

Canal Abierto



Revista de la Sociedad de Endodoncia de Chile



N° 8 SEPTIEMBRE 2003

Estimados colegas:

Una gran responsabilidad nos ha dejado el Comité Editorial anterior, el cual logró concretar el desafío del Directorio de SECH, de crear un canal de información e intercambio de conocimientos entre sus socios. Sin más que agregar, felicitamos al antiguo comité, por haber cumplido con creces este objetivo.

Como nuevo comité saludamos a nuestros lectores queriendo transmitirles nuestro gran entusiasmo y energía para seguir con esta importante labor; centraremos nuestro objetivo en incrementar el conocimiento científico en el desarrollo de nuestra especialidad.

Asumimos que como medio de publicación especializada, el valor de una revista reside en su dinamismo, divulgando adecuadamente las últimas investigaciones o tendencias científicas dentro de la rama de la Odontología. Más aún, en la era de las nuevas tecnologías de la información e Internet, debemos más que nunca responder a dicho reto.

Concebimos que toda revista especializada se funda tanto en la calidad de su contenido, como en la de sus lectores. Entendiendo que existen muchas publicaciones en el área de la Odontología, deseamos ante todo que la revista -como versa su nombre-, sea un verdadero Canal Abierto para las inquietudes de nuestros colegas. Los invitamos de esta manera a ser partícipes activos en los próximos números, a través de sus opiniones, casos clínicos y trabajos de investigación.

En este número compartiremos con ustedes una entrevista a la Dra. Marie Therese Flores, Presidenta del XIII Congreso Mundial de Traumatología Dentaria, y como

preámbulo, interesantes casos clínicos en relación a este tema.

Finalmente deseamos expresar nuestra gratitud a todos los colaboradores que hacen posible esta publicación.



Dra. Marcia Antez R.

SUMARIO

Entrevista

Dra. Marie Therese Flores
Presidenta XIII Congreso Mundial
Traumatología Dentaria..... 2

Endopregunta

Uso de EDTA en Consideración a la
Odontología Adhesiva Actual;
Forma de Uso..... 5

Desde el Apice

Dra. Ursula Tilly E.
Presidenta SECH..... 7

Filiales

Dr. Claudio Vera M..... 9

Curso Internacional

Endodoncia como Pilar Fundamental
de la Odontología Restauradora.
4 y 5 de Julio de 2003..... 11

Exposiciones SECH

Resúmenes de Presentaciones en
Reuniones Mensuales de SECH..... 12

Casos Clínicos

Dra. Ada Reti M.
Dra. Marcela Alcota R..... 18

Endoeventos

Calendario de Exposiciones
Segundo Semestre y Eventos..... 22

Ventana Abierta

Importancia del Dolor
Heterotópico como Diagnóstico
Semiológico Diferencial
Dr. Jorge Sullivan..... 23

EndoWeb..... 24

Por un Mundo Mejor..... 24

Dra. Marie Therese Flores B.

Presidenta XIII Congreso Mundial Traumatología Dentaria



1. ¿Puede contarnos su actividad de hoy, como Directora de la Clínica de Odontología Infantil de la Escuela de Graduados, Facultad de Odontología, Universidad de Valparaíso?

Estoy a cargo de la Clínica como Directora desde el año 1996, fecha en que se implementó el Programa de Ayudas al Desarrollo del País Vasco, del cual nació la Clínica. Aquí se han concentrado los programas de Especialización de Odontopediatría, que tiene una duración de dos años y el Diplomado de Traumatismo Dentoalveolar de 256 horas. Contamos con cinco clínicas, donde se realiza una atención integral al paciente. El equipo de profesionales, que alterna en diferentes días y horarios, está conformado por dos ortodontistas, cuatro odontopediatras, un docente de investigación y un número variable de residentes y alumnos de internado. Hasta ahora nuestros alumnos del Diplomado han sido Odontopediatras y en su mayoría docentes, como es el caso de una académica de la Universidad Central de Venezuela, dos de Colombia y tres de la Universidad de Antofagasta.

2. ¿Cómo es el sistema para postular al Diplomado de Traumatismo Dentario?

Se debe enviar una carta de postulación al Director de la Escuela de Graduados, Prof. Luis Enrique Olavarria, Fac. de Odontología, Univ. de Valparaíso, Casi-

lla 750-V, Valparaíso o al e-mail: postgrado.odo@uv.cl. La flexibilidad horaria es una ventaja de este Diplomado, porque permite al postulante programar su estadía de acuerdo a sus necesidades de tiempo. La metodología utilizada es en base a módulos de autoinstrucción guiada y estudio de casos de la base de datos del Servicio de Traumatología Dental Infantil, que es la fortaleza de nuestra Clínica de Odontología Infantil.

Las postulaciones sistemáticas corresponden a las mismas de cualquier programa que ofrece la Escuela de Graduados, esto es en Noviembre de cada año.

3. ¿Considera que todo lo relacionado con Traumatismo Dentoalveolar debiera ser impartido como una asignatura dentro de la malla curricular de Pregrado?

