos pacientes se resisten tanto a los consejos y motivación del ortodoncista. También explica muchos de los comportamientos asociados a pacientes ortodóncicos poco cooperadores tales como: mala higiene oral, quejas frecuentes, músculos de la mandíbula fatigados, incapacidad para abrir la boca con amplitud, salivación copiosa, aparatos rotos con frecuencia, resistencia al uso de aparatos de cooperación, reflejo nauseoso fácilmente activado, úlceras bucales crónicas, síntomas de la articulación temporomandibular y frecuente pérdida de sus citas. Estas son sólo algunas de las manifestaciones más frecuentes de los pacientes con bajo umbral de sensibilidad y que requieren de un abordaje especial.

Sería mejor identificar a estos pacientes con un bajo umbral de sensibilidad y diseñar sus terapias de forma que puedan cooperar lo suficiente para lograr un resultado aceptable.

Sabiendo de antemano qué pacientes serán problemáticos puede preparar al ortodoncista para tales eventualidades. Por ejemplo, los padres y pacientes pueden creer con facilidad que las úlceras intraorales crónicas son producto de sus citas de ortodoncia y eso los motiva a acusar a sus doctores de infectarlos con instrumentos no estériles o de algún otro comportamiento precipitante. El ortodoncista debe comprender qué yace detrás de esas ulceraciones, para que puedan explicar su etiología de manera convincente. Ya sea que los pacientes o sus padres sean persuadidos, el ortodoncista requiere de un remedio efectivo para restaurar rápidamente sus tejidos ulcerados. La siguiente preparación me ha servido durante varios años:

Jarabe de tetraciclina 60 ml.
Benadryl en solución 60 ml.
Kenalog parenteral 40 mg.

Disp.: 121 ml.

PRESCRIPCIÓN: Enjuagarse la boca 1 cucharada de líquido por 10 - 15 minutos y escupir.

(Los pacientes pueden recibir una dosis sistémica al deglutir el líquido, pero el Benadryl causará somnolencia y debe ser usado de este modo sólo por las noches).

Un buen método para controlar el reflejo nauseoso en pacientes sensibles durante la toma de impresiones, enlista lo que los psicólogos llaman comportamientos incompatibles. Con los ojos abiertos los pacientes encuentran casi imposible el activar el reflejo. Generalmente hago que estos pacientes sensibles miren fijamente a mi nariz mientras tomo la impresión y hago que levanten la pierna izquierda como una distracción. La fatiga de sostener la pierna levantada también los ocupa y previene cualquier recuerdo mental de episodios previos de vómito durante la toma de impresiones dentales. Esto no elimina la náusea por completo durante la toma de impresiones, pero reduce dramáticamente los episodios serios de náusea.

Estos pacientes altamente sensitivos parecen flaquear cuando visualmente captan la placa en dientes y brackets, así que se benefician del uso de las pastillas o soluciones reveladoras de placa dentobacteriana y de tener una atenta supervisión de su cepillado hasta hacer desaparecer el colorante. Una observación adicional sobre los malos cepilladores, es no sólo que no usan la suficiente presión en su cepillado sino que también su velocidad de cepillado es baja. Su efectividad es grandemente mejorada simplemente al hacerlos mover el cepillo más vigorosamente.

La importancia de hacer que los pacientes altamente sensibles sean concientes de su papel en las disfunciones temporomandibulares durante o inmediatamente después de su tratamiento ortodóncico, que se convierte en un blanco conveniente para los ataques de los pacientes o sus padres.

Desafortunadamente estos alterados pacientes y sus familias, frecuentemente reciben retroalimentación de

otros profesionales respecto a la culpabilidad del ortodoncista. Nunca diría que no puede existir la responsabilidad ortodóncica por estos episodios, pero no son frecuentes ni comunes y los ortodoncistas necesitan entender esto y vencer positivamente al paciente y a su familia sobre esto.

En mi experiencia muchos pacientes adolescentes con DTM presentan frecuentemente músculos temporales y maseteros doloridos causados por mascar chicle en exceso y/o bruxismo crónico y/o hiperextensión de la apertura bucal por procedimientos dentales. La contractura muscular subsecuente de los músculos maseteros, limitará la apertura bucal y causará un dolor que frecuentemente se refiere en el oído o en la ATM.

El ortodoncista debe ayudar a estos pacientes a entender cómo estos músculos y la ATM no se pueden lastimar si no existe una presión excesiva de los dientes juntos demasiado tiempo. Los humanos no fueron diseñados para tener los dientes juntos durante todo el tiempo. De hecho como cualquier ortodoncista sabe, la tendencia normal es a tener los dientes separados 2 - 3 mm. en una posición fisiológica de descanso.

Cuando los pacientes tienen una oclusión crónicamente traumatizada, frecuentemente desarrollan ruidos en la articulación por la compresión del líquido sinovial en la ATM. Una vez que la presión oclusal distorsiona la cantidad y calidad del líquido sinovial, la lubricación adecuada de la articulación tampoco ocurre y las pequeñas discrepancias anatómicas de la articulación que usualmente pasan desapercibidas, causan interferencias que los músculos deben superar con una cantidad extra de fuerza. Cuando esta fuerza muscular excede en superar el obstáculo, se escuchará un sonido o tronido en la articulación.

No todos los ruidos de la articulación tienen este origen, pero muchos sí, en los pacientes adolescentes y adultos jóvenes, los pacientes necesitan entender cómo es que esto sucede y qué es lo que él y el ortodoncista deben hacer para restaurar la salud de su ATM. La siguiente no es una lista exclusiva, pero es un buen comienzo para aliviar la incomodidad del paciente.

