



**Universidad  
Nacional de  
Cuyo**

**REVISTA**



**Volumen 12  
número**

**2  
2018**

ISSN-1667-4243  
ISSN-2428-538X  
ON LINE

**Facultad de  
Odontología**



UNCUYO  
UNIVERSIDAD  
NACIONAL DE CUYO



FACULTAD DE  
ODONTOLOGÍA



La Academia Interamericana de Odontología para pacientes especiales otorgó en noviembre de este año en Lima, Perú, el Premio "Ricardo Iglesias" al Centro de Atención al Paciente Discapacitado (CAOD) por su trayectoria a la largo de 25 años en el tratamiento de estos pacientes.



**¡Felicitaciones!**

**R E V I S T A**

# Facultad de Odontología

**Volumen 12  
número**

**2**

**2018**

**ISSN-1667-4243**

**ISSN-2428-538X**

**ON LINE**



Universidad Nacional de Cuyo

---

# Autoridades

---



## UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO

Mendoza, Argentina

Ing. Agr. Daniel Ricardo PIZZI  
**Rector**

Dr. Prof. Jorge Horacio BARÓN  
**Vicerrector**

### FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Dra. María del Carmen Patricia DI NASSO  
**Decana**

Od. Esp. Carlos BOSSHARDT  
**Vicedecano**

Od. Esp. Patricia ECHAGARAY  
**Secretaría Académica**

Od. Nicolás MARÓN  
**Secretaría de Asuntos Estudiantiles**

Od. Esp. Gabriela SASTRÓN  
**Secretaría de Posgrado y Graduados**

Esp. Graciela García CRIMI  
**Secretaría de Extensión Universitaria**

Esp. Adriana MARRA  
**Dirección Carrera de Odontología**

Od. Carolina TABERNARO  
**Dirección Tecnicatura Universitaria en Asistencia Odontológica y  
Tecnicatura Universitaria en Prótesis Dental**

---

### Revista de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Cuyo

Indexada en Latindex, EBSCO y próximamente en BVS y DIALNET

Publicación sometida a arbitraje nacional y extranjero.

Distribución gratuita semestral.

# 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 la Prof. Dra. Patricia DI NASSO**  
Decana de la Facultad de Odontología. UNCuyo. Mendoza. Argentina

**Coordinación Editorial**

Esp. Susana PRÍNCIPE

## COMITÉ ASESOR FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Dra. María del Carmen Patricia DI NASSO  
Pacientes Especiales

Dr. Alberto José MARTÍN  
Rehabilitación

Dr. Jorge PASCUCCI  
Periodoncia

Dra. Adriana POLETO  
Diagnóstico por Imágenes

Dra. Elena VUOTO  
Odontopediatría

Dr. Walther ZAVALA  
Ciencias básicas

Dra. Graciela PEÑA  
Endodoncia

## PROFESORES EMÉRITOS UNCUYO

Prof. Esp. Carlos PRIGIONE  
Dra. Nélica PIZZI DE PARRA

## COMITÉ EDITORIAL

Dra. Noemí BORDONI  
Universidad de Buenos Aires. Argentina

Dr. Jorge Gamonal ARAVENA  
Universidad de Chile, Chile

Dra. Verónica AUSINA  
Universidad Católica de Valencia, España

Dra. María del Carmen LÓPEZ JORDI  
Universidad de la República, Uruguay

Dr. Roberto Beltrán NEIRA  
Universidad Cayetano Heredia, Perú

Esp. Francisco ERASO  
Universidad de Indiana, EEUU

## GESTIÓN EDITORIAL

Lic. Ester PERETTI  
Directora de Biblioteca - Facultad de Odontología

Florencia BERENGUA  
Traductora Pública de inglés

## Staff

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

Centro Universitario,  
Ciudad de Mendoza, Argentina  
prensa@fodonto.uncu.edu.ar  
Tels. +54 (261) 4135007- Int. 2814  
Fax. 4494142

## Edición y diagramación:

Teresa Salamunovic  
Patricia Calderón  
teresalamun@gmail.com

## Impresión:

IMPRIMCUYO

## Edición Diciembre 2018

Queda hecho el depósito que marca la ley 11.723.  
Impreso en Argentina  
ISSN 1667 - 4243  
ISSN- 2422 - 538X  
ON LINE

# Sumario / Normas para los autores

<b>EDITORIAL</b>	<b>5</b>
<b>CASOS CLÍNICOS</b>	
<b>Desprogramación mandibular. Plano de Altura Fijo (PAF)</b> Dr. Fernando Archain	<b>7</b>
<b>Recesión gingival unitaria. Reporte de caso</b> Autora: Ortega Daniela, Co-autoras: Pezzutti Mariana; Viegas Ivana; Garzón Paola	<b>13</b>
<b>Sífilis secundaria: manifestaciones en mucosa oral</b> Cantú Parra Laura; Vidal Jorgelina; Cippitelli María José; Rivarola Emilce	<b>20</b>
<b>INVESTIGACIÓN</b>	
<b>Patrón de prescripción de antibióticos en la Facultad de Odontología UNCUYO, en el tratamiento de infecciones de origen endodóntico</b> Dra. Peña, Graciela Roxana; Od. Rodríguez, Alicia; Od. Anselmi, Alberto; Od. Barrera borio, Maira Sol; Od. González, Ana Julieta; Od. Reyes, María Gimena	<b>23</b>
<b>La relación vincular con pacientes con discapacidad</b> Soloa, Carina; Peralta, Andrea	<b>29</b>
<b>INSTITUCIONAL</b>	
<b>Con la docencia se puede festejar - Cumplimos 10 años del plan estratégico "Juntos podemos la comunidad se beneficia"</b> Od. Grilli Silvia Mabel.	<b>33</b>
<b>Estancia de Movilidad Docente en la Escuela de Medicina Dental Maurice and Gabriela Goldschleger</b> <b>Universidad de Tel Aviv - Israel</b> Od. Esp. Evelyn Ruth Dolonguevich	<b>39</b>
<b>Programa de gestores universitarios - Visita a la Universidad Complutense. Madrid. España</b> María del Carmen Martínez	<b>46</b>
<b>Programa sonríe comunidad</b> Prof. Esp. García Crimi Graciela Edith	<b>48</b>
<b>"Prácticas sociales educativas"</b> <b>La Práctica Profesional Supervisada en la comunidad mendocina</b> Prof. Esp. Sergio Julián Sáenz	<b>56</b>
<b>Tratamiento restaurador atraumático</b> Dr. Jo Frencken	<b>58</b>
<b>Biblioteca</b>	<b>60</b>

## PUBLICACIÓN:

La revista de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Cuyo, Argentina, es una publicación semestral y considera para su publicación comunicaciones originales de interés odontológico y/o áreas afines. Podrás publicar en ella autores nacionales o extranjeros teniendo en cuenta que los conceptos, juicios y opiniones son responsabilidad de los autores y que solo se aceptarán trabajos que no hayan sido publicados con anterioridad en otra revista.

**Proceso de revisión:** Todo artículo será revisado y evaluado por el comité editorial podrá aceptarlo, enviarlo a una nueva corrección o rechazarlo.

**Carácter de la publicación:** Se aceptarán artículos en las categorías:

- Investigación
- Actualización
- Casos clínicos
- Institucional.

**Aspectos bioéticos:** Todos los artículos que involucren estudios con seres humanos, órganos y/o tejidos, deben cumplir con las normas vigentes en el marco de la declaración de Helsinki. Deberán especificar en la metodología la obtención del consentimiento informado de los participantes en el estudio y la aprobación de comité de ética de la institución correspondiente.

**Presentación:** Los manuscritos serán enviados al departamento de publicaciones de la Facultad de Odontología UNCUIYO en formato papel y una copia en CD o enviar por correo electrónico a [premsa@fodonto.uncu.edu.ar](mailto:premsa@fodonto.uncu.edu.ar), deben ser escritos en formato Word, hoja A4, márgenes de 25 ml. Letra Arial 11 o Times New Roman 12, interlineado de 1,5.

Debe contener:

- **Título:** Claro y conciso en Español e Inglés.
- **Autores:** Nombre completo de cada uno de los autores, institución donde se realizó el trabajo, dirección postal, correo electrónico y el grado académico o profesional. Si correspondiera aclarar la fuente de financiamiento y aprobación del comité de bioética. Si existieran coautores deberán consignarse los mismos datos.
- **Abstract o resumen:** No debe tener una extensión mayor a 150 palabras en Español e Inglés destacando objetivos, métodos y conclusiones.
- **Palabras claves:** En Español e inglés no mayor a 5 serán los términos más representativos del trabajo.
- **Estructura:** Los trabajos de investigación deben constar de: Introducción y antecedentes, métodos, resultados, discusión, conclusiones y referencias.

Los artículos de revisión bibliográfica o actualización constarán de: Introducción, revisión, método utilizados para la obtención de datos, desarrollo, discusión, conclusiones y referencias.

La presentación de casos clínicos constará de: Introducción, antecedentes, descripción del caso, discusión, conclusiones y referencias.

• **Ilustraciones:** Los esquemas, gráficos, tablas, dibujos o fotografías deben incluirse en el manuscrito y tener resolución 300 dpi. En formato jpg. O tiff. Deben ser numeradas en forma secuencial y estar citadas en el texto entre paréntesis.

• **Referencias, bibliografía:** Deben citarse a medida que aparecen en el texto con números arábigos entre paréntesis, se presentarán de la siguiente manera:

**Revistas:** Apellidos, iniciales del nombre, título del artículo, año, volumen, y número de fascículo entre paréntesis, número de página inicial y final.

**Libros:** Autores del título del libro, número de edición, lugar de edición, editorial, año de publicación.

**Capítulos de libro:** Autor del capítulo, títulos del capítulo, autores del libro, título del libro, número de edición, lugar de edición, editorial, año de publicación, página inicial y final del capítulo.



## Editorial

### La Facultad de Odontología en otros contextos

Cómo se construye un universitario?

Qué oportunidades deben brindarse?

Sólo los saberes científicos contribuyen a la formación de grado?

Cuando se observa la formación de un estudiante universitario se piensa en el universo de contenidos que no deben faltar. Clasificaciones, descripciones, listados de características, indicaciones y contraindicaciones, datos, datos y más datos que hoy la velocidad de la tecnología permite encontrarlos en muy poco tiempo y recuperarlos mañana y cuando se necesiten.

Las alianzas estratégicas, la vinculación con el medio local y la articulación con la comunidad son aspectos que contribuyen y permiten el crecimiento institucional e individual de los miembros de una institución. La Facultad de Odontología desde sus comienzos puso en evidencia un "norte", demostró que sostener el diálogo de saberes con la comunidad incide directamente en el perfil del egresado, en las competencias que adquiere el joven futuro profesional y moldea un efector de salud pertinente a los tiempos y al lugar donde ejercerá su profesión.

Vivir experiencias universitarias en otros contextos nacionales e internacionales redefinen otro egresado. Palpar otras culturas, entender otra forma de resolver las situaciones, escuchar otros idiomas inciden en nuestros estudiantes. Interactuar con otros permite crecer.

Estos últimos años se ha comprendido que en la medida que los Profesores se relacionen con sus pares en otras Facultades del país y del exterior los beneficios que se transfieren a las aulas se multiplican. Participar en congresos, publicar, realizar visitas académicas, etc. permite crecer. Estudiantes y Docentes que realizan estas experiencias, desde que las planifican hasta que las llevan a cabo, crecen en lo individual y en lo grupal. No son los mismos cuando regresan.

También el personal de apoyo académico que realiza estas experiencias crece. Viajar es aprender. También se produce un diálogo de saberes. Y a su regreso, estas oportunidades se traducen en su entorno laboral.

Sostener en el tiempo estas experiencias permiten que una Institución se nutra de otros aires, sus integrantes mejoren su estándar y contagien al resto de algo nuevo.

**Dra. Patricia DI NASSO**

Decana



## Editorial

### The Faculty of Dentistry and in other contexts

*How is a university built?*

*What opportunities should be offered?*

*Only scientific knowledge contribute to the formation of degree?*

*When you observe the formation of a university student you think about the universe of contents that you should not miss. Classifications, descriptions, lists of characteristics, indications and contraindications, data, data and more data that today the speed of the technology allows to find them in a very short time and recover them tomorrow and when they are needed.*

*The strategic alliances, the link with the local environment and the articulation with the community are aspects that contribute and allow the institutional and individual growth of the members of an institution. The Faculty of Dentistry since its inception showed a "north", showed that sustaining the dialogue of knowledge with the community directly affects the profile of the graduate, in the skills acquired by the young professional future and shapes a health effector pertinent to the times and place where he will practice his profession.*

*Living university experiences in other national and international contexts redefines another graduate. To touch other cultures, to understand another way of solving situations, to listen to other languages affect our students. Interacting with others allows you to grow.*

*In recent years it has been understood that as teachers interact with their peers in other faculties in the country and abroad, the benefits that are transferred to the classroom multiply. Participate in congresses, publish, make academic visits, etc. lets grow. Students and teachers who carry out these experiences, from the time they are planned until they are carried out, grow individually and as a group. They are not the same when they.*

*Also the academic support staff that makes these experiences grow. Traveling is learning. A dialogue of knowledge also takes place. And upon his return, these opportunities translate into his work environment.*

*Sustaining these experiences over time allows an Institution to nourish itself from other aspects, its members improve their standard and infect the rest of something new.*

**Dra. Patricia DI NASSO**  
Dean





## Casos Clínicos

# Desprogramación mandibular Plano de altura fijo (PAF)

### *Mandibular deprogramming Fixed Bite Plate*

AUTOR

#### **DR. FERNANDO ARCHAIN**

Odontólogo. Especialista Diplomado en Ortodoncia y Ortopedia Dentomaxilar. Dictante de Posgrado de la FO UNCuyo, SAO y Univ. Católica de Salta. Miembro del Comité Académico de Carrera de Esp. en Ortodoncia y Ortopedia Dentomaxilar

SAO - UCES. Dictante de conferencias y cursos en Argentina y en el exterior.

\*farchain@ciudad.com.ar

#### **RESUMEN**

La utilización del Plano de Altura Fijo es un recurso apropiado para la desprogramación mandibular, ya que es de construcción sencilla, fácilmente controlable por el profesional, cómodo para el paciente y de uso permanente.

Se logra a corto plazo eliminar trabas oclusales, nivelar el plano inferior y desprogramar la mandíbula.

Por lo dicho, lleva los cóndilos a una posición cómoda en la cavidad Glenoidea. Si a este logro le sumamos una terapéutica correcta, la Oclusión Habitual será coincidente con la posición condilar adecuada, y el caso termina en Oclusión en Relación Céntrica.

Cabe destacar que, de forma complementaria, cumple una importante tarea en el refuerzo del anclaje.

Palabras Clave: Desprogramación mandibular, Plano de Altura Fijo, oclusión en relación céntrica (ORC).

#### **ABSTRACT**

*The use of the Fixed Bite Plate is an appropriate resource for mandibular deprogramming, since it has a simple design, it is easy to control by the professional, comfortable for the patient, and for permanent use.*

*In the short term, the occlusal disharmonies disappear, the lower occlusal plane is levelled, and the mandibular deprogramming is achieved.*

*Therefore, the condyles are taken to an optimal position in the glenoid fossa, which, in addition to a correct therapeutics, will cause the habitual occlusion to be coincident with the proper condylar position. Finally, the clinical case concludes in centric relation occlusion.*

*Furthermore, it should be noted that the Fixed Bite Plate fulfills the complementary function of reinforcing anchorage.*

*Key Words: Mandibular deprogramming, Fixed Bite Plate, centric relation occlusion.*

#### **INTRODUCCIÓN**

Existen diversas técnicas para desprogramar la mandíbula de las posiciones condilares anómalas, generadas en gran proporción, por contactos oclusales incorrectos. Pero dado que todas

ellas se inclinan por el uso de aparatos removibles fuimos observando que sumado al conflicto del uso de la aparatología, la relación obtenida quedará reflejada en el articulador, pero en boca

volverá a su estadio inicial. (figura 1)

El punto de partida de todo tratamiento de Ortodoncia, requiere de un correcto diagnóstico, basado en estudios clínicos, radiográficos y funcionales.

## Desprogramación mandibular - Plano de altura fijo (PAF)

Dr. Fernando Archain

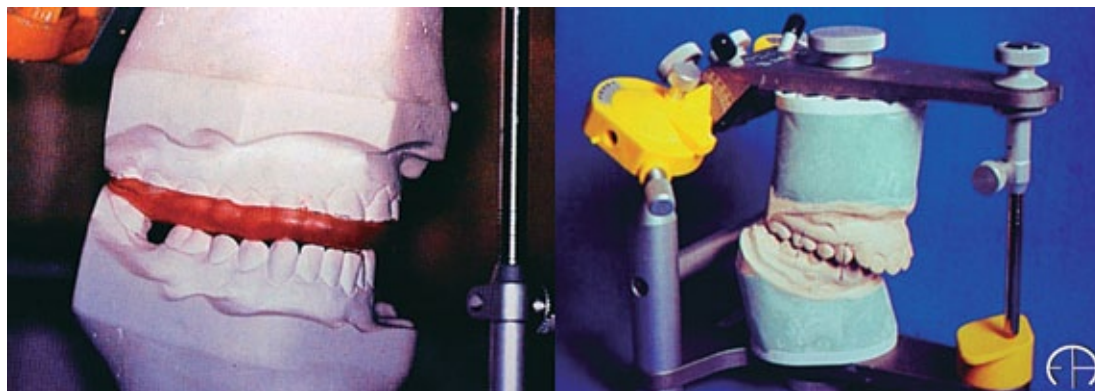


Figura 1

Las principales metas que debemos proponemos al concluir nuestra tarea son:

- **Caninos en Clase I**
- **Plano inferior nivelado**
- **Contacto anterior adecuado para el caso.**

Esto, con el agregado de los cóndilos en Relación Céntrica (posición cómoda de los mismos en la cavidad glenoidea) generará estabilidad en el sistema y redundará en beneficios para la salud articular. Habremos logrado entonces la oclusión habitual en relación céntrica, que en el idioma ortodóncico se denomina: **Oclusión en Relación Céntrica**. Nuestra propuesta es efectuar la Desprogramación Mandibular utilizando aparatología fija, superando ampliamente a nuestro criterio, lo propuesto por las metodologías anteriormente

mencionadas y agregando beneficios anexos.

Una manera clara de mostrar y explicar esta metodología, nos parece a través de un caso clínico.

### CASO CLINICO

Antecedentes: paciente de sexo masculino de 13 años y dos meses de edad.

Diagnóstico del Paciente: En el análisis facial de frente, se observa el tercio inferior aumentado, labio superior corto, eje de la cara correcto, labio inferior evertido e hipotónico e hipertonicidad mentoniana. En su examen de perfil, tercio inferior aumentado, papada, surco labio mentoniano muy marcado, perfil convexo y biprotusión labial. (Fig. 2 y 3)

En el análisis bucal podemos observar: alteración transversal evidenciada por

mordida invertida de los molares de ambos lados, Clase II canina del lado derecho, y Clase I del lado izquierdo. Las líneas medias no coincidentes. Marcado overjet. Overbite de un 50%. Plano inferior curvo (Curva de Spee profunda). Leve discrepancia óseo-dentaria. (Fig.5) En la figura 6, además del marcado overjet, pueden observarse las bases óseas y el prognatismo alveolar de los incisivos superiores.

La radiografía panorámica del paciente corrobora, ausencia de alteraciones óseas y dentarias. (Fig. 7)

El análisis cefalométrico (Fig. 8, 9 y 10) da por resultado según el cefalograma de Steiner:

### Plan de tratamiento:

Como primer paso se decide colocar un Plano de Altura Fijo (PAF), considerando que presenta las siguientes ventajas: es de fácil construcción, fácil adaptación para el paciente, su uso es permanente, genera desprogramación mandibular y corrige la sobremordida nivelando el plano inferior. Para lograrlo se construye un arco lingual superior con cierre de Atkinson (fig. 11) con alambre 0.9, en contacto con la rugas palatinas.

Ver Figura 11

Posteriormente se le agrega el PAF, construido en acrílico autocurable, sobre un modelo previamente tratado con separador.

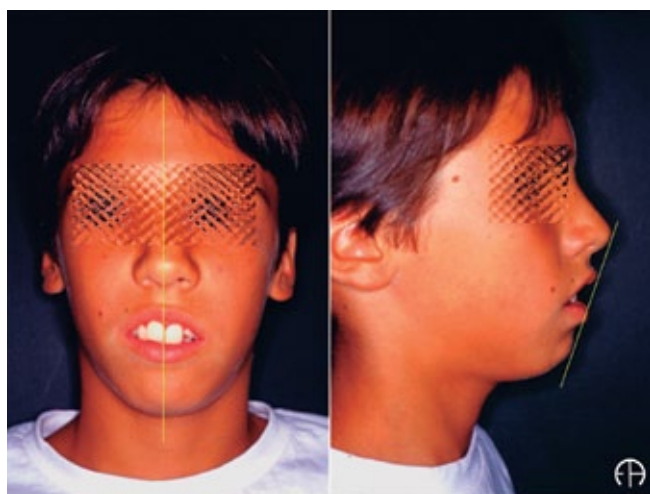


Figura 2 y 3

## Desprogramación mandibular - Plano de altura fijo (PAF)

Dr. Fernando Archain



Figura 5



Figura 6



Figura 7

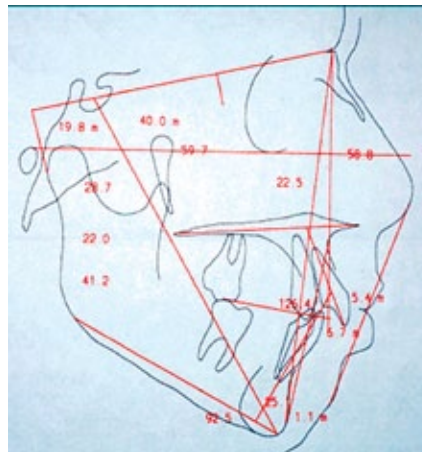


Figura 9

Figura 8

Figura 10: CEFALOGRAMA de STEINER

-Pac: JCL(m) 13 al 2m

- Birretrusión basal
- ANB aumentado (ángulo del pronóstico) indicando una Clase II esquelética (discrepancia ósea)
- Los ángulos del perfil (1-NA y 1-NB) están normales.
- Segmento incisivo superior a NA y el incisivo inferior a NB aumentados, indicando extrusión de ambos.
- SN - Go-Gn aumentado lo que indica giro posterior de la mandíbula
- Ángulo 1 a Max Sup y 1 a Go - Gn (ángulos del pronóstico) en rango de normalidad.
- Hiperdivergencia vertical basal

	norm	5/11
<b>S N A Angle</b>	82°	77,3°
<b>S N B Angle</b>	80°	70,7°
<b>A N B Angle</b>	2°	6,5°
<b>S N D Angle</b>	76°	67,3°
<b>Upper 1 to N A Distance</b>	4 mm	5,4 mm
<b>Upper 1 to N A Angle</b>	22°	22,5°
<b>Lower 1 to N B Distance</b>	4 mm	6,7 mm
<b>Lower 1 to N B Angle</b>	25°	25,1°
<b>Pogonion to N B Distance</b>	1,9 mm	1,1 mm
<b>Holdaway Difference</b>	3,3 mm	0
<b>Interincisal Angle</b>	130°	126,4°
<b>Occlusal Plane to S N</b>	14°	22°
<b>S N to Go Gn Angle</b>	32°	41,2°
<b>Gonial Angle</b>	130°	123,1°
<b>Lower 1 to Go - Gn</b>	93°	92,5°
<b>Upper 1 to Palatal Plane</b>	106°-112°	109,2°
<b>Frank. - Mand.</b>	24,5°	28,7°



## Desprogramación mandibular - Plano de altura fijo (PAF)

Dr. Fernando Archain



Figura 11



Figura 12

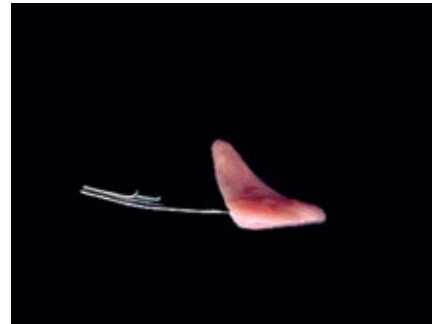


Figura 13



Figura 14



Figura 15



Figura 16

Se extiende de mesial del 14 a mesial del 24. Como debe permitir espacio para la lengua, se efectúa con una concavidad para la misma (Fig. 12). Este planito, está en contacto con la cara palatina de los elementos superiores y su altura, no debe permitir una inclusión posterior superior a 2 mm (espacio libre interoclusal), a fin de evitar traslación de los cóndilos e hiperactividad muscular. (Fig. 13 y 14)  
Ver Figura 12, 13 y 14

Una vez colocado en boca (Fig. 15), se corrobora que cumpla con las características señaladas. Es importante que los 4 incisivos inferiores ocluyan sobre el PAF, lo que se controla con papel de articular. De no hacerlo simultáneamente se hace una pequeña excavación de bordes indefinidos en el elemento que hace mayor contacto.

