EL ODONTOLOGO

PUBLICACIÓN OFICIAL DE ASOCIACIÓN ODONTOLÓGICA PANAMEÑA

Excelencia en Restauraciones Dentales de Cerámica: "Selección del Material para Restauraciones Anteriores"

Los Desórdenes del Sueño, Nueva Responsabilidad de la Odontología Moderna

Cavidad de Stafne
Reporte de caso

Por qué Cambiar de la Fluoración
de las Aguas Potables
a Flùor en la Sal de Cocina

Hendiduras Faciales
Presentación de Caso

Declaración de Principios de la
Federación Dental Internacional, 2014

Renovación, Mantenimiento y Restauración
del Centro de Salud de San Felipe

ISSN 0472-5158- Volumen 28- Numero 1 – Febrero 2015

Que hay de Nuevo en la Familia “OptiBond”

OptiBond FL. OptiBond S. OptiBond All-In-One.
Por mucho tiempo el estándar de la industria al que todos Aspiran, el nombre OptiBond™ se ha convertido en sinónimo de rendimiento. Ya sea que usted esté buscando una adhesión superior a todas las superficies, aplicaciones directas o indirectas, o la presentación conveniente de capsulas Unidose®—La línea de adhesivos OptiBond tiene el agente de unión ideal para usted. Tal vez después de todo si existe la familia perfecta.

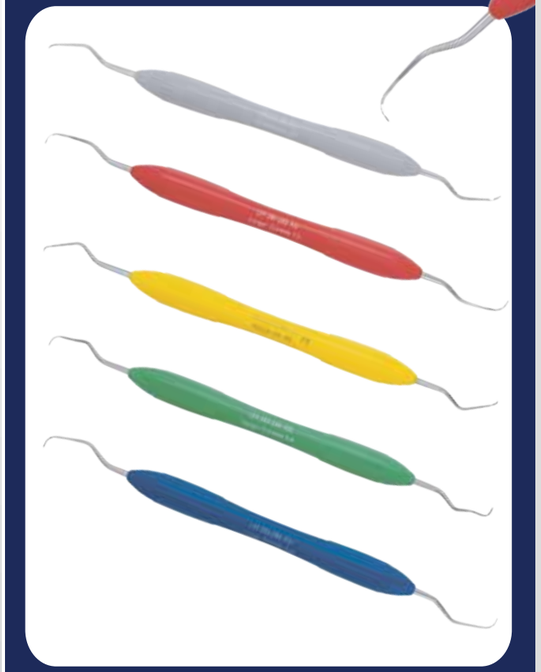
Kerr
Sybron Dental Specialties

Explora la investigación científica detrás de la tecnología de Optibond en intl.kerrdental.com

Your practice is *our* inspiration.™

El único instrumental con revestimiento de silicona...

...será el único que querrás utilizar!



- Ergonómico
- Antideslizante
- Liviano
- Filo duradero
- Rigidez óptima

LM feel the difference

Importado de Finlandia por

MEDIDENTAL

Panamá tel.:3992530,
Herrera, Chitre tel.:910 4053,
David, Chiriqui tel.:777 4043.
www.medidental.com.pa

EDITORIAL

“Publicar o Perecer”, lema de los mejores centros de educación continuada.

El lema de la Asociacion Odontologica Panameña es “Ciencia, Arte y Ética”, valores que quizás describen perfectamente a nuestra profesión y los 3 le exigen al profesional; sacrificio, vocación, educación, dedicación y su divulgación. Estas responsabilidades son mayores aun en los colegas que enseñan o que tienen educación de postgrado o continua constante, por la obligación de difundir y compartir lo que conoce o ha hecho con los colegas, para el bien de todos nuestros pacientes y la comunidad.

La revista El Odontólogo, es la publicación académica por excelencia de nuestra agrupación profesional y está dirigido a los colegas miembros como un medio de educación continuada y de presentación de sus experiencias o conocimiento. La actual presidencia quiere renovar esta obligación bimestral estatutaria y primordial en todas las ciencias. La renovación necesita de la publicación de sus escritos, por lo que le agradecemos y enhorabuena a los que presentan en esta edición y a todos les invitamos a que preparen su presentación para la próxima publicación que saldrá en Julio. No es fácil, pero así son todos los logros sostenibles y significativos y la patria lo agradecerá!

Enhanced dental and industrial solutions

30 years
Zhermack®
BEYOND INNOVATION

30 años de innovación, éxitos y sonrisas vividos junto a ustedes

Nuestra aventura empezó en 1981. Nuestro compromiso, ahora igual que antes, se llama investigación para la innovación, no solo en el sector dental.

Si Zhermack se ha convertido en una empresa de vanguardia tecnológica en todo el mundo por la calidad del producto y de los servicios ofrecidos, ha sido gracias a la constante relación de confianza con nuestros clientes.

Escuchándoles y respetando sus exigencias, avanzamos en la experimentación hacia la excelencia en la calidad.

Tel. +39 - 0425 597611 - Fax +39 - 0425 597642
comm.expo@zhermack.com-www.zhermack.com

de venta en
Panamá, Costa del Este tel.:3992530,
Herrera, Chitre tel.:910 4053,
David, Chiriqui tel.:777 4043.
www.medidental.com.pa
MEDIDENTAL

INDICE

Editorial....1

Por que Cambiar de la Fluoración de las Aguas Potables a Flùor en la Sal de Cocina....4

Cavidad de Stafne....9

Declaración de Principios de la Federación Dental Internacional, 2014....13

Los Desórdenes del Sueño, Nueva Responsabilidad de la Odontología Moderna....19

Excelencia en Restauraciones Dentales de Cerámica: “Selección del Material para Restauraciones Anteriores”.... 29

Hendiduras Faciales....33

Renovación, Mantenimiento y Restauración del Centro de Salud de San Felipe....40

COMITÉ EDITORIAL

Director:
Dr. Fernando R. Jaén

Consejo Editorial

Dr. Wendell Gonzales, Materiales Dentales,

Dr Noriel Chang, Salud Pública y Odontología Forense

Dra. Miriam Bullen, Asesora y Odontología Restauradora

Dr. Jesús Ruiz, Endodoncia

Dr. Richard Ford, Implantologia

Dr. Enzo Cano, Cirugía Oral y Maxilo Facial

Dra. Grethel Brown de Camazón, Radiología:

Dr. Francisco Sousa y Dr. Luis Muller, Ortodoncia

Dra. Mónica Fernández y Dr. Fernando Boyd, Periodoncia

Dra. Carmen Betts y Dra. Mireya Sánchez, Bioseguridad

Dra. Lupe Salazar y Dr. Armando Berguido, Legal, Ética y Profesionalismo

Dra. Brenda Achong y Dra. Lorenza de Gómez, Odontopediatria

Dr. Juan Champsaur Jr. y Dr. Jean Paul Belanger, Prótesis y Laboratorio

Dr. Fernando Gracia, Dr. Ricardo Díaz, Dr. Rosendo González, Dr. Juan Pablo Bares y Dr. Marco López, Medicina

Dr. Octavio De Ycaza, Administración de Consultorio e Innovación

Dr. Fernando R. Jaén y Dr. Alejandro Dioscouridis, ATM, Oclusión, Dolor y Sueño

Dr. Ernesto Garay, Odontología General y Estetica

Dr. Raquel Villalobos de Cortez, Educación y Academia

Diseño Gráfico y Diagramación

Licda. Zaratí Linares

Por que Cambiar de la Fluoración de las Aguas Potables a Flùor en la Sal de Cocina

Artículo

Dr. Noriel A. Chang A., Odontólogo egresado de la Universidad Federal de Río Grande del Sur-Brasil con Maestría de Salud Pública. Especialidad en Criminología, Especialidad en Odontología Forense. Práctica docente en la Facultad de Odontología de la Universidad de Panamá.
Contacto: (507) 260-2199, 662-61924
nacha05pa44@hotmail.com

Resumen

En el 2008, finaliza el Diagnóstico de la Salud Bucal en Panamá (DISABU), fundamento primordial recomendado por la OMS/OPS para la implementación del flúor en la sal para obtener cobertura total de la población en materia de prevención de la caries dental. Ya el Dr. Wespi en Suiza en el año 1950, fue el primero en agregar fluoruro de sodio a la sal.

Palabras claves: DISABU-2008 Panamá, OMS/OPS, prevención de la caries dental, dosificación en sal, epidemiología bucal, ventajas.

Abstract

In 2008, ending Diagnosis of Oral Health in Panama (DISABU), primary basis recommended by WHO / PAHO to implement the fluoride salt to obtain full coverage of the population in the prevention of dental caries. And Dr. Wespi in Switzerland in 1950, was the first to add sodium fluoride to salt.Keywords: Panama DISABU 2008, WHO / PAHO, prevention of dental caries, salt dosage, oral epidemiology advantages.

Introducción

En muchos países de América, la alta prevalencia de la caries dental en la población (más del 90% de los niños en edad escolar podrían estar afectados) es un problema de salud pública que no solo refleja la ausencia de una estrategia orientada a combatir esta enfermedad sino que, además, contrarresta los niveles alcanzados por muchos de estos países respecto a otros indicadores sociales y a otros aspectos de la salud pública.

El Diagnóstico de la Salud Bucal en Panamá, es el primer estudio nacional que se desarrollo en la población de 5 a 75 años, con representatividad de todos los grupos de edad, por área, sexo y por regiones de salud. El propósito fundamental fue contar con una línea base de la situación diagnóstica de la salud bucal. El objetivo fue: Diagnosticar el estado de salud buco dental de la población panameña de 5 a 75 años.

Los resultados revelaron una alta prevalencia de caries dental para la población de 5 a 75 años > 90%, con un 8% de la población sin experiencia de caries dental (ceo-d=0, CPO-D=0) La experiencia promedio de caries dental para la dentición decidua (5-12 años) fue de ceo-d=3,13, con un intervalo de confianza (I.C. 95%) de 3,0-3,24; para la dentición permanente (6-75 años) la experiencia promedio de caries dental fue de CPO-D=10,18, con un I.C. de 0,02-10,34; a la edad de 12 años la experiencia promedio fue de CPO-D= 3,72, con un I.C. de 3,38-4,06. El mayor peso para el indicador ceo estuvo dado por el componente cariado (75%) y para el indicador CPO estuvo dado por el componente perdido (51.4%).

Sobre esto el Ministro de Salud en su momento, Franklin Vergara, comentó que los estudios ayudarán a planificar la prevención a futuro, especialmente para los niños, sin embargo, las decisiones para el futuro no fueron así.

En 1994, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) preparó una estrategia inicial para poner en práctica programas de prevención de la caries dental en la Región de las Américas sobre la base de la fluoruración del agua y de la sal. En 1979, la Organización Panamericana de la Salud, recomendó la fluoruración de la sal de consumo humano para los países de las Américas, como el mejor método de prevención masiva de la caries dental.

Historia del flúor en la sal:

El primer país en añadir flúor a la sal fue Suiza en 1950, en el año de 1946, Wespi fue el primero en agregar fluoruro de sodio a la sal, partiendo de la experiencia en la adición de yodo para la prevención del bocio endémico. La dosis utilizada fue de 100 mg. por kilo de sal.

En 1954, El Dr. Thomas Marthaler inició la fluoración de la sal en Cantón de Vaud, Suiza, utilizando una dosis de 90 ppm y reportó a los cuatro años una reducción de la caries dental del 22%, en niños que habían consumido sal fluorada.

El segundo hecho importante tuvo lugar en junio de 1965, cuando se comenzó a distribuir sal fluorada en dos comunidades andinas de Colombia, como parte de una prueba para determinar los resultados de la fluoración de la sal en comparación con la fluoración de las aguas para prevenir la caries dental. Luego para 1976 los resultados indicaron una reducción de 60% al 65% de caries dental.

Entre 1966 y1976, Karoly Toth realizó una prueba en tres comunidades húngaras en las que se consumió sal con tres concentraciones diferentes de fluoruro: 200, 250, y 350 mg de F/kg., y otras tres comunidades de control. En las comunidades de consumieron sal fluorada, la caries dental descendió un33%, en niños de 2-6 años de edad, y 66% en niños de 12-14 años.

En Finladia, la fluoración de la sal comenzó en 1952, con un nivel de fluoruro de 90mg por kilo para la sal de mesa.

Otros como Francia en 1985, el 31 de octubre de 1985 el Ministerio de Salud de Francia firmó el decreto, que se implantó el 13 de enero de 1986, por el cual se permite la introducción de fluorato de potasio en la sal de cocina, en la proporción de 250 miligramos por kilo, con una tolerancia de más o menos 15 por ciento.

Actualidad en los países de América Latina:

Ya para los años de 1962, el Comité Consultor de Investigaciones Médicas de la OPS aprobó la realización de un estudio, propuesto por la Unidad de salud Dental de la OPS, sobre la fluoración de la sal para prevenir la caries dental.

En 1979, la OPS, recomendó la fluoración de la sal de consumo humano para los paìses de América Latina, como el mejor medio de prevención masiva de la caries dental.

Para 1996 la OPS lanzan programas de fluoración de la sal en muchos países de América Latina con el apoyo de la Fundación Kellogg, para Bolivia, República Dominica, Honduras, Nicaragua, Paraguay, Venezuela, Belice, Paraguay, Jamaica, México, Costa Rica, Perú, Colombia, El Salvador, Ecuador, Uruguay.

En resume, en América Latina hay 7 países que no están en esta avanzada, Canada, Estados Unidos, Panamá, Chile, Argentina, Brasil y las Guayanas.

La OPS, señala que ya en los años 2005, más de 200 millones de personas en América Latina y el Caribe ya tienen acceso a la sal fluoradas, que 18 países de la Región

cuentan con programas de fluoración de la sal, 5 paìses tienen programas totalmente sustentable, 11 países, están adelantando en la aplicación del programa, 3 países están comenzando aplicarlo.

Los motivos para elegir sal de cocina, fueron:

1. El empleo de sal en la comida es regular y estable. El consumo llega a ser de 3 a 4 gramos por persona, por día.
2. El precio de la sal de cocina es bajo y su aumento, por causa de la fluoración, no se refleja sobre el consumo.
3. Los riesgos por la absorción de grandes cantidades de sodio clorado son pequeños para la población.
4.- Cobertura total de la población, eliminado los lugares de flùor natural en el agua.

Colombia, en el año de 1984 se logró la emisión del Decreto 2024 del 21 de agosto de 1984, por el cual se determinaron las normas para fluoración de la sal en Colombia y en marzo de 1996 el Decreto 0547, el cual incluye las características y especificaciones que determinan la calidad de la sal para consumo humano, ratificando los niveles de flúor en los intervalos 80- 220 ppm.

Costa Rica 1988, comprobó el suceso del programa de que la fluoración de la sal, como medida preventiva de mayor alcance, mejor control y menor costo, para la reducción de las caries dentarias. Contando con la iniciativa de un grupo de odontólogos, bajo la dirección y coordinación del Dr. Ricardo González, en conjunto con el Ministerio de la Salud y el apoyo de la Fundación W. K. Kellogg, el Programa de Fluoración de la Sal en Costa Rica comenzó en 1987, siendo el primer país del Continente Americano y el tercer del mundo -después de Suiza y Francia- que aplicó esta medida en el ámbito nacional. La experiencia anterior de fluoración del agua suministrada en la región urbana, efectuada entre 1975 y 1980.

Perú desde 1953 y en concreto 1984, jamaica 1988, México 1991, Uruguay 1991, Bolivia 1996, Ecuador 1997. Otros países en proyectos como Cuba, Guatemala, Suriname y Paraguay. Y otros en progreso como Nicaragua (aprobado por el congreso en el 2007), Venezuela en 1999, tras el fallido intento de agregar flúor al agua que consumen los venezolanos, con el propósito de atacar las enfermedades dentales, las autoridades del país decidieron imponer mediante resolución oficial el incremento de ese elemento (halógeno, gaseoso) en la sal común como medida preventiva.

En Panamá, como es del conocimiento de la comunidad odontológica,desde 1996 el Ministerio de Salud, durante el ministerio de la Dra. Aida Libia de Rivera, se dá por conducto del Departamento de Salud Bucal inicio el proyecto de fluoración de la sal, surgiendo el Decreto Ejecutivo 127 del 31 de agosto de 1998, el cual fue derogado el 7 de febrero del 2001 en vista de no lograrse el objetivo propuesto por el Ministerio de Salud, ya que la Asociación Odontológica Panameña ejerció mucha presión para que esto no se diera. Finalmente la acepto mantener el flùor en agua y en donde no se tenga dosificadores, aplicar flùor en la sal y así quedo plasmado en el nuevo Decreto Ejecutivo.

