



COLEGIO
ODONTOLÓGICO
DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA



EDICIÓN **20**
Aniversario

El Espejo

Año 20 Edición Nº 49 Abril de 2017





Vení a conocer nuestro nuevo local!

27 de Abril 864 - Córdoba.



ENCONTRÁ LAS MEJORES MARCAS DE EQUIPAMIENTO ODONTOLÓGICO EN UN SOLO LUGAR



📍 27 de Abril 864 (5000), Córdoba.

☎ (0351) 4257406

📞 +54 9 351 4590107

✉ s.sanchez@centrosbz.com.ar | equipamiento.centrosbz@hotmail.com



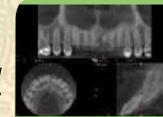
Sumario



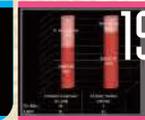
5

Editorial

Caso Clínico: Tratamiento multidisciplinario previa colocación de implante en zona estética.
Autores: Claudeville, Pablo, Smithalher, Ismael y Fernández Bodereau, Enrique



7



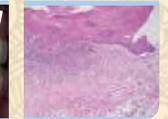
19

Investigación clínica: Síntomas objetivos y subjetivos que motivan la consulta por cáncer bucal.
Autores: Gilligan, G., Piemonte, E., Secchi, D., Galindez, F., Moine, L. y Panico, R.

Caso clínico: Trauma crónico, único factor de riesgo? Caso clínico de cáncer bucal.
Autores: Zapata, M J, Liandro, M F y Allende, A.



27



Autoridades del Colegio Odontológico

Página 2

Delegados Departamentales

Página 3

Editorial

Página 5

Uniendo Generaciones:
Odontólogos y mucho más...

Los Cabral

Página 32

Los Urquiza

Página 33

Biblioteca

Página 34

Blanco y Negro en color
Luis Eugenio Pastawsky

Página 36

Homenaje al Dr. Lanfrachi

Página 38

Información Institucional

Página 40

Acción Comunitaria

Página 40

Formación Profesional Permanente

Página 42

Entrega de Matrículas

Página 44

Whatsapp abierto para consultas

Página 44

Casa del Odontólogo

Página 46

Espacio cultural



COLEGIO ODONTOLÓGICO DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA

Dirección: Coronel Olmedo 29/35

Tel.: 0351 **422 2218**
425 1653

WhatsApp
3517553010

colegiodontologico@colodontcba.org.ar
www.colodontcba.org.ar



El Espejo

EDICIÓN ANIVERSARIO

ISSN 2250-4133

Año 20 Ed. Número 49

Abril de 2017

Revista El Espejo es una publicación cuyo propietario es el Colegio Odontológico de la Provincia de Córdoba. Las afirmaciones y opiniones vertidas en los artículos son exclusivas de los autores y no de Colegio Odontológico de la Provincia de Córdoba

DIRECTOR:
Od. Eduardo Enrique Livingston

COMISIÓN CIENTÍFICA
Coordinadora
Dra. Fabiana Carletto Körber

Comité de Revisión Técnica
Dra. Rosario A. Reynoso Alvarez de Vioti
Dra. Lila Susana Cornejo
Dr. Gustavo Molina
Dra. Rosana Andrea Morelato

COMISIÓN DE COMUNICACIÓN Y PRENSA
Od. Gabriela Felippa

Coordinación: Periodista Héctor Carignano

DISEÑO: Marlene von Düring
351 5106135 ·
mvonduring@gmail.com
EDICIÓN: Lizbeth Kent
351 5559496 ·
kentlizabeth@gmail.com

Autoridades

del Colegio Odontológico
de la Provincia de Córdoba

PRESIDENTE

Eduardo Enrique Livingston
Dpto. General San Martín

VICEPRESIDENTE

Miguel Eduardo Suárez
Dpto. Ischilín

SECRETARIA

Linda Elizabeth Layús
Dpto. Colón

TESORERO

José Augusto Érmoli
Dpto. Río Segundo

VOCALES

Fabiana Pía Marina Carletto Körber
Dpto. Punilla

Gustavo Heraldo Giraudo
Dpto. Tercero Arriba

María Alejandra Ortega
Dpto. Capital

VOCALES SUPLENTE

Jorge Alberto Haiech
Dpto. Totoral

Inés Lucila Betemps
Dpto. Marcos Juárez

María Fernanda Zandrino
Dpto. General San Martín

Gabriela Sandra Felippa
Dpto. Colón

REVISORES DE CUENTAS

Juan Pablo Moyano Pugge
Dpto. Capital

María Georgina Borrego
Dpto. Calamuchita

Guillermo Nicolás Furst
Dpto. Capital

TRIBUNAL DE DISCIPLINA

José Gabriel Santolín
Dpto. Punilla

María Cecilia Berberian de Fabbro
Dpto. Río Segundo

Ricardo Américo Leoni
Dpto. San Justo

SUPLENTE

Nilda Graciela Herrero
Dpto. Cruz del Eje

Ana María Cidras
Dpto. Ischilín

Mauricio Fernando Peiretti
Dpto. Unión

Delegados departamentales titulares

del Colegio Odontológico de la Provincia de Córdoba

departamento calamuchita

CÉSAR ALBERTO VILLACORTA
ALEJANDRA MARISA SANS
MARÍA GEORGINA BORREGO

departamento capital

GLORIA CRISTINA MARÍA ACOSTA
MARÍA ALEJANDRA ORTEGA
GUILLERMO NICOLÁS FURST
MYRIAM CRISTINA MARTÍ
CAROLINA ESTHER MEMA
DIEGO SEBASTIÁN SLAVIN
GABRIELA CECILIA CISNEROS
GERMÁN ENRIQUE ROGELIO KREMER
JUAN PABLO MOYANO PUGGE

departamento colón

LINDA ELIZABETH LAYUS
MÓNICA LEONOR MIRAS
GABRIELA SANDRA FELIPPA
LEONARDO EMILIO RODRIGUEZ
JOSÉ IGNACIO LONGHINI

departamento cruz del eje

NILDA GRACIELA HERRERO
GUSTAVO RODOLFO SCATENA
MAURICIO DAVID MARIANI

departamento general roca

VÍCTOR JOSÉ GARRONE
SILVINA ROSA

departamento general san marín

EDUARDO ENRIQUE LIVINGSTON
JORGE ANTONIO ROSA
JANET ALEJANDRA SCAGLIA
MARÍA FERNANDA ZANDRINO
MARCELO ALEJANDRO QUINTEROS

departamento ischilín

MIGUEL EDUARDO SUÁREZ
CAROLINA DEL VALLE BOGH

departamento marcos Juárez

JORGE BALTÁZAR TOLEDO
HÉCTOR MARIO ZEGNA
INÉS LUCILA BETEMPS
MARILINA FASANO

departamento punilla

RUBÉN HUGO SCHCOLNICOV
MARÍA AURELIA MARULL
FANNY NOELIA ACETO
FABIANA PÍA MARINA CARLETTO
KORBER
PEDRO DANIEL DI BENEDETTO

departamento río cuarto

JUAN CARLOS MOLINA
CLAUDIA EDITH GERBAUDO
EDUARDO ORLANDO RODRIGUES
NUNES
TERESA DEL VALLE BASUALDO
CLAUDIA VALERIA GAITÁN
SANTIAGO MARTÍN RODRIGUES
FOURCADE

departamento río primero

FERNANDO MIGUEL BRIZIO
LIDIA YURI SCARZELLO

departamento río segundo

JOSÉ AUGUSTO ERMOLI
ELIANA ESTHER ALPI
ELISEO PLAZA
MARÍA DE LOS ANGELES DIEGUEZ

departamento san alberto

MIRTA NOEMÍ CALDERÓN
LUCIANO OSVALDO PAGES

departamento san Jauier

GRACIELA TERESITA AMONO DE SÁNCHEZ
DIEGO DAVID RAINAUDI
GUSTAVO FEDERICO VIDALES
ROVERO

departamento san justo

DANIEL NATALIO AIMAR
MARÍA ADELAIDA PIRE
FRANCO LEONI
DIEGO MAXIMILIANO SILVA
VERÓNICA DEL VALLE MASERA

departamento santa María

ADRIANA GRACIELA LÓPEZ DE DER OHANNESIAN
IGNACIO BRUNENGO
MARÍA TERESA GUARDABASSI
PABLO ALEJANDRO GONET

departamento Tercero Arriba

NORIS LILIAN JURI
GUSTAVO HERALDO GIRAUDO
EZEQUIEL DAVID OVIEDO
LUCÍA BELEN DI TOMMASO

departamento Totoral

JORGE ALBERTO HAIECH

departamento unión

PERLA ANTONIA BARBERO
MAURICIO FERNANDO PEIRETTI
MARÍA LAURA MIHAICH
DIEGO MARTÍN RIOBO



Centro de Radiología Máxilo Facial
Dr. WALTER M. CHAUD
Tomografías y Radiografías

UN NUEVO ESPACIO
CON NUEVA TECNOLOGÍA
PARA BRINDAR UN
MEJOR SERVICIO

- Ortopantomografía completa o seccionada
- Telerradiografía de perfil y de frente

- ATM en apertura y cierre
- Rx Oclusal
- Cefalometría
*Ricketts // Mc Namara
Steiner - Tweed // Björk - Jarabak*

Jefe de Servicio Dr. Villani German MP 4520



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

Nicolas Avellaneda 317

Tel/Fax: (0351) 421-9632 - 5000 Córdoba

Mail: rxchaud@hotmail.com / Web: www.rxchaud.com.ar

RB ORTHODONTIC

**PRODUCTOS PARA ORTODONCIA
DISTRIBUIDOR MAYORISTA
ORTHOCLASSIC**

FIGUEROA ALCORTA 124 - 9° C - 5000 CÓRDOBA

rborthodontic@ciudad.com.ar

www.orthoclassic.com

SISTEMA
AUTOLIGADO PASIVO



Join the Movement.

editorial

Nuestra revista institucional cumple 20 años. A lo largo de dos décadas hemos llegado a los colegas con numerosos trabajos técnicos-científicos inéditos, acercando también la información institucional. Aun con el desarrollo de los medios digitales, hoy **El Espejo** continúa sus ediciones con un alto nivel de contenidos, revisados por la Comisión Científica.

Aprovecho esta ocasión para mencionar algunas acciones de esta gestión, recordando que a partir de julio tendremos nuevas autoridades.



eduardo e. livingston

*Presidente del Colegio Odontológico
de la Provincia de Córdoba*

Destacamos: Registro de Especialidades; subsidios del Fondo de Ayuda Solidario; Fondo de Retiro; Acción Comunitaria; Curso de Odontología en Salud Pública; cursos gratuitos en toda la provincia a través de la Formación Profesional Permanente, a los cuales asistieron cerca de 3.600 profesionales; modelos de Historias Clínicas y Consentimientos Informados, tomados como herramientas de trabajo por los demás Colegios integrantes de F.A.C.O.; actividades en la Casa del Odontólogo Espacio Multicultural. Son estas algunas concreciones, fruto del trabajo serio y responsable de los miembros del Consejo Directivo, de las Comisiones de Trabajo, del personal del Colegio y demás colaboradores.

Desco remarcar enfáticamente la excelente relación que desarrollamos con las demás Instituciones Odontológicas provinciales y nacionales, a las cuales quiero agradecer la colaboración brindada a nuestro Colegio profesional.

No quiero dejar de mencionar el trabajo realizado por cada uno de los Delegados Departamentales, que de forma directa transmiten las necesidades de los colegas en los distintos departamentos de nuestra provincia.

Por último, expreso mi agradecimiento por la posibilidad que me han brindado de dirigir esta Institución, lo cual cumplí con responsabilidad y dedicación. Espero que el trabajo de este Consejo Directivo se haya ganado el respeto de todos ustedes.

Muchas gracias

RE

LABORATORIO DENTAL

César Emilio Re
M.T. 784

PROTESIS FIJA

PROTESIS SOBRE IMPLANTES

METALES, CERAMICA, PORCELANA PURA

INCRUSTACIONES y CORONAS DE CERAMAGE

Roma 1220 - Tel.: 0351 4520392 +549 351 6172000



Fundación Ortodoncia del Centro

Programa de Formación 2017



Programa para Odontólogos

ATM | 24 de Junio 2017

Articulación Temporo Mandibular.
5 sesiones de 1 Jornada completa por mes.
Dr. Agustín Villa - Od. María José Spaccesi

DIAGNÓSTICO POR IMÁGENES

DENTOMAXILOFACIAL | 12 de Mayo 2017

4 sesiones de 1/2 jornada cada una.
Od. Gabriel Santolino

ESTÉTICA |

•Blanqueamiento dental

•Escultura dental

Dr. Eugenio García

ORTODONCIA INVISIBLE

SISTEMA "NOBRACKS" | 31 de Marzo 2017 9 a 14 hs.

