

DENTAL TRIBUNE

— The World's Dental Newspaper · Hispanic and Latin American Edition —

EDITADO EN MIAMI

www.dental-tribune.com

No. 7, 2013 VOL. 10

La educación profesional online

*Cusco reúne a los mejores
especialistas de prótesis*



DENTAL TRIBUNE
El periódico dental del mundo
www.dental-tribune.com

Publicado por Dental Tribune International

DENTAL TRIBUNE
Hispanic & Latin America Edition

Director General
Javier Martínez de Pisón
j.depison@dental-tribune.com
Miami, Estados Unidos
Tel.: +1-305 633-8951

Directora de Marketing y Ventas
Jan Agostaro
j.agostaro@dental-tribune.com

Diseñador Gráfico Javier Moreno
j.moreno@dental-tribune.com

COLABORACIONES
Los profesionales interesados en colaborar deben contactar al director.

Esta edición mensual se distribuye gratuitamente a los odontólogos latinoamericanos y a los profesionales hispanos que ejercen en Estados Unidos.

Dental Tribune Hispanic and Latin America Edition es la publicación oficial de la Federación Odontológica Latinoamericana (FOLA).

Dental Tribune Study Club
El club de estudios online de Dental Tribune, avalado con créditos de la ADA-CERP, le ofrece cursos de educación continua de alta calidad. Inscríbese gratuitamente en www.dtstudyclubspanish.com para recibir avisos y consulte nuestro calendario.

DT International

Licensing by Dental Tribune International

Group Editor: Daniel Zimmermann
newsroom@dental-tribune.com
+49 341 48 474 107

Clinical Editor Magda Wojtkiewicz
Online Editor Yvonne Bachmann
Claudia Duschek
Copy Editors Sabrina Raaff
Hans Motschmann

Publisher/President/CEO Torsten Oemus
Director of Finance Dan Wunderlich
Business Development Claudia Duschek
Media Sales Managers

Matthias Diessner (Key Accounts)
Vera Baptist (International)
Peter Witteczek (Asia Pacific)
Maria Kaiser (USA)
Weridiana Mageswki (Latin America)
Hélène Carpentier (Europe)

Marketing & Sales Services Esther Wodarski
Nasrin Gazawi

Accounting Karen Hamatschek
Executive Producer Gernot Meyer

Dental Tribune International
Holbeinstr. 29, 04229 Leipzig, Germany
Tel.: +49 341 4 84 74 302 | Fax: +49 341 4 84 74 173
www.dental-tribune.com | info@dental-tribune.com

Regional Offices

ASIA PACIFIC

Dental Tribune Asia Pacific Limited
Room A, 20/F, Harvard Commercial Building,
105-111 Thomson Road, Wanchai, Hong Kong
Tel.: +852 3113 6177 | Fax: +8523113 6199

THE AMERICAS

Dental Tribune America
116 West 25rd Street, Ste. 500, New York, N.Y.
10011, USA
Tel.: +1 212 244 7181 | Fax: +1 212 224 7185

La información publicada por Dental Tribune International intenta ser lo más exacta posible. Sin embargo, la editorial no es responsable por las afirmaciones de los fabricantes, nombres de productos, declaraciones de los anunciantes, ni errores tipográficos. Las opiniones expresadas por los colaboradores no reflejan necesariamente las de Dental Tribune International.
©2013 Dental Tribune International.
All rights reserved.

PORTADA:

Machu Picchu, "la ciudad perdida de los Incas", con la imponente cumbre de Huayna Picchu al fondo, en un foto de Javier de Pisón.

La educación profesional en el siglo 21

Por *Melania González y Rivas**

Este número de Dental Tribune Latinoamérica está dedicado a las nuevas tendencias en la educación odontológica. Dirigido por la Dra. Melania González Rivas, presidente de la Red Odontológica Comunitaria Argentina (ROCA) y una de las grandes expertas en educación a distancia, este número pone especial énfasis en la capacitación del equipo de salud mediante los nuevos métodos de educación virtual.

El concepto de la «aldea global», expuesto por primera vez por el filósofo de las comunicaciones Marshall McLuhan, se ha hecho realidad con el advenimiento de la Era del Internet.

La consecuencia de la telecomunicación instantánea por la red ha sido un cambio profundo en las relaciones entre los países, el comercio, las comunicaciones y el conocimiento: el mundo se comunica hoy en día y hace negocios sin necesidad de viajar.

La «aldea global» es actualmente un espacio sin fronteras en el que no existen ya límites territoriales, lo cual ha alterado el concepto tradicional de la geografía.

La educación a distancia propone formas específicas de relación

educativa entre los actores del proceso de enseñanza y aprendizaje. Este modelo pedagógico incluye el uso de una gran variedad de recursos de las tecnologías de la información y redes de comunicación, poniendo énfasis en el desarrollo de estrategias interactivas como los Foros virtuales.

Esto ha generado nuevos modelos educativos que usan estas nuevas tecnologías para crear «espacios virtuales de educación en Internet», que involucran tiempos, espacios, recursos, relaciones alumno-maestro o alumno-alumno de distintas culturas.

Estamos en el Siglo del Saber, donde la ciencia y la tecnología van conquistando los distintos ámbitos que comprende la vida. Las nuevas tecnologías están transformando nuestro modo de pensar, de sentir y de actuar como aspectos cognitivos fundamentales, como dimensiones esenciales del ser humano.

En este contexto, la educación ha cambiado también para poder cumplir con sus objetivos, metas, pedagogías y didácticas y con su misión en el siglo XXI.



Dra. González Rivas, Presidente de la Red Odontológica Argentina

El Campus Virtual ROCA

La capacitación de recursos humanos profesionales, auxiliares y técnicos a través de las plataformas virtuales permite llegar con mayor facilidad a una gran cantidad de profesionales que se encuentran en áreas geográficamente alejadas de las grandes ciudades y centros de capacitación tradicionales.

La educación virtual ofrece también una excelente opción para la actualización de los conocimientos de un gran número de profesionales del equipo de salud. Además, favorece el acceso y la democratización de la formación de posgrado.

Este tipo de educación puede incluir también una modalidad semi-presencial. Esta alternativa combina

* La Dra. González Rivas, Magíster Interdisciplinario en Salud Bucal Comunitaria por la Universidad de Buenos Aires, es Presidente de la Red Odontológica Argentina (www.roca.org.ar).
Correspondencia: presidencia@roca.org.ar

2º MEGA EVENTO ODONTOLÓGICO
VII Cumbre Presidentes S.O.L.A.
I Encuentro Mundial de Mejoras en Salud Bucal
Reunión Anual A.D.I. Peruvian Chapter
I Simposio Multidisciplinario de R.O.C.A. Internacional
28, 29 y 30 de Noviembre de 2013 - Lima, Perú

Inscripción al Congreso Invitados ROCA
50 % de Descuento hasta el 30/06/2013.
Más información en:
www.solainternacional.org

I Simposio Multidisciplinario de R.O.C.A. Internacional
Docentes Conferencistas Campus Virtual R.O.C.A. Internacional

29 de Noviembre - SALA ECHEVERRY GRAN TEATRO NACIONAL	
8 a 9 Am	Prótesis e Implantología de Alta Complejidad Prof. Dr. Osvaldo Tomás Cacciacane
9 a 10 Am	Ortopedia Funcional Dr. Julio Lalama Monserrate
10 a 11 Am	Odontología para Bebés Dr. Mario Elías Podestá
11 a 12 Am	Marketing y Gestión del Consultorio Dental Dr Byron Benalcázar Larrea
12 a 13 Pm	Excelencia en Estética Dental Dr. Sergio Cacciacanne Entre Ríos
13 a 14 Pm	Odontología para Pacientes Especiales Dra. Gabriela Scagnet

www.roca.org.ar

Agente Exclusivo
Firenze Viajes
011 4899 7000
nahuel@firenzeviajes.com

Coordinación General
Dra. Melania González y Rivas

cursos a distancia con talleres prácticos y ofrece un horario flexible para la formación de los profesionales.

El Campus Virtual ROCA Internacional es la primera plataforma educativa para odontólogos en Latinoamérica. El personal de profesores del Campus Virtual ROCA está formado por docentes que gestionan el conocimiento y promueven prácticas autónomas, compartidas y críticas. Para ello, estimulan y motivan la formación de verdaderas comunidades a través de procesos comunicativos en un aula virtual. Este modelo consta de un primer nivel teórico online y de un segundo nivel presencial, donde se consolidan los conocimientos y destrezas prácticas necesarias.

La Red ROCA tiene dos propuestas de capacitación:

El Programa de Capacitación Virtual del Odontólogo Latinoamericano ofrece una gama completa de cursos en diferentes especialidades orientado al interés de profesionales, especialistas, auxiliares, asistentes dentales y técnicos de laboratorio. Consulte el programa completo en www.roca.org.ar/campus2013.php.

El Programa de Capacitación de Odontólogos Comunitarios es una herramienta que permite la formación de equipos locales, provinciales, nacionales e internacionales interesados en la odontología preventiva y comunitaria, de acuerdo a las necesidades y prioridades de la población a la que se destine la intervención. Se trata de un programa de educación virtual sobre el que la red ofrece más información en www.roca.org.ar/odontologia_comunitaria.php.

Además, ROCA ha unido esfuerzos con Dental Tribune, que ofrece cursos de actualización por internet mediante el Club de Estudios de Dental Tribune, los cuales cuentan con créditos de educación de la Asociación Dental Americana (ADA).

Este número especial de *Dental Tribune Latinoamérica* presenta una serie de artículos de profesores de ROCA en diversas especialidades.

Los especialistas en Odontopediatría y Odontología para el bebé, Drs. Mario César Elías Podestá y César Arellano Sacramento (Perú), docentes de los cursos de Odontología para Bebés y Diagnóstico y Manejo de la Caries Dental con Restauraciones Estéticas en Odontopediatría, explican el «Tratamiento de úlcera de Riga-Fede en un bebé con antecedente de reacción adversa por uso de benzocaína».

En Estética, el Prof. Dr. Edgar Teddy Romero Peláez (Bolivia-España), docente junto al Dr. Sergio Cacciacane del Posgrado Rehabilitación y Estética, describe el «Embellecimiento de sonrisas a partir del perfilado y relleno de labios con ácido hialurónico».

En Endodoncia, el Dr. Roberto Udri-sar (Argentina), docente del curso Endodoncia de la filosofía a la práctica, discute «La importancia del tercio apical del conducto».

En el campo de la Ortodoncia, el Dr. Julio Lalama (Ecuador), docente del curso Ortopedia funcional y ortodoncia invisible, desarrolla el tema «Ortodoncia invisible al alcance de todos».

Por su parte la Dra. Gabriela Scagnet (Argentina), docente del curso on-

line Odontología Pacientes Especiales, discute el tema de la «Atención odontológica de niños con riesgo médico».

«La investigación en la universidad y fuera de ella» es el interesante tópico que desarrolla el Dr. César Arellano Sacramento (Perú), docente del curso online Metodología de la Investigación.

El Dr. Byron Benalcázar Larrea (Ecuador), docente del curso online Márketing en Odontología, se centra en el tema del «Estrés en odontología».

«La salud bucal como derecho básico de la humanidad» es el título del artículo del Dr. Carlos Imondi (Argentina), docente del curso Promotores Comunitarios de Salud Bucal.

Completa este número especial un artículo que explica en qué consiste y cómo se desarrolla el Programa Odontólogos Comunitarios®, destinado a ofrecer educación a distancia de alta calidad en áreas rurales o de poco acceso.

Esperamos que la amplia variedad de tópicos presentados sirva para demostrar la importancia y alcance de la educación virtual, al igual que la calidad de los profesores que la imparten, en el marco del exitoso crecimiento que en pocos años ha tenido la Red Odontológica Comunitaria Argentina. **DI**

«La educación online es una excelente opción para la actualización de los conocimientos de los profesionales del equipo de salud».

EL LÍDER MUNDIAL DEL SISTEMA DE ORTODONCIA MIOFUNCIONAL ESTÁ MEJOR QUE NUNCA

myobrace®

OBTENER RESULTADOS

ANTES DESPUÉS

ANTES DESPUÉS

ANTES DESPUÉS

ANTES DESPUÉS

PARA LOS NIÑOS PEQUEÑOS

PARA LOS NIÑOS

PARA LOS ADOLESCENTES

PARA LOS ADULTOS

CONVERTIRSE EN UN PROVEEDOR DE MYOBACE®

- Tratar un gran número de pacientes.
- Aumentar el flujo de pacientes en su práctica.
- Frecuentemente se necesita menos tiempo con el paciente en el sila.
- Beneficios financieros se pueden lograr para usted y para el paciente.

Visita: www.myoresearch.com/courses

DESCUBRA CÓMO EN NUESTRO SITIO WEB WWW.MYORESEARCH.COM O POR TELÉFONO A 1.866.550.4696.

Tratamiento de úlcera de Riga-Fede en un bebé con antecedente de reacción adversa por uso de benzocaína

Por Mario César Elías Podestá¹ y César Arellano Sacramento²

Este artículo describe el caso de un bebé de 3 meses de edad, que acudió a consulta odontopediátrica por presentar úlcera en la zona ventral de la lengua causando irritación comportamental e interfiriendo en su alimentación.

Además presentó pieza 8,1 erupcionada y giroversada. Al nacimiento presentó dientes natales, uno de

los cuales fue extraído en ese momento por su pobre implantación y riesgo de aspiración. El odontólogo

de turno utilizó para la extracción anestésico tópico en spray (benzocaína al 20%). Inmediatamente

después de la extracción, presentó cianosis, siendo llevado a cuidados intensivos. El diagnóstico presuntivo fue cianosis por metahemoglobinemia por uso de benzocaína.

Introducción

La presencia de dientes en el momento del nacimiento es una situación que puede incomodar a las madres. Los dientes se denominan natales o connatales cuando están presentes en el nacimiento y neonatales cuando aparecen durante las primeras semanas de vida¹. En líneas generales los autores los denominan a todos natales. En caso de que estos dientes puedan comprometer la salud del bebé (aspiración por pobre implantación), se recomienda la extracción, previa utilización de anestésicos tópicos en la zona. El procedimiento quirúrgico en sí no es complicado en manos experimentadas, y no causa complicaciones futuras¹. Sin embargo, la literatura ha reportado desde hace algún tiempo efectos adversos (metahemoglobinemia) relacionados con un anestésico que es comúnmente utilizado como tópico de mucosas por los dentistas: la benzocaína.

La metahemoglobina es la oxidación (Fe +++), de la hemoglobina. En este estado no puede cumplir la función de transportar el oxígeno. La metahemoglobinemia es la elevación anormal de la metahemoglobina. Puede ser causada principalmente por nitritos, y por otras sustancias como la benzocaína. Los síntomas incluyen cefalea, fatiga, letargo, disnea, taquicardia y mareos. La presión de oxígeno puede presentarse como normal y haber cianosis generalizada (lo que sugiere un 15% de metahemoglobinemia)².



Congreso Nacional e Internacional de la Asociación Odontológica Dominicana, Inc.

Dictantes Nacionales e Internacionales

XX CONAOD

Espectáculo Inaugural - Fiesta de Clausura

Dedicado al:
Dr. Adolfo Rodríguez
Por sus Aportes a la Odontología Latinoamericana



**Hotel Dominican Fiesta, Santo Domingo, R.D.
Viernes 4 y Sábado 5 de Octubre, 2013**

ANTES DEL 1ro. DE AGOSTO	DESPUES DEL 1ro. DE AGOSTO
Odontólogos Activos RD\$ 1,500.00	Odontólogos Activos RD\$ 2,500.00
Odontólogos Pasivos RD\$ 2,000.00	Odontólogos Pasivos RD\$ 3,000.00
Estudiantes y Asistentes: RD\$ 1,000.00	Estudiantes y Asistentes: RD\$ 1,500.00
Técnicos Dentales RD\$ 1,500.00	Técnicos Dentales RD\$ 2,000.00
Odontólogos Extranjeros US\$ 100.00	

Curso Sin costo para las Asistentes Dentales de los primeros 200 odontólogos inscritos

INFORMACION:

809-534-0880 / 809-531-0104

asociacionodontologicadominicana@hotmail.com

PATROCINADOR OFICIAL:





1. Cirujano Dentista, Especialista en Odontopediatría, Maestro en Investigación y Docencia Universitaria y Doctor en Educación.

Profesor Asociado de la Facultad de Estomatología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega (Lima, Perú), y de la EAP de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas (Lima, Perú). Ex-presidente de la Asociación Peruana de Odontología para Bebés. Correspondencia: marioeliaspodesta@hotmail.com.



2. Cirujano Dentista, Maestro en Salud Pública. Asociado Fundador de la Asociación Peruana de Odontología para Bebés (Lima, Perú). Profesor de la EAP de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas (Lima, Perú).

Correspondencia: csar.arellano@gmail.com.

Presentación del caso

Paciente varón de 3 meses de nacido llevado por interconsulta odontológica general a consulta odontopediátrica por su madre, debido a ulceración en la mucosa ventral de lengua. La madre refiere que el niño nació de parto vaginal pesando 3300 grs sin complicaciones e inmediatamente después de ver a su hijo y de que le contaran que había nacido con dos dientes en el maxilar inferior le sugirieron extraerlos ya que estaban móviles y existía la posibilidad de que el bebé los podría tragar.

Después de obtener el permiso de ambos padres, procedieron a la intervención. Manifiesta la madre que llevaron al bebé a sala de operaciones. El dentista de guardia realizó la intervención acompañado por un pediatra. La intervención se llevó a cabo bajo las normas comunes de bioseguridad, administrándose anestesia tópica en spray (benzocaína al 20%). El dentista, debido a la movilidad extrema de la pieza dentaria natal presente en la zona de pieza 7,1 (incisivo central inferior izquierdo) y a la pobre movilidad de la pieza natal en la zona de 8,1 (incisivo central inferior derecho), decide retirar sólo el 7,1. No hay datos sobre el procedimiento en sí, pero lo convencional es un corte con tijera quirúrgica que remueve el diente junto con el tejido exófitico, que comunmente lo rodea⁵. Minutos después de la extracción, el bebé presentó cianosis, interpretada en el momento y comunicada inicialmente a la madre como una reacción idiopática; posteriormente el personal involucrado sugiere a la familia que se trató de una reacción a la benzocaína. El bebé fue reanimado y llevado a cuidados intensivos, permaneciendo tres días en el área. La madre relata que los controles médicos pediátricos fueron normales, a excepción de ganancia excesiva progresiva de peso, desde el nacimiento hasta la fecha de nuestra consulta. El bebé al momento de la consulta pesó 8 kgs, con presencia de abundante grasa



Figura 1. Bebé de 3 meses en consulta odontopediátrica. Nótase el gran tamaño y la abundancia de grasa corporal (peso 8000 grs).

corporal (puesto a dieta por indicación pediátrica) (Figura 1).

Al examen clínico bucal se encontró presencia de diente natal en la zona de 8,1 de características propias de piezas con falta de formación de esmalte (rugosidades y bordes cortantes), además de distogiroversión. En la zona de 7,1 el reborde mucoso maxilar es de características normales. En zona ventral de la lengua se observa una lesión ulcerosa de aproximadamente 5x1 mm, con bordes blanquecinos y aparente inicio de queratinización. No se encontraron otras manifestaciones bucales anormales (Figura 2).

Al examen radiográfico (técnica de Mannkopf)⁴ se notó ausencia de pieza dental 7,1 y presencia de 8,1 con soporte óseo. Fue necesario ampliar la zona radiográfica mandibular a fin de determinar si correspondían a dientes de la serie normal o a supernumerarios. En



Figura 2. Diente natal distogiroversado 8,1 luego del desgaste de la superficie incisal (Sof-Lex™ Finishing and Polishing Systems. 3M ESPE). Nótase la ulceración blanquecina a nivel de la cara ventral de lengua que contacta con el diente en el momento del amamantamiento.

la segunda toma no se apreció presencia apical de piezas dentarias en la zona de 7,1 y 8,1, por lo que se concluyó que se trata de dientes natales de la serie normal (primarios) (Figuras 3A y 3B).

El diagnóstico fue diente natal 8,1 distogiroversado con ausencia parcial localizada de formación de esmalte y bordes incisales cortantes. Úlcera de Riga-Fede, obesidad, con aparente antecedente de metahemoglobinemia inducida por benzocaína.

Tratamiento

Se le brindó a la madre las indicaciones básicas sobre los cuidados bucales educativos y preventivos acordes con la edad y el seguimiento que deberíamos hacer. Se le explicó detalladamente las características clínicas, etiológicas y epidemiológicas de los dientes natales y de la úlcera de Riga Fede. Ante la ausencia de movilidad de la pieza 8,1 fue innecesario extraerla, por lo que se

procedió al desgaste de la zona incisal de la misma con discos de lija de baja rotación (Sof-Lex™ Finishing and Polishing Systems. 3MESPE) a fin de obtener una superficie roma que no dañe la zona ventral de la lengua durante la lactancia y producir alivio progresivo de la úlcera de Riga-Fede hasta su desaparición.