En Panamá, estamos perdiendo una valiosa oportunidad con la finalización del Diagnóstico de Salud Bucal en nuestro país, en la cual podemos demostrar una vez más su efectividad, en especial en aquella zonas en donde nunca llegará el agua potable fluorada, gente más necesitada como los que están en las regiones rurales concentradas y dispersas. Por otro lado, es uno de los puntos (estudio epidemiológico) recomendado por la OPS para iniciar aplicación del flúor en la sal.

Durante el ministerio de Dr. Franklin Vergara, se trató de aprovechar el Diagnóstico de Salud Bucal y se le hacia recomendaciones al Ministro retomar esta iniciativa de la OMS/OPS, sin embargo, lamentablemente 5 Odontólogos de la Asociación Odontológica Panameña, nuevamente sale a presionar para que no se diera esta medida

Los motivos del cambio:

1.- Los problemas técnicos administrativo de la fluoruración de la aguas. No se da con los procedimientos indicados fue la tónica de todos los paìses que integran la América Latina.
2.- La poca cobertura, no ha superado el 65% de la población, para disminuir los altos índice de CPO-D.
3.- No se logra la equidad.
4.- La escasez de recursos hace que resulte casi imposible controlar la alta incidencia de caries.
5.- La implementación de la fluoruración del agua, fracasó fundamentalmente debido a que no existe allí grandes sistemas centralizados de suministro de agua y a la falta de fondos para instalar y operar los sistemas.
6.- Con muchas ocasiones nos enteramos que comunidades a los alrededores del área metropolitana no le llega el agua, si le llegara no contiene el ión flùor.

Recomendaciones

Por todo lo anterior, considero y recomiendo reactivar el uso del flùor en la sal, mi petición lo fundamentado en lo siguiente:
1.- Como una medida preventiva de mayor cobertura y en consecuencia logrando mejorar la salud bucal de nuestra población.
2.- Una medida preventiva que reduce la aparición de la caries dental, mejorando el perfil epidemiológico.
3.- De mayor beneficio para la población de más riesgo: los niños.
4.- De fácil utilización por toda la población.
5.- En 1982, en Viena, Austria, se realizó la Conferencia Internacional sobre Fluoruros, concluyendo que su uso debía extenderse sin demora a todas las poblaciones del mundo
6.- La fluoración de la sal es la medida de salud pública más efectiva y económica para la prevención masiva de la caries dental.
7.- La sal es un vehículo seguro, económico y estable para yodo y flúor.
8.- Lograr la Salud Bucal con equidad.

"La verdad se pierde en las discusiones prolongadas" ***Arthur Schopenhaver***

BIBLIOGRAFÍA
1.- Wespi HJ, Experiences and problems of fluoridated cooking SALT in Swtzerland. Arch Oral Biol 1961; 6 (Suppl) 33-39.
2.- restrepo D, Gillespie GM, Vélez, Estudio sobre la fluoruración de la sal. Bol. Of Sanit Panam 1972;73 (5): 418- 423.
3.- Organización Panamericana de la Salud, La salud en las Américas, Washington, DC: OPS 1998 (Publicación científica 569)
4.- Estupiñan-Day S, Overview of SALT fluridation in the region of the Americas.
5.- Estupiñan-Day S, Promoción de la salud bucodental: el uso de la flururación de la sal para prevenir la caries dental Editorial OPS, 2006.
6.- Costa Rica, Ministerio de Salud, Instituto Costarricense de Investigación y Enseñanza en Nutrición y salud, 1999.
7.- http://www.critica.com.pa/archivo/031299/nac1.html
8.- http://www.alianzaporunfuturolibredecaries.org/es/mx/technologies/systemic-fluorideshttp://mensual.prensa.com/mensual/contenido/2010/10/26/hoy/panorama/2383169.asp
9.- http://www.panamaamerica.com.pa/notas/263901-suministro-de-fluor-sera-a-traves-del-agua
10.- http://www.aladi.org/nsfaladi/normasTecnicas.nsf/09267198f1324b64032574960062343c/74e1a585afc97c16032579e6006b4281/$FILE/Resuleto%20N%C2%B0%20485-1998.pdf
11.- http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=1170&Itemid=259&lang=fr
12.-http://issuu.com/ecuador.nutrinet.org/docs/3-dra.-raza-programa-fluoruraci-n
13.- http://www.panamaamerica.com.pa/notas/288565-odontologos-piden-no-quitar-fluor-al-agua.
14.-. http://www.institutodelasal.com/index.php?page=salud.

CaviWipes1™

Es uno de los productos desinfectantes registrados que cumplen los criterios de los Centros para el Control de Enfermedades en Estados Unidos para su uso contra el virus del Ébola!

El diseño exclusivo con cinta adhesiva en la parte posterior permite su colocación en cualquier superficie plana ahorrando un precioso espacio en su gabinete dental.

Toallitas desinfectantes de nivel intermedio, cómodas y listas para usar, indicadas para limpieza y desinfección de las superficies de los dispositivos médicos en combinación con la solución desinfectante CaviCide™.

Lo mejor de todo, la banda de cierre puede volver a sellarse permitiendo extraer cada toallita y cerrar herméticamente, conservando de forma efectiva la humedad de las toallitas.

CaviWipes1™ no contiene aldehídos, fenol, lejía u otros productos químicos.

CaviWipes1™ está indicada para dispositivos médicos con superficies no porosas que requieran una limpieza y rápida desinfección de amplio espectro.

Cada CaviWipes1™ está fabricada con un tejido de 7 capas, con una textura similar a la tela y están impregnadas con la potente solución desinfectante CaviCide™, que permite una efectiva eliminación de la suciedad y proporciona una rápida y efectiva desinfección de amplio espectro.

Gracias a la suave fórmula, este producto es altamente compatible con una amplia gama de superficies, reduciendo la necesidad de soluciones alcohólicas en aerosol.

La toallita CaviWipes1™es extra grande, gruesa, y puede cubrir un gran área, proporcionando un gran valor a cada toallita.

La cómoda presentación en Bolsa Plana es ecológica, eliminando la necesidad de los voluminosos botes de plástico.

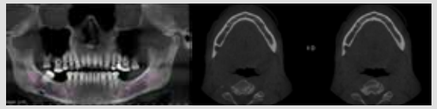
Su formulación química de 15 % de isopropanol y 7,5 % de etanol proporciona una desinfección fungicida, bactericida, virucida y tuberculicida en solo 1 minuto.

- Mycobacterium tuberculosis - Staphylococcus aureus - Pseudomonas aeruginosa - Salmonella choleraesuis - Trichophyton mentagrophytes - Staphylococcus aureus (MRSA) - Enterococcus faecalis (VRE) - Staphylococcus aureus with reduced susceptibility to vancomycin - Hepatitis B Virus (HBV) - Hepatitis C Virus (HCV) - Herpes Simplex Virus Types 1 and 2 - Human Immunodeficiency Virus (HIV-1) - Human Coronavirus (not associated with Severe Acute Respiratory Syndrome or SARS) - Influenza A2 Virus -

eficaz en 1 minuto

de venta en Medidental, Panamá, Costa del Este tel.:3992530, Herrera, Chitré tel.:979-0283, David, Chiriquí tel.:777 4043.
www.medidental.com.pa

CAVIDAD DE STAFNE
Presentación de caso



Dra. Grethel Brown,
Odontóloga egresada de la Universidad de Panamá y de especialista en Radiología Oral y Maxilofacial de la Universidad de Chile. Práctica limitada a su especialidad en la Caja de Seguro Social y privada en IDENFA.
Contactos: (507) 215-0091,
idenfa@yahoo.com, www.idenfa.com

Dra. Luisarabel C. Rodríguez,
Odontóloga egresada de la Universidad de Panamá y de especialista en Radiología Oral y Maxilofacial de la Universidad Cayetano Heredia, Perú. Ejerce su práctica privada de la especialidad en IDENFA.
Contactos: (507) 215-0091

Resumen
Dr. Edward Stafne en 1942 describió por primera vez una imagen radiolúcida circunscrita, bordes esclerótico, localizada en la zona posterior mandibular y por debajo del conducto dentario inferior, unilocular y asintomática. A lo largo de la historia se le han otorgado diversos nombres, pero su importancia radica en que puede ser confundida con lesiones tumorales y realizar procedimientos quirúrgicos.

Palabras clave: tomografía computarizada de haz cónico, mandíbula, Radiografía Panorámica, defecto óseo de Stafne, glándula submandibular.

Abstract
Dr. Edward Stafne in 1942 first described circumscribed radiolucency, sclerotic edges, located in the mandibular posterior area and below the mandibular canal, unilocular and asymptomatic. Throughout history have given different names, but its importance is that it can be confused with tumor lesions and perform surgical procedure.

Keywords: Cone-Beam Computed Tomography, mandible, radiography panoramic, Stafne bone defect, submandibular glands.

Introducción
La cavidad de Stafne fue descrita por primera en 1942 por Dr. Edward Stafne1,3,8,11,12, ubicada en la zona posterior mandibular, rara vez se puede palpar, asintomática y no progresiva que por lo general no requiere tratamiento quirúrgico2,3. Presenta aspecto radiográfico característicos, que la hacen fácilmente diagnosticable, apareciendo típicamente como una lesión radiolúcida unilocular, redondeada o elíptica, bien delimitada por una línea de hueso escleroso, y localizada entre el primer molar inferior y el ángulo mandibular, por debajo del canal dentario inferior1,4. Generalmente afecta al hombres en proporción 6:1, entre 50 a 70 años y se ha reportado una prevalencia entre 0.10% y 0.48%4,5,11.

El tamaño de las lesiones habitualmente varió entre 0,5 y 2 cm de diámetro mayor, habiéndose descrito sólo un defecto muy grande, de 9 cm.3

En la literatura se puede encontrar bajo diversas denominaciones como cavidad (o defecto) ósea estática o latente, cavidad de Stafne, cavidad idiopática de Stafne, depresión mandibular lingual, defecto óseo de Stafne, defecto de desarrollo de la glándula salival, quiste de Stafne, defecto aberrante de la glándula salival, e inclusión de la glándula salival en la mandíbula. Entre sus denominaciones, la de quiste de Stafne es incorrecta, pues no se trata de un verdadero quiste, al carecer de revestimiento epitelial, prefiriéndose utilizar el término “cavidad” o “defecto” como más adecuados3,5,8.

Este defecto puede presentar una variante en el sector anterior que fue descrito por primera vez en 1957 por Richard and Ziskind 3,6 que fueron los primeros en describir la aparición de una cavidad de Stafne en la región anterior de la mandíbula, asociándose con ella la presencia de la glándula sublingual; a esta cavidad la denominaron tejido glandular salival aberrante en la mandíbula. Más tarde, Buchner et al3 prefirieron llamar a la cavidad de Stafne en el sector anterior “defecto glandular salival mandibular lingual anterior”7,12. Aunque se han descrito 4 variantes de esta entidad, cuando se encuentra el término de cavidad de Stafne en la literatura, generalmente, se refiere a la variante lingual posterior. Esta tiene una localización comprendida entre el ángulo mandibular y el primer molar permanente, por debajo del conducto dentario inferior11, 8, 10,13. La variante lingual anterior, 7 veces menos frecuente que la variante posterior, está habitualmente ubicada entre la zona incisiva y la zona premolar, por encima de la inserción del músculo milohioideo8, 10,13. Las variantes situadas por vestibular y lingual de la rama ascendente de la mandíbula son hallazgos muy raros8,13.

Minowa et al9, presentaron una clasificación para defecto óseo de Stafne en tomografía espiral multicorte cortes axiales, en el cual se tomó como principio la base (amplia - estrecha) y los márgenes (liso - irregular). Fig. 1

Sisman et al8, realizaron una clasificación según el contorno y localización8,10 en tomografía espiral multicorte y tomografía de haz cónico. Según el contorno que consiste en tres tipo (1) cavidad no compromete la

cortical bucal, (2) cavidad compromete la cortical bucal, pero sin expandirla y (3) expansión de la cortical bucal. Según la localización (1) superficie lingual en área premolar-incisivo-canino por encima de la inserción músculo milohioideo; (2) zona de los molares permanentes entre el ángulo mandibular y la primera molar, por debajo del canal mandibular; (3) situado en rama ascendente mandibular en la superficie lingual y posterior al foramen lingual, justo debajo del cuello del cóndilo; y (4) en la superficie bucal de la rama ascendente mandibular.
La etiopatogenia de la cavidad de Stafne no está claramente demostrada. Stafne, en 1942, pensó inicialmente que podría tratarse de una hipoplasia mandibular debida a un defecto en la calcificación del cartílago de Meckel durante el proceso de osificación.14

Las publicaciones de Harvey y Noble en 1968 describen en sus estudios microscópicos remodelación ósea con fuerte actividad osteoclástica en la superficie lingual de la cavidad, debido a la compresión de la cortical lingual.14,15

Lesiones idénticas situadas en la cortical lingual de la región anterior de la mandíbula estarían relacionadas con la glándula sublingual,16 así como la hipertrofia de la glándula parótida provoca cavidades radiolúcidas en la pared vestibular de la rama mandibular.10,14 La mayoría de autores coincide en que el origen de la lesión está determinado por la hipertrofia de la glándula salival, llevando a la remodelación ósea vecina por la presión crónica ejercida sobre la cortical. Esta situación de fibrosis, hipertrofia e incluso de hiperplasia de la glándula salival, se produce por un infiltrado crónico linfocítico que puede ocurrir con la edad. De este modo, se explicaría mejor la etiología y patogenia de estas lesiones, así como la edad de aparición.14

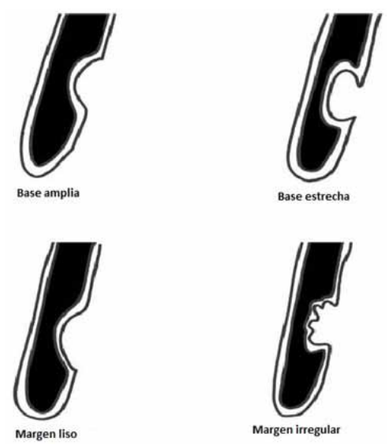


Fig 1. Clasificación de la cavidad ósea de acuerdo con el esquema en la tomografía espiral multicorte en cortes axiales. Minowa K,, Inoue N, Sawamura T, Matsuda A, Totsuka Y, Nakamura M. Evaluation of static bone cavities with CT and MRI. Dentomaxillofacial Radiology . 2003; 32: 2–7.

REPORTE DE CASO

Paciente masculino de 60 años de edad que asiste a la consulta para evaluación integral y colocación de implantes.

Fig 2. Reformación curva

A la evaluación de tomografía de haz cónico en la reformación curva se observa imagen hipodensa en cuerpo mandibular del lado derecho adyacente a la cortical basal mandibular y por debajo del conducto dentario inferior, de límites definidos, bordes esclerótico y forma elíptica. (Fig. 2)

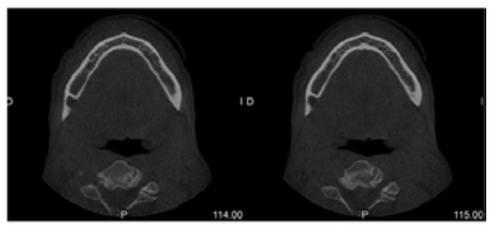


Fig 3. Cortes axiales

En los cortes axiales, coronal y volumen rendering se puede evidenciar defecto óseo localizado por debajo del conducto dentario inferior, de base amplia y que no compromete la tabla ósea bucal. (Fig 3 - 4).

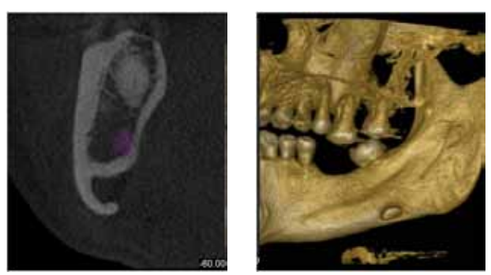


Fig 4. Corte coronal y volumen rendering (3D)

Los criterios de adquisición fueron los siguientes: 120 kV, 37.07 mAs, 0.250 voxel, 26.9 tiempo de adquisición utilizando un tomógrafo tipo i-CAT.