Por supuesto que sí. En la docencia de Pregrado deberían considerarse a lo menos tres objetivos bien claros: primero, el alumno debe ser capaz de realizar un buen diagnóstico de las lesiones traumáticas. Creo que aquí es donde radica un problema universal: en la mayoría de las fichas de urgencia, se diagnostica como Traumatismo Dentoalveolar, lo que es insuficiente para brindar un tratamiento o emitir un pronóstico. El traumatismo dentario de causa accidental es mucho más que eso. En la medida que el alumno sea capaz de realizar un buen diagnóstico, va a insaurar un apropiado tratamiento de

urgencia, que sería el segundo objetivo del curso. Finalmente, el tercer objetivo es que el alumno debe ser capaz de seguir al paciente en el tiempo para poder diagnosticar oportunamente las posibles complicaciones.

4. Llevándola a un tema polémico, ¿qué opina usted de la diferencia de criterio que existe en el manejo del TDA que se realiza en los servicios de urgencia y la visión endodóntica?

Creo que no es polémico, todo esto pasa por una motivación. Precisamente el objetivo de este Congreso Mundial de Traumatología Dentaria es crear conciencia ya que este tema realmente hay que trabajarlo en muchas instancias. Aun cuando existe mayor conciencia pública y conocimiento sobre los primeros auxilios en avulsión y fracturas coronarias, es necesario reforzar el mensaje cada cierto tiempo a través de campañas. Por ejemplo, en 1994 la Facultad de Odontología de la Universidad de Valparaíso realizó la Campaña Salva Tu Diente en la Quinta Región y el Parque Arauco, a las que se sumaron otras en Temuco,

Osorno y Valdivia; o las campañas nacionales realizadas por el grupo de International Association of Dental Traumatology (IADT) de Chile. De esta forma, el público en general tiene una mayor conciencia que «esto no es llegar y perder dientes, porque yo me quebré un diente o porque tuve una avulsión». Ese grado de aceptación conformista está bastante superado y además los medios de comunicación masiva ayudan mucho, hay conciencia de que los dientes se pueden quebrar y se pueden salvar. De tal manera que este Congreso pretende sensibilizar e invitar a toda la profesión a participar del tema.

Ahora, ¿por qué hay diferencias de criterio? Es muy fácil de entender, porque en los últimos 20 años el avance del conocimiento biológico de los procesos cicatriciales y el desarrollo de nuevos materiales biocompatibles unido a los procedimientos adhesivos, cambiaron los principios clásicos de tratamiento de traumatismos dentarios desde un enfoque mecánico-quirúrgico al de la actualidad, basado en principios biológicos, conocimientos que demoran en posicionarse y ser aplicados en el ejercicio profesional.

5. Muchas veces en la atención de urgencia se prioriza el ubicar la pieza dentaria con una férula, pero, ¿qué pasa con esa pieza posteriormente? Hay incluso diferencias de opiniones en el tratamiento posterior que lamentablemente se traducen en complicaciones que podrían haberse evitado al realizarse el tratamiento oportuno.

Eso que usted dice es la mejor propaganda que existe para no creer que el Trauma Dentario Agudo

puede tener un final feliz, en el fondo lo que está faltando aquí en Chile es definitivamente la especialización integral en el tema. En el Servicio de Traumatología Dental Infantil realizamos el tratamiento integral al paciente afectado: urgencia, férula, pulpotomía parcial, terapia de hidróxido de calcio o MTA cuando corresponda, endodoncia u otros procedimientos, porque el trauma no se puede abordar sólo desde un punto de vista. Aquí convergen todas las especialidades, porque en el trauma agudo se requieren conocimientos de ligamento periodontal, pulpa, hueso alveolar, manejo psicológico, comunicación, compasión y empatía para manejar el estado de ansiedad del paciente, conocimientos de biomateriales, farmacología; en suma es un manejo integral. Una vez que se resuelve la urgencia, es necesario que el paciente continúe el tratamiento en clínicas de seguimiento para estas lesiones.

Insisto en que se necesita mucha capacitación, porque no va a dar el mismo tratar una fractura radicular de un incisivo que presenta una obturación infiltrada en

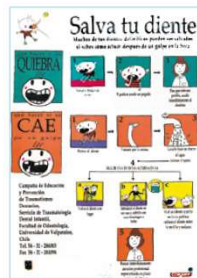
un adulto de 40 años, que la misma fractura de un incisivo sin caries en un joven de 19 años que se cayó de la bicicleta y que recién ha terminado su tratamiento de ortodoncia. La fractura radicular de ese adolescente de 19 años tiene un excelente pronóstico versus el otro paciente; entonces tenemos que diferenciar, por eso es que la profesión se tiene que comunicar.

6. ¿Cómo nace la IADT?, ¿cuál es su rol fundamental?

Nació en el año 1989 en Escandinavia durante la Segunda Conferencia Internacional de Traumatología Dentaria realizada en Estocolmo. La primera fue en Dallas y la tercera, a la que asistí por primera vez en 1991, fue en Copenhague. A partir de entonces, se decidió realizar una reunión anual en distintos continentes con el objetivo de promover la investigación en Traumatología Dentaria; la educación y tratamientos integrales y la conciencia pública de la importancia de prevenir traumatismos dentarios. El último Congreso Mundial se llevó a cabo en Boston en el año 2001, oportunidad en que se eligió a Chile como sede para este próximo Congreso. El primer presidente de la IADT fue Jens O. Andreasen (cirujano maxilofacial) que se mantuvo en ese cargo hasta el año 2000 cuando asumió Martin Trope, Profesor de Endodoncia de la Universidad de North Carolina, quien es el actual Presidente. Para mí es un honor y una gran responsabilidad asumir la presidencia de IADT en Octubre próximo; desafío que enfrente como una misión de servicio a la profesión.