Od. María José Spaccesi

Programa para Técnicos Dentales

CONFECCIÓN DE PLACAS DE REPOSICIÓN MANDIBULAR |

31 de Julio de 2017

9 a 18 hs.

T.D. Ariel Jara

LABORATORIO DE ORTODONCIA Y ORTOPEDIA |

Fecha a confirmar

8 sesiones de una jornada completa por mes

Programa para Secretarías Asistentes

FACTURACIÓN ODONTOLÓGICA

DE OBRAS SOCIALES | 08 de Mayo 2017 16 a 20 hs.

Od. Gabriela Maffini

ORTODONCIA

"INTEGRAL PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS MALOCCLUSIONES CON APARATOLOGÍA REMOVIBLE Y FIJA"^(*)

Teórico - Práctico - Con Práctica Clínica

Dicantes: Docentes del Ateneo Argentino de Odontología.

INICIA: fecha a confirmar

(*) Acreditado para acceder al título de "Especialista en Ortodoncia y Ortopedia maxilar" otorgado por el Ateneo Argentino de Odontología y avalado por el Ministerio de Salud de la Nación (Resolución del Ministerio de Salud y Acción Social N° 1077 del 14/08/2013); deben cumplimentarse los requisitos solicitados por la Institución (Ateneo Argentino de Odontología) - Según reglamentación vigente.



Instituto Superior de Enseñanza y Capacitación
Fundación Ortodoncia del Centro
www.ortodonciadelcentro.com.ar

Informes en: Av. Colón 56 - Piso 4º - Cba. - Tel./Fax: 0351 - 4215424

E-mail: info@ortodonciadelcentro.com.ar

www.facebook.com/ortodonciadelcentro

CASO
CLÍNICO

Tratamiento multidisciplinario previa colocación de implante en zona estética. CASO CLÍNICO

AUTORES

Claudeville,
Pablo⁽¹⁾

Smitbalber,
Ismael⁽¹⁾

Fernández
Bodereau,
Enrique⁽²⁾

RESUMEN

Objetivo: Este artículo presenta el abordaje multidisciplinario y el uso de diferentes técnicas para el aumento óseo vertical y horizontal, colocación de implante con provisionalización inmediata y restauración definitiva.

Caso clínico: paciente de sexo femenino de 27 años se presentó a la consulta para corregir la malposición del elemento 21 y su movilidad. Posterior al diagnóstico clínico y tomográfico se decidió combinar distintas técnicas regenerativas: en una primera etapa, tracción ortodóntica y posteriormente, regeneración ósea guiada de manera simultánea a la colocación de implante.

Conclusiones: El minucioso diagnóstico del terreno, el trabajo multidisciplinario y la combinación de diferentes técnicas de regeneración nos ayuda a ser más predecibles en zonas de gran demanda estética.

Palabras clave: implantes dentales, extrusión ortodóntica, regeneración ósea guiada, trabajo multidisciplinario.

ABSTRACT

Aim: This article presents the multidisciplinary approach and the use of different techniques for vertical and horizontal bone augmentation, implant placement with immediate temporisation and final restoration.

Case report: female patient, 27 years old, was presented to the query to correct the wrong position of the element 21 and its mobility. After the clinical and tomographic diagnosis it was decided to combine different regenerative techniques: in a first step orthodontic traction, subsequently guided bone regeneration with simultaneous implant placement manner.

Conclusions: Careful diagnosis terrain, multidisciplinary work and the combination of different regeneration techniques help us to be more predictable in areas of high aesthetic demand.

Key words: dental implants, orthodontic extrusion, guided bone regeneration, multidisciplinary work.

- 1) Cursante de la Carrera de Especialización en Prótesis Fija, Removible e Implantología. Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.
- 2) Director de la Carrera de Especialización en Prótesis Fija, Removible e Implantología. Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

INTRODUCCIÓN

En la actualidad, los pacientes que requieren implantes en elementos anteriores demandan una preparación previa del terreno para poder colocar el implante en su correcta posición (1). La combinación de una modalidad de tratamientos bien establecidos es una estrategia para solventar las demandas estéticas (2).

Uno de los requisitos más importantes para conseguir y mantener una osteointegración satisfactoria es la presencia de un volumen suficiente de hueso sano en el nicho receptor. Esto no solo se refiere a un hueso de suficiente altura para poder insertar un implante de longitud apropiada, sino también a una cresta de espesor apropiado (3).

Cuando analizamos clínica y tomográficamente el sitio en donde queremos colocar el implante, en muchas ocasiones nos encontramos con traumatismos o enfermedades periodontales y su evidente falta de volumen óseo adecuado. Además, un espacio interarcada amplio altera la longitud, la forma coronal y da lugar a una relación desfavorable de corona-raíz en la reconstrucción protética final. Esto último puede acabar con una restauración estéticamente inaceptable y provocar dificultades en realizar la higiene oral adecuada, con lo que hace peligrar el pronóstico a largo plazo (3, 20).

La necesidad de restablecer la arquitectura ósea y gingival nos abre diferentes caminos que en combinación sinergizan el resultado.

Uno de ellos es la regeneración ósea guiada. El injerto puede ser autólogo, heterólogo u homólogo; el primero representa la matriz ideal para soportar la neoformación ósea, ofreciendo una fuente inmunológicamente compatible de hueso completo con células óseas viables, un entramado osteoconductor y moléculas de modulación del crecimiento. Sin embargo, el dolor y la morbilidad referidos a menudo en la zona donante y la escasa disponibilidad de material de injerto autólogo pueden influir negativamente en los resultados clínicos y en la satisfacción del paciente.

Los materiales de injerto óseo de ingeniería ofrecen una alternativa terapéutica, suministrando matrices sumamente osteoconductoras con una composición química y una estructura cristalina similar a la de la fase mineral del hueso natural. El hueso mineral bovino desmineralizado posee propiedades osteoconductoras, favoreciendo la adhesión celular y la formación de nuevo tejido óseo. Posee una estructura fisicoquímica similar a la del hueso esponjoso humano, en cuanto al índice de calcio, fósforo y la dimensión cristalina isomérica.

La combinación de hueso autógeno y xenoinjertos permite reducir la cantidad de hueso autógeno obtenido, disminuyendo la invasividad de la técnica y el malestar postoperatorio del paciente.

Esta técnica regenerativa tiene sus limitaciones, ya que la cresta ósea del diente adyacente será el umbral de aumento óseo vertical para predecir el volumen de hueso que puede regenerarse y para no afectar la regeneración periodontal adyacente (3).

El otro camino que puede ser complementario es el de regenerar tejido óseo mediante la extrusión ortodóntica. Esta técnica se basa en lentos movimientos de tracción en la región del ligamento periodontal del diente en sentido coronal, con el fin de estimular la remodelación ósea (4). Cuando se aplica la fuerza sobre el ligamento periodontal, las fibras se elongan generando un estímulo para que los osteoblastos depositen hueso nuevo en el alveolo. La fuerza necesaria para realizar la extrusión debe ser entre 25 gr y 30 gr (5). La duración está relacionada con la cantidad de extrusión que se requiere (6) y la cantidad no debe sobrepasar de 1mm por mes, ya que una aplicación de fuerza rápida lleva al rompimiento de las fibras periodontales.

Es necesario un ajuste oclusal periódico del borde incisal para evitar complicaciones oclusales, ya que la tracción genera nuevas posiciones dentarias y debemos aguardar tiempos prudenciales sin movimientos para la estabilización y remodelación ósea.

Antes de la extrusión debemos saber la altura de nuestras crestas y hasta dónde podemos llegar, conociendo la distancia de 5 mm ideal desde la altura de la cresta ósea hasta el punto de contacto interproximal nos permite ser más predecibles en la formación de papilas interdentes (7), ya que la combinación con regeneración ósea guiada en algunas situaciones es necesaria posterior a la extrusión. Es importante saber que la placa bacteriana y las deficientes formas de nuestro provisorio atentarán contra la estabilidad de la papila dentaria. La distancia entre las raíces e implantes adyacentes también influyen en la topografía de la papila gingival (8).

La provisionalización inmediata ofrece un gran potencial en la arquitectura peri-implantaria de los tejidos blandos, debido a que provee estabilidad entre el tejido blando y el material restaurador. Significativos cambios de tejidos duros y blandos toman lugar en la interface especialmente los primeros meses, cuando hubo injerto (2).

Si necesitamos devolver la arquitectura gingival, se puede realizar por métodos no quirúrgicos, quirúrgicos y protéticos. Este orden sería nuestro protocolo y muchas veces la combinación de estos.

CASO CLÍNICO

Se presentó a la Carrera de Especialización en Prótesis fija, removible e implantes, Escuela de Graduados de la Universidad Nacional de Córdoba, una paciente de 26 años de edad, con buen estado de salud físico y mental, no fumadora, solo un poco de sobrepeso. Su motivo de consulta: “Tengo el diente flojo y cada vez más hacia adelante”.

La paciente presentaba en su análisis extraoral: línea media facial coincidente con la línea media dentaria superior: Sonrisa con exposición gingival de 1mm aproximadamente, perfil recto, braquicefálica y ligera asimetría facial.

Labio inferior paralelo a los bordes incisales superiores. Y en el lado izquierdo ligero sobrecontorno del labio superior: Forma de dientes cuadrada (Fig. 1).

Al examen intraoral observamos un serio compromiso estético, gingivitis moderada, el elemento 21 vestibulizado con problemas periodontales y movilidad grado 1. La papila media levemente desplazada hacia la derecha (Fig. 2).

Se solicitó una tomografía ConeBeam, se tomaron las primeras impresiones para confeccionar un encerado diagnóstico y realizar a continuación la planificación protética y quirúrgica del caso clínico (Fig. 3 y 4).

Cuando se evaluó el terreno óseo en la tomografía ConeBeam, se encontró reabsorción ósea marcada de varias paredes.

Posterior al análisis clínico general, tomográfico y protético se optó por el siguiente plan de tratamiento:

Tratamiento endodóntico del elemento 21 en dos fases, que consisten en la limpieza, conformación del conducto, colocación de hidróxido de calcio purísimo y clorhexidina al 2% en la primera etapa. Pasado 14 días de la colocación del *dressing* se controló en la clínica y se corroboró movilidad 0 en la pieza dentaria, ausencia de sintomatología y se decidió obturar con cemento y cono único, Sistema Protaper Dentsply. Es importante resolver las patologías periapicales previo a la extrusión (19).

Concluido el abordaje endodóntico se realizó el tratamiento periodontal. El sondaje marcó bolsas muy profundas por mesial y distal de más de 8 mm de profundidad (Fig. 5).

Se confeccionó un colgajo con una sola descarga reducida para raspar y alisar la superficie radicular. También se eliminaron los tejidos de granulación y se corroboró los defectos óseos marcados en la tomografía. El cierre se realizó a puntos simples (Fig. 6).

Simultáneamente al tratamiento periodontal se procedió a la tracción ortodóntica. Se cementaron brackets metálicos de canino a canino superior y se colocó el arco para





Figura 5: Sondaje de gran profundidad más de 8 mm.



Figura 6: Tratamiento periodontal con colgajo.



Figura 7: Inicio de la tracción ortodóntica.

comenzar la tracción ortodóntica (Fig. 7).

A la semana, se retiraron los puntos del abordaje periodontal y se controló. Pasado el mes se controló y se redujo el borde incisal para evitar problemas oclusales (Fig. 8a y 8b).

Estos controles mensuales se acordaron durante 9 meses. Los primeros 6 meses se extruye y posteriormente se estabiliza (Fig. 8c, 8d y 9).

Concluidos los mismos, se decidió realizar la exodoncia (21), con un implante de 3,75 mm de diametro y 13 mm de largo de la firma MIS C1 (MIS Implant, Israel), colocado ligeramente sobre la pared palatina, ya que una colocación hacia vestibular aumenta las posibilidades de generar reabsorción y migración apical de la encía, dando como resultado coronas más largas (10). Controlamos la posición tridimensional con sonda y se rellenó el gap con las virutas sobrantes del fresado y con hueso bovino desmineralizado Bio-oss (Glietich Pharma. Wollhusen). Se midió un pilar provisorio atornillado y se colocó el provisorio inmediato para evitar el colapso de papilas, mantener la arquitectura, cantidad y calidad gingival (9) (Figuras 10, 11, 12, 13a y 13b).

La corona acrílica debe estar sin contactos oclusales en estática y dinámica. La osteopromoción se vio favorecida con la colocación del provisorio inmediato (Fig. 14a y 14b).

Al mes se controló la evolución y se talló el elemento 11 para ser restaurado con carilla estética de porcelana. Se cementó el provisorio de la carilla y se controló a los 2 meses (Fig. 15 y 16a). Pasados los 90 días, se tomó la impresión definitiva a cubeta abierta, para la confección de una carilla de disilicato de litio en el elemento 11 y corona del mismo material para cementar sobre un pilar atornillado de zirconio. El *transfer* se personalizó con resina *flow*, para copiar el perfil de emergencia logrado se colocó hilo de separación 000 Ultrapack (Ultradent Products, EEUU) en el elemento 11 y se tomó impresión con silicona por adición técnica simultánea (Fig. 16b).

