

EL ESPEJO

AÑO 20 EDICIÓN N° 51 JUNIO DE 2018

ISSN 2250-4133



**COLEGIO
ODONTOLÓGICO**
DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA



[ARTÍCULOS CIENTÍFICOS]

[INFORMACIÓN INSTITUCIONAL]



CÍRCULO
ODONTOLÓGICO
DE CÓRDOBA



UNIVERSIDAD
CATÓLICA DE CÓRDOBA
Universidad Jesuita

ACTIVIDADES 2018

Todas las
Especialidades



Cursos, Conferencias
y Workshops

Práctica
Clínica



Elegí tu actividad y
reserva online en:
www.coc-cordoba.org.ar

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

** TODAS LAS ACTIVIDADES SON VÁLIDAS PARA REVÁLIDA ÉTICA DE MATRÍCULA.

CONSULTAS E INSCRIPCIONES: Escuela de Perfeccionamiento Círculo Odontológico de Córdoba
27 de Abril 1135 - Córdoba - Línea Directa 54 (0351) 4253951
LÍNEA GRATUITA 0800-888-3951 - epo@coc-cordoba.com.ar



**CARRERA DE
ESPECIALIZACIÓN
EN IMPLANTOLOGÍA ORAL**



C.O.N.E.A.U. res. 293/09 Título Otorgado por la Universidad Católica de Córdoba
Sistemas de Implantes Dentales
INICIO DE LA 4ª COHORTE EN AGOSTO 2019

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

ACOMPañAN



SOPORTE
HOSPITALARIO



ROSTER DENT
Sistemas de Implantes Dentales
www.rosierdent.com



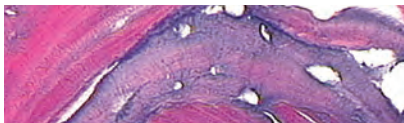
EL ESPEJO

Editorial



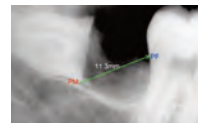
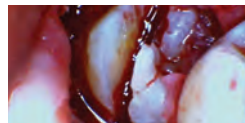
- 3** Editorial: Entre leyes y burocracia...
José Augusto Ermoli
Presidente Colegio Odontológico de la Provincia de Córdoba

Nota Científica



- 5** Prevalencia de osteonecrosis de los maxilares asociada a bisfosfonatos.
Autores: Sebastián Fontana, Walter Douthat, Marina Rocamundi, Oscar S. Corominas.

Reporte de Caso



- 13** Técnica quirúrgica alternativa para disminuir el riesgo de lesión del nervio dentario inferior, por extracción del tercer molar inferior.
Autor: Dr. Aldo Rondoletto

Información Institucional



- 22** Asamblea de Delegados Departamentales



- 23** Reempadronamiento obligatorio / Reglamento de Anuncios Publicitarios



- 25** Denuncias Penales por Intrusismo

El Colegio con intensa actividad



- 26** Formación en Salud Colectiva



- Grupo Brocheriano

Acción Comunitaria



- 27** Comisión de Reválida Ética 2018



- 28** Jornada Protector Bucal



- 32** Campaña Recolección de útiles escolares



- Nuevos Medios de Pago



- 33** Fondo de Ayuda Solidaria



- 34** Biblioteca. Nuevos ejemplares



- 35** Taller de Reanimación Cardio-Pulmonar



- 37** FPP - Agenda de Cursos Segundo semestre 2018



- 40** Premio a la Mejor Publicación

Fotografía de tapa:
Segundo lugar Concurso de Fotografía Dental 2017
"Encerado de luces y contraste" Autor: Sergio Raúl Azcona. M.P. 5376



COLEGIO ODONTOLÓGICO
DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA

ISSN 2250-4133 - Año 21 - Edición Número 51 - Junio de 2018

Revista El Espejo es una publicación cuyo propietario es el Colegio Odontológico de la Provincia de Córdoba

DIRECTOR:
Od. José Augusto Ermoli

Comisión Científica
Dr. Pablo Fontanetti - Coordinador
Dra. Rosana Morelato
Dr. Sebastián Fontana

Comisión de Comunicación y Prensa
Od. Gabriela Felippa
Coordinación: Periodista Héctor Carignano

Diseño: Marlene von Düring 351 5106135 mvonduring@gmail.com

Edición: Lizabeth Kent 351 5559496 kentlizabeth@gmail.com

Autoridades

PRESIDENTE

José Augusto Ermoli
Dpto. Río Segundo

VICEPRESIDENTE

Mónica Leonor Mirás
Dpto. Colón

SECRETARIA

Linda Elizabeth Layús
Dpto. Colón

TESORERO

Santiago Martín Rodrigues
Fourcade Dpto. Río Cuarto

VOCALES

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

VOCALES SUPLENTE

Gustavo Heraldo Giraudo
Dpto. Tercero Arriba
Claudia Edith Gerbaudo
Dpto. Río Cuarto
Franco Leoni
Dpto. San Justo

Janet Alejandra Scaglia
Dpto. General San Martín
Cecilia Claudia Coraglia
Dpto. San Alberto

REVISORES DE CUENTA

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

TRIBUNAL DE DISCIPLINA

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

SUPLENTE

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

Delegados Departamentales Titulares

DEL COLEGIO ODONTOLÓGICO DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA

Departamento Calamuchita

Cesar Alberto Villacorta
María Georgina Borrego
César Darío Bustos

Departamento Capital

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

Departamento Colón

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

Departamento Cruz del Eje

Mauricio David Mariani
Jorge Luis Hernández
María Eugenia Avila Riera

Departamento General Roca

Víctor José Garrone
Silvina Rosa

Departamento General San Martín

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

Departamento Ischilín

Miguel Eduardo Suarez
Carolina del Valle Boch
Departamento Juárez Celman
Diego Sebastián Zamboni
Liliana Itatí Riveiro
María Celeste Gómez

Departamento Marcos Juárez

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

Departamento Punilla

Rubén Hugo Scholnicov
María Aurelia Marull
Fanny Noelia Aceto
Fabiana Pía Marina Carletto
Körber
Pedro Daniel Di Benedetto

Departamento Río Cuarto

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

Departamento Río Primero

Alberto Marcelino Gaitán
Cecilia Inés Ferreyra
Silvana Erica Vecchio

Departamento Río Segundo

José Augusto Ermoli
María Eugenia Barra
Eliseo Plaza
Eliana Esther Alpi

Departamento San Alberto

Cecilia Claudia Coraglia
Luciano Osvaldo Pages

Departamento San Javier

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

Departamento San Justo

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

Departamento Santa María

María Fabiana Zacaglia
Raúl Ignacio Brunengo
María Teresa Guardabassi
José Ignacio Bueno

Departamento Tercero Arriba

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

Departamento Totoral

Jorge Alberto Haiech

Departamento Tulumba

Marcia Isabel Lescano

Departamento Unión

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

Entre leyes y burocracia, la inseguridad nos acecha y no solo nos matan los de afuera

La burocracia, normativas y leyes vetustas muchas veces se encargan de demorar los cambios tan anhelados por los colegas, esos cambios que permiten EVOLUCIONAR hacia una Odontología con normas claras en las relaciones laborales; pero además, el contexto social y económico tan dinámico y cambiante de la Argentina juega un rol esencial en la toma de decisiones.

Ese contexto social muchas veces nos golpea tan duro, como tener que soportar un hecho aberrante, que nos llenó de dolor y consternación, en donde una colega pierde su vida, en su lugar de trabajo. Silvia Maddalena, el pasado 18 de mayo fue víctima de un acto violento que terminó con su vida, en su propio consultorio de la localidad de Alta Gracia; acto que aún está en proceso de investigación y por el cual pedimos JUSTICIA.

Junto al mencionado hecho, la comunidad odontológica ingresó nuevamente en una situación de vulnerabilidad absoluta, en donde además de las eternas discusiones por contratos de trabajos indignos -en muchas ocasiones-, la falta de una regulación laboral para la profesión liberal, los convenios con obras sociales y prepagas -que en raras ocasiones llegan a contemplar una Odontología de mínima calidad-, sumamos LA INSEGURIDAD EN NUESTROS CONSULTORIOS.

Parece que ahora no solo luchamos contra un sistema de desregulación económica, en donde las reglas de juego impuestas por las prestadoras de medicina prepaga, obras sociales y sindicales muchas veces hacen poner de rodillas a quienes prestamos el servicio, el eslabón más débil quizás, LOS ODONTÓLOGOS, al igual que el resto de los efectores de salud.

Muchos nos quejamos, casi todos lo hacemos, pero pocos toman la decisión de avanzar sobre la PARTICIPACION INSTITUCIONAL y apuestan al pensamiento individual, a la crítica destructiva, sostenida y basada en el argumento de que las instituciones son las responsables; ahora bien, cabe reflexionar que cuando hablamos de instituciones, cada uno de nosotros como socios o matriculados somos parte de esas estructuras y por ello, creo oportuno preguntar: **¿Cuántas veces aportamos algo para cambiar?**

La unidad nos llevará a poner en discusión cuestiones relevantes, líneas de trabajo claras, apuntando hacia asuntos como el control del intrusismo, una distribución de profesionales acorde a la necesidad de las diferentes regiones geográficas (plétora profesional), establecer políticas de salud en el ámbito privado y público tendientes a mejorar la calidad de vida, NO poniendo siempre en tela de juicio solamente aspectos arancelarios, tan de moda en nuestro país cada vez que se habla de paritarias, inflación y otros menesteres económicos que nos hacen perder el foco de nuestro rol en el sistema sanitario.

Ahora, la lucha parece estar planteada entre colegas, se dirime muchas veces en las redes sociales, en donde denigramos nuestro trabajo ofreciendo descuentos, promociones y hasta curas milagrosas.



*José Augusto Ermoli
Presidente Colegio Odontológico
de la Provincia de Córdoba*

EN LA MEDIDA QUE NO NOS RESPETEMOS será difícil poder EVOLUCIONAR hacia un cambio, ya que como autoridades sentimos a veces que perdemos el tiempo controlando publicidades engañosas, indebidas, que en ocasiones llevan a la realización de tratamientos innecesarios, incrementando la cantidad de denuncias por mala praxis, con comprobados actos de impericia e imprudencia profesional. Se EDUCA EN CASA, Y SE ENSEÑA EN LA ESCUELA, por lo cual tampoco es admisible que se cuestione al sistema educativo universitario, que NUNCA fomentó estas formas de anunciarse tan pobres y tendientes a la destrucción de esta bella profesión.

La Odontología nos permite combinar el Arte y la Ciencia, día a día trabajamos para devolverles la sonrisa a nuestros pacientes, no olvidemos el juramento hipocrático, ejercer la profesión dignamente y a conciencia, hacer uso racional y justo de los avances científicos.

Quienes cumplen con los preceptos éticos y morales del ejercicio profesional, los invito a multiplicar esfuerzos y ayudar a quienes no los cumplen. A las instituciones, círculos, asociaciones, federaciones odontológicas, facultades de odontología, los comprometo a **trabajar más allá de los objetivos propios.**

En el marco de los 100 años de la Reforma Universitaria, hito que marcó un cambio, con una marcada proyección latinoamericana, empecemos a caminar rumbo a la REFORMA PROFESIONAL, dignificando el trabajo, fomentando la investigación, aumentando la participación social y solidaria, fomentando la capacitación continua, en donde el trabajo del profesional sea reconocido por su calidad y remunerado de manera justa y digna.

Trabajemos UNIDOS, elevando la voz por políticas centradas en la EDUCACIÓN, LA SEGURIDAD Y LA SALUD, dejemos atrás los objetivos individuales y empecemos a pensar en el colega que día a día se levanta con el ideal de brindar lo mejor a sus pacientes, pero también deseando que el fruto de su trabajo les garantice el bienestar personal y familiar.