7. ¿Por qué cree que la IADT es poco conocida en Chile?

Porque es una Asociación que



integra a profesionales de todas las especialidades y están distribuidos a lo largo del país. La mayoría de sus miembros en Chile son odontopediatras y odontólogos que ejercen en los Sistemas de Urgencia Hospitalarios. En Noviembre del 2001 asistieron más de 120 odontólogos a la III Reunión de IADT que se realizó en nuestra Facultad. Desde hace 10 años que odontólogos chilenos pertenecen a la IADT y cada vez se suman más profesionales sobre todo aquellos que trabajan en lugares apartados, lejos de un centro universitario. Con Internet disponible es más fácil conocer IADT, integrarla y sentirse como profesional parte de un gran grupo multidisciplinario e internacional y con el cual es posible interactuar.

8. ¿Cómo puede uno hacerse miembro de la IADT?

Es muy sencillo, completar el formulario de registro de miembro que está disponible en Internet en <http://www.iadi-dentaltrauma.org>, más una cuota anual de US \$150. Esto da derecho a los seis números de la revista Dental Traumatology de la Editorial Blackwell, además de un valor reducido de inscripción para el próximo Congreso de Octubre en Santiago. Otro de los beneficios es la consulta de casos vía Internet al sitio web de IADT, donde el miembro envía por este medio la fotografía y radiografías del caso clínico y más tarde recibe la información requerida.

9. Considerando que hace cinco años estuvo Andreasen, ¿qué novedades se van a presentar en este Congreso?, ¿qué nos puede adelantar para entusiasmar a los colegas?

La presentación de la segunda

edición de Traumatic Dental Injuries: A Manual, en el que he tenido el honor de participar como coautor junto a Jens O. Andreasen, Frances M. Andreasen y Leif K. Bakland. Se han agregado seis nuevos capítulos, siendo de especial interés para los endodoncistas el de Implicancias Endodóncicas en Traumatología Dentaria.

El Dr. Leif Bakland expondrá sobre los usos de Mineral Trioxide Aggregate (MTA), que como material biocompatible promete excelentes ventajas clínicas.

El Dr. Martin Trope comienza el 8 de Octubre con un mini curso sobre el manejo clínico del diente avulsionado y cómo disminuir la reabsorción radicular como complicación.

Otros temas de importancia a tratar son los conceptos de revascularización de la pulpa que estará a cargo del Dr. Matsumoto de Tokio. El Dr. Jens O. Andreasen presentará un estudio sobre fracturas radiculares.

El Dr. Gideon Holan de Israel, expondrá sobre tratamientos pulpares en preescolares.

El Dr. Lars Hammarström, biólogo oral, discutirá las posibilidades y limitaciones del uso de Emogain en dientes traumatizados. La Dra. Barbro Malmgren presentará el manejo de la anquilosis consecutiva a replanteo, que adquiere relevancia clínica en adolescentes. Ella introdujo la técnica de decoración.

El 9 de Octubre se tratará un tema interesantísimo relativo a las alternativas de tratamiento para pérdidas dentarias en el sector anterior, por ejemplo, el autotrasplante.

Creo que el hecho de tener expositores de tantas naciones, de diferentes continentes, demuestra con fuerza al país que hay mucha gente preocupada de difundir este tema. Es importante reforzar los conocimientos, evaluar y

comprobar si realmente se está haciendo lo más adecuado. Estamos entrando en la era de la Odontología Basada en la Evidencia, que es un nuevo paradigma en la Odontología. Necesitamos contar con estudios más completos y complejos que validen nuestros tratamientos. En traumatología dentaria casi toda la evidencia que existe proviene de reportes de casos clínicos y de trabajos experimentales en animales, desarrollados principalmente por Jens O. Andreasen, Frances M. Andreasen, Miomir Cvek en Escandinavia y posteriormente por el grupo de Martin Trope en USA. Se necesita mucha investigación clínica, pero para ello los dientes hay que conservarlos. Al paciente que llega a un hospital o a un consultorio se le resuelve la urgencia y se deriva. Pero, ¿cuál es el seguimiento? Al no existir registros no se puede cuantificar la magnitud del problema ni realizar investigación clínica. Se requiere que las Escuelas de Odontología enseñen integralmente a sus alumnos para que egresen con estos conceptos.

Chile se eligió como país sede de este Congreso porque está considerado un país pionero en trauma, ya que de alguna manera hay un camino largo recorrido: hemos realizado campañas, llegando al público con el mensaje, capacitando a la profesión, se ha formado generaciones de profesionales. Hoy día podríamos decir que el Diplomado de Traumatología Dentaria ha traspasado las fronteras, pues asisten más odontólogos extranjeros que nacionales en busca de especialización.

Como ven este Congreso promete tanto por sus expositores como por los temas, sólo me queda invitarlos a este gran regalo para la Odontología Chilena...

¿Qué opinión le merece a usted el uso de EDTA?, y si lo usa, ¿en cuál de sus presentaciones?



Dra. Marta Whittle V.