Al colocar el PAF, la Clase II se potencia por la leve rotación posterior de la mandíbula. (Fig. 16)

A los 45 días se controla y se observa que todos los elementos dentarios posteriores contactan. En caso de ser necesario se rebasa, restableciendo la inclusión de 2 mm. (Fig. 17 y 18)

El próximo control se realiza a los 90 días. Se observa que la Clase II mejoró. (Fig. 19 y 20)

Es importante destacar que la respuesta gingival es muy buena, ante el uso del PAF, según se observa a continuación. (Fig. 21)



Figura 17



Figura 18



Figura 19

Desprogramación mandibular - Plano de altura fijo (PAF)

Dr. Fernando Archain



Figura 20



Figura 21



Figura 22

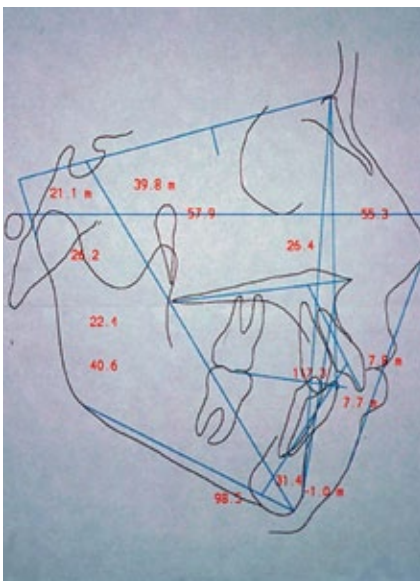


Figura 23

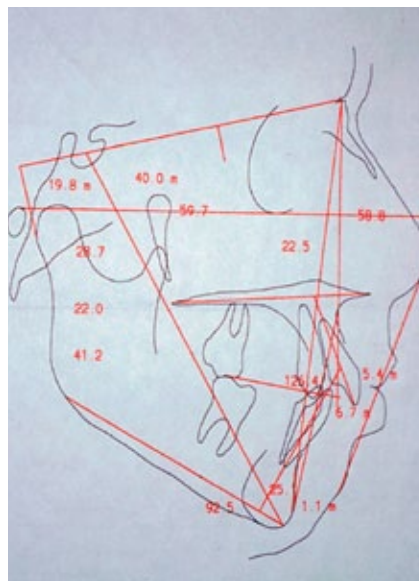


Figura 24

¿Cómo actuó el PAF? :

A través de una nueva telerradiografía (Fig.22) y realizando un estudio comparativo de los cefalogramas inicial (Fig.23) y actual (Fig.24), a los 90 días podemos observar (Fig. 25 y 26):

¿Cómo interpretamos estos valores? :

Los incisivos inferiores se intruyeron (los mm de 1 a NB, NO aumentaron en la misma proporción que el ángulo 1 a NB)

	norm	5/11	7/2
S N A Angle	82°	77,3°	76,7°
S N B Angle	80°	70,7°	71,3°
A N B Angle	2°	6,5°	5,4°
S N D Angle	76°	67,3°	67,3°
Upper 1 to N A Distance	4 mm	5,4 mm	7,8 mm
Upper 1 to N A Angle	22°	22,5°	26,4°
Lower 1 to N B Distance	4 mm	6,7 mm	7,7 mm
Lower 1 to N B Angle	25°	25,1°	31,4°
Pogonion to N B Distance	1,9 mm	1,1 mm	-1
Holdaway Difference	3,3 mm	0	0
Interincisal Angle	130°	126,4°	117,3°
Occlusal Plane to S N	14°	22°	22,4°
S N to Go Gn Angle	32°	41,2°	40,6°
Gonial Angle	130°	123,1°	126,4°
Lower 1 to Go - Gn	93°	92,5°	98,5°
Upper 1 to Palatal Plane	106°-112°	109,2°	111,5°
Frank. - Mand.	24,5°	28,7°	26,2°

Figura 25: CEFALOGRAMA de STEINER Pac:JCL(m) 13a/2m a 13a/5m

EVALUACION			
MEDIDA	NORM	5/11	7/2
SNB	80	70,7	71,3
1 a Go-Gn	93	92,5	98,5
1 a NB	25	25,1	31,4
1 a NB(mm)	4	6,7	7,7
SN - Go Gn	32	41,2	40,6

Figura 26: Evaluación  
 - SNB al comenzar era de 70,7°, ahora es de 71,3° (mejora de la Clase II)  
 - 1 a Go-Gn de 92,5° pasó a 98,5°.  
 - 1 a NB de 25,1° pasó a 31,4°  
 - 1 a NB de 6,7 mm pasó a 7,7 mm  
 - SN - Go-Gn de 41,2° pasó a 40,6°

## Desprogramación mandibular - Plano de altura fijo (PAF)

Dr. Fernando Archain

y mejoró el plano oclusal inferior, en su visión clínica. El ángulo SN – Go-Gn, disminuyó su valor. Es decir NO hubo extrusión de las piezas posteriores, sino INTRUSION de los incisivos inferiores.

### CONCLUSIONES:

La utilización del Plano de Altura Fijo, es un recurso que consideramos apropiado para la desprogramación mandibular, ya que es de construcción sencilla, fácilmente controlable por el profesional, cómodo para el paciente y de uso per-

manente. Se logran resultados en corto tiempo, nivelando el plano inferior y eliminando trabas oclusales, DESPROGRAMA LA MANDIBULA. Todo esto en suma, mejora el overbite y el overjet.

Con lo expuesto, alcanzar las metas de nuestro tratamiento ortodóncico, es más sencillo. El hecho de comenzar el tratamiento con una posición cómoda de los cóndilos en la cavidad glenoidea, es decir en Relación Céntrica, nos permitirá llegar, a lo largo de las alternativas terapéuticas, a una Oclusión Habitual

coincidente con la situación condilar. En definitiva, habremos concluido el caso en OCLUSION EN RELACION CENTRICA (ORC).

Anexo a lo tratado en este breve artículo, cabe destacar que el PAF cumple una importante tarea en el refuerzo del anclaje. Esto se evidencia en los casos tratados con extracciones de premolares superiores, en los que es necesario retruir el sector antero-superior y se toman los sectores posteriores como apoyo.

## BIBLIOGRAFÍA

1. **MOYERS ROBERT E.:** *Manual de Ortodoncia - Editorial Mundi - 1ª Edición - 1976.-*
2. **MAYORAL J. Y MAYORAL G.:** *Ortodoncia - Principios fundamentales y práctica - Editorial Labor - 5ª Edición - 1986.-*
3. **BESZKIN E.; LIPSZYC M.; VORONOVITSKY L. Y ZIELINZKY L.:** *Cefalometría Clínica - Editorial Mundi - 1ª Edición.- 1966.-*
4. **GRABER T. M Y SWAIN B. F.:** *Ortodoncia - Conceptos y Técnicas - Editorial Médica Panamericana - 1979.-*
5. **HOWAT ALISON P.; CAPP NICHOLAS J. Y BARRETT N. VINCENT J.:** *Oclusión y Maloclusión - Mosby - España - 1992.-*
6. **ALONSO ANÍBAL A.; ALBERTINI JORGE S. Y BECHELLI ALBERTO H.:** *Oclusión y Diagnóstico en Rehabilitación Oral - Editorial Médica Panamericana - 1999.-*
7. **PROFFIT WILLIAM:** *Ortodoncia - Teoría y Práctica - Mosby / Doyma Libros -2ª. Edición - 1994.-*
8. **WHALTER D. P.:** *Ortodoncia actualizada - Editorial Mundi - 1972.-*
9. **AMERICAN JOURNAL OF ORTHODONTICS AND DENTOFACIAL ORTHOPEDICS - Published Monthly by Mosby.-**
10. **JOURNAL OF CLINICAL ORTHODONTICS - Published four times a year by JCO inc.-**
11. **REVISTA DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE ORTODONCIA - Publicación semestral.-**
12. **REVISTA DE LA ASOCIACIÓN ODONTOLÓGICA ARGENTINA - Publicación trimestral.-**



## Casos Clínicos

# Recesión gingival unitaria. Reporte de caso

### *Unitary gingival recession: Case Report*

AUTORA

#### **ORTEGA DANIELA**

Odontóloga. Ex residente del Hospital Central. Vocal de la Sociedad de Periodoncia del Círculo Odontológico de Mendoza (SOMEPPER).

Institución: Hospital Central. Salta y Alem. Código Postal 5500.  
Mail: [daniela\\_ortega86@hotmail.com](mailto:daniela_ortega86@hotmail.com)

CO-AUTORAS

#### **PEZZUTTI MARIANA**

Odontóloga. Esp. Periodoncia. Esp. en Odontología Social y Comunitaria. Instructora del Hospital Central en Periodoncia. Presidente del Comité de Docencia e Investigación del Hospital Central. Presidente de la Comisión de PRECAP. Vocal de la Sociedad de Periodoncia del Círculo Odontológico de Mendoza (SOMEPPER). Coordinadora de la Subdirección Asistencial del Hospital Central de Mendoza.

Mail: [mazamariana28@yahoo.com.ar](mailto:mazamariana28@yahoo.com.ar)

#### **VIEGAS IVANA**

Odontóloga. Esp. Periodoncia. Esp. Implantología oral. Jefa de trabajos prácticos del Ministerio de Salud de Mendoza. Ex secretaria de la Sociedad de Periodoncia del Círculo Odontológico de Mendoza (SOMEPPER). Presidente de la Sociedad de Periodoncia Sociedad de Periodoncia del Círculo Odontológico de Mendoza (SOMEPPER). Ex Periodoncista de OSFA

Mail: [ivanaviegas@hotmail.com](mailto:ivanaviegas@hotmail.com)

#### **GARZÓN PAOLA**

Odontóloga. Esp. Periodoncia. Jefa de trabajos prácticos del Ministerio de Salud de Mendoza. Ex presidente de la Sociedad de Periodoncia del Círculo Odontológico de Mendoza (SOMEPPER). Secretaria de la Sociedad de Periodoncia Sociedad de Periodoncia del Círculo Odontológico de Mendoza (SOMEPPER). Periodoncista de OSECAC. Ex Periodoncista de OSEP. Ex Periodoncista del Hospital del Carmen (OSEP).

Mail: [paolagarzon04@gmail.com](mailto:paolagarzon04@gmail.com)

#### **RESUMEN**

La recesión gingival es la exposición de la superficie radicular, con pérdida de tejido periodontal marginal de gravedad variable, de uno o varios dientes, causada por la migración de la encía marginal y del epitelio de inserción a un nivel más apical. Se presenta el caso clínico de un paciente de sexo masculino de 34 años de edad que consulta por presentar una recesión en el sector anteroinferior. Se decide realizar la técnica quirúrgica de bolsillo con injerto conectivo subepitelial + L-PRF ya que la mayoría de los casos reportados demostraron que el injerto conectivo subepitelial es el "gold estándar" para el tratamiento de la cobertura radicular. Conclusiones. El procedimiento de bolsillo puede ser el método de elección en casos en los que solo debe tratarse una sola recesión. El L-PRF es un biomaterial natural con poderosas propiedades mecánicas y biológicas que estimulan y favorecen la regeneración de los tejidos.

#### **ABSTRACT**

*Gingival recession is the exposure of the radicular surface, with loss of marginal periodontal tissue of variable severity, of one or several teeth, caused by the migration of the marginal gingiva and the insertion epithelium to a more apical level. We present the clinical case of a male patient of 34 years of age who consulted for presenting a recession in the anteroinferior sector. It was decided to perform the surgical technique of pocket with subepithelial connective graft + L-PRF since most of the reported cases showed that the subepithelial connective graft is the "gold standard" for the treatment of radicular coverage. Conclusions The pocket procedure can be the method of choice in cases where only a single recession should be treated. The L-PRF is a natural biomaterial with powerful mechanical and biological properties that stimulate and favor the regeneration of tissues.*

## Recesión gingival unitaria. Reporte de caso

Autora: Ortega Daniela, Co-autoras: Pezzutti Mariana; Viegas Ivana; Garzón Paola

Palabras claves: "recesión gingival", "injerto conectivo subepitelial", "L-PRF", "técnica de sobre", "Raetzke".

Key words: "gingival recession", "subepithelial connective graft", "L-PRF", "the envelope technique", "Raetzke".

### INTRODUCCIÓN

La recesión gingival (RG) es un término que designa a la exposición de la superficie radicular, con pérdida de tejido periodontal marginal de gravedad variable, de uno o varios dientes, causada por la migración de la encía marginal y del epitelio de inserción a un nivel más apical, es decir, la exposición oral de la superficie de la raíz debido a un desplazamiento del margen gingival apical a la unión cemento-esmalte. En la actualidad, las RGs representan una patología muy importante para los pacientes que afectan a la mayoría de la población adulta. Los factores anatómicos gingivales, los traumatismos crónicos, la periodontitis y la malposición dental son las principales condiciones que conducen al desarrollo de estos defectos; también se relacionan regularmente con el deterioro de la estética dental, la hipersensibilidad de la dentinaria y la dificultad para llevar a cabo una correcta higiene oral (1, 2).

### DESCRIPCIÓN DEL CASO

Antecedentes: concurre a la consulta un paciente de sexo masculino de 34 años

de edad que consulta por presentar una recesión en el sector anteroinferior y dificultad para higienizar la zona. No presenta antecedentes médicos relevantes. No es fumador. Refiere haber sufrido un traumatismo de origen deportivo y como consecuencia del mismo sufrió una fractura coronorradicular del elemento 31, el cual fue extraído y una fractura coronaria del elemento 41, al que se le practicó la endodoncia y restauración correspondiente. Luego relata que se le realizó tratamiento de ortodoncia durante un periodo de un año y medio y que una vez retirada la aparatología se le efectuó una frenectomía.

Al examen clínico se observa: un biotipo periodontal de tipo fino, con una recesión gingival (RG) unitaria tipo III de Miller en el elemento 41 (Figura 1). La altura de encía queratinizada es nula (0mm) y el nivel de inserción clínica (NIC) en Vestibular (V) de 8mm, Mesial (M) de 9mm y Distal (D) de 9mm. La profundidad de sondaje en V es de 4mm, en M de 3mm y en D de 5mm, el largo de la recesión es de 6mm y el ancho es de 3 mm. Clínicamente el elemento se encuentra ferulizado

por una contención post tratamiento de ortodoncia y se puede observar cálculo y placa en la zona.

Se solicita Rx periapical de la zona anteroinferior donde se observa pérdida de tabla ósea vestibular y gran pérdida ósea interproximal (Figura 2).

### DESARROLLO

Una vez establecido el diagnóstico, determinamos el pronóstico, que resultó ser dudoso, y el plan de tratamiento. Planteamos los siguientes objetivos terapéuticos: crear encía insertada en el elemento 41, estabilizar el margen gingival, lograr cubrimiento radicular, mejorar el control de la Placa Bacteriana y conseguir estética en el sector. Realizamos la terapia básica y posteriormente educamos al paciente en cuanto a la técnica de higiene oral y lo asesoramos respecto a sus hábitos.

### DISCUSIÓN

Planteamos dos alternativas de tratamiento: realizar un Injerto gingival libre o la Técnica quirúrgica de bolsillo con injerto conectivo subepitelial + L-PRF (3). Tomamos la decisión de realizar la técnica



Figura 1: Caso Clínico

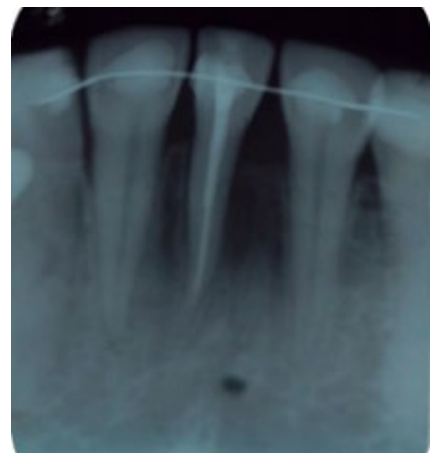


Figura 2: Imagen radiográfica

**Recesión gingival unitaria. Reporte de caso**

Autora: Ortega Daniela, Co-autoras: Pezzutti Mariana; Viegas Ivana; Garzón Paola

quirúrgica de bolsillo con injerto conectivo subepitelial + L-PRF basándonos en los siguientes criterios (4): a)- el tratamiento de la recesión gingival es un importante problema terapéutico debido a la demanda estética por parte de los pacientes, b)- aunque el injerto de tejido conectivo se considera comúnmente como el “gold standard” para el tratamiento de los defectos de una recesión, no siempre es la mejor opción quirúrgica para todos los casos, c)- en condiciones no experimentales, todos los procedimientos de cobertura radicular pueden ser eficaces en cuanto a la cobertura completa de la raíz y a una estética excelente, d)- el análisis cuidadoso del paciente y los factores relacionados con los defectos de los tejidos, son claves para seleccionar una técnica quirúrgica apropiada.

En comparación con otros procedimientos utilizados para tratar la recesión localizada, la técnica de bolsillo (5) ofrece las siguientes ventajas: 1)- traumatismo quirúrgico mínimo en el sitio del receptor donde la preparación consiste en socavar una incisión de espesor parcial solamente, en lugar de la elevación y la reubicación del tejido, 2)- cobertura de áreas localizadas de raíces expuestas con injertos subepiteliales, 3)- buena cicatrización incluso en áreas profundas y amplias de recesión debido al máximo contacto entre el injerto y los tejidos del huésped. Estos brindan soporte y nutrición al injerto, 4)- herida superficial leve en el sitio donante. Los bordes de las heridas se adaptan mediante suturas y la curación es por intención primaria. Otros métodos dejan un defecto superficial correspondiente al tamaño del injerto, 5)- los resultados estéticos son favorables. El injerto coincide con los tejidos circundantes. No hay objeciones por parte del paciente, 6)- los resultados clínicos son favorables de 2 a 8 meses después de la cirugía.

Las indicaciones para la técnica de bolsillo son: a)- áreas localizadas con falta de encía queratinizada y encía adherida

donde la inflamación no puede controlarse permanentemente con medidas de higiene oral normales, b)- áreas localizadas de recesión con o sin suficiente encía queratinizada y adherida, cuando las consideraciones estéticas, la sensibilidad de la raíz involucrada o los signos iniciales de caries radicular requieren tratamiento, c)- áreas de recesión próximas a los márgenes de la corona, que causan un problema estético. Si la corona es aceptable en cuanto a asiento y apariencia, el injerto puede ahorrar el esfuerzo y los costos del tratamiento protésico. La inflamación de la encía ahora nuevamente en contacto con el margen de la corona debe prevenirse mediante un control rígido de la placa; de lo contrario, la recesión puede volver a producirse.

