



Universidad
Nacional
de Cuyo

R E V I S T A

Volúmen 6
número

1

2012

ISSN-1667-4243

Facultad de Odontología

R E V I S T A

Facultad de Odontología

Volumen 6
número

1

2012
ISSN-1667-4243



Universidad Nacional de Cuyo

Autoridades



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO

Mendoza, Argentina

Prof. Od. Alberto José MARTÍN

Decano

Prof. Od. José Simón ABDALA

Vicedecano

Prof. Od. Mario GUIÑAZÚ

Secretaría Académica

Prof. Od. Graciela Roxana PEÑA

Secretaría de Posgrado

Prof. Od. Sonia Lucía MARÓN

Secretaría de Extensión Universitaria

Prof. Od. Edgardo Oscar BOERO LÓPEZ

Secretaría de Asuntos Estudiantiles y Acción Social

Prof. Od. Patricia Silvia ECHAGARAY

Dirección Carrera de Asistente Dental

Lic. María Alejandra LÓPEZ

Dirección Gral. de Administración

Cont. Cecilia ASENSIO

Dirección Gral. Económico Financiera

Consejo Superior

Prof. Titulares:

Prof. Od. Pablo Adolfo ELÍAS

Alumnos:

Sr. Sergio Gabriel SABIO

Egresados:

Od. Edgar Sebastián OLIVARES

Aux. Docencia:

Prof. Od. Graciela Edith GARCÍA

Personal de Apoyo Académico:

Tec. Univ. Elizabeth Beatriz PÉREZ

Consejo Directivo

Prof. Titulares:

Prof. Od. José Simón ABDALA

Prof. Od. Arnaldo Walter CELI

Prof. Od. Orlando José LAFALLA

Prof. Od. María Cecilia PORTA

Prof. Adjuntos:

Prof. Od. Adriana Patricia MARRA

Prof. Od. Norma Ester TORLASCHI

Alumnos:

Srta. Valeria del Valle MARTIN

Sr. Franco Germán SABIO

Srta. Carmen Daiana LUNA

Egresados:

Od. Macarena Soledad VELAZCO

Od. Fernando Martín MINATI

Aux. Docencia:

Od. Silvia Verónica PAEZ

Personal de Apoyo Académico:

Sra. Carolina Mercedes SORRENTINO

Esta revista constituye el órgano de difusión de la Facultad de Odontología de la UNCuyo

Los artículos publicados no representan necesariamente la opinión de la Editorial.

Se autoriza la reproducción total o parcial siempre que se cite la fuente.

Indexado en Latindex y en base de datos EBSCO.

Comité Editorial

Departamento de Publicaciones de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina

Creado por resolución N°31/99

Consejo Asesor presidido por el Prof. Od. Alberto José MARTÍN

Decano de la Facultad de Odontología. UNCuyo. Mendoza. Argentina

Prof. Titular de Clínica de Prótesis Fija y Removable I y II

Director Editorial

Prof. Od. José Simón ABDALA

Vicedecano de la Facultad de Odontología. UNCuyo. Mendoza. Argentina

Prof. Titular Efectivo de la Asignatura Ortodoncia y Ortopedia dentofacial

SECRETARIAS

Prof. Od. Sonia Lucía MARON

Secretaría de Extensión Universitaria. Facultad de Odontología. UNCuyo. Mendoza. Argentina.

Bibliotecaria Nac. Ester PERETTI

Directora Biblioteca Facultad de Odontología. UNCuyo. Mendoza. Argentina.

ASESORES

Prof. Od. Claudia FERNANDEZ

Especialista en Odontopediatría y Docencia Universitaria.

Prof. Adjunta Odontopediatría I. Facultad de Odontología. UNCuyo. Mendoza. Argentina.

Lic. Mónica CORONADO

Asesoría Pedagógica.

Facultad de Odontología. UNCuyo. Mendoza. Argentina.

REFERATOS EXTERNOS

Dr. Juan Carlos ALBERA

Doctor en Odontología. UNCórdoba. Argentina.

Director carrera de Especialización en Prosthodontia.

Facultad de Odontología. UNCuyo. Mendoza. Argentina.

Prof. Dra. Noemí BORDONI

Doctora en Odontología. Universidad Nacional de Buenos Aires.

Prof. Cátedra de Odontología Preventiva y Comunitaria.

Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Buenos Aires.

Prof. Dr. Juan Carlos CAVICCHIA

Doctor en Medicina. UNCuyo. Mendoza. Argentina.

Prof. Emérito. Facultad de Odontología. UNCuyo. Mendoza. Argentina.

Prof. Dr. Pascual A. GARGIULO

Doctor en Medicina. UNCuyo. Mendoza. Argentina.

Prof. Adj. Efectivo de Farmacología. Facultad de Ciencias Médicas de la UNCuyo.

Investigador Independiente del CONYCEP.

Prof. Od. Carlos PRIGIONE

Profesor Emérito. Facultad de Odontología. UNCuyo. Mendoza. Argentina.

Director de la carrera de Especialización en Odontología para niños y adolescentes.

Dr. Martín EDELBERG

Doctor en Odontología. Universidad Nacional de Buenos Aires.

Director carrera de Especialización de Odontología Restauradora. Facultad de Odontología. UNCuyo.

Prof. Bioq. Miguel Nelson PALMADA

Profesor Emérito. Facultad de Odontología. UNCuyo. Mendoza. Argentina.

Prof. Med. Néilda PIZZI DE PARRA

Prof. Emérita. Facultad de Odontología. UNCuyo. Mendoza. Argentina.

Prof. Dra. Estela RIBOTTA DE ALBERA

Doctora en Odontología. Facultad de Odontología. UNCórdoba. Argentina.

Directora de la Carrera de Especialización en Periodoncia.

Facultad de Odontología. UNCuyo. Mendoza. Argentina.

Presidente de la Fundación Independencia. Córdoba. Argentina.

Dr. Pedro SALES

Doctor en Odontología. Universidad Nacional de Buenos Aires.

Director carrera de Especialización en Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial.

Facultad de Odontología. UNCuyo. Mendoza. Argentina.

Prof. Adj. Efectivo Cátedra Ortodoncia. Facultad de Odontología. Universidad

Nacional de Buenos Aires.

Sumario

EDITORIAL	5
INVESTIGACIONES	
Área Biomateriales Dentales	
Adhesión de ionómeros vítreos convencionales a dentina tratada con distintas sustancias	
Autoras: Verónica Ventrera, María Eugenia Alejandra Barrionuevo	7
Área Estomatología	
Síndrome de Melkersson-Rosenthal. Un caso de difícil resolución	
Autor: Alfredo Ruben Massarelli	11
Área Interdisciplinaria	
Escala de medición del miedo a la atención dental	
Autora: Sonia Ema Martí	16
Área Odontopediatría	
La estimulación multisensorial en la atención odontológica de bebés y niños con discapacidad	
Autoras: Andrea Sabatini, Patricia Di Nasso	23
Área Interdisciplinaria	
Edad Media: las primeras bibliotecas universitarias	
Autora: Ester Peretti	28
Área Ortodoncia	
Asimetría facial por hipoplasia condilar	
Autores: Pedro M. E. Sales, Silvana Corvalán	32
Área Rehabilitación Oral	
Resistencia adhesiva de dos agentes de fijación a base de resinas	
Autor: José J. M. Peña	39
Área Rehabilitación Oral	
Trabajamos juntos por la salud bucal de personas con discapacidad	
Autora: Daniela Salinas	44
Biblioteca	50
Normas para los autores	51

Editorial

Investigación y nuevas tecnologías

Los incesantes progresos en el campo científico y tecnológico afectan en forma significativa no sólo el horizonte y las metas de los trabajos de investigación sino también la forma de llevarlos a cabo y el campo de conocimientos a construir.

Siendo la Odontología un campo profesional en continua transformación y enriquecimiento, en tanto el desempeño en la misma implica el uso intensivo de tecnologías, su papel de la investigación se vuelve central en tanto eje de desarrollo.

Se destacan entre ellas las tecnologías de la información.

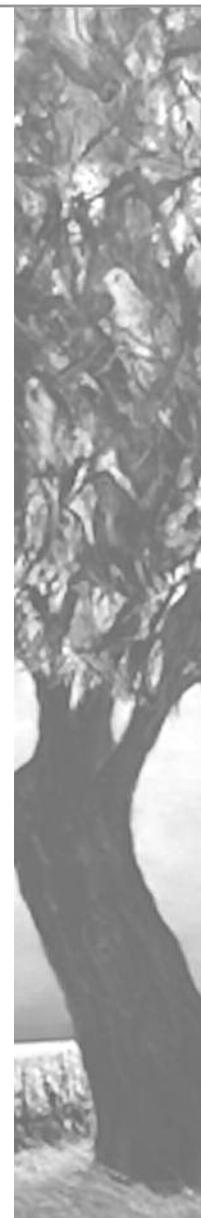
En efecto, en la sociedad del conocimiento, aquellos dispositivos que permiten intercambiar y manejar información relevante resultan prioritarios por su capacidad de potenciar no sólo la difusión del conocimiento, sino también su construcción a través del desarrollo de comunidades científicas conectadas. Estas tecnologías ponen a disposición información, pero también conectan a los investigadores de todas partes del mundo, haciendo circular tanto hallazgos como inquietudes y desafíos.

El desarrollo de las mismas en la última década ha incrementado no sólo la accesibilidad sino también la calidad y pertinencia de la información en función de los diversos usuarios; a organizar la explosión informativa, instalando circuitos por los cuales circula el conocimiento validado por la ciencia. Asimismo, ha permitido el aislamiento de investigadores e investigaciones, achicando la distancia, no sólo en el plano físico, ampliando así el espacio en el cual los mismos trabajan y su capacidad para colaborar.

De este modo, parte importante de la formación de los investigadores reside en el abordaje de estas tecnologías, en la incorporación en las mismas y en el desarrollo de las pesquisas. En todo caso debe darse prioridad al uso inteligente de las mismas para producir y recibir, evaluar, tratar, organizar, valorar dentro del contexto de la producción científica, representar, manejar y transmitir información relevante. Asimismo para actuar conforme a pautas éticas que son de aplicación para este campo.

Prof. Od. Alberto José Martín

Decano Facultad de Odontología. UNCuyo. Mza. Argentina.



Staff

Publicación editada por la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Cuyo.

Mendoza. Argentina
Parque Gral. San Martín - C.P. 5500
Casilla de Correo 378
bibliotecaodonto@fodonto.uncu.edu.ar
Tels. +54 (261) 4135007- Int. 2814
Fax. 4494142

Coordinación general:

Prof. Od. José Simón Abdala

Edición y diagramación:

Teresa Salamunovic
Patricia Calderón
Mariela Sosa
teresalamun@gmail.com

Corrección:

José Urrutia

Impresión:

CLAVES GRAF

Edición Junio 2012

Queda hecho el depósito que marca la ley 11.723.
Impreso en Argentina
ISSN 1667-4243

Nuestra portada

CRÍTICAS SOBRE SU OBRA

"La transposición de la realidad que se vive en las telas de Ángel Gil, sin recursos atrabiliarios de hoy, como que no se conforma con la impresión exterior objetiva, y nos da una faceta de la potencia contenida aún en las cosas inanimadas que sólo el arte puede transformar."

Eduardo Baliari

REVIEWS ABOUT HIS WORK

"The transposition of reality experienced in Angel Gil's canvas, without any of the current atrabiliarios resources, is not satisfied by the external objective impression; and, it provides us a side of the potential inside inanimate objects that art can only transform."

Eduardo Baliari

Ángel Gil

Es uno de los grandes Maestros de la pintura de Mendoza, nace en 1937 en Mendoza, Argentina. Egresó en 1967 de la Academia Provincial de Bellas Artes de Mendoza. Más tarde fue profesor de dibujo y Pintura de la Escuela Provincial de Bellas Artes.

Obteniendo una extensa lista de premios tanto Provincial como Nacional, ha participado en más de 100 exhibiciones colectivas en Mendoza (Argentina), San Juan (Argentina), San Luis (Argentina), Córdoba (Argentina), Santa Fe (Argentina), Rosario (Argentina), Buenos Aires (Argentina), Mar del Plata (Argentina), Bahía Blanca (Argentina), Comodoro Rivadavia (Argentina), Santa Cruz (Argentina), República de Chile, Brasil, Perú, Estados Unidos, Barcelona (España), etc. En este momento dirige a un taller de artistas.

Más de su trayectoria

Fue seleccionado para representar a Mendoza en los Salones Nacionales de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, Argentina.

Fue aceptado en numerosos Salones Nacionales. Fue miembro del grupo de plástica "Numen" y cofundador de la galería del mismo nombre.

Colaboró en la fundación de la Galería de arte "Zulema Zoiref"

Fue cofundador de la Galería "Alfa".



"Refugio de pájaros". 140mm x 110mm.

Sus trabajos están en los museos y colecciones particulares en provincias de Argentina, España, Uruguay, la República de Chile, Brasil, Alemania, Estados Unidos, etc.

Fue invitado con otros cinco artistas de Mendoza (Raúl Capitani, Antonio Sarelli, la Roberto Rosas, José Scacco, y Fausto Envasador) al Museo "Marina" y a la galería "Dubé" en Barcelona, España.

Fue seleccionado para el libro "ARGENTINA PINTA BIEN" en 2005 y para representar el arte del Mendoza "ARGENTINA PINTA BIEN", Centro Cultural Recoleta (Bs. As. Argentina) en 2005.

Ganador del 1er Premio de Palero Editores, en el Espacio Contemporáneo de Arte en el año 2007.

Exposición "Paisajes Interiores" en el Espacio Contemporáneo de Arte el 4 de mayo de 2007.

Fue director del Museo Pcial. de Bellas Artes "E. Guiñazú" Casa de Fader entre el 2007 y 2008.

Exposición "Arte en Barricas" Organizado por la Fundación Nicolas el 29 de febrero de 2008.

Exposición en The Modern Hotels en el 2009/2010.

Fue premiado por la SAAP (Sociedad Argentina de Artistas Plásticos) filial Mendoza por su trayectoria en el arte el 8 de abril de 2011.

Exposición "Había una vez, el edén" en el Museo Provincial de Bellas Artes "Emiliano Guiñazú" Casa de Fader el 10 de abril de 2011.

Ángel Gil

He is one of the biggest painting artists in Mendoza. He was born in 1937 in Mendoza, Argentina. In 1967, he graduated from Academia Provincial de Bellas Artes ("Fine Arts Academy") in Mendoza. Later on, he became a drawing and painting teacher at Escuela Provincial de Bellas Artes ("Fine Arts School").

He has obtained an extensive list of provincial and national prizes. He has participated in more than 100 collective exhibitions in Mendoza (Argentina), San Juan (Argentina), San Luis (Argentina), Buenos Aires (Argentina), Mar del Plata (Argentina), Bahía Blanca (Argentina), Comodoro Rivadavia (Argentina), Santa Cruz (Argentina), Republic of Chile, Brazil, Perú, United States, Barcelona (Spain), etc. Currently, he is running an artists' workshop.

More about his career

He was selected to represent Mendoza Province in the National Exhibition Halls of the Municipality of Buenos Aires City, Argentina.

He was accepted in the 1975, 1977, 1978, 1980, 1981, 1982, 1983, 1984, 1990, 1992, 1994, 1996, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005 National Halls.

He was a member of the plastic arts group called "Numen" and the co-founder of a gallery with the same name. He collaborated with the establishment of the art gallery called "Zulema Zoiref". He was the co-founder of the "Alfa" gallery.

His works can be found in museums and particular collections in Mendoza (Argentina), San Juan (Argentina), San Luis (Argentina), Córdoba (Argentina), Rosario (Argentina), Buenos Aires (Argentina), Mar del Plata (Argentina), Necochea (Argentina), Spain, Uruguay, la Republic of Chile, Brazil, Germany, United States, etc.

He was invited, along with other five Mendocinian artists, (Raúl Capitani, Antonio Sarelli, Roberto Rosas, José Scacco and Fausto Envasador) to the "Marina" museum and the "Dubé" gallery in Barcelona, Spain.

He was selected to be in the book called "ARTE DE CUYO", Centro Cultural Recoleta ("Recoleta Cultural Center") (Bs.As, Argentina) in 1999.

He was selected to be in the book called "ARGENTINA PINTA BIEN", in 2005.

He was the director of the "Emiliano Guiñazú" Fine Arts Provincial Museum, Casa Fader, between 2007 and 2008.

Área Biomateriales Dentales

Adhesión de ionómeros vítreos convencionales a dentina tratada con distintas sustancias

AUTORAS

E-mail: ventreravero@yahoo.com

VERÓNICA VENTRERA

Profesora Titular (efectiva) Cátedra Preclínica de Operatoria Dental; Profesora Adjunta (interina) Cátedra Clínica Integrada I Módulo Operatoria Dental I, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Cuyo; Especialista en Odontología Restauradora Operatoria Dental y Biomateriales; Especialista en Docencia Universitaria.

MARIA EUGENIA ALEJANDRA BARRIONUEVO

Jefe de Trabajos Prácticos Cátedra Preclínica de Operatoria Dental y de la Cátedra de Clínica Integrada I Módulo Operatoria Dental I, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Cuyo.

E-mail: aebarrio@gmail.com

RESUMEN

El objetivo de este trabajo fue evaluar la fuerza adhesiva de los ionómeros vítreos convencionales a la dentina tratada con ácido fosfórico, con ácido poliacrílico y con solución de hipoclorito de sodio. Los ensayos se realizaron sobre dentina de premolares extraídos por razones ortodóncicas o periodontales, los cuales se asignaron al azar en tres grupos de 10 elementos cada uno. A cada grupo se le practicó un tratamiento distinto (descalcificación, desproteinización o eliminación del barro dentinario). Sobre cada espécimen se le adhirió un cilindro de ionómero vítreo convencional preparado según las especificaciones de su fabricante. Posteriormente las muestras fueron sometidas a fuerzas de cargas de corte utilizando una máquina de ensayos universal (Instron). Los resultados obtenidos fueron sometidos a análisis de ANOVA de una entrada y a post test de comparación múltiple de Tukey. Por lo que puede expresarse que no hubo diferencia estadísticamente significativa ($p > 0,05$) en la fuerza adhesiva de los ionómeros vítreos que fueron adheridos a dentina con tratamiento de ácido poliacrílico, y los que fueron adheridos a dentina con tratamiento de descalcificación (acción del ácido fosfórico). Se encontró diferencia estadísticamente significativa en las muestras adheridas a dentina tratadas con poliacrílico y ácido fosfórico ($p < 0.01$ y $p < 0.05$ respectivamente), con respecto a las que fueron tratadas con hipoclorito.

Palabras clave: Adhesión, dentina, ionómero vítreo.

ABSTRACT

The goal of this study is to analyse the adhesive force of the conventional vitreous ionomers in the dentin treated with phosphoric and polyacrylic acid and with sodium hypochlorite. The tests were performed on the dentin of premolar teeth extracted due to orthodontic or periodontal reasons. They were chosen at random in three groups of 10 elements each. Each group received a different treatment (decalcification, deproteinization or elimination of smear layer). A cylinder of conventional vitreous ionomer was adhered to each specimen according to the specifications laid down by the manufacturer. Subsequently, the samples were submitted to shear cutting forces using a universal testing machine (Instron). The results were submitted to a one-way ANOVA analysis and a Tukey multiple post comparison test. In conclusion: There was not any statistically relevant difference ($p > 0.05$) in the adhesive force of the vitreous ionomers which were adhered to the dentin with the polyacrylic acid treatment. These ionomers were adhered to the dentin with the decalcification treatment (phosphoric acid action). A statistically relevant difference was found in the samples adhered to the dentin and treated with polyacrylic and phosphoric acid ($p < 0.01$ and $p < 0.05$, respectively) compared to the ones which were treated with hypochlorite.

Key words: Adhesion - dentin - ionomer - vitreous ionomer

Adhesión de ionómeros vítreos convencionales a dentina tratada con distintas sustancias

Ventura, Verónica; Barrionuevo, María Eugenia Alejandra

INTRODUCCIÓN

Dentro de los materiales de uso odontológico, los ionómeros vítreos fueron adquiriendo un protagonismo cada vez mayor, desde su introducción por Wilson y Kent(1). Fueron presentados como materiales estéticos y, por no tener buenas propiedades ópticas, han sido modificados en su formulación para seguir aprovechando sus propiedades adhesivas y biológicas, intentando mejorar sus propiedades estéticas(2,3,4).

Los ionómeros vítreos han sido principalmente indicados como material restaurador y de base cavitaria. En la actualidad han cobrado mayor importancia debido principalmente a sus propiedades adhesivas y la capacidad de liberar fluoruros, lo que ha sido muy apreciado en las técnicas de mínima intervención(5,6). Para que efectivamente se presenten los fenómenos de adhesión es necesario que exista una limpieza de la superficie dentaria para eliminar cualquier resto de sustancia que impida los fenómenos de difusión y adsorción necesarios para que se desarrolle la adhesión química de los ionómeros vítreos (7). Para mejorar aún más sus propiedades adhesivas es necesario un protocolo de trabajo sumamente estricto. La eliminación del barro dentinario, la dosificación y la manipulación son factores críticos para el comportamiento de los ionómeros Vítreos(8,9).

Las sustancias usadas para ese pretratamiento generalmente son ácidos de alto peso molecular y baja concentración como algunos de los ácidos polialquenoicos (poliacrílico) que eliminan la capa que enmascara la hidroxiapatita de la superficie dentaria(10).