Prof. Asistente Endodoncia Universidad de Chile. Rehabilitadora Oral

El EDTA es un buen coadyuvante de la instrumentación biomecánica del sistema de conductos. Es un agente irrigante químicamente activo, que pertenece a la familia de los quelantes. Estos han sido utilizados principalmente con la intención de remover el barro dentinario, pero también son buenos lubricantes y útiles para la instrumentación de conductos calcificados y finos. Los quelantes actúan interactuando con iones metálicos. En el caso de la dentina radicular, reacciona con los iones calcio de los cristales de hidroxiapatita para producir un quelato metálico. La remoción de los iones calcio desde la dentina la ablanda, especialmente

en la dentina peritubular rica en hidroxiapatita y aumenta el incremento en el diámetro de los túbulos dentinarios expuestos. Si se le deja dentro del conducto, es capaz de desmineralizar una superficie de 50 micrones, los que sumados a la superficie de la pared ouesta del conducto, suman 100 micrones, equivalente al diámetro de una lima N° 10.

Entre las soluciones quelantes de uso más frecuente en la irrigación están el Tubulid, EDTA, EDTAC, File-Eze y RC-Prep, en todas las cuales el ingrediente activo es el ácido etilendiaminetetraacético o EDTA. De todas ellas, prefiero la presentación en solución, pues su acción no es igual en todo el con-

ducto, pues dependerá de la dirección de los túbulos dentinarios y de esta manera me aseguro que llegue donde realmente lo necesito, que es la región apical del conducto. Irriego abundantemente antes de colocar medicamentos, pues la dentina está más permeable, o antes de la obturación, asegurando así que el cemento sellador penetre al sistema de conductos. Es importante decir que el EDTA no es proteolítico, por lo cual conserva el colágeno, hecho que debemos tomar en cuenta cuando utilizamos el sustrato dentinario radicular con Odontología Adhesiva. Su acción es autolimitante, por lo tanto, debe irrigarse frecuentemente el conducto.



Dra. Ana María Rodríguez P.

Profesora Endodoncia, Universidad Mayor

El EDTA es un quelante que ha sido usado ampliamente por la mayoría de nosotros en la instrumentación (IBM) de conductos radiculares.

Personalmente lo utilizo para retirar instrumentos fracturados, remover pulpositos y para facilitar la IBM en conductos calcificados una vez obtenida la longitud de trabajo. Lo utilizo con mucha precaución en conductos curvos, ya que puede facilitar la transportación

apical; pero nunca lo utilizo para buscar conductos (ni pasar escalones) por el riesgo de provocar falsas vías o perforaciones, ya que el EDTA no discrimina la dentina que descalcifica.

En relación con el uso del EDTA en el retiro del barro dentinario (BD) o smear layer lo uso sólo en contadas ocasiones. Desde que la capa de BD fue reconocida hace algunos años, se ha discutido la relación entre la presencia de esta capa y el éxito del tratamiento. Pa-

ra mí es más importante poner énfasis en todas las acciones endodóncicas en conjunto, como una prolija IBM, una abundante irrigación y una hermética obturación, que la remoción del BD mediante quelantes, ya que esto permite una penetración más profunda de los microorganismos en los túbulos dentinarios, en cambio si está bien instrumentado la capa de BD puede dificultar la fijación y la penetración de bacterias.

Otro aspecto cuestionado ac-

tualmente tiene relación con la rehabilitación, por el estado de hidratación de la dentina y sus variaciones de permeabilidad que influyen en los sistemas adhesivos; por lo tanto la discusión es eliminar o no el BD. Existen adhesivos

destinados que no acondicionan la dentina manteniendo intacta la capa de BD, otros que la modifican, otros que la eliminan totalmente y otros que además de eliminar la capa de BD aumentan la descalcificación de la dentina conservando

intacta la matriz de colágeno, favoreciendo la formación de la capa híbrida. Creo que es importante que el sistema adhesivo utilizado, el éxito depende de la experiencia del rehabilitador.



Prof. Dr. Eric Dreyer A.

Coordinador Programa de Especialización en Rehabilitación Oral, Universidad de Chile

La dentina ha sido caracterizada como un compuesto biológico de matriz colágena llena con cristales de apatita ricos en carbonatos y deficientes en calcio de tamaños submicroscópicos o nanométricos, dispersos entre cilindros huecos paralelos hipermineralizados y pobres en colágeno de tamaño micrométrico (tubulo dentinario con dentina peritubular).

En volumen, la composición química de la dentina es alrededor de un 50% mineral, 20% agua

y 30% de matriz orgánica.

El EDTA en dentina remueve el contenido mineral de la matriz. La severidad de su acción depende del pH y del tiempo de exposición. Con la pérdida del contenido mineral, la dentina pierde su capacidad BUFFER. Si grabamos con ácido fosfórico sobre este sustrato, la fibra colágena parcialmente desmineralizada disocia sus grupos funcionales aminos y ácido carboxílico, al no poder tamponar el ácido, se pierde la posibilidad de establecer puentes de hidrógeno

no con el HEMA de los adhesivos dentinarios y al mismo tiempo la dentina pierde dureza superficial.

Para los fines de Odontología Adhesiva, este sustrato resulta incompatible por lo que debemos removerlo.

Al removerlo, quebramos el principio de odontología mínimamente invasiva, principio bajo el cual se sustenta la Odontología Adhesiva, por lo que no lo indicamos.

ELECCIÓN DE PRESIDENTE



Periodo 2004-2005 SOCIEDAD DE ENDODONCIA DE CHILE

En la Asamblea General Ordinaria realizada el día miércoles 16 de julio pasado, se llevó a cabo la votación para Presidente de la Sociedad de Endodontología de Chile correspondiente al periodo 2004 - 2005. En esta ocasión fue elegida la Dra. GABY QUEYRIE H., quien asumió el cargo a partir del mes de julio del año 2004.