El L-PRF o matriz de fibrina autóloga rica en plaquetas y leucocitos es un concentrado sanguíneo de segunda generación. Se lo considera un autoinjerto cuya función es acelerar el procedimiento regenerativo y disminuir el proceso inflamatorio de la IL4. Se utiliza en forma de coágulos, tapones, membranas o el suero que exuda. Es obtenida de la sangre completa del paciente sin anticoagulantes ni activadores de la polimerización. El 97% de las plaquetas y más del 50% de los leucocitos permanecen en la malla de fibrina. Dentro del tubo se produce la coagulación natural de la sangre. Cuando se tiene una herida en un tejido o vaso, las plaquetas comienzan adherirse allí a la vez que el tejido injuriado va a liberar un factor llamado Tissue factor y éste va unirse a ciertos pasos de la cascada intrínseca (X) y extrínseca (V) de la coagulación; y todo este conglomerado comienza hacer que la Protrombina se transforme en Trombina y la deje como molécula libre. Esta liberación natural de Trombina estimula a las plaquetas y el paso de Fibrinógeno a Fibrina y así se va a producir dentro del tubo el concentrado de fibrina con toda la degranulación de las plaquetas. En el tubo quedan atrapa-

dos: en el fondo todas las células rojas, en la parte media el tapón o coágulo de fibrina con todas las células y factores de crecimiento provenientes de la degranulación de las plaquetas y en la parte superior el suero que es rico en factores de crecimiento. Este tapón de fibrina tiene un tiempo de degranulación de 7 a 10 días (durante este tiempo aporta todos los factores de crecimiento en la herida en forma gradual) promoviendo la reparación de los tejidos. (6)

El L-PRF contiene (7): a)- factores de crecimiento de las plaquetas: TGF beta1, PDGF-AB, VEGF, EGF, FGF, IGF, Trombospondina 1, Vitronectina, Fibronectina, b)- citoquinas proinflamatorias: IL 1beta, IL 6, TNF alfa, c)- citoquinas antiinflamatorias: IL4, d)- leucocitos (brindan protección)

**TÉCNICA**

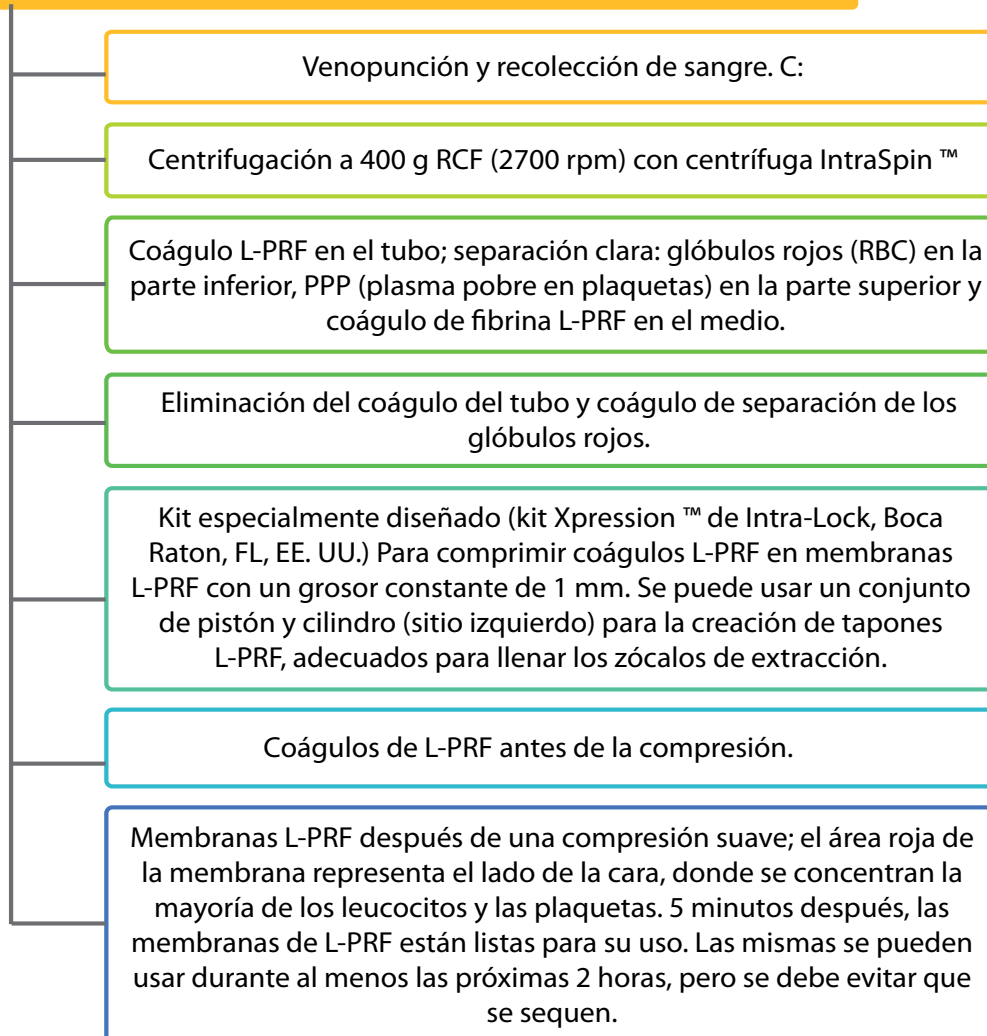
- 1- Acondicionamiento radicular: reinstrumentación radicular
- 2- Preparación del lecho receptor: incisión intrasurcular y bolsillo de espesor parcial (Figura 3a)
- 3- Aplanamiento radicular y control del lecho receptor (Figura 3b)
- 4- Toma de injerto subepitelial palatino con conservación de periostio. Se suturó con seda 4.0 (Figura 3c)
- 5- Remodelado del injerto y presentación en el sitio receptor (Figura 3d)
- 6- Sutura del injerto con material reabsorbible 6.0 y colocación en el sitio receptor, se introdujo en el bolsillo
- 7- Fijación del injerto a las papilas y zonas laterales (Figura 3e)
- 8- Preparación de membranas de L-PRF (8) (Tabla 1)
- 9- Sutura de 3 membranas agrupadas entre sí para proteger el injerto (sutura reabsorbible 6.0). La membrana superficial será la primera en degradarse a las 48-72hs. (Figura 3f)
- 10- Fijación de las membranas en el lecho receptor (Figura 3g)
- 11- Inyección de suero de L-PRF en la zona receptora y en paladar

## Recesión gingival unitaria. Reporte de caso

Autora: Ortega Daniela, Co-autoras: Pezzutti Mariana; Viegas Ivana; Garzón Paola

### PROTOCOLO DE PREPARACIÓN DE CÓAGULOS Y MEMBRANAS DE L-PRF

**Tabla 1:** Protocolo de preparación de membrana



12- Presión digital de la zona de 3 a 5 minutos para asegurar la estabilización inicial, dada por la íntima adaptación del injerto al lecho receptor; de esta manera, se establecerá una nutrición inicial por difusión plasmática.

13- Cobertura con papel aluminio y cemento de termocurado para proteger la zona (Figura 3h)

#### Indicaciones postoperatorias:

Se le brindaron al paciente, las indicaciones que debía seguir: enjuagues de clorhexidina al 0,12 % dos veces al día en la zona, no manipular la zona dadora ni receptora, dieta blanda y fría durante 3 días, frío local, no succionar, no hacer buches, reposo relativo, analgésicos cada 8 o 12 hs según dolor, antibióticos, y controles estrictos

Realizamos los controles estrictos a las 48hs, 7, 15, 30, 55 días y a los 6 meses. Control a las 48hs: en el sitio receptor se observan las membranas que se mantienen inmóviles en su sitio y signos clásicos de inflamación (Figura 4a) En el sitio dador (paladar): leve edema y suturas intactas (Figura 4b) El paciente no refiere dolor.

**Control a los 7 días: en el sitio recep-**



Recesión gingival unitaria. Reporte de caso

Autora: Ortega Daniela, Co-autoras: Pezzutti Mariana; Viegas Ivana; Garzón Paola



Figura 3a



Figura 3b



Figura 3c



Figura 3d



Figura 3e

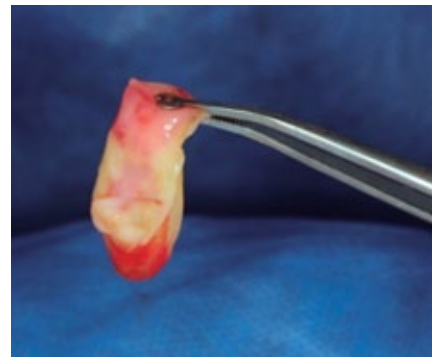


Figura 3f

tor hay degradación de las membranas, por el momento no son removidas (Figura 5a) **En el sitio dador** (paladar) observamos una capa de fibrina, hay disminución del edema. Se retiran los puntos de sutura (Figura 5b). El paciente no refiere dolor **Control a los 15 días: en el sitio receptor** se remueven las membranas necróticas y el punto de sutura que las sostenía (Figura 6a) **En el sitio dador (paladar)** se observa una zona de necrosis epitelial superficial (en el momento de la cirugía no fueron colocadas membranas de L-PRF) (Figura 6b) El paciente refiere leve molestia en el paladar

**Control a los 30 días: en el sitio receptor** los tejidos se encuentran estabilizados (Figura 7a) **En el sitio dador (paladar)** se ha regenerado por completo (Figura

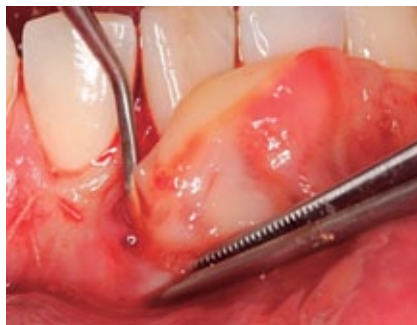


Figura 3g



Figura 3h



Figura 4a: Control 48hs.



Figura 4b: Control 48hs.

### Recesión gingival unitaria. Reporte de caso

Autora: Ortega Daniela, Co-autoras: Pezzutti Mariana; Viegas Ivana; Garzón Paola



**Figura 5a:** Control 7 días.



**Figura 5b:** Control 7 días.



**Figura 6a:** Control 15 días.



**Figura 6b:** Control 15 días.



**Figura 7a:** Control 30 días.



**Figura 7b:** Control 30 días.



**Figura 8a:** Control 55 días.



## Recesión gingival unitaria. Reporte de caso

Autora: Ortega Daniela, Co-autoras: Pezzutti Mariana; Viegas Ivana; Garzón Paola

7b) El paciente no refiere molestia alguna  
**Control a los 55 días: en el sitio receptor** se observan los tejidos estabilizados, con buena apariencia de cicatrización (Figura 8a). **En el sitio dador (paladar)** se encuentra intacto (Figura 8b)

## RESULTADOS

A los seis meses se llevó a cabo una nueva evaluación y se obtuvieron los siguientes resultados: 1)- aumento de encía queratinizada en el elemento 41, 2)- se redujo la recesión gingival (RG), 3)- no se obtuvo Cubrimiento Radicular Completo (CRC), 4)- mejoría en el control de placa bacteriana por parte del paciente, 5)- el resultado estético no se ha logrado en su totalidad, pero es satisfactorio para el paciente, 6)- se determinó la necesidad de una cirugía complementaria (Figura 9)

## CONCLUSIONES

Antes de realizar cualquier procedimiento



**Figura 8b:** Control 55 días.



**Figura 9:** Foto posoperatoria.

de tipo quirúrgico, es de suma importancia que el paciente controle su higiene oral y haya cambiado por completo sus hábitos. Es fundamental la realización de los controles postoperatorios y el cuidado por parte del paciente.

El procedimiento de bolsillo puede ser el método de elección en casos en los que

solo debe tratarse una sola recesión, debido al mínimo traumatismo que se produce y a sus resultados estéticos.

El L-PRF debe considerarse como un biomaterial natural con poderosas propiedades mecánicas y biológicas que estimulan y favorecen la regeneración de los tejidos.

## BIBLIOGRAFÍA

1. LEANDRO CHAMBRONE, FLÁVIA SUKEKAVA, MAURÍCIO G. ARAÚJO, FRANCISCO E. PUSTIGLIONI, LUIZ ARMANDO CHAMBRONE, AND LUIZ A. LIMA. *Root-Coverage Procedures for the Treatment of Localized Recession-Type Defects: A Cochrane Systematic Review* (Division of Periodontics, Department of Stomatology, School of Dentistry, University of São Paulo, São Paulo, SP, Brazil. Department of Dentistry, State University of Maringá, Maringá, PR, Brazil. Private practice, São Paulo, SP, Brazil.)
2. G. AGUDIO, M. NIERI, R. ROTUNDO, D. FRANCESCHI, P. CORTELLINI, AND G.P. PINI PRATO. *Periodontal Conditions of Sites Treated With Gingival-Augmentation Surgery Compared to Untreated Contralateral Homologous Sites: A 10- to 27-Year Long-Term Study* (Private practice, Bergamo, Italy. Department of Periodontology, University of Florence, Florence, Italy. Tuscan Academy of Dental Research (ATRO), Florence, Italy.)
3. GIULIO RASPERINI, RAFFAELE ACUNZO, ENRICO LIMIROLI. *Practical Applications. Decision Making in Gingival Recession Treatment: Scientific Evidence and Clinical Experience.* (Unit of Periodontology, Dental Clinic, Department of Surgical, Reconstructive and Diagnostic Science, Foundation IRCCS, Ca' Granda Policlinico, University of Milan, Milan, Italy.)
4. PETER B. RAETZKE. *Covering Localized Areas of Root Exposure Employing the "Envelope" Technique Accepted for publication 28 October 1984* (Department of Periodontology, University of Frankfurt Dental Clinic "Carolinum.", Frankfurt, West Germany, Formerly, Graduate Students in Periodontics, Indiana University School of Dentistry, Indianapolis, IN.)
5. DAVID M. DOHAN EHRENFEST, LARS RASMUSSEN AND TOMAS ALBREKTSSON. *Trend in Biotechnology 2009 Vol 27:3; 158-167. Classification of platelet concentrates: from pure platelet-rich plasma (P-PRP) to leucocyte- and platelet-rich fibrin (L-PRF)* (Department of Biomaterials, Institute of Clinical Sciences, The Sahlgrenska Academy at University of Gothenburg, Sweden)
6. EHRENFEST ET AL 2010 (*Arch Oral Biology*) DOHAN 2006 (*Triple O; 101:E51-5*), DOHAN 2010 (*J of Periodontology 81; 546-555*), DEL CORSO 2010 (*JLAD: 1:9; 27-35*). CHOUKROUN 2009: *Growth Factors 2009 Feb, 27(1): 63-9*
7. NELSON R. PINTO, ANDY TEMMERMAN, WIM TEUGHEL, ANA B. CASTRO, SIMONE CORTELLINI, MARC QUIRYNEN. *Technical Report • October 2016 DOI: 10.13140/RG.2.2.36712.88326. Consensus Guidelines on the Use of L-PRF from the 1st European Meeting on Enhanced Natural Healing in Dentistry.*

# Sífilis secundaria: manifestaciones en mucosa oral

## *Secondary syphilis: manifestations in oral mucosa*

### AUTORES

#### **CANTÚ PARRA LAURA**

Médica residente de Dermatología.

Institución: Hospital L. C. Lagomaggiore. Timoteo Gordillo s/n, Ciudad. CP 5500.

Mail: [lauracantuparra@gmail.com](mailto:lauracantuparra@gmail.com), [dermatolago@gmail.com](mailto:dermatolago@gmail.com)

#### **VIDAL JORGELINA**

Médica Dermatóloga. Hospital L. C. Lagomaggiore. Universidad Nacional de Cuyo.

#### **CIPPITELLI MARÍA JOSÉ**

Médica Dermatóloga. Hospital L. C. Lagomaggiore.

#### **RIVAROLA EMILCE**

Doctora en Medicina. Profesora Adjunta de Patología y Clínica Estomatológica. Hospital L. C. Lagomaggiore. Universidad Nacional de Cuyo.

### RESUMEN

La sífilis es una enfermedad infecciosa producida por una bacteria denominada *Treponema pallidum*. Su principal vía de transmisión es a través del contacto sexual. Actualmente se la considera un problema de salud pública por su creciente incidencia. Las manifestaciones en la mucosa oral pueden verse en diversas etapas de la enfermedad. A continuación se presentan dos casos clínicos de pacientes con lesiones orales de sífilis secundaria y un resumen de dicha patología.

Palabras claves: sífilis secundaria, *Treponema pallidum*, manifestaciones orales.

### ABSTRACT

*Syphilis is an infectious disease caused by the bacterium *Treponema pallidum*. It is mainly sexually transmitted. Actually it is considered a public health problem due to its growing incidence.*

*Oral manifestations may occur in all stages simulating other diseases. Two cases of patients with oral lesions as a manifestation of secondary syphilis are reported and a review of the literature is presented in this article.*

*Key words: secondary syphilis, *Treponema pallidum*, oral manifestations.*

### INTRODUCCIÓN

La sífilis es una enfermedad causada por la bacteria *Treponema pallidum*, que se transmite principalmente por vía sexual. (1) Se clasifica en cuatro etapas: primaria, secundaria, latente y terciaria. La sífilis secundaria es conocida como "la gran simuladora" porque presenta manifestaciones, tanto locales como sistémicas, que imitan

otras enfermedades. Las manifestaciones orales son frecuentes y pueden presentarse en todos sus estadios. (2) Se presentan dos casos clínicos con lesiones en la mucosa oral correspondientes a sífilis secundaria.

### CASOS CLÍNICOS

#### **CASO N°1:**

Paciente de género femenino de 19 años

de edad, sin antecedentes patológicos relevantes. Consultó por múltiples placas eritemato-escamosas numulares asintomáticas en región perioral, de 4 días de evolución (foto 1). Además presentó placas depapiladas eritematosas y asintomáticas en dorso de lengua (foto 2) y astenia diez días previos a la consulta. Se solicitó analítica, en la que se observó VDRL: 32

## Sífilis secundaria: manifestaciones en mucosa oral

Cantú Parra Laura; Vidal Jorgelina; María José Cippitelli; Rivarola Emilce

dils y test de aglutinación de partículas de *Treponema pallidum* (TPAP) reactiva. Se arribó al diagnóstico de sífilis secundaria.

**CASO N° 2:**

Paciente de género masculino de 41 años de edad, sin antecedentes patológicos conocidos. Consultó por presentar una pápula eritematosa en dorso de lengua, de 15 días de evolución y placas opalinas en mucosa labial superior e inferior y cara ventral de lengua (Fotos 3-4). En el examen físico de piel se evidenció rash eritematoso maculo-papular en tronco y placas eritematosas con collarete periférico de escamas en palmas y plantas. Se solicitó serología y se obtuvo VDRL: 16 dils y TPAP reactiva. Se arribó al diagnóstico de sífilis secundaria.

A ambos pacientes se le indicó tratamiento con penicilina G benzatínica 2.400.000 UI, vía intramuscular (IM), por semana durante 3 semanas, evidenciándose mejoría clínica 7 días después de la primera dosis (Foto 5) y disminución de los títulos de VDRL a los 4 meses.

**DISCUSIÓN**

La sífilis es una enfermedad que ocurre en todo el mundo y su incidencia varía con la distribución geográfica y el entorno socioeconómico. El grupo etario más comprometido incluye personas entre 15 y 30 años. En el 2006, la Organización Mundial de la



**Figura 1:** Placas eritemato-escamosas numulares en región perioral.

Salud (OMS) estimó la incidencia mundial de la sífilis de 0,4% (12 millones de casos) y la prevalencia del 1% (2,4), por lo que continúa siendo un problema mayor para la salud pública.(3)

La sífilis secundaria representa el estadio clínico más florido de la infección. Empieza entre 2 y 8 semanas después de la aparición del chancro (estadio primario), pudiendo éste estar presente todavía en el inicio del secundarismo. Durante la diseminación hemática, los treponemas invaden todos los órganos y la mayoría de los líquidos orgánicos produciendo sintomatología sistémica como febrícula, faringitis, cefalea, pérdida de peso, anorexia, mialgias, artralgias y adenopatías generalizadas.(4) La manifestación cutánea más frecuente es el exantema máculo-papular,



**Figura 2:** Placas eritematosas depapiladas en lengua.

que puede afectar cualquier superficie del cuerpo y persiste pocos días hasta 8 semanas.(3)

El examen físico orofaríngeo puede evidenciar múltiples lesiones como parches mucosos, úlceras, pápulas y placas que pueden estar asociados a faringitis, disfonía por laringitis o adenopatías cervicales únicas. (4)

El diagnóstico de la sífilis se basa en la historia personal del paciente, los hallazgos clínicos y la serología. La microscopía



**Figura 3:** Placas opalinas en labio superior.



**Figura 4:** Placa opalina en cara ventral de lengua.



**Figura 5:** Placa opalina en resolución luego de la primera dosis de penicilina.

## Sífilis secundaria: manifestaciones en mucosa oral

Cantú Parra Laura; Vidal Jorgelina; María José Cippitelli; Rivarola Emilce

de campo oscuro evidencia la espiroqueta en secreciones infectadas, pero es un procedimiento dificultoso y poco disponible. (5) Las pruebas serológicas (utilizadas especialmente a partir de la etapa secundaria) se dividen en dos tipos: las no treponémicas, que incluyen la prueba Rápida de Reaginas Plasmáticas (RPR) y la ampliamente conocida prueba del Venereal Disease Research Laboratory (VDRL) y las pruebas treponémicas, que sirven para confirmar las anteriores ya que detectan anticuerpos específicos contra la bacteria. Estas están representadas principalmente por el ensayo de Microhemaglutinación con Antígeno del *Treponema pallidum* (MHA-TP), TPAP y la prueba de Absorción de Anticuerpos Treponémicos Fluorescentes (FTA-ABS). (6)

El tratamiento de elección en todas las etapas de la enfermedad es la penicilina G. Las preparaciones (benzatínica o cristalina) y la duración del tratamiento varían según la etapa y las manifestaciones clínicas de la enfermedad. La eficacia es máxima y no se ha reportado resistencia. No hay acuerdo general en cuanto a las dosis sugeridas. (7) La Sociedad Argentina de Dermatología y la Sociedad Argentina de Infectología

recomiendan en sus consensos sobre enfermedades de transmisión sexual (2015 y 2011 respectivamente) las siguientes pautas de tratamiento: (7,8)

- Sífilis primaria, secundaria y latente temprana: Penicilina G benzatínica 2.400.000 UI IM, 3 dosis con intervalo de una semana cada una. En alérgicos a la penicilina indicar doxiciclina 100 mg cada 12 hs por 14 días vía oral (VO).

- Sífilis latente tardía: Penicilina G benzatínica 2.400.000 UI IM, 5 dosis. En alérgicos a la penicilina indicar doxiciclina 100 mg cada 12 hs por 28 días VO.

- Neurosífilis o enfermedad sífilítica ocular: Penicilina G cristalina 18-24 millones de U/día endovenosa, divididas en dosis cada 4 hs o en infusión continua, por 10 a 14 días.

En embarazadas la penicilina es la única droga con eficacia documentada para el tratamiento de la sífilis, se indica en las dosis habituales y en caso de alergia a la droga se realiza la desensibilización previa. (8) La Organización Mundial de la Salud (OMS) recomienda para el tratamiento de la sífilis primaria, secundaria y latente temprana, una dosis de penicilina benzatínica 2,4 millones de UI IM y para la sífilis laten-

te tardía 3 dosis de esta misma droga. (9) Para el seguimiento de pacientes con sífilis primaria, secundaria o latente temprana se sugiere solicitar la VDRL al mes, 4, 6 meses y al año. No se debe realizar control con pruebas treponémicas ya que sólo el 15 % resultan negativas varios años después del tratamiento y no permiten diferenciar reinfección de pacientes con enfermedad previa. (7)

## CONCLUSIÓN

El diagnóstico de la sífilis continúa siendo un desafío ya que presenta múltiples manifestaciones clínicas. Dada la creciente incidencia de esta enfermedad, tanto médicos como odontólogos deben tenerla en cuenta en el diagnóstico diferencial de las lesiones orales. (1) Ante su sospecha, es importante solicitar los estudios correspondientes y derivar al paciente para un tratamiento temprano. No debemos olvidar la necesidad de descartar otras enfermedades de transmisión sexual asociadas (HIV, hepatitis B, Hepatitis C, etc) y evaluar a los contactos sexuales del paciente.

Conflictos de interés: Los autores de este trabajo no presentan conflicto de interés.