Al mes de haber tomado los registros definitivos, cementamos la carilla (Variolink Veneer -Ivoclar Vivadent AG., Liechtenstein) y la corona de porcelana al perno atornillado de zirconio con cemento (Multilink Hybrid Abutment- Ivoclar Vivadent AG., Liechtenstein), atornillamos la corona y se controló que no quedaran exceso de cemento en los márgenes (Fig. 17, 18, 19 y 20).

DISCUSIÓN

Antes de empezar el tratamiento y posterior al diagnóstico tomográfico, la paciente tenía varias opciones, entre ellas prótesis fijas o removibles o grandes injertos óseos:

La opción que más nos convenció por su simpleza y mínima invasividad fue la siguiente: Extrusión ortodóntica de la pieza 21, estimulando el crecimiento óseo y gingival en una primera etapa hasta generar la extracción natural; posteriormente, colocación del implante sin colgajo más un relleno de hueso autólogo y heterólogo, contenidos por la provisionalización



Figura 8 a y b: Control al mes.



Figura 8 c y d: Controles mensuales se acuerdan durante 9 meses. Los primeros 6 meses se extruye y posteriormente se estabiliza.



Figura 9: Sobrecorrección gingival y comienzo de la fase de estabilización.



Figura 10: Extracción del elemento 21.



Figura 11: Fresado ligeramente hacia palatino.



Figura 12: Implante en correcta posición 3D.

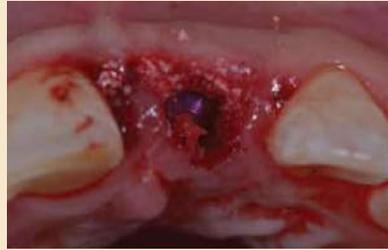


figura 13 a y b: Se coloca hueso bovino desmineralizado.



figura 14 a y b: Pilar provisorio personalizado.



Figura 15: Control de tejido blando y tallado para una carilla.



Figura 16 a: Aspecto de los tejidos y volumen logrado y conformación del perfil de emergencia (3 meses del provisional).



figura 16 b: Pasados los 90 días se toma la impresión definitiva a cubeta abierta, se coloca hilo de separación 000 Ultrapack (Ultradent Products, EEUU) en el elemento 11 y se toma impresión con silicona por adición técnica simultánea.

inmediata en un segundo estadio.

Optamos por la extrusión ortodóntica porque nos da un aumento topográfico tridimensional en el sitio a colocar nuestro futuro implante. Este controlado modelado ortodóntico biodinámico manipula los dientes, con tan solo un cuarto a un tercio de su adhesión apical intacta, aumentando de forma constructiva sus dimensiones óseas locales en el plano vertical (11). Es importante realizar el tratamiento de conducto antes de la tracción, ya que nos permite realizar una reducción progresiva del borde incisal semanal o quincenal, para evitar interferencia oclusales.

Movimientos lentos y continuos son los recomendados para una suave extrusión, ya que es más favorable a los cambios en los tejidos blandos y el hueso alveolar. La regla de la extrusión dentaria no está bien descrita en los estudios publicados; se recomienda 1 mm por mes, pero también puede ser un poco más rápida si no dañara al tejido periodontal. Una vez completa la etapa de extrusión activa, debemos consolidar el hueso. El periodo de estabilización del diente es de 90 días (1) aunque existen otros protocolos.

Otra de las indicaciones es cuando el margen gingival ha migrado hacia apical; esta técnica permite corregirlo y si el caso lo permite, reubicarlo 2 mm más hacia coronal para compensar la recesión gingival durante la colocación del implante y su proceso restaurativo.

Si el hueso alveolar es satisfactorio, podemos colocar el implante inmediatamente. A veces la tabla vestibular no es suficiente, pero el crecimiento de tejidos blandos que ofrece esta técnica permitirá un procedimiento de injerto óseo exitoso y seguro para la colocación del implante. La extrusión ortodóntica nos da una anchura similar a la del diente traccionado (12) y una suficiente inserción de torque (13), permitiéndonos colocar el implante en la posición tridimensional ideal. Esta técnica también nos permite reubicar el cénit gingival, mejorar el perfil gingival y óseo, permitiendo una línea de la sonrisa armoniosa. En este caso en particular, en donde teníamos la invaluable conservación de la pieza, pudimos optar por combinar distintas técnicas regenerativas, mejorar las condiciones endodónticas y periodontales en la pieza, condición fundamental para poder traccionar, para poder pasar a una fase de extracción ortodóntica en donde nuestro objetivo fue regenerar hasta donde se pudo las tablas perdidas y aumentar las crestas alveolares, ya que el aumento vertical tiene un límite nutricional, que lo da la altura ósea, y la extracción ortodóntica tiene también su límite que es la longitud de la pieza a extraer.

Es por esta razón que buscamos el sinergismo y la complementariedad en las diversas técnicas que tenemos en el abanico de la regeneración.



figura 17: Cementado de la carilla y de la corona.



figura 18 y 19: Control al año de las restauraciones (carilla y corona).



figura 20: Tomografía de control al año.

CONCLUSIONES

Para llegar a buenos resultados es imprescindible -posterior a la extracción de la pieza a reponer, tener integridad de la tabla alveolar vestibular, generar un abordaje sin colgajo si el caso lo permite, colocación más hacia palatino del implante *platform-switching*, lograr estabilidad primaria y el uso de injerto autólogo y heterólogo (14, 18).

Entendiendo que todas las técnicas tienen sus ventajas y limitaciones, creemos que el abordaje multidisciplinaria,

así como también la combinación de técnicas de aumento de tejidos duros y blandos, nos permite superar obstáculos que se presentarían trabajando un problema desde una sola óptica resolutoria (15, 16). Un diagnóstico exhaustivo, minucioso y la aplicación de técnicas basadas en la evidencia científica que tiendan a sinergizar los procedimientos para lograr los objetivos, son el camino a tratamientos más predecibles y estéticos (17).

Los autores no reportan conflicto de interés relacionado con este estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Goncalves Zenobio E, Cameiro Moreira R, Villamarin Soares R, Chambrone L. A Mixed-model study assessing orthodontic tooth extrusion for the reestablishment of biologic width. *Int J Periodontics & Restorative Dentistry* 2015;35:19-27.
- 2) Ntounis A, Pollini A, Shao Lin W, Greenwell H. The ABC protocol in the esthetic zone. *Int J Periodontics & Restorative Dent* 2015;35:561-569.
- 3) Buser D. 20 años de regeneración ósea guiada en implantología oral. *Ed Quintessence* 2012;1-2.
- 4) Urzal V. Relationships between teeth and adjacent structures: how to achieve more esthetic results. *Int Orthodontics* 2010;8(2);91-104.
- 5) Eekeren P, Tahmaseb A, Wismeijer D. Crestal Bone Changes Around Implants With Implant-Abutment Connections at Epicrestal Level or Above: Systematic Review and Meta-analysis. *Int J Oral Maxillofacial Implants* 2016;31:119-124.
- 6) Sampaio E, Hypolito JL, Celestrino M, Maziero Volpato CA. Extrusao Ortodôntica para restabelecer a arquitetura gengival. *Protese News* 2015;V2N4:440-50.
- 7) Tarnow DP, Magner AW, Fletcher P. The effect of the distance from the contact point to the crest of bone on the presence or absence of the interproximal dental papilla. *J Periodontol* 1992;63(12);995-6.
- 8) Perez F, Martins Segalla J, Marcantonio E, Pereira Lauris J, Rabelo J, Carvalho L. Gingival Papilla Dimensions in Anterosuperior Regions Adjacent to Single-Tooth Implant. *Int J Periodontics & Restorative Dent* 2012;32:93-100.
- 9) Rungcharassaeng K, Kan Y, Yoshino S, Morimoto T, Zimmerman G. Immediate Implant Placement and Provisionalization With and Without a Connective Tissue Graft. *Int J Periodontics & Restorative Dent* 2012;32:657-663.
- 10) Mantzikos T, Shamus I. Forced eruption and implant site development: An osteophysiological response. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 1999;122:193-198.
- 11) Sampaio E, Hipolito JL, Celestrino M, Maziero Volpato C. Extrusao ortodôntica para restabelecer a arquitetura gengival. *Protese News* 2015; V2N4: 440-450.
- 12) Wada Y, Yoshimura H, Mikami I, Matsuzawa K, Mizuno M. Implant site development by horizontal tooth movement to an esthetic area. *Int J*
- 13) *Periodontics & Restorative Dent* 2015;35:697-705.
- 14) Sennerby L, Thomsen P, Ericson LE. A morphometric and biomechanical comparison of titanium implants inserted in cortical rabbit bone. *Int J Oral Maxillofac Implants* 1992;7:62-71.
- 15) Lee E, Gonzalez O, Fiorelliz F, Martins Seni J. Lingualized Flapless Implant Placement into Fresh Extraction Sockets Preserves Buccal Alveolar Bone: A Cone Beam Computed Tomography Study. *Int J Periodontics & Restorative Dent* 2014;34: 61-68.
- 16) Chu S, Garber D, Sarnachiaro G, Gotta S, Tarnow D. Flapless postextraction socket implant placement part 2. *Int J Periodontics & Restorative Dent* 2015; 35:803-809.
- 17) Cardaropoli D, Tamagnone L, Roffredo A. Soft Tissue Contour Changes at Immediate Postextraction Single-Tooth Implants with Immediate Restoration. *Int J Periodontics & Restorative Dent* 2015; 35:191-198.
- 18) Elnayef B, Monje A, Lin G, Gargallo J, Chan H. Alveolar Ridge Split on Horizontal Bone Augmentation: A Systematic Review. *Int J Oral Maxillofac* 2015;30:596-606.
- 19) Magkavali Triikka P, Kirmanidou Y, Michalakis K, Gracis S, Kalpidis C, Pissiotis J, Hirayama H. Efficacy of two Site-Development Procedures for Implants in the Maxillary Esthetic Region: A Systematic Review. *Int J Oral Maxillofacial Implants* 2015;30:73-94.
- 20) Meltzer Alan M. Immediate Implant Placement and Restoration in Infected sites. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2012;32: 169-173.
- 21) Peng M, Hossaini M, Gotfredsen K. Influence of Implant position on Clinical Crown Length and Peri-implant Soft Tissue Dimensions at Implant-Supported Single Crowns Replacing Maxillary Central Incisors. *Int J Periodontics Restorative Dent* 2013;33:785-793.
- 22) Chow YC, Eber RM, Tsao YP, Shotwell JL, Wang HL. Factors associated with the appearance of gingival papillae. *J Clin Periodontol* 2010;37(8):719-27.



DISTRIBUCIÓN Y VENTA



TISSUM®
Biomateriales

3M Unitek

TITANTEC
Implantes Dentales

ORTHO TECHNOLOGY
Distributed by ORTHOLOGY PTY LTD

9 DE JULIO 565 1ºC - CÓRDOBA - TEL. 0351 4243070

citydentcordoba@gmail.com

www.citydent.com.ar

MÁS DE 90 AÑOS JUNTO AL ODONTÓLOGO

Asuntos Profesionales



Formación de CALIDAD*



Eventos Científicos

22 JORNADAS ODONTOLÓGICAS INTERNACIONALES
DEL CENTRO DE LA REPUBLICA
8, 9 y 10 de JUNIO 2017 • SHERATON CORDOBA HOTEL



Eventos Sociales



CLAVES

de Odontología

PUBLICACIÓN ON-LINE

Publicación científica con referato e indexada en el Catálogo Latindex.



FORMACIÓN

Vocación

PARTICIPACIÓN

Integridad

HUMANIDAD

PROGRESO

Responsabilidad

BENEFICIOS

Prestaciones

JUBILADOS

SOCIEDADES CIENTÍFICAS

CÍRCULO ODONTOLÓGICO DE CORDOBA

Por una Odontología

360°



CÍRCULO ODONTOLÓGICO DE CÓRDOBA

27 de Abril 1135 - Córdoba
Tel. 54 (0351) 4258091/4241511
LINEA GRATUITA E.P.O. 0800-888-3951
info@coc-cordoba.com.ar
www.coc-cordoba.org.ar



* Certificados otorgados por el Círculo Odontológico de Córdoba y la Facultad de Medicina de la Universidad Católica de Córdoba.





síntomas objetivos y subjetivos que motivan la consulta por cáncer bucal

RESUMEN

Las causas de las altas tasas de mortalidad del cáncer oral están relacionadas al diagnóstico en estadios avanzados de la enfermedad. Según diversos autores, el dolor es el síntoma de cáncer bucal de mayor frecuencia. MATERIALES Y MÉTODOS. Estudio descriptivo retrospectivo de historias clínicas de pacientes que concurren a la Cátedra de Estomatología "A" de la FOUNC con el diagnóstico de Carcinoma Epidermoide, *in situ* y verrugoso. RESULTADOS: Fueron incluidas historias clínicas de 65 pacientes, 37 varones (57%) y 28 mujeres (43%) con un promedio de edad de 59,97 años. Los síntomas subjetivos se presentaron con la siguiente forma: "dolor" 30%, "molestias u otras algias" 3%, "ardor" 6,15%, "inflamación" 6,15% y solo un paciente sequeidad bucal (1,5%). Entre los síntomas objetivos, "tener una lesión" fue el motivo de consulta más frecuente (41%) y en segundo lugar "una llaga que no cicatriza" (10%). En cuanto a la localización, el cáncer de lengua fue el de mayor incidencia (46%), seguido por mucosa yugal (15%). CONCLUSIONES: El conocimiento de los síntomas que llevan a un paciente con cáncer oral a la consulta podría ser utilizado como herramienta estratégica comunicacional en las diferentes campañas de lucha contra el cáncer bucal.

