EL ESPEJO

AÑO 21 EDICIÓN Nº 52 DICIEMBRE DE 2018









Certificados válidos para reválida ética de matrícula y otorgados por:





www.coc-cordoba.org.ar **(1) (2) (2)**









PRE-INSCRIPCIONES ABIERTAS hasta el 31/05/2019 **CUPO MÁXIMO 30 ASPIRANTES**

Inscipciones on-line



Círculo Odontológico de Córdoba

27 de Abril 1135 - Córdoba Tel. Línea Directa (+54 (0351) 4253951 LÍNEA GRATUITA 0800-888-3951 54 9 351 2376950 / epo@coc-cordoba.com.ar





























EL ESPEJO

Editorial



Editorial.
Lo recorrido, y lo que queda por recorrer.
José Augusto Ermoli
Presidente Colegio
Odontológico de la
Provincia de Córdoba

Reporte de Caso





Ortopedia prequirúrgica en pacientes con fisura labio-alveolo-palatina Autora: Carla D. Rodriguez Urban

Reporte de Caso





Regeneración ósea horizontal y vertical para la colocación de implantes en zona estética Autores: J. D' Itria, E.M. Brenna, P.N. Cagnolo, J.I. Domínguez y D.A. Mariani

Reporte de Caso





23

Retratamiento de un caso clínico a través de la vía ortógrada-retrógrada: evaluación a distancia Autores: Elías Harrán, Lara Harrán y José Luis López Cedrúm

Información Institucional



Intrusismo



Reempadronamiento obligatorio / FAS (Fondo ayuda solidaria)



Declarativa de Certeza / Residuos Patógenos



34 Comisión de Vigilancia



Comisión de Salud Pública



Ganadores
Sorteo Día del
Odontólogo



Ganadores Sorteo Día del Niño



Reconocimiento a Colegas



Premio a la Mejor Publicación / FAS



Acción Comunitaria / Campañas



39 Dossier Coleccionable

Fotografía de tapa:

Tercer lugar Concurso de Fotografía Dental 2017 "Sonrisa encendida" Autor: Justo Agustín Magnasco – M.P. 8419



ISSN 2250-4133 - Año 21 - Edición Número 512 - Diciembre de 2018 Revista El Espejo es una publicación cuyo propietario es el Colegio Odontológico de la Provincia de Córdoba

DIRECTOR:

Od. José Augusto Ermoli

Comisión Científica

Dr. Pablo Fontanetti - Coordinador Dra. Rosana Morelatto Dr. Sebastián Fontana

Comercialización Publicitaria

Héctor Carignano hcarignano@gmail.com

Autoridades

PRESIDENTE

José Augusto Ermoli Dpto. Río Segundo

VICEPRESIDENTE

Mónica Leonor Miras Dpto. Colón

SECRETARIA

Linda Elizabeth Layús Dpto. Colón

TESORERO

Santiago Martín Rodrigues Fourcade Dpto. Río Cuarto

VOCALES

Inés Lucila Betemps Dpto. Marcos Juárez Mauricio David Mariani Dpto. Cruz del Eje Juan Pablo Moyano Pugge Dpto. Capital

VOCALES SUPLENTES

Gustavo Heraldo Giraudo Dpto. Tercero Arriba Claudia Edith Gerbaudo Dpto. Río Cuarto Franco Leoni Dpto. San Justo Janet Alejandra Scaglia Dpto. General San Martín Cecilia Claudia Coraglia Dpto. San Alberto

REVISORES DE CUENTA

Marisol García Lacunza Dpto. Río Primero Miguel Gorjon Dpto. Río Tercero Pablo Gonet Dpto. Santa María

TRIBUNAL DE DISCIPLINA

Cecilia Berberian de Fabbro Dpto. Río Segundo Ricardo Américo Leoni Dpto. San Justo María Alejandra Ortega Dpto. Capital

SUPLENTES

Leonardo Emilio Rodríguez Dpto. Colón José Gabriel Santolino Dpto. Punilla Carolina del Valle Villalba Dpto. Capital

Delegados Departamentales Titulares

DEL COLEGIO ODONTOLÓGICO DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA

Departamento Calamuchita

Cesar Alberto Villacorta María Georgina Borrego César Darío Bustos

Departamento Capital

Marcela Beatríz Panero Carolina Francisca Isla Valeria Garzón Cristina del Valle Escudero Cantcheff Martín Eduadro Brusa Esteban Matías Brenna Andrés Leonardo Goubat María Laura Oviedo Juan Pablo Moyano Pugge

Departamento Colón

Linda Elizabeth Layús Mónica Leonor Mirás Gabriela Sandra Felippa Leonardo Emilio Rodriguez Víctor Eugenio Moyano Córdoba

Departamento Cruz del Eje

Mauricio David Mariani Jorge Luis Hernández María Eugenia Avila Riera

Departamento General Roca

Víctor José Garrone Silvina Rosa

Departamento General San Martín

Eduardo Enrique Livingston Jorge Antonio Rosa Janet Alejandra Scaglia María Fernanda Zandrino Marcelo Alejandro Quinteros

Departamento Ischilín

Miguel Eduardo Suarez Carolina del Valle Boch

Departamento Juárez Celman

Diego Sebastián Zamboni Liliana Itatí Riveiro María Celeste Gómez

Departamento Marcos Juárez

Fernando Luis Tassisto Verónica Laura Copioli de Caffaratti Inés Lucila Betemps Héctor Mario Zegna

Departamento Punilla

Rubén Hugo Schcolnicov Norma Mariela De Monte García Fanny Noelia Aceto Fabiana Pía Marina Carletto Körber Pedro Daniel Di Benedetto

Departamento Río Cuarto

Juan Carlos Molina Claudia Edith Gerbaudo David Ignacio Lescano Teresa del Valle Basualdo Claudia Valeria Gaitán Santiago Martín Rodrigues Fourcade

Departamento Río Primero

Alberto Marcelino Gaitán Cecilia Inés Ferreyra Silvana Erica Vecchio

Departamento Río Segundo

José Augusto Ermoli María Eugenia Barra Eliseo Plaza Eliana Esther Alpi

Departamento San Alberto

Cecilia Claudia Coraglia Luciano Osvaldo Pages

Departamento San Javier

Rodrigo Alejandro Leal María Victoria Zani Romina Emilce Dolores Castellano Sergio Facundo Romero

Departamento San Justo

María Adelaida Pire Laura Magdalena Paolasso Esteban Emanuel Martino José Luis Taglioli Franco Leoni

Departamento Santa María

María Fabiana Zacaglia Raúl Ignacio Brunengo Noelia Inés Di Giacomo José Ignacio Bueno

Departamento Tercero Arriba

Noris Lilian Juri Tomás Fernando Cane Gustavo Heraldo Giraudo Macarena Belén Suárez Alejandro Marcelo More

Departamento Totoral

Jorge Alberto Haiech

Departamento Tulumba

Marcia Isabel Lescano

Departamento Unión

Perla Antonia Barbero Mauricio Fernando Peiretti Daniela Beatriz Orodaz Fernando Marcial Domingo Alladio

Editorial

LO RECORRIDO, Y LO QUE QUEDA POR RECORRER

Echar luz, en donde algunos solo ven oscuridad

aminamos poco más de 16 meses de gestión, en el transcurso de una turbulencia significativa en la economía global y con una cantidad innumerable de cambios estructurales a nivel macroeconómico, que pusieron y mantienen en jaque a la actividad de prestación de servicios de salud, incluyendo la pérdida de jerarquía del Ministerio de Salud a nivel nacional, en base a lo establecido en el DNU Nacional Nº801/2018, en donde se fusionan Ministerios y degradan funciones esenciales del Estado al rango de Secretarías, con las consecuentes reducciones presupuestarias dirigidas a planes y programas nacionales en áreas claves, como son la salud; la ciencia y tecnología y el trabajo.

No obstante, continuamos trabajando sobre la defensa de los colegas, recibiendo cada una de las consultas y atendiendo la problemática de diferentes sectores, elaboramos en este contexto difícil la estructura de costos junto al resto de los colegios del país, la cual constituye una HERRAMIENTA DE REFERENCIA, que comenzó a alejarse de la realidad de las negociaciones con obras sociales y prepagas, ante lo cual creemos que NO PODEMOS seguir subsidiando el sistema prepago de salud, por lo cual se están discutiendo algunas alternativas a ser presentadas durante el 2019 con la finalidad de zanjar estas distorsiones.

Avanzamos sobre la formación y puesta en vigencia del reglamento de anuncios y publicaciones, intentando poner freno a publicidades indebidas y engañosas; este tipo de acciones -tendientes al control de quienes no respetan la ética, la moral y afectan al decoro de la profesión-, demanda un sinfín de recursos y energías, que como directivos deberíamos volcarlas a la gestión de medidas tendientes a las mejoras en las condiciones laborales, económicas, técnicas y científicas. Por tal motivo, aprovecho la ocasión para convocar a cada uno de ustedes. LOS PROFESIONALES QUE OBRAN CON ÉTICA Y RESPETO, con la finalidad de que estas conductas no sean una mancha que quede plasmada en el futuro de nuestra profesión, aportando luz y trabajo porque la Odontología NO es un bien de consumo, es CIENCIA Y ARTE, al servicio de la salud comunitaria, tendiente a la PREVENCIÓN. No transformemos esta bella profesión en un shopping, en donde se pre-venden tratamientos que probablemente el paciente no necesite, empecemos a competir en el buen sentido de la palabra con más calidad y no por el precio, NO transformemos el arte de cuidar la salud en un área meramente rehabilitadora, olvidando principios esenciales como los establecidos en el Juramento Hipocrático: "No llevaré otro objeto que el bien de los enfermos, librándome de cometer voluntariamente faltas injuriosas o acciones corruptoras".



Se mantuvieron de manera persistente la presentación de denuncias por intrusismo, efectuando el control de las reincidencias de los denunciados, como así también la detección de pseudos profesionales que se encuentran en proceso de ser denunciados penalmente por usurpación de matrícula y ejercicio ilegal de la odontología. Queda como deuda continuar las gestiones en el Ministerio de Salud de la provincia, con la finalidad de registrar y controlar las ramas auxiliares de la odontología. Mas allá de la oscuridad que aportan algunos hechos a la profesión creemos esencial echar luz a algunos aspectos vinculados con la presencia social a través de innumerables campañas en donde los colegas se acercan a la sociedad, como así también la colaboración con las Fundaciones que ayudan a los más necesitados. Un colegio sin presencia social, no tiene razón de ser, la esencia de tales acciones son tan importantes como la defensa de los profesionales.

Tenemos la obligación manifiesta de defender, ampliar y profundizar la defensa de la dignidad profesional, pero es una tarea que ni el consejo, ni la asamblea puede desarrollar sin la colaboración de cada uno de ustedes.