El uso de otras sustancias muy comunes en las prácticas odontológicas, como son las soluciones de hipoclorito de sodio y el ácido fosfórico, entre otras, producen sobre la dentina distintas acciones que podrían afectar el mecanismo adhesivo de los Ionómeros Vítreos.

La finalidad de este estudio fue determinar la fuerza adhesiva de los Ionómeros Vítreos convencionales cuando son aplicados sobre superficies dentinarias que han sido desproteinizadas (acción de una solución de hipoclorito de sodio), descalcificada (acción ejercida por el ácido fosfórico) y cuando se ha eliminado sólo la capa de barro dentinario (acción del ácido poliacrílico)

MATERIALES Y MÉTODOS:

Los ensayos se realizaron sobre premolares superiores e inferiores humanos recién extraídos por razones ortodónticas o periodontales, conservados en cloramina T al 0,5% desde el momento de su extracción hasta la utilización. A cada elemento se le realizó un corte transversal a la altura de fondo de surco de manera de dejar expuesta la dentina oclusal. Las muestras obtenidas de dentina fueron incluidas en cilindros de resina epóxica. Posteriormente, se pulieron con lijas abrasivas de grano decreciente, discos y elementos de pulido convencionales.

Se dividieron las muestras al azar en 3 grupos (n = 10). A cada grupo se le asignó un tratamiento dentinario, el cual fue:

- Grupo I: Superficies de dentina frotadas con ácido poliacrílico (Dentin Conditioner Voco) durante 30 segundos, lavado y secado.

- Grupo II: Superficies de dentina frotadas con gel de ácido fosfórico al 35% (Vocacid . Voco) durante 10 segundos, lavado y secado.

- Grupo III: Superficies de dentina frotadas con hipoclorito de sodio 2,5% durante 30 segundos, lavado y secado.

Los especímenes fueron almacenados en solución de cloramina T al 0,5% hasta el momento de su procesado. Posteriormente, se extrajeron las muestras, se secaron con papel tissue y se dosificó y preparó el ionómero vítreo convencional (Riva Self Cure, S.D.I.) de acuerdo a las indicaciones del fabricante y se lo colocó en tubos de material orgánico no adherente de 6 mm de altura y 5 mm de diámetro, los cuales se adhirieron a las superficies dentinarias.

Las muestras se almacenaron a 37°C y fueron sumergidas en agua destilada durante 7 días hasta el momento de realizar los ensayos.

Las probetas con los cilindros de Ionómero Vítreo adheridos a dentina fueron ensayadas en cargas de corte utilizando una máquina de ensayos universal (Instron) cuyo cabezal se desplaza a una velocidad de 1mm por minuto.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos fueron sometidos a análisis de ANOVA de una entrada y a post test de comparación múltiple de Tukey. Estos resultados fueron expresados como la media +/- la desviación estándar. (tabla I)

La fuerza adhesiva de los ionómeros vítreos convencionales adheridos a dentina tratada con ácido poliacrílico (grupo I) fue de: 3.065 +/- 0.6358 MPa

La fuerza adhesiva de los ionómeros vítreos convencionales adheridos a dentina tratada con ácido fosfórico (grupo II) fue de: 3,029 +/- 0.6217 MPa

La fuerza adhesiva de los ionómeros vítreos convencionales adheridos a dentina tratada con solución de hipoclorito (grupo III) fue de: 2,053 +/- 0,4299 MPa. (Gráfico 1)

Grupos	MPa	Desviación estándar
Poliacrílico	3.065	+/- 0.6358
Acido Fosfórico	3,029	+/- 0.6217
Solución de Hipoclorito	2,053	+/- 0,4299

Tabla 1:
Resultados de las medias expresada en MPa.

Adhesión de ionómeros vítreos convencionales a dentina tratada con distintas sustancias
 Ventreza, Verónica; Barrionuevo, María Eugenia Alejandra

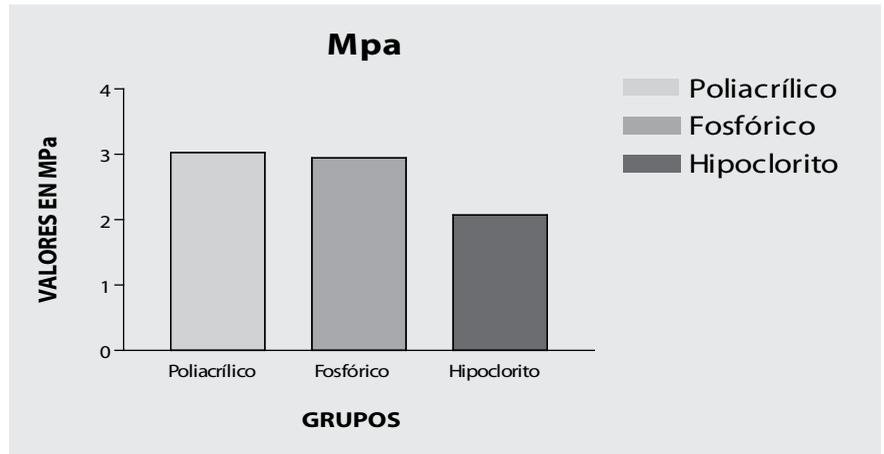
Los valores de media, desviación y error estándar se muestran en la tabla II

Los resultados del post test de Tukey se muestran en la Tabla III

Por lo que puede expresarse que: No hubo diferencia estadísticamente significativa ($p > 0,05$) en la fuerza adhesiva de los ionómeros vítreos que fueron adheridos a dentina con tratamiento de ácido poliacrílico de aquéllos que fueron adheridos a dentina con tratamiento de descalcificación (acción del ácido fosfórico). Se encontró diferencia estadísticamente significativa en las muestras adheridas a dentina tratadas con poliacrílico y ácido fosfórico ($p < 0.01$ y $p < 0.05$ respectivamente), con respecto a las que fueron tratadas con hipoclorito.

DISCUSIÓN

Los valores de fuerza adhesiva hallados en este estudio coinciden con los resultados obtenidos por Hajizadeh y colaboradores(11) donde los protocolos de pretratamiento con ácido poliacrílico han sido los de mayor valor. También coinciden con las conclusiones de El-Askary (12) quien considera como un paso muy importante para proveer de mayor adhesión a los ionómeros vítreos, el uso de sustancias como el ácido poliacrílico. Glasspoole y col.(13) investigaron los efectos del ácido poliacrílico y del ácido fosfórico sobre la adhesión de los ionó-



meros vítreos y determinaron que los valores adhesivos hallados eran superiores en aquellas muestras que habían sido sometidas a estos pretratamientos.

Tay 14 concluye que la baja fuerza adhesiva obtenida en las muestras que tratan con protocolos más agresivos como el ácido fosfórico se debió a la disolución de la capa de smear layer y a la desmineralización parcial de la dentina.

Los trabajos con Ionómeros Vítreos que usen como pretratamiento dentinario el uso de soluciones de hipoclorito mostraron valores de adhesión muy pobres, pero en estos casos estuvo asociado a ácido fosfórico, por lo que los valores también pueden verse influidos por la acción desmineralizadora de esa sustancia. Hajizadeh 11. Los resultados obtenidos en este estudio, pueden interpretarse como que es necesario

	Grupo I Poliacrílico	Grupo II Ac. Fosfórico	Grupo III Sol. Hipoclorito
Mean	3,028	2,947	2,071
Std. Deviation	0,6358	0,6217	0,4299
Std. Error	0,2248	0,2198	0,1520

Tabla II: Valores estadísticos por grupo.

Tukey's Comparison Test	Múltiple	Mean Diff.	q	P value	95% CI of diff
Poliacrílico vs. Fosfórico		0,08139	0,4037	P > 0.05	-0.6377 a 0.8004
Poliacrílico vs. Hipoclorito		0,9573	4,748	P < 0.01	0.2383 a 1.676
Fosfórico vs. Hipoclorito		0,8759	4,345	P < 0.05	0.1569 a 1.595

Adhesión de ionómeros vítreos convencionales a dentina tratada con distintas sustancias

Ventura, Verónica; Barrionuevo, María Eugenia Alejandra

un pretratamiento previo de la dentina antes de colocar un Ionómero Vítreo. El sustrato dentinario sano presenta adecuada cantidad de hidroxiapatita de calcio, pero enmascarada por el barro dentinario, el que se elimina parcialmente con el uso de ácido poliacrílico, dejando las sales de calcio libres para que se desarrollen los fenómenos de adhesión.

Cuando se empleó el ácido fosfórico para el pretratamiento, los resultados, si bien fueron aceptables, fueron inferiores debido a que probablemente se haya eliminado demasiadas sales de calcio, por lo que no debería indicarse como pretratamiento de rutina.

Los valores obtenidos en las muestras tratadas con soluciones de hipoclorito fue-

ron notoriamente inferiores, no sólo por la destrucción de la trama colágena, y posiblemente también por la disolución parcial de hidroxiapatita en función de la concentración utilizada, por lo que se sugeriría también no tomarlo como pretratamiento de rutina.

CONCLUSIONES

Los valores de adhesión obtenidos demostraron que la fuerza adhesiva del ionómero vítreo convencional es mayor en los casos donde la dentina fue tratada con ácido poliacrílico, (3.065 +/- 0.6358 $p < 0,0001$), seguidos por el grupo de muestras tratadas con ácido fosfórico (3,029 +/- 0.6217 $p < 0,0001$) Y la diferencia entre estos dos tratamientos no es

estadísticamente significativa ($p > 0,005$). Las muestras que fueron tratadas con solución de hipoclorito alcanzaron los valores más bajos (2,053 +/- 0,4299 $p < 0,0001$).

Se puede concluir que:

- La adhesión de los ionómeros vítreos se ve incrementada cuando se usa un protocolo adhesivo con soluciones de poliacrílico.
- El uso de ácido fosfórico al 37% no incrementa significativamente la adhesión de ionómeros vítreos.
- El uso de soluciones de hipoclorito no se aconseja como pretratamiento para el uso de ionómeros vítreos convencionales.

BIBLIOGRAFÍA

1. **WILSON AD, KENT BE.** (1972) *A new translucent cement for dentistry. British Dental Journal*; vol. N° 132, p133-135.-
2. **REINHARD H.** *Cemento de ionómero vítreo y cemento cermet.* En Ketterl W. *Odontología Conservadora Cariología Tratamiento mediante obturación.* 3ª Edición. España. Ediciones Científicas y Técnicas S.A. 1994. Pág 207 -230.
3. **NAVARRO LIMA MF., BARATA T, FAGUNDES TC, CARVALHO CA, HENOSTROZA QUINTANS N** , *Restauraciones estéticas con ionómeros vítreos.* En Henostroza Hero G. *Estética en Odontología Restauradora.* 1ª Edición. España. Editorial Ripano. Año 2006. Pág 265-309.-
4. **MOUNT GJ, TYAS MJ, FERRACANE JL, NICHOLSON JW, BERG JH, SIMONSEN RJ,** *A revised classification for direct tooth-colored restorative materials.* *Quintessence Internacional* Año 2009 Aug; 40 (8). Pág, 691-697.-
5. **DOS SANTOS JARDIM P, NOCCHI CONCEIÇÃO E.** *Aplicación Clínica de los materiales ionoméricos.* En Nocchi Conceição *Odontología Restauradora, Salud y Estética.* 2ª Edición. Argentina. Editorial Médica Panamericana. Año 2008. Pág 187-201.-
6. **TUMENAS I, CORREA PASCOTTO R, BENETTI A, RAMOS A** (2009). *Dentística directa- Tratamiento Mínimamente Invasor.* En Fonseca Salazar A. *Odontología Estética. El arte de la perfección.* 1ª Edición. Brasil. Editorial Artes Médicas Limitada Año 2009. Pág 409- 462.-
7. **EDELBERG, M. ADHESIÓN CON IONÓMEROS VÍTREOS, EN HENOSTROZA H. G.** *Adhesión en odontología Restauradora.* 1ª edición. Brasil. Editorial Maio Año 2003. Pág. 139-162.-
8. **LANATA, E , BORDAS F** (2003) *Ionómeros Vítreos.* En Lanata *E Operatoria dental estética y adhesión.* 1ª Edición. Argentina Ed. Grupo Guía S.A. Año 2003. Pág 151- 158.-
9. **CHADWICK RG, BARTLETT P, MCCABE JF, WOOLFORD MJ.** *Treatment of dentin with polyacrylic acid--a retrospective observational study of the effect upon the durability of glass ionomer restorations.* *Operative Dentistry* Año 2001 Nov-Dec 26 (6). Pág 546- 549.-
10. **EDELBERG M.** *Adhesión con Ionómeros Vítreos.* En Henostroza H.G. *Adhesión en Odontología Restauradora* 2ª Edición. España, Editorial Ripano Editorial Médica Año 2010. Pág., 173-200.-
11. **HAJZADEH H, GHAVAMNASIRI M, NAMAZIKHAH MS, MAJIDINIA S, BAGHERI M.** "Efectos de diferentes protocolos de acondicionamientos en la adhesión de un cemento de ionómeros vítreos a la dentina". *Journal Contemporary Dental Practice.* Año 2009. Vol 10 (4) Pág. 9- 16.-
12. **EL-ASKARY FS NASSIF MS, FAWZY AS** *Shear bond strength of glass-ionomer adhesive to dentin: effect of smear layer thickness and different dentin conditioners.* *Journal Adhesive Dental.* Año 2008 Dec 10(6). Pág 471- 479.-
13. **GLASSPOOLE EA, ERICKSON RL, DAVIDSON CL.** *Effect of surface treatments on the bond strength of glass ionomers to enamel.* *Dental Material.* Año 2002. Sep; 18 (6). Pág 454-462.-
14. **TAY FR, SMALES RJ, NGO H, WEI SH, PASHLEY DH.** *Effect of different conditioning protocols on adhesion of a GIC to dentin.* *Journal Adhesive Dental.* Año 2001. Vol. 3 (2) Pág153-167.-
15. **Mount G.J, Bryant R.W.** *Materiales de ionómeros de vidrio.* En Mount G.J, Hume W.R *Conservación y Restauración de la Estructura Dental.* España. Ed. Harcourt Brace. Año1999. Pág 69- 92.-

Área Estomatología

Síndrome de Melkersson-Rosenthal. Un caso de difícil resolución

AUTOR

ALFREDO RUBEN MASSARELLI

Prof. Tit. de la Cátedra de Clínica Estomatológica. U. N. Cuyo.
Profesor Titular de las Cátedras de Estomatología I y II. U. de

Mendoza.

Av. San Martín 941 3º 1 Mendoza
Tel: (0261) 420 3421

RESUMEN

Presentamos un informe sobre un caso clínico incompleto de un Síndrome de Melkersson-Rosenthal (SMR).

Los motivos de la presentación son: la baja frecuencia de aparición de esta patología, el manejo diagnóstico llevado a cabo en nuestro paciente, el estudio detallado de esta enfermedad, las dificultades terapéuticas que ofreció este caso, y el intercambio de experiencias que pudiera resultar de esta presentación. Fue estudiado minuciosamente para confirmar el proceso clínico, histológico, ver las posibles etiologías, diagnósticos diferenciales. Finalmente se establecieron acciones terapéuticas con variados resultados.

Palabras claves: Melkersson-Rosenthal , queilitis granulomatosa, parálisis facial.

ABSTRACT

We are presenting a report about an incomplete case of the Melkersson-Rosenthal Syndrome (MRS).

The reasons of the presentation are the following: low frequency of appearance of this pathology, the diagnostic procedure used in our patient, the detailed analysis of this disease, the therapeutic difficulties experienced in this case, and the exchange of experiences that may result from this presentation.

It was thoroughly studied in order to confirm the clinical and histological processes. In addition, it was analysed to see the possible etiologies and the differential diagnosis. Finally, therapeutic actions were performed with different results.

Key Words: Melkersson- Rosenthal- granulomatous cheilitis- facial drooping.

INTRODUCCIÓN

El síndrome de Melkersson Rosenthal es una enfermedad de género inflamatorio-granulomatosa. (5)

Es una alteración de muy baja frecuencia y de causa desconocida hasta la actualidad. (1)

Presenta como característica semiológica más constante una tumefacción de los labios, denominada queilitis granulomatosa de Miescher (7), cuya descripción his-

tológica se corresponde con un infiltrado crónico de células epitelioides con patrones sarcoidiformes, además del linfoplasmatocitario, lengua escrotal o cerebriforme y parálisis facial que no siempre está presente, constituyendo a veces formas oligosintomáticas. (6)

No presenta adenopatías y es vista por igual en sexo masculino y femenino, a pesar de que algunos autores sostienen mayor prevalencia en las mujeres. (4)

CASO CLÍNICO

Se presentó a nuestra consulta un paciente de sexo masculino de 22 años de edad, residente en la ciudad de San Juan, quien manifestó haber comenzado con hinchazón en el labio de abajo hace 4 años, que luego se extendió al labio de arriba, lo cual le produjo una fea sensación, dificultad para hablar y le trajo molestias para desarrollar sus normales actividades personales, sociales y laborales.

Síndrome de Melkersson-Rosenthal. Un caso de difícil resolución

Massarelli, Alfredo Ruben

**Foto 1**

Como antecedentes personales mencionó enfermedades de la infancia y haber padecido Hepatitis A.

Relató que, hace aproximadamente un año, le hicieron una biopsia que arrojó como resultado el de Hemangioma intramuscular (el que no se condice con el pro-

ceso clínico que estamos estudiando).

Posteriormente le hicieron algún tipo de tratamiento quirúrgico, y luego fue infiltrado, no recordando el medicamento utilizado.

Al poco tiempo las lesiones volvieron a aparecer.

También le solicitaron T. A. C. en las que no se interpretaron cambios tanto en los tejidos duros como en los tejidos blandos y una radiografía panorámica con evidentes cambios en el aspecto odontológico (Foto nº 1).

En el estado actual, a la inspección, se observa una alteración en los labios (tanto superior como inferior) la que se manifiesta como una importante tumefacción, denominada macroqueilia. Ésta induce a

la formación de surcos en distintas direcciones, sobre la mucosa de la boca, no habiendo solución de continuidad. Se aprecia un notable color rojizo (eritematoso) y desaparición de la unión entre la semimucosa labial y piel. (Fotos nº 2, 3, 4 y 5).

La importante eversión de ambos labios hizo que el paciente respire parcialmente por la boca, generándole una gran descamación a nivel de la semimucosa. (Queilitis exfoliativa) (Fotos nº 6 y 7).

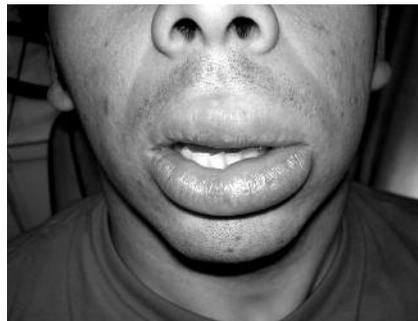
A la palpación es notorio un edema ligeramente blando, homogéneo y renitente, es decir que al liberar la presión vuelve a su lugar sin dejar marcas isquémicas. (Fotos nº 8 y 9).

Presentó una lengua aumentada de tamaño y sobre la cara dorsal se apreciaron gran cantidad de surcos en distintas direcciones, sin presentar fisuras, lo cual nos permitió hacer el diagnóstico de lengua escrotal o plegada, constituyendo el segundo aspecto muy importante que compone este síndrome. (Fotos nº 10, 11 y 12).

A pesar del examen minucioso del enfermo, no presentó parálisis facial y en la anamnesis mencionó no haberla padecido (esta situación sería la que completa la triada diagnóstica para este proceso).

El paciente no acusó situaciones prodrómicas como hipertermia, cefaleas, sequedad ocular, enfriamientos o traumatismos previos, aunque manifestó tener mucha saliva de aspecto pegajoso especialmente en la noche.

Se le solicitaron análisis de sangre de ruti-

**Foto 5****Foto 2****Foto 3****Foto 5**

Síndrome de Melkersson-Rosenthal. Un caso de difícil resolución

Massarelli, Alfredo Ruben

**Foto 6****Foto 7****Foto 8**

na y coagulograma completo, no habiendo alteraciones en los valores de referencia, si bien algunos autores mencionan que puede haber aumento en la velocidad de sedimentación globular, linfocitosis, eosinofilia periférica y aumento en los valores de Ig A.

También se le solicitó radiografía panorámica y periapical del sector anterior. En las mismas se revelan imágenes con distintos tratamientos odontológicos efectuados en diferentes momentos, tales como exodoncias en sectores alternados, endodoncias en los sectores anterior y posterior del maxilar superior, caries y restauraciones de tipo estética y amalgamas. En el sector anterior se observó un proceso periapical en relación al elemento n° 21 que mostraba la presencia de un perno muñón. (Fotos n° 13 y 14). No obstante, no presentaba grandes trastornos de oclusión. (Fotos n° 15, 16 y 17)

El paciente fue medicado con amoxicilina más ácido clavulánico como preparación para efectuarle una biopsia del labio.

La misma se efectuó tomando mucosa del labio superior del lado izquierdo (el más afectado), con un Punch de 5 mm de diámetro, llegando a la profundidad del corion y colocando sobre la herida polvo de subgalato de bismuto y dos puntos de sutura.

La descripción histopatológica mostró un epitelio pavimentoso conservado y en el corion la presencia de granulomas pequeños con células epitelioides, numerosos linfocitos periféricos, histiocitos, ausencia

de necrosis central y como diagnóstico: Granulomatosis Disciforme (Granuloma de Miescher).