Laboratorio Dental Amenábar

Federico Amenábar - M.P. 1920

Implantes

Prótesis fija

Cromo flex

Cromo cobalto

Prótesis removible

Prótesis flexible Deflex

Prótesis sobre implantes

Coronas y Carillas de porcelana pura



labamenabar@gmail.com



0351 - 4241574



Laboratorio Dental Amenábar



0351 - 153356181

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

Prevalencia de osteonecrosis de los maxilares asociada a bisfosfonatos.

Experiencia en un centro hospitalario de la ciudad de Córdoba (Argentina)

Autores:

Dr Fontana, Sebastián ⁽¹⁾

Dr Douthat, Walter ⁽²⁾

Od Rocamundi, Marina ⁽³⁾

Dr Corominas, Oscar S. ⁽⁴⁾

RESUMEN

El uso de bisfosfonatos (BF) para el tratamiento de enfermedades del metabolismo fosfocálcico ha llevado al desarrollo de osteonecrosis mandibular asociada a bisfosfonatos (BRONJ, por sus siglas en inglés). El objetivo de este trabajo fue estudiar la prevalencia de BRONJ en un hospital de la ciudad de Córdoba, Argentina. 347 pacientes participaron en el estudio. Se establecieron los criterios de inclusión: 347 tratados con BF bucales debido a osteoporosis, osteopenia o artritis reumatoide por al menos 3 años. Todos los pacientes concurren a consulta odontológica y a partir de la historia clínica y la

(1) Servicio de Odontología. Hospital Privado Universitario de Córdoba. Profesor Asistente Cátedra de Histología. Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

E-mail: sebastian.fontana@unc.edu.ar

(2) Servicio de Nefrología. Hospital Privado Universitario de Córdoba, Argentina.

E-mail: wdouthat@hospitalprivadosa.com.ar

(3) Profesor Cátedra de Patología. Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina.

E-mail: marina~_rocamundi@hotmail.com

(4) Jefe del Servicio de Odontología. Hospital Privado Universitario de Córdoba. Profesor Asistente Cátedra de Cirugía III. Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba, Argentina

E-mail: ocorominasruiz@hotmail.com

inspección buco-dental se registró: a) causa del tratamiento con BF, b) variedad o tipo de BF utilizado, c) estudios radiológicos y d) presencia o no de lesiones osteonecróticas y su localización. También se midió en suero el Telopéptido C-terminal (CTX). Los pacientes fueron instruidos para estar alertas ante cambios en la mucosa bucal y se les indicó realizar consultas periódicas para descartar cualquier lesión en la mucosa o tejido óseo. Asimismo, se les advirtió que no recibieran procedimientos dentales invasivos. **Resultados:** no encontramos casos de BRONJ en la primera inspección bucal. Sin embargo, dos (2) pacientes de sexo femenino regresaron con lesiones en la mucosa bucal y hueso necrótico expuesto (prevalencia de BRONJ 0,57%) a causa de extracciones dentales. Las lesiones se clasificaron como BRONJ estadio II y se trataron con éxito mediante medicación local/ sistémica (criterios de la Asociación Americana de Cirugía Bucal y Maxilofacial), llegando a la remisión completa. El nivel medio de CTX fue de 225 pg/ml. El análisis anatomopatológico confirmó necrosis ósea. En las condiciones de este estudio, podemos concluir que en pacientes tratados con BF bucales, la incidencia de BRONJ es baja, aunque deben tomarse recaudos para prevenir su aparición.

Palabras clave: Osteonecrosis de la mandíbula, bifosfonato, prevalencia.

ABSTRACT

The use of bisphosphonates (BP) for some osteocalcium metabolic diseases has led to Bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaws (BRONJ). The objective of this paper was to study the prevalence of BRONJ at a hospital in the city of Córdoba, Argentina. 347 patients participated in the study. Inclusion criteria were set: 347 patients under bucal BP treatment, due to osteoporosis, osteopenia or rheumatoid arthritis for at least 3 years. All the patients underwent a buco-dental examination and the following information was tabulated from the medical record and clinical inspection: a) cause of treat-

ment with bisphosphonates; b) variety or type of bisphosphonate used; c) imaging studies and d) presence or not of osteonecrotic lesions and their location. C-terminal telopeptide (CTX) was also measured in serum. Patients were instructed to be alert to any changes in the oral mucosa and to warn professionals about invasive dental procedures. Results: we found no cases of BRONJ at the first oral inspection. However, having previously informed the patients, two (2) of them returned with lesions on the oral mucosa and exposed necrotic bone (prevalence of BRONJ 0.57%) caused by dental extractions. Lesions were classified as BRONJ stage II (American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons criteria) and successfully treated with local/systemic medication showing complete remission. CTX mean level was 225 pg/ml. Anatomopathological analysis confirmed bone necrosis. In the conditions of this study we can conclude that in patients treated with oral BP, the incidence of BRONJ is low.

Key Words: Osteonecrosis of the jaw, bisphosphonate, prevalence.

INTRODUCCIÓN

Los bisfosfonatos (BF) son drogas sintéticas, análogas de los pirofosfatos naturales que se encuentran en el tejido óseo. Poseen una acción protectora sobre el hueso debido a que sus radicales libres (HO) se adhieren a la matriz extracelular, con alta afinidad hacia la hidroxipatita donde permanecen depositados por años^(1,2). Durante las últimas décadas, los BF han sido utilizados para el tratamiento de diferentes trastornos osteocálcicos, tales como osteoporosis, enfermedad de Paget y metástasis óseas causadas por procesos oncológicos. A pesar de su efecto positivo sobre el esqueleto en general, en la literatura científica se informa como uno de los principales efectos adversos el desarrollo de lesiones de osteonecrosis en maxilar superior y mandíbula⁽¹⁻⁴⁾. Se sabe que los BF producen citotoxicidad de osteoclastos, las células resorptivas óseas, ya que bloquean la vía del mevalonato e inducen su apoptosis. En este

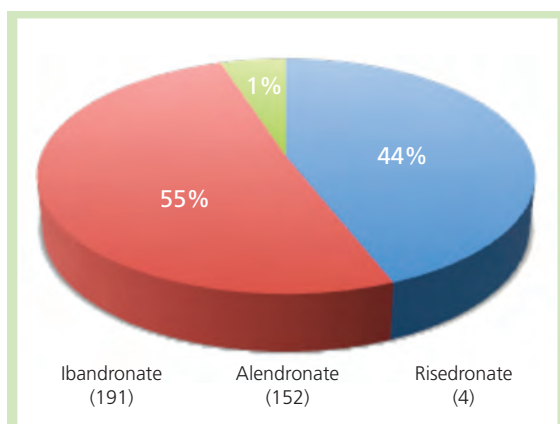


Figura 1: Distribución porcentual según el tipo de BF administrados a los pacientes.

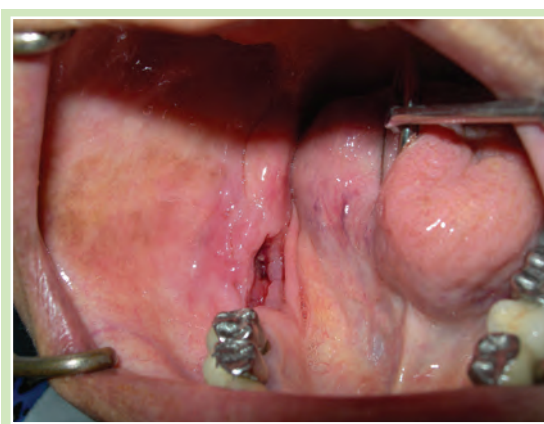


Figura 2: Paciente N° 2. Imagen clínica con lesión de BRONJ en zona posextracción.



Figura 3: Paciente N° 1. Procedimiento quirúrgico a los fines de acceder al fragmento óseo necrótico y realizar su extirpación.

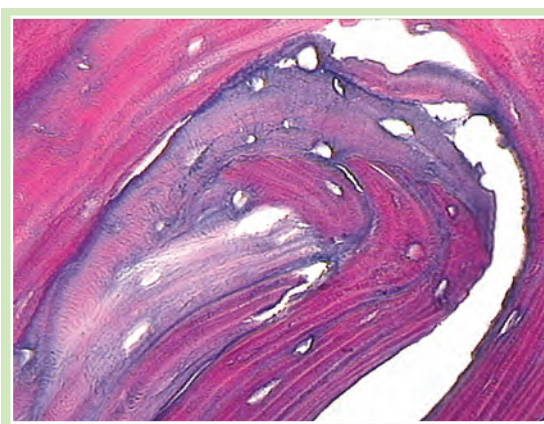


Figura 4: Microfotografía del fragmento óseo necrótico. Se observan lagunas osteocíticas vacías y compartimentos óseos asemejando un patrón pagetoide (Hematoxilina de Hansen. Magnificación Original x 400).

sentido, ocurre una detención del ciclo de remodelado y recambio del tejido óseo⁽¹⁾. Además, tienen un efecto anti-angiogénico, ya que inhiben el factor de crecimiento vascular endotelial^(3,4) y así se produce una disminución del aporte sanguíneo produciendo “huesos adinámicos, congelados”, que junto a condiciones locales como el biofilm, el daño de la mucosa bucal y los procedimientos dentales invasivos, pueden provocar la exposición necrótica del hueso, carente de mecanismos reparativos⁽⁵⁾.

La osteonecrosis de los maxilares asociada a bisfos-

fonatos (BRONJ, por sus siglas en inglés) se define como “un área de la región maxilofacial con exposición ósea persistente por lo menos ocho semanas, sin antecedentes de radioterapia”⁽⁶⁾. Primero, se la observó en pacientes bajo tratamiento con bisfosfonatos intravenosos como zoledronato y pamidronato^(1,4,7) y posteriormente fue descrita en pacientes con osteoporosis, tratados con BF bucales, tales como ibandronato y alendronato^(8,9).

La prevalencia de osteonecrosis varía considerablemente según la vía de administración de los BF.

Cuando se los utiliza administrados por vía bucal, como ocurre generalmente en el caso de tratamientos de osteoporosis, la prevalencia se encuentra en un rango entre 0,4% al 1,7 %^(7,10,11). Mientras que en pacientes que reciben BF por vía endovenosa -por ejemplo para el tratamiento de cáncer de mama, próstata o mieloma múltiple-, se reportan valores de prevalencia más altos, variando entre 2,09%, pudiendo llegar hasta 20%^(12,13).

Algunos marcadores bioquímicos se utilizan para determinar el grado de remodelado del tejido óseo. Entre otros, el más utilizado es el teleopéptido C-terminal (CTX) o Crosslaps^(14, 15, 16).

El objetivo de este trabajo es estudiar la prevalencia de osteonecrosis de los maxilares asociada a bisfosfonatos administrados por vía bucal, en pacientes de un centro hospitalario de la ciudad de Córdoba, Argentina.

METODOLOGÍA

Pacientes

Se realizó un estudio longitudinal donde se incluyeron 347 pacientes del Hospital Privado Universitario de Córdoba (HP), Ciudad de Córdoba, Argentina, desde agosto de 2014 hasta diciembre de 2016. El protocolo fue aprobado por el Comité Institucional de Ética de Investigaciones en Salud (CIEIS) de la Institución y todos los individuos que participaron en el estudio firmaron el consentimiento informado correspondiente.

Criterios de Inclusión y Exclusión

Se incluyeron pacientes tratados con BF por vía bucal, por más de tres años, a causa de osteoporosis, osteopenia y/o artritis reumatoidea. Las personas involucradas pertenecían a los Servicios de Metabolismo Óseo y Mineral y de Reumatología del HP.

También se fijaron criterios de exclusión: pacientes en radioterapia, pacientes en tratamiento con BF por

menos de tres años, así como las personas que no firmaron el formulario de consentimiento informado para participar en el estudio.

Pruebas y tratamiento

A todos los pacientes se les realizó un exhaustivo examen de la cavidad bucal y se le solicitaron imágenes radiográficas (ortopantomografía). Se analizaron las siguientes variables: a) edad, b) sexo, c) causa del tratamiento con bisfosfonatos, y d) variedad o tipo de BF utilizado. En el caso de hallar una lesión osteonecrotica, se especificó ubicación, causa de desarrollo y estadificación según los criterios propuestos por la Asociación Americana de Cirugía Oral y Maxilofacial (AAOMS) en 2014⁽¹⁷⁾. Se instruyó a los pacientes sobre técnicas de higiene y cuidado bucal y se les indicó que realizaran consultas periódicas para descartar cualquier lesión en la mucosa o tejido óseo. Se solicitó análisis de telopéptido C-terminal (CTX), medido en suero.