Las puertas de la Institución siempre están abiertas a los MA-TRICULADOS, que mantengan la ÚNICA AMBICIÓN, de trabajar por el BIEN COMÚN

CURSOS CLÍNICOS

Acreditables para reválida ética de matrícula profesional

MÁS DE 25 AÑOS FORMANDO PROFESIONALES DE LA ODONTOLOGÍA

· ORTODONCIA NIVEL I y II

- ORTODONCIA LINGUAL
- · LABORATORIO DE

ORTODONCIA Y ORTOPEDIA

CONSULTORÍA DE CASOS

DE ORTODONCIA

- ORTODONCIA MBT
- ORTODONCIA INVISIBLE
- ORTOPEDIA FUNCIONAL
- ODONTOPEDIATRÍA
- PRÓTESIS
- ESTÉTICA DENTAL I y II
- IMPLANTOLOGÍA
- PERIODONCIA
- CIRUGÍA
- ENDODONCIA NIVEL I y II

INSCRIPCIONES ABIERTAS!



Av. Velez Sarsfield 1460, 5° Piso - X5000JKO Córdoba - Argentina



351 241-3740



cursos@fundacioncreo.org.ar

www.fundacioncreo.org.ar

IMPULSÁ TU CARRERA EN 2019!





Ortopedia prequirúrgica en pacientes con fisura labio-alveolo-palatina

Autora:

Carla D. Rodriguez Urban⁽¹⁾

RESUMEN

Introducción: Este trabajo tiene por objeto mostrar los beneficios de utilizar esta técnica previo a la cirugía reconstructiva, principalmente durante el primer mes de vida, aplicando un protocolo de trabajo interdisciplinario que permita optimizar los resultados de la cirugía. La ortopedia prequirúrgica plantea dos desafíos: aproximar los segmentos alveolares y remodelar las estructuras de la nariz.

Presentación de casos: se presentan tres casos nacidos con fisura labio-alveolo-palatina unilateral, tratados en Asociación Piel Córdoba. Se realizó un análisis de impresiones y fotografías durante las distintas etapas del tratamiento.

Para conseguir la aproximación de los segmentos alveolares, se empleó durante 7/14 días, un vendaje facial con propiedades elásticas neuromusculares, hipoalergénico y resistente al agua.

Para remodelar los tejidos nasales, se agregó a la placa palatina un dispositivo dinámico, que logró transmitir la fuerza originada durante la succión hacia la nariz, elongando tejidos y reposicionando su estructura.

En la segunda etapa, la adecuada reconstrucción de

la musculatura naso-labial, durante la reconstrucción primaria, complementó el tratamiento ortopédico funcional. La placa palatina guio el crecimiento de los segmentos óseos y previno el colapso, para lograr una correcta alineación de la arcada que garantizara el cierre completo del paladar.

Las impresiones recogidas el día del nacimiento, el día previo a la cirugía del labio y el día de la cirugía del paladar, mostraron la aproximación obtenida de los segmentos maxilares fisurados.

La conformación de la columela del lado fisurado, la proyección de la punta y el ala nasal, y la desaparición del puente intranasal resultaron los logros más destacados en el tratamiento prequirúrgico de la nariz.

Conclusiones: Se trata de una técnica sencilla, de fácil aplicación por el odontopediatra, que reduce el tiempo y frecuencia de los controles, brindando al cirujano un paciente en mejores condiciones, que permite cirugías menos agresivas y evita el cierre a tensión. Esto favorece el normal crecimiento y desarrollo del tercio medio facial y permite brindar un resultado estético superior.

Palabras clave: Fisura labio alveolo palatina (FLAP), labio y paladar hendido, ortopedia pre quirúrgica.

Odontóloga. Universidad Nacional de Córdoba. Odontopediatra Asociación Piel.
 Profesional Asistente al Servicio de atención a pacientes con discapacidad, Facultad de
 Odontología, Universidad Nacional de Córdoba.
 Email: carla rodriguezurban@hotmail.com

ABSTRACT

Introduction: This work aims to show the benefits of the use of this technique prior to reconstructive surgery, mainly during the first month of life, by means of applying an interdisciplinary protocol which will allow optimizing the results of surgery. Pre-surgical orthopedics poses two challenges: to approximate alveolar segments and remodel the nose's structures.

Presentation of cases: Three cases were presented born with cleft unilateral palatal alveolus lip, treated in PIEL CORDOBA Association. An analysis of impressions and photographs was made during the different stages of the treatment.

To achieve the approximation of the alveolar segments, a facial bandage was employed for 7-14 days, with neuromuscular elastic, hypoallergenic and water-resistant properties.

To reshape the nasal tissues, a dynamic device was added to the palatal plate, that achieved to transmit the force originated during the suction, towards the nose by stretching tissues and repositioning its structure.

In the second stage, the adequate reconstruction of the nasolabial musculature, during primary reconstruction, complemented the functional orthopedic treatment. The palatal plate guided the growth of the bone segments and prevented collapse, to achieve a correct alignment of the arcade that guarantees complete closure of the palate.

The impressions collected on the day of birth, the day before the lip surgery and the day of the surgery of the palate, showed the approximation of the fissured jaw segments obtained.

The conformation of the columella of the cleft side, the projection of the tip and the nasal wing, and the disappearance of the intranasal bridge were the most outstanding achievements in the presurgical treatment of the nose.

Conclusions: It is about a simple technique, of easy application by the pediatric dentist. It reduces the time and frequency of controls, giving the surgeon a patient in better conditions, which enables

less aggressive surgeries and avoids tension closure. This favors the normal growth and development of the middle facial and allows to provide a superior aesthetic result.

Keywords: Palatal cleft lip fissure (FLAP), cleft lip and palate, pre-surgical orthopedics.

INTRODUCCIÓN

Las fisuras labio-alveolo-palatinas son malformaciones congénitas que se producen en el primer trimestre de vida intrauterina, su etiología es multifactorial y su incidencia es de 1 en 800 nacimientos en nuestro país.

Son numerosas las estructuras afectadas en estos pacientes: labio, reborde alveolar, paladar, piso de fosas nasales, cartílagos alares y de acuerdo a su magnitud, también pueden estar comprometidas otras áreas. Todo esto implica alteraciones en funciones tan importantes como: alimentación, respiración, fonación, audición y estética¹.

La complejidad de la patología que involucra a un paciente con fisura labio palatina indica que su correcto tratamiento debe necesariamente ser realizado por un equipo interdisciplinario capacitado en el tema.

El odontopediatra puede participar de manera activa y efectiva en este tratamiento, ya que existen pocas patologías que en odontología admitan conocer al paciente antes de su nacimiento y luego realizar su seguimiento hasta completar su crecimiento y desarrollo. Esto resulta posible gracias a los avances producidos en el área del diagnóstico por imágenes prenatales, lo cual nos permite tener la primera consulta con los padres, antes que nazca el bebé, para realizar la contención de la pareja y planificar el tratamiento temprano al momento de nacimiento.

El correcto abordaje del paciente con fisura labio palatina desde su nacimiento permite evitar la marginación biopsicosocial y prevenir la presencia de secuelas.

El objetivo de este artículo es mostrar casos de

abordaje odontológico temprano, mediante ortopedia prequirúrgica, en pacientes con fisura labio palatina. La remodelación de los tejidos resulta posible gracias a su particular condición, durante los primeros 30 días de vida. Durante ese periodo, el neonato presenta un alto nivel de estrógenos maternos, que ocasionan un aumento del ácido hialurónico en sangre²⁻³. Esta situación permite la ruptura de la matriz extracelular, por lo cual los tejidos carecen de memoria, lo que les otorga una plasticidad que permite su fácil su manejo y rápida transformación⁴⁻⁵.

En el año 1991, Dogliotti y Bennun⁶ introducen la idea de remodelar la nariz en la etapa preoperatoria, en pacientes con fisura unilateral completa, mediante la incorporación de un tutor nasal confeccionado en acrílico de autocurado, adherido a la placa palatina. Este simple recurso fue evolucionando, hasta transformarse en una técnica basada en la interpretación fisiopatológica

de la deformidad: actualmente, se denomina remodelación dinámica prequirúrgica y ha permitido reemplazar al tutor rígido, que presentaba múltiples desventajas, por un pequeño dispositivo formado por tres componentes: a) el direccional que, adosado a la placa palatina, nos brinda la posibilidad de cambiar el impacto de la fuerza sobre los teiidos nasales en cualquier dirección de manera rápida y sencilla; b) el componente dinámico, representado por un resorte que nos permite que la fuerza originada durante la succión sea referida, en forma intermitente, hacia los tejidos nasales y c) el componente remodelador, confeccionado en silicona antideslizable, lo que evita su expulsión y previene lesiones. Al reducir las dimensiones del tutor, se obtiene un mejor pasaje de la columna de aire por la nariz (Figuras 1 y 2).

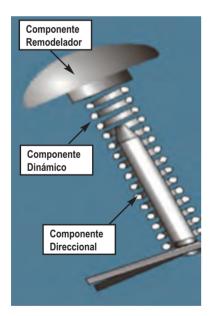


Figura 1: Componentes del remodelador nasal dinámico.



Figura 2: Placa palatina con el remodelador incorporado.

PRESENTACION DE CASOS CLÍNICOS

Se presentan tres casos de pacientes nacidos con fisuras labio alveolo palatinas unilaterales, atendidos en la Asociación PIEL Córdoba, desde el día de su nacimiento. Se respetaron los procedimientos éticos de la Asociación Mé-

dica Mundial (Declaración de Helsinki) y todos los padres de los pacientes aprobaron la realización de los procedimientos a los que fueron sometidos mediante un consentimiento informado.

CASO CLINICO 1

Paciente de sexo femenino, con diagnóstico de fisura labio alvéolo palatina unilateral derecha. Se tomó impresión con silicona pesada y cubeta de acrílico para la confección de la placa palatina, la cual fue colocada el mismo día del nacimiento como se puede observar en la figura 3a. Se realizó remodelación nasal y se colocó máscara elástica durante siete días (figura 3b). Se puede observar en la figura 4a el modelo inicial, 4b el modelo de estudio a los 30 días y 4c el control a los doce meses.

Figura 3: Secuencia clínica caso 1



a) Inicio del tratamiento.

- **b)** Remodelador nasal y máscara elástica.
- **c)** Imagen previa a la queiloplastia.
- d) Control a los doce meses.



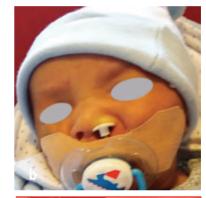
CASO CLINICO 2

Paciente de sexo masculino, con diagnóstico de fisura labio alveolo palatina unilateral derecha, llega a la consulta a cinco días de su nacimiento, con problemas de alimentación por falta de adaptación a la placa confeccionada en su lugar de origen. Se toma impresión para nueva placa palatina y modelo de estudio (figura 5a) y se procede a iniciar el tratamiento de remodelación nasal, realizándose controles semanales. A los treinta días, habiendo constatado la adaptación de la placa y la recuperación de peso, se procede a la colocación de la máscara elástica para aproximar los segmentos óseos, como se puede apreciar en la figura 5b. La máscara fue utilizada durante siete días con resultados aceptables.

Figura 5
Secuencia clínica caso 2









- a) Inicio del tratamiento.
- b) Control a los 30 días.
- c) Imagen previa a la queiloplastia.
- d) Control posterior a la palatoplastia.