Con el diagnóstico de certeza, se le solicitó como tratamiento odontológico y apoyando la teoría del origen infeccioso: rehacer las endodoncias en elementos 11, 21 y 15; rehacer endodoncia en el 24 o exodoncia, y eliminar posibles restos radiculares en zona del 26. No todos estos tratamientos pudieron ser completados. Se comenzó el tratamiento general utilizando meprednisona 40 mg/día en una sola dosis por la mañana, durante 5 días, se bajó la dosis a la mitad los siguientes 5 días y se continuó más tarde con una dosis de mantenimiento de 10 mg/día hasta completar los 30 días. Se combinó con Minociclina 200 mg/día en la noche durante 15 días.

En la revisión a los 30 días, hubo alguna mejoría con disminución del cuadro inflamatorio. Se continuó con meprednisona 8 mg/día y se agregó difenidramina 200 mg. cada 12 hs. (Benadryl)

A la siguiente visita no se observaron cambios, por lo que se decidió aumentar la dosis de Meprednisona.

Cuatro meses después del comienzo del tratamiento, la respuesta fue notoria, disminuyendo el tamaño de los labios. En consecuencia se suspende la medicación. En el control a distancia, cuatro meses más tarde, volvieron a aparecer los signos.

Se aplicaron infiltraciones intralesionales con triamcinolona a razón de una por

**Foto 9****Foto 10****Foto 11**

Síndrome de Melkersson-Rosenthal. Un caso de difícil resolución

Massarelli, Alfredo Ruben



Foto 12

semana durante 5 semanas, obteniendo remisiones parciales.

En visitas posteriores se efectuaron desgastes selectivos en algunos elementos dentarios para eliminar factores traumáticos, se agregó Dapsona 100 mg. por día durante 30 días, encontrando en el tiempo sólo una leve mejoría.

Finalmente el paciente desistió del tratamiento.

DISCUSIÓN

El llamado síndrome de Melkersson-Rosenthal es una enfermedad de estirpe inflamatorio-granulomatosa que fue descrita por Melkersson en 1928 como ataques de parálisis facial con edemas recurrentes en los labios hasta que se hacían constantes (2), luego por Rosenthal en 1931, quien describe las mismas alteraciones y les agrega la lengua escrotal (4).

Posteriormente es estudiada por Miescher en 1945 quien la describe como queilitis granulomatosa (7).

Se trata de un trastorno no muy frecuente, cuya etiología es desconocida hasta el momento (5).

Presenta como característica semiológica más constante, una tumefacción de los labios denominada queilitis granulomatosa de Miescher cuya descripción histológica se corresponde con un infiltrado crónico de células epitelioides con patrones sarcoidiformes, además del linfoplasmocitario, se suma la lengua escrotal o cerebri-forme y parálisis facial, que no siempre es constante, constituyendo a veces formas oligosintomáticas (6).

El aumento de tamaño de los labios puede conducir a problemas funcionales y estéticos (11).

Se aprecia en ambos sexos por igual, aunque algunos autores mencionan mayor frecuencia en las mujeres (4).

Los diagnósticos diferenciales los establecemos con: queilitis crónicas específicas como la Blastomycosis Sudamericana o la Leishmaniasis que son procesos que terminan produciendo lesiones destructivas. Los Hemolinfangiomas presentan contenidos serosos y el edema de Quinke es de evolución aguda. La Sarcoidosis se presenta como lesiones nodulares, aunque algunos autores sostienen que se trataría del mismo proceso (1).

Etiopatogenia: es hasta el día de hoy desconocida, pero se postulan diversas teorías sobre sus causas:

a) Causa infecciosa: las infecciones de origen odontógeno tales como necrosis pulpares y alteraciones periapicales, fueron mencionadas como agentes causales y forma parte de la estrategia terapéutica la realización de tratamientos endodónticos, existiendo resultados favorables para algunos autores (10).

b) Origen alérgico: en algunos casos por contacto con alimentos, cosméticos o uso de anestésicos locales.

Hay autores que le agregan aumento en la eritrosedimentación, en las globulinas y leucocitosis con receptores IL-2 (11).

c) Origen malformativo: se trataría de una alteración durante el desarrollo que se podría asociar con megacolon, otosclerosis, coloboma de iris y edemas compresivos que pueden provocar parálisis facial (1).

d) Origen hereditario: se encontró en grupos familiares, especialmente en hermanos (2).

Al parecer, en algún caso se encontró una alteración en el gen 9p 11, como algunos cambios en patrones de HLA, pero esto requerirá de estudios posteriores para ser confirmado (8).

e) Traumatismos y enfriamientos también fueron reportados como implicados en la génesis de este proceso (1).

Tratamiento: ningún tratamiento aislado ni combinado ha resultado ser completamente efectivo, por no conocerse la etiología y por el carácter recurrente de la patología.

No obstante, se han ensayado diferentes alternativas: los corticosteroides son los más utilizados, especialmente por vía sistémica, con reducción progresiva de la dosis (4). También su uso por vía intralesional (6), a razón de una infiltración semanal, llegando a las 5 semanas.

En el caso de infecciones, se han combinado antibióticos como amoxicilina, clin-



Foto 13



Foto 14

Síndrome de Melkersson-Rosenthal. Un caso de difícil resolución

Massarelli, Alfredo Ruben



Foto 15



Foto 16



Foto 17

damicina y metronidazol. Minociclina y linciclinas (tetraciclinas de moderna generación, que poseen actividad anti-granulomatosa, fueron mencionadas (12)).

Se presentaron también experiencias con inmunosupresores como la azatioprina y el metotrexato: antiinflamatorios como sulfasalazina y sulfapiridina; antihistamínicos como la difenidramina (12).

En los últimos años, la clofazimina se muestra como el medicamento más efec-

tivo, pero tiene notorios efectos colaterales. No obstante, los resultados son más alentadores (4).

El tratamiento quirúrgico está indicado cuando haya lesiones extensas que no responden a la medicación (13).

En algunos casos fue necesario realizar técnicas descompresivas para evitar la parálisis facial (14).

CONCLUSIÓN

Aunque han sido vistas remisiones espontáneas y evoluciones por brotes, el SMR es una patología de difícil resolución terapéutica.

Se han ensayado diferentes técnicas tradicionales para su tratamiento. Especialmente corticoides, antibióticos e inmunosupresores, con variados resultados. Queda planteado para un futuro, la aparición de nuevos tratamientos más efectivos y la experimentación con medicamentos, entre los cuales podemos mencionar Clofazimina.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- GRINSPAN D. "Enfermedades de la Boca". Tomo VI págs. 4.678-4.693. Ed. Actualizaciones Médicas. (1991).
- 2-BAGÁN SABASTIAN J. V., CEBALLOS SALOBREÑA A y Otros. Medicina Oral. Ed. Masson. Págs. 157 y 164. (1995).
- 3- TREJO RUIZ J. J., SAUCEDO RANGEL P., PEÑALOZA MARTINEZ A. Síndrome de Melkersson-Rosenthal. Comunicación de un caso y breve revisión del tema. Rev Cent Dermatol Pascua • Vol. 9, Núm. 1. Ene-Abr 2000.
- 4- BELLÓ GONZALEZ C., PINAR MANZANET J. M., CARRAVILLA J. R., NOGALES AGUADO P., LLAMAS SERENO C. Síndrome de Melkersson-Rosenthal: a propósito de un caso familiar. An. Med. Interna (Madrid) v,19 n.8 Madrid ago. 2002.
- 5- TUCTO S. Síndrome de Melkersson-Rosenthal. Reporte de un caso. Folia dermatol. Peru 2004; 15 (3): 176-182.
- 6- CAMACHO ALONSO F, BERMEJO FENOLL A y cols. Queilitis granulomatosa de Miescher: Presentación de cinco casos. Med Oral Patol Oral Cir Bucal (Ed. Impr) v.9 n.5 Valencia nov.-dic. 2004; 425-9.
- 7- MIESCHER G, Cheilitis et parotiditis granulomatosa obne facialparese der vorhanden seis einer lingua scrotalis. Dermatologica, 112:536, 1956.

8. GALLEGLO LOPEZ L, LLORENTE PENDAS S. LOPEZ ARRANZ J. S. Servicio de Cirugía Oral y Maxilofacial. Hospital Universitario Central de Asturias. España.
9. SUSSMAN G. L., YANG W. H., STEINBERG S. Melkersson-Rosenthal Syndrome: Clinical, pathologic, and therapeutic considerations. Ann Allergy 1992; 69 (3): 187-194.
- 10- TADOKORO T, OZAWA K, MUSO Y, ITO H, ITAMI S, YOSHIKAMA K. Melkersson-Rosenthal syndrome caused by saproductia: a case report. J Dermatol. 2003;30(9):679-82.
- 11- RIGAMONTI A, BONCORAGLIO G, CARRIERO M, BUSSONE G. A case of Melkersson-Rosenthal syndrome with features suggesting immune etiology. Eur Neurol. 2004; 51(1): 42-43.
- 12- STEIN SL, MANZINI AJ. Melkersson-Rosenthal syndrome in childhood: successful management with combination steroid and minocycline therapy. J Am Acad Dermatol. 1999; 41:746-8.
- 13- GLICKMAN L. T., GRUSS J.S., KHOLI-DANG N. The surgical management of Melkersson-Rosenthal Syndrome. Plast Reconstr. Surg 1992;89(5): 815-821.
- 14- DUTT S., SHOWCAT M., IRVING R., y cols. Total descompresion of facial nerve for Melkersson-Rosenthal Syndrome. The Journal of laryngology and otology 2000; 114: 870-873.

Área Interdisciplinaria

Escala de medición del miedo a la atención dental

AUTOR

MARTÍ, SONIA EMA

Licenciada en Psicología. Magister en Psicoanálisis. Especialista en Docencia Universitaria Profesora Titular de la cátedra Psicología Odontológica. Facultad de Odontología UNCuyo.

E-mail: somarti@itcsa.net

COLABORADORES:

EDILIA ACIAR

Licenciada en Psicología Especialista en Docencia Universitaria. Profesora Adjunta de la cátedra Psicología Odontológica.

Facultad de Odontología UNCuyo.

GRACIELA LEVINZON

Licenciada en Psicología. Especialista en Docencia Universitaria Jefe de Trabajos Prácticos de la cátedra Psicología Odontológica. Facultad de Odontología UNCuyo.

SONIA DOMINGO

Licenciada en Psicología. Especialista en Docencia Universitaria Jefe de Trabajos Prácticos de la cátedra Psicología Odontológica. Facultad de Odontología UNCuyo.

MARÍA DE LOS ANGELES GIAQUINTA

Doctora en Odontología. Profesora Adjunta de la cátedra de Periodoncia. Facultad de Odontología UNCuyo

RESUMEN

El miedo al dolor constituye un obstáculo que interfiere la consulta dental del paciente y, con el objeto de prevenirlos, se diseña una escala de exploración del miedo a la consulta dental y de las estrategias deseables para disminuirlo. Se utilizó el Método de Escalonamiento de Likert y se aplicó a 105 pacientes en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza. Los pacientes responden que sienten mucho miedo a que el odontólogo pueda transmitirles una infección, ser revisados sin guantes, o que no se los cambie, y a las consecuencias de la mala higiene. En segundo lugar tienen mucho miedo a que el odontólogo pueda tocar un nervio, que perfora excesivamente, que se quiebre una pieza dentaria o se equivoque en el diagnóstico. La mayoría desea ser tratada comprensivamente y que se le explique los procedimientos y anticipe lo que va a sentir.

ABSTRACT

The fear of pain is an obstacle that interferes with the patient dental visits. With the aim of preventing it, a fear exploring scale for dental visits and the strategies to decrease it were designed. The Likert Rating Scale was used; it was applied to 105 patients from "Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Cuyo" in Mendoza. The patients stated that they are afraid of the following: infection transmitted by the dentist, the dentist not wearing gloves (or not changing them), the consequences of poor hygiene; secondly, they are very scared of the break of a tooth, or a mistaken diagnosis. Most of the patients wish to be treated comprehensively, to be told about the procedures and to be aware of what they may feel.

Key words: fear, rating scale, dental

INTRODUCCIÓN

El miedo a la atención odontológica es una reacción emocional que acompaña al hombre desde tiempos remotos. El miedo a sentir dolor provocado por

algunas intervenciones odontológicas es una de las causas que provoca que el sujeto evite la consulta dental, con consecuencias perjudiciales para su salud (2, 3). La postergación de las

consultas y tratamientos agudizan la patología original, repercutiendo en otras estructuras orgánicas, en el estado emocional, en la vida de relación e implica un mayor gasto económico (1).

Escala de medición del miedo a la atención dental

Autora: Martipascucci, Sonia; Colaboradores: Aciar, Edilia; Levinzon Graciela; Domingo, Sonia; Giaquinta, Maria de los Angeles; Pascucci, Jorge

En el plano físico, estas postergaciones producen agravamiento de la patología oral, producen complicaciones en las funciones estomatológicas, en el compromiso de los tejidos adyacentes y a nivel general de salud. A nivel psicológico, el umbral de tolerancia al dolor es menor y aumenta el sentimiento de vulnerabilidad ante maniobras inocuas. A nivel relacional, exige del profesional mayor esfuerzo, dedicación y tiempo, aumenta el estrés, prolonga las sesiones de la consulta o aumenta la sensación de ineficacia por no poder resolver los temores del paciente. En el paciente, el temor aumenta la fatiga, la incomodidad y los sentimientos de desconfianza hacia el profesional. La relación intersubjetiva se altera por los sentimientos de frustración e impotencia. El costo económico es mayor porque aumenta los insumos de anestésicos y analgésicos. El miedo impide que el paciente acuda al profesional en el momento oportuno y con la frecuencia que debiera (1, 2). Una evaluación previa del estado emocional del paciente en este sentido permite planificar con anticipación una estrategia de abordaje específica que disminuya el temor.

La hipótesis tiene en cuenta que la exploración de los miedos a la consulta odontológica contribuye a generar estrategias de abordaje clínico acorde al estado emocional del paciente. El profesional que conoce cuáles son las

áreas de su accionar que provocan en el paciente un mayor nivel de aprehensión puede prevenirla con anticipación, adoptando actitudes que disminuyan dicho miedo.

Metodología

La escala de medición del miedo está integrada por ítems representativos vinculados a las situaciones y maniobras que se presentan en la clínica. El proceso de validación de la escala concluyó después de haber realizado tres diseños con categorías emocionales diferentes. La que hemos aplicado es la que utiliza las categorías nada-poco-bastante y mucho como respuesta a la formulación: "me da miedo....".

Las encuestas se realizaron en las salas de espera y en las clínicas de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Cuyo, Provincia de Mendoza, Argentina. Una vez aplicado el cuestionario piloto a 20 sujetos, los resultados se analizaron con el programa SPSS, versión 11.5, y se los sometió a la prueba de fiabilidad que proporciona el cálculo del Coeficiente Alfa de Cronbach, obteniendo un α 0,9420 sobre 30 ítems, respondiendo al requisito de fiabilidad.

Diseño del instrumento

El cuestionario de la encuesta presenta tres sectores que son explorados por medio de preguntas. I- La primera parte se refiere a la caracterización de

los pacientes e indaga sexo, edad, si ha tenido experiencias odontológicas negativas previas, si concurre al odontólogo regularmente o si lo hace sólo cuando siente dolor. II- La segunda parte constituye la escala en sí misma, organizada a través de 30 preguntas, vinculadas con la percepción del miedo de los pacientes ante diferentes estímulos, objetos o situaciones, con cuatro opciones -nada, poco, bastante y mucho-. III- La tercera parte explora las características relacionales deseables en un odontólogo.

RESULTADOS:

I- CARACTERÍSTICAS DE LOS ENCUESTADOS

a- Edad y Sexo

La edad promedio de los pacientes es de 35,47 años. El centro de la distribución –mediana-, es de 33 años. La moda, que nos indica el valor que más veces se repite dentro de los datos, es de 20 años. El rango de edad de 17 a 25 años es el que presenta la mayor concentración de casos, el cual excede lo esperado en una curva para ser considerada como normal. En cuanto al sexo, el 65.7% son mujeres (69 casos) y el 34,3% hombres (36 casos).

b- Experiencias odontológicas negativas previas

El 61% no ha tenido experiencias odontológicas negativas previas y el 39% restante sí las ha padecido. A su vez, el gráfico de barras permite analizar esta variable a través de la variable sexo. De esta manera encontramos que casi el 60% de las mujeres no han sufrido de experiencias negativas previas, mientras que el porcentaje de hombres es más elevado, alcanzando el 64% de casos de los que afirman no haber tenido experiencias odontológicas negativas previas. (Tabla 1)

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sí	41	39,0	39,0
No	64	61,0	100,0
Total	105	100,0	

Fuente:

Psicología
Odontológica 2011

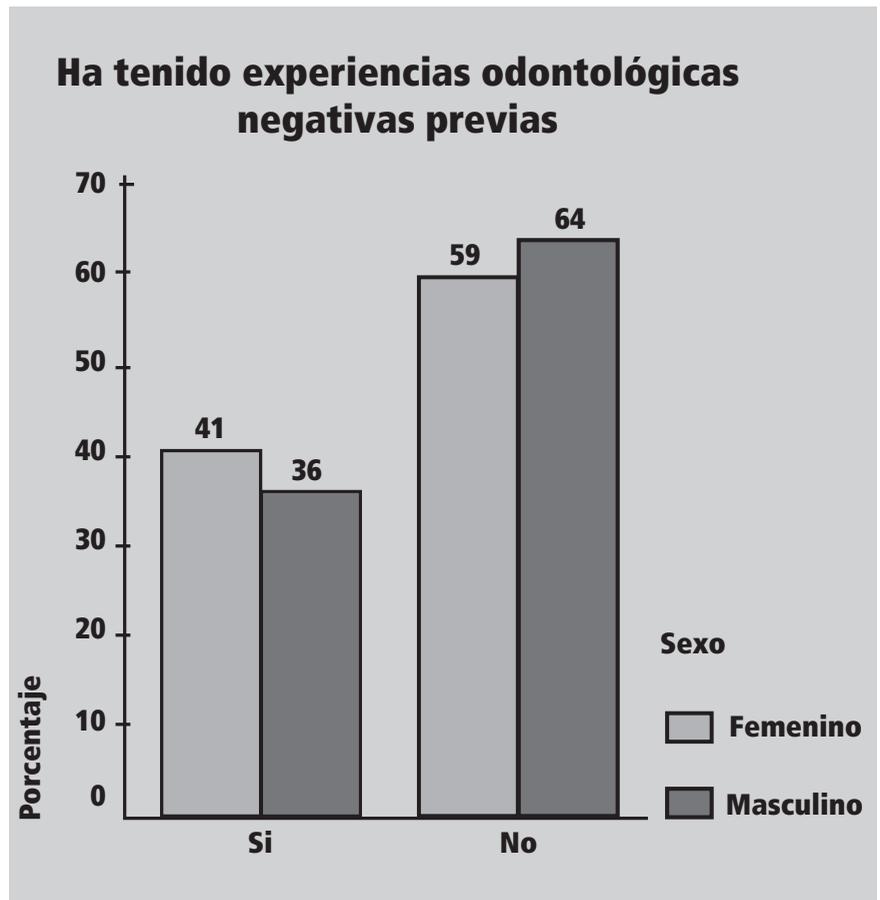
Tabla 1. Distribución de frecuencias para experiencias odontológicas negativas.

Escala de medición del miedo a la atención dental

Autora: Martí, Sonia Ema;

Colaboradores: Aciar, Edilia; Levinzon Graciela; Domingo, Sonia; Giaquinta, María de los Angeles; Pascucci, Jorge

Fuente:
Psicología
Odontológica 2011



c- Concorre regularmente al odontólogo

El 51,4% de los encuestados asiste regularmente al odontólogo, mientras que el 48,6% no lo hace. Si tenemos en cuenta la distribución por sexo, el 56% de los hombres y el 49% de las mujeres concurren regularmente al odontólogo.

I. 1. Relación entre experiencias odontológicas negativas previas y regularidad en las consultas odontológicas

odontológicas

La tabla 2 de doble entrada señala un dato interesante para evaluar la escala de miedo a la atención odontológica, ya que el haber tenido experiencias negativas

previas pareciera no influir lo suficiente para que los pacientes no concurren regularmente para ser atendidos. De esta manera, un 22,9% del 39% que manifiesta asistir regularmente al odontólogo, asegura haber tenido experiencias negativas previas, mientras que el 16,2% restante afirma que sí ha tenido experiencias negativas y no asiste regularmente al dentista.

Tabla 2.