Discusión

La cavidad de Stafne se ha reportado una prevalencia entre 0.10% y 0.48%4,5,11. En nuestro caso se presenta con el patrón patognomónico de localizarse entre ángulo mandibular y la primera molar por debajo del conducto dentario inferior, tipo II según Sisman et al8 . En cuánto la clasificación mencionada por Minowa et al9 tenemos una cavidad de Stafne de base amplia y márgenes liso; Sisman et al8 presentamos tipo II en el cual no compromete la tabla ósea bucal. Generalmente son hallazgos radiográfico o tomográficos.

Suele presentarse entre los 50 - 70 años, mayormente en el sexo masculino con una proporción 6:15, lo que coincide con lo descrito en la literatura.

La cavidad de Stafe no sólo puede presentar en la zona posterior, sino que zona lingual segmento anterior, superficie lingual y vestibular de la rama ascendente mandibular. 10,14

La patogénesis de este defecto óseo lingual sigue sin estar totalmente aclarada. Son dos las hipótesis más aceptadas: A) Stafne y otros autores pensaron que podría tratarse de un defecto congénito, por un atrapamiento de una porción glandular durante el desarrollo y osificación mandibular. B) Otra hipótesis es que el defecto óseo se desarrolla más tardíamente, como resultado de una presión crónica ejercida localmente por la glándula submandibular en los defectos posteriores y por la sublingual en los anteriores, que produciría una erosión y reabsorción.3

Se debe aconsejar la vigilancia de estas lesiones con controles radiográficos, aunque la gran mayoría no evolucionen a lo largo de los años.14 Generalmente no necesitan tratamiento quirúrgico.

Los diagnóstico diferenciales pueden ser muy amplios de acuerdo a la ubicación el quiste radicular, el quiste residual, quiste óseo simple, displasia cemento - ósea periapical, schawanoma, granuloma central de células gigantes, displasia fibrosa, cavidad quirúrgica o tumores pardos.

Conclusión

La cavidad de Stafne por lo general es un hallazgo radiográfico, en el que hay que tomar en cuenta la edad, sexo y localización. Podemos utilizar la tomografía de haz cónico para confirmar el diagnóstico.

Bilibiografía

1. Stafne EC. Bone cavities situated near the angle of the mandible. J Am Dent Assoc 1942;29:1969-72.
2. Seward GR. Salivary gland inclusions in the mandible. Br Dent J 1960;108:321-5.
3. Belmonte-Caro R, Vélez-Gutiérrez MJ, García De La Vega-Sosa FJ, García-Perla-García A, Infante-Cossío PA, Díaz-Fernández JM, Torres-Carranza E. A Stafne's cavity with unusual location in the mandibular anterior area. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2005;10:173-9.
4. Taysi M, Ozden C, Cankaya B, Olgac V, Yıldırım S. Stafne bone defect in the anterior mandible. Dentomaxillofac Radiol 2014; 43: 20140075.
5. Murch-Kinch CA. Development Disturbances of the face and jaw. In: Stuart C. White, Michael J. Pharoah, editores. Oral radiology : principles and interpretation. 6ed. Missouri: Elsevier; 2009. p 562 - 577.
6. Richard EL, Ziskind J. Aberrant salivary gland tissue in mandible. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1957;10:1086-90.
7. Buchner A, Carpenter WM, Merrell PW, Leider AS. Anterior lingual mandibular salivary gland defect. Evaluation of twenty four cases. Oral Surg Oral Med Oral Patol 1991;71:131-6.
8. Sisman Y, Miloglu O, Sekerci AE, Yilmaz AB, Demirtas O , Tokmak TT. Radiographic evaluation on prevalence of Stafne bone defect: a study from two centres in Turkey. Dentomaxillofacial Radiology . 2012;41: 152–158. doi: 10.1259/dmfr/10586700.
9. Minowa K,, Inoue N, Sawamura T, Matsuda A, Totsuka Y, Nakamura M. Evaluation of static bone cavities with CT and MRI. Dentomaxillofacial Radiology . 2003; 32: 2–7. doi: 10.1259/dmfr/92201340.
10. Philipsen HP, Takata T, Reichart PA, Sato S, Suei Y. Lingual and buccal mandibular bone depressions: a review based on 583 cases from a worldwide literature survey, including 69 new cases from Japan. Dentomaxillofac Radiol 2002; 31: 281–290.
11. Shimizu M, Osa N, Okamura K, Yoshiura K. CT analysis of the Stafne's bone defects of the mandible. Dentomaxillofacial Radiology (2006) 35, 95–102. doi: 10.1259/dmfr/71115878.
12. Quesada-Gómez C, Valmaseda-Castellón E, Berini-Aytés L, Gay-Escoda C. Stafne bone cavity: a retrospective study of 11 cases. Med Oral Patol Oral Cir Bucal 2006;11:E277-80.
13. Campos P, Panella J, Crusoé-Rebello I, Azevedo R, Pena N, Cunha T. Mandibular ramus-related Stafne's bone cavity. Dentomaxillofac Radiol 2004;33:63-6.
14. Pozuelo A, Assis M, López-Quiles J,Pozuelo E. Cavidad idiopática de Stafne. A propósito de un caso clínico. Cient Dent 2007;4;3:217-221.
15. Harvey W, Noble WH. Defects on the lingual surface of the mandible near the angle. Br J Oral Surg 1968; 6: 75.
16. Shibata H, Yoshizawa N, Shibata T. Developmental lingual bone defect of the mandible. Report of a case. Int J Oral Maxillofac Surg 1991; 20: 328-329.

DR. WALSER DENTAL GMBH
60 Jahre Innovation

EL SISTEMA DE MATRIZ
MAS PREMIADO DEL MUNDO
AHORA EN PANAMÁ!

Panamá, Costa del Este tel: (507) 399 2530, Herrera, Chitré tel: (507) 979 0283, David, Chiriquí tel: (507) 777 4043
www.medidental.com.pa

Una extensa gama (más de 60 inserts) para todos los tratamientos.

SATELEC ACTEON

de venta en

MEDIDENTAL

Panamá, Costa del Este tel.:3992530,
Herrera, Chitré tel.:9104053,
David, Chiriquí tel.:7774043
www.medidental.com.pa

DECLARACION DE PRINCIPIOS DE LA FEDERACION DENTAL INTERNACIONAL, 2014

Presentación de Principios

Dra. Lupe Salazar de Barreiro, es Odontóloga y Abogada egresada de la Universidad de Panamá. Posee varias Maestrías y Postgrados en ambas profesiones y en docencia superior. Ejerce su práctica docente en la Universidad de Panamá y la privada en el Centro Odontológico Paitilla y es la actual presidenta de la AOP.
Contactos: (507) 269-4693, lsalazar5@hotmail.com, www.centroodontologicopaitilla.com

Las Declaraciones de Principios y resoluciones

La Asociación Odontológica Panameña como miembro de la FDI participó en las consultas y discusiones de los proyectos de las Declaraciones de Principios de la FDI, presentados en la Asamblea General, celebrada en septiembre de 2014 en Nueva Delhi, India.

Una de las misiones de la FDI es la de contribuir al desarrollo y diseminación de políticas, normas e información relacionadas con todos los aspectos de la atención bucodental. Esto se hace de diversas maneras y principalmente a través de las Declaraciones de Principios de la FDI, documentos que exponen la opinión actual sobre un tema específico de la odontología.

Las Declaraciones de Principios de la FDI son el resultado de las consultas, discusiones y consenso entre los expertos dentales más importantes del mundo con respecto a lo que se piensa y practica actualmente sobre un tema.

Algunas de las Declaraciones de Principios son el resultado de proyectos llevados a cabo por la Comisión de Ciencias de la FDI, mientras que otras son preparadas en colaboración con otras organizaciones como la Organización Mundial de la Salud.

A continuación, le presentamos textualmente su contenido con la intención de que se utilice como guía en nuestras prácticas profesionales y como parte de las políticas avaladas por la AOP.

Palabras Clave: declaración de principios, FDI, AOP

Abstract

Declarations of Principles and resolutions

The Panamanian Dental Association and member of the IDF participated in the consultations and discussions of the draft Statement of Principles FDI, presented at the General Assembly in September 2014 in New Delhi, India.

One of the missions of the IDF is to contribute to the development and dissemination of policies, standards and information relating to all aspects of oral health care. This is done in different ways and mainly through the Declarations of Principles IDF documents explaining the current opinion on a specific topic of dentistry.

Declarations of Principles of FDI are the result of consultations, discussions and consensus among the world's leading dental experts about what they think and currently practice.

Some of the Declarations of Principles are the result of projects carried out by the Commission of Science FDI, while others are prepared in collaboration with other organizations such as the World Health Organization.

We present its full content with the intention that they are used in our practices and as part of the policies approved by the AOP.

Keywords: Statement of Principles, FDI, AOP.

ANTEPROYECTO DE DECLARACIÓN DE PRINCIPIOS DE LA FDI

La salud bucodental perinatal e infantil

Presentado para su aprobación por la Asamblea General de la FDI: septiembre de 2014, Nueva Delhi, India

Introducción

La caries temprana de la niñez (CTN) es una infección bacteriana y una enfermedad multifactorial sumamente común caracterizada por un marcado deterioro de los dientes en los niños menores de seis años. La caries dental es la enfermedad crónica más común en la infancia, y su prevalencia ha aumentado recientemente en los niños de entre 2 y 5 años de edad en todo el mundo, lo que hace de este grupo etario un campo de actuación prioritario para la FDI.

La salud bucodental del niño empieza *in útero*. La malnutrición y una mala salud bucodental de la madre durante el embarazo pueden provocar un parto prematuro o bajo peso al nacimiento, alteraciones en la formación del esmalte y una predisposición a sufrir CTN. Las bacterias que contribuyen a la CTN se transmiten fácilmente de los padres y los cuidadores a los niños y, cuando no se trata, la CTN puede provocar dolor e infección, así como dificultades para comer, hablar e incluso aprender. Dichas dificultades pueden tener efectos en el desarrollo cognitivo, la aptitud escolar y la autoestima, reduciendo la calidad de vida del niño. Los efectos de la CTN, entre ellos el elevadísimo riesgo de caries en la dentición mixta y permanente, suele persistir en la edad adulta.

Declaración

Los niños de edades comprendidas entre los 0 y los 3 años presentan retos únicos en cuanto a salud bucodental debido a su gran dependencia de los padres y cuidadores en general. La atención bucodental perinatal e infantil constituye aspectos cruciales de la intervención precoz que facilitan los cambios de conducta y favorecen una buena salud bucodental, ya que permiten prevenir y tratar con éxito las patologías orales. Los padres, las escuelas, los ministerios de salud y demás protagonistas han de desarrollar un esfuerzo concertado e integrado con miras a reducir la ingesta de azúcar en todas sus formas.

Entre las medidas preventivas eficaces de salud bucodental perinatal e infantil para prevenir la CTN figuran las siguientes:

- Educar a los padres y a los proveedores de atención médica y odontológica sobre la importancia de la salud bucodental durante el embarazo y sobre las consideraciones en materia de seguridad que se han de contemplar durante el embarazo, como la exposición a sustancias o enfermedades que pueden llegar a provocar efectos deletéreos en la formación de la dentición fetal.
- Educar a los proveedores de atención médica, odontológica y sanitaria en general sobre la importancia de la participación de los padres y del cambio de conducta requerido por la atención odontológica preventiva, que ha de comenzar con la erupción del primer diente o, a más tardar, al año de edad.

ANTEPROYECTO DE DECLARACIÓN DE PRINCIPIOS DE LA FDI

La seguridad radiológicaen odontología

Presentado para su aprobación por la Asamblea General de la FDI en septiembre de 2014, Nueva Delhi, India

Introducción

Las radiografías son una herramienta diagnóstica indispensable en odontología, dado que permiten detectar patologías y otras anomalías así como controlar la evolución de una afección concreta. Sin embargo, la exposición a las radiaciones ionizantes conlleva un riesgo de que se produzcan daños. Los efectos nocivos de las radiaciones ionizantes se clasifican en deterministas y estocásticos. Los deterministas se caracterizan por tener un umbral de dosis por debajo del cual no existen daños; por encima del umbral, la gravedad del daño aumenta con la dosis. Se ha apuntado que la catarata sería un caso típico de efecto determinista sobre el ojo yque podría estar causada por dosis inferiores a las contempladas hasta el momento.[1]Los efectos estocásticos, entre ellos la carcinogénesis, son consecuencia de un daño en el ADN.[1]El enfoque internacionalmente aceptado para estimar el riesgo es el modelo lineal sin umbral (en inglés, LNT), que parte de la existencia de una relación lineal entre el riesgo y la exposición para todos los niveles de dosis desde una exposición cero.[1]Se ha demostrado que, a dosis superiores a100 mGy, esta relación es lineal; por debajo de dicho umbral, no existen evidencias directas de un mayor riesgo.

Dosis efectiva

En las técnicas de imagen para la exploración dental, la dosis efectiva varía considerablemente, desde unos 1,5 Sv en las radiografías orales hasta valores de entre 2,7 y 24 Sv en las ortopantomografías.[2]En el caso de la tomografía computarizada de haz cónico (CBCT), el rango de valores puede ser mucho mayor y oscilar entre los 11 y los1073 Sv.[2]Dada la amplitud de este rango, así pues, el odontólogo habrá de extremar la prudencia al elegir la técnica de imagen apropiada. En concreto, deberá prestarse especial atención a los niños, puesto que muestran una sensibilidad a la radiación mucho mayor que los adultos.[3, 4]La presente declaración de principios tiene por objeto ayudar al odontólogo a optimizar la protección radiológica, preservando el valor diagnóstico de sus radiografías y minimizando al mismo tiempo los efectos para el paciente, el operador y el público.[5]Se han desarrollado criterios de selección específicos para ayudar al odontólogo a determinar la necesidad de realizar una radiografía.[6-8]Las mujeres embarazadas deben someterse a un diagnóstico por imágenes únicamente cuando la prueba se precise específicamente para posibilitar un adecuado manejo de su atención odontológica. En los niños, es necesario extremar precauciones en cuanto a la justificación de la exposición radiológica, puesto que su sensibilidad a la radiación es 32 veces mayor.

Justificación de la exposición a las radiaciones

Justificar una exposición significa que el odontólogo debe decidir sobre la necesidad o no de realizar una radiografía, esto es, dilucidar si es o no probable que el paciente obtenga un beneficio de su exposición a la técnica de diagnóstico por la imagen. Es menester efectuar un examen clínico inicial para determinar la necesidad de realizar radiografías de parte o todas las regiones del hueso alveolary los tejidos duros adyacentes. Es posible que se requieran imágenes radiográficas para un correcto seguimiento o exámenes periódicos que permitan detectar la presencia de lesiones cariosas y demás patologías en zonas no accesibles clínicamente a la vista directa.

ANTEPROYECTO DE DECLARACIÓN DE PRINCIPIOS DE LA FDI

La detección precoz de la infección por el VIH y la atención adecuada en individuos con sida/infección por el VIH

Presentado para su aprobación por la Asamblea General de la FDI en septiembre de 2014, Nueva Delhi, India

La pandemia de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) se halla ahora en su cuarta década, con más de 70 millones de personas infectadas, 35 millones de portadores del VIH, aproximadamente 2,3 millones de nuevos infectados y 1,6 millones de muertes por sida en el año 2012. El uso generalizado de los antirretrovirales y de otras medidas ha reducido enormemente tanto la gravedad de la enfermedad en los pacientes como el número de nuevas infecciones gracias al esfuerzo común de gobiernos, organizaciones internacionales, profesionales de la atención sanitaria y líderes comunitarios de todo el mundo. La infección por el VIH y el sida, por tanto, se han convertido básicamente en un problema de salud crónico en numerosos países, y los individuos infectados presentan una esperanza de vida casi normal, aunque con un riesgo incrementado de sufrir envejecimiento, afecciones crónicas y otras complicaciones a largo plazo. Algunos ejemplos de posible eliminación del VIH mediante la adopción de enfoques novedosos han generado esperanzas. Sin embargo, sería prematuro dar por sentado que el fin del VIH/sida está a la vista. Siguen produciéndose nuevas infecciones, que se concentran en las poblaciones de riesgo específicas. El diagnóstico continúa llegando tarde en muchos casos, y el tratamiento sigue siendo inaccesible o inasequible para la gran mayoría de los infectados a nivel mundial. Es más: las malignizaciones derivadas del sida y otras complicaciones tardías siguen representando un lastre muy pesado en términos de morbilidad y mortalidad, y es de prever que la situación se mantenga sin cambios en un futuro inmediato. Hoy por hoy todavía no existe una vacuna.