Discusión

El uso de benzocaína en odontología es común y relacionado a anestesia tópica en gel o spray, previo a la colocación de anestesia infiltrativa. En bebés (0 a 36 meses de edad), es más común usarlo en gel o embebido en algodón cuando lo obtenemos de un spray a fin de solo aplicarlo en espacios pequeños.

Cuatro tipos de anestésicos locales han sido reportados como asociados con metahemoglobinemia: prilocaína, benzocaína, lidocaína y la tetracaína⁵. Los infantes constituyen un grupo vul-

Promotores Comunitarios de Salud Bucal



Comienza 21 de Agosto de 2013
Campus Virtual ROCA Internacional
www.roca.org.ar



Auspiciado por Facultad de Ciencias del Ambiente y la Salud
Universidad Nacional del Comahue Argentina.



Dictante: Dr. Carlos Imondi
Modalidad: Virtual con Evaluación Final
Duración: 4 Meses - 200 Hs.
Certificación Universitaria
Informes e inscripciones a info@roca.org.ar



Promotores Comunitarios de
Salud Bucal



Figura 3A. Primera toma radiográfica (técnica de Mannkopf). Figura 3B. Segunda toma amplia en donde se ve presencia de 8,1 con alteración de estructura adamantina, ausencia de 7,1 y a nivel apical de ambas piezas no se observan otras estructuras. El diagnóstico radiográfico es diente natal 8,1 de la serie normal. No se aprecia 7,1.

nerable ya que su pH estomacal (2,0-5,0) permite el crecimiento de organismos reductores de nitratos (*Escherichia coli*, *Salmonella spp.* etc.) y tienen un alto consumo de agua. La hemoglobina (desde fetal hasta los 6 meses de edad) es más fácilmente oxidada a metahemoglobina que la hemoglobina adulta y el desarrollo del sistema NADH-metahemoglobina reductasa es incompleta⁶.

Guay J, en una revisión de literatura sobre el tema de metahemoglobinemia por uso de diferentes medicamentos encontró que 159 de 242 sujetos sufrieron metahemoglobinemia por benzocaína. De estos, 41 fueron niños⁵.

Kane GC *et al.* encontraron una incidencia baja de metahemoglobinemia por benzocaína (1 caso en 1499 en 90 meses) en pacientes sometidos a ecocardiografía transesofágica⁷.

Si bien se ha asociado la metahemoglobinemia con consumo de vegetales en menores de 6 meses⁸, lo importante aquí es resaltar que también ha sido asociada con el uso de benzocaína en niños por uso tópico externo⁹ y oral¹⁰. Asimismo, en adultos en situaciones pre-quirúrgicas o diagnósticas (laparoscopias, intubaciones previas a la anestesia general, etc.)¹¹ y por ingesta accidental de algún producto con benzocaína. La metahemoglobinemia por benzocaína puede ser considerada como una reacción adversa no alérgica de tipo idiosincrásica.

En 2006 y 2011, la FDA lanzó una alerta a los profesionales de la salud sobre que el uso excesivo de aerosoles anestésicos de benzocaína (al 20%) podría causar metahemoglobinemia, aumentando el riesgo cuando es utilizada más veces (asperjar-rociar-*puff*) de lo recomendado. Informa también que el tratamiento con suplemento de oxígeno por sí solo no es efectivo, siendo el único tratamiento conocido la administración intravenosa de azul de metileno; el uso de oximetría de pulso no es fiable. Los bebés menores de 4 meses de edad, pacientes con baja hemoglobina y algunas anomalías en las enzimas, tienen mayor riesgo de desarrollar niveles tóxicos de metahemoglobina. Los pacientes que tienen problemas respiratorios como asma, bronquitis o enfisema, los pacientes con enfermedades del corazón, y quienes fuman tienen un mayor riesgo de complicaciones relacionadas con la metahemoglobinemia. La FDA ha concluido que el número de eventos adversos causados por estos aerosoles ha sido baja y, cuando se utilizan adecuadamente, pueden ayudar a que los procedimientos sean menos incómodos para los pacientes. Este aviso se aplica sólo a los aerosoles de benzocaína cuando son usados en la boca y la garganta (mucosa), y no a los productos que contienen benzocaína aplicados a la piel^{12,13,14}.

Sin embargo, informes recientes han manifestado que es casi imposible, en condiciones clínicas poder precisar el

volumen de aspersión, el cual varía según el volumen residual en el recipiente y la orientación del recipiente que lo contiene¹⁵.

Guay sugiere que debido a que no podemos predecir qué individuos podrían ser susceptibles a desarrollar metahemoglobinemia después de la exposición a la benzocaína, y también porque no hay ninguna ventana terapéutica (entre las dosis necesarias para producir un efecto terapéutico y los que producen toxicidad) en individuos susceptibles, el uso clínico de benzocaína debe ser abandonado. Asimismo, recomienda su sustitución por fármacos con menos susceptibilidad a formar este padecimiento como la lidocaína⁵.

Algunos profesionales de la salud hacen hincapié en que, si bien la benzocaína ha resultado muchas veces fatal al ser consumida en altas dosis, los organismos reguladores no han intervenido para hacer su presentación «a prueba de niños»¹⁶, es decir, eliminación de sabores agradables, etc.

Este artículo no pretende ser una revisión exhaustiva del tema, sólo dar a conocer la situación a la comunidad odontológica, sugiriendo más revisiones sobre el tema.

Conclusiones

1. El odontopediatra debe evaluar, diagnosticar y tratar los dientes natales de la manera más precoz (después

del nacimiento), cuando constituyan un riesgo de aspiración por no estar bien implantados. Esta intervención es poco cruenta. De preferencia se debería realizar con anestesia tópica sustituyendo la benzocaína en cualquier presentación (por la circunstancia de la metahemoglobinemia), por otro anestésico que presente menos probabilidad de reacciones adversas.

2. El diagnóstico posterior deberá dirigirse a determinar si los dientes natales son de la serie normal o supernumerarios. Se recomienda radiografía con la técnica de Mannkopf. Cuando sean de la serie normal y no puedan mantenerse en boca por su pobre implantación deberán ser sustituidos por prótesis fijas o semifijas (tipo de Denari) lo antes posible. Esto implica que la madre debe estar concientizada del problema de espacio y/o crecimiento que acarrearía el no reemplazo de (los) diente(s) extraído(s).

3. La úlcera de Riga-Fede es una complicación común del lactante que tiene dientes natales. El tratamiento de esta alteración es la extracción o el limado de las asperezas incisales, las que por su naturaleza inmadura presenta el diente. La elección como se explicó, está en manos del clínico experimentado. DT



Consulte las referencias en www.dental-tribune.com

2º MEGA EVENTO ODONTOLÓGICO

VIII CUMBRE PRESIDENTES S.O.L.A.

I ENCUENTRO MUNDIAL DE MEJORAS EN SALUD BUCAL

REUNION ANUAL A.D.I. PERUVIAN CHAPTER

I SIMPOSIO MULTIDISCIPLINARIO DE R.O.C.A. INTERNACIONAL

I REUNION A.P.O. - PERU



Tetric® N-Collection

Un completo sistema restaurativo nano-optimizado



NUEVO



Descubra nuestra última colección



Tetric® N-Collection

Tetric N-Ceram® | Tetric N-Ceram® Bulk Fill | Tetric N-Flow® | N-Etch | Tetric N-Bond® | Tetric N-Bond® Self-Etch

www.ivoclarvivadent.com

Ivoclar Vivadent AG

Bendererstr. 2 | 9494 Schaan | Principality of Liechtenstein | Tel.: +423 / 235 35 35 | Fax: +423 / 235 33 60

Ivoclar Vivadent Marketing Ltd.

Calle 134 No. 7-B-83, Of. 520 | Bogotá | Colombia | Tel.: +57 1 627 33 995 | Fax: +57 1 633 16 63

Ivoclar Vivadent S.A. de C.V.

Av. Insurgentes Sur No. 863 | Piso 14, Col. Napoles | 03810 México, D.F. | México
Tel. +52 (55) 50 62 10 00 | Fax +52 (55) 50 62 10 29

ivoclar
vivadent®
passion vision innovation

Técnicas para el perfilado y relleno de labios

El embellecimiento de sonrisas con ácido hialurónico

Por **Edgar Teddy Romero Pelaez¹** y **Sergio Cacciacane²**

Los autores presentan un caso de excesiva sonrisa gingival que fue resuelto de forma óptima con un tratamiento de «camuflaje» mediante alargamientos coronarios,

carillas de porcelana CAD-CAM, perfilado y relleno de labios, así como inyección y creación de pilares de sujeción para los tejidos con ácido hialurónico.

El aspecto estético juega un papel muy importante en la sociedad, motivo por el cual cada vez son más solicitados los procedimientos médicos

que ofrecen efectos de rejuvenecimiento y mejoras en la estética corporal integral.

Si bien el rostro es la primera parte del cuerpo que se ve cuando nos relacionamos, muchas veces no se da la importancia debida a los movimientos musculares que, en relación directa con la piel, características anatómicas y facciones faciales hacen que una «expresión facial» sea agradable o no.

La «expresión facial» es uno de los aspectos más importantes de la estética integral, ya que además de expresar emociones y estados de ánimo, cualquier defecto puede provocar el rechazo del observador o incluso en muchas ocasiones inseguridad, complejos y perjuicios en las relaciones sociales o profesionales.

Hay que resaltar que la «expresión facial» tiene distintos componentes básicos que interactúan entre sí (muscultura periférica de ojos, cejas, nariz, etc.), pero uno de sus componentes más importantes es la «**expresión de la sonrisa**», un conjunto de movimientos musculares que es lo que realmente ven nuestros ojos.

La «**expresión de la sonrisa**» es la relación en movimiento de los **labios para con los dientes**. Esta es la razón por la que para embellecer la «expresión facial» y «la cara», se realizan tratamientos a partir del embellecimiento de labios, encías y dientes, los cuales pueden a su vez producir una «expresión de la sonrisa agradable».

La evolución de los materiales ha he-

cho que las técnicas que se utilizan en la actualidad sean simples y conservadores, pero todos los tratamientos deben estar basados en un buen estudio diagnóstico y planificación. Además, deben ser llevados a cabo por profesionales con buena formación y/o experiencia en Odontología Estética, que conozcan las distintas técnicas que pueden aplicarse de un paciente a otro y así dotar a los tratamientos de éxito y estabilidad para que garanticen el embellecimiento y rejuvenecimiento del rostro, expresión facial y la sonrisa.

Este artículo presenta un caso clínico de una paciente de 36 años de edad que fue atendida durante el Máster de Estética Dental y Rehabilitación Oral de la Escuela Superior de Implantología y Estética Dental de Barcelona. La paciente acudió para consultar opciones de tratamiento ya que se encontraba muy acomplejada por su «expresión facial», la cual estaba claramente alterada por su «**expresión de la sonrisa**» (labios, encías y dientes), que además de producirle problemas de ánimo y autoestima, afectaba a nivel laboral y motivacional su estética corporal.

Caso clínico

Para estudiar, analizar, diagnosticar y pronosticar el caso, además de la anamnesis y exploración completa, fue imprescindible rea-



1. *Director del Máster en Estética Dental y Rehabilitación Oral de la Escuela Superior de Implantología y Estética Dental de Barcelona, España (ESI-ESED). Correspondencia: dr_t_romero@yahoo.es.*

2. *Director de la Escuela Superior de Implantología ESI Barcelona.*

 **dontologos.com.co**[®]



Pronto conectaremos a todos los odontólogos de Colombia y Latinoamérica.

Espera el lanzamiento de una nueva herramienta en www.odontologos.com.co que te traerá muchas ventajas y aportará al crecimiento del gremio de la odontología en Colombia.

Si aún no eres parte de la comunidad de odontólogos más grande del país, te invitamos a registrarte.



Figs. 1a-d. Imágenes iniciales de la paciente donde se observa una alteración en la simetría de la sonrisa debido a la erupción pasiva alterada, prominencia ósea del área estética, línea de sonrisa alta, sonrisa gingival, diastemas y proporción alto/ancho incorrecta de los dientes.

lizar un completo análisis estético buco-dento-facial, para el cual se utilizaron una serie completa de fotografías, radiografías, modelos de estudio y encerados de la paciente

(Figs. 1a-d y 2).

Después de realizar análisis faciales, periorales y orales, un grupo de especialistas determinó que para

corregir la excesiva sonrisa gingival de la paciente era necesario lo siguiente: cirugía ortognática, ortodoncia y carillas de porcelana. La paciente se negó a esta primera op-

ción de tratamiento por considerarlo un tanto agresivo. Re-analizamos el caso y le propusimos un plan de tratamiento de «camuflaje», que es menos agresivo y consistía en:



Lo mejor de la Odontología Estética, en Julio, en Río



Evento paralelo a



www.ciorj.org.br



Fig. 2. Estudio y pronóstico del caso a partir de encerados y pruebas estéticas que respeten relaciones correctas de alto-ancho, forma, simetría, color y estética de los dientes para con los labios.



Fig. 3. Alargamiento coronario con características de acabado de gingivoplastia y osteoplastia (cirugía realizada conjuntamente con el Dr. Oscar Freixa).



Fig. 4. Alargamiento coronario 6 meses después de la cirugía. Tallado de dientes 14 a 24 para realizar carillas de porcelana feldespatica reforzada.



Dentapedia

3D Patient Education Software




Con Dentapedia

confío

en mi dentista

comprendo

la explicación

acepto

el tratamiento

Disponibles en el






iPhone iPad

Una brillante actualización

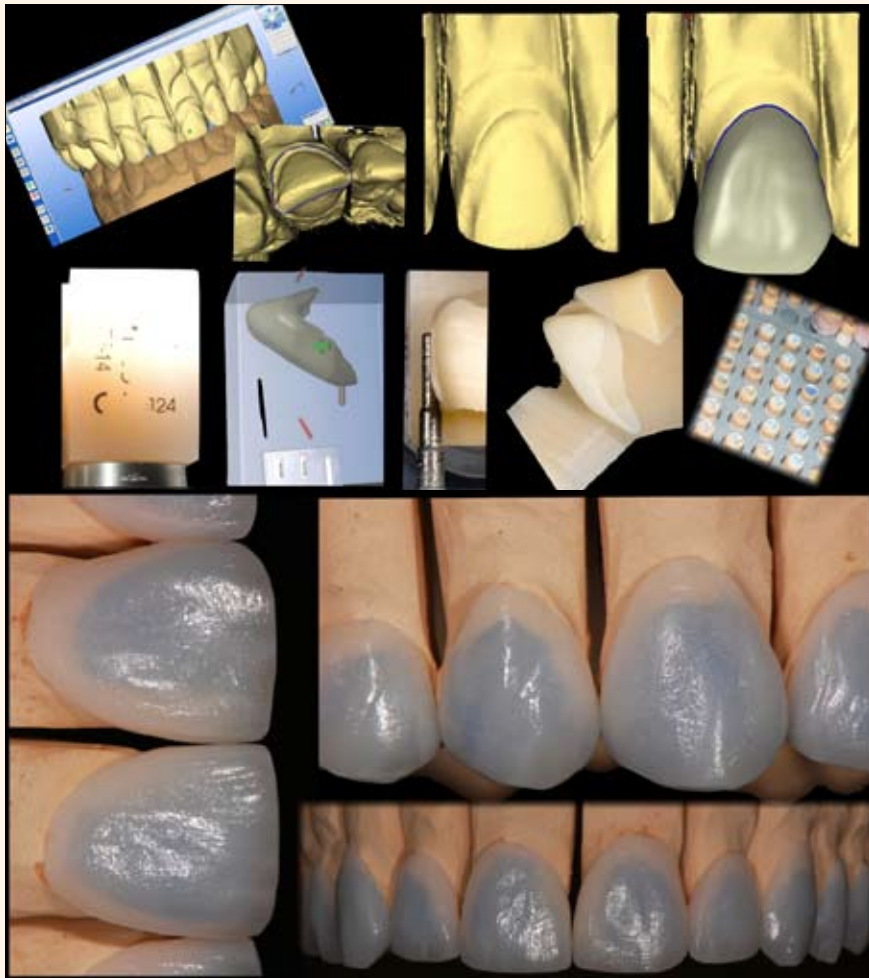
Aumente su productividad. El nuevo sistema LED de A-dec le proporciona un 25% más de luminosidad que las luces halógenas convencionales y consume una quinta parte de electricidad. Además, su excelente maniobrabilidad y luminosidad le permiten ver con precisión el color de los tejidos para analizar su estado.

Si tiene un sistema de iluminación A-dec, es posible adquirirla a precio preferencial. Para actualizar su sistema, llame a un representante de A-dec.



Visite a-dec.com/LED para enterarse de cómo el sistema A-dec LED le ofrece un rendimiento excepcional y una ergonomía sin precedentes.





Figs. 5a, 5b. Diseño de las carillas con sistemas CAD-CAM, fresado de los bloques de cerámica feldespática reforzada y posterior estratificación con cerámica feldespática convencional (para dar una microtextura natural).



Fig. 6. Prueba de try-in. Acondicionado de la estructura dental con microarenado leve, ácido ortofosfórico, silano y adhesivo. Acondicionado de las carillas con ácido fluorhídrico, neutralizado con bicarbonato, ácido ortofosfórico, silano y adhesivo. Cementado con aislamiento absoluto y cemento autopolimerizable de carillas.



Fig. 7. Como estaba previsto, se observa que la paciente después del alargamiento coronario y cementación de carillas aún presenta sonrisa gingival (fotografía tomada al acabar el cementado).



Fig. 8. Dos semanas después la cementación de las carillas se observa que la simetría y relación dientes-encía ha mejorado.



Fig. 9. Técnicas de inyección del ácido hialurónico siguiendo el protocolo del Máster de Estética Dental y Rehabilitación Oral de ESI-ESED Barcelona.



Fig. 11a. Labios cerrados y labios en reposo ANTES y DESPUES.



Fig. 11b. Fotografía en 45° de labios en reposo, 4 semanas después de las inyecciones (nótese la naturalidad de las inyecciones realizadas).

- **Alargamiento coronario con características de gingivoplastia y osteoplastia del área estética** para estilizar la arquitectura ósea y gingival, además de exponer los dientes a una mejor proporción alto ancho.

- **Carillas de porcelana de 15 a 25** para cerrar diastemas, mejorar la forma, color y posición de los dientes y embellecer así el conjunto dental.

- **Perfilado y relleno de labios con ácido hialurónico** para embellecer los labios, la sonrisa y, sobre todo, mimetizar la excesiva sonrisa gingival.

Es obvio que esta propuesta de tratamiento no corrige totalmente la sonrisa gingival, pero consideramos que siempre es importante tener una segunda opción que consiga resultados tan buenos como la primera. En todo caso, se trata de una propuesta de «camuflaje» basada en los resultados que obtuvimos en la fase diagnóstica.


Tras la aceptación de la paciente de esta propuesta de tratamiento empezamos por realizar el alargamiento coronario estético, bajo el protocolo que brinda características de gingivectomía, ostectomía y osteoplastia (Fig. 3), ya que nuestro propósito no era únicamente eliminar hueso, sino mejorar el aspecto de la encía y conseguir así una apariencia gingival más estética.

Seis meses después del alargamiento coronario procedimos a realizar el tallado de carillas de porcelana (Fig. 4) con sistemas computerizados CAD-CAM (Computer Aided Design-Computer Aided Manufacturing) de dientes 15 a 25, según el protocolo de tallados sobre provisionales, para producir un desgaste mínimo de los dientes (Figs. 5a y 5b).