Relación entre experiencias odontológicas negativas previas y regularidad en las consultas odontológicas

		Recurre al odontólogo regularmente		
		Sí	No	Total
Ha tenido experiencias odontológicas negativas previas	Sí	22,9%	16,2%	39,0%

Escala de medición del miedo a la atención dental

Autora: Martí, Sonia Ema;

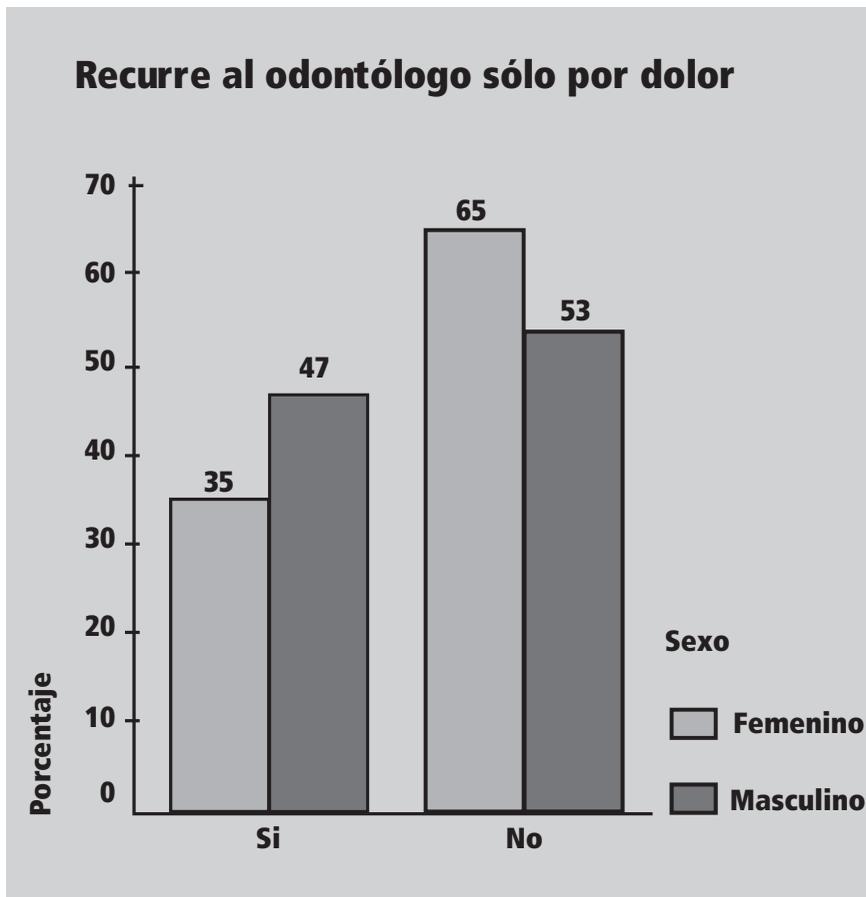
Colaboradores: Aciar, Edilia; Levinzon Graciela; Domingo, Sonia; Giaquinta, Maria de los Angeles; Pascucci, Jorge

Recurre al odontólogo sólo por dolor			
	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sí	41	39,0	39,0
No	64	61,0	100,0
Total	105	100,0	

Tabla 3. distribución de frecuencias para "Recurre al odontólogo sólo por dolor"

d. Consulta odontológica sólo por dolor

Un 39% concurre al odontólogo sólo por dolor y las mujeres son más propensas a concurrir al profesional, sin necesidad de que sea por dolor. De hecho, un 35% concurre por dolor. La distribución en hombres es más pareja dado que el 47% asiste por dolor y el 53% no recurre al profesional sólo por dolor. (Tabla 3)



I. 2 Relación entre la concurrencia regular al odontólogo y la consulta sólo cuando hay dolor

El cruce de las dos últimas variables señala la consistencia en la respuesta de los encuestados. De un 51,4% que afirma concurrir regularmente al odontólogo, el 43,8% niega asistir sólo con dolor (el 7,6% restante afirma que sí asiste regularmente y también que asiste sólo si siente dolor). En contraposición, el 61% de los que afirman no asistir sólo por dolor, un 17% afirma que no asiste regularmente al odontólogo. (Tabla 4)

		Recurre al odontólogo sólo por dolor		
		Sí	No	Total
Recurre al odontólogo regularmente	Sí	7,6%	43,8%	51,4%

Tabla 4. relación entre "recurre por dolor" y "recurre regularmente al odontólogo"

Escala de medición del miedo a la atención dental

Autora: Martí, Sonia Ema;

Colaboradores: Aciar, Edilia; Levinzon Graciela; Domingo, Sonia; Giaquinta, María de los Angeles; Pascucci, Jorge

N° de ítem. Concepto	Mucho miedo
10. La posibilidad de que me transmita una infección	64,8%
9. Que me revise sin guantes o que no se los cambie	59,0%
14. Que me puede tocar el nervio	56,2%
8. Las consecuencias de la falta de higiene del consultorio	54,3%
13. Que me puede perforar en exceso	49,5%
19. Que se me quiebre el diente durante la extracción	46,7%
18. Que se equivoque en el diagnóstico	45,7%
20. Que realice intervenciones sin mi consentimiento	42,9%
12. Que me lastime	41,0%
22. Sentir dolor	39,0%
17. Que se me pase el efecto de la anestesia sin haber terminado el tratamiento	36,2%
4. Que me trate bruscamente	32,4%

Tabla 5. Frecuencias de ítems para "mucho miedo".

N° de ítem. Concepto	Bastante miedo
17. Que se me pase el efecto de la anestesia sin haber terminado el tratamiento	28,6%
18. Que se equivoque en el diagnóstico	27,6%
8. Las consecuencias de la falta de higiene del consultorio	20,0%
20. Que realice intervenciones sin mi consentimiento	20,0%
9. Que me revise sin guantes o que no se los cambie	19,0%
13. Que me puede perforar en exceso	18,1%
10. La posibilidad de que me transmita una infección	14,3%

Tabla 6. Frecuencias de ítems para "mucho miedo".

N° de ítem. Concepto	Mucho y Bastante Miedo
10. La posibilidad de que me transmita una infección	79,1%
9. Que me revise sin guantes o que no se los cambie	78,0%
8. Las consecuencias de la falta de higiene del consultorio	74,3%
14. Que me puede tocar el nervio	73,3%
18. Que se equivoque en el diagnóstico	73,3%
13. Que me puede perforar en exceso	67,6%
17. Que se me pase el efecto de la anestesia sin haber terminado el tratamiento	64,8%
20. Que realice intervenciones sin mi consentimiento	62,9%
19. Que se me quiebre el diente durante la extracción	61,9%
12. Que me lastime	58,1%
22. Sentir dolor	56,1%

Tabla 7. Frecuencias de ítems para "bastante y mucho miedo".

II- Resultados de la aplicación de

la escala de 30 ítems.

2.1 ANÁLISIS DE LA ESCALA DE MIEDO A LA ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

MUCHO MIEDO

Los ítems que producen mucho miedo se circunscriben especialmente a 12. (Tabla 5)

Los encuestados afirman sentir mucho miedo con valores superiores al 50% (en rosado): la posibilidad de que me transmita una infección, que me revise sin guantes o que no se los cambie, que me puede tocar el nervio y las consecuencias de la falta de higiene del consultorio. De igual modo, con valores que oscilan entre el 49,5% y el 32,4% (en verde) aparecen los siguientes ítems en los que se afirman tener mucho miedo: que me puede perforar en exceso, que se me quiebre el diente durante la extracción, que se equivoque en el diagnóstico, que realice intervenciones sin mi consentimiento, que me lastime, sentir dolor, que se me pase el efecto de la anestesia sin haber terminado el tratamiento y que me trate bruscamente. Es decir que sólo en 4 de 12 ítems más del 50% de los encuestados asumen tener mucho miedo. Tres de estos ítems se vinculan a temas relacio-

2.1 d BASTANTE MIEDO

Los sujetos encuestados que presentan bastante miedo lo hacen en 7 ítems. (Tabla 6)

Los encuestados afirman sentir bastante miedo con valores superiores al 20%: que se me pase el efecto de la anestesia sin haber terminado el tratamiento, que se equivoque en el diagnóstico, las consecuencias de la falta de higiene del consultorio y que reali-

Escala de medición del miedo a la atención dental

Autora: Martí, Sonia Ema;

Colaboradores: Aciar, Edilia; Levinzon Graciela; Domingo, Sonia; Giaquinta, María de los Angeles; Pascucci, Jorge

ce intervenciones sin mi consentimiento. De igual modo, con valores que oscilan entre el 14,3% y el 19,0% aparecen los siguientes ítems en los que se afirman tener bastante miedo: que me revise sin guantes o que no se los cambie, que me puede perforar en exceso y la posibilidad que me transmita una infección. Es decir que en 4 de 7 ítems los encuestados asumen

tener bastante miedo con valores por encima del 20%, en donde la opción de respuesta figura en segunda posición.

2.1.e. BASTANTE Y MUCHO MIEDO

Un último análisis, por medio del cual se busca responder a los objetivos de la investigación, consiste en observar

en conjunto aquellos ítems donde la suma de los porcentajes obtenidos en las categorías de mucho o bastante miedo supere valores del 55% de los encuestados. Resultan 11 los ítems con tales características (Tabla 7):

De esta manera, podemos afirmar que casi un 80% (79.1) tiene mucho o bastante miedo a la posibilidad de que se le transmita una infección, de que se le revise sin guantes o de que no se los cambie. Por su parte casi 3/4 partes de los encuestados (74,3%) tiene mucho o bastante miedo a las consecuencias de la falta de higiene del consultorio. Como se puede observar, estos tres puntos están relacionados a aspectos de higiene, mientras que un 73,3% de los pacientes afirma tener mucho o bastante miedo a que se le pueda tocar el nervio o a que se equivoque en el diagnóstico y con un 67,6% a que les puedan perforar en exceso, ítems relacionados a la capacidad del dentista como profesional. Con valores superiores al 60%, los pacientes tienen mucho o bastante miedo a que se pase el efecto de la anestesia sin haber terminado el tratamiento (64,8%), a que realice intervenciones sin su consentimiento (62,9%) y a que se le quiebre una pieza dentaria durante la extracción. Finalmente, con valores superiores al 55% se encuentran dos puntos relacionados con la habilidad del profesional, ya que se refieren al temor a ser lastimado durante la extracción y a sentir dolor (58,1% y 56,1%, respectivamente).

De qué manera recomendaría que el odontólogo lo atendiera...		
		% col.
1. Comprensivamente	siempre	95,2%
	casi siempre	4,8%
2. Suavemente	siempre	84,8%
	casi siempre	13,3%
	nunca	1,9%
3. Lentamente	siempre	54,3%
	casi siempre	34,3%
	nunca	11,4%
4. Que tenga en cuenta mis experiencias previas	siempre	78,1%
	casi siempre	17,1%
	nunca	4,8%
5. Que tenga en cuenta mi estado físico actual	siempre	73,3%
	casi siempre	16,2%
	nunca	9,5%
	No contesta	1,0%
6. Que tenga en cuenta mi estado emocional actual	siempre	58,1%
	casi siempre	17,1%
	nunca	24,8%
7. Que respete los tiempos para asimilar el tratamiento	siempre	75,2%
	casi siempre	17,1%
	nunca	7,6%
8. Que me cuente lo que puedo llegar a sentir	siempre	87,6%
	casi siempre	8,6%
	nunca	3,8%
9. Que me explique los procedimientos	siempre	87,6%
	casi siempre	10,5%
	nunca	1,9%

Tabla 8. Frecuencias para respuesta en "De qué manera recomendaría que el odontólogo lo atendiera"

Escala de medición del miedo a la atención dental

Autora: Martí, Sonia Ema;

Colaboradores: Aciar, Edilia; Levinzon Graciela; Domingo, Sonia; Giaquinta, María de los Angeles; Pascucci, Jorge

3. RECOMENDACIONES AL ODONTÓLOGO

Entre el 54,3% y el 95,2% de los encuestados quieren ser atendidos siempre: comprensivamente (95,2%), que se les cuente lo que puede llegar a sentir (87,6%), que se les explique los procedimientos (87,6%), que se los trate suavemente (84,8%), que se tenga en cuenta sus experiencias previas (78,1%), que respete los tiempos para asimilar el tratamiento (75,2%), que tenga en cuenta su estado físico actual (73,3%), que tenga en cuenta su estado emocional actual (58,1%) y finalmente que lo trate lentamente

(54,3%). (Tabla 9)

CONCLUSIONES

Esta investigación llega a la conclusión de que los factores que intervienen en la aparición de mucho miedo en los pacientes se encuentran vinculados a los procedimientos utilizados por el odontólogo, en relación a la higiene en primer lugar y en segundo lugar al temor a la mala praxis. En los primeros los pacientes temen que el odontólogo pueda transmitirles una infección, ser revisados sin guantes o que no se los cambie y a las consecuencias de la mala higiene. En segundo lugar a que les toque el nervio y, en menor medida, a

que perfore excesivamente, a que se quiebre una pieza dentaria o a que se equivoque en el diagnóstico.

Las sugerencias que los pacientes hacen respecto al trato del profesional remiten a los aspectos humanísticos relativos a la comprensión, a la explicación de los procedimientos y a la anticipación de lo que puede llegar a sentir, a un trato suave y con tiempo(8). La identificación de los miedos de los pacientes contribuirá a tener en cuenta que los procedimientos de higiene y la aplicación de las medidas de bioseguridad son factores importantes para disminuir la ansiedad y los miedos del paciente.

BIBLIOGRAFÍA

1- **MARQUEZ RODRÍGUEZ, JA., NAVARRO LIZAREANZU, MC., RODRÍGUEZ Y COL.** ¿Por qué se le tiene miedo al dentista? RCOE (2004) Vol 9 Nro.2 165-174

2- **VETTORE M, QUINTANILHA RS, MONTEIRO DA SILVA AM, LAMARCA GA, LEAÑO ATT.** The influence of stress and anxiety on the response of non-surgical periodontal treatment. J Clin Periodontol (2005); 32: 1226–1235. doi: 10.1111/j.1600-051X.2005.00852.x. r Blackwell Munksgaard.

3- **GALLEGO RODRÍGUEZ CR, y GARCÍA MÉNDEZ, SE (2011)** Miedo ante los tratamientos Estomatológicos. <http://dentalw.com/papers/general/miedos.htm>. 5-05 -2011.

4- **DAILEY, YM, CRAWFORD AN, HUMPHRIS GM, LENNON MA (2001)** Factors affecting dental attendance following treatment for dental anxiety in primary dental care. Prim

Dent Care april;8(2):51-6;

5- **DAILEY, YM, HUMPHRIS GM, LENNON MA (2001)** The use of dental anxiety questionnaires: a survey of a group of UK dental practitioners Br Dent J. april 28; 190(8):450-3.

6- **WRIGHT R (2000)** Mejora de las relaciones dentista-paciente. Quintessence Publicación internacional de odontología. Nro5 Volumen XIII, mayo 2000

7- **OPPENBERG G (2001)** ¿Qué hace que una consulta tenga éxito? Quintessence Publicación internacional de odontología. Nro7 Volumen XIV, agosto septiembre 2001

8- **RINKE, K.** Cómo lograr una conversación eficaz en la consulta del dentista: el paciente tratado de igual a igual. Quintessence Publicación internacional de odontología. Nro6 Volumen XVI, Junio-julio 2003

Área Odontopediatría

La estimulación multisensorial en la atención odontológica de bebés y niños con discapacidad

AUTORES

OD. ANDREA SABATINI

Odontóloga egresada de la Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Cuyo, a cargo del consultorio Odontológico para Discapacitados del Centro de Referencia Provincial de Rehabilitación del Complejo Sanitario San Luis (CERPRE). Miembro de Asociación Internacional de Odontología y Discapacidad (IADH), Miembro de Asociación Argentina de Odontología para Discapacitados (AAODI), Presidenta de VIII Jornadas de AAODI San Luis, 2011. Disertante en Congresos Nacionales e Internacionales.
E-mail: sabatandrea@hotmail.com

CO-AUTOR:

DRA. PATRICIA DI NASSO

Profesora Titular Efectiva cátedra Clínica del Paciente

Discapacitado Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Cuyo, Mendoza, Argentina. Doctora en Salud Pública (EEUU, 2009), Master en Atención Temprana (España, 2008), Especialista en Odontología Preventiva y Social (2003 y 2011), Especialista en Docencia Universitaria (1996), Magíster en Gestión de Organizaciones Públicas (1992). Investigadora, Miembro de Asociación Internacional de Odontología y Discapacidad (IADH), Directora del Centro de Atención Odontológica al Discapacitado / Centro Odontológico para el Bebé Especial
E-mail: patdin@fodonto.uncu.edu.ar

COLABORADORES:

CENTRO DE REFERENCIA PROVINCIAL DE REHABILITACIÓN DEL COMPLEJO SANITARIO SAN LUIS
Fonoaudiología: LIC. ANDREA SILVA - ALEJANDRA VELEZ
Kinesiología: LIC. MARISA VILLEGAS - ENZO RUTA - JUAN

RESUMEN

El objetivo es mostrar las ventajas de trabajar en forma interdisciplinaria haciendo intervención odontológica temprana en bebés discapacitados, utilizando una sala Multisensorial. El alto índice de enfermedades bucodentales que se observa en la población infantil con discapacidad obliga a intervenir en forma preventiva, en edades cada vez más tempranas. Considerando lo intrusivo e invasivo del tratamiento odontológico y lo complejo que es establecer un vínculo con el paciente discapacitado, es que se buscan formas alternativas de lograr crear el vínculo odontólogo-paciente. Los aromas, sonidos, colores, tacto son puertas que todos tenemos abiertas y por las que recibimos lo que sabemos del mundo. La sala multisensorial permite que quienes tienen cerradas esas puertas, encuentren un resquicio por el que les entre una fracción del mundo y eso hace que se encuentren a ellos mismos con su cuerpo y con su terapeuta. Allí es donde interviene el odontólogo que se dedica a la atención de per-

ABSTRACT

The goal of this study is to show the advantages of working in an interdisciplinary way to make early dental interventions in disabled babies using a multi-sensorial room. The high index of oral diseases observed in disabled children requires a preventive intervention in earlier age groups.

Considering the intrusiveness and invasiveness of the dental treatment and the complexity of establishing a bond with the disabled patient, specialists try to find alternative methods to create a patient-dentist bond. The aromas, the sounds, the colors, and the sense of touch are doors that we all have opened to receive what we know about the world.

The multi-sensorial room allows those who have these doors closed to find an opportunity to receive a fraction of the world; this helps them to find themselves with their body and their therapist. Here is when the dentist, who cares for the treatment of these patients, comes into play. He / she will show the dentistry world to the child; it will not be the

La estimulación multisensorial en la atención odontológica de bebés y niños con discapacidad

Od. Sabatini Andrea; Dra. Di Nasso Patricia

sonas especiales, aquél que le muestra al niño discapacitado el mundo de la odontología, que no va a ser la convencional, sino adaptada para ese niño y su discapacidad.

Palabras Clave: Estimulación multisensorial, motivación odontológica, salud bucal de bebés y niños con discapacidad.

conventional one but it will be adapted to the child and his / her disability.

Key Words: multi-sensorial stimulation, dental motivation, disabled infants' and babies' oral health.

INTRODUCCIÓN

“La estimulación multisensorial consiste en un amplio abanico de técnicas dirigidas a proporcionar todo un conjunto de sensaciones y estímulos específicos a personas con discapacidad (niños y adultos) y necesidades de apoyo generalizado.

Toda persona se comunica, aunque no lo desee, aun no siendo consciente de ello.

“Toda conducta es comunicativa, y ninguna persona tiene un grado tan importante de discapacidad que no puede beneficiarse de programas aumentativos y alternativos” (1).

La atención odontológica en un ámbito no convencional, un lugar que transmita tranquilidad y paz influye en la relación paciente-profesional, y permite la predisposición positiva hacia el tratamiento odonto-

lógico.

Los aromas, las texturas, los colores, las luces, los espacios, los sonidos, etc., logran una riqueza de experiencias con el paciente desde los primeros encuentros. A partir de ellos, el paciente y el profesional pueden interactuar a partir de la aparición de los estímulos, para luego iniciar la sesión odontológica propiamente dicha con la persistencia de los estímulos que resultaron agradables y que mejor se aceptaron.

Los distintos estímulos aparecen como disparadores para conversaciones, juegos, demostraciones, etc., permitiendo el descenso del nivel de ansiedad y facilitando en definitiva la atención odontológica.

DESARROLLO

Las salas de estimulación multisenso-

rial son espacios de relajación donde se favorece la creatividad y el divertimento. Se denominan también salas multisensoriales de Snoelzen. Proviene de Holanda, y el nombre propio “Snoelzen” significa “impregnarse y soñar”.

Es otro camino para abordar al paciente con discapacidad, brindando la oportunidad de sentir experiencias que nunca tuvo y que lo beneficiarán en su problema motor, de aprendizaje y de conducta. Es una sala multisensorial que provee un entorno interactivo, que estimula los sentidos, facilita la comunicación (verbal o no) y donde se interrelacionan distintas texturas, aromas, sonidos, iluminación y efectos diversos para un buen desarrollo del cuerpo y la mente, basados en la plasticidad cerebral (6).



Foto 1



Foto 2

La estimulación multisensorial en la atención odontológica de bebés y niños con discapacidad

Od. Sabatini Andrea; Dra. Di Nasso Patricia



Foto 3



Foto 4

Pensar el consultorio odontológico como una herramienta que permita interactuar con el paciente discapacitado es muy útil para el abordaje paulatino del paciente. Resulta una nueva posibilidad motivadora, donde variados y distintos estímulos recrean sensaciones gratas que, utilizadas en reiteradas ocasiones, producen un estado de bienestar en el paciente que concurre a la consulta odontológica.

El clima de relajación que el paciente percibe, hace que flexibilice su conducta y se abra a nuevas experiencias. El profesional puede conectarse con él de manera distinta y a partir de sensaciones agradables y placenteras.

Objetivo

Mostrar una alternativa motivadora que reúne una multiplicidad de estímulos para la atención odontológica del paciente

Sala multisensorial

Es un espacio compuesto por diferentes elementos productores de estímulos visuales, sonoros, táctiles, olfativos, etc.

Componentes de la sala: Sonidos y luces interactivas, Pelotero luminoso, Hamaca flotante, Rueda luminica

interactiva, paredes táctiles de múltiples texturas con juegos interactivos, etc.