- Primero, deben dejar de mascar goma por completo.
- El uso de elásticos aumenta la incomodidad, si se están usando, suspenderlos.
- Proveerles papel con adhesivo para ponerlo por toda su casa y ambiente de trabajo para recordarle frecuente-



Suscripción de socios

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

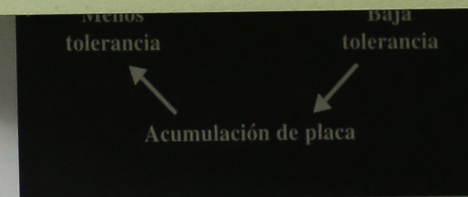
Suscripción sólo a la revista

- ☐ Deseo suscribirme sólo a la REVISTA DEL ATENEO ARGENTINO DE ODONTOLOGIA, por un año (3 números) al precio especial de \$ 59.-, para el año 2000.

Lugar y fecha
Nombre/s y apellido/s
Calle
Loc. Prov. C.P. Tel.
M.P.N° Firma
Domicilio (en que desea recibir la correspondencia)
Loc. Prov. C.P.
Horarios

ca involucra alguna incomodidad, pero si los ortodoncistas esperan obtener mayor cooperación de sus pacientes, queda claro que deben diseñar estrategias que dominen al dolor. Las siguientes sugerencias para disminuir la incomodidad de los pacientes no son detalladas, pero representan algunos objetivos razonables para disminuir el dolor y dar mayor ayuda a los pacientes durante su tratamiento:⁸

- Limitar el uso de aparatos que requieran de la cooperación del paciente (permisivos).
- Usar brackets de adhesión en lugar de bandas.
- Usar brackets con la mayor distancia inter e intra-bracket posible.
- Usar alambres lo más resilientes que sea posible.
- Cambiar las fuerzas ortodóncicas gradualmente (configuración de fuerzas).
- Usar arcos segmentados para involucrar un menor número de dientes.
- Usar fuerzas continuas más que intermitentes.
- Prevenir la estrangulación capilar periodontal mordiendo sobre un mordedor de hule o goma de mascar, inmediatamente después de cada ajuste.
- Disminuir la inflamación gingival mejorando el cepillado, con antibióticos, quimioterapia y profilaxis.
- Usar mecánicas lo más sencillamente posible.



Ciclo de inflamación

mayor inflamación.

Sin una terapia agresiva, los pacientes que pertenecen a este último grupo, alcanzarán un grado tal de inflamación gingival que el tratamiento ortodóncico debe detenerse para que se pueda restaurar la salud del paciente con una terapia gingival especial. Antes de que los pacientes alcancen tal punto, el ortodoncista debe intentar una estrategia agresiva que remedie el problema y que incluye:

- Profilaxis profunda por un dentista general o higienista.
- Uso de enjuague de clorexidina dos veces al día por varias semanas.
- Medicación oral con tetraciclina, 250 mg. cuatro

Lugar y fecha
Nombre/s y apellido/s
Calle Prov. C.P. Tel.
Loc. Firma
M.P.Nº
Domicilio (en que desea recibir la correspondencia)
Loc. Prov. C.P.
Horarios

Forma de pago

Forma de pago
 Contado efectivo, cheque o giro postal de \$ a la orden del **Ateneo Argentino de Odontología**, o tarjeta de crédito.

Tarjeta Mastercad / Visa / Cabal

[illegible]

Vencimiento

--	--	--	--

Anticipe su suscripción
Tel. (01) 4 962-2727

Correo electrónico: Ateneo@canopus.com.ar

mina la náusea por completo durante la toma de impresiones, pero reduce dramáticamente los episodios serios de náusea.

Estos pacientes altamente sensitivos parecen flaquear cuando visualmente captan la placa en dientes y brackets, así que se benefician del uso de las pastillas o soluciones reveladoras de placa dentobacteriana y de tener una atenta supervisión de su cepillado hasta hacer desaparecer el colorante.. Una observación adicional sobre los malos cepilladores, es no sólo que no usan la suficiente presión en su cepillado sino que también su velocidad de cepillado es baja. Su efectividad es grandemente mejorada simplemente al hacerlos mover el cepillo más vigorosamente.

La importancia de hacer que los pacientes altamente sensibles sean conscientes de su papel en las disfunciones temporomandibulares durante o inmediatamente después de su tratamiento ortodóncico, que se convierte en un blanco conveniente para los ataques de los pacientes o sus padres.

Desafortunadamente estos alterados pacientes y sus familias, frecuentemente reciben retroalimentación de

en la articulación por la compresión del líquido sinovial en la ATM. Una vez que la presión oclusal distorsiona la cantidad y calidad del líquido sinovial, la lubricación adecuada de la articulación tampoco ocurre y las pequeñas discrepancias anatómicas de la articulación que usualmente pasan desapercibidas, causan interferencias que los músculos deben superar con una cantidad extra de fuerza. Cuando esta fuerza muscular excede en superar el obstáculo, se escuchará un sonido o tronido en la articulación.

No todos los ruidos de la articulación tienen este origen, pero muchos sí, en los pacientes adolescentes y adultos jóvenes, los pacientes necesitan entender cómo es que esto sucede y qué es lo que él y el ortodoncista deben hacer para restaurar la salud de su ATM. La siguiente no es una lista exclusiva, pero es un buen comienzo para aliviar la incomodidad del paciente.