RESULTADOS

Del total de pacientes estudiados, 191 (55%) estaban bajo tratamiento con Ibandronato, 152 (44%) con Alendronato y 4 (1%) con Risedronato (Figura 1). A la primera inspección, no se observó ningún paciente con signos de osteonecrosis; sin embargo, durante el transcurso de la investigación, dos de sexo femenino regresaron al consultorio con lesión de hueso expuesto y mucosa eritematosa circundante. Ambas estaban medicadas con Ibandronato y la causa del inicio de las lesiones fue por extracción dentaria. Estas pacientes ingresaron en un plan de seguimiento y tratamiento conservador basado en los lineamientos de la AAOMS⁽¹⁷⁾. Dado que estas lesiones tuvieron una evolución mayor a 8 semanas, se diagnosticaron como BRONJ estadio II y la prevalencia sobre el total de pacientes fue de 0,57%. Se citó a las pacientes semanalmente

Tabla 1: datos específicos de las 2 pacientes con desarrollo de BRONJ

Paciente sexo/edad	Nº1: Mujer, 72 años	Nº2: Mujer, 67 años
Enfermedad	Artritis reumatoidea	Osteoporosis
Medicación	Ibandronato (5 años) Meprednisona, Naproxeno, Methotrexato.	Ibandronato (8 años)
Estadio y localización	II. Maxilar superior. Área de premolares	I. Mandíbula, espacio retromolar
Causa probable de iniciación	Extracción dental	Extracción dental

para ser tratados mediante lavajes intralesionales con solución de iodopovidona y se les administró clindamicina por vía bucal (300 mg, durante siete días). Uno de los casos remitió definitivamente con esta forma terapéutica y el otro requirió la extirpación mediante levantamiento de colgajo para retirar el secuestro de BRONJ (Figuras 2 y 3). En ambos casos, el resultado fue exitoso, con remisión completa de las lesiones. El valor medio del telopéptido CTX para todos los pacientes fue de 225 pg/ml. Los datos individuales se muestran en la Tabla 1.

El diagnóstico anatomopatológico de los secuestrados (Figura 4) confirmó la necrosis ósea, con las siguientes características: compartimentos óseos demarcados, con un patrón de mosaico similar al de la enfermedad de Paget, trabéculas engrosadas y sin comunicación con los espacios medulares. Se observaron líneas incrementales de remodelación y reversión ósea.

DISCUSIÓN

En la actualidad, diferentes patologías que cursan con balance óseo negativo se tratan con diferentes tipos de bisfosfonatos. Un efecto adverso de esta terapia es la osteonecrosis de los maxilares (BRONJ) que, si bien ocurre en un bajo porcentaje de casos, la gravedad y persistencia de las lesiones complican su tratamiento y resolución. Los primeros estudios ^(1,4,8) la relataron en pacientes que recibían BF intravenosos (zoledronato, pamidronato, risedronato); pero luego se la describió en pacientes con osteoporosis, tratados con BF bucales (ibandronato, alendronato), aunque en estos últimos la posibilidad de desarrollar lesiones necróticas disminuye, con una prevalencia que oscila entre 0,4% al 1,7 % ^(8,10,11). La AAOMS ⁽¹⁸⁾ ha establecido criterios para el diagnóstico y tratamiento de BRONJ a fin de lograr la remisión o detener la

progresión de las lesiones osteonecróticas. En la bibliografía^(17,18,19) se informa que además de los bifosfonatos, otros fármacos pueden ser agentes etiológicos de BRONJ, lo que amplía la definición a "osteonecrosis de los maxilares asociada a medicamentos (MRONJ)".

En este trabajo se evaluó la prevalencia de osteonecrosis en 347 pacientes medicados con BF bucales debido a osteoporosis, osteopenia y/o artritis reumatoidea. No encontramos casos de osteonecrosis en la primera inspección bucal. Sin embargo, habiendo informado e instruido previamente a los pacientes, dos de ellos (0,57%) regresaron al consultorio con lesiones en la mucosa bucal y hueso necrótico expuesto, clasificadas de acuerdo con los criterios terapéuticos de AAOMS como BRONJ estadio II. Se han reportado numerosos tratamientos para BRONJ que resultaron exitosos^(5,16,20). En nuestra experiencia, el tratamiento conservador con medicación sistémica e irrigaciones intralesionales semanales que se aplicó a las pacientes, resultó en una remisión completa de la afección, en un tiempo considerable. Las características histopatológicas encontradas en las muestras de secuestro son coherentes con la descripción realizada por Paparella ML⁽²¹⁾, donde se observan líneas incrementales en los fragmentos de tejido osteonecrótico y se muestra un patrón pagetoide.

Dentro de los límites de este trabajo, se puede concluir que la prevalencia de osteonecrosis en individuos tratados con BF de administración bucal es baja. Sin embargo, los traumatismos locales (cirugía, extracciones, lesiones por prótesis no adaptadas o lesiones traumáticas) pueden favorecer la aparición de BRONJ.

El abordaje interdisciplinario con especialistas en metabolismo mineral, reumatología y oncología ayudaría a determinar cuál es el estado general de remodelado óseo del paciente y de esa forma, decidir la terapia odontológica a seguir, evitando crear lesiones secundarias en el hueso.

Las conclusiones de este trabajo se realizaron teniendo en cuenta algunas limitaciones metodológicas, intentando en futuras investigaciones, aumentar el número de pacientes y utilizando marcadores bioquímicos con mayor especificidad y sensibilidad (Vitamina D, fosfatasa alcalina, Osteocalcina y NTX).

AGRADECIMIENTOS

El trabajo de investigación fue subsidiado por la Secretaría de Ciencia y Tecnología de la Universidad Nacional de Córdoba (UNC), Argentina (Secyt-UNC 203/14, Cod. N° 308 201301 00170-CB). A la Dra Ruth Ferreyra de Prato por el análisis histopatológico de los especímenes de tejido óseo.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Marx RE. Pamidronate (Aredia) and zoledronate (Zometa) induced avascular necrosis of the jaws: a growing epidemic. *J Oral Maxillofac Surg.* 2003;61:1115-7
- 2) Lesclous P, AbiNajm S, Carrel JP, Baroukh B, Lombardi T, Willi JP, Rizzoli R, Saffar JL, Samson J. Bisphosphonate-associated osteonecrosis of the jaw: a key role of inflammation? *Bone.* 2009;45:843-52.
- 3) Fournier P, Boissier S, Filleul S, Guglielmi J, Cabon F, Colombel M. Bisphosphonates inhibit angiogenesis in vitro and testosterone-stimulated vascular regrowth in the ventral prostate in castrated rates. *Cancer Res.* 2002;62:6538-44.
- 4) Vincenzi B, Santini D, Dicuonzo G, Battistoni F, Gavasci M, La Cesa A, et al.

- Zoledronic acid-related angiogenesis modifications and survival in advanced breast cancer patients. *J Interferon Cytokine Res.* 2005;25:144-51.
- 5) Plantalech L. Tratamiento de la osteoporosis: Novedades. *Actualiz Osteología* 3(2): 96-105, 2007.
 - 6) Burr DB; ASBMR Task Force. Summary of ASBMR Task Force on ONJ. *J Musculoskeletal Neuronal Interact.* 2007;7:354-355.
 - 7) Mücke T, Krestan CR, Mitchell DA, Kirschke JS, Wutzl A. Bisphosphonate and Medication-Related Osteonecrosis of the Jaw: A Review. *Semin MusculoskeletRadiol.* 2016;20:305-314.
 - 8) Marx RE, Sawatari Y, Fortin M, Broumand V. Bisphosphonate-induced exposed bone (osteonecrosis/osteopetrosis) of the jaws: risk factors, recognition, prevention, and treatment. *J Oral Maxillofac Surg.* 2005;63:1567-75.
 - 9) Kwon JW1, Park EJ2, Jung SY3, Sohn HS4, Ryu H5, Suh HS6. A Large National Cohort Study of the Association between Bisphosphonates and Osteonecrosis of the Jaw in Patients with Osteoporosis: A Nested Case-control Study. *J Dent Res.* 2015;94:212-9. doi: 10.1177/0022034515587862. Epub 2015 May 22.
 - 10) Rachner TD1, Platzbecker U, Felsenberg D, Hofbauer LC. Osteonecrosis of the jaw after osteoporosis therapy with denosumab following long-term bisphosphonate therapy. *Mayo Clin Proc.* 2013;88:418-9. doi: 10.1016/j.mayocp.2013.01.002.
 - 11) Khan A1, Morrison A2, Cheung A3, Hashem W4, Compston J5. Osteonecrosis of the jaw (ONJ): diagnosis and management in 2015. *Osteoporos Int.* 2016;27:853-9. doi: 10.1007/s00198-015-3335-3.
 - 12) Rugani P1, Walter C, Kirnbauer B, et al. Prevalence of Medication-Related Osteonecrosis of the Jaw in Patients with Breast Cancer, Prostate Cancer, and Multiple Myeloma. *Dent J (Basel).* 2016 Sep 27;4(4). pii: E32. doi: 10.3390/dj4040032.
 - 13) Galis B, Zajko J, Hirjak D, Vanko L, Kupcova I, et al. Is the prevalence of the medication-related osteonecrosis of the jaws underestimated, evaluation in oncological and non-oncological disease. *Bratisl Lek Listy.* 2017; 118(12):724-731. doi: 10.4149/BLL_2017_137.
 - 14) Lazarovici TS, Mesilaty-Gross S, Vered I, Pariente C, Kanety H, Givol N, Yahalom R, Taicher S, Yarom N. Serologic bone markers for predicting development of osteonecrosis of the jaw in patients receiving bisphosphonates. *J Oral Maxillofac Surg.* 2010;68:2241-7.
 - 15) Baim S1, Miller PD. Assessing the clinical utility of serum CTX in postmenopausal osteoporosis and its use in predicting risk of osteonecrosis of the jaw. *J Bone Miner Res.* 2009;24:561-74. doi: 10.1359/jbmr.090203.
 - 16) Schwartz HC. C-Terminal Telopeptide. Science or Politics? *J Oral Maxillofac Surg.* 2015;73:1239. doi: 10.1016/j.joms.2015.03.058. Epub 2015 Apr 27.
 - 17) Ruggiero SL1, Dodson TB2, Fantasia J3, Goodday R4, Aghaloo T5, Mehrotra B6, O'Ryan F7; American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons position paper on medication-related osteonecrosis of the jaw-2014 update. *J Oral Maxillofac Surg.* 2014;72:1938-56. doi: 10.1016/j.joms.2014.04.031.
 - 18) Troeltzsch M, Probst F, Troeltzsch M, Ehrenfeld M, Otto S. Conservative management of medication-related osteonecrosis of the maxilla with an obturator prosthesis. *J Prosthet Dent.* 2015 Mar;113(3):236-41. doi: 10.1016/j.prosdent.2014.08.010.
 - 19) Muthukrishnan A, Bijai Kumar L, Ramalingam G. Medication-related osteonecrosis of the jaw: a dentist's nightmare. *BMJ Case Rep.* 2016 Apr 6;2016. pii: bcr2016214626. doi: 10.1136/bcr-2016-214626.
 - 20) Curi MM, Cossolin GS, Koga DH, Zardetto C, Christianini S, Feher O, Cardoso CL, dos Santos MO. Bisphosphonate-related osteonecrosis of the jaws. An initial case series report of treatment combining partial bone resection and autologous platelet-rich plasma. *J Oral Maxillofac Surg.* 2011;69:2465-72.
 - 21) Paparella ML, Brandizzi D, Santini-Araujo E, Cabrini RL. Histopathological features of osteonecrosis of the jaw associated with bisphosphonates. *Histopathology.* 2012;60 :514-6.