REUNIONES MENSUALES

Se han realizado las Reuniones Científicas Mensuales en el Auditorio del Colegio de Cirujanos Dentistas de Chile hasta marzo 2003 y a partir de abril se realizan en la Sala N°1, ya que, teniendo una asistencia promedio de 45 personas, el alto costo del arriendo del auditorio no se justifica. Si logramos una mayor asistencia, cosa que esperamos, volveremos al auditorio con mucho gusto.

CERTIFICADO DE ASISTENCIA

Obtuvieron Certificado con un 100% de asistencia:

Dra. Gaby Queyrie
Dr. Enrique Cuadrado
Con un 90%:
Dra. Ana María Abarca
Dr. Carlos Berroeta
Dr. Jaime Bachs
Dra. Marcia Cárcamo

COMISIONES

Estas están conformadas:

C. Revista: Dra. Yelena Salinas
Dra. Marcia Antúnez
C. Científicos: Dra. Concepción Lobato
Dra. Claudia Urrutia
C. Social: Dra. Claudia Urrutia
Dr. Enrique Cuadrado
Dra. Gaby Queyrie
C. Auspicios: Dra. Gaby Queyrie
C. Filiales: Dr. Claudio Vera
Dra. Marcia Antúnez
C. Web: Dr. Andrei Berdichevsky



PAGINA WEB



Esta obra ya fue comenzada en el periodo

Hay dos personas que no están en el directorio, pero ellos nos cooperan activa y desinteresadamente.

REVISTA

En septiembre del 2002 apareció el N° 6 y en abril del 2003, el N° 7 de nuestra revista "Canal Abierto". Cada vez es más voluminosa, tiene más artículos científicos, tiene gran aceptación y felicitaciones.

La Dra. Yelena Salinas fue la editora de ésta, con su empuje e idealismo le debemos este maravilloso medio de comunicación. Pero todo a la hora de que otra persona se hiciera cargo y así ha asumido la Dra. Marcia Antúnez con un nuevo equipo editorial, que no me cabe la menor duda que lo va a hacer muy bien.

Este otro medio de comunicación también fue creado por insistencia de nuestra revista. Esperamos que sea una herramienta que permita a los colegas tener un espacio de comunicación y de intercambio de experiencias. La Dra. Salinas, y mirando hacia atrás, ella tenía toda la razón hace 4 años, cuando en cada sesión de directorio, ella luchaba por la página web. ¡Cuán visionaria fue!

Cuenta de la Presidencia Período Agosto 2002 – Julio 2003



Dra. Ursula Tilly E.

Asumí como Presidenta de la Sociedad de Endodontología de Chile en la reunión del 17 de julio 2002. Todos los meses se realizaron las reuniones de Directorio, el cual ha trabajado intenso y armónicamente. Para ellos mis sinceros agradecimientos.

de la Dra. Ana María Abarca, pero luego de algunos tropiezos en un comienzo que comencé a ser fácil, finalmente tenemos una maravillosa página web, que desde Nov. 2002 la mantiene la empresa "Arbol Lógica". Este gran esfuerzo se lo debemos a la desinteresada cooperación del Dr. Andrei Berdichevsky.

NUEVOS SOCIOS

Se han incorporado:
Dra. Pilar Araya Cumsille
Dr. Marcelo Navia Rubilar
Dr. Juan Pablo Nacur Awad
Dra. María Inés Castiglione Dueñas
Dr. David Oliva Sepúlveda
Felicitaciones a ellos.
Entre los reincorporados contamos con la Dra. Paulina Renner Berry.

CONVENIOS

SECH, buscando favorecer a sus socios, hizo los siguientes convenios:
1.-Laboratorio GLAXO SMITH KLINE Precios rebajados en las vacunas contra la Hepatitis A, B y AB y se coordinó para efectuar la vacunación en los días de reunión científica de la SECH, para facilidad de los socios.
2.-Corredores ANDUEZA por seguros de responsabilidad civil. Este convenio se hizo después de que 3 colegas hicieran un acabado estudio de lo que nos ofrecían las distintas compañías aseguradoras, y los 3 concluyeron que la Cia. La Chilena Consolidada, a través de Andueza Corredores, era la más ventajosa.

electrónico a \$ 250 mensuales, lo que son \$ 4.200 al año.

4.-CONGRESO IADT (International Association of Dental Traumatology) 8-9-10 de Oct. 2003. Por petición del directorio, la Dra. María Teresa Flores tuvo la gentileza y amabilidad de ampliar a los socios de SECH el precio de socios IADT, lo que significa un descuento bastante considerable para este evento, en que vienen expositores de alta categoría científica de nivel mundial.

CURSOS INTERNACIONALES

Tuvimos varios eventos durante este primer año:

1.-Dr. Steve Serio en Sept. 2002 nos habló una tarde de la técnica "Light-Speed" y durante una mañana tuvimos el "hands-on".

2.-Dr. Murgel, también en Sept. 2002 nos enseñó a usar el microscopio en Endodoncia, Gaitas y Audiomedical y al Sr. Carlos Valdivia.

3.-Dr. Carlos García-Puente y Dra. Liliana Sierra iniciaron en Octubre 2002 a dictar un interesantísimo curso de 12 hrs.