- Primero, deben dejar de mascar goma por completo.
- El uso de elásticos aumenta la incomodidad, si se están usando, suspenderlos.
- Proveerles papel con adhesivo para ponerlo por toda su casa y ambiente de trabajo para recordarle frecuentemente.

mente que deben cerciorarse que sus dientes estén en oclusión relajada con solamente dos palabras escritas: "DIENTES SEPARADOS".

- Si está acompañando a esta incomodidad muscular y de la articulación, además hay una limitación en la apertura de la boca, iniciar algunos ejercicios de estiramiento con vapor frío⁶ y terapia ultrasónica con calor.
- Asegurarles que con su ayuda, se sentirán bien otra vez (pero nunca olvidar que se requiere de menos para que estos pacientes perciban el dolor, así que puede tomar el tiempo que venga el alivio y luego puede haber recurrencia de dolor).

Ciertamente éste es un resumen abreviado de un tema complicado y como muchos otros problemas ortodóncicos, no existe un diagnóstico o plan de tratamiento universales. Para la más reciente explicación sobre el diagnóstico sobre DTM, yo refiero al lector al libro de Welden Bell, *Desórdenes Temporomandibulares* (Year Book Medical Publishers, Chicago IL).⁷ Este libro pertenece en la biblioteca de todo dentista.

DOMINANDO AL DOLOR

Debido a su naturaleza biológica, la terapia ortodóncica involucra alguna incomodidad, pero si los ortodoncistas esperan obtener mayor cooperación de sus pacientes, queda claro que deben diseñar estrategias que dominen al dolor. Las siguientes sugerencias para disminuir la incomodidad de los pacientes no son detalladas, pero representan algunos objetivos razonables para disminuir el dolor y dar mayor ayuda a los pacientes durante su tratamiento:⁸

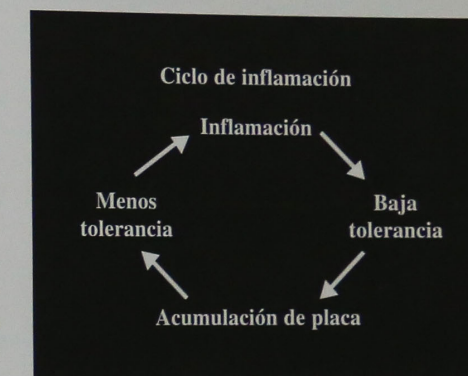
- Limitar el uso de aparatos que requieran de la cooperación del paciente (permisivos).
- Usar brackets de adhesión en lugar de bandas.
- Usar brackets con la mayor distancia inter e intra-bracket posible.
- Usar alambres lo más resilientes que sea posible.
- Cambiar las fuerzas ortodóncicas gradualmente (configuración de fuerzas).
- Usar arcos segmentados para involucrar un menor número de dientes.
- Usar fuerzas continuas más que intermitentes.
- Prevenir la estrangulación capilar periodontal mordiendo sobre un mordedor de hule o goma de mascar, inmediatamente después de cada ajuste.
- Disminuir la inflamación gingival mejorando el cepillado, con antibióticos, quimioterapia y profilaxis.
- Usar mecánicas lo más sencillamente posible.

SECCIÓN III

UNA MENCIÓN ESPECIAL SOBRE LA HIGIENE ORAL EN PACIENTES ORTODÓNCICOS

La resistencia a practicar una buena higiene oral, tiene consecuencias desusualmente serias para los pacientes de ortodoncia ya que compromete y limita gran parte del tratamiento que al ortodoncista le gustaría terminar.

Cuando los tejidos están inflamados, presentan una sensibilidad especial al dolor y después de eso se requiere de estímulos mucho menores para despertar una respuesta dolorosa.⁹ Con los pacientes de ortodoncia esto causa un serio círculo de retroalimentación de eventos que desafían cualquier corrección sin una terapia agresiva. La inflamación causa descuido, que lleva a una mayor acumulación de placa, lo que en respuesta lleva a una



Ciclo de inflamación

mayor inflamación.

Sin una terapia agresiva, los pacientes que pertenecen a este último grupo, alcanzarán un grado tal de inflamación gingival que el tratamiento ortodóncico debe detenerse para que se pueda restaurar la salud del paciente con una terapia gingival especial. Antes de que los pacientes alcancen tal punto, el ortodoncista debe intentar una estrategia agresiva que remedie el problema y que incluye:

- Profilaxis profunda por un dentista general o higienista.
- Uso de enjuague de clorhexidina dos veces al día por varias semanas.
- Medicación oral con tetraciclina, 250 mg. cuatro

veces al día por dos semanas.

Sólo me queda adivinar por qué muchos de nuestros pacientes poco cooperadores provienen de familias disfuncionales. Tal vez sea genético, cultural o una combinación de estas características, el caso es que el ortodoncista debe involucrar a los padres de estos pacientes y mantenerlos informados sobre los progresos o problemas. El no hacerlo puede causar malos entendidos y resentimiento, generalmente al final del tratamiento.

Para evitar estos desafortunados acontecimientos, yo invito a todos los padres a la clínica en cada cita para mostrarles la gran cantidad de placa resaltada con una solución reveladora, les explico lo que se ha hecho y les describo qué es lo que espero que suceda desde ese día del tratamiento. La presencia de los padres es certificada colocando una franja azul en la gráfica del tratamiento con un pulmón para resaltar textos.