Palabras Claves: dolor - cáncer bucal - diagnóstico temprano.

AUTORES

Gilligan, G. ⁽¹⁾
Piemonte, E. ⁽¹⁾
Secchi, D. ⁽¹⁾
Galindez, F. ⁽¹⁾
Moine, L. ⁽¹⁾
Panico, R. ⁽¹⁾

(1) Departamento de Patología Bucal - Cátedra de Estomatología "A". Facultad de Odontología UNC
Contacto con los autores: Od. Gerardo Marcelo Gilligan.
Correo electrónico: ggilligan@unc.edu.ar

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 infimas 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.

DEZIR Plus
LO ÚLTIMO EN FISIODISPENSER

12 CUOTAS

- » 30 PROGRAMAS
- » FÁCIL PROGRAMACIÓN.
- » CALIBRADOR DE TORQUE
- » FABRICADO BAJO NORMAS CE.
- » 15 A 2500 RPM CON UN SOLO C. ÁNGULO



Implancor

IMPLANCOR

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

ABSTRACT

The causes of the high mortality rates of Oral Cancer are related to the diagnosis in advanced stages of the disease. When the diagnosis is made in the initial stages, the survival improves significantly. The objective of this work is to analyze the objective and subjective symptoms that take the patient with oral cancer to make the first consultation. **MATERIALS AND METHODS.** Retrospective study of analysis of clinical records of patients attending the Cátedra de Estomatología "A" of the Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba with histopathological diagnosis of Oral Squamous Cell Carcinoma, In Situ and Verrucous Carcinoma. **RESULTS:** A total of 65 patients were included, 37 men and 28 women with a mean age of 59,97 years. The mean age of the men was 55.76 and the women 64.54. 29 patients reported subjective symptoms at the time of the first consultation, while the remaining 36 patients had objective symptoms of the lesions. Subjective symptoms were distributed as follows: "pain" 30%, "discomfort or other pain" 3%, "burning" 6.15%, "inflammation" 6.15% and only one patient reported dry mouth 1.5%. Objective symptoms were distributed as follows: "having a lesion in the mouth" was the most frequent reason for consultation (41%) and secondly "a sore that does not heal" (10%). Tongue cancer was the one with the highest incidence (46%). When we analyzed the Tumor size (T) at the diagnosis moment, 70.8% of the cases were Tis, T1 and T2 and 29.2%, were T3 and T4. **CONCLUSIONS:** The knowledge of the first symptoms of oral cancer could be used as a strategic communicational tool in the different Oral Cancer Prevention and Awareness campaigns.

INTRODUCCIÓN

Las altas tasas de mortalidad de los carcinomas de la mucosa oral están relacionadas al diagnóstico en

estadios avanzados de la enfermedad. Lamentablemente, el 50% de estos tumores son diagnosticados en estadios tardíos. Cuando el diagnóstico se realiza en estadios iniciales, la sobrevida mejora ostensiblemente. Por eso, la sobrevida del paciente depende, entre otras cosas, del tiempo que transcurre entre el primer síntoma y el comienzo del tratamiento (1). El dolor en el cáncer bucal tiene un impacto emocional que afecta la calidad de vida, pudiendo ser el primer síntoma. Sin embargo, no hay estudios de la frecuencia inicial del mismo. Según el estudio de Morelato, el dolor fue el síntoma de cáncer bucal de mayor frecuencia (28.5%)⁽¹⁾. Según Connelly, solo el 32,0 % de los carcinomas diagnosticados tempranamente presentó algún síntoma, con una duración promedio de 8,6 semanas. En contraste, el 54% de los tumores detectados en estadios avanzados presentaron síntomas y la duración fue de 19,9 semanas⁽²⁾. Según Cuffari, el dolor es un síntoma común en pacientes con cáncer (40%), del cual en un 58% se torna intolerable⁽³⁾.

El reconocimiento de los síntomas asociados a la consulta de cáncer bucal permitiría establecer estrategias comunicacionales en campañas de Prevención de Cáncer Oral. Por ello, el objetivo de este trabajo fue definir los síntomas objetivos y subjetivos que motivan al paciente con cáncer bucal a realizar la primera consulta.

MATERIALES Y MÉTODOS

Estudio descriptivo retrospectivo (2004-2015), sobre historias clínicas de pacientes que concurren a la Cátedra de Estomatología "A" de la FOUNC, con el diagnóstico histopatológico de Carcinoma Epidermoide, Carcinoma In Situ y Carcinoma Verrugoso. Los datos fueron recogidos por profesionales calibrados y se incluyeron en el estudio aquellas historias clínicas donde estaban registradas de una forma completa las variables bajo estudio. Las variables estudiadas fueron: Síntomas objetivos y subjetivos, ta-

maño del tumor, edad, género, localización, tiempo de evolución de la lesión y presencia de irritación mecánica crónica de la mucosa oral (ICMO). Para el análisis estadístico se realizó test T de Student para variables cuantitativas, y chi cuadrado para variables cualitativas.

RESULTADOS

Fueron incluidas historias clínicas de 65 pacientes, 37 varones (57%) y 28 mujeres (43%) con un promedio de edad de 59,97 años. La edad media de los varones fue de 55,76 años y de las mujeres 64,54 años. Como primer síntoma, 29 pacientes (44%) relataron síntomas subjetivos ("dolor", "ardor", "molestias u otras algias", "inflamación", "sequedad bucal") al momento de la primera consulta, mientras que los 36 pacientes restantes (56%) tuvieron síntomas objetivos ("tener una lesión", "llaga que no cicatriza") de las lesiones. Los síntomas subjetivos se distribuyeron de la siguiente forma: "dolor" 30%, "molestias u otras algias" 3%, "ardor" 6,15%, "inflamación" 6,15% y solo un paciente relató sensación de sequedad bucal (1,5%). Los síntomas objetivos estuvieron distribuidos de la siguiente forma: "tener una lesión en la boca", fue el motivo de consulta que se presentó con mayor frecuencia (41%) y en segundo lugar "una llaga que no cicatriza" (10%) (Tabla 1).

En cuanto a la localización, el cáncer de lengua fue el de mayor incidencia (46%), seguido por mucosa yugal (15%), encía (9%), piso de boca (9%), paladar (7%), labio (7%).

Del grupo de pacientes cuyos tumores eran dolorosos, el 75% estaban asociados a ICMO, mientras que en los pacientes que no relataron dolor, el trauma se presentó en un 41%.

El tiempo de evolución fue de 11,11 meses (el paciente que concurreó más rápido lo hizo a las 2 semanas y el de consulta más tardía fue a los 5 años). La mediana de la evolución desde el primer síntoma hasta su primera consulta fue de 3 meses. Para las mujeres, la mediana fue de 2 meses y para los hom-

bres de 3 meses. Esta diferencia entre medias y medianas sugiere una distribución asimétrica de la variable.

Teniendo en cuenta el tamaño (T) según clasificación TNM, el 70,8% se diagnosticaron en estadios tempranos de T (Tis, T1 y T2) y el 29,2% en estadios tardíos de T (T3 y T4). En los casos de tumores de tamaños iniciales, el motivo de consulta más frecuente fueron síntomas objetivos: "tener una lesión" (51%). Sin embargo, el 58,7% de estos pacientes presentaban tumores dolorosos. El dolor estuvo presente en el 79% de los estadios tardíos, y además fue el síntoma más frecuente de motivo de consulta de estos pacientes (Tabla 2).

Según la variable localización, el 83,33% de los carcinomas de lengua eran dolorosos, de los cuales el 84% de ellos estaban asociados a ICMO. Los tumores de piso de boca tenían sintomatología subjetiva en el 100% de los casos, estando o no asociados a ICMO, mientras que los de paladar y labio fueron los que menos síntomas subjetivos presentaron: 40% y 20%, respectivamente.

El análisis de las variables cualitativas entre sí mediante chi cuadrado arrojó resultados estadísticamente significativos para las siguientes relaciones: las medias de edad relacionadas con el género mostraron diferencias estadísticamente significativas (Test T de Student $P=0,0127$). Además, el estadio del tumor y la presencia de síntomas subjetivos tuvieron diferencias estadísticamente significativas ($P=0,0206$) (Tabla 4), lo que explicaría la frecuencia de síntomas subjetivos dolorosos en pacientes con tumores avanzados. La localización del tumor estuvo asociada estadísticamente con el síntoma subjetivo ($P=0,0384$) (Tabla 3). Por último, es destacable la asociación con significancia estadística entre la localización del tumor y la presencia de ICMO ($P=0,0001$). El borde de la lengua fue el lugar más frecuente de tumores asociados a ICMO (dentario, protético y funcional), mientras que los tumores de paladar, ninguno estuvo asociado a agentes irritativos mecánicos. Del análisis estadístico entre los tumores asociados a ICMO y sín-

tomadas subjetivos, no hubo asociación estadísticamente significativa. El análisis de las otras relaciones entre variables no mostró diferencias estadísticamente significativas.

DISCUSIÓN

El dolor en pacientes con cáncer bucal ha sido vinculado con diversos mecanismos o condiciones. La diferencia de percepción del dolor según el área topográfica afectada podría estar asociada a las restricciones funcionales que involucran dichas regiones, a las diferencias en la constitución histológica de la mucosa, al mecanismo de invasión y a la innervación de estas áreas⁽⁴⁾. En el estudio de Cuffari⁽³⁾ hubo relación estadísticamente significativa entre el dolor y el sitio de localización del tumor. Este autor manifiesta que el 66% de los pacientes se quejó de dolor, incomodidad o disconfort en un período de 6 meses anteriores al diagnóstico. Además, plantea la necesidad de incorporar el cáncer bucal como diagnóstico diferencial de los dolores orofaciales.

Según algunos autores, y en concordancia con nuestros hallazgos, las variables que pueden modificar el dolor bucal de origen oncológico, así como su intensidad, son el tipo de dolor; el género y el tamaño del tumor. Según algunos autores, el T no influiría con tanta determinación sobre el dolor, concluyendo que los síntomas dolorosos no son consecuencia del tamaño de una masa tumoral, sino de la actividad infiltrante de la misma⁽²⁾. Con respecto a la historia de los síntomas que relatan los pacientes en la primera consulta, Wildt argumenta que el tiempo de comienzo de dolor de los pacientes siempre es impreciso. Más de la mitad de los pacientes no acudieron a la consulta para recibir tratamientos, aún llevando un mes de síntomas en forma continua⁽⁵⁾. Onizawaa al respecto

considera que, a veces, el síntoma no es lo suficientemente molesto para acudir a la consulta⁽⁶⁾.

La ICMO genera un proceso inflamatorio y proliferativo⁽⁷⁾ a nivel local, en la zona próxima al agente traumatizante, a diferencia de otros factores de riesgo (tabaco, alcohol, etc), donde el daño se produce en toda la mucosa bucal. En este trabajo, no hubo asociación entre el tamaño del tumor e ICMO y entre la presencia de síntomas subjetivos e ICMO. Esto podría corresponderse a la instalación temprana en el proceso de carcinogénesis de un proceso irritativo crónico de traumatización no intenso, pero persistente y mantenido en el tiempo. Este proceso, no necesariamente generaría una intensa estimulación nociceptiva, por lo que en concordancia con otros autores, creemos que el dolor que generan estos tumores es independiente a los diferentes factores de riesgo y está asociado al carácter infiltrante de la neoplasia.

En este trabajo, el menor tamaño del tumor al momento del diagnóstico estuvo relacionado a la presencia de síntomas subjetivos, con significancia estadística. De esta manera, los pacientes con cáncer bucal que perciben el dolor tempranamente, concurren rápidamente a la consulta, permitiendo establecer un diagnóstico en estadios tempranos. Sin embargo, algunos pacientes llegaron a la consulta luego de semanas o meses de síntomas permanentes, y con diagnósticos de tumores en estadios tardíos. Una explicación de esto es que no todos los pacientes presentan dolor como síntoma temprano, sino que lo hacen en forma tardía. En otros casos, es notable la presencia de pacientes con tumores muy avanzados, que no percibieron la lesión mediante síntomas subjetivos y/o objetivos, relatando un tiempo de evolución corto. Este rasgo, no evidenciado en otros trabajos, podría estar en relación a un componente emocional de los pacientes, asociado a la existencia de psicopatías relacionadas a la sensopercepción.