## BIBLIOGRAFÍA

1. NAVAZO-EGUÍA AI, RIOJA-PEÑARANDA E, ECHEBARRIA-ITURBE C, TERÁN-MUÑOZ D, CORDERO-CIVANTOS C, IBAÑEZ-MUÑOZ C. Manifestaciones orales de la sífilis. Caso clínico. *EUSAL*. 2018; 8 (4): 253-257.
2. DE PAULO LFB, SERVATO JPS, OLIVEIRA MTF, DURIGETTO AF, ZANETTA-BARBOSA D. Oral Manifestations of Secondary Syphilis. *Int J Infect Dis*. 2015; 35: 40-42.
3. CONTRERAS E, ZULUAGA SX, OCAMPO V. Sífilis: la gran simuladora. *Asoc Colomb Infectol*. 2008; 12 (2): 340-347.
4. LEUCI S, MARTINA S, ADAMO D, RUOPPO E, SANTARELLI A, SORRENTINO R, FAVIA G, MIGNOGNA MD. Oral Syphilis: A retrospective analysis of 12 cases and a review of the literature. *Oral Dis*. 2013;19 (8): 738-746.
5. STAMM L V. Syphilis: Re-emergence of an old foe. *Microb Cell*. 2016; 3 (9): 363-370.
6. GARRITANO MV, JAURIGOITY ME, MARADEO MR, RATTI P, CORRONS F. Sífilis terciaria cutánea: una gran desconocida, presentación de un caso y revisión bibliográfica. *Arch Argent Dermatol*. 2008. 58 (3): 97-103.
7. WAINSTEIN C, FREULER C, OLIVA SM, MOYANO M. Primer consenso de diagnóstico, tratamiento y prevención de las enfermedades de transmisión sexual. *SADI*. 2011. 1-110.
8. BERMEJO A, LEIRO V, CASCO R, OXILIA M. Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) en adultos. Actualización de las pautas de Tratamiento. *SAD*. 2015; 1-19.
9. WHO guidelines for the Treatment of *Treponema pallidum* (syphilis). Organización mundial de la salud. 2016. Disponible en: <http://www.who.int>.

## Investigación científica

# Patrón de prescripción de antibióticos en la Facultad de Odontología UN Cuyo, en el tratamiento de infecciones de origen endodóntico

## *Antibiotic prescription pattern in the School of Dentistry UN Cuyo, in the treatment of infections of endodontic origin*

PROYECTO Subsidiado por SeCTyP TIPO 1 BIENAL 2016 – 2018. Resol 3853/16 CS.  
Código de proyecto K015

### AUTORES

#### **PROF. DRA. PEÑA, GRACIELA ROXANA**

Profesora Titular. Cátedra de Endodoncia I y II. FO. UNCuyo. Coordinadora Académica Carrera de Especialización en Endodoncia. FO. UN Cuyo. Doctora en Odontología (UNC). Magíster en Investigación Clínica (FCM. UNCuyo) Especialista en Docencia Universitaria (UNCuyo). Especialista en Endodoncia (Universidad Maimónides). e-mail: gpena@fodonto.uncu.edu.ar

#### **ESP. OD. RODRÍGUEZ, ALICIA**

Prof. Adjunta. Cátedra de Endodoncia II FO. UN Cuyo. Jefe de Clínica Carrera de Especialización en Endodoncia. FO. UN Cuyo. Especialista en Endodoncia y Especialista en Docencia Universitaria

#### **ESP. OD. ANSELMI, ALBERTO**

Prof. Adjunto: Cátedra de Endodoncia I FO. UN Cuyo. Jefe de clínica Carrera de Especialización en Endodoncia. FO. UN Cuyo. Especialista en Endodoncia y Especialista en Docencia Universitaria

#### **OD. BARRERA BORIO, MAIRA SOL**

JTP. Cátedra de Endodoncia FO. UN Cuyo. Alumna de la Carrera de Especialización en Endodoncia. FO. UN Cuyo. Becaria proyecto de investigación.

#### **ESP. OD. GONZÁLEZ, ANA JULIETA**

JTP. Cátedra de Endodoncia FO. UN Cuyo. Jefe de clínica Carrera de Especialización en Endodoncia. FO. UN Cuyo. Especialista en Endodoncia.

#### **ESP. OD. REYES, MARÍA GIMENA**

JTP. Cátedra de Endodoncia FO. UN Cuyo. Jefe de clínica Carrera de Especialización en Endodoncia. FO. UN Cuyo. Especialista en Endodoncia

### RESUMEN

En la mayoría de los casos las defensas del organismo actúan controlando las agresiones bacterianas, el papel de los antibióticos es sólo de terapia coadyuvante, debemos limitar su uso solo para situaciones clínicas que lo ameriten.

### ABSTRACT

*In most cases the body's defenses act controlling bacterial aggressions, the role of antibiotics is only adjuvant therapy, we must limit its use only for clinical situations that warrant it. The objective was to identify antibiotic prescription practices in the treatment of endodontic infections. 100*



## Patrón de prescripción de antibióticos en la Facultad de Odontología UN CUYO, en el tratamiento de infecciones de origen endodóntico

Dra. Peña, Graciela Roxana; Od. Rodríguez, Alicia; Od. Anselmi, Alberto; Od. Barrera borio, Maira Sol; Od. González, Ana Julieta; Od. Reyes, María Gimena

El objetivo fue identificar las prácticas de prescripción de antibióticos en el tratamiento de infecciones endodónticas. Se distribuyeron 100 encuestas a docentes y alumnos de posgrado de la FO UN Cuyo.

El antibiótico que se prescribió con mayor frecuencia fue la amoxicilina y la amoxicilina más ácido clavulánico. Esta preferencia cambió en pacientes alérgicos, predominando la azitromicina. La situación en donde con mayor frecuencia se prescribió antibióticos fue necrosis pulpar con PAA, hinchazón, síntomas preoperatorios leves o moderados.

Es nuestro deber contribuir para que, los antibióticos continúen siendo eficaces en el manejo de las enfermedades infecciosas. Para esto, debemos estar actualizados y actuar conscientemente, reconociendo las indicaciones para el uso responsable de los antibióticos

Palabras clave: 1) Prescripción 2) Antibióticos 3) Infecciones Endodónticas

*surveys were distributed to teachers and postgraduate students of the FO UN Cuyo.*

*Amoxicillin and Amoxicillin plus clavulanic acid were the antibiotics that were prescribed the most. This preference changed in allergic patients, predominating Azithromycin. Pulmonary necrosis with PAA, swelling, mild or moderate preoperative symptoms were the most frequent antibiotics. It is our duty to contribute so that antibiotics continue to be effective in the management of infectious diseases. For this, we must be updated and act consciously, recognizing the indications for the responsible use of antibiotics*

**Keywords:** 1) Prescription 2) Antibiotics 3) Endodontic Infections

## INTRODUCCIÓN

Las enfermedades infecciosas, que eran una de las principales causas de mortalidad hasta el inicio del siglo XX, pasaron a ser controladas de forma extremadamente eficaz. Desafortunadamente, en los últimos años hay evidencias de un creciente aumento en la resistencia de muchas especies a los antibióticos comúnmente empleados. Medicamentos que en el pasado reciente fueron utilizados con éxito en el tratamiento de una determinada infección, pueden no ser más eficaces debido al surgimiento de cepas bacterianas resistentes. El uso abusivo o indiscriminado de antibióticos es una de las principales razones para la diseminación de la resistencia bacteriana. Como los antibióticos son utilizados en endodoncia en situaciones específicas, es importante que los profesionales estén conscientes de estas situaciones para evitar el uso erróneo y así no contribuir al avance del problema de la resistencia.

Los antibióticos son sustancias producidas por un microorganismo (gene-

ralmente bacterias u hongos) o una similar desarrollada total o parcialmente por síntesis química, que, en bajas concentraciones, inhiben el metabolismo o destruyen microorganismos. Los antibióticos ejercen efectos sobre un grupo de microorganismos, siendo así, su alcance de efectividad denominado espectro.

El antibiótico ideal sería aquel que elimine microorganismos patógenos sin afectar al hospedero humano y su microbiota residente. Tal medicamento no existe y probablemente no existirá, al menos en lo que respecta al tratamiento de las infecciones endodónticas y sus enfermedades asociadas, pues los probables patógenos endodónticos parecen ser algunos de los constituyentes de la microbiota normal humana, es decir, estas infecciones son endógenas y la gran mayoría de los microorganismos implicados pueden ser considerados patógenos oportunistas.<sup>1</sup>

Los efectos de los antibióticos son es-

pecíficos sobre determinados objetivos estructurales o metabólicos exclusivos de los microorganismos, los cuales no son observados en células humanas. Tales efectos son principalmente representados por la inhibición de la síntesis de la pared celular; acción sobre la membrana citoplasmática; inhibición de la función del ADN; inhibición de la síntesis de proteínas e inhibición de la síntesis de ácido fólico.

Los antibióticos que tienen la mayor especificidad contra los microorganismos son los que actúan sobre la estructura de la pared celular (que no está presente en las células humanas). Sin embargo algunos de estos fármacos actúan sobre las estructuras que tienen ciertas similitudes con las células humanas y por lo tanto tienen una menor especificidad y una mayor posibilidad de generar efectos secundarios no deseados.

Los antibióticos no promueven la cura del proceso infeccioso, pero permiten un control de la infección hasta que los



## Patrón de prescripción de antibióticos en la Facultad de Odontología UN CUYO, en el tratamiento de infecciones de origen endodóntico

Dra. Peña, Graciela Roxana; Od. Rodríguez, Alicia; Od. Anselmi, Alberto; Od. Barrera borio, Maira Sol; Od. González, Ana Julieta; Od. Reyes, María Gimena

mecanismos de defensa del hospedero consigan efectivamente controlar la situación y eliminar la infección.<sup>1,2,3</sup>

En la actualidad, ha habido una gran movilización de la comunidad científica con el fin de restringir el uso de antibióticos sólo a aquellas situaciones en las que estos medicamentos son realmente necesarios y cuando el beneficio supere el riesgo de su empleo. Partiendo de esta concientización, el profesional debe, antes de pensar en cual antibiótico prescribir, evaluar la real necesidad de su uso. En aproximadamente el 60% de los casos de infección en humanos, las propias defensas del hospedero son las responsables de la resolución del proceso, sin la necesidad del uso de antibióticos.<sup>4</sup>

Los antibióticos no son eficaces en el tratamiento de enfermedades crónicas, como es el caso de lesiones perirradiculares refractarias al tratamiento endodóntico.

En estas situaciones, el uso prolongado de medicamentos puede inducir a la selección y predominio de microorganismos resistentes, además de predisponer a infecciones secundarias en otras regiones del organismo. Se ha demostrado que el índice de éxito del tratamiento endodóntico no es aumentado después del empleo de antibioticoterapia sistémica.<sup>5</sup> Por otra parte, el uso de antibióticos tampoco reduce la incidencia de dolor postoperatorio después de la manipulación de dientes con pulpas necróticas y lesión perirradicular asociada.<sup>6</sup> De hecho, los antibióticos deben ser, en la mayoría de los casos, reservados para el tratamiento a corto plazo de las enfermedades infecciosas con síntomas agudos o como medida profiláctica.<sup>1</sup>

Como la mayoría de las infecciones bucales son de rápida progresión, es necesario realizar un tratamiento antibiótico, de inmediato, no habiendo generalmente tiempo para la toma de la

muestra, cultivar los microorganismos y realizar el antibiograma. Por lo tanto, la selección del antibiótico debe recaer sobre el medicamento de primera elección reconocido como eficaz contra las especies comúnmente aisladas del proceso infeccioso. Como las infecciones endodónticas son mixtas, de etiología polimicrobiana y con predominio de anaerobios estrictos Gramnegativos, se debe optar por un antibiótico de amplio espectro con eficacia sobre este tipo de bacterias.<sup>1</sup>

Cuando se tratan infecciones severas, es importante iniciar la terapia con una dosis de ataque, que normalmente corresponde al doble de la dosis de mantenimiento. La mayoría de los antibióticos utilizados en infecciones de cavidad bucal tienen vida media inferior a 3 horas. Sus niveles plasmáticos óptimos suelen obtenerse en un período de tiempo 3 a 5 veces mayor que su vida media. Esto lleva a un retraso en la obtención de los niveles terapéuticos del medicamento, lo que es compensado por la utilización de la dosis de ataque.<sup>1,7</sup>

El paciente que está recibiendo terapia antibiótica debe ser valorado diariamente. Su mejora clínica será el parámetro que determine la duración de la terapia. De esta manera, si la valoración clínica indica que la infección está controlada por el hospedero, los antibióticos deberían continuar siendo administrados por uno o dos días más. No hay beneficios en prolongar la terapia antibiótica por más tiempo que el necesario. Por el contrario, los riesgos aumentan de manera significativa, facilitando la expresión de la resistencia y el desequilibrio ecológico en la microbiota normal.

Otro factor que contribuye a un menor tiempo de administración de antibióticos en endodoncia es dado por la terapia quirúrgica que acompaña al tratamiento, ya sea por el drenaje del

exudado purulento de la lesión perirradicular, por la preparación quimico-mecánica del canal radicular o por la exodoncia del diente involucrado que constituía la fuente de la infección.<sup>6</sup>

Por lo tanto el objetivo de este estudio fue identificar las prácticas de prescripción de antibióticos en la tratamiento de las infecciones endodónticas en docentes y alumnos de posgrado de la facultad de odontología UN Cuyo

### MATERIALES Y MÉTODOS

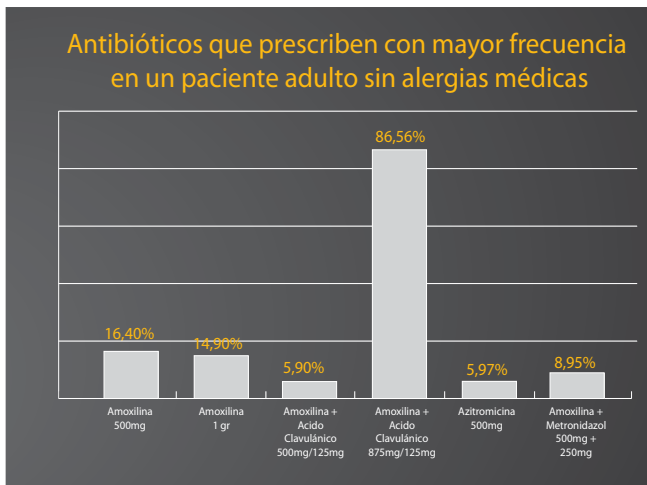
Se distribuyeron 100 encuestas entre docentes y alumnos de posgrado de la Facultad de Odontología de la UN Cuyo sobre el uso de antibióticos en el tratamiento de infecciones endodónticas. Las preguntas se basaron en encuestas anteriores desarrolladas en los EE.UU. (2,3) y España (4). Las encuestas fueron estructuradas con base en la teoría investigada sobre los fármacos que suelen recetarse en odontología. Esta encuesta fue entregada en formato papel y se les dio a los profesionales un período de quince días para su resolución, con el correspondiente consentimiento informado. Posteriormente se confeccionó un tabla ad hoc para la recolección de datos para su posterior análisis estadístico.

### RESULTADOS

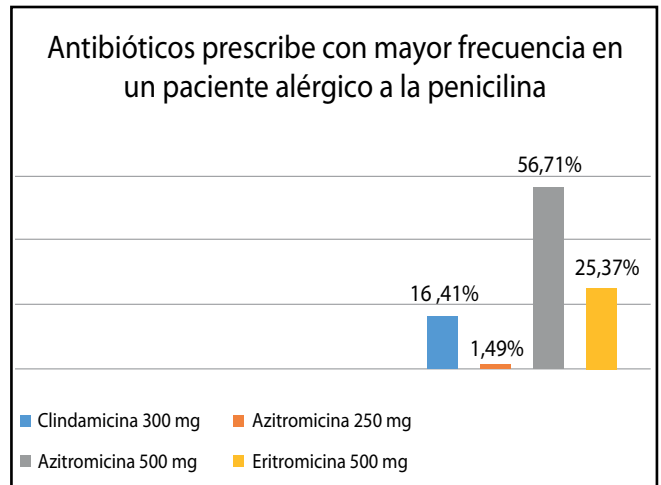
Los antibióticos que se prescriben con mayor frecuencia en un paciente adulto sin alergias médicas son Amoxicilina + Acido Clavulánico 875mg/125mg en un 86,56% de los encuestados con una prescripción de cada 8 hs en un 4,47% y cada 12 hs. en un 82,08%. Amoxicilina 500 mg cada 8 hs. en el 16,4% de los encuestados Amoxicilina 1gr en un 14,9%, cada 8 hs. en un 1,49% y cada 12 hs. en un 13,43%. Amoxicilina + Acido Clavulánico 500mg/125mg en un 5,9%, cada 8 hs. en un 4,47% y cada 12 hs. en un 1,49%. Azitromicina 500mg en un 5,97% cada 24 hs. y

## Patrón de prescripción de antibióticos en la Facultad de Odontología UN CUYO, en el tratamiento de infecciones de origen endodóntico

Dra. Peña, Graciela Roxana; Od. Rodríguez, Alicia; Od. Anselmi, Alberto; Od. Barrera borio, Maira Sol; Od. González, Ana Julieta; Od. Reyes, María Gimena



**Gráfico 1:** Antibióticos que se prescriben con mayor frecuencia en un paciente adulto sin alergias.



**Gráfico 2:** Antibióticos que se prescriben con mayor frecuencia en un paciente adulto alérgico a la penicilina.

Amoxicilina + Metronidazol 500mg + 250mg en un 8,95%, cada 6 hs. en un 2,9% y cada 8 hs. en un 5,97%. (Fig. 1) La cantidad de días durante los cuales se prescribe la toma de antibióticos fue de 5 días en un 10,44%, 7 días en un 86,56% y durante 10 días en un 2,9%. En los casos de pacientes adultos alérgicos a la penicilina los antibióticos que se prescriben con mayor frecuencia son Azitromicina 500mg en un 56,71%, cada 8 hs. en un 1,49%, cada 12 hs. en un 4,47% y cada 24 hs. en un 50,74%. Eritromicina 500mg en un 25,37%, cada 8 hs. en un 22,38% y cada 6 hs. en un 2,9%. Clindamicina 300mg en un 16,41%, cada 12 hs. en un 2,9% y cada 6 hs. en un 13,43%. Azitromicina 250mg cada 12 hs. en un 1,49%. (Fig. 2)

Las situaciones clínicas en las cuáles se prescriben antibióticos son Necrosis Pulpar con Periodontitis Apical Aguda: con hinchazón, con síntomas preoperatorios leves o moderados en un 88,05%. Pulpitis irreversible con Periodontitis Apical Aguda: con síntomas preoperatorios moderados o severos 25,37%. Necrosis Pulpar con Periodontitis Apical Crónica: con pre-

sencia de tracto sinusal: sin síntomas o con síntomas preoperatorios leves. 17,91%. Necrosis Pulpar con Periodontitis Apical Aguda: sin hinchazón, sin síntomas o con síntomas preoperatorios leves. 10,44%. Necrosis Pulpar con Periodontitis Apical Crónica: sin hinchazón, con síntomas preoperatorios leves o moderados y Pulpitis irreversible: con síntomas preoperatorios moderados o severos 8,95%. (Fig. 3)

### DISCUSIÓN

La prescripción de antibióticos en odontología ha sido cada vez más restringida y existe una gran preocupación sobre el uso erróneo o abusivo de estos medicamentos.<sup>1, 7, 8, 9</sup> La endodoncia encuadra perfectamente en este contexto de concientización en cuanto a la formulación de antibióticos sistémicos. Cabe señalar que la gran mayoría de las infecciones de origen endodóntico se tratan o controlan sin la utilización de antibióticos. La ausencia de circulación sanguínea en la pulpa necrótica e infectada impide el acceso de antibióticos administrados sistémicamente a los microorganismos que infectan el sistema de canales ra-

diculares; por lo tanto, la fuente de infección no es afectada por la antibioticoterapia sistémica. Por otro lado, los antibióticos pueden ayudar a impedir la diseminación de la infección de origen endodóntico y el desarrollo de infecciones secundarias en pacientes sistémicamente comprometidos haciéndolos necesarios como tratamiento coadyuvante.<sup>1</sup>

Las situaciones en que los antibióticos son prescritos en endodoncia incluyen: Absceso perirradicular agudo asociado a tumefacción difusa y/o compromiso sistémico; Avulsión dental; Sintomatología y/o exudado persistente; Absceso perirradicular agudo en pacientes de riesgo; Uso profiláctico en pacientes de riesgo.<sup>1</sup>

La amoxicilina ha sido ampliamente utilizada para el tratamiento de abscesos de la cavidad bucal, debido principalmente a su mejor absorción en el tracto gastrointestinal comparada con las otras penicilinas.

La asociación amoxicilina/ácido clavulánico como primera elección se debe limitar a los casos más graves, ya que muestra la mejor eficacia, pero con más probabilidad de efectos secundarios

## Patrón de prescripción de antibióticos en la Facultad de Odontología UN CUYO, en el tratamiento de infecciones de origen endodóntico

Dra. Peña, Graciela Roxana; Od. Rodríguez, Alicia; Od. Anselmi, Alberto; Od. Barrera borio, Maira Sol; Od. González, Ana Julieta; Od. Reyes, María Gimena

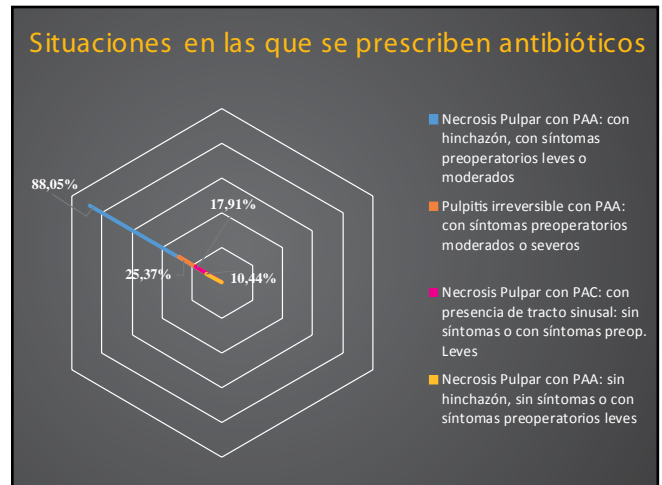
indeseables, sobre todo la candidiasis y diarrea (debido al amplio efecto en la población residente microbiana del hospedero).<sup>1, 10</sup> Aunque la amoxicilina sola no es tan eficaz, su condición de primera elección permanece para los casos considerados como moderados o leves, donde hay inicio de signos de compromiso sistémico, aun sin gravedad.<sup>11</sup> Dentro del concepto riesgo/beneficio, la amoxicilina será adecuada en la mayoría de los casos, provocando menos efectos colaterales sobre la homeostasis del paciente, que la asociación amoxicilina/ácido clavulánico, la cual es más propensa a la inducción de cuadros diarreicos y al favorecimiento de candidiasis.<sup>1</sup>

De esta forma, se considera aquí dos situaciones clínicas diferentes para elegir la amoxicilina: casos graves y casos leves/moderados. Los casos graves serán aquellos diagnosticados como abscesos perirradiculares agudos con signos de compromiso sistémico, donde se eligió la amoxicilina asociada al ácido clavulánico (500 mg de amoxicilina y 125 mg de ácido clavulánico) cada 8 horas.