Se hace poco difícil, si la gráfica del paciente no muestra marcas azules y entonces hacemos un esfuerzo para hablar con ellos por teléfono o invitarlos a venir al consultorio. Con este tipo de padres el ortodoncista debe informar conforme realiza las cosas. De otra forma, ellos tendrán la conveniente excusa de que hay "negligencia profesional" y podrán intimidar legalmente al profesional.

El ortodoncista difícilmente puede sobre enfatizar la importancia de la higiene oral durante el tratamiento, porque sabe de los peligros que guarda la terapia ortodóncica para la integridad de los dientes y la encía.^{10, 11} Aún más amenazador para los pacientes de ortodoncia es el reciente descubrimiento que relaciona la patogenicidad de la flora oral con la movilidad dental.¹³ Esto plantea un reto especial para los pacientes de ortodoncia ya que los dientes deben volverse móviles antes de ser reposicionados. Esto explica por qué inflamaciones gingivales severas desaparecen después de terminar los casos y los dientes disminuyen su movilidad aún con pequeños cambios en los hábitos de higiene oral de los pacientes.

Recientemente hemos aprendido que algunos patógenos de hecho crecen y se alimentan del sustrato polímero con el que pegamos los brackets¹⁴ y subsecuentemente contribuyen a fallas en la adhesión, descalcificación y caries. Una excelente higiene oral debe acompañar a un tratamiento de ortodoncia para controlar un gran número de riesgos a la salud oral de los pacientes.

Una de las herramientas nuevas más prometedoras para ayudar a los pacientes de ortodoncia es la limpieza oral con el cepillo dental Sonicare TM (Optiva Co., 13222 SE 30th St., Bellevue, WA 98005).

El uso de cepillos dentales tipo Sonicare significa un salto cuántico de los cepillos ordinarios aun los eléctricos, que se basan en un movimiento mecánico para remover la placa y las manchas de los dientes. Las vibraciones ultrasónicas producidas por el Sonicare, causan una cavitación de los fluidos orales así como la limpieza mecánica que resulta en una reducción de la inflamación gingival, así como en una mejoría de los índices de placa de los pacientes de ortodoncia.¹⁵ Las siguientes gráficas ilustran las diferencias en los índices logrados por pacientes con un mal cepillado crónico realizado con el Sonicare y un grupo similar realizado con cepillos manuales ordinarios (figuras 1 y 2).

Mi experiencia indica que si los pacientes practican una buena higiene oral, podrán realizar cualquier otra tarea que se les indique. Ciertamente hay excepciones a esta afirmación general, pero no muchas. Por otro lado, si los pacientes no se cepillan bien, difícilmente llevarán a cabo cualquier otra indicación que sea de ayuda en su tratamiento ortodóncico.

Aunque la buena higiene oral parece secundaria al diagnóstico y terapias ortodóncicas, no lo es. Sin ella

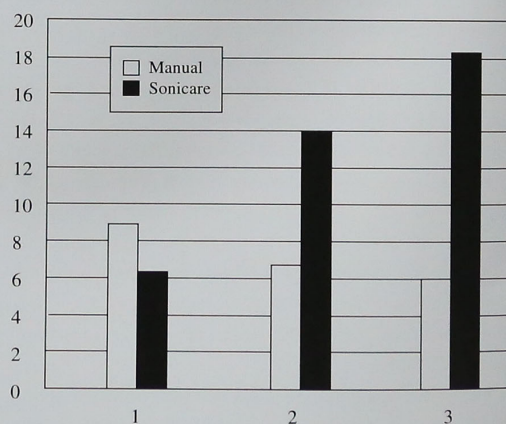


Figura 1. Reducción porcentual en placa medida con el índice de Análisis de Higiene, comparado a la línea basal, con evaluaciones realizadas aproximadamente a uno, dos y tres meses de diferencia.

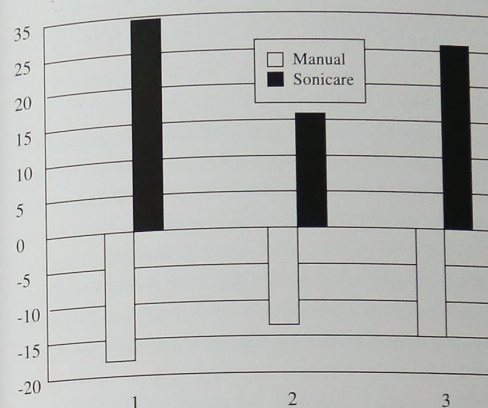


Figura 2. Reducción porcentual en el sangrado medida con el Índice Modificado de Sangrado Papilar comparado con la línea basal con evaluaciones realizadas a uno, dos y tres meses de diferencia.

todo el tratamiento se ve comprometido.

REFERENCIAS

- 1 Watson, D.L. and Tharp R.G.: Self-Directed Behavior, Brooks - Cole Publishing Co., Monterrey, CA, 1985.
- 2 White, L.W.: Behavior modification of orthodontic patients, J. Clin. Orthod. 9:501 - 505, September 1974.
- 3 White, L.W.: Toothbrush pressures of orthodontic patients, Am. J. Orthod. 83: No. 2, 109 - 113, February 1983.