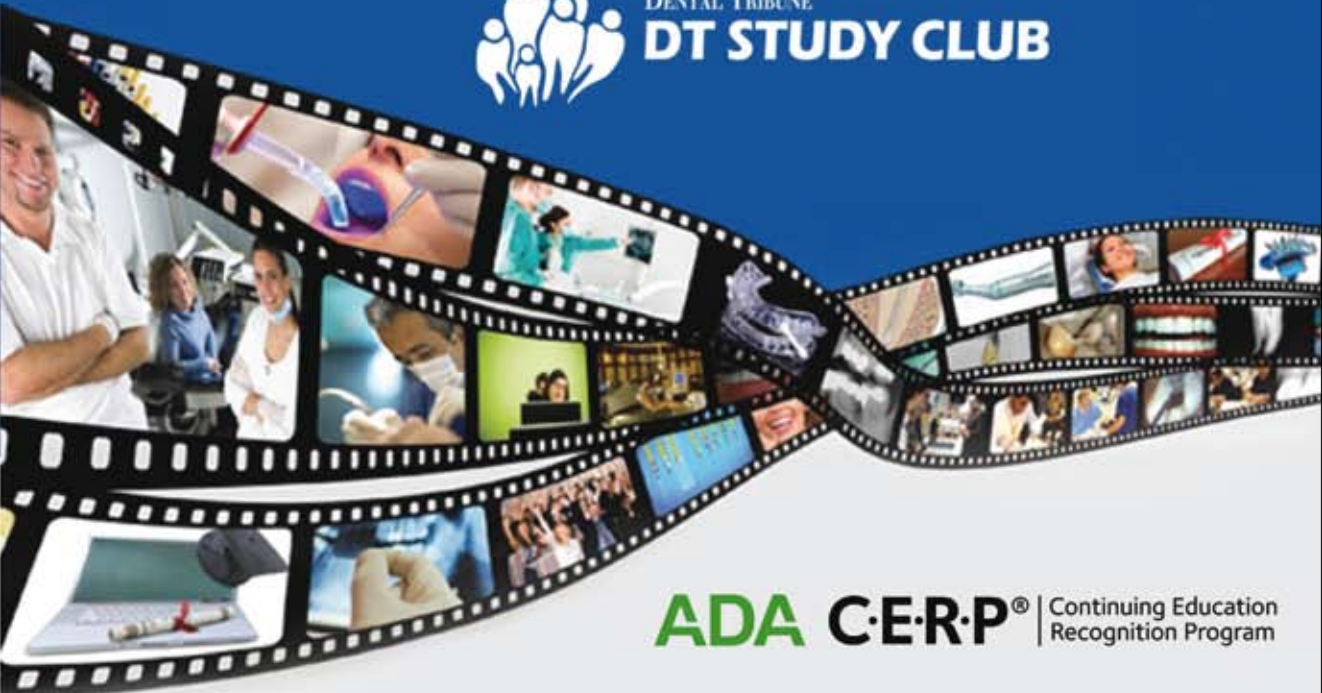
Después de evaluar el trabajo enviado por el laboratorio procedimos a realizar las pruebas de try-in de las carillas (para determinar la luminosidad del cemento a utilizar) y se procedió a cementarlas mediante el protocolo habitual que llevamos a cabo en nuestra escuela para carillas feldespáticas reforzadas (Fig. 6).

Una vez cementadas las carillas, se observó una notable mejoría de la

WEBINARS



DENTAL TRIBUNE
DT STUDY CLUB




ADA CERP® | Continuing Education Recognition Program

DENTAL TRIBUNE AMERICA IS AN ADA CERP RECOGNIZED PROVIDER

EL CLUB DE ESTUDIOS DE DENTAL
TRIBUNE LE OFRECE AHORA
CURSOS DE EDUCACION CONTINUA POR INTERNET

INSCRIBASE GRATIS EN



WWW.DTSTUDYCLUBSPANISH.COM



Fig. 11c. Sonrisa franca, ANTES y DESPUES.



Fig. 11d. Fotografía en 45°, sonrisa franca ANTES Y DESPUES.

aparición y relación de dientes y encía, pero tal y como se había previsto la paciente aún presentaba sonrisa gingival (Figs. 7 y 8), motivo por el cual decidimos complementar el «embellecimiento de la sonrisa» con ácido hialurónico, para poder perfilar y rellenar los labios, además de realizar

una técnica de inyección a la altura de la espina nasal anterior para que la paciente levante menos el labio superior y muestre menos encía (Fig. 9).

Después de evaluar el efecto de las carillas procedimos a escoger el material de relleno: ácido hialurónico,

un polímero de carbohidratos de alto peso molecular. Este compuesto es útil en cirugía oftalmológica y, debido a sus propiedades osteoconductoras, también se usa en ortopedia, ya que modula la respuesta inflamatoria y estimula la migración celular, por lo que desempeña un papel importante

en los procesos de reparación tisular y cicatrización de heridas. Debido a las propiedades mencionadas y la estimulación de colágeno que produce, se utiliza en el campo odontológico como material de hidratación, alisado de pliegues y perfilado/relleno de labios, pero sobre todo para la correc-

 **DONTO**ecuador.com.ec

EL MEJOR portal de negocios en ODONTOLOGÍA

ción y mejora de la sonrisa gingival, ya que ofrece volumen y pilares de sujeción donde sea que los necesitemos.

La inyección de este material no es a nivel muscular, sino a a nivel de piel (dermis/epidermis) y se debe realizar siguiendo un minucioso protocolo de estudio y técnicas de inyección.

Se inyectó ácido hialurónico a la paciente siguiendo el protocolo establecido en el Máster en Estética Dental y Rehabilitación Oral de ESI-ESED Barcelona, que consiste en lo siguiente: análisis del historial clínico, fotográfico, elección del material, planificación del caso a partir de mediciones, trazados de líneas y puntos de referencia, preparación del área a inyectar, técnicas anestésicas, técnicas de inyección proporcional, cuidados post-operatorios y fases control del paciente (Fig. 9). Las inyecciones fueron realizadas con el propósito de perfilar y rellenar los labios para posteriormente combinar este procedimiento con la técnica ENA, que ayuda a controlar la elevación del labio superior mediante pilares de sujeción.

Pasadas dos semanas evaluamos clínica y fotográficamente los resultados obtenidos con la sesión de inyecciones de ácido hialurónico (Fig. 10), y determinamos realizar algunas inyecciones más para conseguir un acabado más natural y estilizado.

Si bien aún no habíamos concluido con el tratamiento de «embellecimiento de la sonrisa», el cambio que se produjo en la autoestima, estado de ánimo y aspecto físico de la paciente era notable. Esto sucede a menudo con los pacientes que son tratados mediante procedimientos estético-dentales.

Parte del éxito de todo tratamiento odontológico consiste en saber analizar y manejar la psicología del paciente, ya que siempre que veamos a nuestros pacientes como personas con sentimientos y problemas podremos interiorizarnos más en lo que realmente quieren, un dato adicional para garantizar el éxito del tratamiento.

Dos meses después procedimos a realizar un análisis completo del tratamiento de «camuflaje» para evaluar las mejoras en la paciente, que fueron las siguientes: cierre de diastemas, mejora de la forma, tamaño, posición y color de los dientes en relación con una correcta simetría gingival. El cambio más significativo e importante fue la mejora de la apariencia de la sonrisa gingival (Figs. 11a-11d).

Conclusiones

El uso de ácido hialurónico como un complemento en el tratamiento estético es cada vez más común, no sólo por su efecto regenerativo o cicatrizante, sino por el volumen y los pilares de sujeción que produce sobre los tejidos. Si bien inicialmente este caso tenía una sola opción de tratamiento, al realizar un estudio estético bucodental minucioso comprobamos que podíamos brindar a la paciente una



Fig. 11e. ANTES y DESPUES.

segunda opción menos agresiva mediante un efecto de «camuflaje» que ofrecía mejoras significativas en la estética y armonía de la «sonrisa y expresión de la sonrisa» y a su vez en la «expresión facial».

Hay que recalcar que si bien el ácido hialurónico **únicamente** debe utilizarse como un complemento del tratamiento dental con el objetivo mejorar los resultados odontológicos que hayamos obtenido, ya que la «estética de la sonrisa» no depende únicamente de dientes y encías, sino también de los labios, que juegan un papel importante en conseguir una correcta arquitectura oral y perioral. **DT**

FDI 2013 Istanbul Annual World Dental Congress

28 to 31 August 2013 - Istanbul, Turkey

Bridging Continents for Global Oral Health



www.fdi2013istanbul.org
congress@fdi2013istanbul.org



Tribune CME



1 Year Clinical Masters Program in **Aesthetic and Restorative Dentistry**

13 days of intensive live training with the Masters
in **Santorini (GR), Geneva (CH), Pesaro (IT)**



Three on location sessions with **live patient treatment, hands on practice** plus online learning and online mentoring under the Masters' supervision.

Learn from the **Masters** of Aesthetic and Restorative Dentistry:



Registration information:

13 days of live training with the Masters
in Santorini, Geneva, Pesaro + self study

Details and dates on www.TribuneCME.com

Curriculum fee: € 9,900 contact us at tel.: **+49-341-48474-302** / email: **request@tribunecme**
(€ 900 when registering, € 3,000 prior to each session)

Collaborate
on your cases

and access hours of premium video training and live webinars

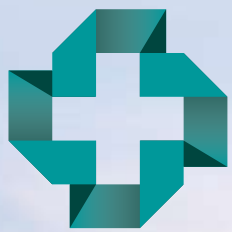
University
of the Pacific

you will receive a certificate from the University of the Pacific

Latest iPad
with courses

all early birds receive an iPad preloaded with premium dental courses

150 ADA CERP
C.E. CREDITS



Tribune CME



6 Months Clinical Masters Program in **Implant Dentistry**

12 days of intensive live training with the Masters
in **Como (IT), Maspalomas (ES), Heidelberg (DE)**



Live surgery and hands-on with the masters
in their own institutes plus online mentoring and
on-demand learning at your own pace and location.

Learn from the Masters of Implant Dentistry:



Registration information:

12 days of live training with the Masters
in Como, Heidelberg, Maspalomas + self study

Details and dates on www.TribuneCME.com

Curriculum fee: € 11,900

contact us at tel.: **+49-341-48474-302** / email: **request@tribunecme**

(€ 900 when registering, € 3,500 prior to the first session, € 3,500 prior to the second session, € 4,000 prior to the last session)

Collaborate
on your cases

and access hours of
premium video training
and live webinars

University
of the Pacific

you will receive a
certificate from the
University of the Pacific

Latest iPad
with courses

all early birds receive
an iPad preloaded with
premium dental courses

100 ADA CERP
C.E. CREDITS

ADA C.E.R.P.® | Continuing Educator
Recognition Program

Tribune America LLC is the ADA CERP provider. ADA CERP is a service of the American Dental Association to assist dental professionals in identifying quality providers of continuing dental education. ADA CERP does not approve or endorse individual courses or instructors, nor does it imply acceptance of credit hours by boards of dentistry.

G.O₃
ADVANCE
THE OZONE REVOLUTION

TE INVITA A:

**CURSO
TEORICO/PRACTICO
APLICACIONES
DEL OZONO EN
ODONTOLOGIA:**

- ESTETICA
- IMPLANTOLOGIA
- ORTODONCIA
- ENDODONCIA
- OPERATORIA
- PERIODONCIA
- DISFUNCION DE ATM
- CIRUGIA BUCAL



**EQUIPO GENERADOR
DE OZONO D-3000**

FUNCIONES:

- INFILTRACION (ATM)
- INSUFLACION (PERIODONCIA, ENDODONCIA)
- CAMPANA (OPERATORIA, ORTODONCIA, ODONTOPEDIATRIA)
- BLANQUEAMIENTO (ESTETICA)
- ESTERILIZACION (IMPLANTOLOGIA, CIRUGIA BUCAL)

**OFERTA
LIMITADA
A LOS
PRIMEROS
50**

**10% de
descuento
en los cursos
de capacitación
Código G03 C**

www.go3advance.cl

OZONO
La Odontología del Futuro
Incorpórese a la Odontología Biológica

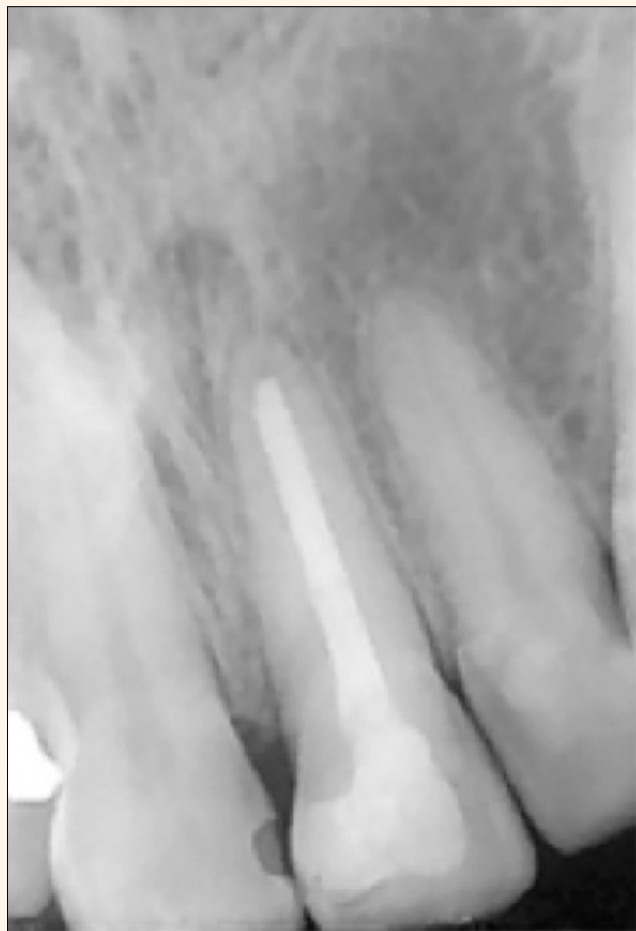


Figura 1



Figura 2

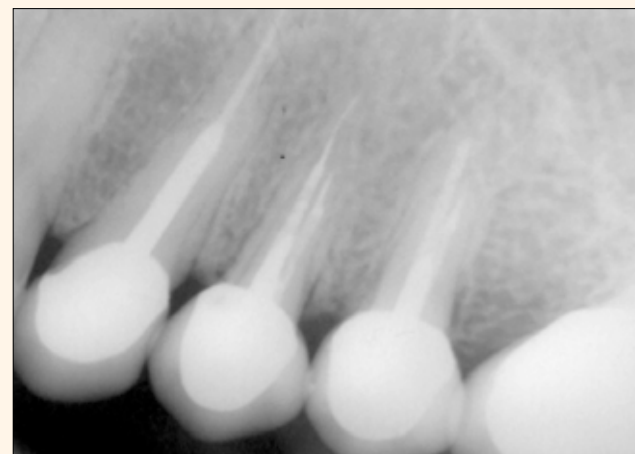


Figura 3

La importancia del tercio apical del conducto

Por Roberto Udrisar*

Una cuestión clave en endodoncia es determinar el éxito o fracaso del tratamiento, aspecto que en ocasiones puede generar muchas dudas. Como todo suceso clínico, el criterio del profesional es importante, pero el conocimiento de la biología ápico-periapical sienta las bases para una correcta interpretación del resultado.

En el periápice es donde se produce la reparación, por lo tanto, nuestros procedimientos operatorios deben realizarse con el objeto de colaborar con las defensas orgánicas en el proceso de cicatrización.

La certeza del resultado la tendremos a distancia del tratamiento, pero debemos tener en cuenta ciertas consideraciones.

Ante un tratamiento realizado sin dificultades, el postoperatorio por más doloroso o asintomático que sea, no nos indica éxito o fracaso. Pueden existir dolores muy agudos con reparación periapical y ausencia de síntomas con fracaso a distancia.



* El Dr. Udrisar, egresado de la Universidad Nacional de Córdoba (Argentina), mantiene una práctica exclusiva en Endodoncia, es Vicepresidente del Colegio de Odontólogos de Entre Ríos, dictante internacional, Profesor y Director del curso "Endodoncia, de la filosofía a la práctica" del Campus Virtual ROCA. Correspondencia: rudrisar@culturadelasalud.com.ar.

El control clínico-radiográfico a distancia del tratamiento (después de los 6 meses) determina el resultado terapéutico. En algunas ocasiones conviene esperar uno o dos años para asegurar el diagnóstico.

Se considera que hay reparación periapical cuando el diente se presenta sin sintomatología clínica y la imagen radiográfica exhibe una lámina ósea de aspecto normal, con espesor uniforme del ligamento periodontal, tanto en las zonas laterales como en la zona apical (Figs. 1 y 2).

Estas imágenes del ligamento periodontal y del tejido óseo pueden ser preexistentes o no al momento del tratamiento, pero siempre deben estar presentes a distancia del mismo.

El cuadro histológico existente en el periápice de las reparaciones puede estar dado por la formación de tejido conjuntivo laxo o fibroso. También puede deberse al sellado del foramen con tejido cementoide u osteoide, pero siempre hay una activa regeneración del hueso alveolar.

Posterior a una biopulpectomía se produce un coágulo sanguíneo a la altura del corte o desgarro, por debajo del mismo se instala una zona de necrosis y más abajo se inicia el proceso infla-

matorio con todas sus características. Consecuentemente, se reabsorbe cemento y tejido óseo para permitir una mejor irrigación y menor compresión de la zona con desinserción de las fibras periodontales.

En un estadio posterior comienzan a aparecer fibroblastos, cementoblastos y osteoblastos para recuperar el tejido dañado. Se reinsertan las fibras de sostén del elemento dentario y se restituye de esta forma la función.

Conviene recordar que al eliminar la pulpa dental no se produce un corte como los derivados de un bisturí, ni tampoco podemos controlar que el corte se produzca exactamente a nivel del límite C.D.C. Provocamos más bien un desgarro en zonas cercanas a dicho límite, que puede ser antes o después; en este caso lo realizaríamos en pleno ligamento periodontal. Esta situación obliga al organismo a realizar un «trabajo adicional» que siempre es bien tolerado.

En tratamientos de dientes con necrosis o gangrenas la situación es distinta. Si no hay proceso periapical el cuadro reparador es semejante al anterior, salvo que previo al tratamiento ya está instalado un proceso inflamatorio provocado por la muerte pulpar y obviamente no existe el corte o desgarro de la pulpa que producimos en las biopulpectomías. Posteriormente hay neoformación de los tejidos dañados y se produce la reparación ya señalada.

Si previamente existe un proceso periapical, el mecanismo reparativo es mucho más lento. Si estamos en presencia de un granuloma, el tejido de granulación gradualmente va siendo sustituido por tejido fibroso y éste por tejido calcificado que repara las estructuras previamente reabsorbidas recuperándose la

función perdida. Si existe un absceso, el organismo va reabsorbiendo el material purulento y posteriormente se genera el mismo proceso reparador que en el granuloma.

En casos de que exista un quiste, el tratamiento endodóntico promueve la regresión de la lesión quística a través de mecanismos no del todo esclarecidos y que genera controversias entre los distintos investigadores que estudiaron el problema. Lo cierto es que reabsorbido el quiste, se genera el mecanismo reparador citado anteriormente.

Distintos factores influyen en el proceso de reparación. Entre ellos podemos mencionar **factores generales** (nutrición, disturbios hormonales, deficiencias vitamínicas, etc.), y **factores locales**.

Entre estos últimos, algunos no dependen del operador, como por ejemplo la presencia de microorganismos preexistentes al tratamiento, las complejidades anatómicas, lesiones periapicales que reabsorben el ápice radicular, etc.

Seltzer dijo en 1971: «Para mejor asegurar la reparación, se impone la reducción del número de microorganismos del interior de los canales radiculares sin que pueda ser alcanzada con una correcta preparación biomecánica y la

aplicación de agentes antibacterianos en el interior de los mismos».

Por ello, el principal enemigo a vencer son los microorganismos y nuestros procedimientos deben tender a eliminarlos o a disminuir su número para dejar al organismo en las mejores condiciones que favorezcan la reparación.

Los factores que sí dependen del operador y son de su responsabilidad están relacionados con la elaboración de un **buen diagnóstico y la concreción de una correcta preparación biomecánica y obturación**.

Por lo tanto, merece especial consideración por su complejidad anatómica, por su diversidad de forma y amplitud (como se indica en las Figuras 3, 4 y 5), por tratarse de un área donde trabajamos pero no tenemos una visión directa del campo operatorio, y por ser la estructura anatómica que se pone en contacto con la región periapical, lugar donde el organismo decide si repara o no.

En consecuencia, **¡es imprescindible conocer el tercio apical!**

Comencemos por su estructura anatómica e histológica que, por cierto, difieren del resto del conducto radicular.

El **tejido pulpar apical** es más fibroso y contiene menos células que el tejido pulpar coronario. Ello se debe a que en el tercio coronario necesita mayor poder defensivo. Dicho tejido fibroso es idéntico al del ligamento periodontal y parecería que actúa como una barrera contra la progresión apical de la inflamación pulpar.

Los odontoblastos forman una capa de células planas, mientras que en la porción coronaria adoptan una forma cilíndrica debido a una mayor necesidad funcional.

La **dentina apical** muestra un menor número de conductillos dentinarios que en la corona del diente (en la zona cervical hay alrededor de 42.000 por milímetro cuadrado, mientras que en la apical 8.000). Por lo tanto, la permeabilidad dentinaria es más reducida ya que los líquidos se difunden a través de los túbulos dentinarios.