CASO CLINICO 3

Paciente de sexo masculino, asiste a la consulta a tres días de su nacimiento, con diagnóstico de fisura labio alveolo palatina unilateral izquierda. Como se puede observar en la figura 7a, el paciente presentaba una placa palatina que permitía la interposición lingual en la fisura, por lo que se procede a la toma de impresión para la confección de una nueva placa y el inicio del tratamiento de remodelación nasal.

En los controles posteriores se realizaron desgastes selectivos en la placa palatina y se colocó la máscara elástica. A los siete días se evaluó la distancia entre los segmentos óseos y por tratarse de un caso severo, se decidió prolongar este tratamiento por siete días más (fig. 7b).

Figura 7: Secuencia caso clínico 3

máscara elástica. c) Imagen previa a la queiloplastia.

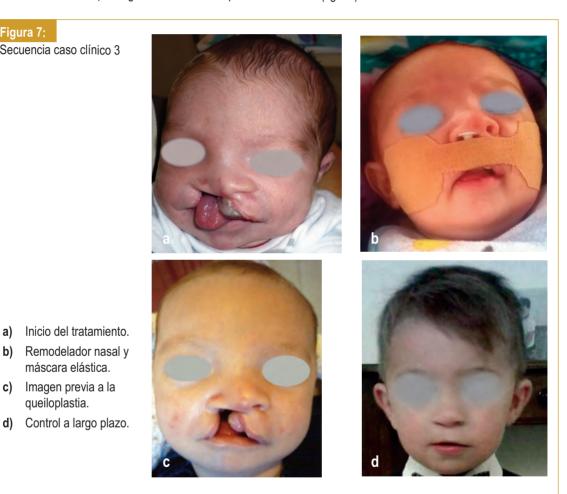


Figura 8: Se pueden observar los modelos de control de tratamiento donde se valoran los cambios a los 30 días, (b) y al año de evolución (c).



DISCUSIÓN

Esta técnica representa una verdadera innovación en el manejo de los tejidos, utilizando mecanismos fácilmente controlables⁸.

El protocolo de atención, en estos casos, comienza con la toma de impresión y colocación de una placa palatina siguiendo los principios de Mc Neil⁹, el precursor de la ortopedia funcional prequirúrgica, a mediados del siglo XX. Muchos cambios han tenido lugar a partir de la placa diseñada por Mc Neil, hasta el actual concepto de remodelación nasoalveolar¹⁰⁻¹¹. Preferentemente, esta placa palatina debería ser confeccionada el mismo día del nacimiento, para evitar la colocación de sonda nasogástrica y las internaciones prolongadas, colaborar con la lactancia materna y no separar al niño de sus padres.

Se ha comprobado que la deformidad se incrementa con el transcurso del tiempo y las principales causas demostradas son la inapropiada tracción muscular y la incorrecta interposición de la lengua en la fisura⁸.

Para la aproximación de los segmentos maxilares se utiliza la placa palatina en combinación con una máscara facial extensible, que posee elasticidad neuromuscular, es hipoalergénica y resistente al agua. La tensión adecuada produciría la tracción del periostio, favoreciendo el avance del segmento óseo del lado enfermo fisurado. Esto nos permite aproximar los segmentos maxilares de manera tal, que se pueda realizar una cirugía sin tensión. Si consideramos la distancia que existe entre los segmentos alveolares de la fisura, podemos clasificar los casos en leve cuando hay menos de 7 mm de distancia, moderado cuando hay de 7 a 12 mm de distancia y severo cuando es mayor a 12 mm.

Para ser considerado exitoso, un tratamiento ortopédico prequirúrgico debe cumplir satisfactoriamente dos objetivos: a) la aproximación de los segmentos maxilares fisurados por debajo de los 3 mm y b) la remodelación y reposicionamiento de las estructuras de la nariz. Las metas del tratamiento temprano de la nariz son: corregir el colapso del cartílago alar y prevenir la fijación de su deformidad en la memoria de los tejidos. Actualmente, la remodelación prequirúrgica naso alveolar constituye un recurso de probada eficacia

según lo demuestran los seguimientos a largo plazo¹²⁻¹³⁻¹⁴. Aunque existen otras técnicas para realizar la ortopedia prequirúrgica, como la utilizada en Chile, el DynaCleft o la técnica NAM de Grayson¹⁵, resulta importante destacar que cualquier método utilizado durante el período neonatal, de manera correcta, resultaría útil para revertir la deformidad⁸.

Las principales ventajas de la técnica de remodelación dinámica prequirúrgica son:

- Permite el paso del aire, ya que el remodelador no obstruye el orificio nasal.
- La fuerza originada durante la succión es intermitente.
- La presencia del resorte evita que la placa sea expulsiva.
- El componente remodelador de silicona no irrita ni lesiona la mucosa nasal interna.
- El componente direccional rápidamente modificable facilita la acción sobre el puente intranasal.
- Permite disminuir el tiempo y la frecuencia de las consultas.
- El tratamiento temprano evita que la deformidad se fije en la memoria de los tejidos.
- Mejora la estética nasal en forma permanente¹⁶.

CONCLUSIONES

Es una técnica de fácil empleo para el odontopediatra capacitado en la temática, que no produce molestias al bebé y le permite al cirujano trabajar con los tejidos menos distorsionados y más flexibles. Al contar con segmentos maxilares correctamente alineados, existe una disminución de la tensión al cierre del labio, lo que favorece una mejor cicatrización y contribuye a que las cirugías sean menos agresivas.

Los músculos, una vez reconstruidos, contribuyen a finalizar la ortopedia funcional, la utilización de la placa palatina guía este proceso permitiendo la correcta alineación de los segmentos maxilares, lo cual facilita una prolija y adecuada reconstrucción del paladar y previene secuelas. Esto favorece el normal crecimiento y desarrollo del tercio medio facial y permite mejorar los resultados estéticos.

El abordaje interdisciplinario en esta patología apunta al diagnóstico precoz, la atención temprana adecuada, la disminución del número de cirugías, a acortar la duración de los tratamientos y reducir los costos sociales y económicos, con el objeto de lograr la reinserción normal del niño en la etapa preescolar, previniendo la presencia de secuelas físicas y psicologicas¹⁷⁻¹⁸.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Ricardo Bennun, por fomentar la formación profesional permanente en esta especialidad. A la Dra. Perla Hidalgo; a la Dra. Silvia Sorokin y a la Dra. Mabel Brunotto por su generosidad.

Al equipo de Asociación Piel, ya que el trabajo interdisciplinario es fundamental para el éxito de los tratamientos.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1- Sorokin S, Evaluación del impacto de la aplicación de un instrumento para la valoración de la salud bucal de niños con fisuras orofaciales. Tesis Doctoral. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba, 2007.
- Kenny F, Stinson D, et al. Unconjugate estrogens in the perinatal. Biochom.Biophys. Acta 437:94, 1976.
- 3- Adzick, N., Harrison, M., and Glick, P. 1985. Comparison of fetal, newborn and adult wound healing by histologic, enzyme-histochemical and hudroxyptoline determination. J Pediatr Surg 20:315.
- 4- Adzick, N. S and Lorenz. H. P. 1994. Cells, matrix, growth factors, and the surgeon. The biology of scarless fetal wound repair. Ann Surg 220:10-18.
- 5- Shetty,V., Vyas, H. J., Sharma, S.M., et al. 2012. A Comparison of results using nasoalveolar molding in cleft infants treated within 1 month of live versus those treated after this period: development of new protocol. Int J Oral Maxillofac Surg 41(1):28-36.
- 6- Dogliotti P, Bennun R, Losovitz E, Ganievich E. Tratamiento no quirúrgico de la deformidad nasal en el paciente fisurado. Rev. Ateneo Arg. Odont, 27:31, 1991.
- 7- Bennun RD. Remodelación pre quirúrgica de la deformación nasal en pacientes con fisura labio alveolo palatina. Tesis Doctoral. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Buenos Aires, 2004.
- 8- Bennun RD. The real origin of presurgical nasal molding for cleft nose deformity and its posterior evolution. J. Craniofac Surg 2017 Mar; 28(2) 305-307
- 9- Mc Neil C. Orthodontic procedures in the treatment of congenital cleft palate. Dent. Rec. 70:126,1950.
- 10- Hozt, M., Gnoinsky, W. 1976. Comprehensive care of cleft lip and palate children at Zurich University:

- A preliminary report. Am J Orthod 70:481-504.
- 11- Murthy, P.S, Deshmukh, S., Bhagyalaskshmi, A., et al. 2013. Presurgical nasoalveolar molding: Changing paradigms in early cleft lip and palate rehabilitation. J Int Oral Health 5(2):76-86.
- 12- Santiago P, Grayson B, et al. Reduced need for alveolar bone grafting by pre-surgical orthopedics and primary gingivoperiostioplasty. Cleft Palate Craniofac. J. 35:77, 2002.
- 13- Bennun RD, Langsam AC. Long term results after using Dynamic Presugical Nasoalveolar Remodeling technique in patients with unilateral and bilateral cleft lip and palate. Craniofac Surg J. 2009;20(1):670-674
- 14- Baek, S. H. and Son, W. S. 2006. Difference in alveolar molding effect and growth in the cleft segments: 3-dimensional analysis of unilateral cleft lip palate patients Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 102(2):160-168.
- 15- Monasterio L, Ford A, Gutierrez C, et al. Comparative study of nasoalveolar molding methods: nasal elevator plus DynaCleft versus NAM-Grayson in patients with complete unilateral cleft lip and palate. Cleft Palate Craniofac J. 2013;50(5):2100-5.
- 16- Bennun RD, Langsam AC, Dynamic presurgical nasoalveolar remodeling in unilateral and bilateral complete cleft: The DPNR technique. In cleft Lip and Palate management: A comprehensive Atlas. Chap 6:65:78. Wiley Blackwell Ed, New York, 2015.
- 17- Matsuo, K Hirose, Otagiri, T., et al. 1989. Repair of cleft lip with nonsurgical correction of nasal deformity in the early neonatal period. Plast Reconstr Surg 83(1):25-11.
- 18- Abbott, M. M. and Meara, J.G. 2012. Nasoalveolar molding in cleft care: Is it efficacious? Plast Reconstr Surg 130(3):659-666.





SCAN X®





Imágenes Digitales sin Límites



CAM+X Spectra







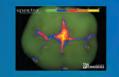




Sistema de radriografía digital

Detector de caries, placa y sarro















Accesorios

www.sbzdigital.com





Un producto exclusivo, pensado para brindar respuesta a los riesgos implícitos de tu profesión.