Descripción del abordaje

Los pacientes destinatarios de este tipo de intervención son aquellos bebés con discapacidad que nunca han utilizado el cepillo dental y que presentan gran rechazo al abordaje bucal por parte del profesional.

Primero los fonoaudiólogos y/o kinesiólogos comienzan la sesión, porque generalmente ellos ya conocen al paciente, y realizan sus actividades como corregir posturas, tono muscular, etc.

Para la estimulación orofacial se utiliza el "baby trainer set". El mismo consta de un mordillo y de un cepillo de silicona. El baby trainer set es utilizado como primer objeto que se introduce en la boca, con fines terapéuticos diferentes, fonoaudiológicos y odontológicos a la vez. El paciente recibe un tratamiento rehabilitador sistemático con abordaje interdisciplinario. Así se inicia el programa de intervención temprana con orientación a una pronta actuación del profesional odontólogo.

Esta etapa comienza fuera del consultorio odontológico. Durante la

sesión dentro de la sala multisensorial, por transferencia de roles, el odontólogo continúa con los movimientos de estimulación orofacial. Esto permite que el primer contacto entre el odontólogo y el bebé sea en un ambiente relajado, con un paciente también relajado, atento y concentrado a la vez a ese entorno sorprendente.

Luego, cuando el paciente ya se adaptó al abordaje bucal, se continúa con la utilización del cepillo dental común y al abordaje propiamente dicho en consultorio odontológico. Dos son las opciones ideales con las cuales se podría contar.

Por un lado es beneficioso trabajar en equipo multidisciplinario donde el Profesional Odontólogo pueda compartir un mismo programa terapéutico de un paciente con colegas de otras ciencias de la salud. Contando con una Sala multisensorial donde previamente a la atención odontológica propiamente dicha el paciente viva experiencias con el equipo terapéutico hasta que el mismo equipo evalúe el momento oportuno de pasar a la sesiones odontológicas.

Por otro lado, sería una fortaleza adecuar las instalaciones odontológi-

La estimulación multisensorial en la atención odontológica de bebés y niños con discapacidad

Od. Sabatini Andrea; Dra. Di Nasso Patricia



Fotos 5,6,7 y 8



cas con sonidos, colores, texturas, aromas, etc., que permitan al paciente percibir estímulos que paulatinamente lo lleve a sensaciones gratas, placenteras, relajantes.

Trabajar en espacios de este tipo permite desarrollar aspectos en dos niveles: el nivel corporal con sensaciones de placer, armonía, calma, y a nivel ejecutivo con respuestas claras como atención, concentración, memoria.

En estos pacientes donde el "tiempo de tolerancia", es decir, el tiempo que un paciente está dispuesto a tolerar una consulta de salud, se presenta afectado debido a las reiteradas invasiones a su persona que sufre una persona con discapacidad, puede observarse un mejor volumen atencional y una mejor estabilidad atencional.

CONCLUSIONES

La estimulación orofacial en bebés ayuda a incorporar el hábito de cepillado desde temprana edad. Ellos van ganando gradualmente autonomía, seguridad y creatividad, logrando dominar la acción del cepillado, controlando sus conductas tónico-emocionales.

La estimulación multisensorial en la atención odontológica de bebés y niños con discapacidad
Od. Sabatini Andrea; Dra. Di Nasso Patricia



Fotos 9, 10, 11 y 12



El abordaje bucal deja de ser una práctica fóbica a ser placentera. Lo cual tiene un gran efecto sobre el resto de la vida del niño, ya que le brinda la posibilidad de tener siempre su boca sana, porque los hábitos que se adquieran a temprana edad difícilmente se perderán. Por otra parte, permite desarrollar un concepto más positivo de sí mismo y

poder apropiarse del “soy capaz de...” En lugar de “no puedo...”, pilar fundamental para la formación de la personalidad (6).

En la sala multisensorial se aplican elementos dirigidos a estimular los sentidos, con una ambientación que aporta calma y protección, logrando una múltiple variedad de comportamientos deseables,

desde la ausencia de presiones y angustias a una predisposición concreta de relacionarse con el odontólogo, pasando por estadios de reposo que afectan muy positivamente al tono muscular, logrando relajar musculatura orofacial, permitiendo abordaje para estimular movimientos de cepillado e incorporar el hábito de higiene.

BIBLIOGRAFÍA

1. DIAZ CARCELEN, L., *Marco conceptual de la comunicación multisensorial, Programas de intervención en la comunicación Murcia, España*
2. HUERTAS HOYAS, E., (2009), “La sala Snoezelen en terapia ocupacional. A propósito de un caso de daño cerebral infantil”, Vol.6, N°10, ISSN 1885-527X, A Coruña, España.
3. VELASCO ARIAS, C., (2004), “Tratamiento fisioterápico del parálisis cerebral adulto en sala Snoezelen”, Vol. 26, N° 3, págs. 134-142, ISSN 0211-5638.
4. DE DIEGO ALONSO, C., ET COL., (2005), “Experiencia e ilusión: Una rehabilitación pediátrica en Polonia”,

Revista de la Universidad de Chile.

5. ASPRONA – CENTRO OBREGÓN, (2011), *Proyecto de Innovación Educativa. Nuevo modelo de intervención para alumnos con necesidades educativas graves y permanentes, Valladolid, España*
6. GONZALEZ GALLI, A., (2011), *El arte de sentir y aprender en las salas Snoezelen, Revista El Cisne, Año XXII, N° 252, Buenos Aires*
7. LIMA, JOANA MAFALDA MARTINS, (2011), *Salas snoezelen: contributos para um plano de formação destinado a Docentes de Educação Especial e Terapêntas ocupacionais, Escola Superior de Educação Almeida Garrett*

Área Interdisciplinaria

Edad Media: las primeras bibliotecas universitarias

AUTOR

LIC. ESTER PERETTI

Licenciada en Documentación y Gestión de la Información por la Facultad de Educación Elemental y Especial de la

Universidad Nacional de Cuyo.

Directora Biblioteca Facultad de Odontología-Universidad Nacional de Cuyo.

RESUMEN

En este trabajo se describe brevemente la situación histórica, social, cultural y religiosa de la Edad Media durante la cual se produce el nacimiento de las primeras Bibliotecas Universitarias en el mundo occidental. Pese a que las Universidades se remontan a la Edad Antigua, adoptan su nombre definitivo en la Edad Media.

Palabras clave: Edad Media – Bibliotecas Monacales - Bibliotecas

ABSTRACT

In this work there is described brief the historical, social, cultural and religious situation of the Middle Age during which there takes place the birth of the first university libraries in the Western world. In spite of that the universities go back to the Age Antigua, they adopt his definitive name in the Middle Age.

Key words: Middle Age – Monastics Libraries - University Libraries

INTRODUCCIÓN

El tema **Bibliotecas Universitarias** fue una parte de la tesis que me permitió acceder al título de Licenciada. Una vez finalizada la misma, me interesó investigar algunos datos más sobre los acontecimientos sociales de la Edad Media que dieron origen al surgimiento de estas Bibliotecas.

Desde sus inicios las Bibliotecas no son sólo lugares donde se preserva el patrimonio cultural para la formación humana, sino que además juegan un papel primordial para que la Universidad cumpla sus objetivos, son parte importante en el proceso enseñanza - aprendizaje y centros de apoyo a la investigación y a la extensión.

DESARROLLO

Si bien no es posible definir una fecha

exacta que marque el comienzo y el fin de la Edad Media debido a que son períodos de transición, algunos autores como Escolar Sobrino (1) concuerdan en señalar que se extiende desde la caída del Impero Romano de Occidente (476) hasta la toma de Constantinopla por los Turcos (1453).

Recordemos que algunas de las características del comienzo de la Edad Media son la violencia y la barbarie. Con la invasión y saqueo de los pueblos guerreros del norte de Europa al Imperio Romano, comienza una época de decadencia no sólo económica sino también cultural en toda Europa, sobre todo un período crítico para las Bibliotecas, ya que gran parte del tesoro bibliográfico albergado en ellas fue saqueado o destruido.

Entre los acontecimientos más sobresa-

lientes que determinaron el fin de este período, se puede mencionar: la invención de la imprenta (1450), el descubrimiento de América (1492), la Reforma Protestante iniciada por Lutero (1517) y el florecimiento de las artes en Italia, época del movimiento cultural llamado Renacimiento (siglo XV).

En lo referido a la historia de las Bibliotecas se distinguen dos períodos diferenciados: uno **monacal o religioso** situado en la Alta Edad Media (s. V al X) y otro **universitario o laico** ubicado en la Baja Edad Media (s. XI al XV).

A) Bibliotecas monacales

Al iniciarse la Edad Media, debido a los acontecimientos de guerra y destrucción, se origina un período donde la cultura pareciera detenerse (época conocida

Foto 1:



como de "oscuridad"). La vida cultural se refugia en las Bibliotecas de monasterios y catedrales, quedando al servicio de la religión católica.

La consolidación de la Iglesia Católica trajo como consecuencia la fundación de monasterios de diversas órdenes religiosas. Durante este período los monjes instauraron importantes Bibliotecas y fueron los encargados de recopilar, encuadernar, catalogar, clasificar los manuscritos cristianos y los de la época (griegos y latinos) y conservar los libros ya que era el único acceso que los alumnos tenían a la cultura.

En los tiempos medievales se decía que "un monasterio sin biblioteca era como un castillo sin armería" o "la biblioteca era la farmacia del alma".

Algunos monasterios comenzaron a sobresalir por sus actividades pedagógicas cuando todavía no existían las Universidades. En esta época uno de los más importantes por su Biblioteca fue el monasterio de Saint Gall (Suiza), el cual en el año 1983 fue declarado de interés cultural por la UNESCO.

La estructura de los monasterios se componía de distintas partes. En el edificio principal debía construirse una

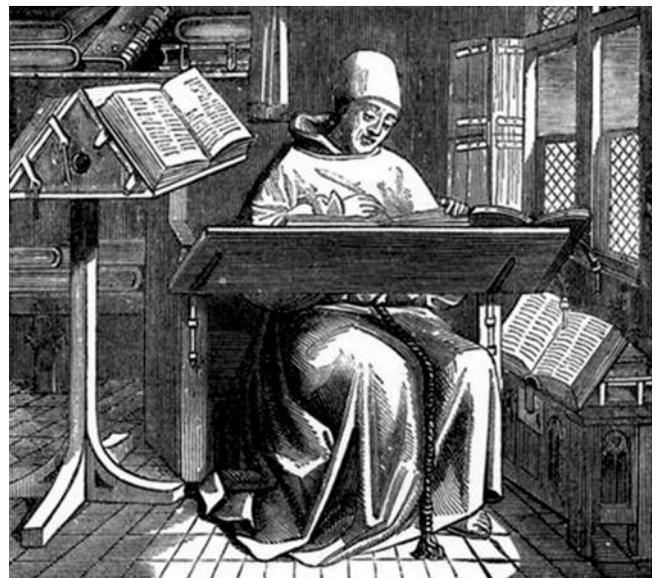
iglesia (lugar de oración). En caso de poseer un número importante de libros se debía edificar una Biblioteca y un scriptorium, que era el taller donde el amanuense se encargaba del copiado de libros de obras cristianas y de autores clásicos.

Del mismo modo existiría una escuela que debía estar abierta no sólo a los estudiantes que se prepararan para la

vida religiosa sino también al público en general, ya que eran los únicos centros que impartían un nivel de formación básica.

Unificada la Iglesia y consolidados los reinos cristianos, se incorpora la figura del monje como educador. Estos educadores cristianos tenían la tarea de preservar y comunicar la cultura de la antigüedad y la doctrina cristiana.

Foto 2:



Edad Media: las primeras bibliotecas universitarias

Lic. Peretti, Ester

B) Bibliotecas Universitarias

En el último período de la Edad Media (llamada Baja Edad Media) Europa comienza un camino de progreso que se manifestará en profundas transformaciones económicas, políticas, religiosas y grandes cambios sociales. Se produce una mejora de la economía en el área rural lo que provoca el resurgimiento de las ciudades, el origen de la burguesía, el aumento de la población estudiantil y comienza a destacarse la figura del maestro laico. Estos nuevos educadores no estaban vinculados a ninguna orden religiosa. Ellos abrieron

camino hacia la secularización de la educación y la cultura.

Es así como lentamente las escuelas monásticas se convirtieron en Universidades donde maestros y alumnos de colegios antiguos se asociaban en corporaciones autónomas, aunque continuaban impregnadas de cristianidad.

Las Universidades, basadas en las escuelas catedralicias (2), irán tomando forma durante el siglo XI. La más antigua de las Universidades europeas es la fundada en el año 1088 en la ciudad de Bologna (Italia), especializada en leyes.

Le seguirán la Universidad de la Sorbona (Paris, 1215) donde se enseñaba arte, derecho, medicina y teología y la Universidad de Salamanca (España, 1218) entre otras.

Durante los primeros años de las Universidades la imprenta no existía, los manuscritos tenían un costo exorbitante y debido a las necesidades de los alumnos de leer surgen los libreros (estacionarios) quienes alquilaban cuadernillos de las obras requeridas, las cuales habían sido corregidas y aprobadas por las autoridades correspondientes para que fueran copiadas por varios interesados al mismo tiempo. Es decir que ya no son los monjes los únicos encargados de la copia de libros.

Debido al desarrollo de las Bibliotecas Universitarias (cada facultad tenía la propia, no había una Central) y a la invención de la imprenta después, el libro se extiende a nuevos grupos de poblaciones, dejando atrás aquellas ideas de que de la Antigüedad en la cual los libros estaban sólo al alcance de una pequeña élite.

Arquitectura de las Bibliotecas

En esta época el estilo de construcción era casi uniforme en todas las Bibliotecas, es decir, reunían ciertas características comunes:

- 1) Una sección para el préstamo de libros a profesores y alumnos. Para retirar un libro de la Biblioteca al usuario se le exigía el pago de una fianza.
- 2) Una sala de lectura en la cual debía reinar siempre el silencio. La misma tenía forma rectangular con diminutas ventanas en las paredes. Junto a estas ventanas se ubicaban bancos largos de madera ubicados uno detrás del otro (como en las iglesias). En sus respaldos tenían atriles que permitían que dos o

**Foto 3:**

tres usuarios pudieran leer o escribir con comodidad al mismo tiempo.

En esta sala se permitía ingresar a aquellas personas que quisieran leer, siempre que no fuera por simple curiosidad.

Los libros utilizados en esta sala estaban encadenados a los atriles (3). En esta época solo se utilizaba la luz natural para leer, es decir que se realizaba esta tarea cuando el sol entraba por las ventanas e iluminaba el libro.

Este sistema nos da una idea de la importancia que se le daba en aquel momento al libro en lo referido a custodia y conservación por sobre los intereses de los lectores.

Conclusión

A lo largo de la historia, vemos que tanto las Bibliotecas como los libros, han sido atacados, quemados, destruídos, prohibidos o han significado trofeos de guerra, pero a pesar de estas agresiones nunca perdieron su vigencia e identidad. Me pareció oportuno citar palabras del Lic. Fernando Báez (4) para resumir esta idea: "Sin destruir libros no se termina de ganar la guerra".

Si bien es cierto que la Edad Media es conocida también como época de "oscuridad", de graves problemas económicos y de decadencia cultural, paradójicamente es durante este período cuando nacen las primeras Universidades, se inventa la imprenta y se producen una serie de acontecimientos que transformaron el pensamiento de los hombres hacia un camino de progreso y expansión.

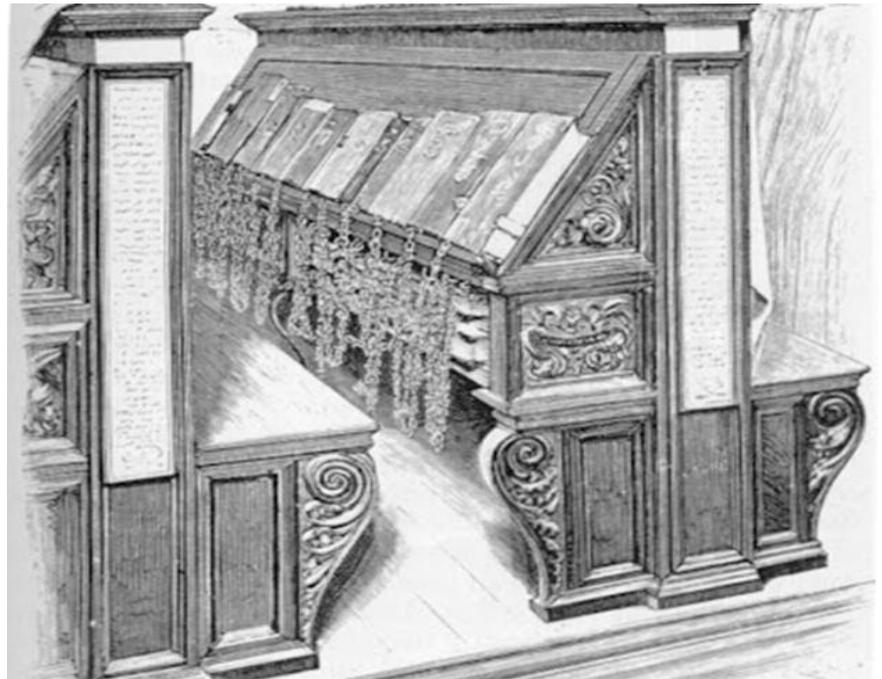


Foto 4:

Las escuelas monacales surgieron con el fin de brindar educación a niños y jóvenes, quienes desempeñarían funciones en la Iglesia. Años más tarde esas escuelas sirvieron para que maestros y alumnos se asociaran dando origen a lo que hoy conocemos como Universidad.

Referencias bibliográficas

- (1) Escolar Sobrino, H. (1990). Historia de las bibliotecas. Madrid: Fundación Sanchez Rupiezer.
- (2) Lerner, F. (1999). Historia de las bibliotecas del mundo: desde la invención de la escritura hasta la era de la computación. Buenos Aires: Troquel.
- (3) Dahl, S. (1982). Historia del libro. Madrid: Alianza.
- (4) Baez, F. (2005). Sin destruir libros no se termina de ganar la guerra. En: La Razón. 10 de mayo de 2005. Disponible en: www.lanacion.com.ar/694690. Consultado el: 1 de marzo de 2012.

BIBLIOGRAFÍA

- 1- MILLARES CARLO, A. (1971). *Introducción a la historia del libro y de las bibliotecas*. México: Fondo de cultura económica.
- 2- ORERA ORERA, L. (1997). *Manual de biblioteconomía*. Madrid: Síntesis.
- 3- PERETTI, E.; Reynoso, M. (2011). *Función social de las Bibliotecas*

- Universitarias Públicas. Bibliotecas de la UNCuyo. Tesis de grado. Universidad Nacional de Cuyo, Facultad de Educación Elemental y Especial.*
- 4- PEREZ MEDINA, S. (2002). *Algunos aspectos sobre los libros y las bibliotecas en la Edad Media*. *Revista de Historia*. 7 (13/14), p. 77-85.

Área Ortodoncia

Asimetría facial por hipoplasia condilar

AUTORES

DR. SALES, PEDRO M. E.

Director de la Carrera para especialistas en Ortodoncia.
U.N.Cuyo.
Mail: doctorsales@hotmail.com

DRA. CORVALAN, SILVANA

Docente de la Carrera para especialistas en Ortodoncia.
U.N.Cuyo.
Mail: silvanacorvalan10@hotmail.com

RESUMEN

El caso presentado nos plantea una situación de desorden funcional (limitación de la función articular), en apertura y lateralidad, asociado a dolor intenso orofacial.

La hipoplasia condilea unilateral se manifiesta como asimetría esquelética con desplazamiento notable del mentón hacia el lado derecho, y mordida abierta anterior.

Previamente se exponen conceptos básicos de crecimiento condilar e hipoplasia condilar.

Palabras clave: Pericondrio, condroblasto, condrocitos, fibroblastos, hipoplasia.

ABSTRACT

The presented case shows us a functional disorder situation (limitation in the joint function) in the opening and in the sides. This is associated with orofacial pain.

Unilateral condylar hypoplasia is manifested as a skeletal asymmetry with a noticeable displacement of the chin towards the right side and open bite.

Previously, some basic concepts about the condylar development and hypoplasia are mentioned.

Key words: Perichondrium, chondroblast, chondrocytes, fibroblasts, hypoplasia.

INTRODUCCIÓN

FUNDAMENTACIÓN CIENTÍFICA. (2)

En el proceso de crecimiento facial es relevante la influencia del cartilago condileo.

Centro de crecimiento secundario

■ Los factores ambientales pueden modificar su dirección de crecimiento.

■ Crecimiento radial y no sólo longitudinal.

PRE Y POSTNATAL : histología

■ Pericondrio

■ 1- Zona superficial: mesénquima fibroso con capilares

■ 2- Zona proliferativa extensa: células inmaduras + red fibras colágenas

■ 3- Zona de condroblastos y condrocitos + MEC de proteoglicanos

tos + MEC de proteoglicanos

■ 4- Zona de erosión: condrocitos hiperplásicos, MEC calcificada, condroclastos, espículas óseas radiales

Entre los 17-20 años:

- Zona de tejido conectivo fibroso

- Zona proliferativa muy delgada: fibroblastos

- Zona de fibrocartilago

- Zona de cartilago calcificado

- Tejido óseo

20 años:

- Cese definitivo de crecimiento.