4.- Dr. Carlos Bóveda, ahora el 4 y 5 de julio recién pasado, dictó un curso de 12 hrs. de End. relacionada a Rehabilitación.

Quisiera destacar la labor de la Dra. Gaby Queyrie en la organización de estos dos cursos, consiguiendo los auspicios y coordinando todos los ítems relacionados a los eventos internacionales.

FILIALES

Con el fin de promover la formación científica de los colegas también en provincia, tengo el orgullo de comunicarle que ya contamos con 5 filiales, 2 grupos de estudio y uno en formación.

Los recuerdo que en provincia se juntan los colegas durante un año en forma similar como lo hacemos acá en Sigo. Esto es un grupo de estudio. Al cabo de un año, cumpliendo con todos los reglamentos, pasan a ser filiales. Así, durante el curso internacional re-

ción pasado entregamos el certificado de Filial a Iquique, Antofagasta, La Serena, Ñuble y Puerto Montt.

Los grupos de estudio son Rancagua y Temuco.

Ojalá que el próximo año podamos contar con más.

[Mis felicitaciones a ellos!]

La Filial Ñuble hizo un homenaje a nuestro socio honorable, el Dr. Juan Hugo Gutiérrez en mayo 2003 al cual asistió el Dr. Claudio Vera, nuestro coordinador de Filiales.

La Filial Puerto Montt está organizando un curso internacional los días 14 y 15 de noviembre con el Dr. Renato Leonardo de Brasil, en Pto. Montt.

En noviembre, la reunión mensual estará a cargo de un miembro de las filiales.

FESODECH

Como presidenta de SECH debo asistir cada 15 días a Fesodech y les comunico que desde octubre 2002 se juntó a trabajar en conjunto con el Comité Científico del Colegio de Cirujano Dentistas, para coordinar cursos y cautelar la defensa de la especialidad. Esto nos obligó a elaborar un nuevo reglamento, que falta ser aprobado por el Honorable Consejo del Colegio de Cirujano Dentistas. Este debería ocurrir dentro de un futuro próximo, lo que oficializaría la incorporación de la Fesodech a este departamento y así poder trabajar sin trabas por la especialidad y la profesión.

CONTRATO

Nuestra secretaria, la Srta. Susana Muñoz tiene desde marzo del presente año contrato e imposiciones, lo que significa un beneficio enorme para nuestra fiel colaboradora.

CUENTA TESORERÍA

Recibí la Tesorería con una utilidad de \$12.222.564. Actualmente después de un año de ejercicio, la utilidad es de \$25.542.758.

siempre se llevaba una contabilidad simple, sin libros, contador y en que no podíamos entregar certificados con validez ante Servicio de Impuestos Internos. Hace un mes, en junio, contratamos los servicios de un contador, para obtener entre otro, Facturas exentas de IVA y Certificados de Donación. Finiquitados los trámites, SECH podrá emitir facturas que sirven, entre otro, para que los socios puedan descontar los pagos de cuotas sociales y de los cursos internacionales ante Impuestos Internos.

AUSPICIADORES

Contamos con los valiosos auspicios de:

1. Oral B
2. Dentaply
3. Laboratorio Saval
4. Laboratorio Pfizer
5. Comercial Tequesta Ltda. (Schick)
6. Colgate Palmolive Chile S.A.
7. Laboratorio Maver Ltda.
8. Sinergia S.A.
9. Laboratorio Master S.A.
10. Medicine Láser S. A.
11. A. Bril y Cia Ltda.

ACTUALMENTE

Se está trabajando en:

1.- Actualizar los aranceles de la especialidad, adecuándolos a la aplicación de nuevas técnicas, diferenciando la Endodoncia del Odontólogo General y la del especialista.

2.- Promover en la comunidad la importancia de la Endodoncia y destacar la tarea del especialista reconocido sobre los colegas no especializados.

Dejó a varias personas del directorio sin nombrar, eso no significa que no hayan trabajado o lo hayan hecho menos. Yo siempre he insistido que esto es un trabajo en equipo y debo reconocer que como equipo hemos funcionado maravillosamente. Mis agradecimientos a todos, también a ustedes, señores Socios, que siento un gran apoyo en cada uno. Muchas Gracias a todos.



Dr. Claudio Vera M.

Asesor Filiales

Con gran satisfacción acepté representar a la SECH en la ceremonia con que Filial Ñuble rendiría homenaje al distinguido Profesor Dr. Juan Hugo Gutiérrez, en la ciudad de Concepción.

La Facultad de Odontología fue el marco escogido para su realización, con la asistencia de altas autoridades universitarias, representantes del regional del Colegio de Cirujano Dentistas de Chile, de la Sociedad de Endodoncia de Concepción y de un selecto grupo de colegas, endodontistas, ex alumnos de post grado del homenajeado.

Durante los discursos, todos hicieron gratos recuerdos del Profesor Gutiérrez y destacaron su enorme aporte a la Odontología tanto nacional como internacional y su gran calidad humana, científica y profesional.

La Dra. Cecilia Capetillo, coordinadora de la Filial Ñuble, fue la encargada de representar a los colegas de la Filial y ex alumnos del profesor.

El acto culminó con un magnífico cocktail y cena en los salones del majestuoso Club de la Unión, digno escenario para finalizar este merecido reconocimiento.

Mientras en el otro extremo del país, la Filial Antofagasta culminaba su curso de perfeccionamiento al cual concurren colegas de toda la I y II Regiones.