Consultá más con nuestros Productores Asesores: Brondino, Marcela Alejandra (Matrícula N° 61.454) Chavarría, Fernando Gabriel (Matrícula N° 61.460) Mariano, Fernando Mario Marcelo (Matrícula N° 61.453)

Datos de la oficina:

Domicilio: San José de Calasanz 41 P.A., Córdoba C.P. 5000

Tel.: 0351 4216085 | 4216573 | 4256855 Email: marianofm@fibertel.com.ar





Federico Amenábar - M.P. 1920

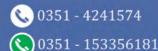
Implantes
Prótesis fija
Cromo flex
Cromo cobalto
Prótesis removible
Prótesis flexible Deflex
Prótesis sobre implantes
Coronas y Carillas de porcelana pura











Regeneración ósea horizontal y vertical para la colocación de implantes en zona estética

Autores:

F.M. Brenna (1) P.N. Cagnolo (2) J.I. Domínguez (3) D.A. Mariani (4) J. D' Itria (DIRECTOR)

RESUMEN

La regeneración ósea horizontal y vertical ha sido vastamente documentada con tasas de éxito muy altas. Los beneficios de un correcto manejo de tejidos blandos y duros conducen a resultados estéticos óptimos y a una ubicación tridimensional precisa de las restauraciones. Estas técnicas regenerativas pueden ser implementadas antes de la colocación de los implantes o simultáneamente. A su vez, tanto el implante dental como los tejidos blandos colindantes requieren una favorable situación ósea que les brinde sostén a estas estructuras. La técnica clásica de injerto en bloque autólogo toma como sitio donante a huesos como la mandíbula, la cresta ilíaca o la tibia. La

Director: Presidente de la Asociación Odontológica de Córdoba y Profesor asistente de la Cátedra de Prostodoncia IV "B", Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba.

Mail de contacto: joseaditria@yahoo.com.ar

Coautores:

- (1) Esteban Matías Brenna, Odontólogo, Facultad de Odontología, UNC. Profesional agregado con fines de perfeccionamiento en la Cátedra de Prostodoncia IV "B", Facultad de Odontología, UNC. Práctica privada en Asociación Odontológica de Córdoba.
 - (2) Pamela Natalí Cagnolo, Odontóloga, Facultad de Odontología, UNC.
 - (3) Jorge Ignacio Domínguez, Odontólogo, Facultad de Odontología, UNC. Práctica privada en Asociación Odontológica de
 - (4) Darío Adrián Mariani, Odontólogo, Facultad de Odontología, UNC. Práctica privada en Asociación Odontológica de Córdoba.

compensación de la atrofia ósea mediante este tipo de injertos, acompañados por hueso particulado de origen humano o animal y membranas de colágeno reforzadas con titanio (ePTFE), está registrada en la literatura con altas tasas de efectividad. A continuación, se presenta un caso clínico en el cual se utilizó la técnica de regeneración ósea horizontal y vertical para la colocación de implantes.

ABSTRACT

Horizontal and vertical Bone Regeneration (BR) has been widely documented with very favorable success rates. The benefits of the correct soft and hard tissues management lead to optimal aesthetics results and precise three-dimensional placements of the restorations. These regenerative techniques can be performed prior to the placement of the implants or simultaneously with it. In turn, the dental implant and the soft tissues next to it need an adequate bone volume, being able to give them the support they need. The classic technique of autologous block bone grafting takes as the donor site, for example, the mandible, the iliac crest or the tibia. The compensation of bone defects using this type of grafts, plus particulate human or animal bone grafting and expanded polytetrafluoroethylene (ePTFE) titanium reinforced membranes are documented with high success rates. In this article the authors present a case report where the horizontal and vertical BR technique was used for dental implants placement.

INTRODUCCIÓN

La implantología moderna presenta como uno de sus principales retos la resolución del problema estético en la zona anterior del maxilar. Si a esto se le agrega el deber de corregir un defecto óseo vertical, estamos hablando quizás del mayor desafío quirúrgico que se puede presentar en la consulta. En comparación con rebordes edéntulos que no han sido reconstruidos, la implementación de técnicas de manejo de tejidos blandos junto con regeneraciones alveolares está documentada con altos índices de esteticidad y conformidad por parte del paciente (1).

El uso de sustitutos óseos se presenta en la actualidad como una gran alternativa al uso de hueso autólogo. Sin embargo, se debe tener muy presente que el uso de una de estas alternativas no descarta al uso de la otra ⁽²⁾. En la literatura científica encontramos que el uso de injertos híbridos es una opción muy utilizada en la reconstrucción de maxilares con defectos tanto horizontales como verticales ⁽³⁾.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente masculino, de 22 años de edad, con pérdida del elemento 11 a causa de un traumatismo producido ocho años antes del momento de la consulta. El paciente relata que hacía cuatro años intentó reponer dicho elemento mediante la colocación de un implante dental, el cual fracasó al poco tiempo. Dos años después se sometió a una nueva intervención, esta vez con regeneración ósea guiada, pero de igual forma con resultados negativos.





Fig. 1. Situación prequirúrgica (A). Tomografía axial computada 3D del paciente (B).

Al momento de la primera consulta (Figura 1), la inspección clínica evidencia un gran defecto óseo, tanto horizontal como vertical, y a su vez una considerable pérdida ósea del elemento vecino (elemento 12). Se evidencia una línea de la sonrisa alta y un biotipo gingival fino, lo que implica alto riesgo estético.

El plan de tratamiento consistió en cuatro interven-

ciones quirúrgicas secuenciadas. En la **primera ci- rugía** (Figura 2) se realizó la extracción del elemento 12 (la reabsorción ósea de la cresta mesial
llegaba casi hasta el tercio apical), junto con regeneración ósea mediante injerto autólogo en bloque,
tomado de la sínfisis mentoniana. La membrana utilizada fue de colágeno reforzada con titanio
(ePTFE), no reabsorbible.





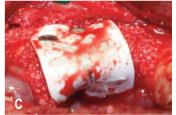


Fig. 2. (A) Sitio donante del injerto en bloque. (B) Injerto óseo fijado. (C) Membrana ePTFE no reabsorbible colocada.

Seis meses después se realizó una segunda intervención (Figura 3), en la cual se removió la membrana, y sobre el tejido óseo regenerado se colocó un implante Straumann (BL 4.1/12mm) en reposición del elemento 11 y otro implante Straumann (BL 3.3/14mm) en la zona del elemento 12, junto con xe-

noinjerto de hueso bovino particulado y malla de titanio fijada con tres tornillos (dos por vestibular y uno por palatino). La colocación de esta malla se decidió tras advertir la falta de altura ósea por vestibular de la zona quirúrgica. Finalmente, se instaló por sobre la malla una membrana de colágeno reabsorbible.







Fig. 3. (A) Implantes BL colocados. (B) Malla de titanio fijada con tornillos. (C) Membrana de colágeno no reabsorbible.

Una **tercera cirugía** (Figura 4) tuvo lugar cinco meses después de la segunda, en la que tras retirar la malla de titanio los implantes fueron cargados con dos provisorios atornillados y ferulizados. Con el fin de aumentar el nivel de encía insertada, también se realizó un injerto de tejido conectivo, tomado desde el paladar entre el canino y el primer molar.







Fig. 4. (A) Retiro de la malla de titanio. (B) Autoinjerto de tejido conectivo. (C) Zona quirúrgica suturada.

Finalmente, en la **cuarta cirugía** (Figura 5) se decidió realizar un segundo autoinjerto de tejido conectivo,

con el fin de optimizar resultados estéticos y aumentar el volumen vestibular.

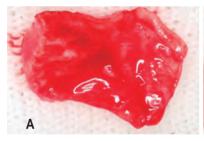






Fig 5. (A) Tejido conectivo recién retirado del sitio donante. (B) Colocación del autoinjerto. (C) Zona quirúrgica suturada.

CONCLUSIÓN

La regeneración ósea ha sido ampliamente documentada y comprobada. Los resultados estéticos óptimos, sin lugar a dudas, son la mayor demanda exigida por partes de los pacientes; de allí, la importancia de evaluar todos los factores de riesgo de manera individual y detallada. En muchos casos clínicos, la implementación de la técnica complementaria de regeneración ósea es necesaria para colocar el implante de manera

correcta. Así también, el éxito de estos depende en gran medida de un correcto manejo de los tejidos blandos. Los resultados finales (Figura 6), tanto clínicos como radiográficos, fueron ampliamente favorables y sumamente aceptados por parte del paciente. Cabe destacar el cementado de una carilla cerámica sobre el elemento 21 con el fin de optimizar los resultados estéticos.





Fig. 6. (A) Zona prequirúrgica. (B) Resultados finales.

Para lograr resultados estéticos óptimos en situaciones de pérdidas óseas con defectos tanto horizontales como verticales, la implementación de la regeneración ósea es inminente en relación al logro de dichos resultados, generalmente, con más de un tiempo quirúrgico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1. Hof M, Pommer B, Strbac GD, Su "to " D, Watzek G, Zechner W, Esthetic evaluation of single-tooth implants in the anterior maxilla following autologous bone augmentation. Clin. Oral Impl. Res. 00, 2011, 1–6.
- 2. Bilal Al-Nawas, EikSchiegnitz. Augmentation procedures using bone substitute material for autogenous bone a systematic review and meta-analysis. Eur J Oral Implantol 2014;7(Suppl):S1–S16.
- 3. van Urban I, Monje A, Wang HL. Vertical Ridge Augmentation and Soft Tissue Reconstruction of the Anterior Atrophic Maxillae: A Case Series. Int J Periodont Restor Dent 35(5):613–623, 2015.



Horarios de Atención: Lunes a Viernes de 08.30 a 13.30 y 14.30 a 19.00 hs.

- Ortopantomografía completa o seccionada
- Telerradiografía de perfil y de frente
- ATM en apertura y cierre
- Rx Oclusal
- Cefalometría
 Ricketts // Mc Namara // Steiner/Tweed // Bkörk Jarabak

Tomografía Computada Cone Beam Jefe de Servicio: Od. German Villani MP 4520
Tel/Fax: (0351) 421-9632 - 5000 Córdoba
Mail: rxchaud@hotmail.com / Web: www.rxchaud.com.ar



www.centrogauss.com

TOMOGRAFO CONE BEAM ORTOPANTOMOGRAFÍA DIGITAL



Av. Gauss 5639 - Barrio Villa Belgrano - Córdoba Capital

TURNOS



03543 442374





Un nuevo phisio dispenser, que viene a revolucionar el mercado de estos equipos.

Fabricado con la más alta y moderna tecnología a nivel mundial.

Su enorme display con iluminación por Back light, entrega una información totalmente completa de los procesos que se están realizando.

Su motor de ínfimas vibraciones y muy bajo peso, de tecnología Brushless (motor sin carbones) permite por primera vez en un equipo de fabricación nacional manejar todo el espectro de revoluciones (fresar y colocar implantes con el mismo contra ángulo) desde 15 a 2.200 RPM, pudiendo usarse con contra ángulos de 16:1, 20:1 ó 32:1.

Con una forma de manejo y programación muy amigable y simple.

Bomba de alto caudal. Semi oculta. A igual que todas las fichas (motor, pedal).

Pedal multifunción.





IMPLANCOR

Deán Funes 1763 - PB "C" - Córdoba Tel.: (0351) 486 5164 - 5980 - 155 591627 lopezmarcelo@uolsinectis.com.ar

Retratamiento de un caso clínico a través de la vía ortógrada-retrógrada: evaluación a distancia

Autores:

Elías Harrán⁽¹⁾ Lara Harrán⁽²⁾ José Luis López Cedrúm ⁽³⁾

RESUMEN

Se presenta un caso clínico de retratamiento en un canino superior izquierdo, realizado por vía ortógrada-retrógada, debido a la imposibilidad por vía ortógrada de eliminar el material de obturación junto a la lima separada dentro de conducto. Se obturó el conducto gutapercha y sellador AHplus y la cavidad retro con MTA. Durante los controles a distancia, se observó necrosis pulpar en el incisivo central superior izquierdo, al cual se le efectuó tratamiento de conducto. Los controles a distancia, realizados en varios períodos, demuestran el éxito de la terapéutica endodóntica-quirúrgica, llegando a los 17 años y 6 meses con la aparente cicatrización perirradicular.