Pacientes alérgicos a las penicilinas pueden tomar clindamicina en posología de 300 mg cada 6 horas. En ambos casos se debe iniciar la terapia con una dosis de ataque doble. Es imprescindible resaltar también, que la terapéutica con el antibiótico debe persistir por 2 a 3 días después de la resolución de los signos y síntomas de la infección, lo que generalmente resultaría en 5 a 7 días de administración, siempre que el tratamiento quirúrgico haya sido conducido correctamente.<sup>1</sup>

En los casos que pueden ser clasificados como leves o moderados o en el manejo de canales radiculares con exudado persistente, se puede optar por un abordaje más conservador y la elección recae para el uso de la amoxicilina sin ácido clavulánico en forma

**Gráfico 3:** Situaciones clínicas en las que se prescriben antibióticos



de comprimidos de 875 mg administrados dos veces al día. En los casos, donde hay señales de resistencia a la amoxicilina, con una evolución desfavorable del cuadro infeccioso del paciente después de 48 horas del inicio de la antibioticoterapia, se debe optar por el metronidazol en la presentación de comprimidos de 250 mg y administrarlo asociado a la amoxicilina. La asociación del metronidazol con la amoxicilina presenta resultados semejantes comparados con el espectro de acción de la asociación amoxicilina/ácido clavulánico.<sup>13, 14</sup> Al emplear esta asociación, los efectos colaterales del metronidazol son mínimos, debido a que es necesario una dosis menor que la dosis requerida cuando el metronidazol se utiliza de forma aislada.

Otra posibilidad sería la sustitución de la amoxicilina por la clindamicina en dosis de 150 mg cada 6 horas, siendo esta también la opción para los pacientes alérgicos a las penicilinas.<sup>1</sup>

Teniendo en cuenta que los antibióticos no penetran bien en las áreas de abscesos, es de suma importancia que se establezca un drenaje del exudado purulento para eliminar los posibles obstáculos en la difusión de los antibióticos. Se recomienda que los anti-

bióticos no sean utilizados para tratar abscesos de origen endodóntico, como la única opción, en realidad, son medicamentos coadyuvantes. El drenaje de abscesos y remoción de tejidos necróticos como medida principal del tratamiento es la conducta mandataria.<sup>15, 16, 17, 18</sup>

En nuestro estudio, los resultados obtenidos demuestran que el antibiótico que se prescribe con mayor frecuencia es la amoxicilina cada 8 hs y la amoxicilina combinada con ácido clavulánico cada 12 hs. Esta preferencia cambia en relación con los antibióticos recetados a los pacientes alérgicos a la penicilina, en cuyo caso predomina la azitromicina cada 24 hs seguido de la eritromicina cada 8 hs. La prescripción predominante de antibióticos es de una duración de 7 días.

Las situaciones clínicas en donde con mayor frecuencia se prescriben antibióticos son necrosis pulpar con periodontitis apical aguda: con hinchazón, con síntomas preoperatorios leves o moderados; pulpitis irreversible con periodontitis apical aguda: con síntomas preoperatorios moderados o severos y necrosis pulpar con periodontitis apical crónica: con presencia de tracto sinusal: sin síntomas o con síntomas preoperatorios leves.

## Patrón de prescripción de antibióticos en la Facultad de Odontología UN CUYO, en el tratamiento de infecciones de origen endodóntico

Dra. Peña, Graciela Roxana; Od. Rodríguez, Alicia; Od. Anselmi, Alberto; Od. Barrera borio, Maira Sol; Od. González, Ana Julieta; Od. Reyes, María Gimena

Los antibióticos deben ser considerados como "el as bajo la manga" del endodoncista, y son utilizados solo en algunas situaciones bien específicas y definidas. De lo contrario, el uso abusivo y erróneo de los antibióticos contribuye decisivamente para el desarrollo y diseminación de la resistencia bacteriana.

Para que podamos tener en el futuro

antibiótico eficaces en el combate de las enfermedades infecciosas, estos medicamentos deben ser prescritos con mucha prudencia. La comunidad científica esta alerta ante la diseminación de la resistencia microbiana.<sup>19</sup>

Como profesionales del área de la salud autorizados para prescribir antibióticos, es nuestro deber contribuir

para garantizar que, en el futuro, los antibióticos continúen siendo eficaces en el manejo coadyuvante de las enfermedades infecciosas. Para esto, debemos estar actualizados y actuar conscientemente, reconociendo las indicaciones para el uso responsable y prudente de los antibióticos en la práctica odontológica.

### BIBLIOGRAFÍA

1. SIQUEIRA JR. J.F.: *Treatment of endodontic infections*. London, UK: Quintessence Publishing (2011).
2. PALLASCH T.J.: *Antibiotics in endodontics*. *Dent Clin North Am* (1979) ; 23: 737-746.
3. PALLASCH T.J.: *Pharmacokinetic principles of antimicrobial therapy*. *Periodontol 2000* (1996) ; 10: 511.
4. MADIGAN M.T., MARTINKO J.M., PARKER J.: *Brock biology of microorganisms*. 9a. ed. Upper Saddle River, NJ, USA: PrenticeHall (2000).
5. RANTA H., HAAPASALO M., RANTA K., KONTIAINEN S., KEROSUO E., VALTONEN V., SUURONEN R., HOVI T.: *Bacteriology of odontogenic apical periodontitis and effect of penicillin treatment*. *Scand J Infect Dis* (1988) ; 20: 187-192.
6. WALTON R.E.: *Interappointment flareups: incidence, related factors, prevention, and management*. *Endod Topics* (2002) ; 3: 67 - 76.
7. GORDON J.M., WALKER C.B.: *Current status of systemic antibiotic usage in destructive periodontal disease*. *J Periodontol* (1993) ; 64: 760-771.
8. SLOTS J., PALLASCH T.J.: *Dentists' role in halting antimicrobial resistance*. *J Dent Res* (1996) ; 75: 1338 - 1341.
9. VAN WINKELHOFF A.J., RAMS T.E., SLOTS J.: *Systemic antibiotic therapy in periodontics*. *Periodontol 2000* (1996) ; 10: 45-78.
10. TAVARES W.: *Manual de antibióticos e quimioterápicos antiinfecciosos*. 3ª. Ed. Rio de Janeiro, Brasil: Editora Atheneu (2003).
11. KURIYAMA T., WILLIAMS D.W., YANAGISAWA M., IWAHARA K., SHIMIZU C., NAKAGAWA K., YAMAMOTO E., KARASAWA T.: *Antimicrobial susceptibility of 800 anaerobic isolates from patients with dentoalveolar infection to 13 oral antibiotics*. *Oral Microbiol Immunol* (2007) ; 22: 285-288.
12. BAUMGARTNER J.C., XIA T.: *Antibiotic susceptibility of bacteria associated with endodontic abscesses*. *J Endod* (2003) ; 29: 44-47.
13. HERSH E.V.: *Adverse drug interactions in dental practice: interactions involving antibiotics. Part II of a series*. *J Am Dent Assoc* (1999) ; 130: 236-251.
14. CERELSUHL S.L., YEAGER B.F.: *Update on oral contraceptive pills*. *Am Fam Physician* (1999) ; 60: 2073-2084.
15. BRAZIER J., CHMELAR D., DUBREUIL L., FEIERL G., HEDBERG M., KALENIC S., KÖNÖNEN E., LUNDGREN B., MALAMOU LADAS H., NAGY E., SULLIVAN A., NORD C.E.: *European surveillance study on antimicrobial susceptibility of Gram-positive anaerobic cocci*. *Int J Antimicrob Agents* (2008) ; 31: 316-320.
16. MWANDUMBA H.C., BEECHING N.J.: *Pyogenic lung infections: factors for predicting clinical outcome of lung abscess and thoracic empyema*. *Curr Opin Pulm Med* (2000) ; 6: 234-239.
17. CARPENTER J., STAPLETON S., HOLLIMAN R.: *Retrospective analysis of 49 cases of brain abscess and review of the literature*. *Eur J Clin Microbiol Infect Dis* (2007) ; 26: 111.
18. KOROWNYK C., ALLAN G.M.: *Evidencebased approach to abscess management*. *Can Fam Physician* (2007) ; 53: 1680 - 1684.
19. MACHADO OLIVEIRA J., SIQUEIRA JR J., RÔÇAS I., MORENO J.: *Consideraciones sobre el uso de antibióticos en Endodoncia*. *Acta odontológica venezolana* (2012) 50; <https://www.actaodontologica.com/ediciones/2012/2/art-18/>



## Investigación

# La relación vincular con pacientes con discapacidad

## *The relationship linking with patients with disabilities*

### AUTORES

#### **SOLOA, CARINA**

Odontóloga, Terapeuta NO Verbal Modelo Benenson. Docente de la cátedra Clínica del Paciente Discapacitado. Od. del Servicio de Atención al Paciente Discapacitado (CAOD)

#### **PERALTA, ANDREA**

Profesora de Educación Musical y Terapeuta No Verbal Modelo Benenson

### **RESUMEN**

La atención odontológica de un paciente discapacitado no difiere en muchos aspectos de la que requiere una persona sin discapacidad. Seguramente el desafío se presenta en el abordaje y la motivación que este paciente necesita, por esto el profesional odontólogo que asume la responsabilidad de su atención, debe disponer de todas las herramientas posibles para llegar a él. Una de ellas es la comunicación NO VERBAL que facilita la relación entre el paciente y su profesional odontólogo.

A partir de estas afirmaciones se planteó un trabajo para evaluar las sensaciones que produce este tipo de comunicación para tenerlas como una alternativa más en la atención de pacientes discapacitados. Se midieron cuáles fueron las manifestaciones corporales y actitudinales que le ocurrieron al profesional Odontólogo ante un estímulo sonoro, pudiendo reflexionar a partir de sus propias vivencias y emociones.

### **ABSTRACT**

*The dental care of a disabled patient does not differ in many aspects from that required by a person without a disability. Surely the challenge is presented in the approach and the motivation that this patient needs, for this the professional dentist who assumes the responsibility of his attention, must have all the possible tools to reach him. One of them is the non-verbal communication that facilitates the relationship between the patient and his professional dentist.*

*From these statements a work was proposed to evaluate the sensations that this type of communication produces to have them as an alternative in the care of disabled patients. We measured what were the corporal and attitudinal manifestations that occurred to the dental professional before a sound stimulus, being able to reflect on their own experiences and emotions.*

### **INTRODUCCIÓN**

-¿Cómo construir el vínculo paciente – odontólogo?

-¿Qué es lo “indecible” que determina que el vínculo se establezca de tal o cual manera?

-El agente de salud, ¿puede construir un vínculo sano con otro u otros sin, previamente, haberse vinculado con su ser?

-¿Por qué un paciente acepta construir el vínculo con un terapeuta y por qué rechaza a otro?

Un buen punto de partida es definir “vínculo”.

Según Enrique Pichón Rivière “el vínculo es condición de supervivencia: es imposible que el recién nacido sobreviva sin la asistencia del otro social (vínculo de

«indefensión» o «desamparo»). En todo vínculo hay circuitos de comunicación y aprendizaje; estos dos aspectos del vínculo se constituyen en rasgos con los que se define el vínculo cuando es normal. La patología vincular va a tener mucho que ver con los trastornos que se presentan en el vínculo a nivel de la comunicación y a nivel del aprendizaje”.

## La relación vincular con pacientes con discapacidad

Soloa, Carina; Peralta, Andrea

Y en el nivel de la comunicación es en donde el aporte del mundo sonoro marca la diferencia en esta reconstrucción del sentir y ser del odontólogo.

Hay un contexto no verbal que favorece y facilita la apertura de otras vías de comunicación: lo còrporo, sonoro, musical. Es este espacio es donde tenemos la posibilidad de construir el proceso vincular saludable.

“Las disciplinas terapéuticas desde el arte están lentamente ocupando un lugar que tiene ganado legítimamente desde su trabajo cotidiano no del todo visibilizado”. Gustavo Gauna habla de “los núcleos de salud”, y de “cómo un terapeuta puesto en juego, moviliza al paciente en sus modos de comunicación”.

Todo lo relacional y vincular se pone en juego para construir un espacio saludable para ambos. Y plantea dos razones a tener en cuenta: el paciente como un SER HUMANO en su totalidad, incluyendo tanto sus conflictos como los aspectos sanos en él. Y la segunda razón, expone que “...no hay terapia si no hay relación transferencial que la sustente a partir de un compromiso del terapeuta...” (Gauna).

Entonces, el agente de salud responsable, que está comprometido con el paciente y

con su profesión, debe ser consciente de sus posibilidades corporales, de su propia salud, del conocimiento de sus modos de relacionarse. Y así descubrir caminos saludables para construir la relación vincular paciente-odontólogo.

### OBJETIVO

Se planteó una experiencia puramente vivencial que propone a la Música (estímulos sonoros) como herramienta facilitadora del encuentro entre el paciente especial y el odontólogo. Creemos que en la construcción de este vínculo las dos partes deben ser tenidas en cuenta; esta vez desde el “lado del profesional”, buscando potenciar su predisposición y disminuir su ansiedad y estrés.

Esta experiencia tiene vinculación con otro trabajo realizado con los pacientes especiales, utilizando los mismos estímulos sonoros y a partir de una “ficha de observación”, se pudo observar cuáles fueron los efectos de la música como modificadora del comportamiento.

### MATERIAL Y MÉTODO

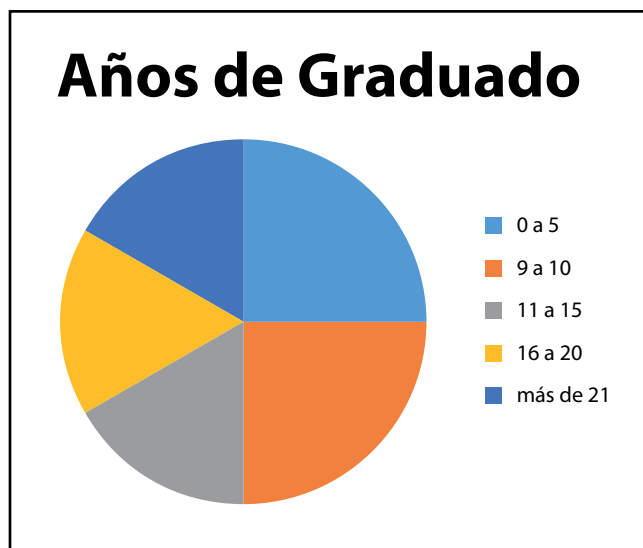
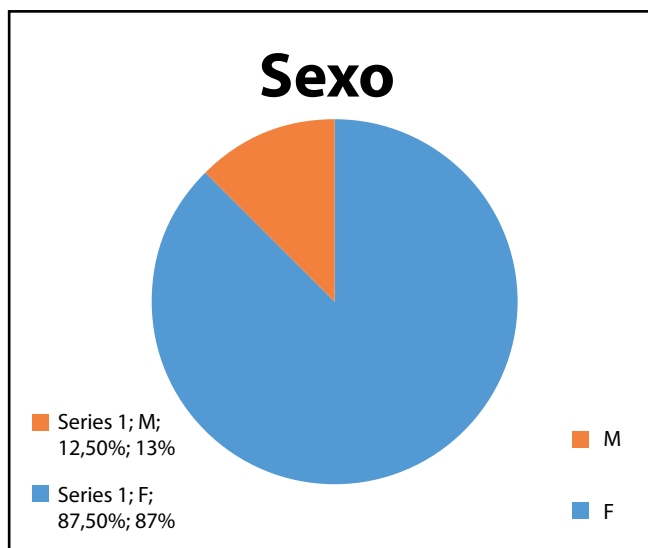
La muestra estuvo conformada por 32 profesionales odontólogos; 28 de sexo femenino y 4 de sexo masculino. Un total

de trece eran alumnos de la Especialidad en Odontopediatría – UNCuyo, dieciséis eran alumnos del Precap – Ministerio de Salud – Mendoza y tres profesionales participantes de la “Concurrencia Científico – Clínica en Odontología y Discapacidad – UNCuyo.

Se convino la siguiente “clasificación de emociones”:

- MIEDO: (ansiedad, seguridad)
- SORPRESA: (sobresalto, desconcierto)
- AVERSIÓN: (disgusto)
- IRA: (enojo, resentimiento, etc)
- ALEGRÍA: (diversión, bienestar, seguridad)
- TRISTEZA: (pena, soledad, pesimismo).

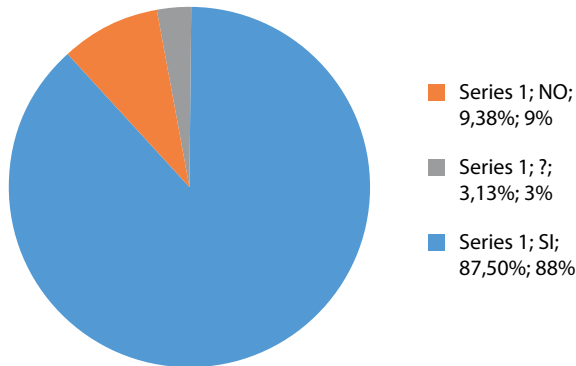
Luego se les hizo escuchar cinco estímulos sonoros (agua, viento, flauta travesera, violoncello y melodía – teclado sobre viento). Cada uno de ellos tuvo la posibilidad de tener contacto con el estímulo durante 1 minuto. Los profesionales escucharon los estímulos sonoros y completaron en una encuesta las emociones que cada estímulo les producía. Otra pregunta consignada dentro de la encuesta fue si desarrollaban su actividad profesional en ámbitos público o privado y si creían que esta “estrategia musical” podía ser aplicada en su lugar de trabajo-



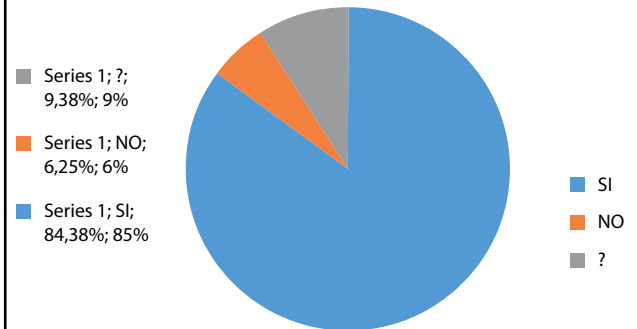
## La relación vincular con pacientes con discapacidad

Soloa, Carina; Peralta, Andrea

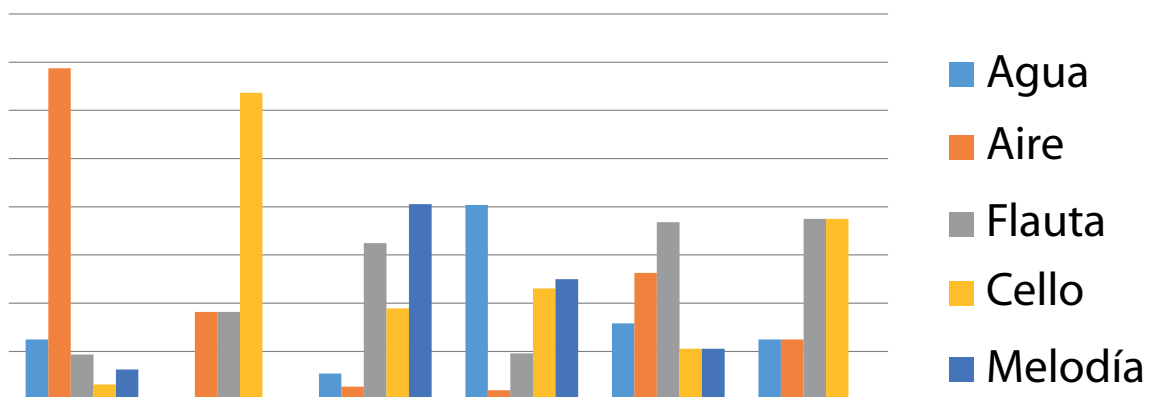
## Actividad Pública



## Uso en la Práctica



## Audición / Emoción



### RESULTADOS

Ver gráficos

En este grupo de odontólogos se pudo observar que:

- El "AGUA QUE CORRE" fue el estímulo más relacionado con la emoción ALEGRÍA (bienestar – seguridad). Esto puede deberse al Principio de Identidad Sonora propuesto por el Dr. Benenzon. En el caso del agua, se trata de una Identidad Sonora "Universal" ya que se relaciona con los sonidos intrauterinos y explica por qué este estímulo da sensación de tran-

quilidad y bienestar en la mayoría de las personas. Esta emoción, ALEGRÍA (bienestar y seguridad) es favorable en la práctica odontológica.

- En cuanto a la emoción MIEDO (inseguridad – incertidumbre), muy desfavorable para el vínculo odontólogo – paciente, fue el estímulo sonoro AIRE el que más la produjo.
- El VIOLONCELLO, si bien está presente en todas las emociones, prevaleció en la IRA y en la AVERSIÓN.
- La FLAUTA, por su parte, se relacionó

en menor porcentaje con la emoción ALEGRÍA.

- La MELODÍA se relacionó más a la TRISTEZA y a la ALEGRÍA (que en un primer momento parecen emociones contrarias. Sin embargo, podría interpretarse como una tendencia a la tranquilidad (alegría) pero a través de la tristeza o melancolía. Por otra parte fue el estímulo que no registró ningún caso de IRA o AVERSIÓN. También es interesante observar que:

- El mayor porcentaje de odontólogos que se dedica a la atención odontológica

## La relación vincular con pacientes con discapacidad

Soloa, Carina; Peralta, Andrea

del paciente especial fue de sexo femenino (87,50 %)

- La mayoría de estos odontólogos tienen actividad pública (84,38 %)
- El 87,50% de estos odontólogos creen que Sí se puede aplicar esta “estrategia” en su actividad.
- Un 3,13% de los odontólogos no sabe si podría aplicarlo.

El 9,38% considera que NO puede aplicar esta estrategia ( uno de ellos explica que la razón es el “ poco tiempo” para atender a sus pacientes en la actividad pública.

### CONCLUSIÓN

Consideramos que el mundo de la comunicación NO VERBAL merece ser explorado e incorporado a la consulta odontológica. La Música, dentro de este lenguaje No Verbal, es una herramienta que acorta distancias y modifica la sensibilidad y el comportamiento.

Sería un gran error pensar que se trata de “recetas” a seguir, por ejemplo decir: “el sonido del violoncello es desfavorable y el sonido del agua es favorable”. No hay que olvidar que los sonidos no tienen la misma influencia en todas las perso-

nas. De eso justamente se trata el Principio de Identidad Sonora (ISO) y en él nos apoyamos para proponer la búsqueda de la música o los sonidos adecuados para cada caso.

En la creación del vínculo paciente-odontólogo, priorizando siempre al paciente, deben ser tenidas en cuenta las necesidades del odontólogo.