PREMIO FUNDACION CREO 2018



MEJOR
TRABAJO DE
INVESTIGACIÓN
EN ODONTOLOGÍA

MEJOR
TAREA DE
ODONTOLOGÍA
COMUNITARIA

El premio para cada categoría incluye diploma, publicación del trabajo en revista Cúspide y la suma de **\$ 28.000**.

Pueden postularse odontólogos o equipos de trabajo de la Argentina con trabajos terminados. En ningún caso se aceptarán proyectos.

Límite de recepción: viernes 6 de julio de 2018.

Los trabajos deberán presentarse en la sede de Fundación Creo.

Organiza



FUNDACIÓN CREO
PARA EL PROGRESO CONTINUO
DE LA ODONTOLOGÍA

Acompaña



Continuamos con el cuidado
que empieza en su consulta

Bases y condiciones



www.fundacioncreo.org.ar



comunicacion@fundacioncreo.org.ar



(+54) 9 351 241-3740



Av. Velez Sarsfield 1460 - 5º Piso, Cba

Técnica quirúrgica alternativa para disminuir el riesgo de lesión del nervio dentario inferior, por extracción del tercer molar inferior.

Autor:

Dr. Aldo Rondoletto ⁽¹⁾

RESUMEN

Objetivo: presentar una técnica alternativa para la extracción de terceros molares retenidos en íntima relación con el nervio dentario inferior, minimizando la posibilidad de lesionar estructuras anatómicas.

Exposición del caso: La técnica quirúrgica aplicada se realizó en dos tiempos: en el primero se efectuó la liberación ósea, la coronotomía y la biopulpectomía del molar retenido, generando un espacio para la erupción del mismo. El segundo tiempo se efectuó luego de corroborar el desplazamiento del fragmento radicular de la zona de riesgo con el conducto, momento en el cual se llevó a cabo la exéresis final.

Conclusión: Se observó una respuesta favorable, de desplazamiento del remanente del tercer molar inferior, alejándose de la zona de íntima relación entre la raíz y el nervio, lo cual disminuyó así el riesgo de lesionar estas estructuras anatómicas.

Palabras clave: tercer molar retenido- nervio dentario inferior-técnica quirúrgica

ABSTRACT

Objective: to present an alternative technique for the extraction of retained third molars intimately related to the lower dental nerve, minimizing the possibility of injuring neighboring structures.

Case Presentation: the surgical technique proposed was done in two times. The first time, consisted in osteotomy, coronectomy and biopulpectomy of the retained molar. The second time was carried out after verifying the displacement of radicular fragments in the risk zone of the duct; subsequently the exeresis was carried out.

Conclusion: a favorable response was observed. There was a displacement of the remaining of the lower third molar which moved away from the area of intimate relationship between the root and the nerve. It reduced the risk of injuring these anatomical structures.

Key words: retained third molar – lower dental nerve - surgical technique

(1) Odontólogo, Doctor en Odontología y Docente Universitario, Universidad Nacional de Córdoba.

Exdocente de la cátedra de Cirugía II A, Universidad Nacional de Córdoba.

Docente de la Maestría en Odontología Estética Rehabilitadora, Universidad de Buenos Aires.

INTRODUCCIÓN

La gran mayoría de las neuropatías del nervio dentario inferior están asociadas a una extracción dentaria, siendo más frecuentes las ocasionadas por extracción de los terceros molares inferiores retenidos (1,2,3).

En un estudio tomográfico realizado por Kaeppler (4) en la zona apical del tercer molar inferior, se demostró que en el 26% de los casos, el curso del canal dentario inferior está ubicado interradicularmente y ocasionalmente abrazado por las raíces, lo que constituye un alto riesgo de generar parestesia (figura 1) (5,6).

Cuando comprobamos situaciones anatómicas como las expuestas en las imágenes, existe un alto riesgo de lesionar las estructuras del paquete vásculonervioso al intentar la extracción del tercer molar. Las maniobras de odontosección, como la remoción del remanente radicular por medio del uso de elevadores, ponen en riesgo la preservación total de dicha estructura.

Las injurias al nervio dentario inferior durante la remoción del tercer molar pueden ser clasificadas de acuerdo al tipo de lesión en:

1- Neuropraxia: esta es la más benigna de las lesiones. El restablecimiento fisiológico es relativamente rápido y puede volver espontáneamente

2- Axonotmesis: la regeneración se hace dificultosa, pero posible si no se ha provocado una sección total del nervio.

3- Neurotmesis: se produce por una sección anatómica del nervio y es irreversible.

Es posible una combinación de los tres tipos de lesiones en un mismo traumatismo, lo cual puede complicar el diagnóstico y el tratamiento (7, 8).

Estas lesiones pueden producirse por: aplastamiento de las paredes del conducto, al aplicar la fuerza de un elevador, al intentar dividir el elemento dentario por medio de un instrumental rotatorio, por traumatismos ocasionados por una fuerza desmedida durante la extracción, que incluso pueden fracturar la mandíbula y lesionar el nervio, por el curetaje en la zona y también por accidentes y complicaciones de la anestesia (1,3).

Podemos decir que la anestesia corresponde a una interrupción completa del influjo nervioso, con ausencia de sensibilidad. La hipoestesia corresponde a una disminución más o menos importante de la conducción nerviosa.

Las parestesias agrupan las perturbaciones de la conducción sensitiva, asociadas a una disminución de la sensibilidad y a otras sensaciones conjuntas, como la morbilidad (1,9,10).

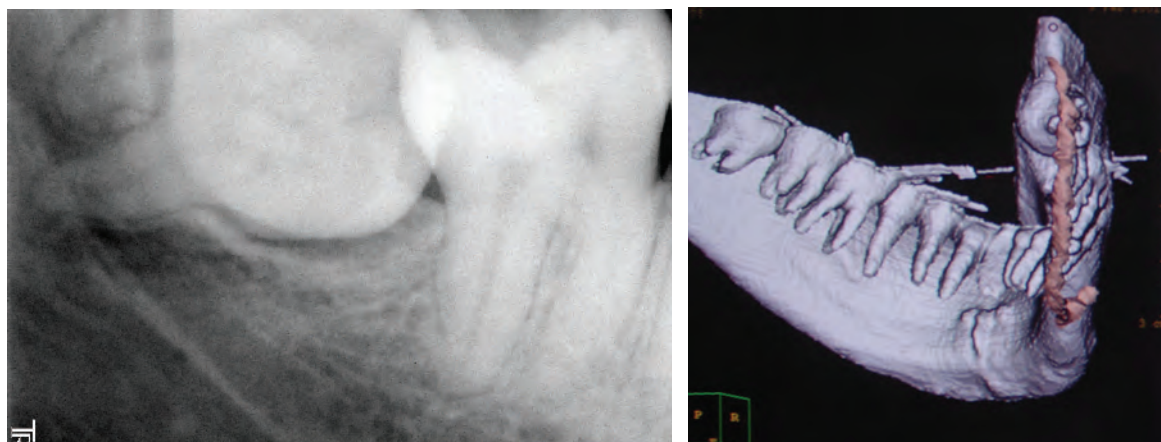


FIGURA 1: Imagen de una radiografía periapical (a), corroborada con tomografía en 3D (b), donde se observa el nervio dentario inferior entre las raíces.

La sensación de parestesia puede ser muy incómoda para el paciente, y provocar síntomas como sensación de hormigueo, entumecimiento, picazón, ausencia de sensibilidad intrabucal y extrabucal, dolor que se irradia desde la oreja a la punta del mentón, anestesia prolongada y/o permanente, entre otros (9).

La indicación de extracciones de 3ros molares es muy frecuente. Es común que muchos casos de ortodondia finalicen durante la adolescencia (entre 15 y 18 años) (11). En este momento los terceros molares inferiores todavía no hicieron su aparición en boca y se encuentran a una altura que frecuentemente está en vecindad con el nervio dentario inferior. La indicación de los ortodontistas una vez terminado su tratamiento, es la extracción de los terceros molares cuando falta espacio en la arcada (11).

En base a los antecedentes descriptos, el objetivo del presente trabajo fue exponer una técnica realizada en dos tiempos quirúrgicos para la extracción de terceros molares retenidos en íntima relación con el nervio dentario inferior, minimizando la posibilidad de lesionar estructuras vecinas.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Descripción de la Técnica quirúrgica

Antes de comenzar la cirugía, se indicó a los pacientes, efectuar enjuagues con solución de clorhexidina al 0.12 % durante cinco minutos. Se anestesió el nervio dentario inferior con una técnica directa de Fisher y una infiltrativa terminal al nervio bucal. La incisión de los tejidos blandos se realizó en forma perpendicular sobre el reborde y una incisión sulcular (en bolsillo) por vestibular. Se eliminó el tejido

óseo que rodeaba la porción coronaria, por mesial, vestibular, distal y oclusal.

La técnica quirúrgica propuesta se realizó en dos tiempos. El primero fue de liberación, eliminando el hueso, oclusal, mesial, vestibular y distal, que rodeaba a la porción coronaria (figura 2). A continuación, se realizó un corte sobre la corona del elemento dentario. Este corte involucró la cámara pulpar del elemento para poder de este modo, realizarle una biopulpectomía parcial y que el remanente dentario que quedara en el lecho quirúrgico, no presentara sensibilidad dentaria.

Al eliminar gran parte de la corona dentaria, se logra quirúrgicamente >un espacio para que el remanente del tercer molar se desplace y se aleje de la zona de riesgo (conducto dentario). Así, la intervención profesional favorece un proceso natural que es la erupción dentaria y que en casos como el que se presenta en este estudio, se encuentra bloqueada por la interposición del 2º molar.

Después de esta primera etapa se hicieron controles radiográficos, para constatar el movimiento del tercer molar (figura 3).

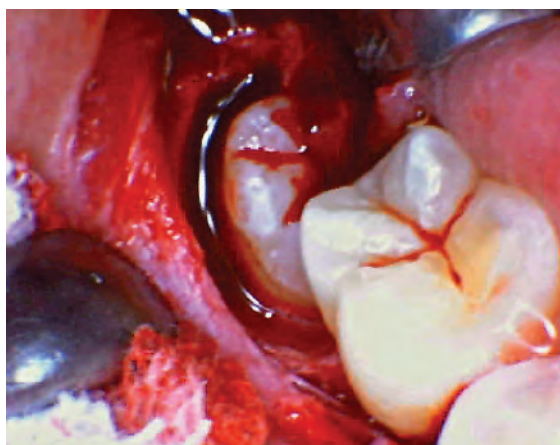


FIGURA 2: Liberación de tejido óseo mesial, vestibular, distal y oclusal.