Esta disposición es favorable en las gangrenas pulpares ya que los microorganismos encuentran una menor cantidad de espacios donde alojarse (recordemos que tienen la tendencia de introducirse unas micras dentro de los conductillos dentinarios), y ocurre precisamente en el segmento del conducto donde necesitamos menor grado de infección para disminuir el potencial de agresión que

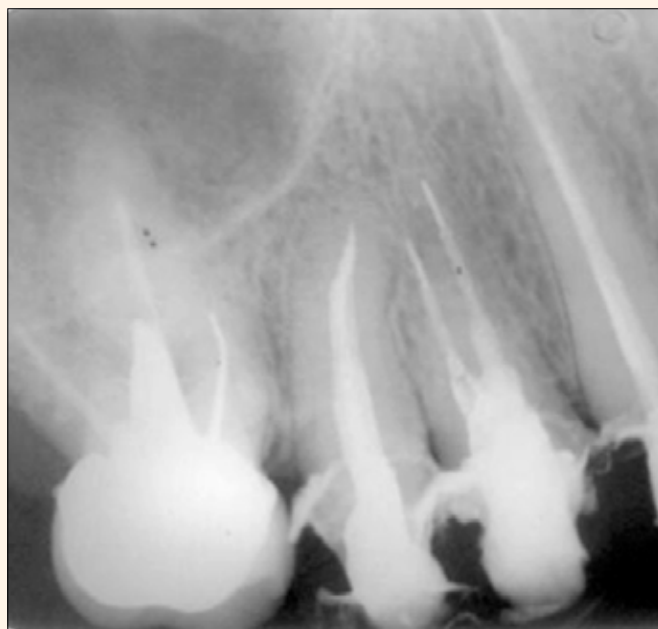


Figura 4



Figura 5

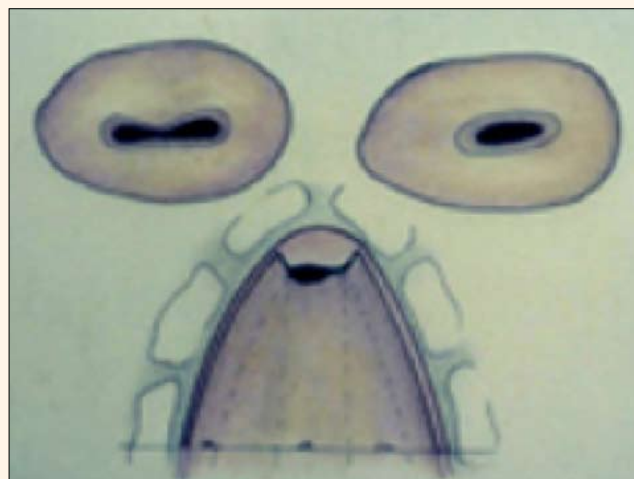



Figura 6




Figura 7



OZONO
La Odontología del Futuro
Incorpórese a la Odontología Biológica

APLICACIONES DEL OZONO EN ODONTOLOGIA:


- ESTETICA
- IMPLANTOLOGIA
- ORTODONCIA
- ENDODONCIA
- OPERATORIA
- PERIODONCIA
- DISFUNCION DE ATM
- CIRUGIA BUCAL



EQUIPO GENERADOR DE OZONO D-3000

FUNCIONES:


- INFILTRACION (ATM)
- INSUFLACION (PERIODONCIA, ENDODONCIA)
- CAMPANA (OPERATORIA, ORTODONCIA, ODONTOPEDIATRIA)
- BLANQUEAMIENTO (ESTETICA)
- ESTERILIZACION (IMPLANTOLOGIA, CIRUGIA BUCAL)



OFERTA LIMITADA A LOS PRIMEROS 50

10% de descuento todos los equipos

Código GO3 E



tienen los microorganismos para interferir en el proceso reparador.

El **cemento apical** también presenta diferencias en términos generales mientras en los tercios coronario y medio tiene una estructura acelular, en el segmento apical es **celular**, quizás debido a su permanente y continua aposición que incorpora en su interior elementos celulares. Es también más grueso y presenta una laminación irregular.

La aposición continua de cemento a nivel apical se produce para provocar la erupción pasiva de los dientes en dirección mesio-oclusal. Si bien es cierto que el depósito de cemento también se produce lateralmente en los segmentos medio y coronario, se ha demostrado que es mayor en el tercio apical.

El proceso de formación cementario es motivado, además por varias razones, entre las que podemos mencionar:

- Para compensar la cantidad de esmalte y dentina que se pierde debido a fuerzas oclusales e interproximales.
- Para restablecer la porción perdida en fracturas oblicuas u horizontales.
- Para restablecer el tejido perdido en reabsorciones producidas por lesiones periapicales.
- Para contribuir al proceso de reparación luego del tratamiento endodóntico con el objeto de sellar biológicamente el foramen apical.

En cuanto al **ligamento periodontal periapical** podríamos decir que felizmente se encuentra en un área de mucha actividad metabólica. Esta propiedad, otorgada por el gran número de células, vasos, nervios, fibras y sustancia fundamental que posee, influye favorablemente en el proceso de reparación postendodóntica.

El tejido fibroso recibe un importante aporte vascular que lo diferencia del que contiene la pulpa dental, otorgándole mejores condiciones metabólicas.

Del mismo modo, a diferencia de la pulpa dental, en esta zona encontramos una verdadera circulación colateral que le confiere un mayor poder reparador.

El **hueso alveolar periapical** presenta una lámina dura donde se insertan las fibras periodontales con numerosas perforaciones para darle paso a los vasos sanguíneos y filetes nerviosos y una conformación esponjosa que, al poder liberar un mayor grado de presión ante un cuadro inflamatorio, crea las condiciones para una respuesta dolorosa de menor intensidad que la que presenta la pulpa dental alojada en un espacio de paredes inextensible como la dentina.

Límite o área C.D.C.

En el extremo del tercio apical del conducto radicular existe una estructura de vital importancia al momento de llevar a cabo la terapia endodóntica: el **límite C.D.C.**

El conducto está formado por dos estructuras cónicas, una mucho más



Caso #1 Figura 1.

larga y ancha cuyo diámetro mayor mira hacia la porción coronaria de paredes conformadas por dentina —**conducto dentinario**— y otra de muy corta longitud y estrecha cuyo diámetro mayor mira hacia el periápice, de paredes constituidas por cemento —**conducto cementario**—, unidas por su diámetro menor.

Esta zona es la parte más constricta del conducto radicular y se denomina **límite cemento dentinario o unión cemento-dentina-conducto (C.D.C.)**. Aunque este concepto obedece más a un criterio técnico que real, Langeland afirma que la unión cemento dentinaria no siempre coincide con la constricción apical.

La unión C.D.C. es el **límite de la preparación biomecánica y de la obturación**, por ese motivo es una estructura anatómica de gran importancia biológica. Marca el límite hasta donde van a trabajar los instrumentos y es uno de los puntos de referencia para la obtención de la longitud de trabajo; el otro es algún punto coronario (borde incisal, cúspide, etc.). Aunque en realidad lo que hacemos en la inmensa mayoría de los casos, es aproximarnos al límite C.D.C. sin coincidir con su ubicación.

¿Por qué es el límite de la preparación biomecánica? Porque después del límite cementodentinario nos encontramos con el periodonto y el hueso alveolar donde existe un mayor flujo vascular y una circulación con ramificaciones colaterales. Estas condiciones, entre otras, crean la posibilidad de que las defensas orgánicas desarrollen todo su potencial, cosa que no ocurre en pleno tejido pulpar.

Conviene recordar que la unión C.D.C. no tiene la forma de un aro,

generalmente es ovalada, a veces se asemeja a un ocho como en determinadas raíces distales de molares inferiores y desde una posición frontal observaremos que tiene un recorrido sinuoso (**Fig. 6**).

La conformación sinuosa determina que el límite C.D.C. se presente a una altura diferente en una pared del conducto con respecto a la pared opuesta, como se puede apreciar en la **Figura 7**.

Si la longitud de trabajo se toma teniendo en cuenta la pared "A", estaríamos, en alguna medida, provocando una sobreinstrumentación. Por tal motivo en vez de hablar de unión C.D.C. conviene decir **zona o área C.D.C.**

Recordemos que tanto en los casos de dientes con forámenes incompletamente calcificados, como en las reabsorciones cemento dentinarias externas que suelen producirse en el ápice radicular por la acción clástica en procesos periapicales crónicos de larga data, **la unión o área C.D.C. está ausente total o parcialmente por falta de formación o destrucción**. Esta situación complica la preparación y la obturación del conducto.

Las variaciones morfológicas que sufre el ápice radicular durante toda la vida del diente, como también la imposibilidad de visualizar el foramen apical, complican la determinación de la longitud de trabajo. Esta situación se agrava ya que la radiografía nos muestra en dos dimensiones un cuerpo que en realidad tiene tres.

A continuación se presentan dos casos clínicos donde se muestra cómo han sido tratados y obturados, teniendo en cuenta la **importancia del tercio apical** para el éxito del tratamiento.



Caso #1 Figura 2.

Caso #1: Pulpitis en un conducto curvo que se bifurca en los últimos dos milímetros

Este es un caso que presenta dificultades para obturar los conductos por ser muy pequeños en extensión, estrechos y curvos en los milímetros finales.

Si establecemos un orden de importancia en cuanto a la necesidad de lograr una correcta obturación y dividimos el conducto en tres segmentos —el coronario, el medio y el apical—, no hay duda de que **el más importante es el apical**. ¿Por qué?. Porque es el que está en contacto con el área periapical y esta zona es la que necesita estar en las mejores condiciones para que se produzca la reparación.

Por lo tanto, es esencial lograr una correcta obturación que llene tridimensionalmente el conducto radicular, y con mayor razón el tercio apical. Con este criterio, lo más adecuado es un material de naturaleza plástica. Los sólidos (conos de gutapercha) no podrán adaptarse correctamente a las paredes y el material principal de relleno pasaría a ser el cemento.

La técnica de obturación empleada en este caso consistió en llevar pasta antiséptica lentamente reabsorbible de Maisto, condensarla con sondas emboladas con algodón, y eliminar la pasta del tramo recto del conducto con el último instrumento que trabajó este segmento en la preparación biomecánica. Se llevó posteriormente un cono de gutapercha seccionado recubierto con cemento de Grossman, se lo atacó verticalmente y el resto del conducto fue obturado con el mismo cemento llevado con lentulo (**Caso #1 Fig. 1**).

En Caso #1 Figura 2 vemos un control radiográfico realizado 2 años después.

Caso #2: Retratamiento de un conducto con periodontitis periapical aguda

Paciente de 42 años que viene a la consulta con un cuadro periapical agudo, con fuertes dolores. El diente causante es el 25 que poseía un tratamiento de conducto deficiente realizado un año atrás. En la radiografía preoperatoria (**Caso #2 Figura 1**), se puede observar la deficiente endodoncia realizada donde **no se tuvo en cuenta la importancia del tercio apical**.

Endodoncia de la Filosofía a la Práctica

Comienza 10 de Abril de 2013
Campus Virtual ROCA Internacional
www.roca.org.ar

Informes e Inscripciones a info@roca.org.ar

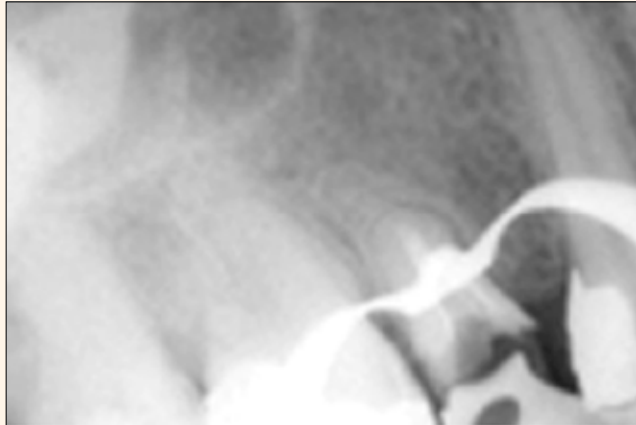
Dirección Académica: Dr. Roberto Udrisar
Modalidad: Virtual con Evaluación Final.
Duración: 3 meses - 100 Hs.
Certificación Universitaria



Caso #2 Figura 1.



Caso #2 Figura 2.



Caso #2 Figura 3.



Caso #2 Figura 4.

Al realizar el retratamiento se observa que el límite C.D.C. estaba destruido como consecuencia de una sobreinstrumentación, presumiblemente por no haber

advertido que el conducto era de muy corta longitud. Este accidente provocó un "foramen de amplio diámetro" como puede observarse en Caso#2 Figura 2. En estos casos, la preparación

biomecánica debe realizarse teniendo en cuenta ciertas condiciones. El conducto es muy corto y muy amplio, por lo tanto hay que evitar la impulsión de material al periápice. Hay que

limpiar muy bien el contenido de la luz del conducto y las paredes, pues el orificio de entrada de los conductillos dentinarios también tiene microorganismos.

Para la obturación se eligió un cono de gutapercha de gran calibre para poder adaptarlo a las paredes del conducto. Se lo seccionó para obtener un cono de 3 milímetros de largo con la finalidad de obturar el tramo apical del conducto con atacado vertical.

En estos casos se corre el riesgo de transportar la gutapercha al periápice por no existir una buena contención apical. Por lo tanto, previamente se llevó **pasta alcalina de hidróxido de calcio**, se la condensó con sondas de algodón y luego se la eliminó de manera que solamente quede obturado el último milímetro del conducto con dicho material.

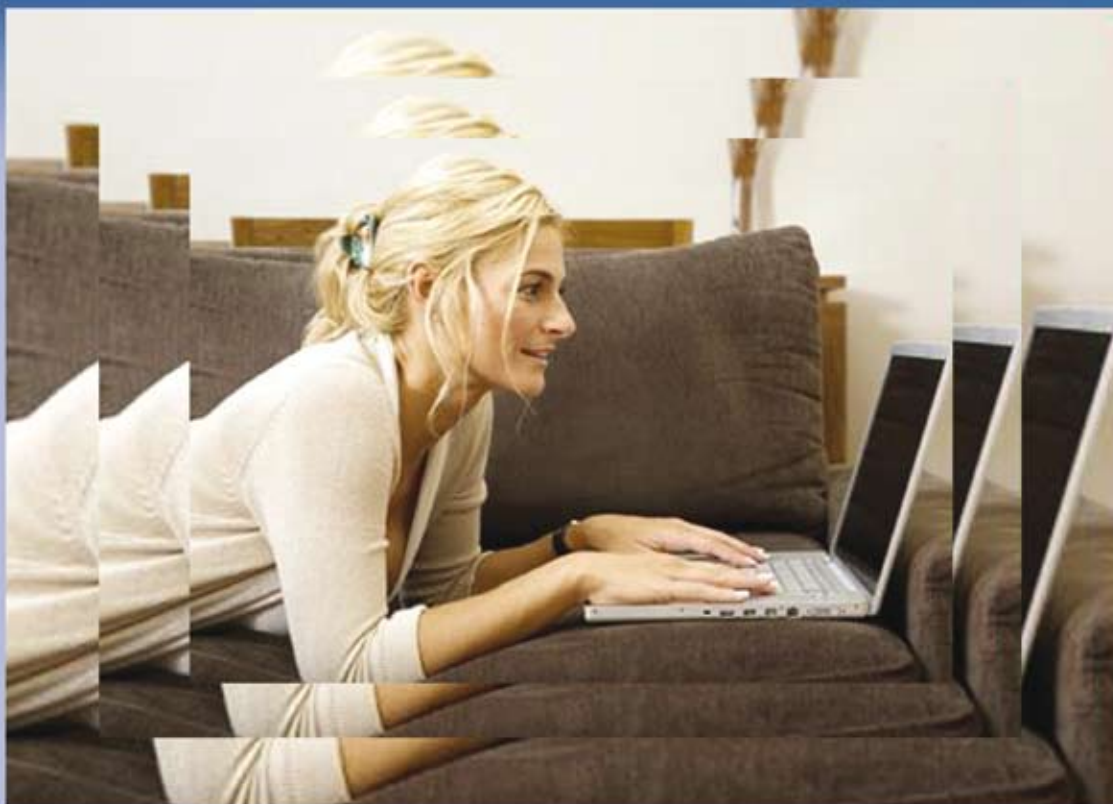
La pasta de hidróxido de calcio no es un material de obturación definitivo, el organismo la va a reabsorber totalmente, simplemente se la colocó para que cumpla dos funciones: formar, de alguna manera, un tope apical e impedir una sobreobturación con gutapercha, e inducir al periápice a la formación de osteocemento.

En Caso#2 Figura 3 se puede observar el control de la obturación y en la Figura 4 una radiografía de control postoperatorio 3 años después. La misma muestra reparación apical verificada clínicamente y radiográficamente. **DT**



CAMPUS VIRTUAL R.O.C.A
Red odontológica Comunitaria Argentina

- Plataforma virtual de fácil manejo
- Descuentos corporativos
- Certificación institucional y académica



Informes e inscripción:

www.roca.org.ar

info@roca.org.ar

Ortodoncia invisible al alcance de todos

Por Julio Lalama*

La demanda actual de muchos pacientes con maloclusiones es un tratamiento corrector que sea estético, económico, cómodo, de resultados rápidos y que, en lo posible, no requiera el uso continuo de aparatos durante las horas del día.

En el mercado hay sistemas que cumplen con algunos de estos requisitos, pero a costos muy altos. Una alternativa es utilizar el sistema de correctores Essix desarrollado por

el Dr. Keith Hilliard, el cual permite la corrección de los problemas de alineación y, dependiendo del grado de capacitación, un mayor alcance y resultados en los tratamientos.

Esta probado que un movimiento de hasta 3 mm es resultado garantizado en los movimientos de alineación, incluso por odontólogos generales que se capaciten en el sistema. Si se tienen conocimientos de ortodoncia u ortopedia el alcance de tratamiento es mucho mayor, dada la versatilidad de la aparatología Essix, que permite realizar movimientos en cuerpo, de rotación, torque, intrusión y extrusión.

Implementar este sistema resulta muy económico para el profesional, lo cual permite tratar a una mayor cantidad de pacientes de todo tipo de nivel socioeconómico. La combinación de Essix con aparatología

removible convencional modificada para conservar la invisibilidad permite lograr un tratamiento estético y eficaz en la resolución de mayor cantidad de maloclusiones. Incluso el ortodoncista dedicado a la aparatología fija puede beneficiarse en casos de recidiva en los cuales el paciente no desea volver a utilizar aparatos fijos.

Los movimientos con el sistema Essix son relativamente fáciles, basados en la combinación de tres elementos: espacio, fuerza y tiempo.

Los correctores Essix son de plástico transparente, cumplen con la biomecánica y su espesor específico está dentro de los límites biológicos de la resistencia del ligamento periodontal.

El espacio en la arcada se logra por la expansión, extracciones o desgastes interproximales, que nos dará el diagnóstico del caso.

También debemos generar el espacio en nuestro corrector invisible para que las piezas puedan moverse dentro de éste, lo cual recomendamos que se haga en el diseño previo a la preparación, aunque posteriormente pueden crearse ventanas en la aparatología con el mismo fin.

La fuerza inicial se genera en la preparación del aparato, que es después activado con las pinzas especiales del Dr. Hilliard de termoformado, cuya acción es deformar el plástico en forma de burbujas que presionan las piezas dentarias para sus movimientos.

Después de realizar un diagnóstico y plan de tratamiento, la preparación de la boca mediante profilaxis, enseñanza de cepillado, control de caries, gingivitis, obturaciones y prótesis presentes, procedemos a la toma de impresiones, las cuales deben estar libres de imperfecciones y los espacios como agujeros negros o retentivos deben ser rellenados con resina o cualquier otro mate-

INTERNATIONAL EXPODENTAL

MILAN ITALY

17 | 18 | 19 OCTOBER

2013

PAVILION 3
fieramilanocity

EXHIBITION

EVENTS

FORUM

COMMUNITY



UNIDI
Italian Dental Industries Association

EXPODENTAL
forum
CE COURSES

ORGANIZED by PROMUNIDI srl V.le Forlanini, 23 | 20134 Milan | Italy | Ph. +39 02 700612.1 | expodental@expodental.it | www.expodental.it



El Dr. Lalama Monserrate, graduado en Odontología por la Universidad de Guayaquil, es Director de Ortodoncia de Fundamia,

Especialista en Ortodoncia por la Sociedad de Ortodoncia de la República Argentina, Diplomado en Ortodoncia de Baja Fricción y Técnica SWLF (España), Dictante de cursos y conferencias en internacionales. Ha publicado artículos sobre la especialidad en distintas revistas nacionales e internacionales y es profesor del curso de Aparatología removible y ortodoncia invisible del Campus Virtual Roca Internacional. Correspondencia: juliolalama@hotmail.com.

rial destinado para ello, sea acrílico, triad gel, yeso, etc.

La fabricación del aparato se realiza con un placa de Essix de 0.35 Ace, la cual hay que calentar y estampar en un vacupress. La temperatura y el tiempo varía de acuerdo a la marca de la máquina de vacío. Luego se recorta a nivel anterior 3 a 4 mm por encima del borde gingival para cumplir con la invisibilidad y que no se vea el corte de la placa, pudiendo descender a nivel gingival o menor a nivel del segundo premolar.

Las pinzas de termoformado son varias, pero hemos optado por un kit básico. Las pinzas maxilar y mandibular realizan movimientos vestibulopalatinos, siendo cada una en particular para cada maxilar según indica su nombre.