SUMMARY

We present a clinical case of retreatment, in a left upper canine made by ortho-retrograde route, due to the impossibility by orthograde way, to eliminate the obturation material next to the file separated inside conduit. The gutta-percha and AHplus sealant was sealed and the retro cavity with MTA. During the remote controls, pulpal necrosis was observed in the left upper central incisor, which underwent root canal treatment. The Remote controls carried out in several periods demonstrated the success of endodontic-surgical therapy, reaching 17 years and 6 months with the apparent periradicular healing. When the diagnosis and therapeutics are correct, success is assured.

INTRODUCCIÓN

Muchos de los fracasos endodónticos son atribuidos a la inadecuada limpieza y obturación del conducto radicular, lo que permite el pasaje de bacterias y otros antígenos desde su interior a los tejidos perirradiculares ⁽¹⁾. Los mayores objetivos del retratamiento de conducto son la limpieza, la conformación y el sellado del sistema de los conductos radiculares en las tres dimensiones, para

- (1) Odontólogo. Práctica privada de Endodoncia en Córdoba, Argentina.
- (2) Odontólogo. Práctica privada de Endodoncia en La Coruña, España.
- (3) Doctor y Profesor. Jefe Servicio de Cirugía Oral y Máxilofacial del Complejo Hospitalario de La Coruña, España

prevenir la reinfección del diente ⁽²⁾. El retratamiento puede ser realizado por dos caminos, vía ortógrada o retrógrado a través de una cirugía apical.

Cuando no es posible la eliminación del material de obturación por vía ortrógrada, la realización de la cirugía apical permite el mejor abordaje a los tejidos perirradiculares, la eliminación del material de obturación contaminado y su reemplazo por otro que selle el conducto tridimensionalmente. En la nueva cavidad apical debe colocarse un material que, además de sellar el conducto, permita la regeneración de un ligamento periodontal funcional, incluyendo un nuevo cemento y la reparación del hueso alveolar. Un material retroobturador debe cumplir los requisitos de fácil manipulación, simple inserción en la cavidad, endurecimiento rápido, tener buena radiopacidad, no sufrir desintegración ni alteración del volumen, tener adherencia a las paredes de la cavidad y ser biocompatible (3).

En el año 1993 ⁽⁴⁾ aparece en el campo de la odontología el Agregado Trióxido Mineral (MTA) (ProRoot MTA-Dentsply Tulsa Dental, Tulsa, Oklahama, EE.UU) desarrollado y recomendado para el recubrimiento pulpar, pulpotomía, formación de la barrera apical en dientes con pulpas necróticas y ápices abiertos, reparación de perforaciones radiculares, obturación del tercio apical en el caso de cirugías apicales, obturación del conducto radicular ⁽⁵⁻⁶⁾ y reabsorciones radiculares externas ⁽⁷⁾ e internas ⁽⁸⁾

Los controles a distancia de casos de cirugía apical muestran un rango de éxito que va entre el 43% al 100% ⁽⁹⁻¹²⁾. Esta disparidad plantea la necesidad de efectuar controles a distancia. En diversas ocasiones, los dientes vecinos a los tratados quirúrgicamente, sufren patologías en las cuales se debe realizar un diagnóstico diferencial para determinar si fracasó la terapéutica realizada con anterioridad o se ha producido una nueva patología en un diente contiguo.

La elección de la terapéutica en retratamientos se determina al realizar el diagnóstico clínico-radiográfico, que permite observar la posibilidad de eliminar el material de obturación realizado con anterioridad y su reemplazo por otro que selle al conducto en todas sus dimensiones.

Objetivo: aportar conceptos clínicos y científicos que colaboren en la determinación y aplicación de una terapéutica en los casos de retratamiento ortógrado-retrógrado.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de sexo masculino de 40 años de edad, que concurrió a la consulta el 1 de abril de 1999, aduciendo dolor a la palpación en la zona de fosa canina a la altura del ápice del diente canino superior izquierdo. Macroscópicamente se observó restauración con resina en una cavidad palato-distal con desadaptación y recidiva de caries.

A la exploración clínica el paciente no presentaba dolor a la presión apical por vestibular y/o palatino. La percusión vertical y horizontal fueron negativas y no se observó trayecto fistuloso.

En la radiografía periapical inicial (Figura 1) se observó tratamientos de conductos en los dientes 22 y 23. En el diente 23 la obturación del conducto radicular mostraba pobre homogeneidad y, ocupando los tercios medio y apical del conducto, se observó un instrumento de endodoncia separado. Un área radiolúcida perirradicular abarcaba el tercio medio y apical del diente 23 y ápice del diente 22. Se determinó diagnóstico clínico-radiográfico de periodontitis perirradicular crónica.



Figura 1: Radiografía periapical inicial.

Tratamiento

Ante la imposibilidad de eliminar la lima por vía ortógrada, se planificó la solución del caso clínico a través de la siguiente estrategia:

- a) Cirugía periapical.
- Instrumentación y obturación del conducto radicular vía ortógrada.
- c) Obturación de la cavidad apical con MTA Pro-Root (Dentsply, Tulsa, Oklahoma, EE.UU.).
- d) Restauración posendodoncia.
- e) Controles a distancia.

a) Cirugía periapical y eliminación de la lima a través del ápice:

El paciente fue medicado 72 horas antes de la cirugía con 1 gramo de amoxicilina cada 8 horas.

Se realizó una incisión perisurcular con dos descargas verticales a nivel del incisivo central izquierdo y cara distal del primer premolar izquierdo. Se legraron los tejidos y se eliminó el tejido granulomatoso descubriéndose el ápice del diente 23. Se comprobó que el diente 22 no estaba incluido en el proceso apical.

Con una fresa cilíndrica, a alta velocidad e irrigación simultánea, se seccionó el ápice radicular en sus últimos 3 mm. Se descubrió la lima separada y se extrajo comprobándose que era una lima Hedströem.



Figura 2: Extracción de la lima del ápice del canino superior izquierdo.

b) Instrumentación y obturación del conducto radicular vía ortógrada:

Tratamiento por vía ortograda: Con limas Colorinox K-File #35 (Dentsply-Sirona Endodontic, Ballaigues, Suiza) con su punta precurvada se eliminó la gutapercha adherida a la pared del conducto radicular. Luego, se fijó la longitud de trabajo comprobando que la lima aparecía en la punta del ápice seccionado. Se instrumentó el conducto hasta una lima Colorinox K-File #100 (Dentsply-Sirona Endodontic, Ballaigues, Suiza). Durante la preparación quirúrgica el conducto fue irrigado con hipoclorito de sodio al 5,25 %, y aspiración simultánea para que la misma no llegara a los tejidos perirradiculares.

Finalizada la instrumentación, se realizó la técnica de condensación vertical de gutapercha caliente de Schilder (13) para lo cual se adaptó un cono de gutapercha maestro (Dentsply-Sirona Endodontic, Ballaigues, Suiza), 4 mm antes de la longitud de trabajo. Como el ápice estaba ensanchado y seccionado, para poder ejercer a la gutapercha presión en sentido apical se ajustó desde apical un atacador de cemento en sus últimos 4 mm apicales. Se secó el conducto radicular con puntas de papel esteril (Dentsply-Maillefer, Ballaigues, Suiza), y se llevó a todas sus paredes sellador AH-PLUS (Dentsply-SironaEndodontic, Ballaigues, Suiza). La gutapercha fue condensada con los atacadores ideados por Schilder (Dentsply/Maillefer; Tulsa, Oklahoma, EE.UU.). Seguidamente, el tercio medio y apical fue obturado con conos de gutapercha nuevamente adaptados y condensados verticalmente.

c) Obturación de la cavidad apical con MTA Pro-Root (Dentsply, Tulsa, Oklahoma, EE.UU.)

Obturado el conducto radicular, se precurvó la punta de una lima Colorinox K-File #100 (Dentsply-SironaEndodontic, Ballaigues, Suiza) y se instrumentó por vía retrógrada los últimos 4 mm de la preparación apical, acompañada de la irrigación con hipoclorito de sodio al 5,25%. Finalmente, la cavidad fue secada con puntas de papel estériles.



Figura 3: MTAPro-Root (Dentsply, Tulsa, Oklahoma, EE.UU.) utilizado para realizar el tapón apical.

El MTA Pro-Root (Dentsply, Tulsa, Oklahoma, EE.UU.) (Fig. 3) se preparó según las especificaciones del fabricante, se llevó a la cavidad con una jeringa GumSystem (Densply-Maillefer) y se condensó con un atacador para cementos. El alisado final se efectuó con torundas de algodón humedecidas con suero fisiológico. Previo a la sutura de los tejidos blandos, se tomó una radiografía periapical para comprobar la correcta obturación del conducto radicular y la ubicación del MTA en la cavidad apical (Fig. 4).



Figura 4: Se observa en el diente 23 la obturación del conducto radicular y el Pro-Root en la cavidad apical del diente (flecha negra).

d) Restauración post endodoncia:

Se colocó obturación provisional y se derivó el paciente a su odontólogo para la correspondiente restauración posendodoncia.

e) Controles a distancia

En los controles se siguió un criterio clínico-radiográfico.

Criterio Clínico: Se comprobó la respuesta a la percusión vertical y horizontal fijando el siguiente criterio:

Grado 0: el paciente refleja no sentir molestia alguna y percibe la misma sensación que sus dientes vecinos.

Grado 1: levemente más sensible que los dientes vecinos.

Grado 2: responde con marcada sensibilidad.

Grado 3: dice tener dolor al mínimo contacto con los dientes antagonistas. Hipersensibles a la percusión vertical y horizontal.

Grado 4: presencia de absceso apical.

Grado 5: presencia de fístula.

También se observaron las condiciones de la restauración posendodoncia.

Control radiográfico: se siguieron los criterios establecidos por Rud et al. ⁽¹⁴⁾ de Cicatrización Completa, Incompleta, Incierta e Insatisfactoria.

Control a los 9 meses:

Clínicamente ser encuadró en Grado 0.

Radiográficamente se observó formación de tejido ósea desde la periferia hacia el centro del proceso de destrucción ósea. No obstante, la cicatrización no fue completa ya que se observaron zonas más radiolúcidas que confluían en la zona central. De acuerdo al criterio de Rud et al. se determinó como Cicatrización Incompleta (Fig. 5).



Figura 5: Obsérvese MTA apical y los contrastes entre zonas radiopacas y radiolúcidas marcando el grado de formación ósea.

Control a los 2 años y 1 mes:

Clínicamente se observaron iguales características que a los 9 meses.

Radiográficamente, si bien se incrementó la formación ósea, la observación de pequeñas áreas radiolúcidas centrales indica una cicatrización incompleta (Fig. 6).