Es posible encontrar para cada “odontólogo – paciente” un ambiente sonoro – musical que genere bienestar y seguridad para dar espacio a la expresión y establecer un vínculo de confianza.

## BIBLIOGRAFÍA

1. “La música como método alternativo en la modificación de la conducta del niño durante el tratamiento dental” - Rev. Estomatológica Herediana v. 15 n. 1 -Lima enero./junio 2005 .
2. MANTEROLA ER, MANTEROLA LM, RONCO. “La Musicoterapia como psicoprofilaxis en Odontología” – Revista de la Asociación Odontológica para Niños – 2007; 36 (3): 17-20.
3. “Musicoterapia y Medicina – Musicoterapia en el ámbito hospitalario” – Rev. del Hosp. Italiano de Bs. As. – vol 33 – N°1 – 2013 – Lic. Manterola
4. PICHON-RIVIÈRE, E. (1999) *Teoría del Vínculo*. Ediciones Nueva Visión. Buenos Aires.
5. WINNICOTT, D. (1993): *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador*. Paidós.
6. PELLIZARI, P. Y COLS. (2011) *Crear Salud. Aportes de la Musicoterapia Preventiva y Comunitaria*. Patricia Pellizari Editora. Buenos Aires.
7. GAUNA, GUSTAVO D. Y COLS (2008) “Diagnóstico y abordaje musicoterapéutico en la infancia y la niñez”. *La musicoterapia en los actuales contextos de salud y educación. La clínica con niños*. Koyatun Editorial. Buenos Aires.

## Institucional

# ***Con la docencia se puede festejar Cumplimos 10 años del Plan Estratégico "Juntos podemos la comunidad se beneficia"***

***Whit teaching you can celebrate  
We celebrate 10 year of the strategic plan.  
Together we can the community benefits***

### AUTORES

#### **OD. GRILLI SILVIA MABEL**

Especialista en Odontología Social y Comunitaria  
Especialista en Docencia Universitaria. Profesora Titular  
Cátedra Odontología Preventiva Comunitaria y Social 1 y  
2. Facultad de Odontología UNCuyo.  
E-mail: [sgrilli@fodonto.uncu.edu.ar](mailto:sgrilli@fodonto.uncu.edu.ar).

### EQUIPO DE CÁTEDRA

**MIRIAM ARAYA  
ALEJANDRA BERTOLO  
ROXANA ZABALA  
LAURA MARTÍN  
JOSÉ ESNAOLA  
ROSA CAÑAS  
YESICA BATIATTO**

### RESUMEN

Programa incremental en docencia, investigación y extensión con énfasis en promoción de la salud, innovador como estrategia de enseñanza de la odontología, atención primaria de la salud en su componente bucal y que nos permite realizar acciones de investigación de campo en distintas comunidades de alto riesgo social y biológico y con dificultad de acceso a la cobertura de salud y al conocimientos de acciones de auto cuidado.

Palabras Claves: planificación estratégica participativa salud comunidad

### ABSTRACT

*Incremental program in teaching, research and extension with emphasis on health promotion, innovate as a teaching strategy in dentistry, primary health care in its oral component and that allows us to carry out field research actions in different communities of high difficulty accessing health coverage and knowledge of self-care actions.*

*Keywords: strategic planning participatory community health*

### VÍNCULO INSTITUCIONAL Y ACADÉMICO:

Carrera de Odontología:  
Cátedras; Odontología Preventiva, Comunitaria y Social 1, 3er. Año del Ciclo Profesional y Clínica Integrada I: Módulo 5: Odontología Preventiva, Co-

munitaria y Social 2, 4to. Año del Ciclo Profesional.

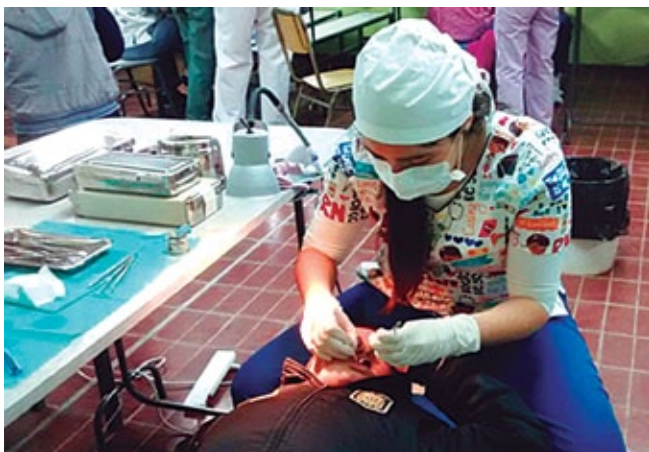
Actividad Académica y Curricular:  
SALIDAS CURRICULARES DE CAMPO  
Los contenidos que se le imparten al alumno de odontología, contribuyen a formar el perfil del futuro profesional

Odontólogo reconociendo la importancia de la observación clínico-preventiva ubicada en un contexto socio-cultural. Le permite aplicar conocimientos epidemiológicos para la planificación terapéutica individual y comunitaria, planificar tratamientos individuales y formular



## Con la docencia se puede festejar - Cumplimos 10 años del plan estratégico "Juntos podemos la comunidad se beneficia"

Od. Grilli Silvia Mabel.



planes comunitarios. Las actividades de atención primaria de la salud y las acciones de Extensión Universitaria se articulan para llegar al diagnóstico a nivel comunitario permitiendo el desarrollo de programas, uno de ellos **"Juntos podemos la comunidad se beneficia"** forma parte de las actividades que propone la cátedra.

### VÍNCULO COMUNITARIO:

El programa se inició en el año 2008, en la Escuela N°1-304 "Luis Baldini", Ugarteche, de ámbito rural con domicilio en Ruta Provincial 15 y Ruta 40, Luján de Cuyo, Mendoza, a pedido de las madres, padres y abuelas de los niños del establecimiento, el cual se fue ampliando hasta llegar a tener bajo programa a los 800 alumnos del establecimiento.

En un primer momento se relevaron datos epidemiológicos utilizando indicadores de caries con el índice de ceod, CPOD, niveles de placa bacteriana y destreza de cepillado con el índice de O'Leary y nivel de inflamación gingival con el uso del índice de hemorragia simplificado. A partir del análisis de todos los datos se comprobó la necesidad de desarrollar un programa en dicha comunidad educativa que incluyera ac-

tividades de educación para la salud, actividades de evaluación de incorporación de hábitos de auto cuidado y acciones de intervención clínica en el primer nivel de atención.

Al año siguiente, 2009, incorporamos la Escuela N°1-467 "Guillermo Marconi", ámbito rural con domicilio en calle El Ingeniero S/N, Tupungato, Mendoza. Mantuvimos el desarrollo de las actividades durante cuatro años en forma ininterrumpida hasta lograr una verdadera vinculación entre la comunidad y el Hospital Las Heras, que entendiendo la importancia de la salud bucal, crea el servicio de Odontopediatría.

En un primer momento se propuso como voluntariado para los estudiantes de 5to. Año de la Facultad de Odontología de la UNCuyo realizando las actividades los días sábados. En cada uno de los establecimientos donde se llevó a cabo el programa la participación de alumnos fue tan buena que ellos mismos comenzaron a requerir mayor carga horaria y más días para poder asistir a estas comunidades.

Es así, que en el año 2009 se propone a la Secretaría Académica de la FO que esta actividad se transforme en curricular y académica. La propuesta fue aceptada y reconocida y desde entonces

forma parte de las actividades de la cátedra. Las evaluaciones y devoluciones de los propios estudiantes expresan lo importante de poder participar en estas acciones de enseñanza aprendizaje en contexto real.

A partir del año 2013 se iniciaron actividades en el CDIYF N° 11 "Huellitas de Amor", con domicilio en Correa Saa 2865 y Sarmiento, Guaymallen, Mendoza, ámbito urbano marginal y en 2014 comenzamos en la Escuela N°1-486 "José Lorenzo Guiraldes", ubicada en la intersección de Ruta Nacional 40 y Calle 65, Nueva Colonia, Luján de Cuyo, Mendoza.

En cada uno de los lugares donde se ha instalado el programa, la comunidad participa activamente, convencida de que estas acciones son un gran aporte a su salud. A medida que los años pasan sumamos otras comunidades educativas, teniendo en cuenta el mismo perfil de selección, la necesidad y vulnerabilidad de la población que allí vive.

### APORTES A LA FORMACIÓN:

Desde el 2008 las cohortes han estado representadas por un promedio de 60 alumnos de grado por Ciclo Lectivo, es decir que entre 600 y 800 alumnos de

Con la docencia se puede festejar - Cumplimos 10 años del plan estratégico "Juntos podemos la comunidad se beneficia"

Od. Grilli Silvia Mabel.



la Carrera de Odontología han realizado actividades de Atención Primaria de la Salud en establecimientos educativos de zonas rurales y urbano marginales, manteniendo un programa a lo largo de estos primeros 10 años. Las actividades realizadas por los alumnos van desde la planificación de clases de educación para la salud, observación in situ de la comunidad y detección, mediante la elaboración de entrevistas y encuestas a los docentes y alumnos, de cuáles son sus conocimientos previos en cuidados de la salud bucal. Aplicamos indicadores para la determinación del estado de salud enfermedad de la comunidad, tales como ceod, CPOD, O'Leary, Lõe y Seelnes, hemorragia simplificado, necesidad de tratamiento de caries, a partir del análisis de los resultados, se pasa a la segunda etapa de intervención clínica que incluye acciones del primer nivel de atención y derivaciones a centros de atención pública y/o Facultad de Odontología para recibir atención del segundo nivel. Trabajamos en lograr el acompañamiento, en términos de empoderamiento, de las familias de los niños que participan del programa para que entre todos podamos lograr el control de la enfermedad y restablecimiento de la salud en general.

Los escolares atendidos reciben instrucciones sobre técnicas de cepillado y asesoramiento sobre la relación de algunos alimentos con la enfermedad de caries. Las madres que participan de las clases de Educación para la Salud, se les informa sobre la importancia de la visita periódica de control y mantenimiento de la salud, componente bucal, alimentación saludable y técnicas de cepillado, considerando la necesidad de incorporar estos hábitos en el núcleo familiar. Además de estas acciones se realizan Cursos de Capacitación de Recursos Humanos extra sectoriales con el objetivo de multiplicar acciones de cuidado e instruirlos como potenciales agentes de salud, hacia el interior de la institución como para sus propias familias. Intervienen los docentes de las instituciones, cuidadores/ras, personal de apoyo administrativo, de cocina y limpieza. Los cursos de Promoción y Prevención dirigidos específicamente a los maestros establecen como específico:

- "Que el docente logre alcanzar y ejecutar junto a sus alumnos, el Sub Programa de Mantenimiento de la salud alcanzada" y
- "Continuar replicando técnicas de higiene bucal para establecerlas como hábito".

Se realizan también actividades estratégicas en los Centros de Salud cercanos para articular la atención a los niños de dichas comunidades y que son derivados por nuestro equipo de salud.

**CONCLUSIONES**

Las actividades de docencia-extensión-investigación se articulan para lograr que este programa, "Juntos podemos la comunidad se beneficia", traspase las fronteras de la Universidad, permitiendo a los alumnos llevar a cabo acciones concretas de prácticas odontológicas en comunidades vulnerables. Los resultados obtenidos fueron presentados en innumerables reuniones científicas, congresos de extensión, mostrando el impacto del proyecto y la justificación de seguir creciendo. Luego de diez años, reflexionamos sobre lo realizado y podemos reconocer que la tarea también ha dado sus frutos en el camino de algunos de nuestros alumnos y graduados que presentan sus propios proyectos en las distintas convocatorias de la Universidad Nacional de Cuyo, Proyectos "Mauricio López", Proyectos "Vuelta al Pago", Proyectos e intercambios estudiantiles de AUGM, comprometidos con la comunidad que necesita de su formación espe-

## Con la docencia se puede festejar - Cumplimos 10 años del plan estratégico "Juntos podemos la comunidad se beneficia"

Od. Grilli Silvia Mabel.



cífica, integrada e integral, de acuerdo a los lineamientos de la Organización Panamericana de la Salud para Latino América.

### AGRADECIMIENTOS

Nuestro recuerdo y gratitud a Milka Yelachich, Silvia Aldao y Mirta Roitman quienes formaron parte en los inicios de este proyecto.

Dedicamos este artículo a nuestras docentes y amigas, Profesoras Liana Breitman y Vicenta Vasquez con las que nos formamos en estas líneas de acción. Agradecemos el acompañamiento académico y de gestión de nuestra casa de altos estudios, Facultad de Odontología la Universidad Nacional de Cuyo.

### DEVOLUCIONES QUE NOS HICIERON LLEGAR EN NUESTRO ANIVERSARIO NÚMERO DIEZ.

**Odontóloga Isabel Rocha, cohorte año 2009**

*Soy Isabel Rocha, vi que están festejando los 10 años de proyecto, yo participé en el año 2009 en la Escuela "Guillermo Marconi", en Tupungato cuando hicimos el relevamiento epidemiológico. Le puedo decir que fue una experiencia muy linda ver a todos esos niños y darle la posibilidad de poder hacerse atender y llegar hasta ellos, es algo que no se olvida. Es una sensación que no se puede explicar lo gratificante que se siente el poder ayudar al prójimo, mis deseos de seguir participando están intactos, siempre estoy considerando volver. Muchas gracias por esta linda experiencia vivida. Saludos a todos y Feliz Cumpleaños.*

**Odontóloga Rosa Isabel Cañas, cohorte 2014.**

*Soy Rosa Isabel Cañas, Odontóloga recibida en el año 2016, realicé las Salidas Curriculares de Campo en el Ciclo Lectivo 2014 en la comunidad educativa, Escuela N°1-304 "Luis Baldini", Distrito de Ugarteche en el Departamento de Luján*



Con la docencia se puede festejar - Cumplimos 10 años del plan estratégico "Juntos podemos la comunidad se beneficia"

Od. Grilli Silvia Mabel.



de Cuyo. La primera visita que hicimos con mis compañeros, recuerdo que tenía muchas dudas, estaba en tercer año y solo había atendido pacientes de baja complejidad en condiciones ideales, y no había atendido a niños. A medida que fuimos atendiendo a los chicos fui incorporando un nuevo conocimiento en cuanto estrategias de atención y mi motivación aumentó al sentir y ver que esos niños en esa comunidad estaban recibiendo una atención de calidad desde los primeros niveles de atención con promoción y prevención de la salud bucal como así también Atención Primaria de Salud y para varios niños era su primer contacto con la Odontología. Dichas prácticas cambiaron por completo mi visión, me conectó con la realidad y reafirmó mi vocación. Sin duda son prácticas y contenidos que deben ser parte de una formación odontológica integral ya que el estudiante se conecta con la comunidad y realidad de su país y de las personas que lo integran ya que las enfermedades bucales son multifactoriales y se debe tener en cuenta las condiciones sociales, económicas, educacionales entre otras. Son prácticas que ponen a prueba a los futuros profesionales que podrán reconocer sus debilidades y fortalezas para poder

trabajar en comunidad e insertarse. Esta experiencia me motivó a ser parte, del equipo de Cátedra de Odontología Preventiva Comunitaria y Social, he podido distinguir en los alumnos como reafirman sus conocimientos con cada Salida Curricular de Campo, cómo las dudas que se presentan los alientan a investigar y participar en forma activa, aumentan su motivación y preocupación por resolver situaciones problemáticas.

**Odontóloga Yesica Batiatto, cohorte 2014.**

Soy Yesica Batiatto en el año 2014, como alumna, forme parte del programa en la Escuela 1-103 "Luis Baldini" en Ugarteche, Luján de Cuyo, Mendoza, fue gracias a esa primer experiencia que comprendí el perfil humanístico social que nos brinda nuestra facultad, compromiso con la comunidad como agentes de salud, no solo como odontólogos trabajando en la

## Con la docencia se puede festejar - Cumplimos 10 años del plan estratégico "Juntos podemos la comunidad se beneficia"

Od. Grilli Silvia Mabel.

salud bucal sino como parte de un equipo integral de salud con otros especialistas con los miembros de la comunidad, satisfactorio trabajo que generó en mí el deseo por aprender y empaparme más hoy como ayudante graduada en la Cátedra Odontología Preventiva Comunitaria y Social.

**Odontóloga Romina Alba, cohorte 2015**  
Realice las prácticas en el año 2015 en la escuela 1-486 José Lorenzo Guiraldes, en Nueva Colonia, Lujan de Cuyo, Mendoza, es una zona rural. Las expectativas

al principio eran de temor e incertidumbre ante lo desconocido, salir fuera de las clínicas de la facultad, en condiciones muy distintas, no había un sillón odontológico y nuestros pacientes serían niños de entre 4 a 6 años. El objetivo expreso "trasladar todo lo aprendido" en tantos años de estudio a esta comunidad y las ganas de dejar y aprender todo. Pudimos atender niños que nunca habían tenido la oportunidad hasta ese momento de acercarse a las prácticas odontológicas. Gracias a la Cátedra de Odontología Preventiva Comunitaria y Social con su Pro-

yecto Juntos Podemos la Comunidad se Beneficia, logramos vencer esos temores y derribar las barreras que nos separan muchas veces tanto física como culturalmente. Comprendimos otras realidades y aprendimos a adaptarnos para poder atender en las mejores condiciones posibles, siempre intentando dar lo mejor de cada uno. Creo que es una práctica que tiene que estar y permanecer en la facultad ya que todos los estudiantes deberían tener el derecho práctica privada y que a la vez nos hace crecer en lo profesional y en lo personal.

“ ESTE PROYECTO TRASCENDIÓ  
LAS PAREDES DE UNA OFICINA,  
DEL ESPACIO FÍSICO DE LA PROPIA FACULTAD,  
ESTE PROYECTO  
ES DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA,  
ES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO  
Y FUNDAMENTALMENTE  
ES DE LA COMUNIDAD MENDOCINA. ”



## Institucional

# Estancia de Movilidad Docente en la Escuela de Medicina Dental Maurice and Gabriela Goldschleger Universidad de Tel Aviv - Israel

AUTOR

**OD. ESP. EVELYN RUTH DOLONGUEVICH**

Docente de la cátedra de Clínica de Prótesis I. Facultad de Odontología UNCUIYO

Durante el mes de Mayo de 2018 se efectivizó la Beca de Movilidad Docente que otorga la Secretaría de Relaciones Internacionales de la Universidad Nacional de Cuyo en el destino seleccio-

nado, Escuela de Medicina Dental de la Universidad de Tel Aviv en Israel.

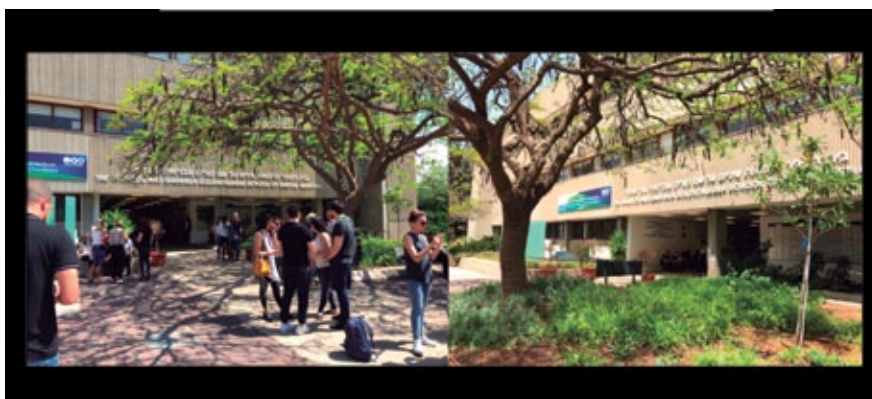
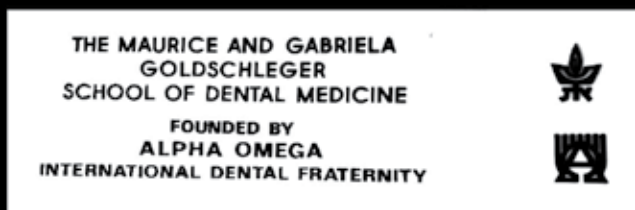
Israel es una República democrática parlamentaria, pluralista y tolerante, joven, con 70 años desde su creación,

con una superficie total de 22.145 km<sup>2</sup> (levemente menor que la provincia de Tucumán) y con una población de 8.790.200 habitantes de razas y culturas muy variadas.

Existen dos centros de formación en la Carrera de Odontología la Universidad de Jerusalem, y de la Escuela de Medicina Dental de la Universidad de Tel Aviv. La más joven fue creada en el año 1972. La construcción de dicho edificio concluyó en el año 1985.

(foto 1)

Cada año se inscriben aproximadamente 600 postulantes, los cuales rinden un examen psicométrico antes de ingresar a la universidad. Luego, para el ingreso a las Carreras de Odontología, rinden materias de física, matemáticas, biolo-



**Foto 1:** Fachada de la Escuela de Medicina Dental Maurice and Gabriela Goldschleger – Universidad de Tel Aviv.

## Estancia de Movilidad Docente en la Escuela de Medicina Dental Maurice and Gabriela Goldschleger Universidad de Tel Aviv - Israel

Od. Esp. Evelyn Ruth Dolonguevich



**Foto 2:** Profesor y Decano Ervin Weiss



**Foto 3:** Directora de la Especialidad de Posgrado de Prostodoncia y Departamento de Rehabilitación Oral Shifra Levartovsky DMD,

gía y química. Una vez aprobadas se les hace un Test 3 D, y por último pasan a una entrevista personal. Ingresan 65 estudiantes cada año en Grado, el programa es de 6 años: 2 1/2 años en ciencias básicas en Medicina y 3 1/2 años en

la Escuela de Odontología.

La primera actividad fue la presentación personal y luego una reunión con el Decano de la Facultad Prof. Ervin Weiss, de reconocida trayectoria internacional, a quien se le hizo entrega de un obse-

quio de parte de las autoridades de la Facultad de Odontología UNCuyo y la revista que allí se edita. Luego se presentó a Zeev Ormianer DMD Jefe del Departamento de Rehabilitación Oral, y a la Sra. Shifra Levartovsky DMD Directora de la Especialidad en Posgrado de Prostodoncia del Departamento de Rehabilitación Oral, con quienes se consensuó la diagramación de las semanas posteriores para participar de las actividades de Grado y de Carrera de Posgrado en Prostodoncia.

A continuación se realizó un recorrido por las diferentes áreas del edificio destinadas al Grado, Posgrado, Investigación, Aulas, Administración y Admisión de Pacientes.

### REHABILITACIÓN ORAL CLÍNICAS DE GRADO

El Departamento de Rehabilitación Oral se estableció en 2004, uniéndose a los siguientes departamentos: Odontología Restauradora, Odontología Protésica y el Departamento de Oclusión y Ciencias de la Conducta. Las áreas de enseñanza e investigación incluyen, además de lo anterior, Cariología, Materiales dentales, Trastornos temporomandibulares, Dolor miofacial, Ética y jurisprudencia dental, Odontología comunitaria.