La pinza microrampa se utiliza para los movimientos de rotación ya que el espesor de su punta activa permite pinzar tercios mesiales o distales exclusivamente. La pinza mesiodis-



tal, como su nombre indica, mueven las piezas en sentido mesial y distal, y se utiliza también para el cierre de espacios.

La pinza undercut genera los ganchos de retención invisible, deforma el plástico por debajo del punto de contacto de dos piezas vecinas, aumentando el anclaje del aparato. La activación de las pinzas la realizamos por medio de una llave que se inserta en los costados de ésta, pudiendo activarlos hasta 1 mm

como máximo en cada cita.

Las pinzas en su punta activa deben ser calentadas con el mechero a gas, debiendo controlar su temperatura con un termómetro electrónico a 240 grados Fahrenheit, luego pinzar el plástico, que genera una deformación en forma de burbuja y hay que mantener varios segundos para evitar la recuperación.

Las pinzas se eligen de acuerdo al movimiento deseado, la activación

se realiza una vez por mes y el uso del corrector está indicado en la primeras 48 horas de manera continua, retirándola solos para comer. Luego se debe continuar su uso por las noches, aunque recomendamos usarlo también de día todas las horas que pueda el paciente.

Caso clínico

Paciente adulto de sexo femenino con ausencia de un incisivo lateral superior y apiñamiento dentario superior e inferior. No desea colocarse aparatología fija. Se optó por el sistema de ortodoncia invisible Essix.

Conclusión

El proceso de fabricación del sistema invisible Essix es sencillo y, como cubre la superficie gingival de 3 a 4 mm, resulta muy estético, optimiza el movimiento y es eficaz en el tratamiento de algunas maloclusiones a un costo muy accesible. DT



Fotos iniciales.



Fotos con aparatología.



Pinza con su respectiva llave de activación.



Ultima etapa de tratamiento.



Foto final

La investigación en la universidad y fuera de ella

Por César Arellano Sacramento*

A la mayoría de profesionales de la salud no les gusta la investigación y se desenvuelve mucho mejor en el consultorio, atendiendo pacientes. Así somos felices. Lamentablemente, ese pensamiento ha motivado que quienes nos

enseñan bioestadística sean estadísticos, redacción científica sea un licenciado en educación, etc. Estos profesionales son buenos, pero no nos motivan de la misma forma que lo haría un colega o alguien más cercano a la profesión.

La investigación en la universidad es una obligación, pues es una institución creada para dar nuevos conocimientos a la sociedad. La universidad moderna exige la realización y defensa de una investigación (tesis universitaria) para obtener un título profesional o un grado. Para esto, prepara al estudiante con cursos de pregrado que no son de carrera, ligados netamente a la investigación: Metodología del Trabajo Universitario, Bioestadística, Metodología Científica, Seminario de Tesis, etc. Así, la universidad no es sólo una "fabrica de títulos" sino de nuevos conocimientos.

Las siguientes son algunas de las preguntas con respecto a la investigación: ¿En qué se diferencia una tesis de una investigación científica cualquiera? ¿Qué diferencia hay entre una tesis y una investigación? ¿En qué me puede ayudar la realización de una tesis? ¿Cuántos sujetos intervienen en la realización de una investigación? ¿Todos deben figurar como autores de mi tesis y su posterior publicación? ¿Quién es el divulgador y quién el científico? ¿Cuándo recurrir al bioestadístico? ¿Cuándo sé que mi pregunta está bien formulada? ¿Qué diseño de investigación es el más adecuado? ¿En qué se diferencian las técnicas de muestreo? ¿Por qué es importante la aleatorización? ¿Por qué es importante el tamaño de muestra? ¿Qué son los valores alfa y beta? ¿Cuándo mi investigación debe tener hipótesis? ¿Qué significa riesgo y factores de riesgo? ¿Es igual prevalencia que incidencia? ¿Qué maestría debo estudiar? ¿Y el doctorado y la especialidad? ¿Cuál la realizo antes?

Lamentablemente el espacio es muy corto para responder estas preguntas, así que resolveremos sólo algunas.

“Oficina de grados y títulos”

Existen títulos y grados. El título se refiere al título profesional en sí y la especialidad. El grado se lo reserva, el de bachiller, de maestro y doctor (el post doctorado es una categoría aparte muchas veces no considerada en las instituciones).



La especialidad confirma una capacidad técnica (práctica, habilidad manual), la maestría enseña el método y el doctorado los conceptos filosóficos.

Es recomendable que antes de hacer una especialidad (habilidad técnica) se realice una maestría (habilidad metodológica) ligada a la especialidad que se quiera estudiar. No es un requisito formal. Eso no significa que quienes lo hayan realizado al revés hayan tomado una mala decisión. Pero les hubiera resultado un poco más fácil, ya que para ganar esa habilidad técnica necesitaron de la teoría que la acompaña.

Hay una diferencia entre el divulgador científico y el científico en sí (investigador). El divulgador científico recopila los descubrimientos realizados por los investigadores y los expresa en forma comprensible para el no entrenado. Debemos contar con el divulgador para informar, pero siempre con la precaución de que no quiera colocar algo de su "cosecha". El científico utiliza las normas de publicación científica (título, Resumen, Introducción, etc.)¹

Por qué investigamos

Cada vez que hago esta pregunta en clase la mayoría de alumnos responde: para conocer la verdad, para mejorar el mundo, etc. Y yo les pregunto: ¿ustedes no se

quieren graduar de la universidad?, y responden que sí. Entonces, les digo, por qué dan esa respuesta. Robert Merton menciona dos motivos fundamentales para que los investigadores en ciencias básicas realicen una investigación: el reconocimiento de sus pares y la satisfacción de la curiosidad. Ahora, si incluimos a las investigaciones por ciencias aplicadas (medicina, ingeniería, etcétera), deberíamos añadir la aplicabilidad: que el resultado satisfaga alguna necesidad.

La tesis y la no tesis

Una tesis es una investigación científica orientada a la obtención de un título o grado académico². Que sea realice en una universidad no quiere decir que automáticamente sea una tesis, pues su fin puede no ser obtener un grado o título. La ejecución de una investigación por tesis es similar, o debería serlo, a cualquier otra investigación. Sin embargo, debe cumplir ciertos requisitos burocráticos (y no me refiero con esto a la metodología de la investigación) como presentar papeles, pagar derechos, etc. Su redacción se hace según normas establecidas por cada institución. Y esta es la GRAN DIFERENCIA. Si bien la metodología de la investigación es común en todas las instituciones (o debería serlo), la forma de redacción, presentación, incluso exposición es particular a cada universidad.

La tesis otorga la invaluable experiencia de realizar una investigación, de caer y volver a levantarte, de correr detrás del asesor y de los jurados, de redactar la tesis, diseñar los cuadros, recoger la información, buscar la bibliografía.

Si la meta es sólo ser un profesional respetado que se conforma con trabajar en su cubículo, no servirá de mucho, más que como experiencia y para tener una anécdota de que hablar en las reuniones de trabajo. Pero si se pretende continuar los estudios (maestría y doctorado), como puntos para competir en una institución académica u obtener una beca, es muy recomendable. Si ya se salió de la universidad y se está estudiando una maestría por ejemplo, no todo está perdido; pero ya no será lo mismo. El nivel de dificultad que se aprende a sobrellevar al realizar una tesis en pregrado, ayuda en el de máster y doctorado.

En el futuro, el alumno sólo se podrá graduar de pregrado bajo la modalidad de tesis, ya que las universidades están en una carrera para obtener la apreciada Acreditación Internacional.

¿Es estadístico o estadista?

Un estadista es quien estudia al Estado. El presidente, por ejemplo, es (o debería ser) un estadista. Un estadístico es un profesional de la estadística. Un bioestadístico es alguien con conocimientos de bioestadística (por ejemplo un estadístico, un ingeniero, un profesional o técnico, ligado al área de salud).

¿Cuándo recurrir al bioestadístico?

En la mayoría de casos los investigadores lo hacen cuando ya ha recogido los datos y estos están listos para cruzar variables y obtener resultados. Craso error. Es preferible que el bioestadístico te acompañe desde el inicio de la investigación.

¿Son importantes el asesor y tutor?

Sí, ambos lo son. El tutor es el enlace con la universidad y es quien da el visto bueno de la investigación. El asesor también conoce del tema y ayuda a mejorar el proceso de investigación.

¿Podemos utilizar y/o modificar un instrumento creado por otro investigador?

Para utilizar cualquier instrumento (escala de ansiedad, de calidad de atención, diagnóstico, etc.) de investigación hay que pedir permiso al autor o a la revista donde fue publicado. Más aún si se pretende modificar un instrumento porque se considera obtuso, inadecuado al medio o se quiere validarlo a un idioma y sociedad.

¿Es importante la informática en una investigación?

La informática en salud ayuda a hallar la mejor información disponible, pero es sólo parte del trabajo. Lo siguiente es analizar esa información, utilizarla para generar conocimientos nuevos y luego resumir los resultados. Para todo esto se necesitan conocimientos de Epidemiología, Bioestadística y Redacción. **DT**



* Cirujano Dentista, Maestro en Salud Pública. Asociado Fundador de la Asociación Peruana de Odontología para Bebés (Lima, Perú). Profesor de la EAP de Estomatología de la Universidad Alas Peruanas (Lima, Perú). Correspondencia: csar.arellano@gmail.com.

Consulte las referencias en www.dental-tribune.com

NOVEDADES



HANDBOOK FOR MODERN FUNCTIONAL TREATMENT APPROACHES AND TECHNIQUES

Autores: Dr. Michael Gorbonos, Dr. Toshio Kudobera, Dr. Bakr Rabie y Dr. Brian Preston
Editado en Inglés

364 páginas

Ilustraciones y fotografías a color

Dimensiones: 21 x 29,7 cm

Encuadernación de lujo con tapa dura

P.V.P. 120 euros

Páginas al azar del interior del libro:



CONTENIDO

- Chapter 1. Brief history of the functional appliances. *Prof. Andrea Deregibus, Italy*
- Chapter 2. Functional appliances combined with extraoral anchorage. General classification and effects. *Prof. Juan J. Alió Saiz, Spain*
- Chapter 3. Aragao's function regulator-treatment of systemic disease through stomatognathic system. *Prof. Wilson Aragao, Brazil*
- Chapter 4. Chapter on the Crozat appliance. *Dr. David Arnold, USA*
- Chapter 5. A simple outline of the Bimler appliance. *Prof. Barbara Bimler-Rhodes Germany*
- Chapter 6. Function Generating Bite: diagnostic and therapeutic reasons. *Prof. Pietro Bracco and Prof. Maria Grazia Piancino*
- Chapter 7. Functional Treatment Objectives. *Dr. William Clark, Scotland*
- Chapter 8. Orthodontic Treatment shall be started before the age 6, especially in the case of asymmetry. *Dr. Marie Joseph Deshayes, France*
- Chapter 9. Orthoclonic: the invisible functional technique. *Dr. Juan Carlos Diaz, Spain*
- Chapter 10. "MFS" programme: scheduled stimulotherapy and automated muscle exercises to normalise functions and the potential of the functionalism. *Prof. José Duran von Arx, Spain*
- Chapter 11. Description of the elastic open activator of Klammt; combined method Is 78 and small giant as used in Cuba. *Prof. Rebeca Fernández, Cuba*
- Chapter 12. Using logic and science to discover the cause and cure of malocclusion. *Prof. John Mew, England*
- Chapter 13. Interceptive treatment for the CL III malocclusions. *Dr. Derek Mahony, Australia and Dr. Josh Jefferson USA*
- Chapter 14. Treatments outside the usual protocol. *Prof. Franco Magni, Italy*
- Chapter 15. Diagnosis and functional treatment of mesial occlusion. *Prof. Leonid Persin, Russia*
- Chapter 16. Methodology describing the applications of the bimler appliance and the soldered lingual arch SLA / Bimler combination therapy. *Prof. Ito Ritsuki, Japan*
- Chapter 17. Therapeutic change of posture a jaw functional orthopedics identity. *Prof. Wilma Simoes, Brazil*
- Chapter 18. Functional and fixed orthodontic appliances: the best of two worlds. *Prof. Brian Preston, USA*
- Chapter 19. Biofunctionalism. *Dr. Guillermo Esteves Godoy and Dr. Maria Laura Godoy, Argentina*
- Chapter 20. The relationship between dentists and orthopedic dental technicians. *Mr. Abraham Levi, Israel*



MANUAL DE ORTODONCIA PLÁSTICA

Autor: Dr. Eduardo Padrós Serrat
156 páginas

Ilustraciones y fotografías a color

Dimensiones: 16 x 23 cm

Encuadernación rústica

P.V.P. 20 euros

Páginas al azar del interior del libro:



CONTENIDO

- Capítulo 1. Introducción
- Capítulo 2. Bosquejo histórico
- Capítulo 3. Essix - Divots y Windows
- Capítulo 4. Clearstep
- Capítulo 5. Técnica K-Line
- Capítulo 6. Sistema Tru-Line
- Capítulo 7. Simpli5
- Capítulo 8. Insignia ClearGuide
- Capítulo 9. Clear Correct
- Capítulo 10. Alineador Estético Ortotecam
- Capítulo 11. Clear Image
- Capítulo 12. Clearpath
- Capítulo 13. Dentalinv
- Capítulo 14. Secret Line
- Capítulo 15. AsoAligner
- Capítulo 16. Smile Tru
- Capítulo 17. Art Aligner
- Capítulo 18. Be flash
- Capítulo 19. Orthoclonic
- Capítulo 20. Inline
- Capítulo 21. Biomecánica de las férulas alineadoras con brackets Bracketsar
- Capítulo 22. Crystaligner
- Capítulo 23. Invisacryl
- Capítulo 24. Alineadent
- Capítulo 25. All in
- Capítulo 26. Ortho Snap
- Capítulo 27. Smart Moves
- Capítulo 28. Quick-Fix brace
- Capítulo 29. Red, White and Blue
- Capítulo 30. Perfect Aligner
- Capítulo 31. CA Clear Aligner. Puesta al día
- Capítulo 32. Eclinger
- Capítulo 33. Orthocaps. Twin aligner system
- Capítulo 34. Aerodentis
- Capítulo 35. Inviflex
- Capítulo 36. Aliterden
- Capítulo 37. Originator
- Capítulo 38. Baum Orthodontic Aligners (BOA)
- Capítulo 39. Sistema Arc Angel
- Capítulo 40. Alineadores transparentes Adenta
- Capítulo 41. Férula Set up Ortholab
- Capítulo 42. RW II
- Capítulo 43. Smysecret
- Capítulo 44. Drift'n'aligo
- Capítulo 45. MTM Clear aligners
- Capítulo 46. Graham Orthodontic Aligner
- Capítulo 47. Invisasmile
- Capítulo 48. Ato-ligner
- Capítulo 49. ISA (Ideal Smile Aligner)
- Capítulo 50. Invisalign

Estrés en odontología

Por Byron Benalcázar Larrea*

El objetivo de este artículo es que el odontólogo conozca sus posibles factores de riesgo de estrés y, aunque sea difícil evitarlos, ofrecer pautas para minimizar su efecto y colaborar así a una práctica de la profesión menos estresante.

Si bien la práctica de la Odontología nos ofrece una serie de satisfacciones, también nos expone a sufrir ciertos contratiempos y al riesgo de contraer algunas enfermedades como el estrés. Aunque esta condición no es exclusiva de nuestra profesión, su etiología indica que que somos candidatos ideales para padecerlo.

Concepto y fisiopatología

En 1935 Hans Selye definió el Síndrome General de Adaptación o estrés como "el conjunto de reacciones sistémicas inespecíficas que se producen en el organismo cuando es sometido de forma prolongada y continua a la acción de un estímulo nocivo de naturaleza e intensidad variable". La medicina encontró así el diagnóstico a esta enfermedad cuyo cuadro clínico es variable y en el que se pueden alterar las funciones cardíacas, de circulación sanguínea (hipertensión), tiempo de coagulación; se pueden inhibir ciertos aspectos de la reacción inmunológica, se alteran condiciones gástricas inclusive hasta formarse úlceras pépticas, dificultades urinarias, disfunción sexual, tensión muscular, bruxismo, problemas hormonales, trastornos psicológicos como ansiedad e irritabilidad, insomnio, entre otros, dentro de un marco de fatiga e incomodidad general.

La fisiopatología del estrés presenta tres etapas: la reacción de alarma, el estadio de resistencia y el agotamiento.

La alarma se genera por la acción conjunta de los sistemas simpático y parasimpático. El simpático estimula la producción de adrenalina y simultáneamente el hipotálamo liberando hormonas por parte de la hipófisis, siendo estas defensas somáticas en la reacción adaptativa ante los factores generadores de tensión o estresantes, los cuales no necesariamente pueden

ser negativos; una sorpresa muy agradable por ejemplo genera una reacción similar.

Durante la etapa de resistencia el ser humano al verse obligado a reprimir sus impulsos instintivos de ataque o de fuga ante un factor de estrés, por ejemplo ante un reclamo indebido de un paciente, las alternativas de golpearlo (ataque) o de abandonar el consultorio (fuga) son contenidas, pero las consecuencias químicas internas no pueden ser suprimidas. La acumulación de estas situaciones puede ser asimiladas por el organismo o conducir al estadio de agotamiento, especialmente si el cuerpo no recibe el suficiente descanso que le permita recuperar su equilibrio.

El agotamiento es el estado crónico de estrés que destruye el bienestar físico y emocional con las consecuencias ya señaladas. La respuesta orgánica varía de una persona a otra dependiendo de su carácter, por lo que hay personas más susceptibles que otras.

Estrés y odontología

La imagen que proyectamos los odontólogos a la colectividad de personas amables y tranquilas es precisamente lo que nos permite inspirar confianza y disminuir la tensión de nuestros pacientes. Esa serenidad la debemos mantener, independientemente de nuestro estado de ánimo, de problemas personales y de aquellos suscitados por los pacientes o inherentes al caso clínico que estemos tratando.

Ese aparente «aplomo» demanda, desde el punto de vista de la fisiopatología del estrés, una actitud de «resistencia» ante los estímulos que lo provocan, impidiendo las respuestas de ataque o fuga que nos liberarían de las cargas tensionales.

Concomitantemente, la mayoría de los odontólogos latinoamericanos trabajamos en consultorios individuales, administrados deficientemente. Recibimos a una población empobrecida que busca solución a otros problemas más urgentes que los de su salud bucal. Enfrentamos una competencia profesional no programada y en ocasiones desleal. Y tenemos que lidiar con un desarrollo científico y tecnológico de la profesión impresionantemente rápido que nos obliga a esforzarnos intelectual y económicamente para ofrecer mejores opciones de tratamiento a nuestros pacientes (cada vez más exigentes y mejor informados a través del internet) para poder mantenerlos como tales, lo que demanda gran responsabilidad, incremento de horas de estudio y trabajo y, por ende, tensión permanente.



* El Dr. Benalcázar Larrea, es Doctor en Odontología por la Universidad Central del Ecuador con

Diplomado y Especialidad en Administración y Marketing por la Universidad Tecnológica Indoamérica. Es Profesor de los Institutos de Postgrado de las Facultades de Odontología de las universidades Central del Ecuador y San Francisco de Quito. Además, es Presidente Mundial de la Academia Internacional de Odontología Integral. Correspondencia: bybenalcazar@hotmail.com.

INHERENTES A LA ODONTOLOGÍA ACTITUD POSITIVA	
1. Rutina y aburrimiento en el trabajo	Implementar nuevas tecnologías Organizar grupos de trabajo y estudio Realizar investigaciones.
2. Tensión por desorganización en la consulta	Capacitarse en administración de consultorios (libros, cursos).
3. Atención de pacientes «difíciles»	Realizar cursos y leer artículos sobre relaciones humanas y psicología.
4. Miedo Físico: agresión, robo, enfermedad Moral: no obtener rendimiento económico Profesional: fracasos en los tratamientos, Perder pacientes, juicios por mala práctica.	Racionalizar el miedo como un auxiliar del instinto de conservación y buscar la manera de superarlo.
5. Indecisión	«Es preferible tomar una o varias decisiones equivocadas antes que caer en el hábito de la indecisión»
6. Supersensibilidad o afectividad excesiva	Duro consigo mismo, sensible con los demás.
7. Preocupación	«Para los males del mundo puede haber o no remedios. Si los hay, ponte a busarlos. Y si no, no seas necio».

El presente artículo se sustenta en la realización de 180 encuestas efectuadas por el autor a odontólogos ecuatorianos y sus conclusiones más significativas son las siguientes:

1. Fruto de una actividad profesional atribuible a pacientes molestos y a su deficiente organización administrativa, el 82.2% de los encuestados ha sufrido cambios de carácter y el 21% tiene estas alteraciones frecuentemente, hasta el punto de que el 20% ha pensado en algún momento abandonar la profesión. Al 73.3% de los colegas encuestados le genera tensión su falta de organización administrativa y sus fallas en el sistema de cobro de honorarios.
2. Todos los encuestados se han sentido molestos alguna vez con sus pacientes, especialmente por su incumplimiento de citas y/o sus compromisos económicos.
3. El 45.5% reconoce haber sufrido estrés relacionado directamente con la odontología, superado únicamente por el 48.8% con problemas musculares o esqueléticos a nivel de columna vertebral, los cuales además de origen postural pueden tener origen tensional.