Figura 6: Las zonas radiolúcidas pueden ser consideradas áreas de cicatrización fibrosa solo determinable con estudios histopatológicos.

Control a los 3 años y 6 meses:

A la exploración clínica se consideró dentro del Grado 0. Radiográficamente debido a las características de la cicatrización del proceso perirradicular, se consideró como cicatrización completa. No obstante, se observaron pequeñas áreas radiolúcidas irregulares unidas por áreas más radiopacas, representando zonas de formación ósea donde supuestamente hay más predominio de sustancia orgánica que inorgánica (Fig. 7).



Figura 7: Se observan pequeñas áreas radiolúcidas en los tejidos perirradiculares.

Control a los 13 años y 6 meses:

El paciente faltó a los controles anteriores y acude a la consulta presentando un absceso apical en la zona correspondiente al incisivo central y lateral (elementos 21-22). A la exploración clínica y radiográfica, se comprobó necrosis pulpar del diente 11 (Fig. 8).



Figura 8: Notoria zona radiolúcida que indica la destrucción ósea originada por la necrosis pulpar del diente 21.

Se realiza el tratamiento de conducto en elemento 21 con el siguiente criterio clínico:

En la primera sesión se efectuó apertura cameral, drenaje e instrumentación de los tercios cervicales y medios con limas Hedströem (Dentsply-Sirona Endodontic, Ballaigues, Suiza). La conductometría se realizó con localizador apical Propex II (Dentsply-SironaEndodontic, Ballaigues, Suiza) y radiografía RVG Kodak, fijando la longitud de trabajo a 1 mm del ápice radiográfico. La irrigación fue realizada con hipoclorito de sodio al 5,25%.

El tercio apical se instrumentó con limas Colorinox K-File hasta el número #45 (Dentsply-Sirona Endodontic, Ballaigues, Suiza). Para que el cuadro clínico pase a estado crónico, se colocó medicación temporaria de hidróxido de

calcio utilizando como vehículo suero fisiológico, se obturó provisoriamente y se medicó con amoxicilina a una concentración de 1gramo cada 8 horas durante 7 días.

A los 14 días, se controló el paciente y comprobando la cronicidad del caso clínico, se procedió a la eliminación del hidróxido de calcio e instrumentación del conducto con la lima Colorinox K-File #50 (Dentsply-Sirona Endodontic, Ballaigues, Suiza).

Durante la irrigación final se efectuó una activación sónica con el Endoactivator (Dentsply-Sirona Endodontic, Ballaigues, Suiza) a 10.000 cpm utilizando la punta Large 35/04, empleándose la siguiente secuencia: EDTA durante 1 minuto, secado del conducto, hipoclorito de sodio al 5,25% durante 30 segundos y secado final del conducto radicular. La obturación se realizó con la técnica híbrida de Tagger (15). Se utilizó como sellador el AH-PLUS (Dentsply-Sirona Endodontic, Ballaigues, Suiza) y luego de la condensación lateral, se realizó una compactación termo-mecánica de la gutapercha con el Gutta-Condensor #35 (Dentsply-Sirona Endodontic, Ballaigues, Suiza) accionado en sentido horario a 10.000 rpm (Fig. 9).

Finalizada la obturación, la cavidad de acceso fue sellada con resina.



Figura 9: Radiografía que muestra la obturación del conducto radicular en el elemento 21.

Control a los 17 años y 6 meses:

El control en el elemento 23 se realiza a los 17 años y 6 meses posteriores a la cirugía, mientras que el del elemento 21 se realiza a los 4 años y 4 meses posteriores a la endodoncia. Clínicamente presentó gingivitis marginal producto de la acumulación de sarro en las piezas dentarias.

Radiográficamente, y alrededor de los ápices de los tres elementos se observó una compacta alveolar casi íntegra y neoformación ósea. Según la clasificación de Rud et al. la cicatrización fue Completa (Fig. 10)







Figura 10. A: Fotografía de los elementos en el momento del control. B-C: en ambas radiografías se observó aparente cicatrización perirradicular del sector correspondiente a los elementos 21, 22 y 23. Es de destacar la delgada línea radiolúcida que rodea los ápice radiculares correspondientes al espacio periodontal demarcado por la zona radiopaca correspondiente a la compacta alveolar.

DISCUSIÓN

Evaluaremos el caso clínico en distintos aspectos. En primer lugar, el criterio empleado para la realización de la terapéutica ortógrada-retrógrada; en segundo lugar, la necesidad -en determinadas situaciones- de un diagnóstico diferencial y por último, la importancia de los controles a distancia.

Para decidir una terapéutica en una reendodoncia, se deben analizar las causas que llevaron al fracaso de la endodoncia primaria. En este caso clínico, el diente 23 presentó contaminación del conducto radicular por la presencia de una obturación deficiente y de una lima separada en su interior. Cuando por la vía ortograda no hay garantías de poder mejorar las condiciones clínicas, como es la eliminación de la obturación y de la lima separada, la cirugía perirradicular es la alternativa de elección (16). En este caso clínico, las vías de accesos ortógrado-retrógrado permitieron una mejor eliminación del material de obturación y de la lima separada, con lo cual se pudo efectuar una correcta desinfección del conducto radicular. En estas condiciones se pudo realizar una obturación del conducto radicular con mejor compactación tridimensional. Dado que el caso clínico fue realizado en el año 1999, momento en el que no se disponía de técnicas termoplásticas, la obturación fue realizada por medio de la técnica de compactación de la gutapercha caliente ideada por Schilder (2). Si bien los sistemas de ultrasonido para la preparación de cavidades retro, según nuestra investigación bibliográfica, datan del año 1990 (17) debido a la imposibilidad de contar con las puntas necesarias, se procedió a la preparación de una cavidad retro con limas K precurvadas (Colorinox #100 (Dentsply-SironaEndodontic, Ballaigues, Suiza), de aproximadamente 4 mm de extensión donde se colocó el MTA. En 1993, Torabinejad y col. (4) desarrollaron el Agregado del Trióxido Mineral con el nombre comercial de Pro-Root (Dentsply, Tulsa, Oklahoma, EE.UU.). En estudios anteriores (4, 7, 14, 16), se demostró que este material, al ser colocado en contacto con un medio húmedo, permite la proliferación de células migratorias del ligamento periodontal. Estas a su vez se diferencian y crean una barrera biológica calcificada (18), lo cual resulta muy ventajoso para la técnica propuesta.

Luego de realizada la cirugía perirradicular, consideramos de importancia el control clínico radiográfico a distancia. En un estudio prospectivo de cirugía perirradicular, con la utilización de MTA, Saunders et al. (19) demostró que sobre 276 dientes examinados, 163 mostraron curación completa, 82 no tenían síntomas pero la curación era incompleta e incierta y 31 dientes no mostraban cicatrización. Concluye que el MTA mostró un 88,8% de éxito a distancia. No obstante, la

tasa de éxito puede variar del 37,4% (20) al 92,4% (21).

Torabinejad et al. (22) demuestra cómo el índice de éxitos de cirugía perirradiculares va disminuyendo a través del tiempo. Observaron de 2 a 4 años un éxito de 77,8% y de 4 a 6 años, el índice disminuyó al 71,8%. Consideramos de importancia el control de este caso clínico, llegando a 17 años 6 meses, lo cual es muy difícil de encontrar en la literatura (22). Creemos que uno de los factores que contribuyó al éxito fue la permanencia de la restauración posendodoncia y la concurrencia del paciente a los controles, ya que permitió su revisión clínica-radiográfica. La observación radiográfica permite comprobar la evolución de la cicatrización ósea perirradicular. Bender (23) determinó que para que una destrucción ósea pueda ser observada radiográficamente, debe existir entre un 30 y 50% de pérdida de sustancia inorgánica. A partir de dicho porcentaje, comienzan a observarse zonas radiolúcidas que corresponden a la destrucción ósea con la correspondiente inflamación perirradicular. En el caso clínico que evaluamos, se utilizó dicho criterio para determinar cómo la observación de la radiografía permite ver el momento en el que las zonas perirradiculares van aumentado su radiopacidad. Esto estaría sugiriendo que hay un aumento de sustancia inorgánica por parte del organismo, lo cual es indicativo de la neoformación ósea encargada de la cicatrización perirradicular a distancia.

En ocasiones, es necesaria la realización de diagnóstico diferencial, como el caso clínico del diente 21, donde se observó claramente que era el que ocasionó el absceso apical y no el diente 22, ni una reagudización de la cirugía perirradicular del diente 23. Seltzer et al. (24) demuestran la posibilidad de obtener éxito entre un 86 al 98% de éxito clínico radiográfico.

CONCLUSIÓN

A partir del caso clínico evaluado puede decirse que:

- La utilización del Agregado Trióxido Mineral (Pro-Root (Dentsply, Tulsa, Oklahoma, EE.UU.) es el material de elección para el sellado de la cavidad apical.
- B) Se considera de importancia la colocación de una restauración posendodoncia que impida la contaminación a distancia del conducto radicular y se aconseja de la necesidad de realizar controles a distancia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Sundquist G. Bacteriological studies of necrotic dental pulps. UMEA University Odontological Dissertations No 7 From the Department of Oral Microbiology, University of Umeå, Sweden. 1976:22p.
- 2) Schilder H. Cleaning and shaping the root canal. Dent Clin North Am. 1974;18:269-96.
- Soares IJ, Goldberg F. Endodoncia. Técnica y fundamentos. 2ed. Panamericana, Buenos Aires, 2012:407p.
- Torabinejad M, Watson TF, Pitt Ford Tr. Sealing ability of a mineral trioxide aggregate when used as a root and filling material. J Endod 1993;19:591-5.
- 5) Camilleri J, Pitt Ford TR. Mineral trioxide aggregate: a review of the constituents and biological properties of the material. Int Endod J 2006;39:747-754.
- Roberts HW, Toth JM, Berzins DW, Charlton DG. Mineral trioxide aggregate material use in endodontic treatment: a review of the literature. Dent Mater 2008; 24:149-164
- 7) Schwartz RS, Mauger M, Clement DJ, Walker WA 3rd.

- Mineral trioxide aggregate: a new material for endodontics. J Am Dent Assoc 1999;130:967-975.
- Sari S, Sönmez D. Internal resorption treated with mineral trioxide aggregate in a primary molar tooth: 18month follow-up. J Endod 2006;32:69-71.
- 9) Friedman S. The prognosis and expected outcome a apical surgery. Endo Top 2005;11:219-62.
- Song M, Kim E. Success and failure of endodontic microsurgery. J KorAcad Cons Dent 2011;36:465-76.
- Seltzer FC, Shah SB, Kohli MR et al. Outcome of endodontic surgery: a meta-analysis of the literature-part1: comparison of traditional root-end surgery and endodontic microsurgery. J Endod 2010;36:1757-65.
- 12) Seltzer FC, Kohli MR, Shah SB. Outcome of endodontic surgery: a meta-analysis of the literature-part 2: comparison of endodontic microsurgical techniques with and without the use of higher magnification. J Endod 2012;38:1-10.
- 13) Schilder H. Filling root canals in three dimensions. Dent ClinNorth Am 1967;nov:723-744.