TABLA 1: SÍNTOMAS SUBJETIVOS Y OBJETIVOS QUE MOTIVAN LA CONSULTA

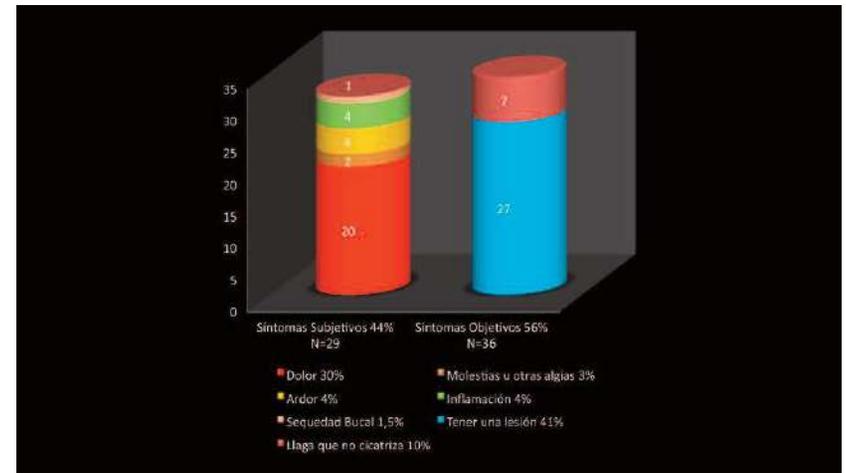


TABLA 2: SÍNTOMA "DOLOR" DISTRIBUIDO SEGÚN ESTADIO DE DIAGNÓSTICO. ESTADIO TEMPRANO (T1S+T1+T2) Y ESTADIO TARDIO (T3+T4)

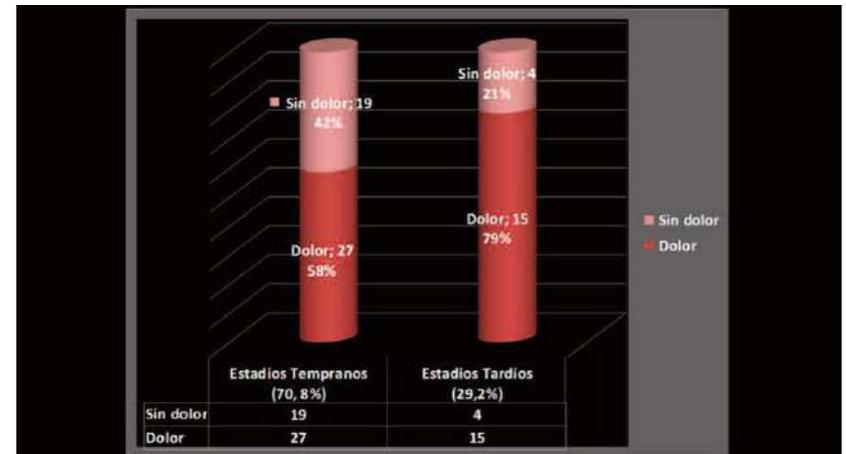


TABLA 3: ANÁLISIS RELACIÓN LOCALIZACIÓN – SÍNTOMA SUBJETIVO

Localización	Sin Síntoma Subjetivo	Con Síntoma Subjetivo	TOTAL	P
Lengua	15	15	30	0,0384
Mucosa Yugal	7	3	10	
Paladar	4	1	5	
Piso Boca	1	5	6	
Labio	5	0	5	
Encía	3	6	9	

TABLA 4: ANÁLISIS RELACIÓN SÍNTOMA – T CATEGORIZADO

	Tis+T1+T2 Iniciales	T3+T4 Tardíos	OR	IC 95%	p
Sin S.S.	29	6	3,70	1,22-11,8	0,02
Con S.S.	17	13			



Lesión inicial de paciente que consultó por lesión indolora diagnóstico carcinoma epidermoide de lengua. Estadio T1N0M0.



Lesión avanzada de paciente que consultó por intenso dolor, hemorragias e incapacidad funcional. Diagnóstico carcinoma epidermoide de lengua. Estadio T4N2MX.

CONCLUSIONES

Es fundamental para el odontólogo, el conocimiento de los síntomas que llevan a un paciente con cáncer bucal a la consulta. Es importante el examen estomatológico rutinario de todos los pacientes que acuden a la consulta odontológica como método de prevención de cáncer bucal, ya

que un gran número de pacientes en estadios iniciales no presentan síntomas subjetivos. El conocimiento de los motivos que llevan a estos pacientes a buscar atención odontológica, podría ser utilizado como herramienta estratégica comunicacional en las diferentes campañas de lucha contra el cáncer bucal.

Referencias bibliográficas

1. Morelato RA, Herrera MC, Fernández EN, Corball AG, López de Blanc SA. Diagnostic delay of oral squamous cell carcinoma in two diagnosis centers in Córdoba Argentina: Diagnostic delay of oral carcinoma. J Oral Pathol Med. 2007 Apr 26;36(7):405-8.
2. Connelly ST, Schmidt BL. Evaluation of pain in patients with oral squamous cell carcinoma. J Pain. 2004 Nov;5(9):505-10.
3. Cuffari L, Siqueira JTT de, Nemr K, Rapaport A. Pain complaint as the first symptom of oral cancer: A descriptive study. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endodontology. 2006 Jul;102(1):56-61.
4. Dios PD, Lestón JS. Oral cancer pain. Oral Oncol. 2010 Jun;46(6):448-51.
5. Wildt J, Bundgaard T, Bentzen SM. Delay in the diagnosis of oral squamous cell carcinoma. Clin Otolaryngol Allied Sci. 1995 Feb;20(1):21-5.
6. Onizawa K, Nishihara K, Yamagata K, Yusa H, Yanagawa T, Yoshida H. Factors associated with diagnostic delay of oral squamous cell carcinoma. Oral Oncol. 2003 Dec; 39(8):781-8.
7. Piemonte ED, Lazos JP, Brunotto M. Relationship between chronic trauma of the oral mucosa, oral potentially malignant disorders and oral cancer: Chronic trauma of the oral mucosa. J Oral Pathol Med. 2010 Apr;no – no.



LABORATORIO DENTAL

VITAL

"Sonrisa y belleza natural para sus pacientes"

DE RICARDO GIANA Y DIEGO SOLEÑO

- Alumina
- Implantes
- Prótesis Fijas
- Cromos
- Porcelanas
- Flexibles
- Removibles

35 años al Servicio de la Odontología

C a d e t e r í a p r o p i a

ENVIOS AL INTERIOR Y A OTRAS PROVINCIAS

Vélez Sársfield 30- Local 10
Complejo Santo Domingo - Córdoba Capital
Te. (0351) 421 8584
labdentalvital@hotmail.com

CASO
CLÍNICO



Trauma crónico, ¿único factor de riesgo? caso clínico de cáncer bucal

AUTORES

Zapata, M J ⁽¹⁾

Liandro, M F ⁽¹⁾

Allende, A ⁽¹⁾

RESUMEN

El cáncer de cabeza y cuello (Ca CyC) es uno de los seis cánceres más frecuentes en los seres humanos. Los localizados en la cavidad bucal representan el 48% de los casos de Ca CyC y el 90% de estos son del tipo de carcinomas de células escamosas (CCE). La naturaleza multifactorial de los carcinomas bucales y la evidencia de que algunos casos puedan ocurrir sin la presencia de los factores de riesgo clásicos, como el tabaco y el alcohol, han originado diversas investigaciones orientadas a identificar otros factores llamados "emergentes" como el traumatismo crónico, el cual tiene una acción mecánica irritativa causada por un agente traumático intraoral, como prótesis mal adaptadas, dientes filosos, piercing entre otros, el mal estado bucal, el consumo de bebidas calientes regionales como el mate y la infección con VPH de alto riesgo, cuya asociación con el Ca CyC fue sugerida desde hace 30 años.

Este es un reporte de un caso de un paciente de 25 años, que concurre a la Cátedra de Estomatología "B", Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba, por presentar lesión en borde de lengua, donde el único factor asociado a la aparición de Cáncer Bucal es el trauma crónico.

El objetivo de este artículo es destacar la importancia del abordaje terapéutico multidisciplinario en el caso de un paciente adulto joven, que presentó carcinoma a células escamosas ubicado en borde lingual, sugiriendo al trauma dental como único promotor.

Palabras claves: Trauma Crónico. Carcinógeno.

ABSTRACT

Head and neck cancer (HNC) is one of the six most common cancers in humans. Localized in the oral cavity it represents 48% of cases of HNC and 90% of these are of the squamous cell carcinoma (SCC) type.

The multifactorial nature of oral carcinomas and the evidence that some cases may occur without the presence of classic risk factors such as tobacco and alcohol have led to several investigations aimed at identifying other factors called "emerging"; chronic trauma, which has an irritative mechanical action caused by an intra-oral traumatic agent, such as maladaptive prostheses, sharp teeth, piercing, among others, poor oral status, consumption of regional hot drinks such as mate and high-risk HPV infection, associated with HNC, has been suggested for 30 years.

This is a case report of a 25 years old patient, who attended the Department of Stomatology "B", Faculty of Dentistry, National University of Córdoba, presenting a lesion on the edge of the tongue, where the only factor associated with the appearance of Cancer Bucal was the chronic trauma.

The aim of this article is to highlight the importance of the multidisciplinary therapeutic approach in the case of a young adult patient, who presented squamous cell carcinoma located on the lingual border, suggesting dental trauma as the sole promotor.

Key words: Chronic Trauma. Carcinogen.

1) Profesor Asistente Cátedra de Estomatología "B", Universidad Nacional de Córdoba.

Lugar de trabajo: Cátedra de Estomatología "B", Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba.

INTRODUCCIÓN

El cáncer es una de las principales causas de muerte en el mundo; según la Organización Mundial de la Salud (OMS), aproximadamente 7.6 millones de personas murieron durante el año 2008 y de no realizarse las acciones adecuadas, 84 millones morirían en los siguientes diez años^(1,2). El cáncer de cabeza y cuello (Ca CyC) es uno de los seis cánceres más frecuentes en los seres humanos. Los localizados en la cavidad bucal representan el 48% de los casos de Ca CyC y el 90% de estos son del tipo de carcinomas de células escamosas (CCE). El carcinoma de la lengua representa hasta el 50% de todos los casos de CCE, los lugares más comúnmente afectados son los bordes laterales y los dos tercios anteriores.

Ciertos factores exógenos como la alimentación, el estrés, la condición socioeconómica, entre otros, parecen estar involucrados en una alta prevalencia de tumores malignos en los países en vías de desarrollo. Como es conocido, cualquier tumor es causado por el accionar conjunto de factores medioambientales y genéticos, involucrando varios pasos, caracterizados principalmente por la acumulación de mutaciones genéticas. Este tipo de patologías no pueden estudiarse desde un solo aspecto, sino que su investigación debe ser abordada de modo interdisciplinario, a fin de contemplar todos los determinantes que intervienen en su desarrollo³. Los hábitos de fumar y beber son los dos factores reconocidos de mayor riesgo para el desarrollo de Ca CyC en algunos países del Caribe y América del Sur. La naturaleza multifactorial de los carcinomas bucales y la evidencia de que algunos casos pueden ocurrir sin la presencia de los factores de riesgo clásicos, como el tabaco y el alcohol⁴, han originado diversas investigaciones orientadas a identificar otros factores llamados “emergentes”; como el mal estado bucal, el consumo de bebidas calientes regionales como el mate y la infección con VPH de alto riesgo, cuya asociación con el Ca CyC fue sugerida desde hace 30 años⁵. Además, se ha incluido al traumatismo crónico, el cual tiene una acción mecánica irritativa causada por un agente traumático intraoral, como prótesis mal adaptadas, dientes filosos, *piercing* entre otros. Para algunos autores, el trauma crónico en la mucosa bucal, en asociación con otros factores de riesgo, es una importante variable a considerar en personas diagnosticadas con cáncer bucal, por lo que para otros esta teoría no es concluyente y la suponen controversial⁶.

El presente reporte pretende informar sobre el caso de un paciente adulto joven, que presentó un carcinoma a células escamosas ubicado en borde lingual, con trauma dental crónico como único factor de riesgo asociado y destacar la relevancia del abordaje terapéutico multidisciplinario.