Con estos datos y antecedentes es fácil deducir que el estrés es una enfermedad frecuente en los odontólogos y debe ser estudiada como tal. Nosotros debemos estar preparados para prevenirla y tratarla con oportunidad y efectividad.

Con estos datos y antecedentes es fácil deducir que el estrés es una enfermedad frecuente en los odontólogos y debe ser estudiada como tal. Nosotros debemos estar preparados para prevenirla y tratarla con oportunidad y efectividad.

Factores de estrés en odontología

Los factores de estrés puede ser manejados de forma negativa o positiva. Negativa es cuando se cae en la tentación de evadir la realidad mediante adicciones y dependencias: tabaco, alcohol, drogas, etc.

Didácticamente los factores de estrés pueden clasificarse en: extremos, generales e inherentes a la actividad profesional.

Factores extremos: divorcio, muerte de un ser querido, dificultades económicas serias, accidentes o enfermedades graves, privación de la libertad, etc.

Factores generales: violencia social, contaminación ambiental, inseguridad, situación del país, peligros de guerra, tráfico, etc.

En términos generales para prevenir el estrés lo ideal es que el odontólogo posea una vida equilibrada donde se encuentre un conjunto armónico de:

- ✓ Trabajo
- ✓ Vida familiar y social
- ✓ Afición
- ✓ Ejercicio físico (deportes)
- ✓ Adicionalmente podría interesarse en actividades específicas antiestrés como ejercicios de relajación y meditación.

Conclusiones y recomendaciones

1. Es imperativo que en las Facultades de Odontología de América Latina se dicten cursos de Ergonomía Profesional y administración del consultorio, economía odontológica (honorarios), enfermedades profesionales, etc., tendientes a solucionar los problemas del odontólogo, lo que redundará directamente en beneficio del gremio y de la población.

2. El estrés como enfermedad gremial y profesional debe ser estudiada y prevenida por el odontólogo para evitar que se convierta en un impedimento a su desarrollo personal y profesional.

3. ¡El conocimiento de sus objetivos personales y profesionales es la base para que el odontólogo haga de su profesión un medio eficaz para lograr la felicidad!



La Salud Bucal como derecho básico de la humanidad

Por Carlos Imondi*

La salud como el «completo estado de bienestar, físico, mental y social y no la simple ausencia de enfermedad» es un concepto estático, inalcanzable, teórico. La Promoción de la Salud, y específicamente la Salud Bucal, ha sido tratada de forma meramente cotidiana por los trabajadores de la salud.

La salud, como derecho humano básico e indispensable para el desarrollo social y económico de un pueblo, tiene un conjunto de determinantes (sociales, históricos, políticos, económicos y culturales) en constante variabilidad que se da en una población en determinado tiempo y lugar, y donde el que cuida y/o mejora su salud está directa o indirectamente mejorando la salud de la comunidad. Por lo tanto, debemos considerar la salud como

un hecho social, dinámico, variable, individual y colectivo que trasciende a la atención médica y al sector salud.

El «cuidado de la salud» implica relaciones horizontales, simétricas y participativas, por eso la necesidad de generar espacios de participación.

Si se busca promover un mayor cuidado de la salud, se debe incentivar un proceso de sensibilización sobre cuáles son los problemas que la afectan, sus causas y consecuencias, y cuáles son los recursos y oportunidades para resolverlos.

Es responsabilidad del Estado garantizarla. Estas garantías se expresan en forma equitativa cuando se habilita un espacio para la expresión de los ciudadanos (redes, movimientos sociales, actores sociales, etc.) como forma de participación.

Para ello, es fundamental conformar equipos basados en la atención primaria, como una de su más importantes estrategia: la Promoción de la Salud.

En este contexto, el propósito es formar capacitadores barriales, quienes a partir de sus potencialidades asuman la res-

ponsabilidad del desarrollo individual y colectivo, ejerciendo ciudadanía plena de sus derechos.

La participación social - promoción de la salud (justicia social y equidad)

Agregamos la necesidad de la construcción de la salud colectiva y el empoderamiento de las comunidades para promover la salud, como actores protagónicos y como sujetos de derecho e iguales en la discusión de sus necesidades y propuestas de abordar su atención-cuidado de la salud.

Trabajar con las comunidades requiere un gran compromiso con los grupos más excluidos socialmente; escuchar y tener actitudes respetuosas hacia sus valores y derechos.

Cada vecino al participar, reflexiona sobre sus problemas y reconoce a los otros vecinos con problemas similares, interactuando, aprendiendo y tomando protagonismo en la solución de los mismos, ayudando en ese aprendizaje a salir de la pasividad, adoptando actitudes críticas y abandonando el individualismo.

La capacidad de contar con Promotores Comunitarios de Salud está inmersa dentro de una política sanitaria participativa, popular, amplia, parte de una política pública saludable, definida ésta como «toda aquella decisión gubernamental que contribuye a mejorar las condiciones de salud de la población». Una comunidad comienza a ser saludable cuando se compromete en fomentar el bienestar con ac-

ciones proyectadas hacia el bien común.

Promotores comunitarios de salud bucal

Entre las cinco primeras causas de morbilidad en salud por consulta externa en los hospitales se encuentra las caries dentales, seguidas de enfermedad periodontal, lo que indica el bajo impacto que han tenido los programas de capacitación en salud oral de promotores y líderes en salud comunitaria.

La Promoción de la Salud y específicamente en Salud Bucal, ha sido tratada de forma meramente cotidiana por los trabajadores de la salud. Hoy en día se empieza a dar un nuevo y diferente enfoque en este tema, aportando metodologías de participación ciudadana para ejercer sus derechos, devolverles un rol de sujetos activos y actuar en una realidad social que le es propia.

En este contexto, el curso «Promotores Comunitarios de Salud Bucal» aporta a la formación y al trabajo en equipo, para que a partir de los conocimientos adquiridos puedan desarrollar actividades que mejoren su calidad de vida, la de sus familias, la de su barrio o lugar de residencia.

El objetivo de formación de Promotores Comunitarios de Salud Bucal permite entender e identificar junto a las comunidades los problemas y encontrar las posibles soluciones. DT



* El Dr. Imondi, odontólogo egresado de la Universidad de Buenos Aires (Argentina), es Director del Hospital Ramos Carrillo-San Martín de los Andes de la Pcia. del Neuquén, Profesor y Director del curso Promotores comunitarios de salud bucal del Campus Virtual ROCA Internacional.

Correspondencia: imondi@smandes.com.ar.

Consulte las referencias en www.dental-tribune.com



Hilton Los Angeles/Universal City
555 Universal Hollywood Drive
Universal City, California

LA DENTAL MEETING

SEPTEMBER 6-7, 2013

LOS ANGELES, CALIFORNIA

2013

Mark Your Calendar

Free Registration Free Seminars
Hands-on Workshops Free Exhibits

IT'S EASY TO Learn

AND PLAY

Tel: 323-255-5848
E-mail: info@ladentalmeeting.com
Website: www.ladentalmeeting.com



La atención odontológica de niños con riesgo médico

Por **Gabriela Scagnet***

La mortalidad infantil ha tenido un importante descenso en todo el mundo y en especial en los países desarrollados durante el siglo XX. Los medios diagnósticos más eficaces

han llevado a mejorar los tratamientos y comenzarlos a temprana edad, lo que ha resultado en una mayor supervivencia de aquellos que antes no tenían oportunidad de mejoría.

que requerirán tratamientos de salud a largo plazo.

En Latinoamérica sin embargo no todos los niños pueden acceder a los beneficios del avance tecnológico, por lo que se estima que 150 millones de niños (OPS) fallecen anualmente a causa de enfermedades prevenibles (estados diarreicos, desnutrición, neumonías, enfermedades infecciosas como meningitis).

Los datos del Grupo de Referencia Epidemiológica en Salud Infantil (CHERG) de la OMS procedentes de 72 países, señalan que la malnutrición influye en un 53% de todas las muertes infantiles y es especialmente letal en los primeros 28 días de vida del niño. Los países más pobres son los que más sufren las consecuencias de la malnutrición y de las enfermedades porque no disponen del tratamiento y la atención adecuada.

La atención odontológica integral en la práctica diaria debe coordinarse en forma óptima con el tratamiento y cuidado de la enfermedad sistémica que presentan los pacientes. Por eso es relevante la capacitación tanto de odontólogos generalistas como de odontopediatras para programar, ejecutar y evaluar la atención integral de la salud bucal de pacientes con riesgo médico aplicando todas las herramientas preventivas con que contamos en la actualidad.



**La Dra. Scagnet es Especialista en Odontopediatría, Ortodoncia y Pacientes Especiales, Jefa de Unidad de Pacientes Especiales del Hospital de Odontología Infantil Don Benito Quinquela Martín, del Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires, Docente de la Universidad de Buenos Aires, Cátedra de Patología y Clínica Bucodental FOUBA y Coordinadora Area Discapacidad del CLAPAR (Clínica para la atención de pacientes de alto riesgo). Además, es Presidente de IADH International Association for Disability and Oral Health, coautora de «Odontopediatría y Discapacidad», Referente de la RED de la Odontología y Discapacidad Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires y Docente académico del Campus Virtual ROCA Internacional.*

La atención materno fetal, así como la regionalización de la atención perinatal, ha mejorado en gran medida, sobre todo por el desarrollo y extensión de los cuidados intensivos neonatales.



Este proceso se ha plasmado en una nueva morbilidad que ha resultado en una mayor población con enfermedades crónicas, surgimiento de nuevas afecciones y, como consecuencia, un mayor número de pacientes

La información del Medio Odontológico en un sólo lugar. forma parte de nuestra comunidad y encuentra:

- ▶ Congresos
- ▶ Proveedores
- ▶ Reportajes
- ▶ Promociones
- ▶ Clasificados
- ▶ Casos Clínicos

SERVICIOS

Diseño Gráfico
 Diseño Web
 Social Media
 Marketing Digital
 App's

www.odontologos.mx

Portal Odontólogos®

REDiseñando tu Imagen

Formar equipos interdisciplinarios en salud es una intervención eficiente, que logra la prevención y tratamiento de manifestaciones bucales propias de la enfermedad sistémica de nuestros pacientes.

El tratamiento odontológico afectará o será afectado por la patología del paciente. No es nuestra misión realizar diagnósticos médicos, pero sí es imprescindible el conocimiento de los signos y síntomas de la enfermedad médica general, conocer los posibles riesgos previstos por nuestro tratamiento y ser capaces de modificar el mismo actuando con el conocimiento adecuado.

Cuando hablamos de pacientes con riesgo médico o médicamente comprometido nos referimos a aquellos que padecen una o más patologías orgánicas o sistémicas de riesgo. Dichas patologías pueden provenir de alguno de los siguientes sistemas comprometidos: cardiovascular, respiratorio, renal, endócrino, hematológico, neurológico, oncológico.

Si bien la formación de grado nos instruye en las prestaciones básicas en cada especialidad para el total de los posibles pacientes, la atención odontológica de pacientes con patologías médicas de base (ORM) tiene sus particularidades.

A nivel internacional también en la

Odontología se acepta como método de clasificación de riesgo posible, el utilizado por la Sociedad Americana de Anestesiología (ASA).

Existe un protocolo general de atención para lograr Salud Bucal en pacientes médicamente comprometidos que el odontólogo debe conocer, el cual prioriza el control de lesiones estomatológicas infecciosas y no infecciosas, controlando lesiones infecciosas dentarias y gingivales. Ello incluye evaluar el estilo de vida del paciente, controlar el medio, promover tratamientos preventivos remineralizantes y facilitar la rehabilitación oral integral del niño. La importancia de hacer una excelente historia médico-odontológica comienza con una anamnesis exhaustiva. La madre o padre del infante debe participar activamente colaborando con esta

anamnesis y con su posterior tratamiento integral. La motivación de este entorno familiar es vital para asegurar el éxito del tratamiento.

El odontólogo puede solicitar métodos diagnósticos auxiliares, por lo que es importante conocer detalladamente el examen de laboratorio, preavisar los resultados del mismo y realizar interconsultas con el o los médicos de cabecera.

El análisis básico valora las sustancias más importantes que afectan a la salud general o a los órganos más relevantes. La patología hemorrágica es muy frecuente y puede complicar o contraindicar determinado procedimiento odontológico.

Se debe determinar si las alteraciones

son locales (inflamaciones, traumas, intervenciones quirúrgicas o procesos tumorales) o hemostáticas (mecanismo vascular, plaquetario, de la coagulación o mecanismo mixto).

En los niños con patologías cardíacas se deben seguir protocolos específicos de atención. Desde un punto de vista práctico, las patologías cardíacas pueden ser congénitas o adquiridas. Las cardiopatías congénitas (CC) son la principal causa generadora de mortalidad infantil y neonatal por su relativa mayor frecuencia y su más alta mortalidad específica. Están presentes desde el nacimiento. Representan el 50% de toda la patología cardíaca y afectan de 8 a 10 niños de cada 1000 nacidos vivos.

Es previsible que en los próximos años aumente el número de pacientes con inmunodeficiencias que acuda al consultorio dental, como por ejemplo aquellos que han recibido un trasplante de médula ósea o de órganos sólidos, tratamientos oncológicos agresivos u otras enfermedades autoinmunes. Hay que agregar a estos ejemplos a pacientes con infección por HIV.

La función inmunológica se ve afectada también por el desarrollo de diabetes, alcoholismo y la edad. La causa más común de inmunodeficiencia en niños actualmente en el mundo es la malnutrición.

Es importante conocer que existen dos inmunodeficiencias: primarias y secundarias. Existen indicios en un niño para detectar las inmunodeficiencias primarias. Según la Jeffrey Modell Foundation los signos son:

- 8 o más infecciones de oído en un año
- 2 o más sinusitis graves en un año
- 2 o más meses tomando antibióticos con pocos resultados
- 2 o más neumonías en un año
- Falta de crecimiento del niño (en altura o peso)
- Abscesos viscerales o cutáneos profundos
- Aftas persistentes en boca o piel en niños > de 1 año
- Necesidad de antibióticos intravenosos para curar la infección
- 2 o más infecciones profundas como meningitis, osteomielitis, celulitis o sepsis.
- Historia familiar de Inmunodeficiencia Primaria

Las inmunodeficiencias también se pueden adquirir a través de infecciones o al someterse a ciertos tratamientos farmacológicos. A éstas se las denominan inmunodeficiencias secundarias. El protocolo de atención odontológica en niños con inmunodeficiencias debe ser conocido por el odontólogo al comenzar su atención.

Es importante reconocer los principales signos y síntomas de afecciones respiratorias: disnea, apnea, dolor torácico, hemoptisis, tos, expectoraciones, ruidos torácicos, cianosis, hipoxia, que corresponden a diferentes trastornos del aparato respiratorio tanto de las vías aéreas superiores como de las inferiores (Ej. asma bronquial). El conocimiento de esta temática nos permitirá aplicar los protocolos adecuados para la atención odontológica así como para actuar en crisis o urgencias con la seguridad que debe tener el odontólogo actuante.

Dentro de las afecciones endocrinas se estima que la diabetes infantil afecta alrededor de 500.000 niños menores de 15 años en todo el mundo, por lo que se considera la segunda enfermedad crónica más común en la infancia. Es imprescindible el conocimiento de la signosintomatología y de los recaudos a tener en cuenta antes, durante y luego de la atención odontológica del niño.

Lo antes descrito también se aplica a los niños con trastornos renales o transplantados y aquellos con patología oncológica.

Conclusión

Los niños afectados por diferentes enfermedades sistémicas requieren un manejo odontológico que priorice un vínculo paciente-profesional-familia con una gran compromiso del odontólogo, quien brindará la confianza por su capacitación para lograr nuestro objetivo de salud bucal. DT

Consulte las referencias en www.dental-tribune.com

El Programa de Odontólogos Comunitarios

Por *Melania González y Rivas**

La Red Odontológica Comunitaria Argentina (ROCA) lanzó en 2009 una propuesta con el objetivo de fortalecer los recursos humanos profesionales en el área de la Odontología, formando equipos de odontólogos comunitarios para diseñar e implementar diferentes intervenciones en Salud Bucal, basadas en la Atención Primaria de la Salud y la Odontología Preventiva y Comunitaria, de acuerdo a las necesidades y prioridades detectadas en cada área.

La fortaleza de ROCA reside en la experiencia que tiene en el diseño de programas de salud para grandes comunidades y la posibilidad de ofrecer capacitación con aval universitario a través del Campus Virtual ROCA Internacional para profesionales de la salud de habla hispana. La formación de equipos de Odontólogos Comunitarios en diferentes países ha permitido crear la Red Latinoamericana de Odontología Comunitaria.

ROCA ha diseñado capacitaciones presenciales y a distancia para ello, lo que permite a los profesionales de la salud que residen en áreas alejadas acceder a cursos online. Así, cada inscrito puede acceder a un aula virtual personalizada en los días y horarios más convenientes.

Esto posibilita realizar cursos abiertos a toda la comunidad odontológica o para una red cerrada de profesionales, para que puedan realizar proyectos exclusivos de calibración, información o capacitación para grupos de odontólogos u otros profesionales del equipo de salud, cumplimentando los temarios que deseen.

En el caso de las Aulas Virtuales de uso exclusivo, la plataforma virtual incluye una sección para el Profesor o Administrador del curso en la que se puede verificar el cumplimiento de entregas de material, participación en foros y calificación de evaluaciones, lo que constituye un elemento valioso a la hora de calificar o entrenar RRHH de salud.

El Programa Odontólogos Comunitarios es como una valiosa herramienta que permite a través de convenios de cooperación técnica con instituciones que actúan como líderes locales, la formación de equipos locales, provinciales o nacionales de acuerdo a las necesidades y prioridades de la población.

Un programa necesario

Las razones de este program son las necesidades básicas urgentes en salud bucal de la población latinoamericana. Específicamente, se trata de las siguientes:

- Según estudios epidemiológicos de la población infantil en Latino-



* La Dra. González Rivas, Magíster Interdisciplinario en Salud Bucal Comunitaria por la Universidad de Buenos Aires, es Presidente de la Red Odontológica Argentina (www.roca.org.ar). Correspondencia: presidencia@roca.org.ar

américa, la prevalencia de caries dentales en edad escolar afecta a un promedio del 80% de la población infantil a los 12 años.

- En la mencionada población existen deficiencias de acceso a soluciones multifactoriales para revertir la alta incidencia de la patología y la necesidad de adquirir hábitos saludables.

- Los odontólogos agrupados en instituciones públicas o privadas son una gran herramienta para revertir el proceso y optimizar la salud bucal de la población involucrada.

- Existen investigaciones y experiencias anteriores que demuestran que puede transformarse esta situación con la conformación de equipos de recursos humanos especialmente capacitados a tales efectos incluyéndolos en un trabajo organizado y técnicamente evaluable a través del Programa Odontólogos Comunitarios de ROCA.

Objetivos

El Programa Odontólogos Comunitarios está basado en tres grandes objetivos:

1. Favorecer la calidad de vida de la población, centrándose en familias, niños y su entorno mediante la optimización de la Salud Bucal en su medio, como una responsabilidad compartida de la comunidad familiar, educativa y profesional.
2. Impulsar la articulación transversal de la Educación para la Salud en las escuelas en todas las disciplinas, logrando instalar hábitos saludables con efectos perdurables en el tiempo.
3. Programar una intervención técnica que incluya la transformación del grupo de odontólogos participantes en un equipo de profesionales especialmente capacitados, que incluya la evaluación previa, concurrente y posterior para asegurar el proceso, impacto y evaluación de resultados del proyecto.

La formación de equipos de odontólogos comunitarios liderados por la institución líder local permite lograr un gran impacto en la optimización de la salud bucal de las poblaciones en las que estos profesionales desempeñan su tarea profesional, proyectándose luego a las personas, familias y la comunidad.

El programa está dirigido a todos los odontólogos e instituciones de habla hispana interesadas en la salud preventiva, social y comunitaria en el ámbito Iberoamericano.

El objetivo general es profundizar el conocimiento de la odontología social-comunitaria y preventiva, en lo inherente a las estrategias y herramientas disponibles para el desarrollo de programas de

promoción de la salud de acuerdo a las realidades sociales, económicas y culturales del área de intervención.