Las lesiones orales son preponderantes en el decurso clínico del VIH/sida. Los profesionales de la salud bucodental pueden desempeñar un papel importante en la identificación,el diagnóstico precoz y el tratamiento del VIH/sida. Los estudios que analizan la naturaleza, la etiología y el manejo de las complicaciones orofaciales del VIH/sida son de gran valor para el enfoque global de la pandemia. Hoy día, el uso de tests de saliva para la detección del VIH está ampliamente generalizado y las tecnologías innovadoras para estos y otros agentes se hallan en continua evolución.

ANTEPROYECTO DE DECLARACIÓN DE PRINCIPIOS DE LA FDI

Fomento de la salud bucodental por medio de la fluoración del agua

Revisión presentada para su aprobación por la Asamblea General de la FDI en septiembre de 2014, Nueva Delhi, India

Versión revisada aprobada por la Asamblea General en septiembre de 2008, Estocolmo, Suecia

Versión original aprobada por la Asamblea General en noviembre de 2000, París, Francia

La fluoración del agua consiste en el ajuste de las concentraciones de flúor en las aguas de consumo deficitarias en esta sustancia hasta alcanzar el nivel recomendado para promover una salud bucodental óptima. Más de 370 millones de personas de más de 27 países distintos disfrutan de los beneficios que aporta la fluoración del agua.

En reconocimiento de la importancia de promover la salud bucodental mediante la fluoración del agua, la FDI (Federación Dental Internacional) afirma que:

> Más de setenta años de investigación y recientes evaluaciones sistemáticas han demostrado que la fluoración del agua constituye una medida de salud pública eficaz para la prevención de la caries dental en niños y adultos.
> La fluoración del agua resulta particularmente apropiada para aquellas poblaciones que presentan un riesgo entre moderado y alto de padecer caries dental.
> La fluoración del agua permite conseguir un ahorro muy positivo en el gasto sanitario y contribuye a reducir las desigualdades en las tasas de caries dental de las comunidades.
> La investigación y las evaluaciones científicas demuestran que las concentraciones de flúor recomendadas para la prevención de la caries dental no son nocivas para la salud humana en general.
> Los beneficios en salud pública que la fluoración del agua aporta para la prevención de la caries dental compensan con creces el posible riesgo de sufrir fluorosis dental en grado leve/muy leve.
> A la hora de determinar el nivel de flúor recomendado que debe alcanzar el agua para prevenir la caries dental, es necesario que las autoridades sanitarias sean conscientes de la importancia de mantener el equilibrio entre prevención de la caries y fluorosis dental. A este fin, las autoridades sanitarias deben tener en cuenta la temperatura máxima del aire ambiental, la disponibilidad de otras fuentes de flúor y la forma en que estas se utilizan así como las costumbres dietéticas y culturales de la comunidad en la primera y segunda infancia.
> Las aguas de consumo que se vayan a tratar con flúor deben ser fiables y hay que contar con las medidas de control de calidad, las instalaciones y la pericia técnica necesarias para realizar y controlar la fluoración del agua.

ANTEPROYECTO DE DECLARACIÓN DE PRINCIPIOS DE LA FDI

Las amalgamas dentales y el Convenio de Minamata sobre el Mercurio

Presentado para su aprobación por la Asamblea General de la FDI en septiembre de 2014, Nueva Delhi, India

Ámbito de aplicación

La presente Declaración de Principios de la FDI tiene por objeto las amalgamas dentales utilizadas en las restauraciones dentales a la luz de las disposiciones especiales sobre la eliminación progresiva de su uso contenidas en el Convenio de Minamata sobre el Mercurio de 2013:[1]

Definiciones

Convenio de Minamata sobre el Mercurio: tratado internacional que regula la extracción, el uso y el comercio de mercurio.
Amalgama dental: producto con mercurio añadido que contiene aproximadamente un 50 % de este metal en aleación con plata, cobre y estaño.

Introducción

Pese a los grandes avances conseguidos en su prevención, la caries dental sigue siendo una de las enfermedades más comunes en todo el mundo. Las amalgamas dentales se utilizan ampliamente para la reparación de dientes con caries debido a su facilidad de uso, su reducido coste y sus propiedades mecánicas y bacteriostáticas. A día de hoy la amalgama dental ya lleva más de 150 años en uso, y de entre todos los materiales que se utilizan para la restauración directa de dientes cariados es uno de los que ofrecen mayor durabilidad. A pesar de los enormes esfuerzos de investigación invertidos en el desarrollo de alternativas a las amalgamas, hasta la fecha no se ha podido encontrar un sustituto universal que permita reemplazarlas. Por ese motivo, los odontólogos deben poder disponer de la amalgama dental como opción terapéutica.

El Convenio de Minamata sobre el Mercurio es un tratado mundial que tiene por objeto proteger la salud humana y el medio ambiente de los efectos nocivos del mercurio. Los principales puntos del tratado son la prohibición de abrir nuevas minas de mercurio, el progresivo cierre de las existentes, medidas de control sobre las emisiones atmosféricas y la ordenación internacional del sector informal de la extracción de oro artesanal y a pequeña escala.[1] El Convenio también insta a reducir el uso de las amalgamas dentales (Anexo A, Parte II) haciendo mayor hincapié, sobre todo, en la prevención, la investigación de nuevos materiales dentales y la adopción de las mejores prácticas de gestión. La FDI está registrada como organización que apoya las disposiciones del Convenio de Minamata sobre el Mercurio.[2]

Declaración

1. **Seguridad de las amalgamas dentales**
   La FDI reitera la principal conclusión de la *Declaración de consenso de la OMS sobre la amalgama dental*, aprobada por la Asamblea General de la FDI en 1997: «El peso de la evidencia actual sugiere que los materiales de restauración dental, incluidas las amalgamas dentales, son seguros y efectivos».[3]

LOS DESORDENES DEL SUEÑO,

NUEVA RESPONSABILIDAD DE LA ODONTOLOGIA MODERNA

Artículo

Dr. Fernando R. Jaén, Odontólogo egresado de la Universidad de Panamá y luego efectúo una Residencia en Odontología General en Louisiana State University, New Orleáns, Luisiana. Ejerce la práctica privada con dedicación a los Desordenes Temporomandibulares, Dolor Buco Facial, Desordenes del Dueño y Oclusión. Es profesor Titular de Clínica Integral de la Facultad de Odontología de la Universidad de Panamá.
Contactos: (507) 263-7313, www.doctorjaen.com, consultas@doctorjaen.com

RESUMEN
Los desordenes del sueño, según el Dr. Talley, son definidos como aquéllos eventos que impiden que el sueño sea de calidad, con descanso y refrescante1.
Son aproximadamente 90 las diferentes formas desordenes del sueño, se estima que un tercio de la población mundial puede estar sufriendo de algún desorden, que muy pocos son diagnosticados o tratados y que el tiempo promedio que dormimos es de 6 horas, en vez de las 7 a 8 que necesitamos. Su impacto en la salud general es considerable:

Clínicos:
1.Desmejoramiento de la calidad de vida y del conocimiento.
2.Aumento hasta 10 veces de la posibilidad de accidentes de automóvil.
3.Aumento de enfermedades cardiovasculares.
4.Aumento en la mortalidad.

Económicos:
1. Los pacientes con desordenes del sueño no diagnosticados, utilizan en gran cantidad múltiples servicios médicos.
2. Los costos en estudios y tratamientos son elevados y multidisciplinarios2.
Palabras clave: desordenes del sueño, ronquido, oclusión, sistema masticatorio, apnea, bruxismo, cefaleas.

ABSTRACT
Sleep Disorders, according to Dr. Talley, are events that prevent sleep from being of quality, refreshing and with rest1. There are approximately 90 different types of disorders of sleep, it is estimated that one-third of the world's population may be suffering from a disorder, very few are diagnosed or treated and that the average time we sleep is 6 hours, rather than the 7 to 8 we need. Its impact on the general health is considerable:
Clinical:
1. Decline in the quality of life and knowledge.
2. Increase up to 10 times of the possibility of automobile accidents.
3. Increase in cardiovascular disease.
4. Increase in mortality.

Economic:
1. Undiagnosed patients use multiple medical services.
2. The costs in studies and treatments are high and multidisciplinary2.
Key words: sleep disorders, snoring, occlusion, masticatory system, apnea, bruxism, headaches.

INTRODUCCION
La relación de la Odontología con la salud y el bienestar general es conocida3. En los siglos 18 y 19 los problemas de salud general causados por la falta de dientes y las patologías orales. En los siglos 20 y 21, la afectación de las enfermedades bacterianas bucales en la diabetes y en las enfermedades cardiovasculares y de las enfermedades oclusales en los desordenes temporomandibulares, la respiración y finalmente, en el sueño. Las razones y la situación actual de lo anterior parecen ser claras;

1. Lo múltiple y complejo de la anatomía y biomecánica del sistema masticatorio, a tal punto que según el Dr. Gremillion, las nuevas metas de la Odontolología Integral exigen de varios componentes; A. Salud Bucal Optima, B. Armonía Anatómica y Funcional de las Articulaciones Temporomandibulares (ATM), la Neuromusculatura y la Relación Interdental y C. Estabilidad Ortopédica 4.

2. Lo primordial de sus funciones para la vida; la masticación, la deglución, la respiración, el habla y el sueño y la implicación de una miríada de síntomas, signos y consecuencias que van más allá de de la cabeza y cuello5. Esto ha hecho que el Dr. Dawson considere que el Odontólogo moderno tiene que ser un medico del sistema masticatorio y que la enfermedad oclusal es más destructiva de lo que se piensa, siendo quizás la mayor causa de perdidas dentales6.

3. Lo predominante en la población y la responsabilidad del Odontólogo en su manejo, una situación que en opinión del Dr. Christensen, se encuentra actualmente; la Oclusión es la enfermedad dental menos tratada7, afecte quizás a 1/3 de la poblacion8 y que la mayoría de los Odontólogos has recibido poca educación formal o continuada9.

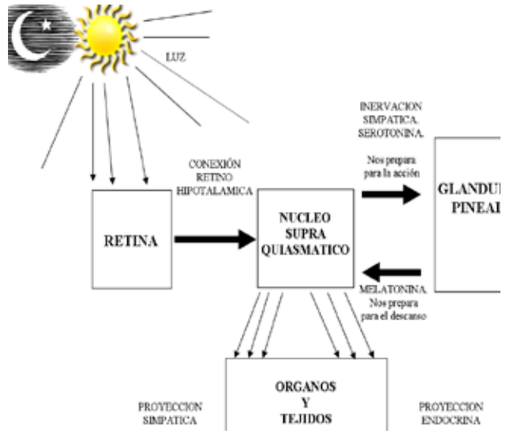
Específicamente, sobre nuestra relación con el Sueño, tenemos cada vez más información y:
1. En 2de los 6 grupos de Desordenes del Sueño (DDS), hay relación con la Odontologia10.
2. El sueño depende de la salud del sistema masticatorio11.
3. Los DDS se pueden manifestar en su inicio y a la vez alterar al sistema masticatorio12.
4. Varias de las alternativas de tratamiento son en la cavidad bucal13.
El contenido de este artículo lo dividiremos en 4 partes14.
I. Características del Sueño
II. Clasificación de los Desordenes del Sueño
III. Descripción de los 2 Desordenes del Sueño más asociados a la Odontología.
IV. Manejo.

I. Características del Sueño

A. Naturaleza del Sueño. Se define como un estado fisiológico y de comportamiento, imperativo para el hombre y todos los animales, caracterizado por un aislamiento parcial del medio ambiente con el cerebro en una función centinela para despertarnos si se percibe un peligro.

B. Función del Sueño:
1. Reversión del cansancio. Renueva la energía luego del trabajo.
2. Recuperación por el desgaste natural de la actividad sináptica, neurogénica, metabólica, inmunológica y la creación de la hormona del crecimiento.
3. Hay fuertes evidencias del la relación de la de alteración del sueño con la diabetes, la enfermedad cardiovascular, muerte, obesidad, otras en estudio, mala calidad de vida y hasta cáncer o Alzheimer30.
4. Memoria. El aprendizaje diurno necesita del sueño para consolidar la memoria.
5. Bienestar Sicológico. La privación del sueño es un riesgo en condiciones que van desde la alteración del humor hasta la depresión y dolores corporales.

C. Ciclos del Sueño: Es como se dividen nuestras 24 horas, 16 horas despiertas y 8 horas de sueño Son 3 Ciclos o Procesos (C, S y Ultradiano), vitales para la vida y su falta de sincronización está relacionado con:
desordenes de alimentación, de la salud general, falta de productividad y accidentes o muertes por accidentes de transporte, trabajo o estudio.
1. Proceso C o Homeostasis. La capacidad de dormir depende de la duración de estar despierto anteriormente y de la presión ejercida al cuerpo. A mayor la presión para dormirnos, más largo y profundo es el sueño resultante.
2. Proceso S o Ritmo Circadiano.
a. Es la información endógena de los genes de reloj o reloj biológico, que nos obliga a dormir 8 horas y que nos mantienen despiertos 16 horas.
b. Se regula también exógenamente con la luz, con los ciclos del sol y la luna, que estimulan a la melanopsina de la retina, que a su vez estimula al núcleo supra quiasmico del hipotálamo.



Ambos Procesos van paralelos iniciándose en forma ascendente al despertar, llegando a iniciar el cansancio alrededor de las 4 de la tarde, obligando a dormir a las 4 de la mañana (fig.1).

3. Ritmo Ultradiano.
a. Es el registro físico y con polisomnografia (PSG) de lo ocurrido durante periodo de horas de sueño. La PSG puede ser en un laboratorio o en forma ambulatoria.

b.Son de 3 a 5 periodos por hora en que el cerebro, los músculos y el sistema cardio- respiratorio fluctúan en su actividad.
c.Se repiten cada 90 minutos y consisten en el sueño de Movimiento Rápido del Ojo (REM) o etapa activa y el no REM o 4 etapas livianas o profundas.

d. Etapa 1 o transicional entre el estar despierto y el sueño. Es sueño liviano, siendo 4-5% del sueño (5 a 10 minutos). Se inicia la disminución del ritmo cardiaco, de la musculatura y del cerebro.

e. Etapa 2 o del inicio del sueño. Es liviano y el 50% del total del sueño. Disminuye la temperatura corporal, continua la disminución de la respiración y actividad cardiaca y la actividad cerebral cambia a patrones únicos de preservación y promoción del sueño (ondas K y en racimos en el EEG).

f. Etapa 3-4 de sueño profundo o de recobro. Representa el 20% del sueño, la actividad respiratoria es rítmica, la muscular es limitada y la cerebral cambia a ondas delta de alta y lenta amplitud. Luego de esta, se puede ir a la Etapa 2 nuevamente o se inicia el REM. Este es la fase ascendente del Sueño.

g. REM. Se reduce el tono muscular (hipotonía), aumenta la frecuencia cardiaca y la respiración es rápida y superficial. Aumenta la actividad cerebral (sueño activo) a aun mas de cuando estamos despiertos haciendo de los sueños de esta etapa los mas vividos y creativos. Es del 20 al 25% del sueño.
Consideraciones Clínicas: La mayoría de los movimientos corporales del cuerpo tales como los de las piernas y de la mandíbula como el bruxismo del sueño y en los desordenes respiratorios como la apnea, ocurren en la Etapa 2 del no REM y con menor frecuencia durante el REM. Los sueños actuados, con riesgo de daño corporal, suceden durante el REM. Medicamentos como los diazepanes, los hipnóticos o los antidepresivos y los contactos prematuros naturales o iatrogénicos (aparatos oclusales o prótesis desadaptadas), alteran el REM.