Por su parte, la Filial Puerto Montt consolida la organización de su Curso Internacional a realizarse los días 14 y 15 de noviembre próximo, el cual será dictado por el Profesor Dr. Renato Leonardo (Brasil).

Durante el reciente Curso Internacional de SECH se hizo entrega con

gran satisfacción y orgullo de los certificados que acreditan como Filiales de Sociedad de Endodoncia de Chile a los grupos de estudio de Iquique, Antofagasta, La Serena, Ñuble y Puerto Montt por haber cumplido con todos los requisitos establecidos en los reglamentos.

Cabe destacar la gran calidad humana y excelente preparación científica y profesional de cada uno de los integrantes de las Filiales y Grupos de Estudio ya constituidos (Rancagua, Temuco, Linares). Durante el presente año hemos querido dar tribuna en nuestras charlas científicas en la ciudad de Santiago a una Filial y es así que en el mes de noviembre tendremos el agrado de contar con la participación de la Dra. Isabel Albarrán, Coordinadora de la Filial Iquique.

Para el Programa 2004 serán dos las filiales que podrán presentar sus trabajos científicos y de investigación ante los colegas capitalinos.

Como ven, las filiales SECH trabajan en forma coordinada muy unidas y demostrando que en regiones existe un gran potencial humano y científico que poco a poco iremos insertando cada vez más a SECH central.

Bien por ellos y mi caloroso y sincero reconocimiento y apoyo.

Filial Ñuble

Parte del Discurso Pronunciado por la Dra. Cecilia Capetillo en el Homenaje rendido al Profesor Juan Hugo Gutiérrez G., el día 30 de mayo de 2003 en la ciudad de Concepción

Se dice que la gratitud es la madre de todos los nobles sentimientos y es por ello que hoy nos hemos reunido para expresar nuestros más sinceros agradecimientos a una persona muy

cial, a una persona que nos entregó formación profesional y no menos importante, mucho cariño durante la especialidad de Endodoncia.

Pensaba qué cosas iba a compartir que reflejaran realmente al Dr. Gutiérrez y debo confíarles que la tarea no fue fácil, pues me resultaba difícil sintetizar lo que él es como ser humano y profesional, porque ciertamente está dotado de múltiples bendiciones.

Estas son una mínima expresión de lo que él es realmente:

Cómo no traer a la memoria al "Dr. Gutiérrez Estudioso", aquel que nunca se consideró poseedor de la verdad absoluta y gran parte de nuestro constante perfeccionamiento teórico-práctico es el por usted inculcado.

Cómo no recordar al "Dr. Gutiérrez Generoso" en la entrega de conocimientos, aquel que era un libro abierto para todo aquel que solicitara su saber.

Cómo no traer a nuestra memoria al "Dr. Gutiérrez Respetuoso de sus Jóvenes Colegas", aquel que no bastaba compartir sus conocimientos, él escuchaba de sus alumnos aciertos y frecuentes errores, como si los estuviera exponiendo una máxima autoridad en la materia.



Probablemente llegará el día en que a sus ex-alumnos les corresponda formar generaciones jóvenes de profesionales y queremos que esté seguro no olvidaremos la delicadeza que usted tuvo para con nosotros y prometemos que seremos capaces de respaldarla.

El traer a la memoria al "Dr. Gutiérrez Alegre", aquel que tenía anécdotas y chistes para los 365 días del año.

Por último, no podemos olvidar al "Dr. Gutiérrez Sencillo y Humano", aquel que sabía dar una palabra de aliento, mirar con el corazón y no solamente con la razón a todo aquel que se le acercaba, sin excepción. Cómo no reconocer públicamente las veces que atendió, y que seguramente lo sigue haciendo, pacien-

tes gratuitamente con el mismo profesionalismo y entusiasmo de siempre.

Aprendimos de usted la capacidad de ver el sol cada día con una simple sonrisa, la cual aclara cualquier corazón sombrío.

Gracias, Dr. Gutiérrez, por todo lo que nos ha entregado ya que

usted nos ha enseñado cómo vivir con esa luz y el agrado que produce reconocer en otros a una persona igual a uno, a la cual le debemos nuestra excelencia profesional actual y también todo nuestro respeto y cariño.

Muchas Gracias



CEREMONIA DE ACREDITACION

Durante el Curso Internacional recién pasado se entregó certificado de Filial a IQUIQUE, ANTOFAGASTA, LA SERENA, ÑUBLE y PUERTO MONTT.

Estamos orgullosos de contar con estas filiales que promueven la formación científica de los colegas en provincias. Felicitaciones a todos los colegas que participan en ellas y que hicieron posible desarrollar esta ardua e innegable labor. Ojalá que el próximo año podamos contar con más filiales.



1. Filial Iquique:
Dra. Isabel Albarrán
2. Filial Ñuble:
Dra. Cecilia Capatitz



3. Filial Puerto Montt:
Dra. Claudia Hausmann
4. Filial La Serena:
Dr. Fernando Mujica

Filial Antofagasta

En conjunto con la Facultad de Odontología de Antofagasta, desarrolló el 6 de junio del presente año un Curso de Endodoncia realizado por el Profesor Dr. Juan Hugo Gutiérrez.

Filial Puerto Montt

Está preparando un Curso Internacional de Endodoncia que se realizará los días 14 y 15 de noviembre de este año. El curso será dictado por el Profesor Dr. Renato Leonardo de Brasil. Desde ya les deseamos todo el éxito que se merecen.