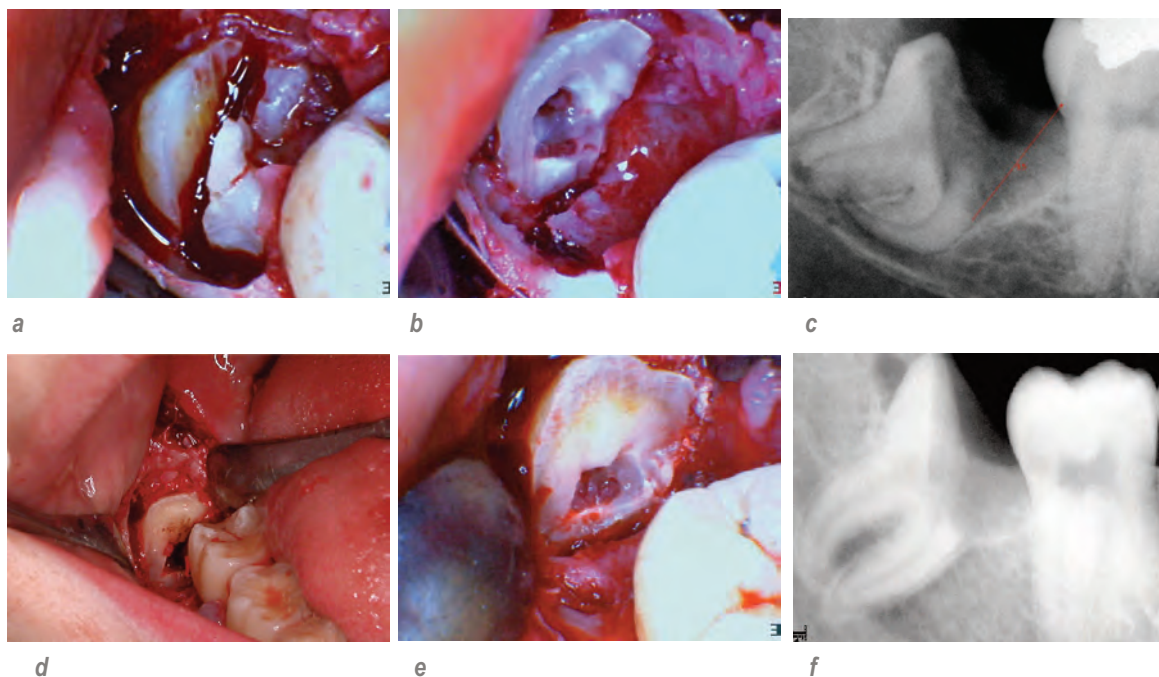


FIGURA 3: En las diferentes tomas (a, b, c, d, e, y f) de la secuencia se puede observar el espacio que deja la resección de la porción coronaria.

Odontosección

Se realizaron cortes transversales al eje largo del tercer molar quedando separada la porción radicular de la coronaria y dejando un espacio entre el segundo y el tercer molar.

Dado que el corte involucraba la cámara pulpar, se realizó una biopulpectomía parcial lavando la cámara con hidróxido de calcio y todo el lecho quirúrgico con gluconato de clorexidina.

Control Radiográfico

Se obtuvieron radiografías de control inmediatas al acto quirúrgico, donde se midió el espacio dejado por la coronotomía (la medición se llevó a cabo por medio de un visiógrafo). Para poder cuantificar el grado de corrimiento (desplazamiento o migración) del resto radicular hacia el espacio dejado por la corona, se estableció un punto fijo y se lo llamó PF.

Este punto se tomó desde la unión amelo-cementaria del segundo molar y un punto migratorio tomado de la parte más inferior del corte del elemento al cual se lo llamó PM. El espacio comprendido entre el PM y el PF se denominó VI: valor inicial. En imágenes radiográficas obtenidas posteriormente se realizaron las mismas mediciones, para obtener el valor final (VF). La diferencia obtenida entre VI y VF, fue considerada como el VM: valor de migración. De este modo se pudo evaluar el desplazamiento del resto del tercer molar, medido en milímetros (figuras 4 y 5).

Una vez corroborado el desplazamiento por medio del control radiográfico, se realizaron tomografías de control para evaluar la distancia exacta del movimiento y posteriormente el segundo tiempo quirúrgico, consistió en la remoción del resto del tercer molar retenido.

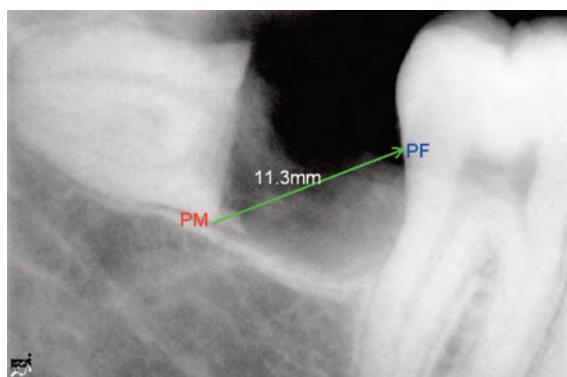


FIGURA 4: Imagen radiográfica ilustrativa de los puntos de referencia obtenidos en las mediciones.

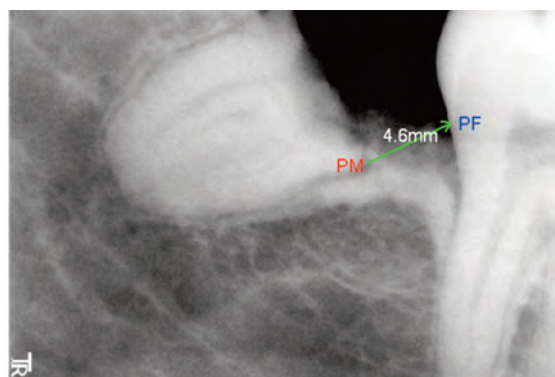


FIGURA 5: Ilustración de un caso cuyo valor final fue de 4.6 mm.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Se presenta a continuación un caso de un tercer molar inferior, donde el canal dentario inferior está ubicado in-

terradicularmente, abrazado por las raíces dentarias. La radiografía periapical y el estudio tomográfico corroboran la ubicación del canal en las tres posiciones del espacio, con íntima relación entre las raíces (Figuras 6,7,8,9).

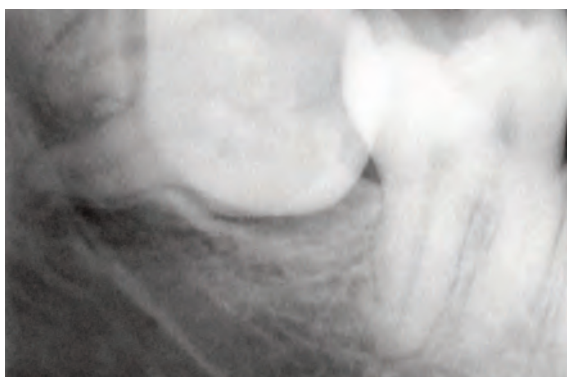


FIGURA 6: Radiografía periapical.

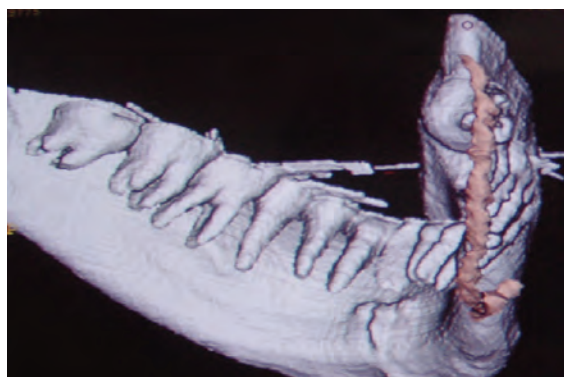


FIGURA 7: Tomografía en 3D, vista inferior.

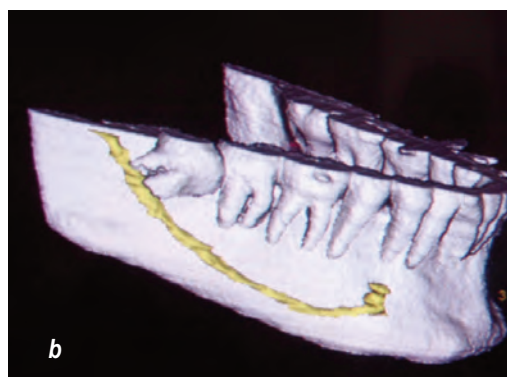


FIGURA 8 (a y b): Tomografía en 3D, vista sagital.

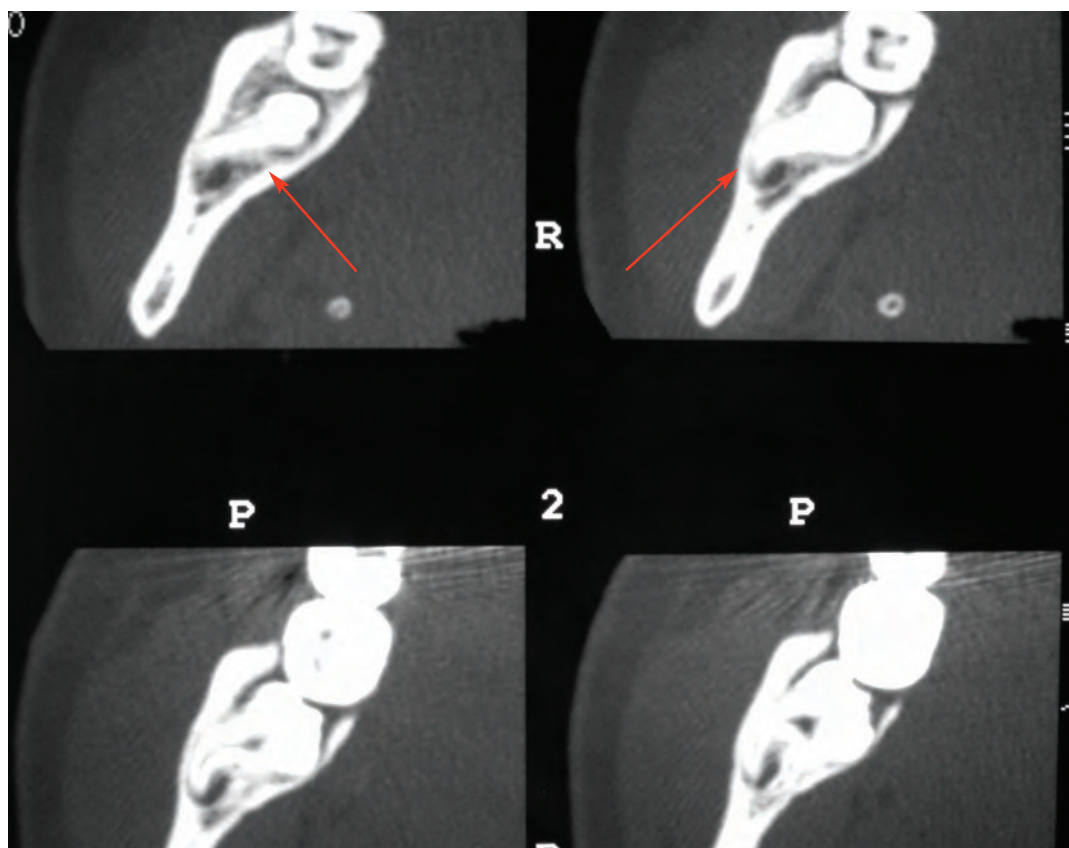


FIGURA 9: Verificación tomográfica que muestra el compromiso del nervio con la raíz del tercer molar.

Se realizó el primer tiempo quirúrgico de liberación en el tejido óseo y la odontosección de la porción coronaria involucrando la cámara pulpar, según muestra la figura 10.

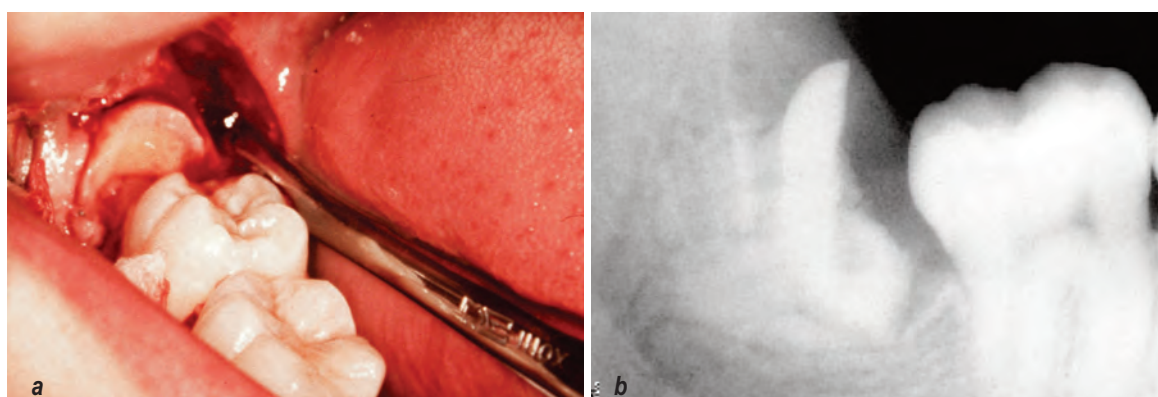


FIGURA 10 (a y b): Liberación y corte de la porción coronaria y control radiográfico del corte.