- 4 Mager, R.F. and Pipe, P.: Analyzing Performance Problems, Pitman Learning, Belmont, CA, 1984.
- 5 Chess, Stella and Thomas, Alexander: Know Your Child, Basis Books, Inc., New York, 1987.
- 6 Travell, J.G. and Simon, D.G.: Myofascial Pain and Dysfunction, The Trigger Point Manual, Williams and Wilkins, Baltimore, MD, 1983.
- 7 Bell, W.E.: Temporomandibular Disorders, Yearbook Medical Publishers, Chicago, IL, 1986.
- 8 White, L.W.: A new paradigm of motivation, PCSO Bulletin, Winter, 44 - 45, 1988.
- 9 Dubner, R., Sessle, B.J. and Storey, A.T.: The Neural Basis of Oral and Facial Function, N.Y., N.Y., 1978, Plenum Press, p. 49.
- 10 Ogaard, B., Rolla G. and Arends J.: Orthodontic appliances and enamel demineralization, Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop. 94:68 - 73, 1988.
- 11 Davies, T.M., Shaw, W.C., Worthington, H.V., Addy, M. and Kingdon, A.: The effect of orthodontic treatment on plaque and gingivitis, Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop. 99: 155 - 162, 1991.
- 12 Dummett, C.O.: Orthodontics and periodontal disease, J. Periodontol. 22: 33 - 41, 1951.
- 13 Grant, D.A., Grant, D.A. Flynn, J.M. and Slots, J.: Periodontal microbiota of mobile and non-mobile teeth, J. Periodontol. 66: 386 - 390, May 1995.
- 14 Matassa, C.: Microbial attack on adhesives, Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop. 108: 132 - 141, August 1995.
- 15 White, L.W.: Efficacy of a sonic toothbrush in reducing plaque and gingivitis in adolescent patients, J. Clin. Orthod. 30: 85 - 90, February 1996.

LABORATORIO "Del Ateneo"

Aparatología de Ortopedia Funcional
y Ortodoncia en toda su variedad

Ricardo N. Llanes - Eduardo H. Aguirre

Anchorena 1176 • Teléfono 4963-6802

Convenio marco entre el Ateneo Argentino de Odontología y la Universidad Favaloro

Tenemos la satisfacción de comunicar que el Ateneo Argentino de Odontología firmó un convenio marco con la Universidad Favaloro, el 30 de mayo de 2000.

Dentro del marco de este convenio, se llevarán a cabo actividades de cooperación mutua e intercambio recíproco de información científica, tecnológica, desarrollo de nuevos conocimientos, creación y aplicación de nuevas tecnologías, enfatizando en la formación de recursos humanos a nivel de posgrado en Ciencias de la Salud, mediante capacitación, actualización, perfeccionamiento y especialización de profesionales.

Con este fin se han establecido programas específicos de docencia, investigación y servicios.

Este acuerdo se completa con el Convenio entre la Universidad Favaloro y el Ateneo Argentino de Odontología para el dictado de cursos de posgrado y carreras de especialista.

Consecuentemente, a partir del presente mes, la programación y certificación de los cursos están avalados por la Universidad Favaloro y el Ateneo Argentino de Odontología.

COPIA DEL CONVENIO

Entre el Ateneo Argentino de Odontología, en adelante El Ateneo, con domicilio legal en la calle Anchorena 1176 de esta Capital Federal, representada por su presidente, Dr. Armando H. Pollero y la Universidad Favaloro, en adelante, La Universidad, con domicilio legal en la calle Solís 453 de esta Capital Federal, representada por su rector, el Dr. Ricardo Horacio Pichel, acuerdan celebrar el presente convenio sujeto a las siguientes cláusulas:

Primera. Entre El Ateneo y La Universidad llevarán actividades de cooperación mutua e intercambio recíproco de información científica, tecnológica, desarrollo de nuevos conocimientos, creación y aplicación de nuevas tecnologías en todos los campos en que se desarrollan sus actividades, enfatizando en la formación de recursos humanos a nivel de posgrado en Ciencias de la Salud, mediante capacitación, actualización, perfeccionamiento y especialización de profesionales.

Segunda. Se establecerán entre las partes programas específicos de investigación, de desarrollo y de servicios y docencia que contribuyan al mejor cumplimiento de los propósitos previstos en la cláusula primera.

Tercera. El Ateneo y La Universidad podrán asignar, con arreglo a los planes que elaboren de común acuerdo, al personal científico, profesional, técnico y/o administrativo, equipos e instalaciones, que se consideren adecuados para el logro de los objetivos fijados, cumpliéndose con las normas que al efecto rijan para cada una de las partes.

Cuarta. El presente convenio de carácter general no implicará compromisos presupuestarios para ninguna de las partes, los que serán establecidos en los protocolos particulares que se acuerden.

Quinta. El presente convenio tendrá una duración de cinco (5) años, a partir de la firma, renovándose automáticamente por períodos iguales, salvo que cualquiera de las partes decidieran su rescisión, con un aviso previo de seis meses, por medio fehaciente, debiéndose respetar los plazos programados para el cumplimiento de las actividades que, como consecuencia de los programas aprobados, tuvieran principio de ejecución.

Sexta. La Universidad, designará un representante responsable que coordine y supervise las actividades que se lleven a cabo en el marco del acuerdo. Controlará regularmente los programas académicos, y apoyará el desarrollo de la cooperación.

Séptima. De forma.

En prueba de conformidad se firman dos ejemplares de un mismo tenor y a un solo efecto en la Ciudad de Buenos Aires, a 30 días del mes de mayo de dos mil.