D. El Despertar durante el Sueño. La eficiencia del sueño se mide en la PSG con su cantidad. Los despertares son fisiológicos (6 a 14 veces con duración de 3 a 10 segundos por sueño) y representan la capacidad centinela en caso de peligro. Un sueño con más despertares, lo convierte en fragmentado y de mala calidad.
El bruxismo del sueño, el dolor crónico y los movimientos de los miembros son concomitantes con los despertares. Mas episodios bruxistas o de dolor causan más despertares. La apnea, la hipo apnea y el ronquido son desordenes respiratorios que aumentan los despertares.

Consideración Clínica: El bruxismo y los dolores buco faciales pueden ser indicadores de Desordenes del Sueño. El bruxismo y los Desordenes temporomandibulares (DTM) no o mal tratados, son más dañinos de lo que se piensa.

E. Los Patrones del Sueño. El patrón de sueño-despierto cambia con la edad.
1. En los primeros 6 meses de vida el sueño REM es el 50%.
2. De los 6 a los 9 meses el patrón es sincronizado con el de sus padres.
3. Los niños en edad pre escolar duermen 14 horas, con siestas y de los 3 a los 5 años, dejan de tomarlas.
4. Los pre-adolescentes se duermen y despiertan más temprano que sus padres.
5. A los 16 años, los adolescentes duermen de 6 a 10 horas, acostándose y levantándose más tarde que sus padres.
6. La mayoría de los adultos duermen de 6 a 7 horas en días de trabajo y algo más los fines de semana.
7. A los 40 años, el sueño tiende a ser más frágil y la mayoría es consciente de que se despierta por segundos o minutos durante la noche.
8. En los ancianos, el patrón de sueño es más parecido al de los niños, multifacético; se acuestan más temprano que los de edad media, se despiertan más temprano y toman siestas ocasionales.
9. El reloj biológico humano se puede adaptar, hasta ciertos límites, a la privación del sueño, como por ejemplo; la mejor adaptación de algunas personas a los turnos o al jet lag.
Consideración Clínica: Los adolecentes responden mejor después de las 11:00 a.m. y los niños y los adultos; después de su siesta o temprano en la mañana.

II. Clasificación de los Desórdenes del Sueño10
De los 6 grupos de Desordenes del Sueño descritos por American Academy of Sleep Medicine, 2 están relacionados con la Odontología. Le dedicaremos el artículo a estos 2 y todos son;

I. Insomnio: Inicio demorado o dificultad de mantener el sueño. Usualmente lo precipitan factores agudos tensiónales, médicos o siquiátricos y lo perpetuán factores de comportamiento.

II. Desordenes Respiratorios Relacionados con el Sueño, tales como: la Apnea Obstructiva e Hipo Apnea del sueño y el Ronquido.

III. Desordenes Centrales de Hipersomnolencia: Sueño intenso o excesivo.

IV. Desordenes del Ritmo Circadiano: causados por periodos alterados de sueño como en los trabajadores por turno, padres de infantes, estudiantes universitarios, etc.

V. Parasomnias: Desordenes que interrumpen el periodo, tales como somnílocua, sonambulismo, enuresis, terror, etc.

VI. Desordenes de Movimiento Relacionados al Sueño: Movimiento periódico de extremidad, el bruxismo, las cfaleas, la cathaternia y la fibromialgia.

III. Descripción de los 2 Desordenes del Sueño más asociados a la Odontología.

II. Desordenes Respiratorios Relacionados con el Sueño, tales como: la Apnea Obstructiva e Hipo Apnea del sueño y el Ronquido.

A. La Apnea Obstructiva del Sueño (AOS) es una suspensión de la respiración y de la llegada del aire a los pulmones durante el sueño, que dure de 10 a 90 segundos. La Hipo Apnea, es la disminución (30 al 50%) de la entrada del aire.

Son exclusivas de los seres humanos y ocurren por:

1. La dificultad de los 20 músculos voluntarios de la buco faringe de hacer 2 funciones diferentes; la respiración y la deglución.
2. La faringe es el único segmento del tracto respiratorio que se puede colapsar. (Fig. 4)

3. Despiertos, mediante reflejos que controlan los músculos faríngeos, se mantiene abierta, excepto para tragar. (Fig.5). Dormidos, los reflejos no funcionan y la vía faríngea se puede cerrar o estrechar.

4. Obstrucciones físicas pueden reducir el espacio y mientras más se estrecha, se hace más susceptible a cerrarse. Ejemplos: amígdalas o adenoides inflamadas, componentes bucales o protésicos mal posicionados, pólipos o inflamaciones alérgicas.
(Fig.6, 7, 8, 9)

Su mecanismo de acción implica la disminución de la oxigenación, aumento de los despertares, etc. y eventualmente altera al sistema cardiovascular.

Existen varias teorías sobre su etiología y factores de riesgo:

1.Teoría Evolutiva: La anatomía de las vías aéreas superiores y de la bucal del humano pre histórico tenia las condiciones para evitar la apnea; el paladar ancho y bajo, arcadas dentales anchas y sin mala oclusión y aberturas nasales posteriores anchas. Estas condiciones cambiaron en el hombre moderno con la evolución, haciéndolo más propenso a padecer de apnea.

2.Teoría de la Lactancia Materna: La lactancia materna promueve las condiciones para que no tengamos apnea del sueño; el buen desarrollo de la cavidad bucal, la mandíbula y los componentes de las vías aéreas, disminuye las posibilidades de ser obesos, permite una buena actividad de la lengua, pudiendo respirar y comer al mismo tiempo y previene, por la ayuda auto inmune de la leche materna, las infecciones de las amígdalas y las adenoides. El agrandamiento de estas es la mayor causa de AOS en niños.

3.Teoría de la Genética.

Los factores de riesgo son múltiples:

1. Obesidad
2. Genética-Hormonal
3. Edad
4. Género Masculino
5. Anomalías anatómicas de las vías aéreas superiores, los maxilares y los componentes de la cavidad bucal.
6. Ronquido
7. Abuso del alcohol
8. Uso de ansiolíticos, hipnóticos o antidepresivos
9. Fumar
10. Hipertensión arterial.

La morbilidad es considerable, el 24% de hombres y el 9% en mujeres de 30 a 60 años tienen Índice Apnea Hipo Apnea (AHÍ) mayor de 5 por hora. El 4% de los hombres y el 2% de las mujeres son severos (AHI 30). En obesos aumenta al 17% 15.

Los signos y síntomas son:

1. Ronquidos: Intermitente con pausas.
2. Sueño excesivo durante el día o quedarse dormido en el trabajo o cualquier actividad (somnolencia).
3. Despertarse ahogándose o atorado.
4. Sueño liviano, no reparador o fragmentado.
5. Mala memoria y dificultad para pensar.
6. Irritabilidad o cambios de personalidad.
7. Disminución del libido o impotencia.
8. Dolores de cabeza al despertar.
9. Reflujo gastro-esofágico

Las consecuencias de la somnolencia son:

1. Aumento de los accidentes automovilísticos
2. Aumento de los accidentes de trabajo
3. Baja productividad laboral o capacidad de funcionar durante el día.
4.Depresión, ansiedad, ira u otros desordenes emocionales.
5. Problemas familiares.
6. Disminución de la calidad de vida16.
7. Disfunción cognoscitiva con dificultad en el aprendizaje o disminución del rendimiento académico.
8. Abuso de medicamentos, cafeína y otros químicos para mantenerse despiertos o poder dormir.
9. Obesidad.
10. Muerte.

Es problemático en la población general, pero son peores en personas cuyas actividades dependen la vida de otros:

1. Personal médico y paramédico y con varios trabajos.
2. Transportistas de todo tipo
3. Personal de aviación
4. Personal de seguridad
5. Personal marino
6. Personal operador de equipo pesado o grúas.

La relación de la AOS y los otros Desordenes del Sueño (DDS), con las condiciones anatómicas bucales, obligan al Odontólogo a incluir dentro de su evaluación a lo que conocemos como el Análisis de la Oclusión12. Este análisis debe incluir:

1. Los principios generales
2. Historia médica, dental y de la oclusión
3. Examen muscular
4. Examen articular
5. Examen dental, de tejidos de soporte y de las vías aéreas superiores
6. Examen de la relación interdental en cierre y en movimientos
7. Examen de la simetría facial y corporal
8. Rango de movimientos
10.Examen de imágenes
11.Examen de modelos articulados
12.Otros exámenes
13.Diagnostico diferencial y plan de tratamiento.

Dentro de los Principios Generales y en la Historia (1 y 2 del Análisis de la Oclusión) está la posibilidad de documentación de la condición actual por lo que se requiere de información del paciente sobre su sueño. Contamos con 2 documentos, la Exploración por Apnea del Sueño y la Escala Epworth del Sueño (Fig.12), que guían al paciente en nuestro interrogatorio.

En el Examen de los Tejidos Bucales y en de la Simetría (5 y 7 del Análisis de la Oclusión) buscamos los siguientes factores de riesgo o signos;
a.Lengua festoneada, signo clásico de bruxismo (Fig.13).

b.Lengua y paladar alto, posible causal de obstrucción de la vía aérea (Fig.14).

c.Inflamación grado IV de Brodsky de las amígdalas (Fig.15).

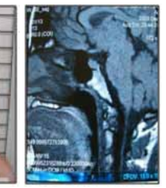
d.Lengua ancha, arco contraído y líneas alba (Fig.16).

e.Desgastes y otros problemas oclusales (Fig.17).

f.Postura anterior de la cabeza, ojeras y cara de dolor y cansancio Fig.18).

B. Ronquido.
Según el diccionario medico Gould21, ronquido significa respirar durante el sueño con un sonido grueso y áspero de aproximadamente 50 dB, que es igual al sonido causado en una conversación. El 40% de los hombres y el 25% de las mujeres son reportados por sus parejas como roncadores. Es un problema social en el que la pareja del que ronca pierde su sueño, la audición o al conjugue y el roncador no se entera o no cree que lo hace22.
El diagnóstico del ronquido se hace con la PSG de cuantas veces se ronca por hora y en su efecto en la oxigenación del cuerpo y por Historia. Ambos pueden causar somnolencia y el 20% eventualmente son apneicos. Existen 2 tipos; el simple o benigno y el turbulento.

El ronquido simple ocurre debido a la vibración (25 veces por segundo) del paladar blando. Durante sus episodios no hay resistencia a la entrada del aire a las vías respiratorias, maltrato a los músculos involucrados o disminución de la oxigenación de la sangre durante el sueño.
El ronquido turbulento causado por el Síndrome de la Resistencia de la Vía Aérea, es el flujo turbulento del aire por una faringe reducida en tamaño causando sobrecarga de los músculos masticatorios y disminución del aire que entra en los pulmones. Usualmente estos roncadores también son hombres, hipertensos, obesos, sufren de fatiga o tienen otros problemas de salud general, pero esto está cambiando y cada día hay más pacientes mujeres, sin sobrepeso y jóvenes (como la paciente que en las 3 figuras siguientes) pero con signos y síntomas como la lengua festoneada (Fig.19), ojeras (Fig.20) y obstrucción en la imagen de las vías aéreas (Fig. 21).



VI.Desordenes de Movimiento relacionados al sueño: Movimiento periódico de extremidad, bruxismo, cefaleas y fibromialgia.

A.Bruxismo.
Palabra del griego bruxisxie que significa apretar, originalmente utilizada alrededor de 1940 y que es utilizada para describir una serie de movimientos parafuncionales de la mandíbula17. En cambio el bruxismo del sueño tiene un significado más completo, ya que ha podido ser documentado en los estudios del sueño, midiendo la actividad muscular de la mandíbula. Se define como actividades repetitivas medibles de por lo menos 3 veces por episodio, de los músculos de la masticación, con duración de 0.5 a 2 segundos y que puede generar sonidos interdentales y contracción muscular de más de 2 segundos18 y que pueden afectar a todos los componentes del sistema masticatorio al igual que a la calidad del sueño.
El bruxismo esta descrito dentro de las Desordenes Temporomandibulares (anomalías de los componentes músculo-esqueléticos, articulares, dentales y neurológicos del sistema masticatorio) en la Clasificación de los Desordenes de Dolor Bucofacial12.
Sus posibles etiologías son: factores locales mecánicos (contactos prematuros) 19, factores sistémicos (como epilepsia focal, Parkinsons, PCI, etc.), factores medicamentosos (antidepresivos, litio, etc.), factores sicológicos y combinaciones.
Hay varios tipos de bruxismo: del sueño y el despierto; según el momento, común (85%), central e intratable (15%); según el origen, leve, moderado o severo; según la intensidad y céntrico o excéntrico; según la posición mandibular.

Existen varias formas de movimiento bruxista: apretar o rechinar los dientes, protruir o lateralizar repetidamente, morderse los carrillos, los labios, uñas o la lengua, morder objetos, fumar, beber alcohol, café, mate y otros repetidamente.
Sus signos y síntomas son; desgastes, fracturas o movilidad de dientes, restauraciones o prótesis, cefaleas, cervicalgias, dolor bucofacial, otalgia, tinnitus, hipoacusia o mareos, postura anterior de la cabeza, sonidos articulares o interdentales, alteración de la movilidad mandibular, alteración de la relación interdental, labios, carrillos o uñas mordidas, los relacionados con el sueño y combinaciones20.

B. Cefaleas
Las Desordenes Temporomandibulares12 se clasifican según su origen anatómico en; Intra-capsulares, Extra- capsulares y los Interdentales. El más común de los desordenes son los extra capsulares y son los que afectan a los músculos, ligamentos. Son análogos a los otros sistemas ortopédicos del cuerpo humano y la queja principal es de dolor en aéreas cefálicas, faciales o cervicales23. Sus etiologías pueden ser: Congénitas y hereditarias, Enfermedades sistémicas o infecciosas, Tumorales, Disfuncionales o Comorbides. Las más comunes son las Disfuncionales y son el resultado de sobrecargas súbitas o macrotraumas (25%), las repetitivas o microtraumas (75%) y pueden ser comorbides. Las causas de los microtraumas son las relaciones interdentales mal Adaptadas (mala mordida o contactos prematuros), los factores sicosociales y las parafunciones (bruxismo).
Los Desordenes Extra capsulares pueden ser Agudos o Crónicos.
Los Agudos se refieren a patologías con dolor o inflamación donde el origen y el sitio afectado coinciden. Su duración usual de menos de 6 meses y no hay alteración de la percepción cerebral del área afectada. Se clasifican en: el mioespasmo tónico o trismus, la ferulizacion o co-contraccion muscular y la miositis.
El mioespasmo es la contracción súbita, involuntaria y tónica del musculo. Se manifiesta con dolor severo, contracción muscular continua con fasciculacion, es de origen traumático o bacteriano y rango de movimiento (RDM) limitado a10mm o menos (Fig. 22).

La ferulizacion muscular es la contracción de los músculos elevadores por contracción muscular para evitar el movimiento de las partes articulares o musculares alteradas. Se manifiesta con dolor severo en función pero no en reposo, RDM reducido a 10 o 30 mm e historia de signos y síntomas temporo-mandibulares (TMD) (Fig.23).

La miositis es la inflamación de todo el musculo debido a lesiones físicas o infección. Se manifiesta con dolor aumentado por la función, limitación de RDM, 48 horas después del inicio del problema, aumento del volumen del musculo, dolor a la palpación y fascículos o puntos gatillo (Fig.24).

Los Crónicos son las patologías donde el origen y sitio de la inflamación o del dolor no coinciden, usualmente de más de 6 meses de duración, el cerebro confunde el aérea afectada, están relacionadas con los despertares aumentados y hay alteración del ánimo. Se clasifican en la contractura (fibrosis o trismus crónico), el dolor miofacial y la fibromialgia.
La fibrosis es la resistencia crónica a la abertura mandibular por fibrosis tendinosa, ligamentosa o muscular.
Puede ser reversible (miostatica) o irreversible (miofibrotica). Se manifiesta con RDM muy limitado (5-25 mm), firmeza inflexible en estiramiento pasivo y larga historia de Desordenes TMD (Fig.25).
El dolor miofacial esta caracterizado por ser un dolor regional, sordo y pausado con puntos de gatillo en músculos, tendones o fascia, que reproducen el dolor al ser palpado (Fig. 26).

Se manifiesta con dolor regional, usualmente pausado, suavidad localizada en bandas firmes de la fascia o el musculo y reducción del dolor con inyección de anestésico local, TENS o espray refrigerantes en los puntos gatillos.