- 14) Rud J, Andreasen JO, Jensen JE. Radiographic criteria for the assessment of healing after endodontic surgery. Int J Oral Surg 1972;1:195-214.
- 15) Tagger M, Tamse A, Katz A, Korzen BH. Evaluation of the apical seal prodiced by a hybrid root canal filling method, combining lateral condensation and thermatic compaction. J Endod. 1984;10(7):299-303.
- 16) Torabinejad M, Hong CU, Pitt Ford TR, Kettering JD. Antibacterial effects of some root end filling materials. J Endod 1995:21(8):403-417.
- 17/ Lustmann J, Friedman S, Shahabany V. Relation of preand intraoperative factors to prognosis of posterior apical surgery. J Endod 1991;17:239-41.
- 18) Yoshimine Y, Ono M, Akamine A. In vitro comparison of biocompatibility of mineral trioxide aggregate, 4META/MMA-TBB resin, and intermediate restorative material as root-end-filling materials. J Endod 2007:33(9):1066-9.
- 19- Saunder WP. A Prospective Clinical Study of Periradic-

- ular Surgery Using Mineral Trioxide Aggregate as a Root-end Filling. J Endod 2008;34(6):660-665.
- 20- Rahbaran S, Gilthorpe MS, Harrison SD, Gulabivala K. Comparison of clinical outcome of periapical surgery in endodontic and oral surgery units of a teaching hospital: a retrospective study. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral RadiolEndod, 2001:91:700-709.
- 21- Maddalone M, Gagliani M. Periapical endodontic surgery: a 3-year follow-up study. J Endod 2002; 28: 378-383.
- 22- Torabinejad M, Corr R, Handysides R, and Shabahan S. Outcomes of nonsurgical retreatment and endodontic surgery: A system review. J Endod 2009;35:930-937.
- 23- Bender IB. Factors influencing the radiographic appearance of bony lesions. J Endod. 1982; 8(4):161-70.
- 24- Seltzer FC, Boyer KR, Jeppson JR, Karabucak B, Kim S. Long-term prognosis of endodontically treated teeth: a retrospective analysis of preoperative factors in molars. J Endod 2011;37:21-5.



César Emilio Re M.T. 784

PRÓTESIS FIJA, METALES, CERÁMICA LIBRE DE METAL **CIRCONIO**

PRÓTESIS SOBRE IMPLANTES INCRUSTACIONES Y CORONAS DE RESINA CERAMAGE - VITA VM.LC

Roma 1220 - Tel.: 0351 4520392



+549 351 6172000

INFORMACIÓN INSTITUCIONAL



INTRUSISMO

I instrusismo nos comprometa a trabajar todos juntos para erradicarlo definitivamente, haciendo respetar lo establecido por la Ley Provincial 6222 y su Decreto Reglamentario Nro 679/93, que regulan la actividad de los técnicos dentales, registrados en el Ministerio de Salud, siendo esta entidad la autoridad de aplicación.

El Consejo Directivo y la Comisión de Intrusismo han desarrollado estrategias para este fin, teniendo como objetivos salvaguardar la salud de la población y la fuente de trabajo de los colegiados, dignificando nuestra profesión.

Por ello, el Colegio Odontológico colabora haciendo las investigaciones y denuncias correspondientes ante este Ministerio de Salud y denuncias penales ante la Justicia.

Se han realizado en este período 25 denuncias en Villa Dolores (1), Bell Ville (1), Marcos Juárez (1), Río Cuarto (4), Córdoba (12), Carlos Paz (2), Villa María (1), Unquillo (2), Río Segundo (1).

Hubo también tres allanamientos que arrojaron resultados positivos.

Asimismo, se envió nota a revistas barriales y diarios informando que los técnicos dentales tienen prohibido anunciar y ofrecer sus servicios por medio de órganos de difusión destinados al público en general, a excepción de dirigirse exclusivamente a los profesionales odontólogos; como así también le está vedado exhibir letreros o chapas referidos a la actividad pertinente.

La colaboración recibida se incrementa diariamente, demostrando el compromiso mutuo.



Queremos mejorar la comunicación con VOS, AYUDANOS!

REEMPADRONAMIENTO OBLIGATORIO Y GRATUITO

os matriculados deberán reempadronarse a partir del 16 de julio del presente año a través de nuestra página web (acceder a Mi Cuenta) con su usuario y clave personal, según lo establece la Resolución 604/01 aprobada en Asamblea General Ordinaria del 18 de mayo.

Asimismo, deberán establecer y actualizar su Domicilio Electró-

nico Legal, según Resolución 604/02, la cual establece que serán enviadas por esta vía, todas las notificaciones y comunicaciones que son mencionadas en los estatutos del Colegio Odontológico de la Provincia de Córdoba y la ley 4806 y las que en el futuro disponga la Asamblea, sin perjuicio de la comunicación en soporte papel que subsistirá como medio alternativo en caso de imposibilidad material.

Las mencionadas resoluciones tienen como finalidad mejorar la gestión, reducir los costos y tiempos en la comunicación, ambas se encuentran disponibles en la web Institucional.





FAS (Fondo ayuda solidaria)

I Fondo de Ayuda Solidaria se creó interpretando las necesidades que atravesamos los matriculados en momentos difíciles. Las acciones de la comisión son verificar y aprobar las solicitudes de los diferentes subsidios, para que luego se controle si los solicitantes tienen deudas o faltas algunas con el Colegio Odontológico. Luego, los colegas son notificados para cobrar dichos subsidios. El objetivo es cada colegiado tenga un beneficio según las diferentes etapas y momentos de la vida profesional. El Fondo de Ayuda Solidaria es de carácter obligatorio.

Coordinador: Od. Gustavo Heraldo Giraudo.



DECLARATIVA DE CERTEZA

Presentación de Declarativa de Certeza resolución general AFIP n° 3997/2017

I Colegio Odontológico de la Provincia de Córdoba, encabezado por su Presidente y previa presentación de la mencionada acción en Asamblea General de Delgados del día 18 de mayo de 2018, presentó ante la Justicia Federal la solicitud de inconstitucionalidad y medida cautelar de la resolución general de AFIP N° 3997/2017, reglamentario del artículo 10° de la Ley 27.253 y de las disposiciones atinentes al caso contenidas en la Circular 1-E/2017, emitida por la AFIPDGI con fecha 27 de abril de 2017, cuyo expediente fue caratulado como COLEGIO ODONTOLÓGICO DE CÓRDOBA C/AFIP-ACCIÓN DECLARATIVA DE CERTEZA – EXPTE. 56926.

La presentación se encuentra motivada, NO porque esta entidad no reconozca los medios electrónicos de pagos como legítimos y lícitos para la realización de transacciones económicas, sino que existe un claro exceso en las facultades reglamentarias de la AFIP ya que la Resolución General N° 3997/2017 fue dictada en función de lo previsto en el art. 11 de la Ley 27.253 y el art. 7 del Decreto 618/97, al respecto cabe señalar que el art. 11 de la Ley 27.253 sólo autorizaba a fijar el cronograma para la implementación de las disposiciones, pero no a incorporar nuevos obligados. La Ley 27.253 no incluye a los profesionales cuando en su artículo 10 declara comprendidos a quienes realicen en forma habitual la venta de cosas muebles para consumo final, presten servicios de consumo masivo, realicen obras o efectúen



locaciones de cosas muebles, es la AFIP quien hace extensivo el alcance a los profesionales, haciendo claro abuso de las facultades reglamentarias, transgrediendo una norma de mayor jerarquía que una Resolución General.

La R.G. 3997/17 resulta inconstitucional por cuanto ha violado los límites establecidos en el art. 99 inc. 2 de la Constitución Nacional, mediante la alteración del espíritu de la norma.

Al respecto cuadra dejar claramente sentado como premisa indiscutible que los profesionales no desarrollan actividad comercial, por el contrario, su actividad es de naturaleza civil.

Los profesionales, como justa retribución de sus servicios, no cobran precio, sino honorarios.

PATÓGENOS

Pequeños Generadores de Residuos Patógenos

n el marco de la entrada en vigencia de la nueva normativa de la secretaria de Ambiente de la provincia de Córdoba, referida al registro de generadores de Patógenos, representantes de la Comisión de Ambiente de FEPUC abordaron el tema de los pequeños generadores de patógenos y las dificultades ante requisitos de normativas referidas a este tipo de residuos.

Con la participación del Presidente del Colegio Odontológico el Od. José Augusto ERMOLI y la Vice Presidenta la Od. Mónica Miras, junto a representantes de los Colegios de Veterinarios y Bioquímicos, buscaron alternativas para que los matriculados se adecuen a la normativa ambiental, atendiendo cuestiones relacionadas a la logística, almacenamiento, traslado y costos vinculados a la prestación de este tipo de servicios.



Al respecto, se mantuvo una reunión de trabajo con autoridades de la Secretaria de Ambiente, con la finalidad de ver la posibilidad de que el registro de generadores sea un trámite más sencillo, manifestándose la necesidad de contemplar un régimen de recolección diferenciado para pequeños generadores. Por este motivo, se está trabajando para presentar un proyecto que se ajuste a las posibilidades de los pequeños generadores de residuos peligrosos y patógenos.

COMISIÓN DE VIGILANCIA

Comisión de Vigilancia de Reglamento de Publicidad y Anuncios



ormada para ejercer un control sobre las publicidades que no respeten el reglamento de publicidad y anuncios del Colegio Odontológico (Ley 4806 y Ley 6222).

La comisión está a disposición para consultas y denuncias, como así también para orientar a los colegas que deseen publicitar en distintos medios, a través del mail (mail.publicidades@colodont.org.ar), teléfono, redes sociales (en Facebook Comisión de Vigilancia) o personalmente los días miércoles de 9 a 13 hs, en la sede del Colegio.

Son sus integrantes: Of. Ma. Pía Gutierrez (MP 7580), Od. María del Milagro Amaro (MP 9501) y Od. Cecilia C. Coraglia (MP 9859).

COMISIÓN DE SALUD PÚBLICA

omenzó el pasado viernes 9 de noviembre a conformarse la Comisión de Salud Pública Odontológica.

En su primer encuentro se habló sobre la realidad que viven los colegas que trabajan en el sector público y sus necesidades.
Se plantearon algunos objetivos en relación a la función de la comisión. Por su parte, el Colegio asume el compromiso de acompañar, absorber tales necesidades y trabajar en conjunto para lograr el cumplimiento de todo aquello que beneficie la calidad de trabajo del colega en el sector público.

Integrantes de la comisión: Fernanda Zandrino, Samira Comba y Patricia Berardo.



GANADORES DEL SORTEO Día del Odontólogo

I día primero de noviembre pasado se realizó la entrega de los premios del **Día del Odontólogo** en el Colegio Odontológico de la Provincia de Córdoba, a cargo del Presidente Od. José Augusto Ermoli y el Coordinador del Fondo de Ayuda Solidaria Od. Gustavo Heraldo Giraudo.

¡Muchas gracias a todos por asistir y que disfruten de los premios!