En definitiva, este cartilago de característica primaria influye en la morfología, volumen y funcionalidad mandibular. Por su característica histológica es altamente influenciada por factores funcionales y ambientales, tanto en el estímulo, como así también puede ser inhibido por situaciones de trauma.

La etiología de la hipoplasia puede ser: (4)

■ Prenatal y formar parte de un síndrome del primer arco: S. Pierre Robin, microsomía hemifacial.

■ Pre o postnatal a causa de perturbación localizada en el centro de crecimiento condilar.

■ Compresión intrauterina

■ Trauma del nacimiento: partos traumáticos

■ Traumatismos ulteriores

■ Irradiación del cartilago

■ Necrosis avascular

Asimetría facial por hipoplasia condilar

Dr. Sales, Pedro M. E. ; Dra. Corvalan, Silvana

- Infecciones
- Artritis reumatoidea
- Origen desconocido

Las manifestaciones clínicas en tales situaciones se pueden apreciar tanto en lo morfológico-estético como en lo funcional.

Cuando la lesión es unilateral

- Asimetría facial/desviación md hacia el lado afectado
- Inclinación plano oclusal hacia el lado afectado
- A veces hay resalte exagerado de maxilar superior
- Disfunción músculo pterigoideo externo
- Movimientos propulsivos mínimos
- Subluxación del cóndilo de morfología normal en apertura máxima

Cuando la lesión es bilateral:

- Hipoplasia de mandíbula simétrica
- Maloclusión de clase II
- Generalmente con mordida abierta esquelética con postrrotación mandibular.

El tratamiento es:

- Multidisciplinario
- Paciente en crecimiento: ortopédico con la intención de promover el crecimiento condilar.
- Paciente sin crecimiento: quirúrgico



Foto 1 y 2: Paciente de raza caucásica, sexo femenino, de 12 años 7 meses de edad

CASO CLÍNICO (1-3-5)

Paciente de raza caucásica, sexo femenino, de 12 años 7 meses de edad. Antecedentes: Nacimiento mediante cesárea y uso de mamadera hasta los 7 años. En sentido vertical se contempla carencia de paralelismo entre los planos bipupilar, bicomisural, bigoniáco, biclavicular, etc. La comisura labial derecha se halla en un plano superior con respecto a la izquierda. Nevrezé aumentado.

CONDILOGRAFÍA ATM der.: Hipoplasia formativa de cóndilo mandibular derecho. Espacio interarticular aumentado. Limitación de traslación de apertura. No se observan lesiones osteolíticas aparentes.

RX FRONTAL

Se observa en ATM derecha cóndilo con



Foto 5: ATM derecha: boca cerrada.

ESTUDIOS RADIOLÓGICOS

Se observa aparente falta de tejido óseo en el polo superior del cóndilo derecho en la panorámica y desdoblamiento de la estructura mandibular superior a 4mm, compatible con una asimetría esquelética.



Foto 3: Estudios radiológicos



Foto 4: Estudios radiológicos

Asimetría facial por hipoplasia condilar

Dr. Sales, Pedro M. E. ; Dra. Corvalan, Silvana



Foto 6: ATM derecha: boca abierta.

aspecto plano en su polo superior. Esto genera en la vista frontal el acortamiento de dicha rama ascendente y, consecuentemente, se observa asimetría mandibular muy marcada.

Sólo se produce oclusión en molares.

FOTOS INTRAORALES

Durante la apertura hay deflexión hacia el lado izquierdo. Ambas ATM con antecedentes de dolor y ruidos.

Su mordida habitual es la posición de lateralidad derecha, con contactos en lado de trabajo y no trabajo. La paciente aduce imposibilidad de desplazar la mandíbula más hacia la derecha, a causa de contractura muscular.

ANÁLISIS CEFALOMÉTRICO

La cefalometría de **Ricketts** describe biotipología dólica (VERT: -0.67). En sentido vertical hallamos mordida abierta esquelética (AFI 51°) a causa de la postrotación mandibular (PL. MAND 31°, PL OCLUSAL/COMISURA -5mm) condiciona-



Foto 7: RX frontal

da por el excesivo crecimiento vertical del maxilar superior (ALT. MAXILAR 65°). En sentido sagital se observa clase III esquelética (CONVEXIDAD -1mm) por causa de la tendencia a la retrusión esquelética maxilar (PROFUNDIDAD MAXILAR 88°), y de la tendencia prognática esquelética mandibular. (PROFUNDIDAD FACIAL 89°, LOCALIZACIÓN DE PORIO -40mm, DEFLEXIÓN CRANEANA 30°).

A nivel dentario la paciente es biprotrusa (ANG. INTERINCISAL 110°)

El análisis de **Mc. Namara** agrega que el tamaño mandibular es desproporcionadamente grande.

La **cefalometría frontal** confirma el origen esquelético del desvío de línea media (INCLINACIÓN DEL PLANO OCLUSAL-SIMETRÍA POSTURAL).

MECÁNICA DE TRATAMIENTO

Se empieza la terapia con una placa superior que busca el centrado mandibular mediante guías caninas y se recrea una oclusión mutuamente protegida. Todo ello

pretende generar condiciones de estabilidad articular (Foto 11). La placa tiene indicación de uso permanente, excepto en comidas. Luego de cuatro meses la paciente ha recuperado los movimientos de lateralidad y se arma la aparatología fija en maxilar superior. En mandíbula usa una placa tipo pivotante en el lado del cóndilo hipoplásico con el objetivo de estimular su desarrollo dentro de lo factible. Se anexa barra palatina baja con botón de acrílico con intención de intruir molares superiores. Luego de cinco meses de uso se incorpora a la placa inferior una rampa anterior cuyo objetivo es impedir la interposición lingual anterior (Fotos 12 y 13). Su uso continúa siendo permanente. La paciente logra espontáneamente el centrado mandibular. Con la finalidad de evaluar los cambios producidos en la posición condilar y definir cuál será el elemento dentario que se extraerá, se montan los modelos iniciales de tratamiento en relación céntrica presuntiva, y los modelos actuales al momento de tratamiento, en mordida habitual.

Los resultados obtenidos fueron (Fotos 14, 15, 16, 17, 18 y 19):

1. El cóndilo izquierdo descendió un milímetro, quedando ubicado a medio milímetro de la posición de relación céntrica.
2. El cóndilo derecho descendió 3 milímetros, no sufriendo variaciones en sentido mesio-distal. Quedó ubicado un milímetro a distal de la posición de relación céntrica ideal.
3. Se puede lograr un mayor cierre del eje facial con la exodoncia de 14-24-34-44. Por razones meramente académicas se



Foto 8: Foto de frente.



Foto 9: Foto lateral derecha.



Foto 10: Foto lateral izquierda.

Asimetría facial por hipoplasia condilar
 Dr. Sales, Pedro M. E. ; Dra. Corvalan, Silvana



Foto 11: placa superior que busca el centrado mandibular.



Foto 12.



Foto 13.

elige trabajar en maxilar superior con arco DKL para el cierre de espacios, y en mandíbula con mecánica de deslizamiento (Fotos 20 y 21).

Logrado el cierre de espacios para lograr correctas intercuspidaciones se colocan arcos de acero 0.16" asociados a gomas

cortas. En el sector anterior se usa goma larga durante 24 horas diarias, para centrar líneas medias (Foto 22). Para controlar el overbite negativo se incorpora a la mecánica el uso continuo de bite-blocks en 46/47, y 36/37 que sólo ocluyen en 16/17, y 26/27. La intención es producir la intru-

sión de estos últimos y estimular el crecimiento de cóndilo hipoplásico mediante la tracción tisular que los mismos generan en la ATM (Fotos 23, 24 y 25).

Se usa como contenedor dos placas de vacupress flexibles pegadas entre sí, cuya indicación de uso es nocturna (Foto 26).

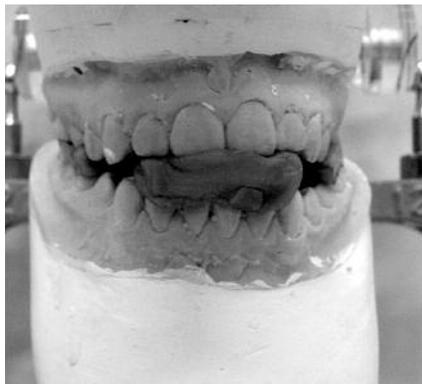


Foto 14: montaje en céntrica presuntiva.

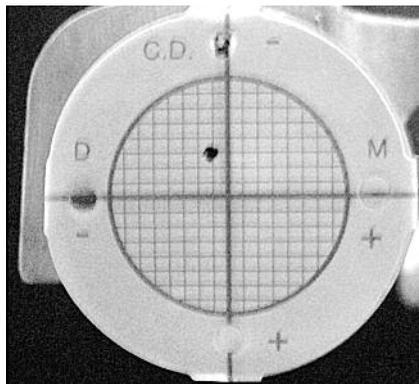


Foto 15: cóndilo derecho en céntrica presuntiva.

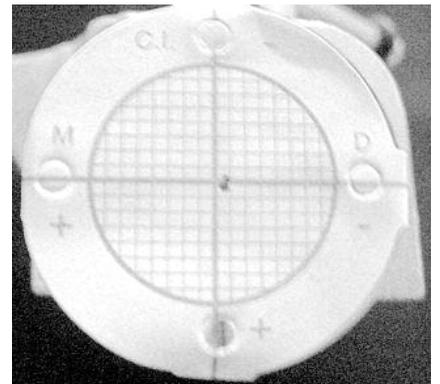


Foto 16: cóndilo izquierdo en céntrica presuntiva



Foto 17: montaje en mordida habitual.

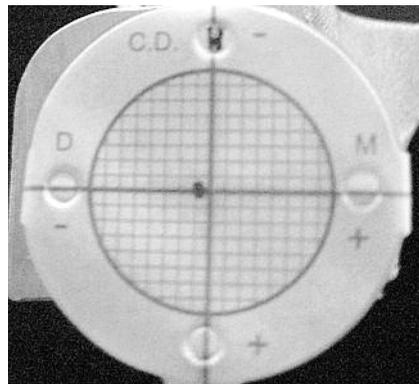


Foto 18: cóndilo derecho en mordida habitual

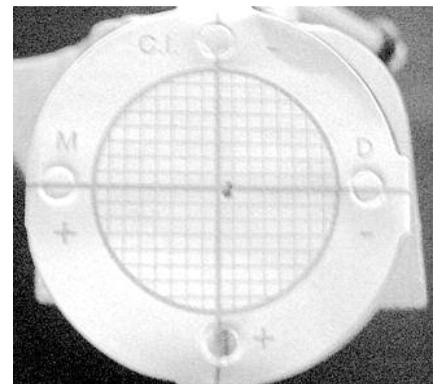


Foto 19: cóndilo izquierdo en mordida habitual

Asimetría facial por hipoplasia condilar

Dr. Sales, Pedro M. E. ; Dra. Corvalan, Silvana

**Foto 20.****Foto 21.****Foto 22.****Foto 23:** bite blocks cementados con contactos oclusales marcados.**Foto 24:** vista lateral de la paciente ocluyendo sobre los bite blocks.**Foto 25:** vista lateral de la paciente ocluyendo sobre los bite blocks.**Foto 26:** contención superior e inferior.**Foto 27:** finales.**Foto 28:** finales.**Foto 29:** finales.**Foto 30:** finales.**Foto 31:** finales.



denimed s.a.

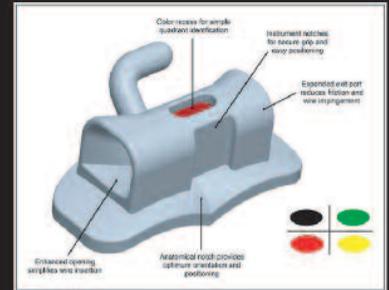
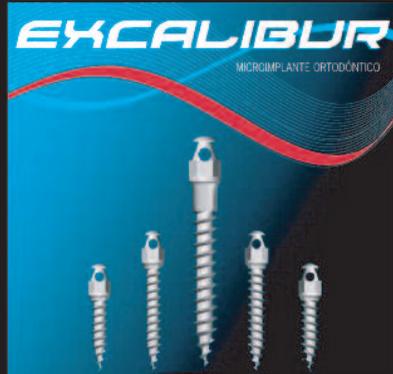
Pablo Missana
 Distribuidor Cuyo
 Tel. 0261-542/1262 154-546623
 Nextel 54*561*109



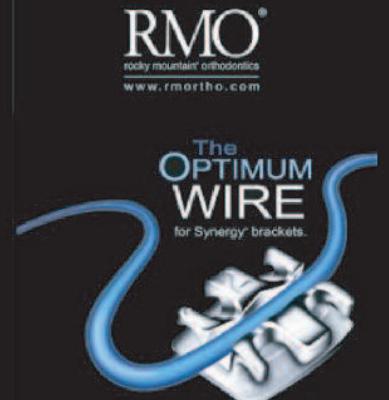
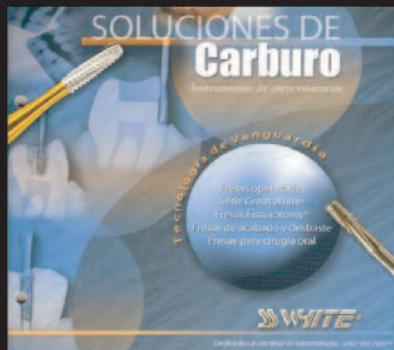
>Orthodont<
 >ORTHO<



Una joya en tus dientes



Tubos RMO



Instrumental quirúrgico desmontable con LED y generador



Asimetría facial por hipoplasia condilar

Dr. Sales, Pedro M. E. ; Dra. Corvalan, Silvana



Foto 32: Se observa neoformación ósea en el cóndilo derecho



Foto 33: RX Pretto



Foto 34: RX Postto



Foto 35: RX Pretto



Foto 36: ATM derecha: Apertura

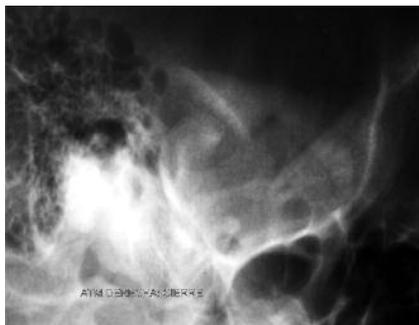


Foto 37: ATM derecha: Cierre

El objetivo es evitar la posición lingual anterior y actuar como posicionador mandibular.

FOTOS FINALES RADIOGRAFÍAS FINALES

RADIOGRAFÍA PANORÁMICA: Se observa neoformación ósea en el cóndilo derecho

RADIOGRAFÍA PERFIL DE CRÁNEO: se puede notar la presencia de un borde mandibular inferior único.

CONDILOGRAFÍA: ATM derecha e izquierda: Buena conformación de ambas articulaciones. Traslación de apertura nor-

mal en ambas articulaciones.

DISCUSIÓN:

La terapia con placas intermediarias oclusales para los desórdenes intracapsulares es imprescindible como preparación previa a la ortodoncia.

Aun cuando el tratamiento se ha realizado fuera del pico de crecimiento puberal, se han obtenido resultados satisfactorios en la estimulación del crecimiento-remodelación condilar.

La asociación de los bite-blocks a la aparatología ortodóncica resulta altamente eficiente como estímulo de crecimiento condilar.

El cartílago condilar es el elemento determinante de crecimiento mandibular. Sus alteraciones influyen en el comportamiento rotacional de la mandíbula.

Con residual de crecimiento mandibular, son eficientes las terapias ortodóncicas de control vertical en el tratamiento de problemas esqueléticos sagitales y verticales. Las fotos finales faciales y bucales. (fotos 27, 28, 29, 30 y 31)

BIBLIOGRAFÍA

(1)- **DOS SANTOS, J (1984)** *Oclusión, principios conceptos.* Mundi.Bs.As.Argentina.

(2)- **ENLOW, DONALD H.** *Crecimiento maxilofacial.* Interamericana.México.

(3)- **GRABERS (1990)** *Ortodoncia.* Panamericana.Bs As.Argentina.

(4)- **OKESON,J (1996)** *Oclusión afecciones temporomandibulares.* Mosby.Madrid.

(5)- **PROFFIT, W (1994)** *Ortodoncia teoría y práctica.* Ed. Mosby, 2da. Edición.

Área Rehabilitación Oral

Resistencia adhesiva de dos agentes de fijación a base de resinas

AUTOR

PEÑA, JOSÉ JAVIER MARTÍN

(JTP Docente de la Cátedra Clínica de Operatoria Dental I, Facultad de Odontología de la UNCuyo – Especialista en Odontología Restauradora (Operatoria dental y Biomateriales)
LUGAR DONDE SE REALIZÓ EL TRABAJO

Carrera de Especialización en Odontología Restauradora (Operatoria Dental y Biomateriales), Facultad de Odontología. UNCuyo

DOMICILIO DEL AUTOR

Paso de los Andes 33, Ciudad, Mendoza (CP 5500).
Tel. (0261) 4284665 – (0261) 153073921

E-mail: jjmpena@hotmail.com

RESUMEN

Los agentes de fijación a base de resina autoacondicionantes - autoadhesivos (SE/SA) fueron desarrollados con el objetivo de simplificar la técnica de cementado a un solo paso, ahorrando tiempo y errores por parte del operador. El objetivo de este trabajo fue evaluar si dicha simplificación influye negativamente sobre los valores adhesivos tal como sucediera en los sistemas adhesivos a esmalte y dentina autoacondicionantes.

Se confeccionaron 20 probetas de dentina en las cuales se cementaron probetas de resina compuesta: 10 muestras fueron cementadas con un cemento de grabado total (TE) y 10 con un cemento SE/SA y conservadas a 37 °C y 100 % de humedad hasta su ensayo mecánico. Los resultados observados muestran una disminución en la resistencia adhesiva de los cementos SE/SA. Esto se explica por la menor traba micro mecánica generada por la presencia del barro dentinario y por el menor coeficiente de penetración de los monómeros modificados en estos cementos comparados con los cementos de resinas convencionales.

Palabras clave: Cementos resinosos. Fuerza adhesiva. Cementación.

ABSTRACT

The self-etching - self-adhesive (SE/SA) fixing agents based on resin were developed in order to simplify the cement technique to one step, saving time and avoiding mistakes from the operator. The goal of this study is to evaluate if such simplification can influence negatively on the adhesive values as it may happen in the case of the self-etching techniques on enamel and dentin.

20 dentin probes were made. Composite resin probes were cemented: 10 samples were cemented with total-etch cement (TE) and 10 samples with SE/SA cement. They were stored at 37°C and 100% humidity until they were mechanically tested. The observational results show a decrease on the SE/ SA cements adhesive resistance. This is explained by the minor micromechanical bond generated by the presence of smear layer and the minor penetration coefficient of the modified monomers on these cements compared with the conventional resin cements.

Key words: Resin Cements. Adhesive force. Cementation.

INTRODUCCIÓN

Desde la introducción de la tecnología adhesiva en Odontología (1,2), su desarrollo se orientó no sólo a incrementar las propiedades (3), sino también a sim-

plificar su sensibilidad técnica (4,5), economizando tiempo y errores por parte del operador.

En tal sentido, se desarrollaron sistemas adhesivos autoacondicionantes (SE), que

permiten una técnica menos sensible y más rápida que la de los sistemas de grabado total. Sin embargo, estas ventajas no se correspondieron con sus propiedades adhesivas, sobre todo en esmalte

Resistencia adhesiva de dos agentes de fijación a base de resinas

Peña, José Javier Martín

(6,7), en el cual disminuyeron (8).

Del mismo modo, se desarrollaron Cementos de Resina SE/SA, disminuyendo a un solo paso clínico la cementación, a diferencia de los TE que requieren una técnica más compleja (tres pasos clínicos) (9).

El objetivo de este estudio fue comparar la resistencia adhesiva de los cementos de resina SE/SA con la de los cementos de resina TE, determinando si dicha propiedad se modifica en función de su técnica de aplicación menos compleja, tal como sucedió en su oportunidad con los sistemas adhesivos SE.

Los medios cementantes a base de resinas compuestas (llamados erróneamente "cementos", ya que ello implica la reacción de un ácido y una base, evento que no ocurre con estos materiales) han alcanzado un gran protagonismo en la última década. Esto se debe fundamentalmente a que presentan propiedades químicas y mecánicas superiores a los cementos convencionales. Además, tienen la posibilidad de adherirse micromecánicamente tanto a los tejidos dentales como a algunos de los sustratos de las restauraciones rígidas. Esto ha permitido, junto con el desarrollo de nuevos materiales cerámicos, realizar preparaciones más conservadoras, disminuir la filtración marginal (tanto por la adhesión como por su bajísima solubilidad en medios acuosos) logrando de esta manera una mejor integración de la restaura-

ción al elemento dentario y observándose una mayor durabilidad de la misma. La contracción de polimerización y su técnica de manipulación altamente sensible han sido los principales inconvenientes de estos materiales. Es por esto que la simplificación en los pasos operatorios ha sido un objetivo permanente deseado no sólo por quienes los fabrican sino también por los profesionales.

En tal sentido fueron desarrollados los cementos de resina SE (también llamados de dos pasos clínicos) que no necesitan el acondicionamiento del tejido dentario con ácido fosfórico como los cementos de resina tradicionales (cementos de tres pasos clínicos), ya que cuentan con un primer ácido, eliminando así la necesidad del paso clínico de grabado ácido, el posterior lavado y el secado. Este último sumamente conflictivo de acuerdo al sistema adhesivo a emplear ya que se necesita suma experiencia y capacitación para no producir un desecamiento del sustrato o una sobre humectación del mismo, lo que disminuye significativamente los valores adhesivos en ambos casos.