C. Fibromialgia29
es un dolor sistémico extendido miogenado y crónico caracterizado por muchas aéreas de dolor y síntomas relacionados con: fatiga crónica, cefaleas, colon irritable, reflujo, DTM y sueño no reparador. Se manifiesta con: dolor generalizado de intensidad variada durante el reposo, presencia de 11 a 18 aéreas con molestias, sedentarismo, disfunción estructural con disminución de la velocidad y RDM por dolor y fatiga generalizada, incluyendo en el sistema masticatorio, ansiedad, ira o depresión y desordenes del sueño.

III. Manejo12

A.Las dificultades con el tratamiento y manejo de los desórdenes del dueño son2 :
1.No hay suficientes especialistas; Odontólogos, Médicos o técnicos y hay muchos pacientes con la condición.
2.No hay suficientes laboratorios del sueño, a nivel mundial, en especial en la medicina institucional que es la que más pacientes atiende y debe prevenir.
3.Usualmente no hay buen seguimiento, cumplimiento o mantenimiento de los pacientes atendidos.
4.Requieren de diferentes profesionales de la salud,
5.Se pueden necesitar varias modalidades de manejo en el mismo paciente,
6.Control para toda la vida.
7.Su manejo es costoso.
8.Los profesionales necesitan de mucha, costosa y obligante educación continuada y tecnología.

B.Las opciones de manejo y tratamiento son:
1.Cambio de estilo de vida e higiene del sueño.
2.Manejo medico.
3.Manejo quirúrgico.
4.Dilatación o abertura de las vía aéreas.

1.Cambio de estilo de vida:
a.Cesación de fumar y drogas prohibidas.
b.Limitación del uso de hipnóticos, antidepresivos, sedantes, antihistamínicos y del alcohol para dormir.
c.Pérdida y mantenimiento del peso adecuado y el ejercicio diario.
d.Dormir 8 horas diarias seguidas, a la misma hora y hacerlo en un cuarto obscuro, sin ruidos, sin electrónicos y en la cama y forma indicada.

2.El manejo medico consiste en:
a.El control de enfermedades o condiciones que cierran las vías aéreas tales como alergias, infecciones, etc. con el estándar de cuidado que son los medicamentos, las vacunas, evitar y reconocer los alérgenos y la educación sobre las alergias.

b.Fisioterapia del sueño, que son las indicaciones para dormir adecuadamente, que puede ser visto en: www.doctorjaen.com/ComoCuidarse.

3.El manejo quirúrgico consiste en:
a.La eliminación de tejidos inflamados en las vías aéreas superiores que estén interrumpiendo el libre flujo del aire, tales como las adenoides y las amígdalas. Los procedimientos quirúrgicos para aumentar el tamaño de las vías aéreas superiores no inflamadas son ahora indicados solamente si los otros manejos no funcionan.
b.Cirugía ortognatica, cuando se comprueba que la mal posición ósea de los maxilares es la causa del DDS.
4.La dilatación o abertura de las vías aéreas obstruidas, que puede ser:
a.Mecánica,
b.Ortopédica
c.Bucal y
d.Combinaciones

La dilatación mecánica consiste en el uso de Aparatos de Presión Continua Positiva de Aire (CPAP por sus siglas en ingles). Como todos los aparatos mecánicos tiene sus ventajas y desventajas y su efectividad depende de la tolerancia del paciente a su uso continuo. La incidencia de poca tolerancia al CPAP es alta24 y son varias las causas;
a.En ocasiones no mejora los síntomas.
b.Presión de aire extrema y en aumento en las vías aéreas.
c.Razones sicológicas; claustrofobia o ahogo.
d.Dificultades mecánicas de la mascarilla; dolor o deformación facial, escapes o alergia por contacto.
e.Uso para toda la vida.
f.Incomodidades anatómicas; rinorrea, congestión nasal, resequedad, sinusitis, etc.

La dilatación ortopédica es quizás la mejor, ya que consiste en la atención temprana de la forma del paladar, con los expansores de un paladar alto en un niño, lo que también aumenta la base de la nariz y la vía aérea. Existen diferentes diseños y protocolos de tratamiento y son muy exitosos al utilizar el estándar de atención que está bien y desde hace años descrito en la literatura Odontologica25. Para la dilatación bucal existen aproximadamente 45 diferentes diseños de aparatos con retención en los dientes que previenen que los tejidos de la buco faringe y de la base de la lengua colapsen, obstruyendo la vía aérea superior. Trabajan de 2 formas; re posicionan anteriormente y estabilizan a la mandíbula, el paladar blando y el hueso hioides y aumentan la actividad de los músculos de la lengua manteniendo su posición de antero-superior de reposo26, 27.
Las consideraciones generales en cuanto al uso de los aparatos de dilatación bucal son:
a.Existen muchos tipos y el clínico debe conocer las características de varios diseños.
b.Eventualmente en la práctica Odontológica del sueño, debemos escoger los diseños que mejor nos trabajan para lograr las metas de cambiar la posición horizontal y vertical de la mandíbula.
c.Todos tienen sus efectos secundarios por intrusión y protrusión constante en los componentes del sistema masticatorio (músculos, ATM o relación interdental)
(Fig. 27.)

d.Eventualmente se puede necesitar del cambio de diseño de aparato, de la forma de tratamiento y de manejar los efectos secundarios en el sistema masticatorio (músculos, ATM o relación interdental) con los estándares de atención descritos para los DTM12 que son: de Fase I o ”reversibles” y de Fase II o “irreversibles”.
Los de Fase I buscan la corrección o mejoramiento de las alteraciones de los componentes; neuromusculares, articulares y de los hábitos para funcionales.
Sus alternativas son: instrucciones y auto ayuda en casa y trabajo, fármaco terapia, fisioterapia, sicoterapia, aparatos oclusales o combinaciones.
Los de Fase II buscan la rehabilitación del componente interdental, optimizando la tabla oclusal alterada.
Sus alternativas son: ajustes oclusales, ortodoncia, operatoria, prótesis, cirugía maxilo- facial u ortognatica o combinaciones.

CONCLUSIONES
Una relación interdental natural o protésica patológica puede ser perjudicial para el resto de los componentes del sistema masticatorio o del cuerpo. De igual forma, unas ATM y/o una neuro musculatura patológicas pueden alterar la relación interdental natural o protésica o la salud general. El pilar de una Oclusión estable son las ATM, los músculos y la relación céntrica, no son los dientes. La rehabilitación de la relación interdental, exige un diagnostico, prevención o tratamiento de la salud de los componentes musculares y articulares del sistema masticatorio y de la salud general. El Análisis de la Oclusión debe incluir a todos sus componentes y que junto con la evaluación médica, la PSG y el examen del sueño; son la base fundamental para determinar los diagnósticos y planes de tratamiento. Lamentablemente son muy comunes los tratamientos sin diagnostico los tratamientos sin protocolos estudiados, sin seguimiento o sin cumplimiento y se requiere más educación formal y continuada en nuestra profesión y en la médica para atender la enorme cantidad de pacientes con DDS y DTM. Por ultimo y no menos importante, como en todas las condiciones y patologías del cuerpo humano, el mejor tratamiento es la prevención y la atención temprana. Puede encontrar más información de este fascinante tema de la Odontología moderna en: www.doctorjaen.com /Publicaciones.

BIBLIOGRAFIA
1.Robert L. Talley, D.D.S.; Sleep Disorders, Oral Growth & Development and Craniofacial Pain, American Academy of Craniofacial Pain, 2006.
2.Averbuch M., et al. Current status of Latin American sleep societies, Sleep Sci. 2011;4(1).
3.Kandelman, D. Petersen, P. Ueda, H. Oral health, general health and quality of life in older people. Special Care in Dentistry, Nov 2008, Vol. 28 Issue 6, p224-236
4.Gremillion HA. Multidisciplinary diagnosis of orofacial pain. Gen Dent. 2002 Mar-Apr; 50(2):178-86.
5.Gonçalves DA, Dal Fabbro AL, Campos JA, Bigal ME, Speciali JG., Symptoms of temporomandibular disorders in the population: an epidemiological study. J Orofac Pain. 2010 Summer; 24(3):270-8.
6.Dawson PE. In: Functional Occlusion: From TMJ to Smile Design. St. Louis, Mo: Mosby; 2007:27-32
7.Christensen GJ. Abnormal Occlusal Conditions-A Forgotten Part of Dentistry. J Amer DA 1995. Vol. 126(12): 1661-8.
8.Christensen GJ. Now is the time to observe and treat dental occlusion, J Am Dent Assoc, 2001. Vol. 132, No 1, 100-102.
9.Christensen GJ. The major part of dentistry you may be neglecting. J Am Dent Assoc, 2005. Vo.l 136, No 4, 497-499.
10.American Academy of Sleep Medicine. International Classification of Sleep Disorders (ICSD-3), ed. 3 Darien, IL: American Academy of Sleep Medicine, 2014.
11.The muscular activity of the chewing apparatus during night sleep. Fuchs, P. Journal of Oral Rehabilitation, Jan. 1975, Vol. 2 Issue 1, p35-48.
12.The American Academy of Craniofacial Pain. Standards for History, Examination, Diagnosis and Treatment of Temporomandibular Disorders (TMD). A Position Paper. The J of Craniomand. Practice Jan. 1990, Volume 8 Number 1.
13.Gauthier, L., Laberge, L., Beaudry, M., Laforte, M., Rompré, P.. Lavigne, G. Mandibular advancement appliances remain effective in lowering respiratory disturbance index for 2.5–4.5 years. Sleep Medicine, Oct 2011, Vol. 12 Issue 9, p844-849.
14.Sleep medicine for dentists: a practical overview. G.J Lavigne, PA Cistulli, MT Smith. Quintessence Publishing Co. Inc. 2009: 3-17.
15.Young et al. The ocurrence of sleep disordered breathing among middle aged adults. N Engl J Med 1993; 328, 1230-1235.
16.Johal A. Health-related quality of life in patients with sleep-disordered breathing: Effect of mandibular advancement appliances Journal of Prosthetic Dentistry, October 2006, Vol. 96, Issue 4; 298-302.
17.Glossary of Prosthodontic Terms 8, Journal of Prosthetic Dentistry, Vol. 1, July 2005; 10-92.
18.AASM Manual for the Scoring of Sleep and Associated Events. Version 2.0 Section VII, E. October 1, 2013.
19.Koichi, S., Yoshimi H., Sasaguri, K., Sato, S. Occlusion Factors Influencing the Magnitude of Sleep Bruxism Activity, J. of Craniomand. Practice, Volume 29 Issue 2 April 2011.
20.Jaén, FR., Bruxismo, muchas preguntas y algunas respuestas. Revisión de la literatura. Rev. El Odontol. 1998;24(2):15-19.
21.New Gould Medical Dictionary, Reviewed by Arthur Purdy Stout, M.D, Bull Med Library Assoc. 1950, January; 38(1).
22.Duda, JM. The General Dentist's Role in Treating Obstructive Sleep Apnea. AGD Impact, March 2009 , Volume 37 , Issue 3
23.Moses, AJ., Lieberman, M., Kittay, I., Learreta, JA. Computer-Aided Diagnoses of Chronic Head Pain: Explanation, Study Data, Implications, and Challenge . J of Craniomand. Practice, Volume 24 Issue 1 January 2006.
24.Broström, A; Nilsen, P; Johansson, R; Ulander, M; Strömberg, A; Svanborg, E; Fridlund, B. Putative facilitators and barriers for adherence to CPAP treatment in patients with obstructive sleep apnea syndrome: A qualitative content analysis. Sleep Medicine, Feb 2010, Vol. 11 No. 2, p126-130.
25.Jefferson, Y. Mouth breathing: Adverse effects on facial growth, health, academics, and behavior. General Dentistry, January/February 2010, 18-25.
26.Yoshida. K., Effects of a Mandibular Advancement Device for the Treatment of Sleep Apnea Syndrome and Snoring on Respiratory Function and Sleep Quality. J.of Craniomand. Practice Volume 18 Issue 2 April 2000.
27.Spencer, J. Patel, M. Mehta, N. Simmons, C., Bennett, T., Bailey, J., Moses, A. American Academy of Craniofacial Pain American Academy of Craniofacial Pain (AACP) Task Force on Mandibular Advancement Oral Appliance Therapy for Snoring and Obstructive Sleep Apnea.
Special Consideration Regarding the Assessment and Management of Patients Being Treated with Mandibular Advancement Oral Appliance Therapy for Snoring and Obstructive Sleep Apnea. J Cranio. Volume 31, Issue 1. January 2013.
28.Malcmacher, L. The Unintended Effects of Oral Appliances, AGD Impact, March 2014.
29.Pimentel, MJ. et al. Features of Temporomandibular Disorders in Fibromyalgia Syndrome. J Cranio. Volume 31 Issue 1 January 2013.
30.Comai, Stefano; Gobbi, Gabriellab. Unveiling the role of melatonin MT2 receptors in sleep, anxiety and other neuropsychiatric diseases: a novel target in psychopharmacology. j psychiatry neurosci), 2014 Jan; 39 (1): 6-21.

SECCION DE EDUCACION CONTINUADA

Por favor escoja la mejor respuesta.

1.La mayoría de los movimientos corporales del cuerpo tales como los de las piernas y de la mandíbula como el bruxismo del sueño y en los desordenes respiratorios como la apnea ocurren:

a.Durante la etapa 3 del sueño no REM
b.Durante la etapa 4 del sueño no REM
c.Ocurren durante todo el sueño
d.Durante la etapa 2 o del inicio del sueño no REM
e.Todas son incorrectas

2.El bruxismo del sueño, el dolor crónico y los movimientos de los miembros:

a.son concomitantes con los despertares patológicos
b. no tienen relevancia en el sueño
c. el aumento de episodios bruxista, a su vez aumenta los despertares
d. a y c son correctas
e. todas son incorrectas

3. Signos bucales de DDS pueden ser:

a.Lengua festoneada
b.Lengua y paladar alto
c.Lengua ancha, arco contraído y líneas alba
d.Desgastes y otros problemas oclusales
e.Todas son correctas.

4. La más eficiente y eficaz dilatación o abertura de las vías aéreas obstruidas es:

a.La mecánica con los CPAP
b.La bucal con aparatos de protrusión mandibular
c.La ortopédica con la expansión temprana del paladar
d.a y b son correctas
e.Todas son correctas

Clave; 1. d, 2. d, 3. e, 4. c

EXCELENCIA EN RESTAURACIONES DENTALES DE CERÁMICA: "SELECCIÓN DEL MATERIAL PARA RESTAURACIONES ANTERIORES"

Traducción de un artículo original e inédito

Escritor del Artículo; Lic. Gilbert Young, maestro ceramista acreditado, egresado de la Universidad de North Texas y alumno de los grandes ceramistas Dr. Asami Tanaka de Chicago, Makoto Yamamoto del Japón y Klaus Mutherties de Alemania entre otros más. Es conferencista a nivel mundial, incluyendo a su natal Panamá, ejerce en su excelente laboratorio de cerámica en Plano, Texas, USA y es además un clarinetista sinfónico.

Contacto; (972)474-9366,
young5825@sbcglobal.net, www.gnsdentalstudioonline.com

Traductor del Artículo;
Dr. Wendell González, Odontólogo egresado de la Universidad de Panamá, con postgrado en docencia superior y ha asistido a cursos avanzados de prótesis en EUA, Alemania y Colombia. Ejerce su práctica privada en la Clínica Garay y la docente en la Universidad de Panamá y en la ULACIT.