Con el seguimiento radiográfico mes a mes, se verificó el desplazamiento del resto radicular y se corroboró con una tomografía de control final, donde se puede ver claramente el espacio entre el conducto dentario y el resto radicular (figura 11).

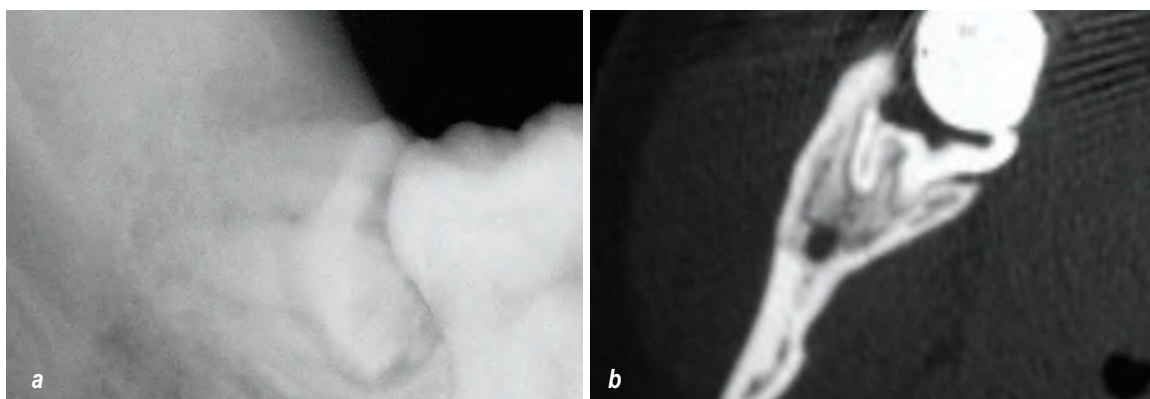


FIGURA 11 (a y b): Desplazamiento del resto radicular corroborado con radiografía y tomografía de control.

La extracción del resto radicular no presentó ninguna complicación (figura 12), el remanente dentario tenía cierto grado de movilidad producido por la erupción hacia el espacio de la coronotomía. Se puede observar la separación de las raíces donde la tomografía muestra el recorrido del nervio y las huellas por donde pasaba el conducto dentario inferior.

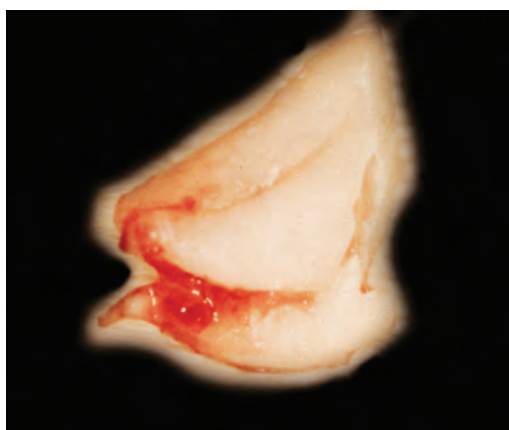


FIGURA 12: Resto radicular en el que se puede ver el canal por donde pasaba el nervio.

CONCLUSIÓN

Se observó una respuesta favorable como resultado de la intervención, esto es, el desplazamiento del remanente del tercer molar inferior, alejándose de la zona de íntima relación entre la raíz y el nervio, lo cual disminuyó así el riesgo de lesionar estas estructuras anatómicas.

Mediante el control tomográfico que se realizó antes de efectuar la extracción, quedó demostrado que esta técnica de corte, liberación y espera en dos tiempos, para remover las raíces que tenían relación con el nervio, disminuyó el riesgo de lesión al nervio al tomar distancia de la zona.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Bataineh A.B.: Sensory nerve impairment following mandibular third molar surgery. J. Oral Maxillofac. Surg. 2001; 59 (9): 1012-1017. Review.
- 2) Carmichael F.A., Mc Gowan D.A.: Incidence of nerve damage following third molar removal: a West of Scotland Review. Oral Surgery Research Group Study. Br. J. Oral Maxillofac. Surg. 1992; 30 (2): 78-82.
- 3) Chiapasco M., Pedrinazzi M., Motta J., Crescentini M., Ramundo G.: Surgery of lower third molar and lesions of the lingual nerve. Minerva Stomal. 1996; 45(11): 517-22.
- 4) Kaeppler G.: Conventional cross sectional tomographic evaluation of mandibular third molars. Quintessence int. 2000; 31(1): 49-56.
- 5) Appia H., Anane S.: Protection of the lingual nerve during operations on the mandibular third molar: a simple method. Br. J. Oral Maxillofac. Surg. 1997; 35 (3): 170-2.
- 6) -Wofford D.T., Miller R.I.: Prospective study of dysesthesia following odontectomy of impacted mandibular third molars. J. Oral Maxillofac. Surg. 1987; 45 (1): 15-19.
- 7) Swanson A.E.: Incidence of inferior alveolar nerve injury in mandibular third molar surgery. J. Can. Dent. Assoc. 1991; 57 (4): 327-8.
- 8) Beeman, C. Third molar management. A case for routine removal in adolescent and young adult orthodontic patients. J. Oral Maxillofac. Surg. 1999; 57: 824-830. Tay A.B., Go W.S.: Effect of exposed inferior alveolar neurovascular bundle during surgical removal of impacted lower third molars. J. Oral Maxillofac. Surg. 2004; 62(5): 592-600.
- 9) -Blondeu F.: Paresthesia: incidence following the extraction of 455 mandibular impacted third molar. J. Can Dent. Assoc. 1994; 60 (11): 991-994. French.
- 10) Petrie, A.: Permanent damage to inferior alveolar and lingual nerves during the removal of impacted mandibular third molars. Br. Dent. J. 1992; 20; 172 (12): 437.
- 11) Chiapasco M., Crescentini M., Romanoni G.: Gernectomy or delayed removal of mandibular impacted third molars: the relationship between age and incidence of complications. J. Oral Maxillofac. Surg. 1995; 53 (4): 418-22.



RE 
LABORATORIO DENTAL

VITA

César Emilio Re
M.T. 784

PRÓTESIS FIJA,
METALES, CERÁMICA LIBRE DE METAL.
CIRCONIO

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

Roma 1220 - Tel.: 0351 4520392



+549 351 6172000

TOMOGRAFO CONE BEAM

ORTOPANTOMOGRAFÍA DIGITAL

IMAGENES DE MAYOR
CALIDAD Y EXACTITUD

BAJA DOSIS DE RADIACION

Av. Gauss 5639 - Barrio Villa Belgrano - Córdoba Capital

TURNOS



03543 442374



ASAMBLEA DE DELEGADOS DEPARTAMENTALES

El pasado 18 de mayo se desarrolló la Asamblea General Ordinaria, en la cual se trataron un total de 17 puntos, dentro de los que se destacan la aprobación del Reglamento de Anuncios Publicitarios, Reempadronamiento Gratuito Obligatorio y Domicilio Legal Electrónico, todas estas medidas tendientes a mejorar la comunicación con los matriculados y disponer pautas claras y precisas a la hora de efectuar publicidades.

Con un amplio y extenso debate de cada punto y una duración de 7 horas de trabajo, tanto delegados como miembros del Consejo Directivo renovaron el compromiso de seguir velando por el progreso profesional.



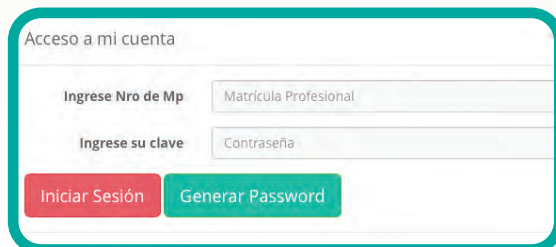
Queremos mejorar la comunicación con VOS, AYUDANOS!

REEMPADRONAMIENTO OBLIGATORIO Y GRATUITO

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

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

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



Entre TODOS digámosle BASTA a las publicidades indebidas

REGLAMENTO DE ANUNCIOS PUBLICITARIOS

El objetivo planteado en la redacción y posterior puesta en vigencia del reglamento es el de unificar, clarificar y pautar el derecho a publicidad de los profesionales odontólogos que se desempeñan como tal en el ámbito de la Provincia de Córdoba.

Además este reglamento pretende resguardar el ejercicio ético, las incumbencias profesionales y proteger la salud de la población evitando las ofertas pseudo profesionales, el mercantilismo y la difusión de información incorrecta que pueda afectarla.

En dicho sentido quien desee promover su actividad profesional, comunicar datos de investigaciones propias o de terceros, opinar sobre cuestiones vinculadas a nuestra ciencia, o realizar tareas de promoción, prevención y educación odontológica, a través de los medios masivos de comunicación, deberá garantizar la veracidad del contenido, la exactitud del mensaje, el decoro y dignidad profesional.

Sugerimos dar lectura al mismo, disponible en la página web institucional, a fin de evitar SANCIONES DISCIPLINARIAS.



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 (Matrícula N° 61.454)

Chavarría, Fernando Gabriel (Matrícula N° 61.460)

Mariano, Fernando Mario Marcelo (Matrícula N° 61.453)

Datos de la oficina:

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

Tel.: 0351 4216085 | 4216573 | 4256855

Email: marianofm@fibertel.com.ar



San Cristóbal
SEGUROS

INTRUSISMO

DENUNCIAS PENALES POR INTRUSISMO



El Intrusismo, un problema que nos aqueja a todos, está siendo tratado con la seriedad que corresponde; por ello, tanto el Consejo Directivo como la Comisión de Intrusismo han presentado un total de 8 DENUNCIAS PENALES contra Mecánicos Dentales, quienes violaban claramente lo establecido en la Ley Provincial 6222 y su DECRETO N° 679/93, y se logró la realización de 3 allanamientos con resultados positivos.



Si bien la actividad del Técnico Dental debe ser registrada y supervisada por el Ministerio de Salud, nuestra Institución presta intensa colaboración en el tema, ya que no solo genera un perjuicio en la faz laboral, sino que representa un potencial riesgo sanitario, además de constituir claramente un delito.

En este sentido, es clave la colaboración de los colegas denunciando, enviando material y pruebas a:

intrusismo@colodontcba.org.ar



EL COLEGIO ODONTÓLOGICO CON INTENSA ACTIVIDAD

Formación en Salud Colectiva

Comenzó el segundo módulo del Curso de Posgrado de **Formación en Salud Colectiva**. Profesionales de múltiples disciplinas trabajan en grupo sobre **“La organización y lo artesanal en la salud”**, analizan la organización como red de conversaciones.

La capacitación es organizada por FEPUC, ADIUC UNC y las Facultades de Ciencias Sociales y Odontología de la Universidad Nacional de Córdoba y con la participación de los Colegios Profesionales.



Grupo Brocheriano

El sábado 7 de abril, con la presencia del Presidente José Ermoli y la Coordinadora de la Comisión de Acción Comunitaria, acompañamos el comienzo de actividades de 2018 del Grupo Misionero Brocheriano. Estuvimos en la localidad de Tasma, donde se realizó atención odontológica y médica en todas sus áreas.

Además, en las actividades se encontraban presentes alumnos de 5to año de la Facultad de Odontología, UNC, quienes vienen desarrollando el Programa “Compromiso Social Estudiantil”, elaborado por la Secretaría de Extensión.

Agradecemos el compromiso social de la Od. Sandra Quintana y de todo el grupo humano involucrado en esta actividad.



Comisión de Reválida Ética y Especialidades

Recordamos a los profesionales matriculados en el año 2014 o períodos anteriores que deben presentar este año la Reválida Ética de la matrícula.

Los profesionales con 60 años o más se encuentran eximidos.

Para iniciar su trámite puede consultar en el link de Capacitación de la página web de nuestra institucional.



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

ACCIÓN COMUNITARIA

La Comisión de Acción Comunitaria invita a los profesionales a sumarse a la realización de campañas de salud bucodental en escuelas, clubes, comedores de su localidad.