En 4º año de la carrera se trabaja con simuladores (Phantom), con dientes de resina. Al finalizar se deben aprobar todas las materias, inclusive cursos especiales como reglas de comportamiento en la clínica, prótesis completas, removibles parciales y fijas.

(foto 4)

En las clínicas de los alumnos de 5º y 6º año tratan pacientes de diferentes complejidades, en las especialidades de Pe-



**Foto 4:** Alumnos de 3º año trabajando en simuladores.



Estancia de Movilidad Docente en la Escuela de Medicina Dental Maurice and Gabriela Goldschleger  
 Universidad de Tel Aviv - Israel  
 Od. Esp. Evelyn Ruth Dolonguevich

riodoncia, Cirugía Oral y Maxilofacial, Endodoncia, Rehabilitación Oral, Biología Oral, Medicina y Patología Oral, Ortodoncia, Odontología Pediátrica. Se observó la organización del trabajo, las normas de bioseguridad, el modelo de admisión de pacientes, el funcionamiento del economato y el modelo de Historia Clínica Digital.

Se trabajó en cooperación con los alumnos en lo referido a opiniones y acciones consensuadas con los docentes para la resolución de etapas de casos clínicos en prostodoncia, algunos de esos docentes eran colegas de la Especialidad de Prostodoncia, que colaboran en la Clínica de Grado.

La finalización del cursado de Grado se realiza con evaluaciones que toman expertos a nivel nacional que tienen una primera parte donde se evalúa sobre bibliografía, en la Universidad de Jerusalem, y una segunda parte clínica, en la Universidad de Tel Aviv.

(fotos 5 y 6)

Se intercambiaron experiencias de trabajo y conocimientos con el Prof. Ephraim Winocur, DMD, Jefe del Departamento de Rehabilitación Oral y Clínica de ATM y del Dolor Orofacial, de fama internacional, quien ha publicado numerosos trabajos de investigación. (foto 7 y 8)

### PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN REHABILITACIÓN ORAL (PROSTODONCIA)

El programa de Posgrado de Especialización en Rehabilitación Oral tiene una duración de 4 años, con distribución clínica y didáctica de acuerdo con los estándares internacionales recomendados. El programa didáctico contiene temas curriculares primarios y secunda-



**Foto 5 y 6:** Alumnos de grado trabajando en clínicas, se observa el uso de magnificación y tecnología CAD CAM.



**Foto 6**



**Foto 7:** Alumno de grado realizando su trabajo de investigación en CAD CAM.



**Foto 8:** En la clínica de grado, con el Profesor Ephraim Winocur, DMD, Jefe del Departamento de Rehabilitación Oral y Clínica de ATM y Dolor Orofacial



## Estancia de Movilidad Docente en la Escuela de Medicina Dental Maurice and Gabriela Goldschleger Universidad de Tel Aviv - Israel

Od. Esp. Evelyn Ruth Dolonguevich



**Foto 9:** Ingreso e instalaciones de la Clínica de Posgrado de la Escuela de Medicina Dental Universidad de Tel Aviv.



**Foto 10:** Seminarios semanales de investigación y casos clínicos.

rios abordados en seminarios semanales de revisión de literatura y conferencias presenciales. Se basa en un currículum formal y bibliografía acreditada. Las rotaciones obligatorias de 6 meses, son en periodoncia y una disciplina electiva adicional generalmente ortodoncia,

también endodoncia y estomatología. (foto 9)

Los seminarios semanales de planificación del tratamiento se llevan a cabo con los estudiantes que presentan sus casos clínicos totalmente documentados para la revisión y el análisis del foro.

En los seminarios se ponen en común los casos clínicos y se analizan en conjunto con los docentes, ya que a este nivel de posgrado no se dictan clases teóricas por parte de los instructores. (foto 10)

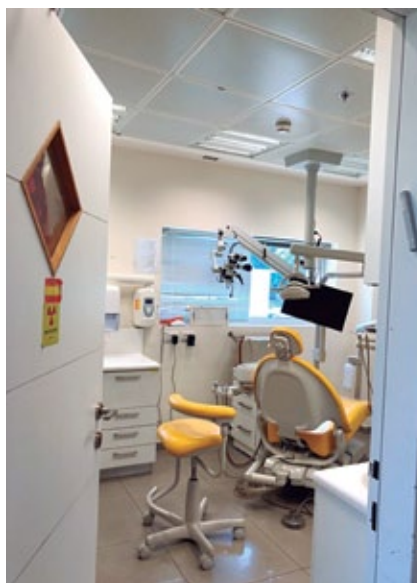
Se observó en las Clínicas de Posgrado las discusiones de diversos aspectos de cada caso clínico por parte de los alumnos. Las competencias clínicas también deben demostrarse en todos los aspectos.



Estancia de Movilidad Docente en la Escuela de Medicina Dental Maurice and Gabriela Goldschleger  
 Universidad de Tel Aviv - Israel  
 Od. Esp. Evelyn Ruth Dolonguevich



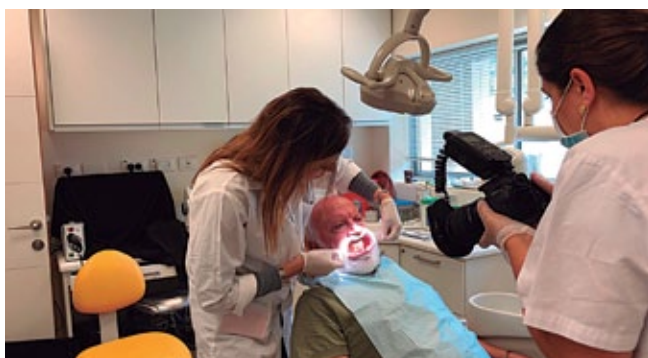
**Foto 11:** Alumna de posgrado trabajando en su proyecto de investigación.



**Foto 12**



**Foto 13**



**Foto 14**



**Foto 15**

**Fotos 12,13,14,15:**  
 Clínicas de Posgrado y  
 Sala de reunión

tos de la prostodoncia fija y removible con casos completamente documentados que demuestren habilidades diagnósticas, analíticas y de tratamiento en prótesis dentales fijas y removibles, prótesis removibles parciales y completas, prótesis dentales fijas con compromiso periodontal, ortodoncia, bruxismo, edentulismos parciales, estética y disfunciones Témporomandibulares.

Se pudo comprobar los beneficios de trabajar con magnificación, algo obli-

gatorio en la Carrera de Posgrado de Prostodoncia, y aconsejado a los alumnos en Grado. El estudiante debe cumplir con los requisitos académicos y clínicos estipulados por el comité de especialidades prostodónticas del Consejo Científico y de la Asociación Dental de Israel. Todos los estudiantes se preparan para rendir el examen que deben aprobar en la Asociación Dental del Estado de Israel en la especialidad prostodóntica, el cual consiste en un

examen escrito y un examen oral final en un caso clínico que resuelven completamente y con fundamentación científica en un par de horas.

(fotos 12,13,14,15)

En esta oportunidad, se participó de eventos especiales anuales, como el Research Day, en el que se entregan los títulos a los Profesores Seniors, Lecturer, Master, PhD y se otorgan premios a los mejores trabajos de investigación de grado y posgrado. Concluye con un



Estancia de Movilidad Docente en la Escuela de Medicina Dental Maurice and Gabriela Goldschleger  
Universidad de Tel Aviv - Israel

Od. Esp. Evelyn Ruth Dolonguevich



**Foto 16;** Sala donde se reúnen a otorgar premios y distinciones.



**Foto 17:** Evento social al fin del día.



**Foto 18:** Haciendo uso de mi Lupa con luz led adquirida en Israel.

ágape y evento social con diversas actividades.

En otra oportunidad, se pudo compartir con alumnos y docentes de las Carreras de Periodoncia y Prostodoncia la salida anual que consiste en una excursión sorpresa, organizada por dos alumnos seleccionados.

(fotos 16 y 17)

Fue factible también presenciar el acto de inauguración de nuevas instalaciones de servicios como el de anestesiología

Estancia de Movilidad Docente en la Escuela de Medicina Dental Maurice and Gabriela Goldschleger  
Universidad de Tel Aviv - Israel

Od. Esp. Evelyn Ruth Dolonguevich

**Foto 19:** EVENTO ESPECIAL: se recibieron a los Benefactores de The Maurice and Gabriela Goldschleger School of Dental Medicine, pertenecientes a la Fraternidad Dental Internacional Alpha Omega y se inauguraron nuevos servicios



**Foto 20:** Docentes y alumnos de las Especialidades de Periodoncia y Prostodoncia, donde se compartió una excursión de camaradería.



aplicada a la atención odontológica, entre otros, logrados gracias al aporte de benefactores pertenecientes a la Fraternidad Dental Internacional Alpha Omega, delegación que se encontraba presente en dicho acto.

En resumen, destaco lo valorable de esta experiencia académica de intercambio tanto en Grado como en Posgrado y la importancia de evaluar fortalezas y cualidades de ambas facultades.

Finalmente quiero agradecer a las autoridades, docentes y alumnos de Grado y colegas de Posgrado de la Escuela de Medicina Dental de la Universidad de Tel Aviv que me abrieron las puertas de su institución, en la que pude llevar a cabo todas las actividades programadas y me hicieron sentir parte en todo aspecto. Un agradecimiento especial a la Univer-

sidad Nacional de Cuyo a través de su secretaria de Relaciones internacionales y a la Facultad de Odontología, que me brindaron esta oportunidad única de formación como docente y como persona. Espero volcar todo lo aprendido a través de mi trabajo en nuestra casa de estudios, e invito a otros colegas de nuestra facultad a sumarse a este importante programa.



# Programa de Gestores Universitarios Visita a la Universidad Complutense. Madrid. España

AUTOR

**MARÍA DEL CARMEN MARTINEZ**

Personal de apoyo académico del Dpto. de Posgrado, Facultad de Odontología. UNCUIYO

A partir del programa de movilidad administrativa se realizó una estancia en la Universidad Complutense de Madrid (España). En esa instancia fue recibida por la Vicedecana de Calidad y Relaciones Internacionales de la Facultad de Odontología Dra. Ana Arias. Del mismo modo el secretario Gerente de la Facultad acompañó en un recorrido por las distintas áreas del edificio como son: Aulas, Museo, Biblioteca, Clínicas, Secretaría de Alumnos, Dirección del Área Económico-Financiera y la Secretaría de Educación Continua. En la Secretaría de Alumnos se mostró todo el proceso administrativo que se realiza desde que el alumno se inscribe a la facultad hasta que egresa. Se observó que en varios aspectos es muy similar a las tareas que se realizan en esta Facultad de Odontología a través de la Dirección de Estudiantes y el sistema SIU GUARANÍ. El aspirante a la carrera se inscribe a través de la página web de la institución y carga toda la documentación requerida para tal fin. Se tiene en cuenta para el ingreso el promedio obtenido en la última etapa de la educación media, calificación

que se promedia con la obtenida en el examen de ingreso. Una vez que el aspirante ingresa, debe presentar personalmente la documentación requerida en formato papel. El alumno que ingresa a la Facultad abona una matrícula, anual o semestral, según el régimen de las asignaturas. Una vez inscripto el alumno el seguimiento lo hace el titular de la cátedra, siempre on line, opción dentro de la página web de la Facultad. Desde el ingreso del aspirante hasta el acta de aprobación de cada asignatura, la comunicación es muy fluida incluso durante todo el cursado de la misma.

Se realizó un recorrido también por las distintas aulas y clínicas. Cuentan con 130 clínicas para la atención de los pacientes. El circuito que realizan los pacientes es muy similar al que en nuestro Hospital Odontológico se lleva a cabo, tanto en la admisión y atención como en el tratamiento específico. En cuatro áreas del primer piso se exhiben equipos odontológicos utilizados desde que se fundó la Facultad, siendo una especie de museo abierto. Ver Foto 3.

El graduado tiene la posibilidad de continuar su formación de posgrado con las carreras que allí se dictan. Dentro de la oferta se encuentra el Doctorado, que permite la formación avanzada, fundamentalmente en investigación. La Maestría en Ciencias Odontológicas tiene como finalidad la adquisición de una formación general en una o varias disciplinas orientada a la preparación para el ejercicio de actividades de carácter profesional. Se considera como una parte formativa e inicial del programa de estudios del Doctorado.

Las especialidades y los cursos facilitan la formación continua que responde a una demanda social de actualización del conocimiento y el desarrollo de competencias personales y profesionales.

Finalmente hizo entrega al secretario de la Gerente de documentación y obsequios enviados por las autoridades de la Facultad de Odontología y se acordaron instancias para estrechar lazos entre ambas instituciones. Ver fotos 4 y 5.

Programa de gestores universitarios - Visita a la Universidad Complutense. Madrid. España

María del Carmen Martínez



**Figura 1:** Frente de la Facultad de Odontología.



**Figura 2:** Área de ingreso a la Facultad Universidad Complutense.



**Figura 3:** Museo.



**Figura 4;** Secretaria del área Educación continua.

**Figura 5:** Secretario de la Vicedacana de Calidad y Relaciones internacionales



**AGRADECIMIENTO**

Agradezco a la señora Decana Prof. Dra. Patricia Di Nasso por el apoyo brindado en todo momento, al Consejo Directivo y a mis compañeras de trabajo por el respaldo recibido.

# “Programa sonríe comunidad”

## “Program smile community”

AUTOR

**PROF. ESP. GARCÍA CRIMI GRACIELA EDITH**

Secretaria de Extensión

Facultad de Odontología-Universidad Nacional de Cuyo.  
Mendoza-Argentina

E-mail: [ggarciacrimi@fodonto.uncu.edu.ar](mailto:ggarciacrimi@fodonto.uncu.edu.ar)

### RESUMEN

La Facultad de Odontología articula sus objetivos institucionales con las necesidades sociales, asumiendo el desafío de conjugar calidad educativa y compromiso social como uno de los ejes de la política académica. De esta forma, las actividades extensionistas se han consolidado a través de la transferencia de conocimientos de la facultad a la sociedad y viceversa lo que implica un espacio de diálogo e interacción socio-cultural en el que el conocimiento se recrea.

El Área de Gestión de Salud Bucal de la Secretaría de Extensión tiene la misión de desarrollar una tarea permanente de acciones de prevención y promoción de la salud bucal, participando en programas y proyectos de inclusión social, promoviendo la articulación y vinculación de la Facultad con la comunidad.

Este artículo expone uno de los Programas que desarrolla, el cual, vincula con el medio las capacidades institucionales en promoción, prevención y tratamiento de enfermedades bucales prevalentes, incentivando la participación de estudiantes, docentes, graduados y personal de apoyo académico.

Palabras clave: Promoción, Prevención, Educación, Salud Bucal, provincia de Mendoza.

### ABSTRACT

*The FO articulates its institutional objectives with the social needs, assuming the challenge of combining educational quality and social commitment as one of the axes of the academic policy. In this way, extension activities have been consolidated through the transfer of knowledge from the faculty to society and inversely, which implies a space for dialogue and partner-culture interaction in which knowledge is recreated.*

*The Oral Health Management Area of the Extension Secretariat has the mission of developing a permanent task of prevention and promotion of oral health, participating in programs and projects of society incorporates, promoting the articulation and linking of the Faculty with the community. This article exposes one of the Programs that it develops, which links with the environment the institutional capacities in promotion, prevention and treatment of prevalent oral diseases, encouraging the participation of students, teachers, graduates and academic support staff.*

*Key words: Promotion, Prevention, Education, Buccal Health, province of Mendoza.*

### “PROGRAMA SONRÍE COMUNIDAD”

Este programa inicia sus actividades a fines del año 2014 y continúa vigente. Sonríe Comunidad articula el trabajo

transversal de las áreas de Extensión y la cátedra de Práctica Profesional Supervisada de la Facultad de Odontología. Para el desarrollo del mismo se gestionaron alianzas con Instituciones

Educativas, Organizaciones no gubernamentales, Empresas privadas y Organismos públicos de varios departamentos de la provincia de Mendoza. La formulación, desarrollo e implemen-



## "Programa sonríe comunidad"

Prof. Esp. GARCÍA CRIMI Graciela Edith

tación del programa se fundamenta en la constatación de las necesidades de salud bucal que presentan las zonas rurales alejadas de centros urbanos de nuestra Provincia.

Los preceptos de misión y perfil de esta Casa de Estudios, se orientan a la producción de servicios hacia la comunidad y que pretende además, dar a los egresados una formación integral para el servicio y compromiso social. Entre los fundamentos y objetivos del espacio curricular: Práctica Profesional Supervisada de la Carrera de Odontología, se menciona lo siguiente: "...Fuera de la Institución existen ámbitos de desempeño profesional cuyas características específicas exigen el dominio de competencias que se adquieren a través actividades en entornos reales de trabajo. La adquisición de capacidades para desempeñarse en situaciones socio-laborales concretas sólo es posible si se generan en los procesos educativos tareas formativas de acción y reflexión sobre situaciones reales de trabajo."...

### "Sonríe Ñacuñán":

La localidad de Ñacuñán es una reserva de la biosfera, localizada en el departamento Santa Rosa de la Provincia de Mendoza, Argentina. Se encuentra a 160 km al sudeste de la capital provincial, Mendoza.

La reserva fue declarada área protegida en el año 1961, resguarda 12.880 hectáreas de bosque nativo de algarrobo, antes abundante en las zonas de pocas precipitaciones de Cuyo.

Su población principal es muy pequeña y está asentada junto a la carretera provincial N° 153 conocida también como la Ruta Ganadera. Se dedican especialmente a la ganadería y cultivos de lo que se alimentan. Cuenta desde hace muy poco con luz eléctrica monofilas;



existiendo allí una escuela albergue, un destacamento policial y un centro de salud al cual concurre un medico clínico general dos veces a la semana y

no cuenta con consultorio Odontológico. Sonríe Ñacuñán es un Proyecto de Salud Integral donde se interactúa con profesionales de otra áreas de salud



### “Programa sonríe comunidad”

Prof. Esp. GARCÍA CRIMI Graciela Edith



como medicina general, nutrición, psicología, sociología, el trabajo interdisciplinario lo convierte en una instancia enriquecedora tanto para la comunidad como para nosotros.

Los alumnos toman contacto con la problemática real de las comunidades de nuestra provincia y se cumple con el objetivo principal de Práctica profesional Supervisada, capacitando al alumno para que pueda actuar con seguridad en la toma de decisiones, acrecentando el grado de seguridad en cuanto al diagnóstico y tratamiento adecuado frente a situaciones particulares del paciente, logrando un clima de respeto mutuo en la atención del paciente, maximizando la capacidad de discernir el tipo de tratamiento a efectuar según el/los recursos disponibles, adaptando el tipo de tratamiento a efectuar según el grado de salud bucal del paciente. Emplazados en la escuela N° 8-366, Nuestra Señora del Carmen de Cuyo, se brinda atención odontológica a los alumnos y a pobladores de la zona que requieren tratamiento odontológico según sus necesidades. Asimismo se ofrecen charlas de educación para la salud a toda la comunidad y en especial al personal docente de la escuela para que se conviertan en apoyo de prevención de lesiones orales. También se hizo uso de la Unidad Odontológica Móvil de la Facultad de Odontología de la UNCuyo. Sonríe Ñacuñán es un Proyecto que articula el trabajo entre la entidad Rotary Sol, el municipio del departamento Santa Rosa, la dirección General de Escuelas, y nuestra Unidad Académica. El equipo es conformado por 15 estudiantes de 5° año de la carrera de Odontología, 2 docentes, 2 graduados, 2 personas de apoyo académico, (este número se ajusta a la capacidad que



## "Programa sonríe comunidad"

Prof. Esp. GARCÍA CRIMI Graciela Edith

tiene nuestra unidad de traslado) y 4 representantes de la entidad Rotary Sol.

## "Sonríe La Paz"

El departamento de La Paz se encuentra ubicado en el este de la Provincia a 140 kilómetros de la ciudad de Mendoza, se extiende sobre 7.105 km<sup>2</sup>, lo que representa el 4,7 % del total provincial. El límite oriental del departamento colinda en toda su extensión con la provincia de San Luis a través del Río Desaguadero, y en territorio mendocino propiamente, son tres los departamentos vecinos, siendo al norte el espacio lavallino, Santa Rosa al oeste y al sur la tierra sanrafaelina. La altura media sobre el nivel del mar es de 500 metros. Además, históricamente, el territorio paceño ha sido caracterizado por su posición como un lugar de frontera, alejado de todo y en cierta manera como un espacio marginal. La población destinataria son niños y adultos de los distritos **El Lechucito, La Gloriosa y El Campamento** en el departamento de La Paz. Las escuelas Néstor Millán Oyola, Coronel Álvarez y Franco Adler se encuentran a distancias que van desde los 30 a los 60 kilómetros de la villa cabecera de La Paz.

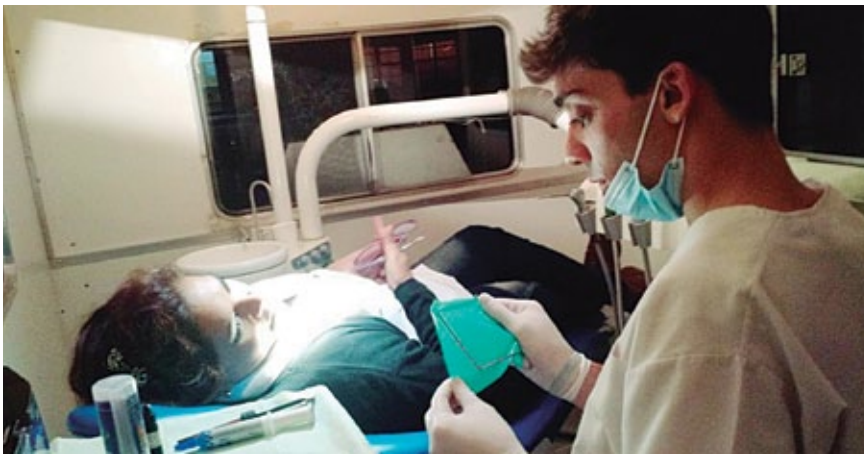
En esta oportunidad se convino un trabajo articulado entre la entidad OSDE, el Municipio del Departamento La Paz, la dirección General de Escuelas, la Facultad de Medicina y nuestra Unidad Académica.

El equipo estuvo conformado por quince estudiantes de 5° año de la carrera de Odontología, un estudiante de la Carrera de Asistente Dental, tres docentes y un miembro del personal de apoyo académico y por la Facultad de Medicina asistieron tres estudiantes y un docente; dos representantes de la entidad OSDE.



### “Programa sonríe comunidad”

Prof. Esp. GARCÍA CRIMI Graciela Edith



Los objetivos generales fueron: generar un estado de conciencia de salud y la necesidad de mantenerlo; articular la formación científica de todos los actores universitarios con las necesidades de la sociedad; atender el componente salud-enfermedad de los niños.