Dr. Ricardo Horacio Pichel
Rector Universidad Favaloro

Dr. Armando H. Pollero
Presidente Ateneo Argentino de Odontología

Convenios y cursos

Estimado/a colega:

Tenemos el agrado de dirigirnos a usted para informarle que el A.A.O. ha firmado convenios con las siguientes instituciones:

- UNIVERSIDAD FAVALORO
- FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA U.B.A.
- MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL (PROYECTO LUSIDA)
- UNIVERSIDAD DEL VALLE DE ITAJAÍ (BRASIL)
- HOSPITAL DE PEDIATRÍA SAMIC - PROF. DR. JUAN P. GARRAHAN
- HOSPITAL DE ODONTOLOGÍA DR. JOSÉ DUEÑAS - GOBIERNO DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES



INFORMACIÓN SOBRE CURSOS EN CONVENIO CON LA UNIVERSIDAD FAVALORO

• TÉCNICA DE MULLIGAN

Dictante: Julio César Lalama. Inicia: 5 de septiembre.
Días y horario: Martes de 11 a 13 hs.
Duración: 3 sesiones.

• DISYUNCIÓN TRANSVERSAL DEL MAXILAR SUPERIOR

Dictantes: Elías Beszkin y Darío Roitman (ORL). Inicia: 6 de septiembre. Días y horario: Lunes y miércoles de 11 a 14 hs. Duración: 3 sesiones.

• INTENSIVO DE ODONTOLOGÍA INTEGRAL

Curso que acredita puntaje para la Certificación de *Título de Grado*. Coordinación: Beatriz G. Lombardo. Inicia: 7 de septiembre. Días y horario: Jueves de 9.30 a 12.30 hs. Duración: 15 sesiones.

• PREVENCIÓN DE MALOCLUSIONES

Dictante: Henja F. de Rapaport. Inicia: 8 de septiembre. Días y horario: Viernes de 12 a 15.30 hs. Duración: 4 sesiones.

• INTEGRAL DE CIRUGÍA BUCAL

Dictantes: Mario D. Torres y Jorge M. García. Inicia: 9 de septiembre. Días y horario: Sábados de 8.30 a 12.30 hs. Duración: 15 sesiones.

• URGENCIAS MÉDICAS

EN EL CONSULTORIO ODONTOLÓGICO
Curso de asistencia quincenal, con la participación de la Fundación Cardiológica Argentina
Coordinación: Carlos F. Lastro. Inicia: 16 de septiembre. Días y horario: Sábados de 9 a 13 hs. Duración: 10 sesiones.

• INTEGRAL DE OCLUSIÓN, DISFUNCIÓN, A.T.M. Y DOLOR CRÓNICO OROFACIAL.

DESÓRDENES TÉMPORO-MANDIBULARES
Dictante: Luis Zielinsky. Inicia: 18 de septiembre. Días y horario: Lunes de 10.30 a 11.30 hs. Duración: 10 sesiones.

• TRATAMIENTO ORTODÓNCICO DEL PACIENTE ADULTO

Curso de asistencia mensual
Dictantes: Beatriz Lewkowicz, Susana Zaszczynsky, Rosana Celnik y María C. Cocco. Inicia: 29 de septiembre. Días y horario: un viernes y sábado por mes. Viernes de 10 a 17hs. y sábados de 10 a 14 hs. Duración: 8 sesiones.

• MONTAJE EN ARTICULADOR

Dictante: Carmen Pardillos. Inicia: 5 de octubre. Días y horario: Martes y jueves de 9 a 12 hs. Duración: 5 sesiones.

• **BIOMECÁNICA DE LOS MOVIMIENTOS DENTARIOS Y SUS RESPUESTAS BIOLÓGICAS**
 Dictantes: Elías Beszkin, Eduardo J. Muíño, Marta Sarfatis y Graciela Iglesias.
 Inicia: 1º de noviembre.
 Días y horario: Miércoles de 8.30 a 11.30.
 Duración: 5 sesiones.

• **NUEVAS ESTRATEGIAS ORTODÓNCICAS PARA EL SIGLO XXI**

Dictante: Dr. Larry White, Editor del Journal of Clinical Orthodontics y Director del Programa de Posgrado en Ortodoncia de la Universidad de Texas. Días: 10 y 11 de noviembre. Sede: Paseo La Plaza, Sala Pablo Picasso, Buenos Aires.

BECAS PARA RECIÉN EGRESADOS

Invitamos a los cursantes del último año de la Carrera de Odontología de la U.B.A. a participar del sorteo de becas que anualmente otorga esta

institución a los recién egresados. Para mayor información dirigirse al Departamento de Cursos del Ateneo Argentino de Odontología.

Mectron BLUELIGHT pro

Doctor!

en ORTODONCIA
 SU TIEMPO VALE
 Sólo 5" para cementar
 cada bracket

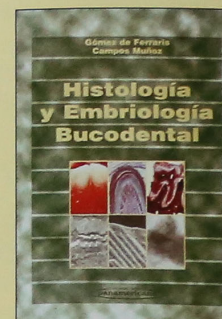
REGULABLE
 EN DISPLAY
 DE 5 A 60
 SEGUNDOS
 PARA
 OPERATORIA



instalaciones
 odontológicas
 integrales s.a.c.i.

M.T. de Alvear 2181, 3º p.
 (1122) Buenos Aires, Argentina
 Tel. (011) 4825-3795 y líneas rotativas
 Fax (011) 4823-3927
 E-mail: ioi@ba.net

Libros y publicaciones



Histología y embriología bucodental

Autores: María Elsa Gómez de Ferraris

Antonio Campos Muñoz

Editorial Médica Panamericana S.A. 1999.

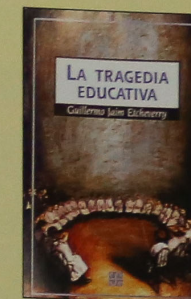
Libro dirigido a estudiantes de odontología y a profesionales que tienen por objetivo no sólo brindar conceptos, datos y términos histológicos y embriológicos de los tejidos bucales, sino también establecer la relación de éstos con otras disciplinas odontológicas.