Reporte de un caso

Paciente de sexo masculino, de 25 años de edad, estudiante universitario, oriundo de la ciudad de Río Cuarto, Córdoba. Asistió a la cátedra de Estomatología “B” en junio del año 2016, presentando una mancha blanca en la lengua, ubicada en borde y cara dorsal.

Durante la anamnesis el paciente relató que presentaba la lesión desde hacía aproximadamente cinco años y que durante ese tiempo consultó a diferentes profesionales, entre los que se encontraban un fonoaudiólogo, un odontólogo y un dermatólogo. El primer profesional consultado (dermatólogo) le solicitó efectuar una biopsia, que no fue realizada. Otro profesional le indicó el uso de cremas con vitaminas A y E, además de la confección de una placa de relajación superior. Al transcurrir el tiempo y notar que la lesión progresaba, durante el año 2014 realizó una nueva consulta, esta vez con un estomatólogo, quien le realiza una citología exfoliativa de la zona con resultado satisfactorio.

Entre los antecedentes médicos personales no se registraba ningún tipo de patología sistémica ni antecedentes hereditarios, como así tampoco hábitos de riesgo como consumo de alcohol y de tabaco.

Al examen estomatológico de rutina se solicitó al paciente que realice movimientos deglutorios, observándose un movimiento parafuncional del mismo (Figura 1). A boca abierta y al examen de los elementos dentarios podemos visualizar zonas de gran atrición en las caras oclusales de molares superiores e inferiores, como consecuencia del bruxismo (Figura 2). En reposo, la lengua descansa sobre los elementos dentarios inferiores (Figura 3). Al pedir al paciente que saque la lengua se puede ver sobre la cara dorsal del lado derecho en el tercio medio, próxima al borde, una lesión blanca húmeda; en sectores solo es mancha y en otros, toma cuerpo haciéndose queratótica (Figura 4). Al inspeccionar el borde derecho de la lengua se observa que la lesión ubicada en dorso lingual se extiende hasta la cara ventral, de aproximadamente 3 cm de diámetro.

Al pasar una gasa para ver si se desprende la lesión no se nota ningún cambio. La misma presenta -entre las lesiones blancas- una zona de mayor consistencia a la palpación. Clínicamente es una lesión oval, pequeña, rodeada por un surco y con un puntillado blanco en su superficie (Figura 5).

Al realizar las semiotecnias destinadas a la inspección del cuello, no se palparon adenopatías.

Una vez realizado el examen estomatológico, se obtuvieron impresiones para confeccionar placas de protección de mucosa superior e inferior; se solicitaron ortopantomografía, análisis de laboratorio de rutina y tomografía

axial computada de macizo facial y cuello. Se programó una biopsia incisional de la lesión en la siguiente sesión. Se decidió realizar dos tomas: Toma 1: lesión indurada a la palpación ubicada en borde de lengua y Toma 2: zona blanca ubicada en cara ventral (Figura 6). Las muestras fueron enviadas para su estudio a la cátedra de Anatomía Patológica de la Facultad de Odontología, que informó: Toma 1: carcinoma de células escamosas diferenciado incipiente (Figura 7), Toma 2: leucoplasia queratótica con displasia moderada. También se recolectó una muestra de saliva para la detección de virus del papiloma humano mediante PCR, en el Instituto Viroológico, el cual resultó negativo.

Posteriormente, se procedió a derivar al paciente a médico especialista de cabeza y cuello para el tratamiento quirúrgico de la lesión (Figura 8).

Una vez realizado el tratamiento quirúrgico, confirmando a través de la anatomía patológica que los márgenes quirúrgicos están libres de lesión, se continuó con los controles postquirúrgicos (Figura 9) y se realizó la derivación al fonoaudiólogo para lograr la reeducación lingual.



Figura 1: Deglución atípica y maloclusión.



Figura 3: Lengua en reposo sobre elementos dentarios.

DISCUSIÓN

En nuestra casuística, el número de jóvenes con cáncer bucal se ha incrementado en los últimos años. Existen estudios que han demostrado que el cáncer bucal y faríngeo en personas jóvenes está siendo más frecuente en todo el mundo. La causa se está investigando, pero se daría por la exposición en forma más intensa del individuo a los factores de riesgo más comunes, o la aparición de nuevos agentes etiológicos. Se desprende un interrogante, que sigue generando discusiones: ¿Es el trauma dental (irritación crónica) un carcinógeno?, y ¿cuál es su importancia en ausencia de otros factores, como tabaco y alcohol?



Figura 2: Atrición en molares debido al bruxismo.



Figura 4: Lesión blanca sobre dorso lingual.



Figura 5: Vista lateral de la lesión ubicada en el borde de lengua. La flecha indica la zona más indurada a la palpación.

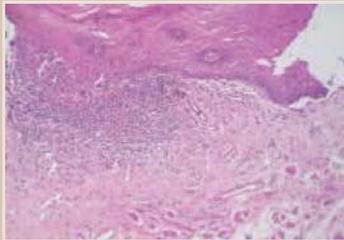


Figura 7: Imagen histopatológica de la lesión. Se observan algunas perlas córneas en epitelio e infiltrado inflamatorio crónico en corion.



Figura 9: Control postquirúrgico a los 3 meses.



Figura 6: Sitio de tomas de biopsia.



Figura 8: Delimitación de la zona a extirpar quirúrgicamente.

Villanueva-Sanchez F y col.⁷ sostienen que el carcinoma de células escamosas de cavidad bucal (CCECB) es una neoplasia rara en personas menores de 45 años, en concordancia con nuestras observaciones, aunque en las últimas décadas se ha observado un aumento de su incidencia en personas jóvenes, incluso en ausencia de factores convencionales como el tabaco y el alcohol. Su comportamiento biológico es más agresivo, e incluso sugieren considerarlo como una entidad independiente⁸.

La asociación entre trauma dentario y cáncer bucal fue establecida por primera vez por Virchow, quien en 1863 postuló la hipótesis de que el cáncer surgía en lugares de inflamación, planteando la teoría de la irritación crónica para explicar el origen de las neoplasias malignas. No obstante, no se ha encontrado suficiente evidencia para apoyar dicha teoría de forma concluyente⁹. Asimismo, los resultados obtenidos por Piemonte et al. sugieren que el trauma cró-

nico en la mucosa bucal, en asociación con otros factores de riesgo, es una variable importante a considerar en personas con diagnóstico de cáncer bucal. La irritación física crónica de la lengua por un trauma crónico, puede promover la displasia y la carcinogénesis, esto es independiente de otros factores de riesgo; no obstante, su claro papel en la carcinogénesis es un dilema. Algunos autores lo sugieren como una de las causas de cáncer bucal; por otra parte, otros consideran que este es resultado del aumento de volumen del tumor¹⁰.

Perry BJ y col.¹¹ muestran que los cánceres de la cavidad bucal se presentan predominantemente en los sitios de potencial trauma dental y protético, sobre todo en pacientes que no presentan otros factores de riesgo. El reconocimiento de la irritación de los dientes como un carcinógeno potencial tendría un impacto en las estrategias de prevención y tratamiento¹⁰.

Schantz y col.¹², plantean la hipótesis de que el desarrollo de este cáncer en los jóvenes puede estar relacionado con una predisposición genética a la enfermedad y a la carcinogénesis del medioambiente, que se refleja por anomalías cromosómicas, mayor susceptibilidad a los daños cromosómicos inducido por un mutagénico, o la reparación del ADN deficiente.

Es necesaria una investigación adicional para explicar si la teoría genética (familiar) o la viral, en efecto, son factores de riesgo para dar cuenta del desarrollo de cán-

cer de lengua en pacientes jóvenes.

Si bien la asociación entre el trauma crónico y cáncer bucal es controversial para muchos, en su relación causa-efecto existe una escuela de pensamiento que considera que la irritación mecánica constante puede favorecer la aparición de cáncer¹³.

CONCLUSIÓN

Debemos reconocer e identificar aquellos factores relacionados a la aparición del Cáncer Bucal, ya sea en forma individual, como lo es en este caso particular; un trauma presente años actuando de manera persistente a baja intensidad, o bien en forma conjunta, actuando de manera sinérgica.

Un diagnóstico precoz de estas lesiones es lo que va a permitir un rápido e oportuno tratamiento, mejorando el pronóstico y la supervivencia, haciendo que el mismo sea solo quirúrgico, pudiendo así disminuir las posibilidades de complicaciones postratamiento (mucositis y osteoradionecrosis). Traduciéndose esto en una mejor calidad de vida para el paciente.

Pautar controles periódicos y estrictos se vuelve una conducta prioritaria, especialmente cuando estamos frente a un paciente joven con una mucosa predispuesta, que podría traducirse como una posibilidad de recidiva.

Referencias bibliográficas

- 1- WHO Health Statistics. 2013. disponible en: http://www.who.int/gho/publications/world_health_statistics/en_ydhs2013_full.pdf.
- 2- WHO Library cataloguing-in-publication data. prevention. cancer control: knowledge.
- 3- Ferlay J, Soerjomataram I, Dikshit R, Eser S, Mathers C, Rebelo M, et al. Cancer incidence and mortality worldwide: Sources, methods and major patterns in GLOBOCAN 2012. International Journal of Cancer (2015); 359-386.
- 4- Miller B, Bernstein L, Young L, Swanson Gm, West D, Liff Jm Et Al. Oral Cavity: US Racial/ethnic. Cancer Patterns (1992), National Cancer Institut.
- 5- Silverman S. Demographics and occurrence of oral and pharyngeal cancers, the outcomes, the trends, the challenge. Jada (2001); 132: 7-11.
- 6- Warnakulasuriya S. Causes of oral cancer-an appraisal of controversies. BR Dent J (2009); 207: 471-5.
- 7- Villanueva-Sanchez Francisco G, Leyva-Huerta ER, Gaitán-Cepeda LA. Cáncer en pacientes Jóvenes (Parte 1). Análisis clínico e histopatológico de carcinoma de células escamosas de la cavidad bucal en pacientes jóvenes. Un estudio descriptivo y comparativo. México Odontostomatología (2016);18. Versión On-line ISSN 1688-9339.
- 8- Dahlstrom KR, Little JA, Zafereo ME, Lung M, Wei Q, Sturgis EM. Squamous cell carcinoma of head and neck in never-smoker-neverdrinkers: a descriptive epidemiologic study. Head & Neck (2008);410-414.
- 9- Rautava J, Syrjänen S. Biology of human papillomavirus infections in head and neck carcinogenesis. Head and Neck Pathol (2012); 6:s3-s15.
- 10- Piemonte ED, Lazos JR, Brunotto M. Relationship between trauma of the oral mucosa, oral potentially malignant disorders and oral cancer. J of Oral Pathology & Medicine (2010); 39:513-17.
- 11- Perry BJ, Zammit AP, Lewandowski AW, Bashford JJ, Dragovic AS, Perry EJ, Hayatbakhsh R, Perry CE. Sites of origin of oral cavity cancer in nonsmokers vs smokers: possible evidence of dental trauma carcinogenesis and its importance compared with human papillomavirus. JAMA Otolaryngol Head Neck Surg (2015) 141(1):5-11.
- 12- Schantz SP, Hirota S, Magliardi D. Oral squamous cell carcinoma in young patient case report and literature review. An Bras Dermatol (2006); 81:3.
- 13- Howard-Mora M. El trauma: ¿Un factor de riesgo del cáncer bucal? Revisión bibliográfica. Costa Rica Rev. Cient. Odontol. (2015); 11 : 1.

Uniendo generaciones ODONTÓLOGOS Y MUCHO MÁS...

Los CABRAL, odontólogos artesanos y orfebres

Julio Cabral (80)
Ricardo Cabral, hijo (52)
Córdoba



En poco tiempo **Julio** fue padre de 9 niños, la gran familia se puso manos a la obra en la construcción del hogar familiar; los chicos participaron con las aberturas y la pileta, pusieron las tejas, en parte ese contacto con el manejo de diversos materiales perduró en el tiempo en padre e hijo.

El tatarabuelo y el abuelo de **Julio** fueron joyeros, con **Ricardo** son cuatro generaciones ligadas a la artesanía y la orfebrería.

Utilizan técnicas ancestrales, aprendidas de amigos anticuarios, por ejemplo para lograr el envejecimiento de la pintura envuelven la pieza en vejiga de carnero y la urca de la orina ataca la pintura y la envejece otorgándole un tono especial que denota antigüedad. Para algunos trabajos usan una vieja laminadora que **Julio** rescató de la Facultad de Odontología, a punto de ser tirada.

Custodias para iglesias, cuchillos, tallas religiosas, Cristos policromados, monturas con estríbos labrados, son algu-

nas de las piezas que **Julio** y **Ricardo** muestran con entusiasmo.

Julio fue el creador de la Cátedra de Materiales Dentales de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba, se convirtió en un experto soldador, en esos tiempos las coronas de oro eran forjadas, había que realizar la cara oclusal soldando con precisión, ya que de lo contrario se fundía ese material precioso.