Los objetivos específicos al finalizar la capacitación son los siguientes:

- Programar, desarrollar y evaluar un programa de Educación para la Salud, instauración de medidas preventivas y/o atención clínica, en una comunidad local, realizando diseños de planificación para distintos escenarios institucionales.
- Obtener bases cognitivas basadas en la multifactorialidad y el enfoque de riesgo de las patologías bucales.
- Reconocer a la educación para la salud como herramienta de cambio en la planificación de programas de salud en general y del componente bucal en particular, en la práctica privada y comunitaria.
- Aplicar conocimientos de la epidemiología en odontología, a la administración de salud. Investigación, en organización y programación, y en evaluación.
- Concebir a la Odontología Preventiva y Comunitaria, como una estrategia de atención en Salud, y como mecanismo de acción en la búsqueda de la mejora de Calidad de Vida, tanto en lo individual como en lo comunitario.

Formación comunitaria

El programa consta de varios cursos virtuales de nivel básico, medio y avanzado:

- Curso N° 1. Curso Odontología Preventiva en la práctica diaria-Nivel 1.
- Curso N° 2. Curso Odontología Preventiva en la práctica diaria-Nivel 2.
- Curso N° 3. Curso Planificación y Programación Odontología Comunitaria.
- Curso N° 4. Curso Metodología de la Investigación

Además de la modalidad virtual, se organizan también talleres presenciales a requerimiento de la organización que co-organice el proyecto. En aquellos casos en que se realicen acuerdos para realizar cursos de calibración exclusiva para un mínimo de 30 participantes, se podrán agregar otros módulos especiales para el grupo suministrados por los organizadores. En estos casos de aulas exclusivas, la fecha se pacta especialmente y la certificación del curso lleva el logo y firma de las autoridades de la institución o ministerio que lo co-organice. Las instituciones interesadas pueden encontrar mayor información en: www.roca.org.ar/odontologia_comunitaria.php DT

La importancia del pH en el blanqueamiento

El pH de los productos para aclaramiento dental en el hogar o en el consultorio puede variar dependiendo de la marca del producto que se use. Algunos fabricantes utilizan un pH bajo (ácido) con el fin de proporcionar mayor estabilidad química a sus productos. Sin embargo, esta característica puede influir negativamente en el proceso de aclaramiento.

Existe una amplia serie de estudios en la literatura dental sobre los efectos del peróxido de hidrógeno en el esmalte y la dentina. El principal efecto perjudicial del uso de productos de aclaramiento dental es la desmineralización del esmalte —que puede incluso invertirse por la acción de la saliva—, y algunos

autores correlacionan este hecho con el bajo pH de algunos geles. La acidez en un gel de blanqueamiento puede causar daños en las restauraciones¹ y el esmalte en sí mediante un proceso de desmineralización^{2,3,4}. El proceso de desmineralización puede conducir su vez a la erosión del esmalte, reduciendo así la translucidez del tejido y poniendo de relieve la opacidad de la dentina, lo cual causa una apariencia estética similar a vidrio grabado^{5,6}. Otros informes de la literatura asocian una mayor tasa de sensibilidad dental con un pH menor en el producto de aclaramiento, lo cual puede atribuirse al hecho de que los geles ácidos eliminan agresivamente la capa de dentina conocida como “smear plug” de los túbulos dentinarios, alimentando el flujo de líquido tubular y provocando mayor sensibilidad^{7,8}. En cuanto a la eficacia del blanqueamiento, los autores informan que la percepción del proceso de aclaramiento puede ser mayor en geles ácidos sólo debido a la desmineralización que

Muestra de la línea de productos para aclaramiento dental de FGM.



provocan en la superficie del esmalte⁴, y que la eficacia real de ambos (pH neutro y ácido) es la misma de acuerdo a la respuesta en ensayos *in vitro* e *in situ*².

En cambio, los geles neutros o alcalinos (de mayor pH) no causan alteraciones químicas o morfológicas en la superficie del esmalte⁴. Los geles de aclaramiento con un pH estable, o que retienen el pH neutro o alcalino a lo largo de las aplicaciones, mientras están en contacto con la estructura dental, se consideran más efectivos⁹.

Los geles de aclaramiento dental de FGM, tanto para uso en el hogar como en el consultorio, contienen un pH neutro. La línea completa de productos incluye los geles de aclaramiento en el hogar Whiteness Perfect, White Class y Whiteness Simple, y los geles de aclaramiento en el consultorio HP, HP Maxx y Whiteness HP Blue.

El Whiteness HP Blue es el primer gel de blanqueamiento en el mercado que tiene un pH ligeramente alcalino, así como un sistema de autocatalizado que mantiene el pH estable durante las aplicaciones clínicas. Como sólo es necesaria una sola aplicación de gel, no se requieren re-aplicaciones del producto. Basado en un procedimiento más conservador, el HP Blue y el White Class contienen calcio, sustancia que reemplaza los minerales que se eliminan durante las sesiones de blanqueamiento. Se trata de características diseñadas para ayudarle a ofrecer a sus pacientes un tratamiento más seguro y eficaz.

Si desea más información visite: www.fgm.com.br.



La jeringa precargada del gel Whiteness Perfect le ofrece mayor eficacia y seguridad.

Consulte las referencias en www.dental-tribune.com



AOA | 37^{as} Jornadas Internacionales
28 de Octubre al 2 de Noviembre 2013
 Buenos Aires Sheraton Hotel & Convention Center



ASOCIACIÓN ODONTOLÓGICA ARGENTINA

Con tu pasaporte VIP puedes participar de todos los cursos internacionales arancelados que tu elijas.

CURSOS INCLUIDOS* EN EL PASAPORTE VIP:



Gerard Chiche

ESTÉTICA

Duración: 6hs.



Urs Belser

IMPLANTES Y PRÓTESIS

Duración: 6hs.



Iñiqui Gamborena

IMPLANTES Y PRÓTESIS

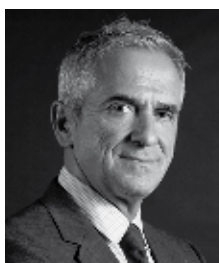
Duración: 6hs.



Curso con 2 dictantes (Duración: 8hs.)

Domenico Massironi

OPERATORIA Y ESTÉTICA



Francesco M. Mangani

OPERATORIA Y ESTÉTICA



Sidney Kina

PRÓTESIS Y ESTÉTICA

Duración: 6hs.



*Es requisito excluyente estar inscripto a las Jornadas. Acceso sujeto a la capacidad de las salas. Grilla de horarios a confirmar. Deberá verificar que los cursos elegidos no se superpongan en días y horarios.

Entrevista con el Dr. Dan Fischer, Presidente de Ultradent

“El verdadero progreso es el que pone la tecnología al alcance de todos”

Por Daniel Zimmermann*

La compañía norteamericana Ultradent lanzó en la Exposición Dental Internacional (IDS) en Colonia (Alemania) el sistema de restauración con carillas de resina compuesta Edelweiss. El presidente de la compañía, Dr. Dan Fischer, habló con Dental Tribune Internacional sobre el concepto detrás de este sistema único y sus ventajas respecto a las cerámicas de uso común.

Parece muy entusiasmado con esta IDS.

La actividad aquí es extraordinaria y nunca hemos provocado tanto interés como en este evento. Nuestra compañía intenta siempre elevar su nivel y ofrecer los mejores productos para todo el equipo dental. También ha sido agradable ver de nuevo a viejos amigos.

¿Cómo describiría su filosofía empresarial?

Nos caracterizamos por ser una empresa innovadora que pretende ir a lugares a los que otros no han llegado. Eso significa que vamos por un camino diferente que muchos otros fabricantes, impulsados por la pasión de llegar a un segmento más amplio de la humanidad. Por ejemplo, no tenemos ningún interés en desarrollar cerámicas que sólo un 5% de la población del mundo puede pagar.

Queremos ser capaces de ofrecer a los grupos socioeconómicos más bajos medidas preventivas y materiales asequibles como las nuevas carillas Edelweiss que presentamos aquí. Creo que Henry Ford lo resumió mejor cuando dijo que el verdadero progreso es el que pone la tecnología al alcance de todos. Nuestro primer objetivo es llegar

a las masas.

¿Cuáles son las limitaciones de la oferta actual en carillas del mercado?

Las carillas dentales se utilizan desde décadas y las cerámicas han sido los materiales más comunes. Es importante recordar sin embargo que la cerámica deben apoyarse principalmente en el esmalte no en la dentina, incluso cuando se utilizan adhesivos de calidad. Los compuestos directos pueden ofrecer resultado buenos, pero a la mayoría de los odontólogos le lleva mucho tiempo y producen resultados que no son los ideales.

Por estas razones, hemos desarrollado el compuesto sinterizado por láser y formado por presión calórica que es el sistema de carillas Edelweiss. La sinterización por láser ofrece un acabado estético predecible y de calidad, que es extremadamente resistente al desgaste. El compuesto formado a alta temperatura (300° C) se adhiere con valores muy altos, pero también se puede flexionar, lo que permite trabajar bien y con mayor resistencia a la fisuración, incluso cuando se une a la dentina. Como las carillas de composite Edelweiss están preformadas, sus estruc-



El Dr. Dan Fischer (izquierda) con el Director del Grupo Dental Tribune, Daniel Zimmermann, en la exposición IDS 2013.

turas de esmalte láser-sinterizado proporcionan una alternativa más rentable que las carillas hechas en laboratorio.

Además, Edelweiss permite la selección de tono ideal mediante el compuesto que se utiliza para personalizar las carillas en la preparación. Esto sirve para carillas directas o indirectas. Las carillas Edelweiss ofrecen una gran solución no sólo para el paciente que tiene que vigilar su presupuesto, sino también para los adolescentes y las personas que practican deportes de contacto. Son también muy útiles cuando se utiliza para carillas inferiores anteriores debido a que el desgaste de la dentición opuesta es superior a la de la cerámica. Edelweiss es una alternativa increíblemente versátil.

El producto ha generado mucho interés.

Así es y nuestra oficina en Colonia está muy interesada en distribuirlos. Mu-

chos dentistas en los Estados Unidos ya las utilizan y están encantados con los resultados, y algunos están ofreciendo cursos. Estoy seguro de que nos ayudarán a cumplir con nuestra visión de llegar a más pacientes.

¿Van a ofrecer talleres prácticos sobre Edelweiss?

Ya hemos empezado a ofrecer cursos de formación. La semana pasada sin ir más lejos se impartieron dos cursos prácticos en la reunión anual de la Academia Americana de Odontología Cosmética en Seattle.

¿Cuál es el calendario de lanzamiento mundial de Edelweiss?

Edelweiss estará disponible próximamente en todas partes. Por ejemplo, el inventor de Edelweiss, Dr. Stephan Lampl, acaba de terminar un tour por varias ciudades y países del sureste asiático, donde ha tenido una gran acogida. DT



ESI ESCUELA SUPERIOR DE IMPLANTOLOGÍA

XV MASTER DE IMPLANTOLOGÍA Y REHABILITACIÓN ORAL

Título obtenido > certificate of participation
Advance course in Implant Dentistry and prosthodontics



Una sólida base para tu CRECIMIENTO



PARTNER by **ESI Barcelona**

La maloclusión y la extracción

Por German Ramírez-Yáñez*

La extracción dentaria ha sido motivo de controversia desde el comienzo de la ortodoncia. El padre de la especialidad Edward H. Angle, que estaba totalmente opuesto a la extracción, declaró que

“el mejor equilibrio, la armonía y la proporción de la boca están en relación con las demás características faciales, y requieren siempre tener la totalidad de los dientes y que cada diente ocupe su posición normal”.

Más tarde, Charles Tweed desafió la posición de su maestro y volcó el péndulo hacia las extracciones a mediados de la década de 1950, tendencia que alcanzó su máximo apogeo en Estados Unidos durante los años 60. Sin embargo, el mejor entendimiento de la biología bucal y la fisiología de los diversos tejidos en el sistema cráneo-cervico-mandibular, el desarrollo de nuevas técnicas y los actuales conocimientos en el tratamiento precoz¹, así como la posibilidad de combinar aparatos fijos y funcionales² ha volcado nuevamente el péndulo hacia la no extracción.

Actualmente existe una alta prevalencia de maloclusión (aproximadamente 80%^{3,4}) y la extracción dental continúa siendo parte de los planes de tratamiento. Las extracciones abren un espacio suficiente para alinear los dientes y permitir la erupción del tercer molar si está presente⁵; sin embargo, los dientes se mueven a una posición teórica ideal, la cual no es necesariamente natural ni estable. Así, al final del tratamiento activo los profesionales que tratan la maloclusión deben utilizar un retenedor (que permanece por un largo período), esperando que el sistema cráneo-cervico-mandibular se adapte a esta posición no fisiológica. Pero esto no ocurre en la mayoría de los casos. La recidiva se produce cuando el paciente suspende el uso del retenedor porque, aunque los dientes estén alineados, los músculos del sistema siguen ejerciendo la misma fuerza que producían antes del tratamiento. Está aceptado que la fuerza fisiológica ejercida sobre los dientes por los músculos faciales y masticatorios no afecta su posición⁶. Sin embargo, cuando los músculos ejercen una fuerza alterada, no fisiológica, sobre las estructuras del sistema, definitivamente afectarán la posición dental⁷. Tal como declaró Graber⁸: “En la lucha entre los músculos y los huesos, los huesos son los que pierden”. Dicho de otra forma, una disfunción muscular presente al inicio del tratamiento y no corregida durante el curso del tratamiento, seguirá ejerciendo fuerzas no fisiológicas sobre la mandíbula y los dientes, produciendo una recidiva⁷.

Es importante comprender que los aparatos fijos se diseñaron para mover los dientes, pero no para controlar y mejorar la actividad muscular masticatoria, facial y lingual. Es más, los brackets no fueron diseñados para mejorar la respiración nasal. Sólo unos pocos aparatos funcionales producen este efecto. Por lo tanto, un diagnóstico que determine la factores

que provocan la maloclusión —utilizando una combinación de técnicas para corregir todos los factores involucrados— permite un mejor tratamiento y reduce significativamente el número de extracciones necesarias.

No existe justificación profesional para seguir realizando una ortodoncia basada

en extracciones y después hacer que los pacientes usen un aparato de retención o un alambre fijado a los dientes por largos períodos de tiempo. Los profesionales deben entender que el sistema cráneo-cervico-mandibular es activo y dinámico. Desplazar los dientes de sus posición sería la solución ideal si trabajáramos

con un sistema estático, pero no es así. El tratamiento de la maloclusión debe corregir las causas, la disfunción y la alteración de las fuerzas musculares, así como sus consecuencias: la falta de alineamiento dental. Sólo de este modo se logrará un resultado estable.

Por lo tanto, cualquier tratamiento que intente corregir una maloclusión debe estar dirigido a mejorar la función oral, mientras se reeduca la actividad muscular masticatoria y facial durante la función, posicionando los dientes naturalmente sin realizar extracciones. **DI**



Consulte las referencias en www.dental-tribune.com

CONGRESO DENTAL MUNDIAL

FDILA



Riviera Maya

Pre Congreso 20 de Noviembre
Congreso 21 al 24 de Noviembre

2013

Barceló

Colonial
&
Tropical

Todo incluido/ All inclusive	
NOVEMBER 21 TO 24	NOCHE EXTRA
SINGLE	
\$ 780.00	\$ 195.00
U.S DOLLARS	U.S DOLLARS
DOUBLE	
\$ 520.00	\$ 130.00
U.S DOLLARS	U.S DOLLARS
* Por Persona * Per Person	

Informes:
Federación Dental Ibero-Latinoamericana
+52 (33) 3631 3885
congresos@federaciondental.com
http://federaciondental.com

Síguenos al día
en: Federación Dental Ibero-Latinoamericana AC

*DDS, MDS, PhD, Profesor Asistente en la Facultad de Odontología, Departamento de Ciencia Dental Preventiva, Universidad de Manitoba, Winnipeg, MB, Canadá. Contacto: german@myoresearch.com.

Gran congreso de la Sociedad Peruana de Prótesis Dental

Cusco

La Sociedad Peruana de Prótesis Dental y Maxilofacial organizó en la antigua capital del imperio Inca el XXXII Congreso Nacional, al que asistieron alrededor de 1.000 profesionales.

El congreso, celebrado en el Centro de Convenciones de esta ciudad sin igual, contó con la participación de expertos peruanos e internacionales que ofrecieron valiosas actualizaciones y nuevas perspectivas específicamente sobre implantes y prótesis.

Las jornadas estuvieron bien organizadas por la Filial de Cusco de la Sociedad, dirigida por su presidenta María del Carmen Velásquez Zegarra, quien contó con el asesoramiento científico de Rodolfo Valdivia, Jessica Rivera y Francisco Pardo.

El comité científico enfatizó en su programación la necesidad de ofrecer mayor innovación y perfeccionamiento, como atestigua la excelente categoría profesional que tuvo el evento.

Entre los participantes en este gran congreso estuvieron el reconocido implantólogo Marius Steigman (Alemania), el experto en estética George Priest (EE UU), Raúl Botetano, presidente del Colegio Odontológico del Perú, Juan Francisco Pardo (Perú), Osvaldo Cacciaccane (Argentina), Gloria Vitriol (Chile), Brian Chadroff y Michael Apa (EE UU), Miguel Saravia (Perú), María García Santos (España), Jimmy Londoño (Colombia), Sergio Bernardes (Brasil), Jorge Uribe (Argentina) o David Loza Fernández y Gustavo Watanabe (Perú), entre muchos otros.

El congreso ofreció además diversas oportunidades de confraternación, uno de ellos al aire libre en una de las plazas más hermosas de Cusco. Si desea más información visite www.sociedadperuanadeprotesis.org. DT



El Dr. Omar Neyra, nuevo presidente de la SPPDM a nivel nacional, con la presidenta de la Filial Cusco, Dra. María del Carmen Velásquez Zegarra.



Un grupo de estudiantes muestra los ejemplares de Dental Tribune Perú, Dental Tribune Latinoamérica y Dental Tribune Spain que se distribuyeron en el evento



Gait dit, vent prat alit ametum verit voluptat. Duisit lan erosto odor sum molute doloborem delese vel dunt at lor sit num quatuer adignim aute exer



El patio colonial de la alcaldía de Cusco, que es también centro de convenciones, donde tuvo lugar la exposición comercial.



El equipo de Ripano con las diferentes ediciones de Dental Tribune en Cusco.



Parte del equipo de Ripano Perú con el director de Dental Tribune Latinoamérica.



El Dr. César Centurión con el presidente del COP, Dr. Raúl Botetano.



El Comité Directivo de la Sociedad Peruana de Prótesis Dental y Maxilofacial durante la inauguración.



Johnny Alcántara, gerente de Dent Import que distribuye productos como Neodent, con su equipo y el director de Ripano Perú, Ricardo Leveau.



Ricardo Leveau, de Ripano Perú, en el stand de Listerine.



La especialista en periodoncia Dra. María García Santos recibe un premio del Dr. César Centurión. A su izquierda aparece el director de la editorial Ripano, Rafael López.



La Dra. Gloria Vitriol, que dio una conferencia sobre rejuvenecimiento facial, responde a las preguntas de los asistentes.



Los distribuidores de VOCO en Perú con Ricardo Leveau, director de Ripano Perú.



El Dr. Osvaldo Cacciacane, autor del libro «Prótesis. Bases y Fundamentos», impartió una conferencia sobre «Rehabilitación oral de alta complejidad». En la imagen, con dos de sus libros y Ricardo Leveau.



El Dr. Raúl Botetano en el stand de Oral-B.



La Dra. Gloria Vitriol (Chile) con el Dr. Jorge Uribe (Argentina), que dictó una conferencia sobre «Estética clínica simplificada»



La Dra. Gloria Vitriol habla sobre la ozonoterapia.



La inauguración del congreso en el salón principal.



El stand de MIS con ejemplares de Dental Tribune.



El Dr. Osvaldo Cacciacane recibe un premio del Dr. César Centurión.



Un grupo de odontólogas sostienen las ediciones del periódico.



El cóctel que ofreció la SPPDM en el hermoso patio de la Alcaldía de Cusco.



El Dr. Gustavo Watanabe (Perú) recibe un premio tras su conferencia.



Una pancarta con los productos de la compañía GC América, en cuyo stand estuvo la representante para la región Edith Casas.



La Plaza de Armas de Cusco, con la estatua de Pachacutec, fundador del imperio Inca del Tahuantisuyo.



El congreso coincidió con la impresionante celebración del Corpus Christy, que concluyó en la catedral.



Un aspecto de una de las muchas procesiones.



Un grupo de fieles con vestidos típicos en la procesión.



El patio de la alcaldía donde se celebró la exposición comercial.



Vista de las estructuras de Machu Picchu, en parte escondidas por la bruma.

A un siglo del descubrimiento de la ciudad perdida de los Incas

La montaña mágica

Por Javier de Pisón

El viaje desde Cusco, la capital del imperio de los Incas, desciende desde las alturas de la sierra, rodeada por picos nevados, serpenteando por profundos cañones y atraviesa el fértil Valle Sagrado de Urubamba, que se va estrechando progresivamente hasta llegar a la cálida voluptuosidad de

Escondida cual nido de cóndor entre las nieblas de las alturas se encuentra la majestuosa ciudad sagrada de Machu Picchu, que encierra misterios de una de las civilizaciones más enigmáticas de todos los tiempos.