#### “Sonríe Barrio Flores Sur”

En esta oportunidad el coordinador general del “Programa Ciudad de Derechos” dependiente de la secretaría de Extensión Universitaria de la UNCuyo, solicita la posibilidad de realizar un proyecto de atención a niños del Centro Comunitario Educativo “San José” ubicado en el barrio Flores Sur, calle 5 y 6 de la **Ciudad** de Mendoza. El Centro Comunitario Educativo San José es una obra de la Congregación de San José que ofrece sus servicios desde hace 26 años en la Comunidad donde se ubi-

ca y tiene como fin acompañar el crecimiento de niños, niñas, adolescentes y jóvenes, junto a sus familias. La zona presenta características de vulneración de derechos.

El Proyecto Educativo Integral que ofrece, es un servicio totalmente gratuito y lleva a cabo sus actividades desde la perspectiva de la Protección y Promoción de Derechos, articulando actividades para efectivizar la inclusión de los niños, niñas y adolescentes en el Sistema Educativo Formal, circuitos de Salud, Espacios Recreativos, para sostenerlos en los espacios que por derecho les pertenecen y fortaleciendo vínculos familiares.

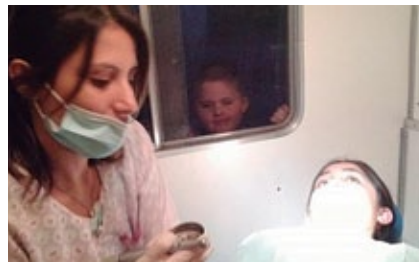
Por ser Educación No Formal, todos aquellos niños, niñas adolescentes y jóvenes que concurren al Centro Comunitario Educativo San José asisten en contra turno a una escuela o espacio educativo formal de la DGE. La comunidad del Centro Educativo “San José”, está constituida por 192 alumnos de entre 6 y 13 años de edad, del total 118 asisten en el turno mañana y 74 en el turno tarde. Se comenzó con charlas-talleres de promoción y educación para la salud, destinada a alumnos, padres, docentes y público en general de la comunidad. Por medio de la ayuda de recursos didácticos como folletería, afiches explicativos, maquetas, videos, etc.



## "Programa sonríe comunidad"

Prof. Esp. GARCÍA CRIMI Graciela Edith

Las actividades de diagnóstico se llevaron a cabo en un aula destinada por las autoridades de la escuela. Se realizaron exámenes intra e extra oral a los niños, con el correspondiente odontograma. En una segunda etapa se realizaron tratamientos de urgencia y terapia básica en el Hospital Escuela y en el Centro Odontológico Materno Infantil de la Facultad de Odontología de la UNCuyo.



## "Sonríe Uspallata"

La localidad de Uspallata está situada en el **departamento Las Heras**, provincia de Mendoza, Argentina, surcada por el río Mendoza y los arroyos San Alberto y Uspallata. Se encuentra cercana a la frontera con Chile, sobre la Ruta Nacional 7 que la une con la Ciudad de Mendoza que se encuentra a unos 110 km de la misma. Además, Uspallata es el "km 0" de la RN 149 que la une con localidades cordilleranas de Barreal, Tamberías y Calingasta, de la provincia de San Juan. Uspallata es uno de los distritos más importantes de Las Heras. Cuenta con aproximadamente 9.000 habitantes, a lo que se suman fuerzas del ejército instaladas en

los regimientos existentes en el valle e innumerables turistas que visitan el lugar. El único efector de salud existente en el lugar es el hospital público Dr. Luis Chrabalowski, la cobertura odontológica se brinda dos veces a la semana. En esta oportunidad se trabajó articuladamente con el municipio del departamento de Las Heras. También se hizo uso de la Unidad Odontológica Móvil de la Facultad de Odontología





### “Programa sonríe comunidad”

Prof. Esp. GARCÍA CRIMI Graciela Edith



de la UNCuyo. Los operativos se realizaron en el Cedrys N° 12 (Borbollón); en el barrio “5000 Lotes” Cedrys N° 5, CAPS “La Riojita” en Panquehua; y en el B° Santa Teresita Cedrys N° 8. La comunidad atendida durante la ejecución del programa fue de aproximadamente 1.600 personas.

### “Sonríe Barrio Yapeyú, Las Heras.”

La población que reside actualmente en el Barrio Yapeyú del **departamento de Las Heras**, puede categorizarse como urbano marginal desde varios puntos de vista: geográfico, económico, social, cultural, sanitario, etc. Hacia el interior de las familias, el número de integrantes, las posibilidades de vivienda, de acceso a las prestaciones de salud y educación se ven condicionadas por las precarias economías. Pero lo que caracteriza a sus habitantes es el compromiso por el barrio y la solidaridad entre ellos, así crearon la Unión Vecinal y a través de ella y su esfuerzo sostenido, consiguieron mejorar la infraestructura del barrio. Luego el centro de Deportes, las instituciones educativas (escuela primaria, Jardín Maternal, CENS y CAE) y más tarde la Radio Comunitaria “Los Sueños”. El nuevo contexto socio económico nacional hizo que, como en muchos lugares, la participación haya disminuído, las calles se vacíen y el encuentro se dé en los horarios del colegio o de los comercios. Esta fue una de las principales preocupaciones que surgieron de las reuniones con los referentes sociales e institucionales que se desempeñan allí. Así se comenzó a pensar en una feria popular donde los vecinos tuvieran un lugar donde ofrecer sus productos y servicios, y a la vez aportar a la economía familiar. En este año



**“Programa sonríe comunidad”**

Prof. Esp. GARCÍA CRIMI Graciela Edith

2018 el **Programa Padre Jorge Contreras** del Área de Articulación Social e Inclusión Educativa **de la UNCuyo** quien articula con instituciones y organizaciones del Barrio Yapeyú, Las Heras (población en situación de vulnerabilidad social) nos plantea que en esa articulación ha surgido la **necesidad de abordar la atención primaria de la salud bucal** a niños/as y mujeres de esa comunidad, por tal motivo el programa **Sonríe Comunidad de la Facultad de Odontología** se encuentra trabajando para el logro de estos objetivos. Las actividades se desarrollan en un CEDRyS recientemente inaugurado ubicado en: Ayacucho y Curupaytí, Barrio Yapeyú - Las Heras. El número de integrantes de la comunidad que están bajo programa son 200 personas aproximadamente (niños y mujeres principalmente).



**CONCLUSIONES**

La FO ajusta y formula sus políticas presentando propuestas de acción a demandas y necesidades sociales identificadas a las cuales es preciso atender. Estas políticas surgen del debate, intervención y compromiso de referentes institucionales, que desde sus diferentes saberes, compromisos y miradas, aportan para contribuir a que el conocimiento se recree y modifique a fin de que se convierta en un instrumento que contribuya a la mejora de las condiciones de vida de los ciudadanos.

Este tipo de actividad, colabora a reforzar el perfil profesional de nuestros estudiantes; es decir a desarrollar un recurso humano comprometido con las necesidades de salud de la comunidad, al tomar contacto con la realidad actual de nuestra provincia de Mendoza con respecto a lo social, cultural y



económico. De esta manera se fortalece la capacidad de integrarse en un sistema de salud que responda a un nuevo modelo de atención, que implique la desmonopolización de las acciones de salud bucal. Debemos

incentivar a través de la educación, la importancia de la salud oral, teniendo como objetivo fundamental que los pacientes la valoren como un componente importante en la mejora de su calidad de vida.



## “Prácticas sociales educativas”

# La Práctica Profesional Supervisada en la comunidad mendocina

AUTOR

**PROF. ESP. SERGIO JULIÁN SAENZ**

Prof. Titular Cátedra Antropología Filosófica. Fac. Odontología Uncuyo

### PRESENTACIÓN

Entendemos como prácticas sociales educativas, a las actividades de aprendizaje y servicios, donde se logran claros beneficios tanto para la formación individual, como para la comunidad en la cual se interviene, promoviendo la integración social, con el fin de transformar la realidad en pos de la inclusión y abrir los recursos en poder de la comunidad. Todo ello a partir del trabajo interdisciplinario y participativo, profundizando el sentido integral de las acciones educativas, contribuyendo así, al mejoramiento de la formación individual y de la calidad de vida de las personas. A partir de esta definición, la Facultad de Odontología programa actividades destinadas a articular acciones educativas con prácticas solidarias. Es así que las Cátedras de Antropología filosófica y Práctica Profesional Supervisada (PPS) compartieron experiencias en la Escuela estatal 4-178 “Victoria Ocampo” ubicada en calle Pergamino 1250, Barrio Brasil, Godoy Cruz, Mendoza. Se trata de vincular ambas instituciones, Facultad y establecimiento educativo, favo-

reciando las actividades de los alumnos de odontología en pos de la salud oral y participando de la gestión de mejora institucional planteada en la Escuela 4-178.

### FUNDAMENTACIÓN:

La Facultad de Odontología de la UNCuyo participa activamente, a través de distintos programas, en la atención de la salud bucal en zonas alejadas de la capital provincial. La realidad nos indica que muy cerca de la ciudad, en zonas urbano marginales la problemática también existe.

La Cátedra de Antropología Filosófica propuso un espacio de prácticas profesionales en la Escuela 4-178 “Victoria Ocampo” como aporte para el mejoramiento de los procesos de enseñanza-aprendizaje en contextos concretos de vulnerabilidad, pretendiendo afianzar la formación integral y el compromiso social del alumno. Este proyecto se inserta en las acciones que acompañan el cronograma de actividades de la Práctica Profesional Supervisada (PPS).

Al mismo tiempo, el proyecto se enmar-

ca dentro de las acciones del Programa Mendoza Educa que corresponde a la Dirección General de Escuelas de Mendoza, que apoya a escuelas de Nivel Secundario, siendo la Escuela “Victoria Ocampo” una de ellas.

La atención odontológica en alumnos de nivel medio es, muchas veces, insuficiente y no contemplada en programas de salud provincial. Por ello la Facultad de Odontología se plantea ser en un agente que favorece la salud bucal en la escuela pública de un grupo etario con vulnerabilidad social.

Dentro del trabajo interdisciplinario, propusimos la realización de encuentros entre docentes responsables de la PPS, cátedra de antropología y docentes de la Escuela de Nivel Medio N° 4-178 “Victoria Ocampo” para acordar criterios y definir acciones a realizar.

Desde la Escuela se diseñaron herramientas pedagógicas y legales para permitir que las prácticas odontológicas lleguen a la mayor cantidad de alumnos. Participaron alumnos de 5° año, acompañados de sus profesores, atendiendo 250 alumnos del nivel medio.

Las actividades consistieron en la inspección bucal, confección de Historias clínicas, diagnóstico de patologías bucales, atención odontológica básica a los jóvenes de la comunidad de referencia, enseñanza de técnica de higiene oral, entrega de folletos de Educación para la Salud y exposiciones de educación y prevención para la salud bucal. Además se realizaron otras actividades como la medición de índice corporal, glucemia, medición de tensión arterial,

información sobre adicciones, cuidados en la vida sexual e información de nutrición y alimentación saludable.

### CONCLUSIONES

Como resultado del análisis de los datos obtenidos se pudo constatar que del total de 250 alumnos revisados, el 25% presentaban bocas sanas con buena higiene dental. El resto presentaban en su mayoría caries pequeñas, restos radiculares en elementos temporarios, exis-

tencia de placa y gingivitis, prevalencia de caries amelodentinarias y persistencia de temporarios. También se verificó un porcentaje del 20% con problemas de malposición dentaria. Otro dato de interés es que la mayoría de los alumnos tenían hábitos de consumo de alimentos panificados, caramelos y bebidas carbonatadas lo que hace necesaria la activa participación del establecimiento para proveer a los alumnos de alimentos saludables.

## BIBLIOGRAFÍA

1. **ANDER-EGG,E.(2005)** *Cómo elaborar un proyecto*, Bs. As., Editorial Lumen.
2. **CUENCA SALA,E. Y BACA GARCÍA,P.(2005)** *Odontología preventiva y comunitaria*, Barcelona , Editorial Masson.
3. **HERNÁNDEZ ÁVILA,M.(20099)** *Epidemiología*, México, Editorial Panamericana.
4. **JAUREGUI REINA,C. Y SUAREZ CHAVARRO,P.(2004)** *Promoción de la salud y prevención de la enfermedad*, Bogotá, Editorial Panamericana.
5. **LEMUS,J. –COORD.(2008)** *Epidemiología y salud comunitaria*, Rosario, Corpus Editorial.
6. **LEMUS,J. –COORD.(2013)** *Salud pública y Atención Primaria de la Salud*, ROSARIO, Corpus Editorial.
7. **PALLADINO,E.(1999)** *Cómo diseñar y elaborar proyectos*, Bs. As., Espacio Editorial



# Tratamiento restaurador atraumático

## *Atraumatic restorative treatment*



AUTOR

### **DR. JO FRENCKEN**

Doctor en la Universidad de Nijmegen, Holanda. Magister en Salud Pública, Universidad de Londres, Reino Unido. Doctor Honoris Causa de la Universidad Nacional de Cuyo. Autor de una extensa obra sobre salud pública, odontopediatría, odontogeriatría y odontología para pacientes con discapacidad y reconocido profesor e investigador de la Universidad de Netherlands. Miembro consultor de prestigiosas revistas internacionales y consultor a través de la Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud. Creador de la técnica de Tratamiento Restaurador Atraumático (TRA) que revolucionó la odontología y fue puesta en práctica en poblaciones vulnerables de países como Indonesia, Tailandia, Zimbabwe, Kenya, Turquía, Siria, Tanzania, Egipto, Vietnam, Panamá, Ecuador, México, Brasil y Argentina.

### **CONTROL DE LAS LESIONES CARIOSAS EN LOS DIENTES PRIMARIOS: UN DESAFÍO**

La prevalencia de caries dental en dientes primarios en la mayoría de los países del mundo es muy alta. Es extraño ya que la caries dental es una enfermedad prevenible. ¿Por qué es tan frecuente una enfermedad prevenible?

La respuesta está relacionada, entre otras cosas, con el estatus socioeconómico, el nivel de educación de la madre y los hábitos culturales de los niños. Lo que la investigación nos ha dicho es que colocar restauraciones no es la respuesta a la abundancia de caries presentes en estos niños. La caries dental es una enfermedad relacionada con el biofilm impulsada por el azúcar que puede controlarse siguiendo un estilo de vida saludable. Se sabe que la eliminación del biofilm dental de las superficies de los dientes regularmente reduce la prevalencia de lesiones de caries dental.

El control del biofilm dental es, por lo tanto, de suma importancia en la lucha contra el desarrollo de lesiones cariosas. Esto implica que la eliminación del biofilm de las cavidades puede ser un tratamiento exitoso para controlar la progresión de la lesión cariosa. Las cavidades adecuadas deberían ser accesibles, la pulpa debe estar sana y sin síntomas y el biofilm debería ser eliminado diariamente.

Eso requiere comprensión, práctica, asistencia de los padres y apoyo de los dentistas. Este tratamiento se ha investigado y se ha encontrado que tiene méritos, pero se necesitan

### **CONTROLLING CARIOUS LESIONS IN PRIMARY TEETH: A CHALLENGE**

*The prevalence of dental caries in primary teeth in most world countries is very high. That is strange, to say the least, as dental caries is a preventable disease. Why is a preventable disease so prevalent?*

*The answer is related, among others, to socio-economic status, level of education of the mother and cultural habits of the children. What research has told us is that placing restorations is not the answer to the abundance of cavities present in these children. Dental caries is a sugar-driven biofilm-related disease that can be controlled through following a healthy life-style. Removal of dental biofilm regularly from tooth surfaces is known to reduce the prevalence of dental carious lesions. Controlling the dental biofilm is, therefore, paramount important in the fight against the development of carious lesions. This implies that removal of biofilm from within cavities can be a successful treatment in controlling carious lesion progression. Suitable cavities should be accessible, the pulp be healthy and symptomless and the biofilm should be removed daily. That requires understanding, practice, assistance from parents and support from dentists. This treatment has been researched and found having merits but more studies are needed to fully*

## Tratamiento restaurador atraumático

Dr. Jo Frencken

más estudios para comprender completamente cuándo sí y cuándo no aplicar este tratamiento de cavidad en los dientes primarios de los niños.

Durante la última década, se han publicado muchos estudios que han investigado la eficacia y la efectividad de la solución de Fluoruro Diamínico De Plata. La plata, que tiene una acción bactericida y deja una capa de metal en el piso de una cavidad, parece detener el proceso de caries en muchos casos. Obviamente, se requiere el control diario del biofilm por parte del niño y / o los padres.

La cavidad se pone negra y eso puede ser una distracción para algunos niños, pero la mayoría acepta el color negro. Ambos tratamientos de intervención mínima se realizan sin anestesia local y se consideran amigables para los niños. Eso reduce la ansiedad dental y las molestias lo cual puede hacer que el niño quiera trabajar arduamente para eliminar el biofilm de las superficies de dientes sanos y cariados. Si estos dos tratamientos no son aceptables, la siguiente opción es la colocación de una corona de Hall. Sin ninguna remoción de tejido carioso, esta corona prefabricada se desliza sobre el diente cariado y se la muerde en su lugar. Pasarán días antes de que se obtenga una oclusión adecuada, pero las investigaciones han demostrado que aparentemente los niños están satisfechos con este tratamiento.

Si estos 3 tratamientos de intervención mínima no están indicados, se puede recurrir al cuidado restaurativo. Una indicación para colocar una restauración es una (muy) pequeña cavidad que no se puede mantener limpia de biofilm o una cavidad dental inaccesible. Como no hay diferencia en los porcentajes de supervivencia de la restauración entre las restauraciones tradicionales y las restauraciones de Tratamiento Restaurador Atraumático (TRA) de ionómero de vitreo de alta viscosidad, se prefiere esta última, ya que los niños tienen menor ansiedad dental después de un tratamiento con el método TRA que con las restauraciones producidas tradicionalmente.

Ahora estamos de vuelta en el tratamiento principal que nosotros, los dentistas, pensamos que podía detener todas esas caries en los niños; la amalgama o restauración de composite. Si bien es el primer y único tratamiento durante décadas, el tratamiento restaurativo tradicional ahora se considera el tratamiento de último recurso. Esta paleta de opciones de tratamiento debe enseñarse en las escuelas de odontología. Pero el tratamiento más importante que los estudiantes de pregrado deben aprender y practicar es: cómo guiar a los niños, a sus padres / cuidadores, a los abuelos a mantener sanos los dientes primarios en erupción hasta la exfoliación. ¡La caries dental es prevenible!

*understand when and when not to apply this cavity treatment in children's primary teeth.*

*Over the last decade, many studies have been published that have investigated the efficacy and effectiveness of Silver Diamine Fluoride solution. The silver having a bactericide action and leaving a metal layer on the floor of a cavity appears to stop the caries process in many cases. Obviously, daily biofilm control by the child and/or parents is required. The cavity turns black and that can be a distraction for some children but most accept the blackish colour. Both minimal intervention treatments are performed without local anaesthesia and are considered child-friendly. That reduces dental anxiety and discomfort which might make the child willingly to work hard to remove biofilm from healthy and decayed tooth surfaces. If these two treatments are not acceptable, a next option is the placement of a Hall-crown. Without any removal of carious tissue, this prefabricated crown is slipped over the decayed tooth and bitten in its place. It will take days before a proper occlusion is obtained but research has shown that children apparently are satisfied with this treatment.*

*If these 3 minimal intervention treatments are not indicated, one can resort to restorative care. An indication for placing a restoration is a (very) small cavity that cannot be kept biofilm clean or an inaccessible tooth cavity. As there is no difference in restoration survival percentages between traditional and ART high-viscosity glass-ionomer restorations, the latter is preferred as children are less dental anxious after a treatment with the ART-method than with restorations produced traditionally.*

*Now we are back at the main treatment that we, dentists, thought could stop all those cavities in children; the amalgam or composite restoration. Whilst being the first and only treatment for decades, traditional restorative treatment is now considered the treatment of last resort. This palette of treatment options should be taught at Dental Schools. But the most important treatment that undergraduate students should learn and practice is: how to guide children, their parents/ caregivers, grandparents in keeping healthy erupted primary teeth healthy until exfoliation. Dental caries is preventable!!*

Traducción Prof. Florencia Berengua

# Biblioteca

## NOVEDADES

En base a las necesidades de los usuarios y a los avances tecnológicos se presentó el proyecto de creación de la Biblioteca Digital.

El día 5 de mayo del corriente, el Consejo Directivo de la Facultad de Odontología de la UNCuyo, según resolución N° 047 aprueba la crea-

ción de la Biblioteca Digital (BODIGITAL).

La Biblioteca Digital tiene los siguientes objetivos:

1. Dar mayor accesibilidad y difusión a la producción científica de la Facultad.
2. Digitalizar tesis de doctorado, tesis y trabajos de investigación.

3. Dar mayor visibilidad a la Biblioteca.

Para acceder, ingrese al siguiente enlace:

<http://fodonto.uncuyo.edu.ar/biblioteca-digital-odontologia>

## Biblioteca Digital Odontología

Este servicio fue creado con el objeto de: dar respuesta a las cambiantes necesidades de información de los usuarios, acceder a los recursos en forma ágil y eficiente y dar mayor accesibilidad y difusión a los documentos producidos en la Facultad.

A través de ella se puede acceder: a la Revista de la Facultad (texto completo), Bases de Datos, E-books, Videos Educativos y Atlas e imágenes interactivas, haciendo click sobre el menú.



**Guía procedimental:  
protocolo de Servicio  
de Radiología FOUNCU**

**Guía procedimental:  
procesado radiográfico  
manual**

**Imágenes dinámicas de  
los huesos del cráneo**

**Atlas de anatomía.  
Dibujos electrónicos**

**NCBI BookShelf  
FreeBooks4Doctors.  
com  
Anatomía de la cabeza  
La extracción dentaria  
Sistema estomatogná-  
tico: bases morfofun-  
cionales aplicadas  
a la clínica**

**EBSCO  
RIMA  
BVS  
COCHRANE  
MINCyT  
MedLine  
Dialnet  
SCIELO**





**UNCUYO**  
UNIVERSIDAD  
NACIONAL DE CUYO



FACULTAD DE  
**ODONTOLOGÍA**



# Observatorio de Salud Bucal

Facultad de Odontología UNCuyo  
Mendoza Argentina

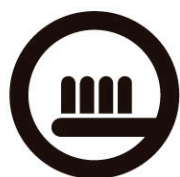
El Observatorio de Salud Bucal de la Facultad de Odontología constituye un ámbito institucional interdisciplinario que tiene como objetivo observar el estado de Salud Bucal de la población Oeste-Argentino y conocer las Áreas de Servicios que resuelvan esa demanda potencial

[osb@fodonto.uncu.edu.ar](mailto:osb@fodonto.uncu.edu.ar) / Tel. 261 4135007





**UNCUYO**  
UNIVERSIDAD  
NACIONAL DE CUYO



FACULTAD DE  
**ODONTOLOGÍA**