Contacto: (507)265-3859
wendellgonzalezm@gmail.com

RESUMEN
Se dice que una sonrisa hermosa es mágica, pero crear una no lo es!
Vivimos en una sociedad impulsada por la apariencia y la selección de un material restaurador ideal puede ser; un acto desafiante, un acto de malabarismo o un juego de ruleta rusa y a veces todo lo anterior al mismo tiempo.
Hoy día, el uso de materiales dentales de cerámica para restauraciones estéticas anteriores apunta a evitar el uso de la metal/porcelana, obteniendo no sólo mejor estética, sino también resistencia comparable cuando está adherida a la estructura dental.
Palabras clave; cerámica, estética, restauraciones, adhesión, selección

ABSTRACT
It is often said that a beautiful smile is magic; creating one is not. In today's appearance driven society, selecting the ideal restorative material can be a challenging act, a juggling act and a game of Russian roulette, sometimes all at the same time.
Today more than ever, the use of dental ceramic materials for esthetic anterior restorations aims at avoiding the use of traditional metal-ceramics while providing not only better esthetics, but comparable strength when bonded to tooth structure.
Keywords; ceramics, esthetic, restorations, adhesion, selection

INTRODUCCION
Aunque son muchos los materiales y técnicas disponibles hoy día para restauraciones anteriores, los criterios para la selección de la restauración apropiada pueden ser confusos. Para la selección del material adecuada, el Odontólogo debe tener en cuenta varios factores importantes.
La restauración anterior toda cerámica, se pueden dividir en dos categorías principales, basados en la técnica de cementación: restauraciones de retención adhesiva y restauraciones cementadas convencionalmente.
Todavía hay un número razonable de profesionales que prefieren las técnicas tradicionales de cementación para restauraciones de cobertura total con un muñón reforzado de zirconio o alúmina. Estas restauraciones también pueden ser adheridas según las técnicas y los estudios descritos por Blatz et.al. (1-3).
Un criterio para la selección de restauraciones anteriores puede basarse en si la restauración es una conservadora o mínima preparación del diente o los dientes o una restauración para cobertura total. Laminados de porcelana, coronas 3/4 veneer o cualquier restauración que restaura una pequeña porción de la parte coronal del diente se considera una restauración adhesivo retenida.
En general, se puede seleccionar una restauración cerámica basado en:
1. Control del color (manejo del color de la estructura dental remanente)
2. Grosor final de la restauración (como dientes mínimamente preparados)
3. Seguimiento de expediente (rendimiento a largo plazo de más de 5 años)
4. Facilidad de la fabricación
5. Preferencias individuales de Ceramista Dental

Factores que pueden afectar el color de las restauraciones de cerámica sin metal finales son:
1. Diente vital no-descolorado
2. Dientes vitales o no vitales descolorados
3. Pernos y muñones de varios materiales

Se debe prestar atención a lo antes mencionados, cuando se necesita cubrir la dentición natural existente o enmascarar un color indeseable del diente. Mientras que apoyó un núcleo de cerámica cobertura completa restauración puede producir enmascaramiento adecuado, una restauración muy conservador requerirá la experiencia de la ceramista dental y un conocimiento íntimo de los materiales de cerámica acodar transición correctamente el color de la restauración del diente natural subyacente, así se logra un resultado natural y realista.

La documentación fotográfica es clave en la comunicación con el ceramista dental.

Caso Numero 1.

Fig.1

Preparación veneer de 3/4 para un diente vital.
Observe los colores cálidos de la zona gingival y la calidad translúcida de la zona incisal. Esto requerirá acodar de polvos cerámicos específicos durante el proceso de fabricación para armonizar que los colores del diente natural pueden trasladarse a la restauración. Sería una desventaja de utilizar un material cerámico tipo monocromático, sin capas, para este tipo de preparación.

Fig. 2, 3 y 4

Es necesario incorporar el uso de materiales cerámicos especiales (con el nombre en la figura) que contengan diferentes grados de translucidez y fluorescencia para que el color de la estructura subyacente del diente pueda mezclarse con la restauración.

Figura 5 y 6.
Restauración final usando varias capas de transición de color de cerámica para lograr un aspecto natural.

Caso Numero 2

Figura 6
Este paciente necesita restauraciones estéticas anteriores para reemplazar la deficiente porcelana fundida a metal hecha en el pasado. Además, el problema es más complicado con niveles inadecuados gingivales de los incisivos laterales. Un alargamiento de corona permitirá la fabricación de restauraciones de cerámica estéticamente aceptables.

Figura 7.
Preparaciones no vitales descoloradas pueden afectar negativamente el aspecto de las restauraciones finales. Este paciente puede beneficiarse de restauraciones capas de cerámica con un muñón reforzado de Zirconia.

Figura 8.
Un punto de color en el área correspondiente de la matriz de fabricación es una técnica sencilla para medir la opacidad relativa de la subestructura reforzada de Zirconia. El punto de color no es visible en la subestructura del diente.

Figura 8
Después del tratamiento final en boca, restauraciones reforzadas con Zirconia.

Figura 9
Restauraciones terminadas en los modelos.

CONCLUSIÓN

Las técnicas adhesivas permiten el uso de una modalidad más amplia y predecible de restauraciones de cerámica para la dentición anterior, mejorando grandemente la calidad estética del tratamiento; de restauraciones ultraconservadoras a coronas de cobertura total. Sin embargo, es necesario entender cómo manejar el color de la estructura remanente del diente para qué los materiales adecuados puedan ser elegidos. A más conservadora es la preparación, más crítico es esto. Por último, pero no menos importante, una evaluación exhaustiva del paciente y del sistema masticatorio es primordial en maximizar el éxito y la longevidad de esta forma de tratamiento estético. Es importante que el Odontólogo y el Ceramista Dental conciban que se necesitan mutuamente para lograr los mejores resultados en sus pacientes.

El autor le agradece al Dr. William Bruce y al Dr. Stephen Dallal por su experiencia clínica, su apego al arte y a la ciencia de las restauraciones adhesivas de cerámica y por documentar fielmente los resultados finales de sus dos casos de este artículo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Blatz MB, Sadan A, Kern M. Resin-ceramic bonding – A review of the literature. J Prosthet Dent 2003;89(3):268-274.
2. Blatz MB, Oppes S, Chiche GJ, Holst S, Sadan A. Influence of cementation technique on fracture strength and leakage of alumina all-ceramic crowns after cyclic loading. Quintessence Int 2008;39:23-32.
3. Blatz MB, Richter C Sadan A Chiche G, Swift EJ. Resin bond to dental ceramics, part II: high strength ceramics. J Esthet Restor Dent 2004;16(5):324-8.

SANS BPA
PULPDENT®
INNOVACIÓN DENTAL DESDE 1947

Los Productos Pulpdent se venden en 90 países y son reconocidos por su calidad y valor.
Únete a las decenas de miles de dentistas de todo el mundo que utilizan los productos Pulpdent con confianza y seguridad.

Panamá, Costa del Este tel.:399 2530, Herrera, Chitré tel.:979 0283, David, Chiriquí tel.:777 4043
www.medidental.com.pa
MEDIDENTAL

COLTENE
roeko
un nombre – años de experiencia – alta cualificación técnica – exigencia absoluta de calidad

Parotisroll

- Reduce flujo salivar
- Mantiene la boca abierta y retrae el cachete
- Absorbe saliva adyacente
- Se mantiene estatica
- Ideal para ortodoncia, pediatría y cosmética

Parotisroll es un rollo de algodón dental único gracias a su varilla elástica integrada.
Gracias a la tensión de esta varilla, el Parotisroll no se mueve y permanece en su sitio.
Mediante la ligera presión que el algodón ejerce sobre las glándulas parótidas se reduce el flujo de saliva. Tanto si se usa en posición bucal como lingual o labial, el algodón mantiene la boca abierta y retrae la lengua y los labios. Parotisroll proporciona espacio allí donde se necesita para trabajar de un modo eficaz y sin molestias.

de venta en

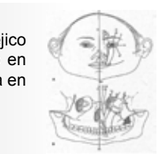
MEDIDENTAL

Panamá, Costa del Este tel.:3992530,
Herrera, Chitre tel.:979 0283,
David, Chiriqui tel.:777 4043.
www.medidental.com.pa

HENDIDURAS FACIALES

Presentación de Caso

Dr. Julio Alberto González Rodríguez. Odontólogo egresado de la Universidad Autónoma de Méjico y de especialista en Cirugía Oral y MaxiloFacial en el CHM de la CSS de Panama. Postgrado en Hendiduras Faciales Congénitas, en Antigua, Guatemala y Mini Residencia en Cirugía Ortognática en el Walter Reed US Army Hospital, Washington, USA.
Contactos: cmfjagr@cwpanama.net (507) 9982811, Santiago de Veraguas, Panamá



Resumen

La historia nos relata en libros que las hendiduras faciales como defectos congénitos, son las que mas porcentajes tienen en la humanidad. Por lo tanto eran catalogadas etiológicamente por causas extrañas. Las cuales no eran corregidas quirúrgicamente.
Paul Tessier un cirujano Francés con la sub especialidad en cirugía cráneo facial en los años de 1957, planifica cirugías en pacientes con deformidades congénitas faciales tipo Crouzon para su corrección. De igual manera clasifico las hendiduras faciales óseas y de tejidos blandos de 0 a 14, planificando su corrección, llevando así estos pacientes a su vida social y laboral.
Palabras Clave: Tessier, hendiduras faciales, cirugía ortognatica, deformidades congénitas

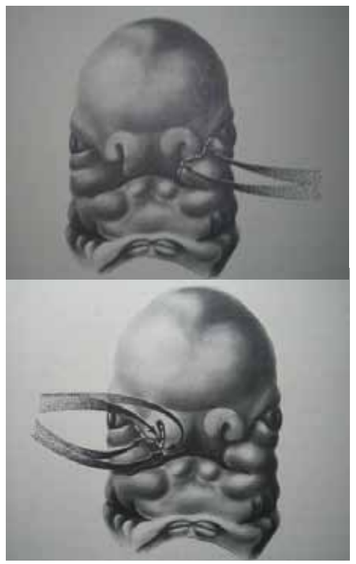
Abstract

Throughout history, facial fissures have been the most common congenital facial deformity, however, they were etiologically cataloged as having a rare or unknown reason for occurring and often went uncorrected by surgery.
In 1957, Paul Tessier, a French surgeon, specializing in the field of craniofacial surgery, performed corrective surgeries on patients with the congenital facial deformity known as “Crouzon Syndrome”. He also contributed to the creation of a classification system of facial fissures in bone and soft tissue with a range from 0 to 14 depending on the seriousness of the fissure. His efforts allowed patients to have a social life and be productive members of society
Keywords: Tessier, facial cleft, orthognatic surgery, congenital deformities

CASOS CLÍNICOS DE HENDIDURA FACIAL TESSIER

Las hendiduras faciales son malformaciones congénitas que se forman a partir de la 5ta y 8va semana de vida intrauterina, en el primer arco branquial formando una porción dorsal que es el maxilar y una porción ventral que es el cartílago de Meckel para conformar la mandíbula.
Las hendiduras son por la falta de penetración mesodérmica entre los procesos maxilar, nasal mediano y nasal lateral. No parece seguir los surcos epiteliales en ciertas ocasiones.
La hendidura puede ser unilateral o bilateral. La hendidura oblicua esta por lo general asociada con labio y paladar hendido, u otra malformación congénita.
La primera hendidura facial oblicua reportada fue en 1732 por Von Kulmus y fue descrita en latín.

Posteriormente a la segunda guerra mundial Paul Tessier, médico francés con especialidad en cirugía maxilofacial y craneofacial se interesó por tratar estos diferentes tipos de hendiduras las cuales no les permitía a los pacientes que las padecían, involucrarse a la sociedad.



PAUL TESSIER

Tessier propuso en 1956 una nueva clasificación de las fisuras craneofaciales, en la que tomaba como estructura de referencia primaria la órbita. Podía identificar un total de 15 localizaciones de fisuras según su experiencia en diversos hospitales de Europa donde laboro. Comenzando así su investigación al respecto. Esta clasificación permitía según su autor, eliminar terminología confusa, facilitar la comunicación entre profesionales, mejorar la comprensión especial de las deformidades y mejorar la calidad del tratamiento. La fisuras faciales se distribuyen alrededor de la órbita y parpados, y de los maxilares y labios, existiendo fisuras comunes a ambas. Estas fisuras siguen unos ejes constantes. Las fisuras de tejidos blandos y duros no siempre coinciden, y en un mismo paciente pueden coexistir diferentes fisuras por lo cual dependerá su tratamiento.

Las fisuras se clasifican numéricamente del 0-14, correspondiendo la número 0 a la fisura mediana y distribuyendo el resto a las agujas del reloj.
Descripción de las Fisuras de Tessier Números 0 y 14. Disrafia craneofacial mediana Atraviesa el hueso frontal formando un encefalocele medial y duplicando la crista galli, duplicación del septum nasal y atraviesa la columela, el maxilar y el labio.

NUMERO 1: Fisura craneofacial para mediana, atraviesa el hueso frontal, el surco olfatorio de la lámina cribiforme, sutura frontonasal y ocasionalmente alveolo y labio.

NUMERO 2: Semejante a la anterior aunque algo más laterales.

NUMERO 3: Fisura oculonasal atraviesa la porción lacrimal del parpado inferior. Rodea la base de los alares llegando alveolo y labio en forma de labio leporino.

NUMERO 4: Fisura oculofacial I. atraviesa verticalmente la porción lacrimal del parpado inferior, reborde infraorbitario, medial al nervio infraorbitario, a través del seno maxilar y mejilla .Atraviesa alveolo y labio.

NUMERO 5: Fisura oculofacial II: Atraviesa el tercio medio del parpado inferior, forma un pliegue en la mejilla y se acerca a la comisura labial. En tejidos duros surca el reborde infraorbitario, lateralmente al nervio infraorbitario,

NUMERO 6: Fisura óculo malar queda en el reborde orbitario inferior externo.

NUMERO 7: Fisura que involucra la comisura bucal causando el macrostoma unilateral o bilateral que puede ser pequeño o alcanzar hasta el pabellón auricular medial.

NUMERO 8: Hendidura que es en el canto externo causando un coloboma externo.

NUMERO 9: Hendidura en el parpado superior lado externo.

NUMERO 10: Hendidura en la parte medial del parpado superior en ocasiones ausencia total del parpado superior.

NUMERO 11: hendidura en la parte interna del parpado superior, faltando la unión del canto interno.

NUMEROS 12, 13, 14 van en continuidad superior con los, NUMEROS 0, 1, 2. (Ver diagrama esquemático). Ver fotos.

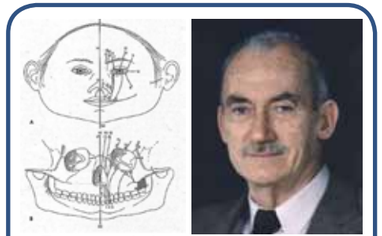
HENDIDURA TESSIER 7 (FOTOS del C.I.E.ASENSIO) ESQUEMA PARA CORREGIR TESSIER--7

HENDIDURAS TESSIER 4 BILATERAL. (Fotos Hosp. Naval Veracruz)

Hendidura naso labial sin globo-oculares e hidrocefalia incompatible con vida (Hosp.Luis Fabrega. Santiago Pma,)

Hendidura medial con meningocele incompatible com vida (Hosp.Luis Fábrega: Santiago Pma.)

Paul Tessier, en 1973, quien describió de forma más completa las deformidades en los tejidos blandos y óseos, según los hallazgos en los estudios radiográficos y los hallazgos quirúrgicos.
Esta clasificación tiene como punto de referencia la órbita, sitio común entre cráneo y cara, de donde parten vectores o radios.



Esquema de la clasificación de Tessier

Paul Tessier

En el Hospital Foch en Paris en 1969 reporta 16 casos de colobomas en 22 casos de fisurados. Y sus características eran:

1) La localización de los conductos lagrimales, en la Hendidura vertical Tessier 4 esta afuera y en la hendidura oblicua esta adentro.

2) El ligamento cantal interno esta siempre normal solo varía la dirección.

3) El conducto y saco lacrimonasal están ausentes en la hendidura oblicua y presentes en la vertical.

4) La hendidura es a nivel de caninos e incisivos laterales.

5) La nariz es normal pero inclinada hacia arriba.

El tratamiento se basa en simultáneos manejos del parpado inferior, el canto interno, piso de la orbita, mejilla, labio y ala nasal. El punto de Novelty es considerado el primero de los de máxima importancia El tratamiento del coloboma es importante con la cantopexia y con injerto de hueso si es necesario

PASOS QUIRÚRGICOS

1- Paciente masculino de 10 meses de edad, que es llevado por sus padres al Hospital Meridional de Trasplantes de Órganos en la Ciudad de Vitoria, Espíritu Santo, Brasil.
2- Presenta hendidura oro-ocular Tessier 4 y paladar hendido sin otras malformaciones congénitas clínicas.
3- Exámenes de laboratorios dentro de límites normales, EKG normal, RX de Tórax normal.