Desde una introducción al estudio de la histología y embriología bucodental, los autores conducen al lector con claridad de conceptos, con excelentes esquemas y cuadros sinópticos con hermosas ilustraciones de preparados histológicos procesados con distintas técnicas y sus observaciones realizadas con microscopía óptica, electrónica, de barrido y analítica al estudio de la odontogénesis, de la cavidad bucal, de las glándulas salivales, de la articulación temporomandibular, del complejo dentino pulpar, del esmalte, del periodoncio de protección y de inserción. Incluye también la erupción dentaria y el estudio de la histofisiología de los dientes primarios.

Al final de cada capítulo se exponen consideraciones clínicas y mecanismos biopatológicos básicos que permiten explicar las bases celulares y tisulares de la patología, del diagnóstico, la prevención y tratamiento de las lesiones bucodentales.

Creemos que este libro con sus conceptos básicos fundamentales expuestos magníficamente podrá contribuir también a la formación del criterio clínico del profesional, que se sustenta además con otras disciplinas básicas, técnicas y clínicas para resolver con actitud creativa situaciones odontológicas.

Dra. Prof. Beatriz Maresca



La educación: tragedia o democracia

Guillermo Jaim Etcheverry, "La tragedia educativa",
 Fondo de Cultura Económica, 1999.

En su introducción el autor considera impostergable modificar las señales que muestran que la nuestra es una sociedad que abjura del conocimiento.

La tragedia reside en que la desnaturalización de la función institucional de la educación no ha sido suplantada en su función por ninguna otra instancia ni siquiera de la familiar, quien interpreta que la crisis afecta a otros, no a sus hijos; por ejemplo cuando se pregunta a los padres argentinos cómo evalúan el estado de la educación en el país, el 65% considera que es regular, mala o muy mala; pero si a continuación se les pregunta si están satisfechos con el colegio de sus hijos, el 76% está satisfecho o muy satisfecho.

En sus cuatro capítulos, el Dr. Jaim Etcheverry desarrolla la situación actual de la educación, el papel de la sociedad ante la escuela, se cuestiona hacia dónde parece orientarse la educación, el lugar de los jóvenes en esta epopeya y la misión revolucionaria que le cabría a la escuela, en cuanto a valores y concientización.

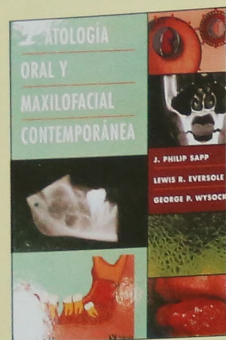
Finalmente, los lectores podrán apreciar la noción de educación como inversión prioritaria de un país para tener con seguridad un lugar en el mundo y en el peligro que implican las posiciones que consideran que la educación está a merced de las leyes del mercado.

Tras un análisis minucioso de nuestra realidad educativa, en el epílogo el autor se muestra contundente, afirmando que: "La educación ofrece la única posibilidad de proporcionar a nuestros niños y jóvenes, lo que no les da el resto de la cultura actual. Lo que les oculta y les niega".

Una propuesta polémica y audaz, del ex Decano de la Facultad de Medicina UBA, Profesor Titular de la misma e Investigador del CONICET, quien llama a la reflexión y el análisis de la aguda crisis de la educación en nuestro país.

Licenciada Berta Glauberman

Libros y publicaciones



Patología oral y maxilofacial

La obra consta de 415 páginas y el índice correspondiente. Sus autores son J. Philip Sapp, Lewis R. Eversole y George P. Wysocki. Es una publicación de Harcourt Brace, impreso en España. Editorial Contemporánea. Distribuido por Cúspide Libros Médicos.

Patología oral y maxilofacial es una valiosa colaboración de reciente aparición tanto para médicos como para odontólogos prestando también una valiosa ayuda y guía en la información de las enfermedades orales para los estudiantes de ambas carreras, especialidad ésta muchas veces relegada por odontólogos y médicos los primeros supeditados exclusivamente a los tejidos duros ignorando los tejidos blandos y los segundos por no haber adquirido los conocimientos necesarios para realizar correctos diagnósticos, convirtiéndose así la mucosa bucal desgraciadamente en territorio ignorado.

La obra que comentamos apunta por suerte a lo contrario, consta de 12 capítulos cubriendo un amplio abanico de lesiones, destacándose algunos como los que se refieren a infecciones orales, trastornos de las glándulas salivales y alteraciones hemáticas con fotos y cortes histológicos de excelente calidad. Al finalizar cada capítulo los autores recomiendan lecturas adicionales, que son trabajos de actualización relacionados con los temas tratados en cada uno de ellos que reemplazarían a la clásica bibliografía.

Dr. Carmelo I. Bottero, Dr. Jorge M. García

Homenaje

Felices 90 años del Dr. Leonardo Voronovitsky



Desde la RAAO queremos mandarle nuestro afectuoso saludo al Dr. Leonardo Voronovitsky, en su cumpleaños noventa.

Leonardo fue uno de los visionarios que allá por los '50 vislumbraron la necesidad de difundir, popularizando y democratizando el conocimiento y la atención de la ortopedia y la ortodoncia. Lo concretó con la creación del Ateneo Argentino de Ortopedia Maxilar, hoy nuestro Ateneo Argentino de Odontología.