El lugar no es sólo imponente, sino sobrecogedor. Como afirmaba el arqueólogo peruano Carlos Brignardello: «Lo único que se puede hacer es contemplarlo con el místico silencio del sacerdote que presencia un milagro».

De hecho, en un principio los sentidos no alcanzan a captar qué es lo que imprime al lugar esa asombrosa sensación mágica, pero una mirada más detenida advierte un cambio radical en la perspectiva, que es totalmente diferente a la que estamos acostumbrados. Las edificaciones han sido hechas sobre planos verticales y las escarpadas laderas del lugar donde están enclavadas acentúan aún más esa percepción abismal.

Esta verticalidad, en contraposición a la horizontalidad de la arquitectura europea, engaña a la vista y contra-

dice la lógica que, hasta la aparición de los rascacielos, no estaba acostumbrada a pensar en las alturas como lugar donde establecer moradas, mucho menos ciudades.

la selva. Desde ese desfiladero remoto a ras del río se asciende laboriosamente por un camino de tierra hasta llegar a las verdes cumbres que dominan todo el entorno, las cuales aparecen y desaparecen continuamente como un espejismo según la fuerza de los vientos y el movimiento de las nubes.

cen igual hoy que hace 600 años, y que han perdurado a los embates de terremotos e invasiones?

Esta inaudita forma de arquitectura es un himno a lo imperecedero,

a lo inmutable. La leyenda atribuye a los Incas el conocimiento científico de una sustancia a base de plantas que cortaba la piedra como si fuera papel y de otra que las adhería como si fuera cemento,

pero los arqueólogos indican que el granito se cortó con instrumentos de bronce de las canteras y que las rocas se labraron mediante abrasión con arena.

La roca tallada, por su consistencia y perdurabilidad, sugiere la inmortalidad. En Machu Picchu, el visitante siente una sensación de asombro que aturde los sentidos, provocada por el lugar privilegiado donde está enclavada la ciudad, rodeado de cumbres

y nubes, acentuado por la asombrosa arquitectura y por la altura.

Según la leyenda, los primeros Incas, Manco Capa y Mama Ocllo, salieron un día de las profundidades del lago Titicaca para fundar su imperio. Como la mayoría de las civilizaciones, los Incas adoraban al sol, que rige las cosechas, calienta el frío de los Andes y que en lengua quechua es Inti. Cusco, como centro espiritual, político y militar del imperio Inca o Tahuantisuyo que abarcaba Perú, Ecuador, Bolivia, el norte de Chile y parte de Argentina, ejercía tal influencia en la vida cotidiana que un hombre, por el solo hecho de haber vistado esta ciudad, era superior a otro que no conociera la ciudad sagrada y por ello se le debía respeto.

Cuando los españoles conquistaron Cusco, el imperio Inca (1040-1534) se hallaba fraccionado por la lucha fratricida por el poder entre Huáscar y Atahualpa. Francisco Pizarro tomó la ciudad sagrada en 1533 y Manco Inca, los sacerdotes y un grupo de nobles se retiraron al valle de Urubamba para refugiarse del acoso español. Se especula que en Machu Picchu se establecieron los últimos herederos de los Hijos del Sol durante 36 años, cuando el último Inca, Tupac Amaru, lanzó una rebelión contra los españoles que culminó con su descuartizamiento en la Plaza de Armas de Cusco.

Machu Picchu, llamada también la Ciudad de las Escaleras, está situada a 2.490 metros sobre el nivel del mar y según algunos historiadores, albergaba a de 300 a 1.000 habitantes pertenecientes a la élite incaica. En la ciudad, fortificada por varias mu-

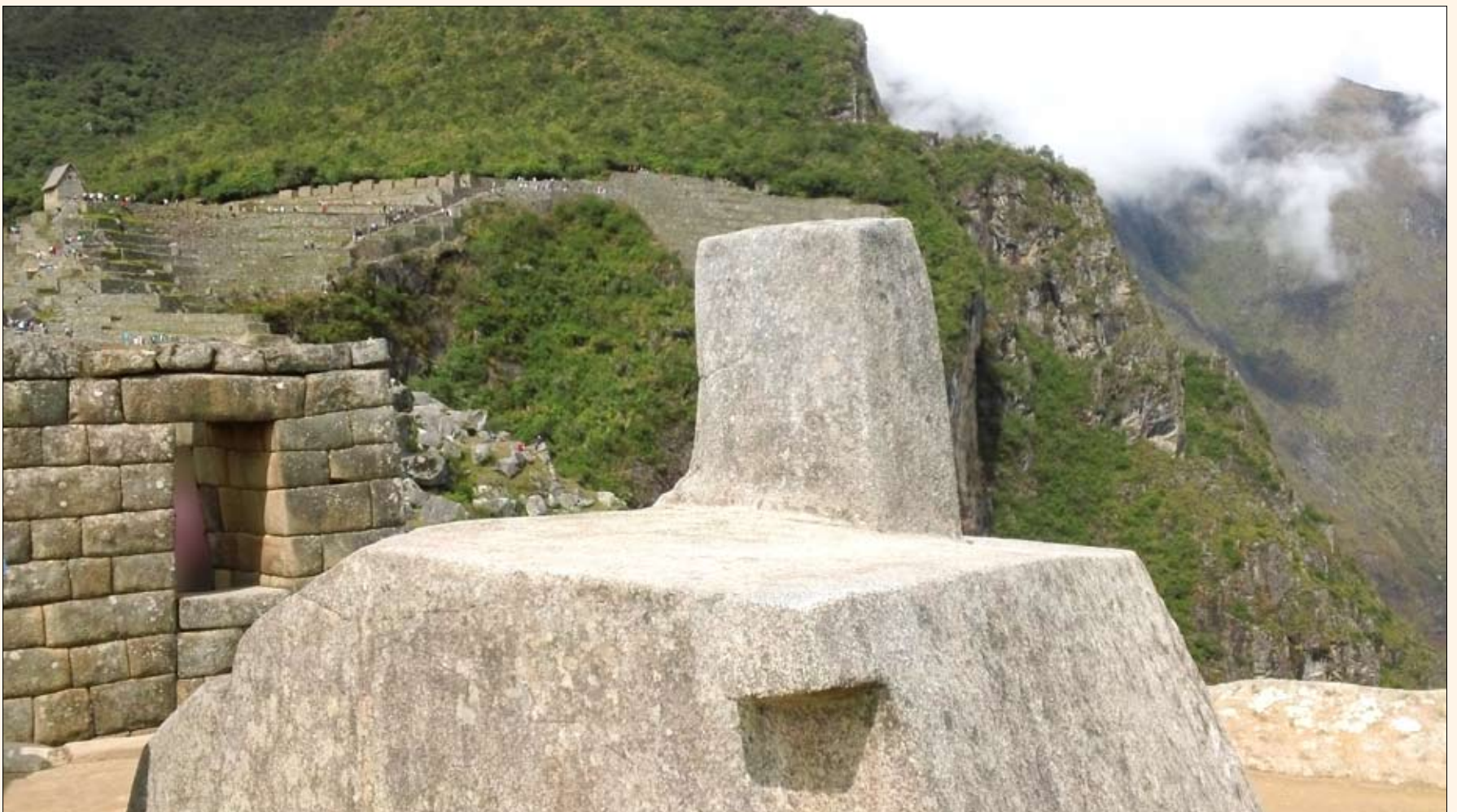
«La roca tallada, por su consistencia y perdurabilidad, sugiere la inmortalidad.»



La puerta de entrada a Machu Picchu, donde termina el Camino del Inca.



“La ciudad perdida de los Incas” con la imponente cumbre de Huayna Picchu al fondo, donde se encuentra el Asiento del Inca, trono labrado en la roca desde el que se domina todo el valle.



El Intihuatana, el observatorio astronómico de los Incas, servía para pronosticar las estaciones.



Una de los complejos de viviendas de la ciudad.



La estructura de terrazas donde se cultivaba papa, maíz, coca o lúcuma.



Vista exterior de las tres ventanas de forma trapezoidal del Templo del Sol.

Hiram Bingham, el explorador norteamericano que descubrió Machu Picchu en 1911, sostenía que la ciudad tenía 1.000 años de antigüedad y había sido fundada por Pachacútec como un lugar inexpugnable para sus descendientes.

«Un cañón formidable, cuya roca principal es el granito y cuyos precipicios suelen superar los 300 metros de pared cortada a pico, presenta dificultades de ataque y facilidades de defensa sin parangón», escribió Bingham. «En una cresta estrecha, rodeado por doquier de laderas verticales o casi verticales, un pueblo de avanzada civilización —artístico, inventivo y capaz de perseverar en un proyecto a largo plazo— construyó en algún momento del pasado remoto una ciudad-refugio».

En realidad, documentos coloniales prueban que los españoles conocían el lugar e incluso ya identifican en 1585 a quien se supone fue el último cacique de Machu Picchu, el cual les pagaba tributo. Un siglo después, el soldado español Baltasar de Ocampo escribió sobre un poblado «en lo alto de una montaña» de edificios «suntuosísimos». Y en 1902 el peruano Agustín Lizárraga llegó al lugar guiando a otros tres visitantes, que dejaron un graffiti con sus nombres en uno de los templos.

Ahora sabemos que Machu Picchu (Pico Viejo) se construyó aproximadamente en 1450, durante el reinado de Pachacútec, y que la ciudad fue abandonada unos 100 años después. El lugar era un centro ceremonial,

a la vez que una residencia temporal del Inca, y se cree que se abandonó después de la rebelión de Túpac Amaru.

Frente a Machu Picchu, el afilado perfil del Huayna Picchu (Pico Joven) domina majestuosamente toda la ciudad con sus 2.800 metros de altura. En su cima se halla el llamado Trono del Inca,

un asiento tallado en roca justo sobre el precipicio, desde el que se ve Machu Picchu, las verdes cumbres que rodean el entorno, el Camino del Inca que lleva a Cusco por antiguos senderos y el valle por el que el corre el río Urubamba.

Los sacerdotes y astrónomos Incas se llevaron sus secretos a la tumba y la ciudad de Machu Picchu conserva guardados sus misterios, escondida en las alturas de los Andes, cercana a la selva amazónica, oculta de las miradas del valle por sus cambiantes vestidos de nubes. **DI**

rallas y a la que se podía acceder por ocho caminos, se hallan algunos de los vestigios mejor conservados de la época Inca.

El Templo del Sol, de forma semicircular, es probablemente el ejemplo más notable de la sofisticación arquitectónica de la ciudad. A su lado se encuentra la Tumba Real, donde se cree que yace Pachacútec, primer emperador del Tahuantisuyo, bajo una roca esculpida directamente en la misma montaña.

El Templo de las Tres Ventanas es una estructura ciclópea, dos de cuyas ventanas de forma trapezoidal miran al este y una al norte. Está construido con rocas de enorme tamaño que encajan perfectamente unas sobre otras y se cree que es una representación simbólica del cerro del mismo nombre de donde, según un mito, salieron los Incas el día de la creación.

La Intihuatana es una roca sagrada situada sobre una colina, compuesta de una plataforma irregular de cuatro lados cuyos ángulos están orientados a los cuatro puntos cardinales. Se cree que trata de un observatorio solar en el que este obelisco chato de más de ocho metros de ancho es la pieza central de un complejo sistema astronómico para determinar las fechas de inicio y fin de los ciclos agrícolas. Su nombre en quechua significa «el lugar donde se amarra al sol», lo que se ha interpretado como un intento para que el astro no dejara de brillar, pues si su luz se extinguía, se acabaría la vida.

«Se cree que la Intihuatana, una roca sagrada cuyo nombre en quechua significa ‘el lugar donde se amarra al sol’, es un observatorio astronómico para determinar los ciclos agrícolas.»

2013

JULIO

CIORJ

Fecha: 10 - 13 de julio, 2013**Ciudad:** Río de Janeiro (Brasil)**Información:** www.ciorj.org.br

El Congreso Internacional de Odontología de Río de Janeiro, que tiene lugar cada dos años en esta hermosa ciudad, está considerado el principal evento a nivel científico de Brasil.

AGOSTO

Expodent Córdoba

Fecha: 7 - 10 de agosto 2013**Ciudad:** Córdoba (Argentina)**Información:** www.expodentcordoba.com.ar

La Cámara Dental de Córdoba convoca a Expodent Córdoba 2013, la segunda feria en importancia de Argentina.

101 Congreso Internacional de FDI

Fecha: 28 - 31 de agosto 2013**Ciudad:** Estambul (Turquía)**Información:** www.fdi2013istanbul.com

La Federación Dental Internacional organiza su congreso anual, que tendrá lugar en la exótica Ciudad: de Estambul, bajo el lema «Bridging Continents for Global Oral Health».

SEPTIEMBRE

Ecuador Dental Expo

Fecha: 5 - 8 de septiembre, 2013**Ciudad:** Ciudad Quito (Ecuador)**Información:** www.dentalexpo.com.ec

La principal feria de la industria dental del país, reúne a 3.000 odontólogos y ofrece conferencias y talleres.

Los Angeles Dental Meeting

Fecha: 6-7 de septiembre 2013**Ciudad:** Los Angeles, California (EE UU)**Información:** hladentalmeeting.com

Excelente congreso en el hotel Hilton de Universal City (Hollywood), donde toda la familia puede disfrutar de este gran parque de diversiones de los Estudios Universal, que tiene espectaculares atracciones. Además, la inscripción es gratuita.

Salón Dental de la Implantología

Fecha: 26 - 28 de sept 2013**Ciudad:** Madrid (España)**Información:** www.ripano.es

Un grupo compuesto por asociaciones científicas, universidades y editoriales españolas organiza este nuevo evento de carácter científico dedicado a la implantología, que contará con muchos de los autores de la Editorial Ripano.

OCTUBRE

CONAOD - Dominicana

Fecha: 4 - 5 de octubre 2013**Ciudad:** Santo Domingo (República Dominicana)**Info:** asociacionodontologica@hotmail.com

El congreso de la Asociación Odontológica Dominicana ofrece cirugías en vivo y lleva a esta capital a reconocidos dictantes nacionales e internacionales.

37 Jornadas Internacionales de la AOA

Fecha: 28 oct - 2 de nov de 2013**Ciudad:** Buenos Aires (Argentina)**Información:** www2.aoa.org.ar

Uno de los eventos más importantes de América Latina, organizado por la Asociación Odontológica Argentina, institución que ofrece también cursos durante todo el año.

NOVIEMBRE

AMIC DENTAL 2013

Fecha: 20 - 24 de nov de 2013**Ciudad:** Cancún (México)**Información:** www.amicdental.com.mx

Uno de las mayores exposiciones comerciales de América Latina, que se presenta conjuntamente con el congreso científico organizado por la Asociación Dental del Distrito Federal (ADDF).

Congreso Mundial de FDILA

Fecha: 20 - 24 de nov de 2013**Ciudad:** Cancún (México)**Info.:** https://es-la.facebook.com/fdila.ac

La Federación Dental Ibero Latinoamericana invita a este magno evento en el lujoso pero económico para las congresistas hotel Barceló Riviera Maya. La inscripción incluye todo: conferencias, hotel, comidas y

bebidas, en uno de los mejores resorts del mundo.

Congreso Internacional de Implantología UNAM ICOI

Fecha: 21 - 23 de noviembre, 2013**Ciudad:** México DF (México)**Información:** www.odonto.unam.mx

La UNAM e ICOI se unen para celebrar por cuarta vez este congreso de implantología en el que participarán figuras de la especialidad de todo el mundo.

Mega Cumbre Internacional de SOLA

Fecha: 29 de nov - 4 de dic de 2013**Ciudad:** Lima (Perú)**Información:** www.solainternacional.org

Seminarios Odontológicos Latinoamericanos (SOLA) organiza su VII Cumbre Internacional, que promete ser uno de los grandes eventos odontológicos del año.

89 Greater New York Dental Meeting

Fecha: 29 nov - 4 dic 2013**Ciudad:** Nueva York (Estados Unidos)**Información:** www.gnydm.com

El mayor congreso odontológico y feria de EE UU, cuenta con un amplio programa de conferencias en español y cientos de asistentes de Latinoamérica, lo cual lo ha convertido en obligado punto de encuentro para especialistas de todo el mundo.

ENERO 2014

CIOSP 2014 y la Estomatología

Fecha: 30 enero - 2 febrero de 2014**Ciudad:** São Paulo (Brasil)**Información:** www.ciosp.com.br

La mayor feria de la odontología de América Latina y uno de los grandes congresos del continente promete volver a ser lugar obligado para negocios y actualización clínica.

2013

GREATER N.Y. DENTAL MEETING BIENVENIDOS

LA EXPOSICIÓN/CONGRESO DENTAL MÁS GRANDE DE LOS ESTADOS UNIDOS
Sesión Anual 89

FECHA DEL CONGRESO:
Viernes, Noviembre 29 -
Miércoles, Diciembre 4

Inscripción Gratis

FECHA DE LA EXPOSICIÓN:
Domingo, Diciembre 1 -
Miércoles, Diciembre 4

Regístrate Gratis
Los dentistas serán admitidos sin cuota de inscripción. Los dentistas que se registren a través del Servicio Comercial de la Embajada o Consulado de los Estados Unidos tendrán un descuento de 50% adicional en el costo de las conferencias

Reserve en su Calendario
Programa de Educación Continua:
Viernes a Miércoles, Noviembre 29 a Diciembre 4

Exhibiciones:
Domingo a Miércoles, Diciembre 1 a Diciembre 4

Más de 600 Expositores
Jacob K. Javits Convention Center localizado en la 11 Avenida entre las calles 34 y 39 en Manhattan.

Hotel Principal
New York Marriott Marquis Hotel

Odontología en Vivo
Última Tecnología Dental y Avances Científicos

Más de 350 Programas Científicos
Seminarios, Talleres Prácticos, Sección Científica de Afiches y Programas de Especialidades (En diferentes idiomas).

Programas sociales para toda la familia

DISFUTE DE LA CIUDAD DE NUEVA YORK EN TODO SU ESPLENDOR DURANTE LA TEMPORADA MÁS FESTIVA DEL AÑO!

WWW.GNYDM.COM

Para mayor información y registro sobre el Congreso Dental:
Greater New York Dental Meeting®
570 Seventh Avenue - Suite 800
New York, NY 10018 USA
Tel: +1 (212) 398-6922 / Fax: +1 (212) 398-6934
Correo Electrónico: victoria@gnydm.com
Página de Web: www.gnydm.com

sólo

Opalescence[®] tooth whitening systems



Vea por qué Opalescence es pionero y el líder mundial en blanqueamiento

1

Opalescence es el único gel de blanqueamiento en el mundo aprobado por la ADA*

2

Opalescence ha estado haciendo adelantos en blanqueamiento desde 1991

3

Opalescence incluye tecnología PF (nitrato de potasio y flúor) que fortalecen el esmalte, disminuyen la sensibilidad y reducen el riesgo de caries. 1,2,3,4,5

4

Opalescence tiene una línea completa de productos ganadores de premios



Acceda al código QR en su dispositivo móvil y conozca diferentes razones para usar Opalescence

El original



SIEMPRE ELIGA OPALESCENCE
pionero y líder mundial en blanqueamiento



*ADA - American Dental Association

801.553.4483

www.ultradent.com/la

1. BAETIG RT, ET AL: THE EFFECTS OF SEVEN CARBAMIDE PEROXIDE BLEACHING AGENTS ON ENAMEL MICROHARDNESS OVER TIME. J AM DENT ASSOC 2003 OCT; 134(10):1255-62. 2. AL-QUNAYAN TA, THE EFFECT OF WHITENING AGENTS ON CARIES SUSCEPTIBILITY OF HUMAN ENAMEL. OPER DENT 2008 MAR-APR; 35(2):265-70. 3. CLARK LM ET AL: INFLUENCE OF FLUORIDATED CARBAMIDE PEROXIDE BLEACHING GEL ON ENAMEL DEMINERALIZATION. J AADR ABSTRACT 40497, 2006. 4. AMARCHI BT ET AL: ENAMEL FLUORIDE UPTAKE FROM FLUORIDATED CARBAMIDE PEROXIDE BLEACHING GEL. J AADR ABSTRACT 40498, 2006. 5. BROWNING WD ET AL: REPORT ON LOW SENSITIVITY WHITENERS. J AADR ABSTRACT #1855, 2006. 6. SHELF LIFE IS DEPENDENT ON HOW PRODUCT IS STORED. 7. DATA ON FILE. 8. HAYWOOD, VB. ORTHODONTIC CARIES CONTROL AND BLEACHING. INSIDE DENTISTRY. APRIL 2010:3-6. 9. HAYWOOD, VB. ORTHODONTIC CARIES CONTROL AND BLEACHING. INSIDE DENTISTRY. APRIL 2010:3-6.

ULTRADENT
PRODUCTS, INC.

MEJORANDO LA SALUD ORAL MUNDIALMENTE