Es de notar que este sistema conserva los principios básicos de todo procedimiento adhesivo: acondicionamiento, impregnación y adhesión.

Con estos fundamentos, surgieron los primeros cementos SE/SA hacia el año 2002. Estos productos no necesitaban de ninguna preparación previa de la

superficie dentaria, eran colocados directamente sobre ésta. Se reducía así su manipulación a un solo paso clínico, lo que brindaba una técnica simple y rápida, evitando de esta manera errores por parte del operador. Estos primeros productos eran de un pH inicial sumamente bajo y fueron, no remplazados, sino complementados por monómeros menos ácidos.

La utilización de monómeros funcionales con grupos fosfóricos ácidos (principalmente MDP) presentes en la matriz orgánica del cemento de resina, brinda la capacidad de desmineralizar e impregnar los tejidos dentarios al mismo tiempo, sin la necesidad de eliminar el barro dentinario ni de colocar un agente de alta fluidez entre la resina y el sustrato.

Si bien la alta acidez inicial (cementos fuertes pH<1, cementos moderados pH<2) sería la responsable de la aparición de sensibilidad postoperatoria, se ha informado su remisión en un breve lapso por la presencia de elementos alcalinos presentes en el relleno (una tecnología similar a la de los IV) que neutralizan la acidez inicial elevando su pH hasta un valor de 6 (10).

También se ha informado que estos materiales son más tolerantes a la humedad (hidrofilicidad) ya que durante la reacción de neutralización se forma agua, dándole al cemento esta propiedad que permite su mejor adaptación a la estructura dentaria.

Cemento RC	Siglas	Grabado Ácido	Primer	Adhesivo	Pasos Clínicos
Tipo I	TE				3 (tres)
Tipo II	SE				2 (dos)
Tipo III	SE/SA				1 (uno)

TE: cementos de grabado total (Total Etch)

SE: cementos autoacondicionantes con primer ácido (Self Etching)

SE/SA: cementos autoacondicionantes/autoadhesivos (Self Etching/Self Adhesive)

Tabla I. Clasificación de los cementos a base de RC (CRA, July 2007, volume, 31, issue 7)

Resistencia adhesiva de dos agentes de fijación a base de resinas

Peña, José Javier Martín

Es interesante destacar que el agua es captada por los grupos ácidos funcionales y por los iones liberados por las partículas alcalinas del relleno, neutralizándola, y convirtiendo la matriz final en hidrófuga.

La adhesión obtenida se basa en la clásica retención micro mecánica (hibridación) y en una interacción química entre los monómeros ácidos y la hidroxiapatita. Esta característica ha permitido indicarlos preferentemente para la cementación de postes intrarradiculares de fibra de vidrio.

Otra ventaja es su capacidad para liberar fluoruros de manera similar a los cementos de ionómero de vidrio. Sus propiedades estéticas, estabilidad dimensional y propiedades mecánicas son comparables a la de los cementos de resina de dos y tres pasos clínicos, por lo que su rango de indicaciones clínicas es muy amplio.

MATERIALES Y MÉTODOS

Se seleccionó un sistema de cemento resinoso SE/SA (Maxcem, Kerr) y otro con aplicación de grabado ácido y sistema adhesivo previos (TE) (Nexus II, Kerr). Una resina reforzada con nanorelleno (Filtek 350, 3M ESPE) fue utilizada para confeccionar bloques que fueron cementados a superficies dentinarias con los cementos en estudio.

Las muestras de dentina se obtuvieron a partir de molares recientemente extraídos y desgastadas convenientemente para exponer dicha superficie. Las muestras obtenidas fueron divididas en dos grupos de 10 especímenes cada uno y se incluyeron en resina acrílica de autocurado para su posterior manipulación y tratamiento con cada uno de los cementos resinosos (10 probetas para cada uno). Los bloques de resina compuesta (20) para ser cementados fueron preparados mediante un conformador cilíndrico transparente de 3 mm de diámetro y 10 mm de altura, y polimerizados con

lámpara de LED (Kavo). Posteriormente, fueron arenados (BIOART, Gnatus) con óxido de silicio de 50 micrones durante 5 segundos y luego fueron silanizados durante 20 segundos con Vinil Silano prehidrolizado (Silane, SDI).

Grupo 1: Los bloques de resina fueron cementados con cemento de resina autoacondicionante autoadhesivo (SE/SA) (Maxcem, Kerr) aplicándolo según las indicaciones del fabricante.

Grupo 2: Los bloques de resina fueron cementados con cemento de resina (Nexus II, Kerr) con indicación de grabado con ácido fosfórico (TE) al 37 % y sistema adhesivo previos, aplicándolo según las indicaciones del fabricante.

Las probetas obtenidas fueron conservadas a 37°C y 100% de humedad hasta su ensayo a los siete días.

El ensayo mecánico para determinar los valores de resistencia adhesiva al corte fue llevado a cabo en ambos lotes con una máquina universal de ensayos (Instron), con una velocidad de desplazamiento del cabezal de 1 mm/minuto.

Los datos obtenidos fueron asentados en una planilla ad hoc y luego de calcular los valores de resistencia adhesiva se procedió al análisis estadístico de los mismos, mediante prueba de "t", para determinar la existencia o no de diferencias significativas.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos se indican en la tabla II, correspondiendo a valores de resistencia adhesiva con sus desviaciones

estándar respectivas.

En la mencionada tabla II se indican valores promedios con sus respectivas desviaciones estándar y varianzas.

Puede observarse la existencia de diferencias estadísticamente significativas corroborando la hipótesis de trabajo.

CONCLUSIÓN

Los datos obtenidos corroboran la hipótesis elaborada y son coincidentes con los trabajos de Escribano (14) y Yang (15), habiéndose obtenido una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.0279$) entre ambos grupos de cementos estudiados, presentando mayores valores de resistencia adhesiva aquéllos que recurren a la técnica de grabado total.

Esto se explica por la menor traba micro mecánica generada por la presencia del barro dentinario y por el menor coeficiente de penetración de los monómeros modificados en estos cementos comparados con los cementos de resinas convencionales.

Una vez más debe señalarse que, si bien la resistencia adhesiva de los cementos de resina SE/SA es menor que la de los cementos TE, el desempeño clínico de los primeros resultaría ser más aceptable al no incluir mayor cantidad de pasos clínicos y disminuir el riesgo de la sensibilidad de técnica. Por otra parte, esto obliga al profesional a ser más estricto y cuidadoso al preparar las formas de anclaje y retención de las preparaciones dentarias para asegurar la mayor fuerza de fricción posible.

	RESISTENCIA ADHESIVA (MPa)	DESVIACIÓN ESTÁNDAR
GRUPO I (SE/SA)	1.909123914	0.6830
GRUPO II (TE)	6.893969476	1.4106

Tabla II: Resistencia Adhesiva (MPa)

$p < 0.0279$

Resistencia adhesiva de dos agentes de fijación a base de resinas

Peña, José Javier Martín

Este trabajo de investigación fue evaluado y financiado por la Secretaría de Ciencia y Técnica de la Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Cuyo.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) **BUONOCORE ET AL** (1955) *A simple method of increasing the adhesion of acrylic filling materials to enamel surfaces.* *Journal of Dental Research* 34: 849-853.
- (2) **NAKABAYASHI ET AL** (1982) *Hybridization of Dental Hard Tissues Quintessence. Publishing Co, Ltd, Tokio.*
- (3) **PASHLEY, CARVALHO** (1999) *The microtensile bond strength test: a review.* *Journal Adhesive Dentistry* 1: 299-309.
- (4) **HEWLETT** (2003) *Resin adhesion to enamel and dentin: a review.* *Journal Californian Dental Association* 31:469-76.
- (5) **KUGEL, FERRARI** (2000) *The science of bonding: from first to sixth generation.* *Journal American Dentistry* 131 (supplement):20-25.
- (6) **DI HIPOLITO** (2005) *SEM Evaluation of contemporary self-etching primers applied to ground and unground enamel.* *Journal adhesive Dentistry* 7: 203-211.
- (7) **MAURIN** (2006) *Tensile and shear bond strength evaluation of a total-etch three-step and two self-etching one-step dentin bonding systems.* *Journal adhesive Dentistry* 8: 27-30.
- (8) **BOUILLAGUET, GYSI** (2001) *Bond strength of composite to dentin using conventional, one-step, and selfetching adhesive systems.* *Journal Dentistry* 29:55-61.
- (9) **RADOVIC** (2008) *Self adhesive resin cements: a literature review.* *Journal Dental Adhesive* 4: 251-258.
- (10) **DE SOUZA COSTA** (2006) *Human pulp response to resin cements used to bond inlay restorations.* *Dental Materials* 22: 954-962
- (11) **ABO HAMAR** (2005) *Bond strength of a new universal self-adhesive resin luting cement to dentin and enamel.* *Clinical Oral Investigation* 9: 161-167.
- (12) **HIKITA** (2007) *Bonding effectiveness of adhesive luting agents to enamel and dentin.* *Dental Materials* 23: 71-80.
- (13) **PIWOWARCZYK** (2007) *Long term bond between dual polymerization cementing agents and human hard dental tissue.* *Dental Materials* 23: 211-217.
- (14) **ESCRIBANO** (2007) *Microtensile bond strength of self adhesive luting cements to ceramic.* *Journal Adhesive Dentistry* 8: 337-341.
- (15) **YANG** (2006) *Microtensile bond strength of three luting resins to human regional dentin* *Dental Materials* 22: 45-56.

Sistemas de Implantes Dentales

ROSTER DENT.



Todas las soluciones en una misma empresa

Hex	Plus	Conical [®]	Conical Gold [®]	Conical Gold P4 [®]
				
		Modelos Registrados	Modelos Registrados	Modelos Registrados



Conical Gold Evolution P4

Roscas y Espiras de gran seguridad y una muy buena estabilidad inicial ideal para hueso comprometido (hueso tipo 4), Pos extracción y carga inmediata.

Características especiales

- Capacidad de condensación ósea.
- Orientación ajustable del implante en forma manual.
- Roscas con espiras de gran velocidad.
- AutoPerforante.

El diseño del implante permite a los profesionales con experiencia ajustar la orientación del implante con un protocolo de inserción manual.

- **Cuerpo cónico en expansión con rosca variable y fresados apicales** Proporcionan condensación ósea gradual y alta estabilidad inicial. Actúa como un Osteótomo roscado que permite la expansión de crestas estrechas. Está diseñado para lograr alta estabilidad en situaciones óseas comprometidas.

- **Superficie SLA.** Asegura el éxito en tratamientos con implantes.

La inversión en nueva tecnología permite el desarrollo e innovación constante en nuestras líneas de implantes

Distribuidor Cuyo: Pablo Missana | Tel. 0261-542/1262 154-546623 | Nextel 54*561*109 | pablomissana@hotmail.com

SECRETARÍA DE EXTENSIÓN UNIVERSITARIA

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA | UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO



Facultad de Odontología
UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO

“EXTENDEMOS LA PROMOCIÓN DE LA SALUD BUCAL EN ÁMBITOS ESCOLARES RURALES DE LA PROVINCIA DE MENDOZA”

Durante el año 2011, se llevaron a cabo las acciones de capacitación en los departamentos de Maipú, Rivadavia y Malargüe de la Provincia de Mendoza. En virtud del mismo, vale señalar que el proyecto formulado, se ejecutó en las siguientes entidades educativas: Escuela Nº 1- 193 “Juan Bautista Silva” y Pascual Toso del distrito de Barrancas, escuela Nº 1-142, César José Mussé” y jardín Nucleado Nº 0-102 “Blanca Rosa Quiroga” del departamento de Malargüe.

En líneas generales, los talleres de Promoción de la Salud Bucal, se dirigieron a escolares, padres y docentes, abordados por el equipo de trabajo constituido por alumnos, docentes y graduados de la Facultad de Odontología. La vinculación de los mismos, se efectúa a través del contacto de alumnos o graduados oriundos de los departamentos involucrados, las solicitudes se formalizan en la Secretaría de Extensión de nuestra Facultad, desde allí se construye la viabilidad de asistir a los establecimientos educativos con los talleres de promoción para la salud bucal, respondiendo así a los requerimientos de los distintas instituciones del territorio; apuntando a extender e instaurar en la comunidad pautas orientadas a mejorar la Salud bucal de las personas. De esta manera, se intensifican las relaciones inter e intrainstitucionales.

Además, resaltamos el acompañamiento realizado por los gestores departamentales en las distintas acciones territoriales, que permitieron dar agilidad a la etapa operativa de las distintas actividades planificadas en cada uno de los Departamentos.

Por otro lado, esta modalidad de prácticas potencian el proceso de formación académica de nuestros estudiantes, a través de la participación y compromiso con las demandas locales dentro del territorio de la Provincia.



El presente proyecto muestra una línea de trabajo que viene desarrollando la Secretaría de Extensión Universitaria de la Facultad de Odontología de la UNCuyo dentro del marco del Programa de Integración Fondos Concursables SRIyT (2010 y 2011), participando de las convocatorias de las Actividades de Capacitación en instituciones públicas de la Provincia de Mendoza.



Área Rehabilitación Oral

Trabajamos juntos por la salud bucal de personas con discapacidad

Proyecto aprobado y financiado por el "Programa de Inclusión Social e Igualdad de Oportunidades" en el ámbito de la UNCuyo.

AUTORA

DRA. DANIELA SALINAS

Docente, atención de Pacientes con Discapacidad en el área de Odontología del Hospital Universitario de la Universidad Nacional de Cuyo.

Docente Efectiva de la asignatura: "Clínica de Pacientes Discapacitados" con extensión de funciones en el Centro de Atención Odontológica al Discapacitado. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Cuyo.

Email: danisalin@yahoo.com.ar

RESUMEN

Referirnos al término **discapacidad** es hablar de limitaciones en el desarrollo humano, que pueden manifestarse a nivel físico, psíquico o social. El propósito de este proyecto es acercar el Hospital Universitario y la Facultad de Odontología a la problemática existente en el acceso a la salud Bucal de personas con discapacidad y, mediante una participación activa, cambiar esta realidad y mejorar su calidad de vida.

Los destinatarios son 51 residentes de THADI (Taller Hogar de Actividades Diferenciadas) cuya incorporación está motivada por razones socio-familiares, agravadas por la condición de discapacidad, no por ser la discapacidad la única razón que justifique el apartamiento del medio familiar.

El objetivo es brindarles la atención humanizada y personalizada que ofrece el Hospital Universitario, implementando mecanismos que parten desde la educación hasta la resolución de sus problemas de salud Bucal.

Palabras Clave: Inclusión, Discapacidad, Alta Básica, prestación odontológica, promoción de la salud, diversidad, autismo, Síndrome de Down, epilepsia, Parálisis Cerebral.

ABSTRACT

We refer to the term **disability** to talk about the limitations in the human development. It can be manifested at a physical, psychic or social level. The goal of this project is to bring to the University Hospital and the Dentistry University the existing problem in the access to oral health for people with disabilities. By means of active participation, their life quality will be changed and improved.

The recipients are 51 **THADI** residents (Home Workshop Differentiated Activities) whose incorporation is motivated by social and familiar reasons motivated by a disability condition, not being the disability the only reason that justifies the withdrawal from the family environment.

The goal is to provide a humanized and personalized care offered by the University Hospital. It implements some mechanisms that come from the education and the resolution of their oral health problems.

Key words: Inclusion, Disability, Upper Basic, dental provision, health promotion, diversity, autism, Down syndrome, epilepsy, cerebral palsy.

INTRODUCCIÓN

La discapacidad no es un fenómeno aislado o una excepción, sino que se trata

de la realidad de una parte importante de la sociedad. Los Odontólogos no debemos ser ajenos a las necesidades de

Salud Bucal de estas personas y más aún si reconocemos los numerosos factores de riesgo a los que se ven expuestos, a

Trabajamos juntos por la salud bucal de personas con discapacidad

Autora: Dra. Daniela Salinas

comparación del resto de la población. Rompiendo las barreras que hasta hoy han limitado el mejoramiento de la salud bucal del paciente con discapacidad, es que el objetivo principal del proyecto es fortalecer la accesibilidad al sistema de salud Bucal y mejorar la calidad de vida de las personas con discapacidad. Los objetivos específicos de esta investigación incluyeron:

- Impulsar acciones para el mejoramiento de la prevención y promoción de la salud bucal en personas con Discapacidad, padres, tutores y personal de atención diaria de la Institución.
- Trabajar en forma mancomunada con el personal de la Institución (cuidadores, enfermeras, terapistas, maestras especiales, médicos, fonoaudiólogos, nutricionistas, voluntarios, etc.) para que cada uno desde su área pueda implementar medidas, indicaciones o acciones, que permitan lograr un mayor impacto con respecto a la Salud Bucal.
- Personalizar la prestación odontológica adaptada a las necesidades de cada paciente.
- Fortalecer el trabajo coordinado de los Profesionales de las distintas áreas del Hospital Universitario para la resolución de problemas relacionados con la salud integral de la persona con Discapacidad.

■ Contribuir en la formación de los estudiantes de odontología en la atención de la diversidad.

Material y método:

Se realizó un estudio prospectivo, protocolizado e intervencionista cuyo criterio de inclusión fue ser residentes del **Taller Hogar de Actividades Diferenciadas (THADI)** que fueron atendidos en el **Hospital Universitario (HU)**.

El modelo asistencial consiste en lograr el alta básica de cada residente, definida como los procedimientos incluidos en la atención odontológica que permiten alcanzar un estado de salud bucodental mediante el control de las enfermedades prevalentes y el mantenimiento en esas condiciones.

Las acciones estuvieron dirigidas a tres áreas:

1- Asistencial, en donde se incluyen acciones de:

- Educación para la salud bucal.
- Resolución de urgencias.
- Control de infecciones.
- Refuerzo del huésped.
- Control del medio.
- Controles periódicos de mantenimiento.

2 - Prevención y promoción de la salud bucal

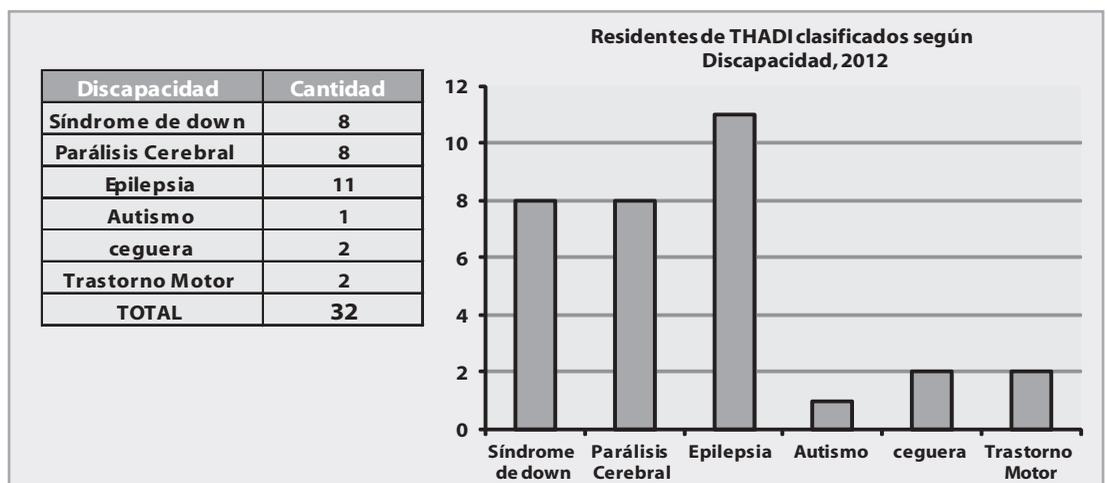
3- Docencia

RESULTADOS:

La **actividad asistencial** consistió en una prestación odontológica personalizada, adaptada a las necesidades y características de cada paciente con Discapacidad, con el objetivo de lograr el **ALTA BÁSICA**.

Se incluyeron en este trabajo 51 pacientes. Todos presentaron retraso mental (grave: 37 y moderado: 14) con patologías asociadas y síndromes (Cuadro 1). La edad promedio fue de 51 años (rango: 17 años – 69 años), 23 de sexo femenino y 28 de sexo masculino.