Entre sus tareas institucionales, estuvo la Dirección de la revista "Ortopedia Maxilar", precursora de nuestra RAAO.

Nada expresa mejor a un hombre que sus ideas y la fidelidad con que las plasma en la práctica cotidiana.

Con motivo del IV Congreso de las Disgnacias a la Asociación Argentina para el Estudio y Tratamiento del las Disgnacias, escribió en la editorial de la Revista N° 1, Vol XII, 1975:

"...Igual hemos asumido en cuanto hace al ámbito latinoamericano, por sobre toda otra consideración ajena al quehacer que nos convoca. Tal vez no sea éste el momento más propicio —pensarán algunos— para la realización de este evento. Seguramente quienes así piensen tengan algunas razones valederas, y seguramente habrán de reflejarse en el congreso de alguna manera.

Vivimos un momento muy especial en América Latina y nuestro país no escapa al mismo. Inútil sería detallarlo. La zozobra, la angustia, la falta de tranquilidad económica y política trasciende mucho más allá de nuestro ejercicio profesional y de nuestros anhelos de capacitación, para observarlo todo, para penetrar en todos los poros de la sociedad sin excluir nada ni a nadie. Pero precisamente por ello mismo las grandes reservas morales, de conciencia social en que se funda el optimismo de los hombres y de los pueblos, es que nos hace pensar que

son éstos los que, por sobre las vicisitudes y contingentes con que parecieran, quienes tienen más responsabilidades, empeñados en no comprender o en no acertar el camino hacia la paz y la felicidad, que es esto mismo lo que nos induce más fielmente a consagrar nuestro esfuerzo por el éxito de este congreso.

La realización de un congreso científico, o de cualquier otra actividad que reúne a los hombres con el propósito de alcanzar un avance más, una conquista más que haga a la felicidad de los hombres y de los pueblos, es una prueba de madurez de los mismos, un antídoto a la desesperación, a la angustia, al atraso, a la parálisis con que por instantes se nos presenta como telón de fondo de nuestros países y de la humanidad.

¡No! Nada se detiene, porque los pueblos al fin de cuentas, con su trabajo, que es sin pausa, se abre como torrente incontenible para arrastrar todas las piedras que se oponen en su camino, con su trabajo, como un rayo de luz disipan todas las brumas y de este modo la humanidad da un nuevo salto hacia adelante, tal como siempre aconteció en su historia.

No faltan quienes no se cansan de reclamar más trabajo, como si esa carencia fuere real y causa de los males y trastornos. Pero quienes todos los días lo hacen sin pausa, sin gratificaciones, como tantas veces ocurre, sabemos bien que el mal está en otra parte, en todo caso en la no valorización de ese trabajo, en la falta de estímulo real, etc.

Este congreso que realizamos es una prueba de ese trabajo, venciendo todas las dificultades, es una prueba más del optimismo de los pueblos respecto al porvenir, y en abrazo fraternal dentro y fuera de nuestras fronteras, como una expresión más de la conciencia social que nos impulsa a todos; la ciencia al servicio de la paz y de la unidad de los pueblos. La realización del congreso, pues, es una prueba más de servir y ser útiles a los pueblos y sus resultados de seguro serán un aporte más en esos propósitos.

¡Bienvenidos todos! Que este congreso, como lo son todos, sea el abrazo fraternal, el impulso hacia nuevas y más ambiciosas metas al servicio del hombre y de la sociedad..."

Dr. L.V.

Le deseamos felices 90.

Correo de lectores

Buenos Aires, 14 de agosto de 2000

Sr. Presidente del Ateneo Argentino de Odontología
Dr. Armando H. Pollero

Estimado colega:

Me dirijo a usted y por intermedio suyo a la Comisión Directiva de la A.A.O. con motivo de haber recibido vuestra atenta nota del 20 de junio, por la cual me comunican que oficialmente a partir del 30 de mayo del corriente año, paso a revestir como Socio Vitalicio del A.A.O.

Constituye para mí una muy grata sensación de alegría y al mismo tiempo de orgullo, el reconocimiento de la institución por los años transcurridos y la modesta colaboración brindada por mí, a nuestro querido Ateneo.

Mi entrada, hace ya muchos años, significó el compartir una nueva familia, nuevos valores y también nuevos y generosos amigos. No sólo amplí mis conocimientos, sino que aprendí a admirar, querer y valorar la amistad y la confianza con que siempre me trataron.

Es por todo esto y por mucho más que no puedo explicarles con palabras, que deseo agradecerles por vuestra deferencia, y expresarles que sigo unido hoy como siempre, al esfuerzo emprendido por todos ustedes.

La casa vieja de patios de tierra, hoy convertida en una pujante institución, siempre será mi casa, como los Fiszman, Beszkin, Zielinsky, Alvarez, etc. y todas las mujeres colegas seguirán siendo mis amigos.

Estoy a disposición de ustedes y de los ideales que siempre perduran.

Con todo mi afecto

Dr. Salvador Benmergui



En odontalgias

CLINADOL[®]

FLURBIPROFENO 50 mg

CLINADOL[®] FORTE

FLURBIPROFENO 100 mg

Resuelven el problema

ANALGESICO-ANTIINFLAMATORIO NO ESTEROIDEO
INHIBIDOR DE LA RESORCION OSEA ALVEOLAR

60 años

Al Cuidado de la Vida

Gador

PRESENTACIONES: CLINADOL: Envase con 16 comprimidos recubiertos.
CLINADOL FORTE: Envases con 8 y 16 comprimidos recubiertos.

Gador

Al Cuidado de la Vida

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