Para la ejecución de las mismas el Colegio Odontológico pone a su disposición materiales didácticos, folletería y afiches.



Para más información escribanos a accioncomunitaria@colodontcba.org.ar y visita la página web www.colodont.org.ar/comunicacion/accioncomunitaria

CAMPAÑA DE PROTECTORES BUCALES

En el marco de la campaña de uso de protectores bucales personalizados, los días 21 y 22 de abril se realizaron 131 protectores bucales para niños que participaban del Torneo Interprovincial de Rugby del Club Universitario de Córdoba, categoría juveniles.

Gracias a la iniciativa del Od. Diego Amoros, la Comisión de Acción Comunitaria y el apoyo de la firma Omar Dental pudimos hacerlo posible.



*¿Y vos,
cuándo
organizás tu
campaña?*



Oferta Lanzamiento!

Equipo DTC 325



FINANCIACION y COMBOS DISPONIBLES

Exclusivo en Centro SBZ Equipamientos

27 de abril 864 - Córdoba - Tel: 4257406 / 3514590107

Consultá por
otras marcas



GNATUS



Suntem®
Quality comes from focus

KAVO
Dental Excellence

a|dec
reliable creative solutions

Promoción por tiempo limitado. Precio sujeto a modificación sin previo aviso.

EVENTOS PARA DIFUNDIR

I JORNADA DE MANEJO ODONTOLÓGICO DEL PACIENTE MEDICAMENTE COMPROMETIDO



COLEGIO
ODONTOLÓGICO
DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA

DICTANTES VIERNES:

9 A 11HS

"MANEJO CLÍNICO, QUIRÚRGICO Y FARMACOLÓGICO DEL PACIENTE CON OSTEONECROSIS MAXILAR ASOCIADA A MEDICACIÓN ANTIRRESORTIVA"

✓ OD. CARLOS H. JURE
(MAGISTER. MÉDICO. ODONTÓLOGO)

✓ DR. CARLOS QUINTEROS
(MÉDICO INFECTOLOGO)

11:30 A 12:30HS

"EL CENTRO DE INFORMACIÓN DE MEDICAMENTOS DE LA FACULTAD DE CIENCIAS QUÍMICAS EN LA PROMOCIÓN DEL USO RACIONAL DE MEDICAMENTOS"

✓ MARIANA CAFFARATTI (CIME - UNC)
(FARM. y MGTER. EN CIENCIAS DE LA SALUD)

14 A 15HS

"ATENCIÓN DEL PACIENTE CON HTA EN LA PRÁCTICA ODONTOLÓGICA"

✓ DR. FABIO MENITTE
(MÉDICO CARDIÓLOGO)

16:30 A 17:30HS

"ODONTOLÓGIA Y DIABETES"

✓ DR. JOSÉ MARÍA POZZI
(MÉDICO ESPECIALISTA EN MEDICINA INTERNA Y DIABETOLOGÍA)

VIERNES 03 DE AGOSTO DE 9 A 18:30HS

SÁBADO 04 DE AGOSTO DE 9 A 13HS

✓ COSTO: \$200 INCLUYE COFFE BREAK

✓ SALÓN AUDITORIO HOTEL DR. CÉSAR CARMAN
AV. AMADEO SABATINI 459

COORDINADORA GENERAL
DRA. CATALINA FRANCA



DICTANTES SÁBADO:

9 A 11HS

"CIRUGÍA Y TRAUMATOLOGÍA BUCOMAXILOFACIALEN PACIENTES CON ALTERACIONES DE COAGULACIÓN"

✓ DR. EDUARDO REY
(ODONTÓLOGO ESPECIALISTA EN CIRUGIA Y TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL)

11:30 A 13:30HS

"COMPLICACIONES QUIRÚRGICAS EN LA PRÁCTICA DIARIA"

✓ DR. RICARDO BACHUR
(ODONTÓLOGO ESPECIALISTA EN CIRUGIA Y TRAUMATOLOGIA BUCO-MÁXILO-FACIAL)

✓ OD. DRA. M. EUGENIA BATISTTI
(DOCENTE DE LA CARRERA DE ESPECIALIZACIÓN EN CIRUGÍA BUCO-MÁXILO-FACIAL)

INSCRIPCIÓN: www.colodontcba.org.ar

CUPO LIMITADO

Válido para Reválida Ética



COLEGIO
ODONTOLÓGICO
DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA

www.colodontcba.org

INICIO COLEGIO INFORMACIÓN GENERAL BENEFICIOS COMUNICACIÓN CAPACITACIÓN PREGUNTAS FRECUENTES BIBLIOTECA CONTACTO

ESPECIALIDADES
FORMACIÓN PROFESIONAL
BECAS
REVÁLIDA ÉTICA
ENTES FORMADORES
TALLERES CASA DEL ODONTÓLOGO



IMPORTA Y
DISTRIBUYE



A-Dec 300

**Centro
SBZ**
ODONTOLOGIA

a dec
reliablecreativesolutions™



MADE IN

U. S. A.

CASA CENTRAL
Obispo Trejo 29 E.P.
Centro
Tel. 4237685

SUCURSAL NORTE
E. Pettoruti 2436
Cerro de las Rosas
Tel. 4825106

SUCURSAL SUR
Vélez Sarsfield 1460
Nueva Córdoba
Tel. 4681318

CENTRO SBZ EQUIPAMIENTOS
27 de Abril 864
Centro
Tel. 4257406

SBZ DIGITAL
www.sbzdigital.com
ventas@sbzdigital.com
Tel. 4810840

Campaña Recolección de útiles escolares

El día 10 de marzo se realizó una colecta de útiles durante la capacitación brindada por el Od. Javier Ulfhon, todo lo recolectado fue destinado a la Fundación Misión Esperanza y Grupo Brocheriano.



NUEVOS MEDIOS DE PAGO

El área de Tesorería incluyó dentro de las alternativas de pago de la cuota colegial, certificados, multas por publicaciones indebidas, entre otros, los **medios digitales** a través de tarjetas de crédito y débito, los cuales se agregan a los ya existentes.

Pronto estaremos desarrollando una plataforma de autogestión digital, para que tus pagos puedan ser realizados desde la comodidad de tu casa a través de la web.



FONDO DE AYUDA SOLIDARIO

T Te recordamos que a partir del mes de julio, \$ 20 del aporte mensual de cuota colegial corresponden al aporte del **Fondo de Ayuda Solidario**, que otorga múltiples beneficios.

Los reglamentos y formularios de solicitud de los mismos se encuentran disponibles en la sección BENEFICIOS de la web:

- Subsidio por Enfermedad
- Subsidio por Nacimiento o Adopción
- Subsidio por Embarazo
- Subsidio por Fallecimiento
- Subsidio por Retiro
- Subsidio por hijos con capacidades restringidas neurológicas severas
- Reconocimiento a la Trayectoria en el Ejercicio Profesional (25 y 50 años de matriculado)



ALCANCE EL MEJOR RENDIMIENTO ESTÉTICO TRABAJE CON CIRCONIO LA NUEVA GENERACIÓN DE PRÓTESIS DENTALES.

✓ **SIN BORDES OSCUROS**



Metal/Cerámico



Circonio

✓ **ALTA RESISTENCIA Y DURABILIDAD**



✓ **TRANSLUCIDEZ IGUAL A LOS
DIENTES NATURALES**



**SOLUCIONES CAD/CAM
GARANTIZAN UN ÓPTIMO RESULTADO**

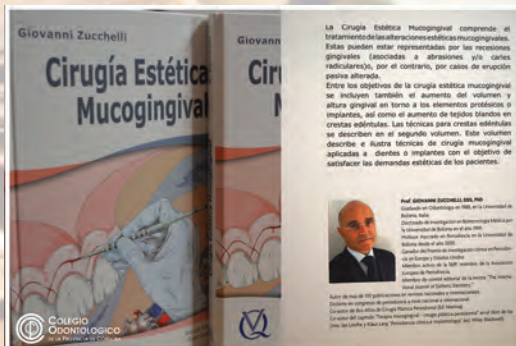
DE LA INDUSTRIA 846 B° JARDIN | CORDOBA
TEL.: 0351 4646771/62 | labruderman@gmail.com
ENVIO A TODO EL PAÍS.

RUDERMAN
LABORATORIO DE PRÓTESIS DENTAL

BIBLIOTECA

Llevamos a cabo la mayor inversión y de manera sostenida en libros para que estés actualizado.

Te invitamos a sugerir nuevos ejemplares para ser adquiridos y mejorar la disponibilidad en nuestra biblioteca.



City Dent

INSUMOS ODONTOLÓGICOS

DISTRIBUCION Y VENTAS



TISSUM®
Biomateriales



Unitek

TITANTEC
Implantes Dentales

OstiumMAX
SUSTITUTO ÓSEO BIOLÓGICO



MEDESY
The art of quality



ORTHO TECHNOLOGY

9 DE JULIO 565 1º "C" - CÓRDOBA - TEL 0351 4243070



3517424068

citydentcordoba@gmail.com

www.citydent.com.ar

ACEPTAMOS



mercado pago



Taller de Reanimación Cardio-Pulmonar

De manera sostenida y durante todo el año se organizarán capacitaciones sobre Reanimación Cardio-Pulmonar, uso de desfibriladores y accionar en situaciones de emergencias, ya que consideramos que todos los profesionales deben estar a la altura de las circunstancias en una situación de este tipo.



Consultá la AGENDA de cursos.



+
Detrás de todo
profesional impecable,
hay un producto
impecable.



Tedequim

Nuestro trabajo es hacer
brillar el tuyo.

(+54) 3543 448260 www.tedequim.com.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 ínfimas vibraciones y muy bajo peso, de tecnología Brushless (motor sin carbones) permite por primera vez en un equipo de fabricación nacional manejar todo el espectro de revoluciones (fresar y colocar implantes con el mismo contra ángulo) desde 15 a 2.200 RPM, pudiendo usarse con contra ángulos de 16:1, 20:1 ó 32:1.

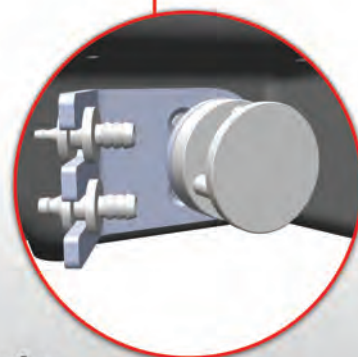
Con una forma de manejo y programación muy amigable y simple.

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

Pedal multifunción.

12 CUOTAS

ANMAT



» 30 PROGRAMAS

» FÁCIL PROGRAMACIÓN.

» CALIBRADOR DE TORQUE

» FABRICADO BAJO NORMAS CE.

» 15 A 2500 RPM CON UN SOLO C. ÁNGULO



IMPLANCOR

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

FORMACIÓN PROFESIONAL PERMANENTE

Un nuevo formato de capacitación te ofrece el área de **Formación Profesional Permanente**, orientado a la integración de la Endodoncia, Operatoria y Prótesis dental. El mismo será desarrollado en módulos teóricos, con demostración práctica sobre modelos y evaluación. Podrás encontrar información más detallada en el boletín digital mensual, Facebook y pagina web. Te invitamos a seguir creciendo juntos, por una odontología de calidad y con sentido social.

ODONTOLOGÍA ESTÉTICA Y RESTAURADORA UNA MIRADA DESDE LA OPERATORIA, ENDODONCIA Y PRÓTESIS EN LA UTILIZACIÓN DE NUEVAS TECNOLOGÍAS.