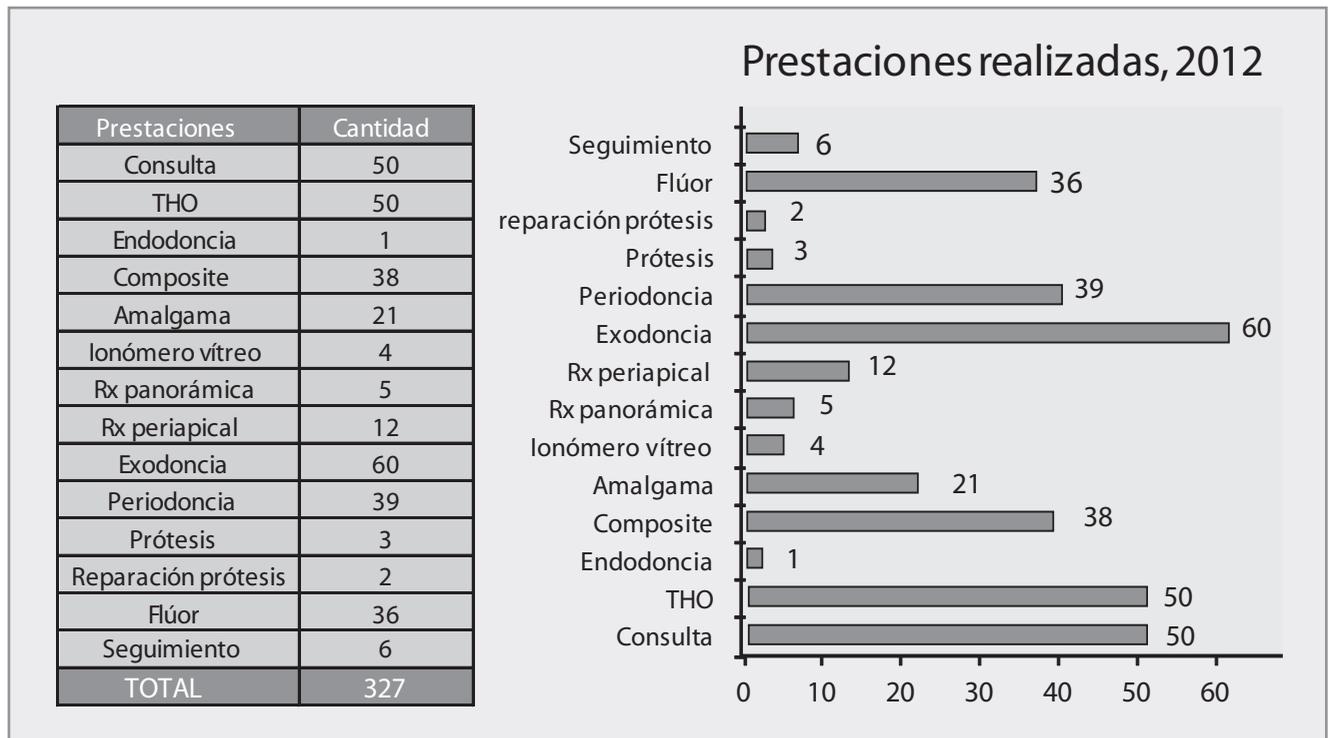
En los pacientes incluidos se realizaron en total 22 sesiones de atención y 327 prestaciones. Para realizar una atención odontológica eficiente, de calidad, cómoda e igualitaria, los residentes de THADI fueron trasladados hasta el HU con sus respectivas carpetas de antecedentes personales y médicos, estado general actual, características del diagnóstico de discapacidad y los datos necesarios para confeccionar la Historia Clínica única informatizada en el HU. Para optimizar el abordaje, los pacientes estuvieron acompañados por una auxiliar que trabaja en la institución, que tiene la ventaja de haber establecido un fuerte vínculo con cada residente del hogar, además de haber sido seleccionada por las autoridades debido a que



Cuadro 1:
Residentes
clasificación según
Discapacidad

Trabajamos juntos por la salud bucal de personas con discapacidad

Autora: Dra. Daniela Salinas



Cuadro 2: Tratamientos odontológicos realizados

enfermedad de las encías.

- Dientes sanos:	16,52 %
- Patología presente:	} 34,02 %
- cariados: 4,85 %	
- extracciones indicadas: 4,55 %	
- Tratamientos realizados:	} 49,43 %
- gingivitis: 24,64 %	
- extraídos: 46,98 %	



durante muchos años se desempeñó como asistente dental de un Odontólogo, lo cual permitió una mayor comprensión de las indicaciones efectuadas durante las distintas prestaciones.

Se obtuvieron 48 ALTAS BÁSICAS

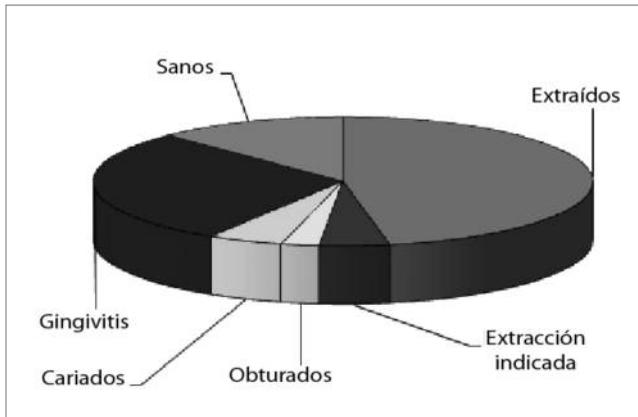
- Se pudo reconvertir los perfiles epidemiológicos:

Al realizar índice de caries encontramos: alto porcentaje de enfermedades bucales prevalentes como caries y

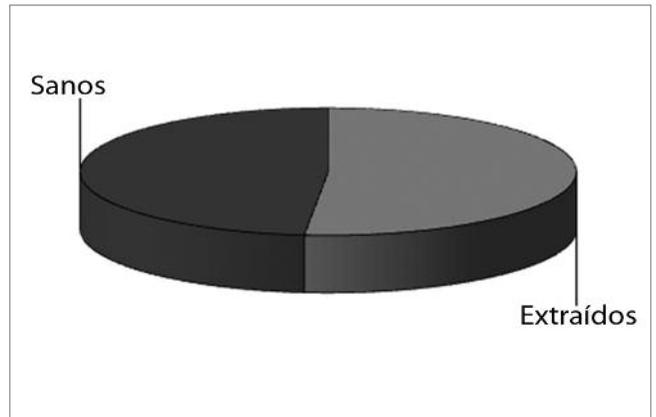
Foto1 y 2: Se confeccionaron accesorios para la atención de los pacientes para contención y posicionamiento en el sillón odontológico.

Trabajamos juntos por la salud bucal de personas con discapacidad

Autora: Dra. Daniela Salinas



Cuadro 3: Índice de caries: alto porcentaje de enfermedades bucales prevalentes como caries y enfermedad de las encías.



Cuadro 3: Intervención, total de prestaciones 327

2,45 %

Al finalizar la intervención:

■ Sanos: 48,46 % (sanos, obturados, cariados y con gingivitis luego del tratamiento).

■ Extraídos: 51,53 % (extraídos y extracciones indicadas).

Total de prestaciones: 327

En cuanto a las actividades de PREVENCIÓN y PROMOCIÓN de la SALUD BUCAL,

se realizaron 3 charlas, que centraron la atención en la Educación para la Salud en personas con Discapacidad, con material facilitado por Secretaría de Extensión de Facultad de Odontología.

Esta actividad tiene como objetivo motivar e incluir a la persona con Discapacidad en el cuidado de su salud bucal.

Metodología de las charlas: Se instruye a los presentes acerca de la importancia de que todas las responsables realicen la higiene dental del grupo: los turnos de mañana y tarde deben realizarla al iniciar el turno y en la noche al finalizar el turno.

Con indicaciones dependiendo de:

- Es desdentado: debe realizar una deli-

- obturados:

cada limpieza de la encía que cubre el reborde alveolar después de cada comida, con un cepillo suave o una gasa, esta última idealmente embebida en clorhexidina.

- Si usa prótesis: Debe lavarse la prótesis y la boca después de cada comida. La prótesis se debe limpiar, al menos una vez al día, con un cepillo especial para prótesis (de venta en farmacias) o un cepillo de uñas con cerdas de nailon, y un poco de pasta dentífrica o, mejor, jabón neutro, para evitar la formación de sarro y el depósito de tinciones. Luego enjuagar con agua. Es especial-

mente importante la limpieza de las partes metálicas, sobre todo las que contactan con los dientes (cara interna o cóncava de los ganchos). Para ello, pueden frotarse con un bastoncillo empapado en alcohol, hasta que la superficie quede brillante. Si quedan mate o deslustradas, es que están cargadas de placa bacteriana, que puede producir caries y desgastes, debido a los ácidos que dicha placa produce.

- Si es totalmente dependiente en sus actividades: la higiene debe ser realizada por la responsable del turno teniendo en cuenta que se puede rea-

Foto 3: se realizaron charlas en Educación para la Salud en personas con Discapacidad, con material facilitado por Secretaría de Extensión de Facultad de Odontología.



Trabajamos juntos por la salud bucal de personas con discapacidad

Autora: Dra. Daniela Salinas



Foto 4

lizar acostado ya que disminuye la fuerza muscular de cierre o con accesorios que permitan mantener una apertura bucal necesaria para introducir el cepillo dental.

- Si el residente puede realizar su higiene: normalmente creamos el hábito por imitación, nos cepillamos o le cepillamos a alguien y repite lo mismo. Aconsejamos la supervisión del cepillado, especialmente el nocturno.

- Si presenta sangrado: indicamos el uso de Clorhexidina (que posee propiedades antibacterianas) en buches o aplicado con cepillo. Su uso debe limitarse a cortos períodos ya que produce cambios en la coloración de las piezas dentarias y alteraciones gustativas.

- Si puede realizar buches o salivar: se recomienda pasta dental con flúor.

- Si no pueden realizar buches o salivar: se recomienda buches fluorados aplica-



Foto 5

dos con el cepillo de dientes y sin contaminar el contenido del envase.

Es necesario reforzar la higiene diaria para el mantenimiento de la Salud Bucal lograda gracias a la ejecución del proyecto.

Se dieron recomendaciones especiales para la creación de un cepillero, que corresponde al lugar donde se guardan los cepillos de cada residente con las siguientes características:

- **que estén separados entre sí.**

- **que estén identificados con el nombre de cada residente del Hogar.**

- **que se ubique a cierta distancia de la zona de inodoros o en botiquín cerrado.**

- **que se laven correctamente para guardarlos.**

- **que los cepillos sean renovados cada 3 ó 4 meses aproximadamente.**

Las acciones vinculadas con la **actividad docente** tuvieron como objetivo principal contribuir en la formación de los estudiantes de odontología en la atención de la diversidad, desarrollando un juicio crítico que le permita discriminar ante las diferentes alternativas de



Foto 6

tratamiento y formular un plan de tratamiento personalizado para cada paciente con Discapacidad, además de trabajar en equipo y conducir hacia metas comunes.

CONCLUSIONES

- Se logró un verdadero impacto en la salud bucal de personas con discapacidad que se vean imposibilitados en lograr la misma. **El indicador de impacto corresponde a la cantidad de Altas Básicas obtenidas luego de finalizada la etapa de Implementación del Proyecto.**

- Se instalaron medidas concretas de higiene y prevención de enfermedades bucales **en el residente y el personal que lo asiste, mediante las charlas de Prevención y Promoción de la Salud Bucal que permitieron establecer los momentos de higiene y la importancia de la misma.**

Con el subsidio, además de la compra de materiales Odontológicos y todo lo necesario para la realización del proyecto, se realizó la compra de la cámara fotográfica que nos permitió documentar los tratamientos realizados de

Trabajamos juntos por la salud bucal de personas con discapacidad

Autora: Dra. Daniela Salinas

esta forma: (fotos 4, 5, 6, 7 y 8)

Realizamos un excelente trabajo en equipo, apoyados unos en otros, con esfuerzo pero con mucha voluntad y ganas de hacer, sorteando dificultades y con la gran satisfacción de la tarea cumplida.

Lograr la Salud Bucal del Paciente con Discapacidad le evita molestias, facilita su alimentación, su rehabilitación mejora deglución y habla; lo que repercute favorablemente en su calidad de vida.



Foto 7: Caso clínico I: antes y después de un tratamiento de gingivitis.



Foto 8: Caso clínico II: pasos durante el tratamiento.

Equipo de Trabajo:

Dra. Susana Salomón

Directora Académica del HU.

Evelyn Dolonguevich

Coordinadora Área Odontología HU

Sonia Marón

Secretaría de Extensión Facultad de Odontología U.N.Cuyo

Odontólogos:

Silvana Ruggeri, Susana Arias, Paola Livellara, Adrián Oviedo, Pablo Tourn, Natalia Bonilla, Laureano Heredia.

Asistentes Dentales:

Susana Quintero, Estefanía Magliocco, Keila Larrouse, Susana Quintero, Janet Barroso.

Alumnos:

Aranda. Díaz. Ortego.

Agradecimientos

Este proyecto se realizó gracias a la acción conjunta de instituciones comprometidas en el desarrollo comunitario: Hospital Universitario (HU), Facultad de Odontología (SE) y THADI (Taller Hogar de Actividades Diferenciadas) y basadas fundamentalmente en la igualdad de oportunidades.-

BIBLIOGRAFÍA

- *Normas Uniformes sobre igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (1993) adoptadas por la Naciones Unidas.*
- *Ravaglia, C., El Problema de la Salud Bucodental de los Pacientes Discapacitados y/o Especiales en América Latina.*, 1999.
- *Libro Blanco. Atención a las personas en situación de dependencia en España.*

Biblioteca

UBICACIÓN

Segundo piso ala norte del edificio de Clínicas.

HORARIO DE ATENCIÓN

De lunes a viernes de 8 a 17.30 hs.

PÁGINA WEB

www.fodonto.uncu.edu.ar

CORREO ELECTRÓNICO

biblioteca@fodonto.uncu.edu.ar

PERSONAL

Directora: Lic. Ester E. Peretti

eperetti@fodonto.uncu.edu.ar

Equipo de Trabajo:

Téc. Univ. Miriam S. Vargas | mvargas@fodonto.uncu.edu.ar

Téc. Univ. Marcelo Quevedo |

mquevedo@fodonto.uncu.edu.ar

Téc. Univ. Silvana Forniés | sfornies@fodonto.uncu.edu.ar

Búsquedas bibliográficas en EBSCO

Los usuarios tendrán la posibilidad de ingresar, desde las máquinas que se encuentren en la Facultad, a la Base de Datos EBSCO HOST (Dentistry & Oral Sciences Source) y así obtener los full text de los artículos.

Ingrese a: <http://www.fodonto.uncu.edu.ar/> (1)

Sobre la pestaña Biblioteca, se accede a Recursos Electrónicos (2)

• Dentro de Recursos Electrónicos cliquee Bases de Datos e ingrese a EBSCO (3)

• Y ahora podrá buscar la información que necesite (4)



Publicaciones

Normas para los autores

Los trabajos se enviarán a:

Facultad de Odontología - Universidad Nacional de Cuyo

Centro Universitario - Mendoza - CP: 5500 - Argentina

E mail: vicedecano@fodonto.uncu.edu.ar

Consultas: Facultad de Odontología -Universidad Nacional de Cuyo

Tels.: 54 261 4135007 - Interno: 2814 - Fax: 4494142

Deben enviarse los trabajos, tanto para publicación en la revista como para página web por Internet:

- Un original y tres copias.
- Escrito en hoja tamaño A-4, incluyendo las figuras y/o fotografías.
- Una copia en CD del texto con formato Microsoft Word. Tipeado en mayúsculas y minúsculas.

El envío de la producción en formato papel y/o electrónico, se considerará como autorización para su publicación y sólo se aceptarán trabajos que no hayan sido publicados con anterioridad en otra revista, ni se encuentren bajo evaluación para el mismo fin.

El/los autor/res serán notificados de la evaluación bajo los siguientes conceptos generales:

- **Aceptado** para su publicación
- **Necesidad de revisión** (por parte del autor)
- **Devolución sin publicación**

El trabajo aceptado se publicará en la edición de la revista que el Comité Científico determine. No se devolverán los textos aceptados.

Según su contenido, los trabajos se clasifican en las siguientes categorías:

- **Trabajo de investigación científica.**
- **Trabajo de divulgación (actualización o revisión).**
- **Casos clínicos.**

Trabajos de investigación: son trabajos

inéditos, es decir, producto de experiencias de investigación básica o clínica que sean un aporte específico a una disciplina dentro de la Odontología.

Constará de:

- Título, en lo posible conciso y claro.
- Nombre del o los autores.
- Resumen: no más de 150 palabras en español y su equivalente en inglés.
- Introducción.
- Materiales y métodos.
- Resultados.
- Conclusiones.
- Bibliografía.
- Extensión máxima: ocho carillas incluyendo las figuras y/o fotografías.
- Ilustraciones: deben ser digitalizadas y de máxima resolución, en formato JPG o TIFF.

Trabajo de divulgación (actualización o revisión): serán considerados tales, aquellos que informen acerca del estado actual del conocimiento sobre el tema, con bibliografía profusa y debidamente referenciada en el texto.

Constará de:

- Título, conciso y claro.
- Nombre del o los autores.
- Resumen: no más de 150 palabras en español y su equivalente en inglés.
- Introducción.
- Desarrollo.
- Conclusiones.
- Bibliografía.
- Extensión máxima: ocho carillas, inclu-

yendo figuras. Aproximadamente 1.000 caracteres.

Casos clínicos: son descripciones de situaciones clínicas no habituales. Su estructura deberá ser:

- Título: conciso y claro.
- Nombre del o los autores.
- Resumen.
- Introducción.
- Caso clínico: descripción, que puede acompañarse de gráfico y/o fotografía.
- Discusión.
- Bibliografía: se puede expresar la cita más relevante y dejar la posibilidad de que un interesado solicite al Comité Editor toda la bibliografía acopiada por el autor y que no es publicada.

Precisiones:

Los autores deberán observar las siguientes precisiones, cualquiera sea la categoría en que se inscriba su trabajo para publicación:

Título: debe ser claro y conciso. Su extensión debe ser la menor posible.

Autores: los autores deberán expresar sus nombres completos. Debe constar el nombre de la o las instituciones donde se realizó el trabajo, la dirección postal y dirección electrónica del autor y su respectivo grado académico o profesional.

Resumen o abstract: no debe tener una extensión mayor de 150 palabras, en idioma español y su equivalente en inglés. Debe ser claro, de modo tal que sintetice

Publicaciones

los contenidos más relevantes y las conclusiones del trabajo. Puede hacer referencia a la línea de investigación seguida por otros investigadores.

Palabras clave o key words: en número no mayor de 5 (cinco), serán los términos más representativos del contenido del trabajo, de forma tal que permita su inclusión en una base de datos. Deberán expresarse en español y su traducción al inglés.

Ilustraciones: Deben ser digitalizadas, cuyas dimensiones no excederán ni serán inferiores a 20 cm. x 30 cm., resolución: 300 DPI y en formato JPG o TIF. Las mismas pueden ser:

- Radiografías: tomadas con cualquier técnica, deben ser nítidas y con buen contraste.
- Fotografías: con buen contraste y nítidas.
- Dibujos esquemáticos. El autor debe indicar la ubicación adecuada de los mismos en el texto.

■ Gráficos o tablas: deben ser presentadas como archivo adjunto en el programa en el que fue realizado originalmente y en CD.

En todos los casos, deben ir acompañadas de una breve leyenda y número de orden al pie. Es conveniente que éstas sean adjuntadas en hoja aparte.

(*) Las impresiones de fotos o gráficos en color tienen un costo adicional a cargo del autor o los autores, el que deberá ser consultado al Comité Editor.

Introducción: incluye las hipótesis, objetivos y/o contenidos más relevantes. Con una reseña de los resultados más importantes y una breve referencia a las conclusiones y/o discusión. La introducción incluye referencias bibliográficas que serán indicadas con un número entre paréntesis.

Materiales y métodos: debe ser un resumen claro y lo suficientemente completo para promover su transferencia a otros investigadores.

Resultados: debe presentarse lo que se obtuvo, de la forma más adecuada: gráficos, tablas, sin abundar en explicaciones.

Discusión: consiste en la interpretación por los autores de los resultados, donde pueden expresarse coincidencias o desacuer-

dos con investigaciones similares.

Conclusiones: las mismas son el sustento de la investigación, basadas en los resultados y perfiladas en la discusión.

Bibliografía: las referencias bibliográficas que a lo largo del texto se expresan entre paréntesis con números, se expresarán del siguiente modo:

a) Si son artículos de revistas:

- Nombre del autor o autores (hasta tres, seguido con la expresión "et al") indicando el apellido completo y las iniciales del nombre en mayúsculas, sin punto.
- Año de la publicación entre paréntesis.
- Título del trabajo.
- Título abreviado de la revista según normas internacionales.
- Volumen en negrita.
- Capítulo o número del fascículo.
- Página inicial y final.

b) Si son libros:

- Nombre del autor o autores (con las mismas indicaciones anteriores).
- Año de la publicación entre paréntesis.
- Título del libro.
- Edición.
- Lugar de publicación. Editorial. Volumen.
- Capítulo o número de páginas.

Nota: estas mismas normas para los autores serán traducidas al inglés por el Comité Editor.

Otras secciones de la revista: estas serán escritas por los integrantes del Comité Científico y quienes deseen participar, comunicándose con el mismo a la dirección editorial y/o a las direcciones electrónicas u otro medio especificado en la revista para este fin.

Editorial.

Comentarios bibliográficos.

Actividades científicas.

Misceláneas.

PROPUESTA DE ÁREAS TEMÁTICAS

BIOLOGÍA ORAL

- Anatomía, Histología y Embriología.
- Química Biológica y Física Biológica.
- Biología Celular y Molecular.
- Microbiología.
- Farmacología.
- Patología Bucal.
- Fisiología.

ODONTOLOGÍA CLÍNICA

- Odontología Preventiva.
- Operatoria Dental.
- Clínica Propedéutica.
- Cirugía.
- Periodontología.
- Prostodoncia.
- Ortodoncia.
- Radiologías.
- Odontopediatría.
- Anestesiología.
- Estomatologías.
- Endodoncia.

MATERIALES Y AVANCES TECNOLÓGICOS

- Materiales Dentales.
- Diagnóstico por imágenes.
- Diagnóstico computarizado.
- Materiales ortodónticos.
- Materiales prostodónticos.

HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES

- Psicología.
- Sociología.
- Antropología.
- Pedagogía Universitaria.

La entrega y recepción de los trabajos científicos para su publicación, implica la autorización del autor para difundir la obra, tanto en soporte impreso y/o electrónico, así como participar con los mismos en las bases de datos que se consideran pertinentes.