Reconocimiento a Colegas



s un honor para el Colegio Odontológico de la Provincia de Córdoba haber celebrado el reconocimiento a los colegas que cumplen 25 y 50 de trayectoria en el ejercicio profesional. En el encuentro se reafirmaron los lazos y se resaltó el invaluable apoyo que la Institución brinda a todos los colegas.

Durante la jornada se destacó que desde el Colegio "Valoramos su decisión de permanecer en el ejercicio profesional y les damos a cada uno de Ustedes las gracias en nombre de toda la comunidad odontológica", oportunidad en que se hizo entrega de medallas.











Premio a la Mejor Publicación de la revista EL ESPEJO



los fines de promover la calidad y rigurosidad científica y de valorar la dedicada labor de los autores, el Colegio Odontológico implementó, a partir de este año, el "Premio a la Mejor Publicación de la revista El Espejo".

1er premio a la MEJOR PUBLICACIÓN

Consistió en un Diploma y una Retribución Económica de \$ 20.000. Resultó ganador el artículo: "Técnica Quirúrgica alternativa para disminuir el riesgo de Lesión del Nervio Dentario Inferior, por extracción del tercer molar inferior". Autor: Dr. Aldo Rondoletto. 2do lugar consistió en un Diploma y una Retribución Económica de \$10.000 para el trabajo: "Ortopedia Prequirúrgica en Pacientes con Fisura Labio Alveolo Palatina." Autora: Od. Carla D. Rodriguez Urban.

ACCIÓN COMUNITARIA

esde la Comisión de Acción Comunitaria no queremos concluir un año más sin dejar de destacar la comprometida e incansable labor que han realizado cada uno de los profesionales matriculados, comprometidos con las tareas comunitarias. Ha sido un año de intenso trabajo y pese a la situación por la que el país atraviesa, no ha decrecido la intensidad para continuar con tan noble y gratificante tarea.

Así, desde Colegio Odontológico nos propusimos continuar acompañando y desarrollando campañas de cuidado bucodental que involucraran el interés de diferentes grupos etarios de población, permitiéndonos informar, concientizar y alcanzar nuestro compromiso social como institución.





En toda la provincia de Córdoba pudimos alcanzar:

- 64.550 personas (niños, jóvenes, adultos)
- 262 escuelas privadas y públicas
- 33 dispensarios y centros asistenciales
- 8 fundaciones
- 19 comedores
- 2 campeonatos deportivos de rugby, hockey, futbol femenino y masculino
- 1 maratón
- 428 kit de traumatismos entregados en instituciones privadas y públicas

Campañas desarrolladas en el presente año:

- Mamá y bebé saludable
- Evita Infecciones de Transmisión Sexual
- Tu boca es única, Protéjela! (Campaña de Traumatismo y Uso de protectores bucales personalizados).
- La salud de tu boca
- Manejo cuidado de los Antibióticos

GRACIAS a cada odontólogo por SUMARSE al trabajo comunitario e invitamos a quienes quieran sumarse a escribirnos al siguiente email: accioncomunitaria@colodont.org.ar.

La comisión funciona en Colegio los días jueves de 10 a 15 hs.



RCP Soporte vital



Es un concepto amplio que incluye la prevención del Paro Cardiorespiratorio (PCR), al igual que las maniobras de Resucitación Cardiopulmonar (RCP) y el uso del DEA (Desfribrilador Externo Automático), en caso de que el mismo se produzca.

Cuando hablamos de Paro Cardiorespiratorio, hacemos referencia al cese brusco e inesperado de la respiración y circulación espontánea, siendo este cuadro potencialmente reversible si se actúa a tiempo, a diferencia de la muerte súbita (cese repentino e irreversible de todas las funciones biológicas).

La resucitación cardiopulmonar es el conjunto de maniobras para sustituir primero y restaurar después, la circulación y respiración espontáneas. Existen 3 tipos de RCP: básica, instrumental y avanzada. Haciendo hincapie en la básica, la cual puede ser realizada en el lugar en el que ocurra el PCR, consta de 3 etapas sucesivas: C- A- B (Compresiones toráxicas, Vía Aérea y Ventilación).

El algoritmo de actuación va a ser diferente dependiendo de la edad de la persona que sufra un PCR (ver tabla al dorso)

Urgencias y emergencias en el consultorio dental

Son situaciones de peligro que requieren de una acción inmediata. Las más frecuentes son:

Pérdida de la conciencia

Puede producirse por un síncope (pérdida transitoria del conocimiento, la cual se produce por una caída de la presión arterial, frecuencia cardíaca o ambas ante situación de estrés), una hipoglucemia aguda (descenso brusco de la concentración de glucosa en sangre, es común en diabéticos o frente a un

ayuno prolongado) o por una hipotensión ortostática (descenso brusco de la presión arterial al incorporarse bruscamente del sillón odontológico).

2 Dificultad respiratoria

Puede presentarse por hiperventilación, una crisis aguda de asma o por la obstrucción de la vía aérea por un cuerpo extraño (OVACE). Este último caso se produce por el ingreso de objetos en el árbol traqueo bronquial, produciendo una obstrucción parcial o total de la vía respiratoria. El manejo del mismo incluye inspección con los dedos (solo en el caso de que el objeto que haya causado la obstrucción sea visible en la boca), animar al paciente a toser y realizar la maniobra de Heimlich. Si llega a la pérdida de conocimiento, se pone en marcha la maniobra de RCP.



3 Dolor de pecho

Puede ser 2° a una angina de pecho – en la cual existe una obstrucción parcial de la circulación coronaria-, o a un infarto de miocardio –obstrucción total y potencialmente fatal-. En cualquier caso, se debe llamar al servicio de emergencia.

4 Crisis hipertensiva

Se produce cuando la presión arterial sistólica supera los 180 mmHg y/o la

diastólica los 90 mmHg. Se le puede administrar al paciente una dosis de su medicación habitual si la trae consigo.

5 Reacciones alérgicas

Suelen ocurrir frente a la exposición de analgésicos, anestésicos locales y antibióticos. El cuadro más grave se denomina shock anafiláctico y requiere de la administración (sin dudarlo) de adrenalina sudcutánea, seguida de un antihistamínico y corticoides, para prevenir la recurrencia del cuadro en las subsiguientes.

6 Convulsiones

Es definida como una alteración de la función cerebral 2da, a una descarga neuronal exagerada y se caracteriza por movimientos involuntarios, fenómenos sensoriales y cambios en el estado de la conciencia. Cuando una persona ha sufrido más de 2 convulsiones, se dice que padece de epilepsia (salvo que las mismas hayan sido 2da. a una causa transitoria, como por ejemplo fiebre). El protocolo de actuación consiste en proteger al paciente para que no sufra traumatismo, especialmente craneoencefálicos, y esperar a que cese el episodio, mientras se aguarda al servicio de emergencia.

La importancia de hacer RCP

Cuando se produce un paro cardiorespiratorio, la respiración y circulación se detiene. Si recibe asistencia con la técnica de reanimación cardiopulmonar (RCP), la persona tiene altas posibilidades de recuperarse y no presentar secuelas.

COMPONENTES	ADULTOS Y ADOLESCENTES	NIÑOS (entre 1 año de edad y la pubertad)	LACTANTE (menos de un año de edad, excluidos los recién nacidos)
Seguridad del lugar	Asegúrese de que el entorno es seguro para los reanimadores y para la víctima.		
Reconocimiento del Paro Cardíaco	Controlar si el paciente responde. El paciente no respira o solo jadea/boquea (es decir, no respira normalmente). No se dectecta pulso palpable en un plazo de 10 segundos. (La comprobación del pulso y la respiración puede realizarse simultáneamente en menos de 10 segundos).		
Activación del sistema de respuesta a emergencias	Si esta usted solo y sin telefono móvil, deje a la víctima para activar el sistema de respuesta a emergencias y obtener el DEA antes de comenzar la RCP. Si no, mande a alguien en su lugar y comience la RCP de inmediato; use el DEA en cuanto esté disponible.	Colapso presenciado por alguna persona. Siga los pasos para adultos y adolescentes que A1:D5urante 2 minutos. Deje a la víctima para activar el sistema de respuesta a emergencias y obtener el DEA. Vuelva donde esté el niño o lactante y reinicie la RCP; use el DEA en cuanto esté disponible.	
Relación compresión- ventilación sin dispositivo avanzado para la via aérea.	1 ó 2 reanimadores: realizar 5 ciclos de 30:2 (30 A1:D5 - 2 insuflaciones), terminados los 5 ciclos se controla el pulso y la respiración.	1 reanimador: realizar 5 ciclos de 30:2 (30 compresiones - 2 insuflaciones), terminados los 5 ciclos controlar el pulso o la respiración. 2 o más reanimadores, cada uno realizar 1 ciclo de 30:2. Finalizados los 5 ciclos se controla el pulso y la respiración.	
Relación compresión - ventilación con dispositivos avanzado par la vía aérea	Compresiones contínuas con una frecuencia de 100 a 120 cpm. Proporciones 1 ventilación cada 6 segundos (10 ventilaciones por minuto)		
Frecuencia de las compresiones	100 - 120 lpm		
Profundidad de las compresiones	Al menos 5 cm * *La profundidad de la compresión no debe ser superior a 6 cm.	Al menos un tercio del diámetro del tórax. Al menos 5 cm.	Al menos un tercio del diámetro del tórax Al menos 4 cm.
Colocación de la mano o las manos	2 manos en la mitad inferior del esternón.	2 manos o 1 mano (opcional si es un niño muy pequeño) en la mitad inferir del esternón.	1 reanimador: 2 dedos en el centro del tórax, justo por debajo de la línea de los pezones. 2 o más reanimadores: 2 pulgares y manos alrededor del tórax, en el centro del tórax, justo por debajo de la línea de lo pezones.
Descompresión torácica	Permita la descompresión torácica completa después de cada compresión, no se apoye en el pecho después de cada compresión.		
Reduzca al mínimo las interrupciones	Limite las interrupciones de las compresiones torácicas a menos de 10 segundos.		



La Federación Odontológica de la Provincia de Córdoba, desde 1971 representa a los profesionales de quince Círculos Odontológicos Regionales, distribuidos geográficamente en toda la Provincia de Córdoba, como Institución de segundo grado sin fines de lucro. Con más de 47 años de vida, la FOPC tiene un crecimiento sostenido, contando a la fecha con mas de 3200 odontólogos inscriptos en el padrón de prestadores, que brindan cobertura odontológica a mas de 1.200.000 afiliados y beneficiarios de las casi 70 obras sociales que tienen convenio con nuestra entidad, manteníendose en forma permanente el convenio con APROSS que posee 620.000 afiliados en toda la provincia de Córdoba.

A través de nuestros departamentos brindamos diferentes servicios al profesional Auditoróa Apross- Auditoría-Asesoría Letrada- Departamenteo de Asistencia Social al Odontólogo

(Daso) Departamento de Información, Publicación y Educación (Dipe) Departamento de Educación pra la Salud (Des) Facturación- Liquidación



www.fopc.com.ar 9 de Julio Nº 1109- Córdoba- República Argentina 351-4270527 4270528 4270529 4240235 4216051 4241216 4262333



INNOVAR, EVOLUCIONAR. PERFECCIONARSE.



NARDI & HERRERO