Ricardo describe el delicado proceso para la confección de un cuchillo, a partir del acero en bruto se hace el desbaste, biselado, templado, afilado de la hoja, encabado; después de una semana, dedicando una hora diaria, culmina una pieza única.

Julio también practica la equitación, apenas nació su abuelo le regaló un caballo, con el tiempo aprendió a saltar y la doma clásica, una disciplina dentro de la equitación; luego probó con los caballos peruanos de paso, ha sido quintuple campeón nacional.

Trabajan con dedicación y habilidad utilizando diversos materiales, alpaca, plata, acero, madera, cuero. La belleza de sus creaciones de arte religioso y criollo es la expresión de la pasión que ponen estos odontólogos artistas en lo que denominan *su entretenimiento*.

Los URQUIZA, odontólogos apasionados por la paleontología y la arqueología

Lincoln Urquiza (80)
y Ariel Urquiza, hijo (48)
Deán Funes, Córdoba.



Desde niño, **Lincoln** desarrolló su vocación por la historia de los primeros pobladores de nuestra patria. Nació y pasó su infancia en el norte de Salta, en la región de la selva de Yungas, donde sus compañeros de escuela y juegos eran niños de las etnias Chiriguano, Chanés, Chaguancos y actualmente Guaraníes; su padre le enseñó que ellos eran los legítimos dueños de las tierras americanas.

Ejerciendo la profesión de odontólogo, recibió la influencia de **Néstor Hays**, quien coleccionaba un sinnúmero de objetos de manufactura indígena, y comenzó a pensar en la creación de un museo para conservar y divulgar la historia de nuestros antepasados. Fueron parte de las excursiones en el territorio sus cinco hijos, en dos de ellos prendió la llama de la investigación, **Ariel** -el mayor- y **Silvana**, que actualmente es Licenciada en Arqueología, Doctora en Biología, investigadora del Conicet y asesora del Museo Ciudad de Deán Funes.

En la década de 1970, **Lincoln** descubrió un yacimiento a 35 km de Deán Funes; arqueólogos de la U.N.C. hicieron análisis de restos humanos enterrados allí, los cuales dieron una antigüedad de 3200 años. Los cráneos de estos individuos no coincidían con la inmigración del norte de Asia que entró a América por el estrecho de Bering, la única comprobada hasta el momento, y se determinó antropológicamente que eran similares a la población de la Polinesia, lo cual abrió otra posible vía de inmigración a América.

Lincoln ha realizado su aporte a la historia del norte cordobés con sus libros "Noticias históricas de Ischilín" y "Historias de la Córdoba Norteña".

Ariel, con 5 años, ya caminaba con su padre las tierras del norte en búsqueda de sitios arqueológicos, aprendió a distinguir una piedra común de una trabajada por aborígenes y transformada en algún instrumento de la vida de los originarios.

En 1993 se rescataron trozos de caparazón de gliptodonte, la

posterior excavación en el campo mostró un espectacular gliptodonte *Panochthus Tuberculatus*, de 4 metros de largo; en 2006 hallaron el segundo gliptodonte. Durante un año, **Ariel** en sus ratos libres realizó la reconstrucción y montaje del fósil; hoy ese gliptodonte de la especie *Sclerocabyphus* se encuentra expuesto en el Museo Arqueológico, Paleontológico e Histórico de la Ciudad de Deán Funes, cuyo director y fundador es **Lincoln**.

Durante años **Lincoln** y **Ariel** han colaborado con el Museo, inaugurado en 1994, aportando singulares hallazgos paleontológicos, por ejemplo el gliptodonte de 60.000 años de antigüedad, un maxilar inferior de un *Equus*, equino americano que se extinguió hace 10.000 años con el resto de la megafauna del pleistoceno, fósil datado por paleontólogos profesionales en 500.000 años de antigüedad, una pelvis de perezoso gigante, un caparazón de tortuga gigante de agua dulce. En las investigaciones participan el Instituto de Antropología de la Universidad Nacional de Córdoba y la Universidad Nacional de Tucumán.

Si bien la Odontología, la Paleontología y la Arqueología son actividades muy diferentes, estos odontólogos enseñaron el uso de técnicas odontológicas a los paleontólogos, especialmente en las impresiones; también hicieron reproducción de huesos faltantes en los fósiles usando una técnica de la cera perdida modificada de laboratorio odontológico adaptada a la paleontología, y aportaron sus conocimientos en cuanto a la alimentación de esos aborígenes.

La odontología ha permitido reconocer y comparar determinadas características de las piezas dentarias amerindias, los denominados "incisivos superiores en forma de pala"; actualmente, esos incisivos permiten determinar que ese paciente tiene un antepasado amerindio, un estudio genético llevado a cabo por el Dr. **Daniel Corach** de Conicet, determinó que el 56 % de los argentinos tenemos algún grado de sangre amerindia.

Biblioteca



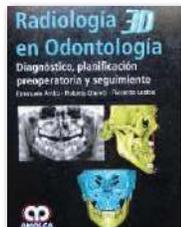
Estética y Biomecánica en ortodoncia

Autor:
Ravindra Nanda



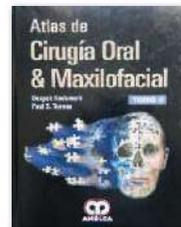
odontología estética, el arte de la perfección

Autor:
Antonio Salazar Fonseca.



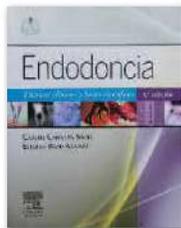
Radiología 3 D en odontología

Autores:
Emanuele Ambu Roberto Ghiretti
Riccardo Loziosi



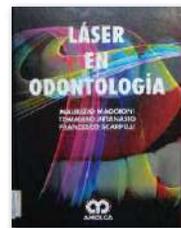
Atlas de cirugía oral y maxilofacial Tomo II

Autores:
Deepak Kademani
Paul S. Tiwana.



endodoncia

Autores:
Carlos Canalda Sahli
Esteban Brau Aguadé



Láser en odontología

Autores:
Maurizio Maggione
Tommaso Atanasio
Francesco Scarpelli

Nafresin®

Bainiz con fluoruro de sodio para profilaxis de caries y tratamiento de hipersensibilidad dentaria.

Clarident

Blanqueadores dentales de uso interno o externo. Fortalece de hidrógeno, 35% autoactivable y 38% fotoactivable.

Blanqueador dental Andaluciano, peróxido de carbamida 16% y 22%.

KDESIN

Desemolizante tópico a base de retato de potasio 1% y fluoruro de sodio 1%. Sabor menta.

TEDEQUIM®

www.tedequim.com

By: De los Polacos 6136 - Córdoba - Tel / Fax: 03543 448260 - ventas@tedequim.com.ar -

Sistema de Calidad:

NARDI & HERRERO

El mejor equipo trabajando para vos.

www.nardiherrero.com.ar



Mis ojos en el espejo/Son ojos cerrados que miran/Los ojos con que los veo.
(Antonio Machado, 1875-1939)

BLANCO Y NEGRO EN COLOR

Estimados colegas:

En el año mil novecientos noventa y siete nació esta revista con el nombre El Espejo. Recordaba el poema de Borges: “Dios ha creado las noches que se arman de sueños y las formas del espejo para que el hombre sienta que es reflejo”. En aquel momento, en las primeras palabras del Editorial, convocaba a todos los odontólogos a diseñar las imágenes de ese espejo institucional y sentirse en él proyectados. Hoy, unos años después, con otra edad pero con la misma pasión renuevo ese pedido y apuesto a seguir ayudando a buscar diferentes retratos que permitan profundizar el accionar del Colegio, generando cada vez más tareas, ocupando espacios en donde largo tiempo estuvimos ausentes. Concibiendo, tantos puntos de vista como perfiles de odontólogos, reflejados en este espejo protector.

.....

El mayor problema actual es la cosificación de la humanidad, con los pañuelos, guantes y los envases descartables no alcanza y se trata a los seres humanos de la misma manera. Es necesario, desde las instituciones, seguir creyendo en el significado de la palabra solidaridad y trabajar seriamente para hacer entender a todos los colegiados, y a la sociedad que los contiene, que las relaciones humanas y de las personas con las instituciones no son biodegradables.

La tecnología ayuda, pero no reemplaza al hombre. Cada individuo es único e irrepetible, mucho más indescifrable que una huella digital, por su esencia. Y con claroscuros. Las instituciones deontológicas deben poner pautas precisas en las conductas profesionales, dejando la intimidad de las personas al libre albedrío de cada uno. Esa es la revolución cotidiana de cada dirigente, de cada colega. Cambiar todo lo que tiene que ser cambiado en su pequeño alrededor, a favor de la vida con dignidad, actuando con fraternidad. La revolución cotidiana es autonomía personal con unidad social. Es no traicionar ni violar principios éticos. Así no existirá atrevimiento que pueda contener la cadena solidaria de favores en que debemos desenvolvernos, diariamente, en la búsqueda del bien común.

.....

A lo largo de una vida, el mismo espejo, nunca refleja la misma imagen. Las nieves del tiempo platearon mi sien, sentir que es un soplo la vida, que veinte años no es nada ¡si se vivieron con sinceridad!

Un abrazo.

LUIS EUGENIO PASTAWSKI



Herramientas para cada una de
tus necesidades.

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

Consultá más con nuestros Productores Asesores:

- Brondino, Marcela Alejandra (Matricula N° 61.454)
- Chavarría, Fernando Gabriel (Matricula N° 61.460)
- Mariano, Fernando Mario Marcelo (Matricula 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: mariano_fm@fibertel.com.ar



HOMENAJE AL DOCTOR LANFRANCHI



El Consejo Directivo del Colegio Odontológico, junto a los docentes y discípulos de Estomatología de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba, recordamos a nuestro Profesor, el **Dr. Héctor Eduardo Lanfranchi Tizeira**, quien falleciera el pasado 25 de enero.

Fue un trabajador incansable, apasionado y entusiasta con innumerables cualidades y logros docentes. Alcanzó el grado de Profesor Titular Plenario de la Cátedra de Clínica Estomatológica, de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires y Profesor Honorario de la Universidad Nacional de Córdoba. También, Académico de número de la Academia Nacional de Odontología, y de la de Medicina de Córdoba, Socio Honorario del Círculo Odontológico de Córdoba; estos son solo algunos de los cargos que ocupó y menciones que recibió.

En 1983 se desempeñó como Profesor Titular de Estomatología, y desde entonces imprimió un cambio importante en la enseñanza y en la especialidad, logrando posicionarla en el ámbito de la Salud Pública.

Su extenso número de investigaciones, tanto en Clínica como en Patología bucal, se reflejan en una larga lista de publicaciones nacionales e internacionales.

En el año 2016, en el 1er Foro Mundial de Cáncer Bucal en Nueva York, fue el Coordinador en América Latina del Programa de Detección Precoz del Cáncer Bucal, popularizado bajo el lema "Sacale la lengua al Cáncer".

Pero hay una faceta que consideramos más importante y que nos quedará marcada a fuego, y es la enseñanza a través del ejemplo, del respeto y la dedicación en la atención de los pacientes. Enseñó la importancia que tiene cada cargo o lugar que se ocupa, en cualquier ámbito, pero no como un logro personal sino como un factor de poder para transformar la sociedad en beneficio de todos. Siempre apuntó a la calidad y al prestigio de la profesión.

Por todo esto y por mucho más le decimos: ¡Hasta siempre, Maestro!

SBZ MAX TARJETA DE BENEFICIOS



Con la tarjeta de beneficios **SBZ MAX** sumás puntos que después podés canjear por productos odontológicos

Si sos Odontólogo, Técnico en Prótesis Dental, Estudiante de Odontología o Estudiante de Prótesis Dental **SBZ MAX** ya es tuya. Solamente tenes que acercarte a cualquiera de nuestras sucursales y solicitarla.

Con tu compra sumás puntos. Cada \$30 obtenes un punto que vas acumulando para poder canjear con tu tarjeta.
1 Punto = \$1 Peso
(Válido de Marzo a Diciembre)



KAVO
Dental Excellence

Anthogyr

3M ESPE

a|dec
reliablecreativesolutions

KENDA
DENTAL POLISHERS

STRAUSS & CO
INDUSTRIAL DIAMONDS LTD

AIR TECHNIQUES
equipped for life

3M Unitek DEMCO DPM USA

Centro SBZ
ODONTOLOGIA

Casa Central
Ob. Trejo 29 - E.P. - Cba.
Tel. (0351) 4237685
Fax (0351) 4240877
ventas@centrosbz.com.ar

Río Cuarto
Corrientes 156
Tel. (0358) 4626400

Sucursal Sur
Av. V. Sarisfield 1460 - Cba.
Tel. (0351) 4881318/9
Cel. (0351) 153941836
sucursalsur@centrosbz.com.ar

Sucursal Norte
E. Peltoruti 2436 - P.B. - Cba.
Tel. (0351) 4810340
Cel. (0351) 156513656
sucursalnorte@centrosbz.com.ar

Compras online

SBZ
Digital
www.sbzdigital.com

RECONOCIMIENTO A LA TRAYECTORIA PROFESIONAL



El viernes 28 de octubre de 2016 entregamos medallas y diplomas alusivos al reconocimiento a los colegas que cumplieron 25 y 50 años de trayectoria en el ejercicio profesional. El emotivo encuentro contó con la presencia de representantes de Instituciones Odontológicas, familiares y amigos.