DISEÑO DE CIRUGÍA

POST OPERATORIO DE 1 AÑO 8m

CONCLUSIÓN

Hemos podido observar que al pasar los años corrigiendo estos tipos de pacientes con malformaciones faciales que el coeficiente intelectual de los mismos es muy alto, por lo cual llegan a superar su situación alcanzando así éxitos en su vida social y laboral lo que me anima seguirlos ayudando. Por lo cual exhorto a todos los profesionales que los atiendan, que los ayuden para que logren sus sueños.

BIOGRAFÍA

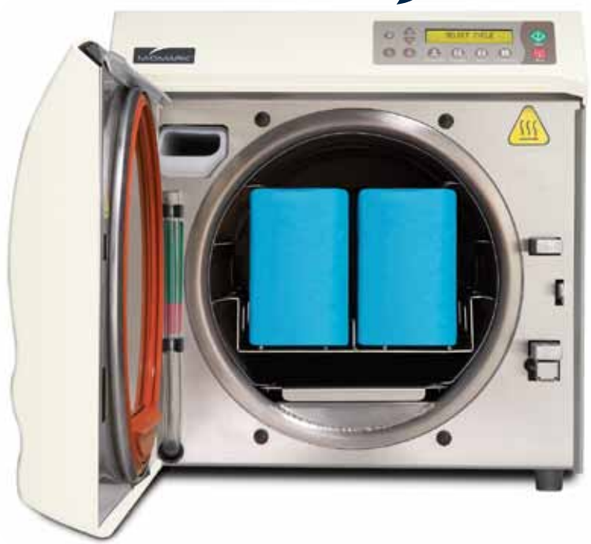
1-Patologia Oral Thomas. Robert Gorlin cap.2 pag.52 Anomalías en el desarrollo de la cara y estructuras orales. Hendiduras Facial Oblicua
2- Cleft Craft.- Dr. Ralph Millard.Jr. The evolution of its Surgery II. Bilateral and rare deformities. Oblique Facial Clefts. Cap 60. Pag. 798.
3- Carlos Alberto Timoteo, Jefe del servicio de Cirugía Maxilofacial del Hospital Meridional, de Vitoria, Espíritu Santo, Brasil.

MIDMARK

AUTOCLAVE M11

ESTERILIZADOR AUTOMÁTICO

oferta por tiempo limitado
$ 5,900
garantia de 5 años



CARACTERÍSTICAS

Exclusiva puerta con apertura automática para facilitar su uso y tiempo de secado rápido.

Cámara grande 11” por 18” para aumentar su capacidad.

Sistema de extracción de aire vapor-calor que asegura la penetración del vapor adecuada.

Controles autoprogramados que le permiten crear diferentes ciclos para conocer el procesamiento específico que necesita cada instrumento.

Controles preprogramados para mayor comodidad.

Pantalla LCD para una fácil visión de los indicadores.

Panamá, Costa del Este tel.:399 2530, Herrera, Chitré tel.:979 0283, David, Chiriquí tel.:777 4043
www.medidental.com.pa

MEDIDENTAL

UTILIZAR UN DISPOSITIVO COMPLEMENTARIO PARA LA DETECCION DEL CANCER ORAL

VELscope Vx
Enhanced Oral Assessment

El dispositivo que mejora los Resultados

La Fundación de Cáncer Oral en los EEUU ha publicado que "cada hora una persona muere de cáncer oral " por lo que debemos reconocer la gravedad de esta enfermedad. De hecho, casi tres veces más pacientes mueren a causa de cáncer oral que de cáncer de cuello uterino.

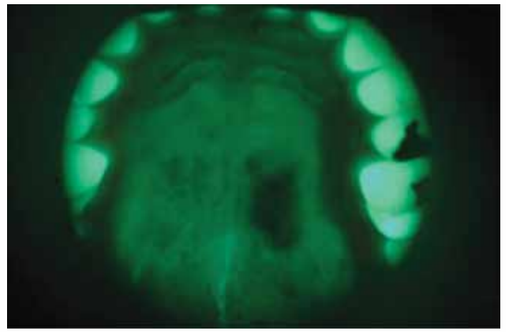
En la edición de febrero 2014 de la revista Inside Odontology, Emily Boge, Higienista, BS, MPAC y John R. Kalmar, DMD, PhD escribieron un excelente artículo, "¿Deben los dentistas realizar un examen de detección de cáncer en cada paciente?". Como señalaron, esta prueba intra y extra oral consiste tanto en un examen visual con magnificación y luz visible, y palpación de cabeza y el cuello.
La señora Boge señaló que una rutina constante es esencial con el fin de estar seguros que todas las estructuras son comprobadas por el examinador.

La mayoría de las lesiones cancerosas que son visibles para el ojo humano, se encuentran en la tercera, o cuarta fase. Lamentablemente el avance de la patología hasta este estadio disminuye las posibilidades de recuperación.
Todos sabemos que la clave para el éxito del tratamiento de cualquier tipo de cáncer es la detección temprana. El uso de dispositivos complementarios, tales como los sistemas de VELScope, son de gran valor para completar todo el examen. Ahora es posible detectar lesiones que no son perceptibles a simple vista, y se encuentran en fase 1.
Esto puede evitar tener que realizar cirugías para eliminar toda la lesión.

Menos del 20% de los dentistas en Estados Unidos han realizado examen visual y de cáncer oral, con palpación. Menos del 2% han utilizado un dispositivo complementario. No hay excusa para no hacer este examen de detección de cáncer oral. Todo el examen, tanto visual como con el VELScope usualmente no toma más de dos o tres minutos. Puede ser realizado tanto por odontólogos como por Higienistas.

Como profesionales de la salud, estamos obligados a proporcionar la mejor atención posible a nuestros pacientes, y podemos salvar vidas con la detección temprana.
Anos de investigación y ciencia en un solo dispositivo

El Servicio Nacional de Salud de Canadá dedicó más de 46.000.000 dólares para investigar la tecnología de escaneado, originalmente para la detección de cáncer de pulmón y el cáncer de cuello uterino. El resultado de esta investigación produjo el desarrollo de VELScope.



Aportando un sistema simple y eficaz: una luz azul escanea los tejidos blandos de la boca. Los tejidos sanos producen fluorescencia, que se manifiesta en un intenso color verde. Los tejidos potencialmente cancerosos o displasticos no presentan fluorescencia y aparecen en color negro.

La Fundación de Cáncer Oral en los EEUU ha publicado que "cada hora una persona muere de cáncer oral " por lo que debemos reconocer la gravedad de esta enfermedad. De hecho, casi tres veces más pacientes mueren a causa de cáncer oral que de cáncer de cuello uterino.

El rendimiento de una luz visible y la palpación hacen del examen de cáncer oral un buen comienzo, pero el uso de un dispositivo complementario es absolutamente esencial para ofrecer a nuestros pacientes la mejor atención posible, e incluso salvar vidas.

Referencias
1.Boge, Emily "Should Dental Practitioners Perform a Cancer Exam on Every Patient?" Inside Dentistry, February 2014.
2.Poh, DF, et al: "A real-time application fluorescence visualization (FV) to identify a novel optical field for subclinical extension in high-risk oral lesions." University of BC, BC Cancer Agency & Research Centre, Vancouver. AAOMP Annual Meeting, 2008.
3.The Oral Cancer Foundation [Internet]. [Updated and cited December 4, 2009]. Available from: http//oralcancerfoundation.org

Sobre el autor:

James A. Pasternak, DDS, graduado de la Universidad de Southern California School of Dentistry es conferencista especialista en varias especialidades: detección de lesiones cancerosas, uso de Láseres en odontología, técnicas de restauración y estética. Director de la clínica que lleva su nombre en las afueras de Los Angeles CA, desde 1977.

RENOVACION, MANTENIMIENTO Y RESTAURACION DEL CENTRO DE SALUD DE SAN FELIPE

Artículo

Dra. María Buitrago de Jaén, Odontóloga egresada de la Universidad de Panamá y con Maestría de Gerencia en Servicios de Salud en la Universidad Latina de Panamá. Ejerce su práctica como directora del Centro de Salud de San Felipe del Ministerio de Salud y es presidenta de la ONG Asociación Pro Juventud de San Felipe.
Contacto: (507)262-3957, mjaen@aprojusan.org , www.aprojusan.org

Resumen

El proyecto consistió en la remodelación, reparación, restauración de la fachada original de la planta alta y el mantenimiento constante del Centro de Salud de San Felipe.
La intensión de este articulo es la de presentar nuestra experiencia administrativa como un ejemplo de gestión para el mejoramiento de las infraestructuras de salud en nuestro país.
Palabras Claves; centro de salud, restauración, filtraciones, fachada, bioseguridad,

Abstract

The project consisted of the refurbishment, repair, maintenance and recent restoration of the original facade of the San Felipe Health Centre and the intention of this article is to present our administrative experience as an example of means for the improvement of health infrastructure in our country.
Keywords; health center, restoration, leaks, façade, biosafety,

INTRODUCCION

Historia antigua:
No hay buena documentación sobre la construcción original del edificio donde se encuentra actualmente el Centro de Salud. Existen indicios de que a mediados del siglo 19, la planta baja fue utilizada por las oficinas del Registro Público y recientemente descubrimos que la planta alta era el primer Bazar Francés, donde se compró la lanilla blanca para confeccionar nuestra primera bandera. En la época colonial se cree que fue un cementerio.
Historia Reciente:
El Centro de Salud de San Felipe inicio labores en Noviembre de 1971 pero en la planta alta de lo que fue el antiguo Mercado Publico y con el nombre de Centro de Salud de El Mercado. En 1975, se mudó al edificio actual que está ubicado en intersección de calle 8ª y avenida Pedro J. Sosa, a un costado de la Catedral Metropolitana, cambiando a su vigente nombre y ubicado en dicho corregimiento. El inmueble había sido remodelado por última vez en 1936 durante la presidencia de don Harmodio Arias, según consta en una placa y todas sus paredes y pisos eran de esa época.
Desde 1975, estas instalaciones nunca fueron ni reparadas ni mantenidas. Al ser designada como Directora Médica en el año 2000, inmediatamente, iniciamos la gestión y planificación para repararla. La obra inicio y termino en el 2001 cuando obtuvimos todos los materiales y fondos necesarios. El bien mueble le pertenece al Ministerio de Salud y además de ser una activa institución de salud, es parte del legado arquitectónico de la nación.

Definición del problema;
El Centro de Salud necesitaba urgente renovación. Por más de 18 años sus estructuras no habían sido reparadas o mantenidas con un uso de Centro de Salud (alto tráfico y contaminación), deteriorándose por las inclemencias climáticas, su uso, la naturaleza de su construcción antigua y la falta de mantenimiento programado, presentando un severo riesgo de bioseguridad para pacientes y funcionarios y alejándonos del plan del estado de cuidar el Casco Antiguo.

Objetivo General;
Evaluar las mejoras físicas realizadas al Centro de Salud de San Felipe.
Objetivos Específicos;
1.Comparar el estado en que se encontraba el Centro de Salud de San Felipe antes de las mejoras.
2.Comprobar que todos los departamentos del Centro de Salud de San Felipe tengan las condiciones y equipos exigidos por bioseguridad y de cuidado de nuestros equipos.
3.Corregir las condiciones ambientales, de trabajo y de bioseguridad de los pacientes, la de los funcionarios y de los equipos o materiales médicos o administrativos.

Justificación para la remodelación;
El Centro de Salud de San Felipe tenía aproximadamente 18 años de no ser remodelado o mantenido y su infraestructura y equipos estaban deteriorados, impidiendo una atención segura y eficiente de nuestros pacientes o brindando las condiciones de trabajo adecuadas a los funcionarios.
Listado general de daños;
1.Paredes de calicanto, losa y cielo raso en mal estado y contaminados.
2.Tuberías de agua y de desagüe vetustas oxidadas y con escapes.
3.Filtraciones de agua a través de la losa y paredes de todo el edificio y sus divisiones por daños en las casas vecinas condenadas o abandonadas.
4.Piso de pasta deteriorado e insalubre.
5.Muebles y equipo deteriorados.
Retos;
1.Sin presupuesto inmediato o interés local y regional para remodelaciones por 18 años.
2.El Cuerpo de Bomberos determino que teníamos que cerrar del Centro de Salud ya que el edificio iba colapsar si no se reparaba.
3.Un estudio de la UTP determino que las estructuras se mantendrían si eran reparadas y mantenidas.
Gestión para la obtención de los materiales y mano de obra para la remodelación;
El Fondo de Emergencia Social de en ese entonces, dirigido por el Lic. Arnulfo Escalona, nos proporcionó los materiales para la reparación y remodelación con valor de B/. 23,000.00.
Parte de la mano de obra fue pagada por autogestión y otra apoyada por el personal de la Región Metropolitana de Salud. Las labores del Centro nunca fueron suspendidas ya que diseñamos un sistema de reparación por sector.
La duración de la obra fue de tres meses y se mantienen hasta la fecha con un programa de mantenimiento constante también financiado por autogestión. Además se han agregado los departamentos o áreas y equipos que requiere la modernidad de la institución.
La restauración de la fachada de la planta alta que data de mediados del siglo 19, fue realizada en octubre de 2014 por autogestión y hecho por una constructora autorizada para el Casco Antiguo.
CONCLUSION
Eran lamentables y peligrosas las condiciones en que los funcionarios y pacientes tuvieron que convivir por tantos años.
Conocemos de la dificultad para conseguir fondos para el mantenimiento y reparación de las estructuras del estado pero es nuestra responsabilidad y los medios existen para que con mucho esfuerzo, diligencia, honradez e ingenio podemos brindarle el mejor servicio a nuestros pacientes y comunidad y los ambientes de trabajo dignos para los funcionarios.
Bibliografía
1. Contraloría General de la Republica. Manual de Procedimientos Administrativos y Fiscales para los contratos o compras menores. Dirección de sistemas y procedimientos 1996.
2. Escala, M. Planificación Estratégica en Sistema Locales en el trabajo. Comportamiento Organizacional McGraw-Hill S.A. México 1992

Fotos Comparativas Pre y Post Remodelaciones
Y que están Mantenidas Actualmente

ANTES **DESPUES**

Fachada de la planta baja

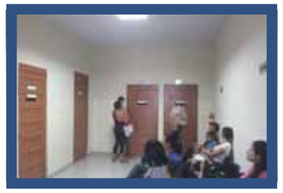
Sala de espera, recepción de clínicas, clínicas y otras facilidades

Sala de espera, recepción de clínicas, clínicas y otras facilidades

ANTES **DESPUES**

Sala de espera y Pasillo de Odontología, Laboratorio y Trabajo Social

ANTES



DESPUES

Odontología

ANTES

DESPUES

Fotos Actuales de Facilidades Nuevas

Registro Médicos y Señalización para los pacientes

Cuarto de Esterilización y Área de Desechos Peligrosos

Farmacia y Departamento de Contabilidad

Departamento de Promoción y Buzón de Sugerencias

Foto de la Restauración en Octubre 2014 de Fachada Original del Primer Alto

NUEVO

CITRIZYME

Limpiador enzimático dual

Algunos usos:
- Limpieza del sistema de evacuación
- Limpieza de instrumental por ultrasonido
- Remoje de instrumental

* Su acción enzimática dual remueve con facilidad proteínas, saliva, flúor, pasta profiláctica y más
* Desodoriza al instante
* Formula no-espumante
* Se disuelve instantáneamente en agua tibia
* No requiere mezcla

Panamá, Costa del Este tel.:399 2530, Herrera, Chitré tel.:979 0283, David, Chiriquí tel.:777 4043
www.medidental.com.pa

MEDIDENTAL

BIOTROL™

CONTROL DE INFECCIONES

Línea de Control de Infecciones Biotrol, de productos que proporcionan a los profesionales dentales desinfectantes de superficies, limpieza de instrumentos/desinfectantes, y un sistema de limpieza de la línea de vacío.

Vacusol Ultra™

Es un limpiador líquido concentrado que elimina tanto los desechos sinteticos y depósitos proteicos de las líneas de evacuación dentales.

El EDTA combinado de sodio y silicato de Meta en Vacusol Ultra ™ afloja escombros incluyendo amalgama y gel de fluoruro, proporcionando un aumento del flujo a través del tubo dental, reduciendo así la tensión en la bomba.

de venta en

MEDIDENTAL

Panamá, Parque Industrial Costa del Este calle 1 tel.:3992530,
Herrera, Chitré tel.:979-0283, David, Chiriquí tel.:777 4043.
www.medidental.com.pa