CRONOGRAMA

DICTANTES:

DR. JULIO CHAVEZ LOZADA
(BLANQUEAMIENTO Y OPERATORIA)

DR. CLAUDIO BOIERO Y OD. CAROLINA VILLALBA
(ENDODONCIA)

DR. DIEGO NOROÑA Y OD. LUCAS ECHANDIA
(PRÓTESIS)

OD. JOSÉ AUGUSTO ERMOLI
(ESTRUCTURA DE COSTO)

INSCRIPCIÓN A PARTIR DEL LUNES 16 DE JULIO

CARGA HORARIA PARA REVÁLIDA: 36 HS

3 MÓDULOS MENSUALES PRESENCIALES CON EVALUACIÓN

COSTO: \$600 POR LOS 3 MÓDULOS INCLUYE ALMUERZO



VIERNES 24 Y SÁBADO 25 DE AGOSTO
VIERNES 14 Y SÁBADO 15 DE SEPTIEMBRE
VIERNES 12 Y SÁBADO 13 DE OCTUBRE



VIERNES DE 9 A 13HS Y DE 14 A 18HS
SÁBADO DE 9 A 13HS

INSCRIPCIÓN: www.colodontcba.org.ar

1° MÓDULO :

BLANQUEAMIENTO DENTARIO COMO
LOGRAR EL ÉXITO.

RESTAURACIONES CON RESINAS DE
ÚLTIMA GENERACIÓN

2° MÓDULO :

LA ENDODONCIA DESDE LA BIOLOGÍA A LAS
TÉCNICAS. ACTUALIZACIÓN AL ALCANCE DE TODOS.

3° MÓDULO :

PRÓTESIS FIJA, ESTÉTICA Y ADHESIVA

COSTOS Y HONORARIOS EN
ODONTOLOGÍA RECONSTRUCTIVA

FPP - AGENDA DE CURSOS

SEGUNDO SEMESTRE 2018

LA PRÓTESIS DE TODOS LOS DÍAS... REMOVIBLE

**JULIO
28**

Disertante: Od. Claudio Mario Gotusso
Lugar: Colegio Odontológico de Córdoba

HABLANDO DE OPERATORIA

**JULIO
28**

Disertante: Rubén Omar Magliano
Lugar: Río Tercero

TALLER DE ORTOPEDIA PREQUIRÚRGICA EN PACIENTES CON FLAP (WORKSHOP)

**AGOSTO
11**

Disertante: Carla Daniela Rodríguez Urban
Lugar: Colegio Odontológico de Córdoba

LA SONRISA ARMÓNICA, UNA BÚSQUEDA CONSTANTE EN LA IMPLANTOLOGÍA Y ESTÉTICA DENTAL

**AGOSTO
11**

Disertante: Dr. Aldo Rondoletto
Lugar: Villa María

MIMETISMO ANTERIOR CON COMPOSITES

**AGOSTO
25**

Disertante: Od. Rubén Omar Magliano
Lugar: Jesús María

LOS MEDICAMENTOS Y EL PRÁCTICO GENERAL EN ODONTOLOGÍA: CÓMO ALCANZAR UN CONTROL DEL DOLOR EFICAZ Y SEGURO

**AGOSTO
25**

Disertante: Dra. Catalina Francia
Lugar: Cruz del Eje

BLANQUEAMIENTO DENTAL, TIPS PARA EL DÍA A DÍA

**AGOSTO
25**

Disertante: Od. Javier Emiliano Ulfohn
Lugar: Mina Clavero

DIAGNOSTICAR Y TRATAR EL BRUXISMO Y ATM EN LA CLÍNICA DIARIA

**AGOSTO
25**

Disertante: Dr. Sergio Azcona
Lugar: Círculo Las Varillas (España esq. Alvarez Luque, Las Varillas)

MANEJO QUIRÚRGICO Y PROTÉTICO DE LOS TEJIDOS DUROS Y BLANDOS PERIIMPLANTARIOS EN ÁREAS ESTÉTICAS: DE LA PLANIFICACIÓN AL RESULTADO

**AGOSTO
31**

Disertante: Dr. Hugo Alejandro Albera
Lugar: Colegio Odontológico de Córdoba

LA ORTOPEDIA DENTO- MÁXILO-FACIAL Y LA ORTOPEDIA PREVENTIVA EN EL MARCO DE LA ODONTOLOGÍA ACTUAL

**SEPT.
01**

Disertante: Od. Gastón Arceguet
Lugar: Río Tercero

ESTÉTICA, ELIGIENDO RECURSOS PARA IMITAR LA NATURALEZA.

**SEPT.
01**

Disertante: Dr. Aldo Rondoletto
Lugar: Colegio Odontológico de Córdoba

JORNADAS DE PREVENCIÓN DEL ABUSO Y MALTRATO INFANTIL. ROL DEL ODONTÓLOGO EN EL EQUIPO INTERDISCIPLINARIO

**SEPT.
07**

Equipo Interdisciplinario: Prof. Dra. Ruth Ferreyra de Prato
Lugar: Colegio Odontológico de Córdoba

ESTAREMOS HACIENDO BIEN LAS COSAS? ACTUALICEMOS NUESTRAS PRÁCTICAS PARA QUE SEAN BIOSEGURAS

**SEPT.
08**

Disertante: Dra. María Laura Irazuzta
Lugar: Colegio Odontológico de Córdoba

NUEVOS PARADIGMAS EN EL DIAGNÓSTICO ESTOMATOLÓGICO

SEPT.
15

Disertantes: Od. Gerardo Gilligan,
Dr. René Panico
Lugar: Bell Ville



LOS MEDICAMENTOS Y EL PRÁCTICO GENERAL EN ODONTOLOGÍA: MANEJO DE LAS INFECCIONES, PROFILAXIS Y CONTROL DEL FOCO SÉPTICO.

SEPT.
15

Disertante: Dra Catalina Francia
Lugar: Laboulaye



DIAGNÓSTICO Y TERAPÉUTICA DE PATOLOGÍAS DE RESOLUCIÓN QUIRÚRGICA EN LA PRÁCTICA COTIDIANA.

SEPT.
22

Disertante: Dra. María Eugenia Virginia Battisti
Lugar: Colegio Odontológico de Córdoba



ACTUALIZACIÓN EN COMPOSITE

OCTUBRE
10

Disertante: Od. Rubén Omar Magliano
Lugar: Río Cuarto



ODONTOLOGÍA DIGITAL PARA RESTAURACIONES FIJAS. CÓMO INICIARSE CON BAJO COSTO Y BUENOS RESULTADOS.

OCTUBRE
20

Disertante: Dr. Claudio Ibañez
Lugar: Colegio Odontológico de Córdoba



TALLER DE PRIMEROS AUXILIOS BÁSICO

OCTUBRE
27

Personal Defensa Civil Municipalidad de Córdoba
Lugar: Colegio Odontológico de Córdoba



ESTOMATOLOGÍA: MANEJO DE SITUACIONES CLÍNICAS MÁS FRECUENTES

OCTUBRE
27

Disertantes: Od. María Fernanda Liandro,
Dra. Rosana Andrea Morelatto
Lugar: Pilar

ESTÉTICA EN ODONTOLOGÍA RESTAURADORA

NOV.
03

Disertante: Od. Lucas Jorge Echandia
Lugar: Villa Dolores

PREMIO A LA MEJOR PUBLICACION

El Colegio Odontológico otorgará anualmente un premio al mejor trabajo publicado en nuestra revista "EL ESPEJO", que se denomina **"Premio a la mejor publicación"**.

El mismo será otorgado al mejor trabajo en cualquiera de las categorías de publicaciones existentes: Artículos originales, Revisiones, Reporte de Casos y Relato de experiencias.

Pueden consultar el Reglamento del Concurso y las Normas para Autores en la sección de Comunicaciones de la web institucional.



Premio a la Mejor Publicación

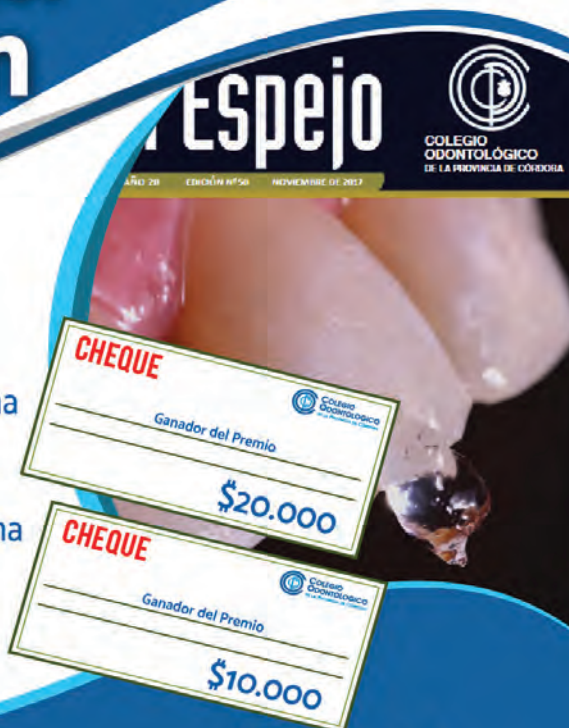
PREMIO 2018



La Mejor Publicación consistirá en un diploma y una retribución económica de



La Mención Especial consistirá en diploma y una retribución económica de



Información:

colegiodontologico@colodontcba.org.ar



COLEGIO
ODONTOLOGICO
DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA



FEDERACIÓN ODONTOLÓGICA DE LA PROVINCIA DE CÓRDOBA

La Federación.... somos todos

Representamos a los Odontólogos socios desde el año 1971
como Institución de segundo grado, sin fines de lucro

Los medios de información y comunicación en tiempo real significa información instantánea y masiva. Conocer, saber e informarse no es consecuencia de recibir información, que muchas veces son contenidos parciales, con escaso análisis que no nos permite un pensamiento crítico y nos acerca a la aceptación o negación.

Estas actitudes nos van conduciendo de una sociedad del conocimiento y pensante, hacia una sociedad sobredimensionada en la información instantánea, pero ignorante de las esencias, que no termina de apropiarse de esa información para traducirla en conocimiento, en saberes y entonces adquirir la capacidad de transformarlo, e innovar.

El Comité Ejecutivo, internalizó la importancia de la comunicación en la institución definiendo soportes básicos para informar en base a las necesidades de nuestros profesionales.

Pero si bien el trabajo es continuo e incesante, sentimos la premura de realizar un gran cambio, un salto cuantitativo y cualitativo, de traspasar la simple comunicación de información a implementar políticas y estructuras para el aprovechamiento de la comunicación como un proceso integral de desarrollo. Rechazamos la infoxicación como exceso de información que dificulta la discriminación entre lo importante y lo superfluo.

Necesitamos transmitir de manera integral y sinérgica para reflexionar sobre nosotros y los otros.

Brindar la información al profesional necesaria para su práctica diaria pero también incorporar la divulgación de conocimientos de una ciudadanía crítica, comprometida y movilizadora, la formación permanente.

La FOPC en representación de los 15 círculos que la conforman, asume el compromiso de transmitir en tiempo real, a todos sus profesionales, la información necesaria para sus prácticas diarias, teniendo en cuenta la diversidad de accesos tecnológicos por las zonas geográficas en que se encuentran. Por eso comenzamos un nuevo camino, la implementación de una comunicación sinérgica que valide la producción de los mensajes, por el que se entable relación entre emisores y receptores en iguales condiciones y oportunidades. Es decir que todos los profesionales que conforman la FOPC convivan en un permanente ambiente de retroalimentación.

Desarrollaremos estructuras consolidadas de comunicación, encaminadas a la gestión de la información dentro y fuera de la institución, cuyo objetivo es mantener y generar confianza, con el respaldo de una efectiva gestión comunicacional e informativa, que conduzca cambios positivos y oportunos.

Por consiguiente desarrollamos un nuevo sitio web con producción diaria de la información, vinculadas a las redes sociales y a comunicaciones por medio de mensajes de textos y mails en tiempo real, con el convencimiento que esta sinergia comunicacional sumará un aporte importante al crecimiento individual del profesional y de la Odontología organizada.



CÍRCULO ODONTOLÓGICO
SAN FRANCISCO Y ZONA



CÍRCULO ODONTOLÓGICO
VILLA MARIA

2018

INNOVACIÓN



FÁBRICA: COLÓN 2899
ROSARIO S2001RAC - ARGENTINA
TEL.: +54 341 4810645
WWW.NARDIHERRERO.COM.AR

NH NARDI &
HERRERO