Registro de especialista

El Colegio Odontológico otorgó al Od. Mario Héctor Ríos, MP 3022, el Registro Nro. 10 de Especialista en Cirugía Máxilo Facial y autorización para anunciarse como tal en la especialidad. La ceremonia de entrega del Certificado se realizó el viernes 28 de octubre de 2016

Premio en investigación



Felicidades a la **Dra. Fabiana Carletto Körber**, miembro del Consejo Directivo, y a todo su equipo, por su trabajo científico “Estructura genética poblacional e historia demográfica de *Streptococcus mutans*”, el cual fue premiado por la Fundación Creo como mejor trabajo de investigación en Odontología 2016.

curso de odontología general en salud pública

En noviembre de 2016 finalizaron las actividades los alumnos del Curso Cohorte 2016 y en marzo dio comienzo la Cohorte 2017. El Curso de Odontología General en Salud Pública, que se realiza conjuntamente con el Instituto Provincial de Odontología, permite la formación integral del profesional, capacitándolo en el desempeño eficiente y responsable de la Odontología general.



ACCIÓN COMUNITARIA

Reconocimiento de “UNA GOTTA DE SALUD”

La Organización no gubernamental “Una Gota de Salud” entregó al Colegio Odontológico una plaqueta en reconocimiento por su compromiso con la acción comunitaria. Expresamos nuestro agradecimiento y felicitamos a estos voluntarios por la labor que realizan.



FORMACIÓN PROFESIONAL permanente

Los cursos organizados por la FPP son de carácter GRATUITO, y los mismos tienen validez para la Reválida Ética de la Matrícula.

El único requisito para la asistencia es tener las cuotas de Colegio al día.

viernes 14 de octubre 2016

El **Dr. Marcelo Sclarovsky** dictó el curso *“Innovación en Patología de Articulación Temporomandibular. La Neurociencia Clínica y la Inactivación del Bruxismo”*.



2 de diciembre de 2016

El **Prof. Dr. Enrique Fernández Bodereau** dictó el curso *“Predictibilidad en la zona estética en odontología restauradora”*.



7 de marzo de 2017

El **Dr. Pablo Lavandeira** dictó el curso *“Capacitación en Periodoncia e Implantes”*, organizado conjuntamente con el Instituto Provincial de Odontología.

17 y 31 de marzo de 2017

La **Lic. Irene Presti** dictó el *“Taller de Educación Virtual sobre el uso de la plataforma Moodle”*.



ENTREGA DE MATRÍCULAS

Todos los meses realizamos el coloquio informativo con el cual recibimos a los nuevos matriculados. Durante el encuentro les informamos sobre el rol del Colegio y los servicios que tienen disponibles; además de nuestras autoridades, participan la Federación Odontológica y el Círculo Odontológico.



PREMIO FUNDACIÓN CREO



CATEGORIAS

- MEJOR TRABAJO DE INVESTIGACIÓN EN ODONTOLOGIA
- MEJOR TAREA DE ODONTOLOGIA COMUNITARIA

La entrega la realizará **Fundación Creo** en conjunto con **Oral B**. El mismo consiste en **\$26.000** para cada una de las categorías. Incluye diploma y la publicación del trabajo en revista **Cúspide**.

Pueden postularse únicamente odontólogos o equipos de trabajo de la Argentina. Podrán participar trabajos terminados, en ningún caso se aceptarán proyectos.

Cierre de recepción: Martes 8 de Agosto de 2017, en la sede de Fundación Creo, Av. Velez Sarsfield 1460 - 5° Piso, X5000JKO, Cba., de lunes a viernes de 9 a 19hs.

Organiza



FUNDACIÓN CREO
PARA EL PROGRESO CONTINUO
DE LA ODONTOLOGÍA

Acompaña



Continuamos con el cuidado
que empieza en su consulta

Whatsapp
3517553010,
abierto para consultas

Los matriculados pueden realizar consultas enviando un mensaje de texto o de audio, consignando nombre, apellido y número de matrícula. A la brevedad serán respondidos.



Bases y condiciones

www.fundacioncreo.org.ar

comunicacion@fundacioncreo.org.ar

(+54) 9 351 241-3740

casa del odontólogo

espacio multicultural

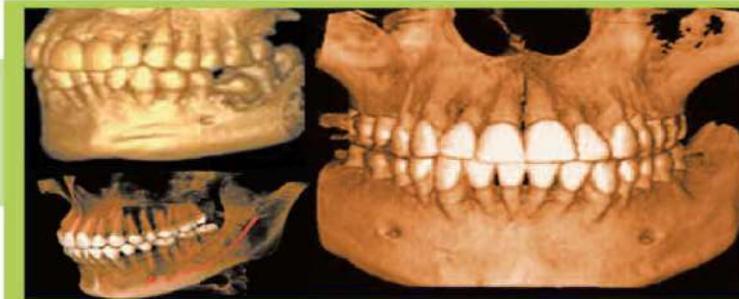
Reconocimiento a una trayectoria

El viernes 18 de noviembre de 2016 realizamos el encuentro en la Casa del Odontólogo Espacio Multicultural con motivo de la puesta en valor de la misma. Inauguramos la Muestra Pictórica de Odontólogos y escuchamos a la cantante Alibé Guastini. En la oportunidad, se entregó la plaqueta de Reconocimiento a la Trayectoria al **Od. Raúl Tomás García**.



TOMÓGRAFO CONE BEAN

Planmeca Ultra Low Dose Protocol
(Protocolo de baja dosis de radiación)



- **Ortopantomografía • Teleradiografía Digital**
- Tac Maxilares - Oídos - S.P.N.
- **Estudios: Ricketts - Mcnamara - Bjork - Jarabak**

Av. Gauss 5639 - Barrio Villa Belgrano - Córdoba Capital
03543- 442374 / 443260 - www.resonanciagauss.com.ar

ALCANCE EL MEJOR RENDIMIENTO ESTÉTICO TRABAJE CON CIRCONIO

LA NUEVA GENERACIÓN DE PRÓTESIS DENTALES.

✓ SIN BORDES OSCUROS



✓ ALTA RESISTENCIA Y DURABILIDAD



✓ TRANSLUCIDEZ IGUAL A LOS
DIENTES NATURALES



SOLUCIONES CAD/CAM
GARANTIZAN UN ÓPTIMO RESULTADO

DE LA INDUSTRIA 846 B° JARDIN | CORDOBA
TEL.: 0351 4646771/62 | labruderman@gmail.com
ENVIO A TODO EL PAIS.

RUDERMAN
LABORATORIO DE PRÓTESIS DENTAL

Laboratorio Dental Amenábar

Federico Amenábar - M.P. 1920

Alúmina

Prótesis fija

Cromo cobalto

Prótesis removible

Prótesis flexible deflex

Prótesis sobre implantes



✉ labamenabar@gmail.com

☎ 0351 - 4241574

📍 Laboratorio Dental Amenábar

📞 0351 - 153356181

Paseo San Francisco - Local 11 (Av. Vélez Sarsfield 156/Belgrano 157)
B° Centro, Córdoba.

FEDERACION ODONTOLOGICA DE LA PROVINCIA DE CORDOBA



El 18 de Abril de 1971 fue creada una entidad de segundo grado sin fines de lucro, denominada Federación Gremial Odontológica de la Provincia de Córdoba; cuya intención fue nuclear a los círculos odontológicos existentes en el ámbito provincial (actualmente quince círculos).

La flamante institución instaló su sede en un lugar cedido por el Colegio Odontológico de la Provincia. Con el paso del tiempo, y debido al desarrollo de la institución, se hizo evidente la necesidad de un lugar propio y en el año 1975 la Federación adquirió su primer local.

Con el correr de los años, el crecimiento de la entidad determinó la búsqueda de una infraestructura acorde a las nuevas necesidades.

La flamante sede fue instalada en el edificio de la calle 9 de Julio 1109 de la ciudad de Córdoba, lugar donde actualmente sigue funcionando. Asimismo, mediante préstamos la Federación Odontológica fue colaborando en la construcción y/o ampliación de la sede de varios de los Círculos Odontológicos provinciales. También se asumió la representación de la provincia ante la Confederación Odontológica de la República Argentina (CORA). Desde ese entonces se evidencia un crecimiento de nuestra labor en el seno de la máxima entidad de los profesionales odontólogos del país.

Con más de cuarenta años de vida la actualmente denominada Federación Odontológica de la Provincia de Córdoba (FOPC), tuvo un crecimiento sostenido. Hoy cuenta con más 3100 profesionales inscriptos en el Padrón de Prestadores. Brinda Cobertura odontológica a más de 1 millón de afiliados y beneficiarios de las casi 70 Obras Sociales que tienen convenio con la FOPC.

Se mantiene en forma permanente el convenio con la Obra Social APROSS que posee 530.000 afiliados en toda la Provincia de Córdoba.

COMITE EJECUTIVO FOPC. 2016-2019

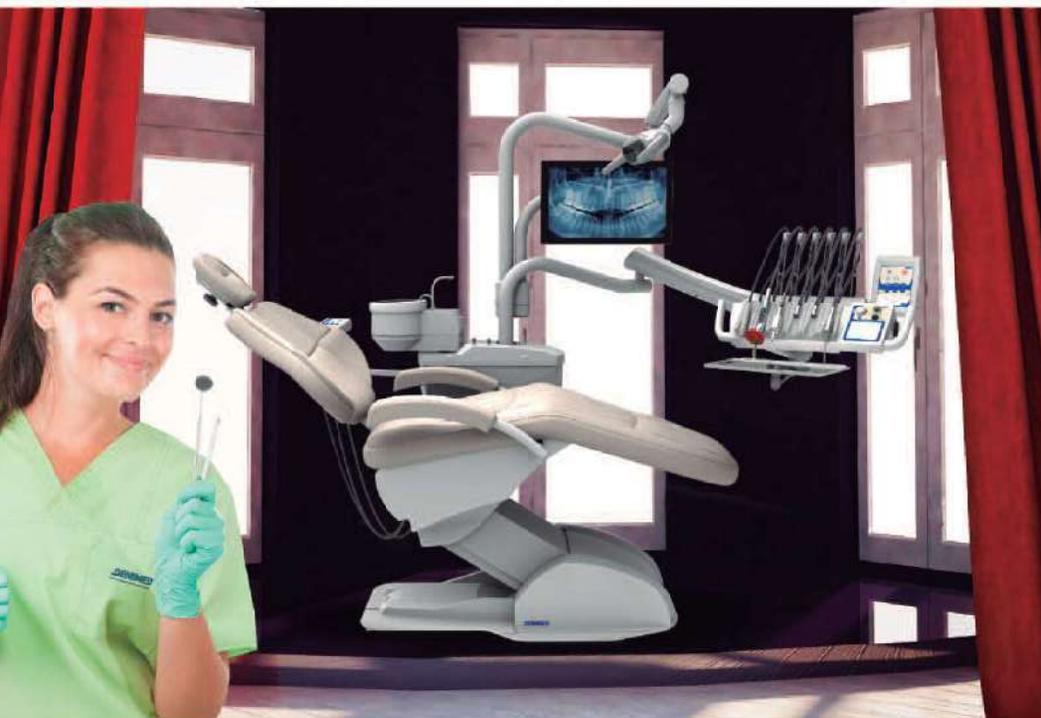
Presidente: Dr. Daniel Natalio Aimar (C. O. San Francisco)
Vicepresidente: Dr. Rubén Hugo Schcolnicov (C. O. Punilla)
Secr. de Hacienda: Dr. César Luis Malatesta (C. O. Córdoba)
Secr. Acción Social: Dr. Adrián Alberto Marino (C. O. Marcos Juárez)
Secr. Asuntos Profesionales: Dra. María Laura Mihaich (C. O. Unión)
Secr. Actas y Relac. Institucionales: Dr. Justo César Magnasco (C. O. Río Cuarto)
Secr. Prensa y Publicaciones: Dr. José Carlos Fernández (C. O. Alta Gracia)

9 de Julio 1109
5000 Córdoba - Rep. Arg.
Tel. (0351) 4270527/28/29
4240235 - 4216051
4241216 - 4262333
líneas rotativas
E-mail: info@fopc.org.ar
www.fopc.org.ar



DENIMED[®]

Líder en equipamiento odontológico



Única financiación en
24 cuotas FIJAS

DIRECTO CON FÁBRICA

0810 777 8787
WWW.DENIMED.COM