"Endodoncia como Pilar Fundamental de la Odontología Restauradora"

Durante los días 4 y 5 de Julio del presente año, en el Centro de Eventos Manquehue, se desarrolló la brillante exposición del Dr. Carlos Bóveda. Nos dejó una visión contemporánea de la interac-

ción odontología restauradora y nuestra especialidad, al desarrollar una infinidad de casos tratados endodónticamente y que posteriormente eran rehabilitados en forma adecuada, de manera de

perpetuar el éxito de la terapia endodóntica y enmarcar nuestra especialidad en un concepto más amplio e integral.



Marzo 2003



Dra. Pabla Barrientos F.

Miscelánea de Casos Clínicos Complejos

La complejidad de un caso clínico puede estar en cualquiera de las etapas del tratamiento endodóntico, y también en más de una de ellas.

Se seleccionaron 8 casos de alta complejidad de distinto tipo, se discutieron las características clínicas y radiográficas y/u otras de cada uno, y se mostró el caso resuelto y su evolución a distancia.

A continuación haremos un resumen de la descripción de cada caso, indicando cuál era la complejidad que lo hacía interesante y la solución que se le dio.

Caso CA

Mujer, 14 años, zalisal casi total en P10 por erupción del canino, debe permanecer en boca a solicitud del ortodoncista.

Complejidad: Indicación del tratamiento.

Solución: Instalación de un implante endodóntico intraóseo.

Caso MIF

Mujer, 19 años, presenta fistula recurrente en P8, a la cual ya se le han efectuado 2 endodoncias y un curetaje apical.

Complejidad: Diagnóstico.
Solución: Se le diagnosticó fractura radicular y se le indica extracción e implante.

Caso GS

Hombre, 41 años, P9 con relleno insatisfactorio, perforación 1/3 medio y lesión pararradicular.

Complejidad: Indicación del tratamiento.

Solución: Se indicó tracción radicular previo tratamiento de la lesión pararradicular con hidróxido de calcio, e implante endodóntico intraóseo para prolongar la longitud radicular.

Caso GG

Mujer, 45 años, P14 con respuesta moderada al frío, y una radiografía que muestra cavidad no muy profunda.

Complejidad: Diagnóstico y Tratamiento.

Solución: Se indicó un estudio radiográfico que determinó reabsorción interna invasiva, que clínicamente se detectó perforante. Al efectuar la extracción se evidenció extenso compromiso de furca y de las tres raíces.

Caso KL

Mujer, 39 años, P10 con reabsorción interna extensa en el tercio medio radicular, de aspecto perforante.

Complejidad: Indicación del tratamiento.

Solución: Se elaboró una estrategia para determinar que la reabsorción no estaba comunicada con el espacio periodontal, y como no lo estaba se indicó endodoncia y preparación del conducto para recibir una espiga que quedara ferulizando ambos segmentos del diente.

Caso JM

Hombre, 50 años, P2 tratada, móvil, "alargada", se intruye al presio-

nar y no duele al percudir. La radiografía no muestra LA evidente.

Complejidad: Diagnóstico.
Solución: Se indicó radiografía computada, que fue la que proporcionó el diagnóstico: área quística corticalizada que ocupaba totalmente el seno maxilar con expansión de las corticales media y vestibular. Se hizo enucleación quirúrgica bajo anestesia general.

Caso VH

Mujer, 17 años, P30 tratada, sin sintomatología.

Al ex. radiográfico se observa: un conducto mesial y uno distal sin tratar, instrumento fracturado en la raíz mesial, perforación radicular, lesión ósea furcal, LA extensas en ambas raíces.

Complejidad: Indicación de tratamiento

Solución: Se escogió la más conservadora. Se trataron todos los conductos, se obtuvo la perforación, se pasó por el costado del instrumento fracturado, y al cabo de un año la radiografía mostró reparación total.

Caso CV

Mujer, 12 años, P9 tratada, reimplantada por avulsión después de aprox. 30 min.

La endodoncia le había sido efectuada después de 2 meses, y a los 11 empezó a evidenciar reabsorción radicular.

Complejidad: Indicación de tratamiento.

Solución: Se detuvo la reabsorción mediante prolongado tratamiento con hidróxido de calcio, y se instaló un implante endodóntico intraóseo que para este caso se escogió totalmente roscado.

(Tema presentado en la Mesa Redonda "Casos Clínicos" durante el COSAE 2002 Buenos Aires, Argentina)

Conclusiones

- Además de un completo examen clínico y radiográfico es necesario evaluar un conjunto de factores: edad, hábitos, condiciones locales y generales de salud, plan elaborado por el rehabilitador, posibilidades económicas.
- La mejor solución se obtiene como producto del estudio de un equipo de

trabajo, ojalá multidisciplinario.

- Tome el caso complejo solamente si:
 - Está capacitado (en conocimientos y destrezas).
 - Está bien equipado.
 - Le interesa el caso.
 - No le interesa la remuneración.
 - El paciente le simpatiza.

Abril 2003

Dr. Luis Cioocca G.

Prof. Asocio Médico Legal, Universidad de Chile.

Responsabilidad Legal. Problemas Actuales del Ejercicio de las Especialidades

Los cambios de valores que en los años finales del siglo pasado han afectado a nuestra sociedad también han repercutido de alguna manera en los actos propios de nuestro ejercicio, particularmente en la relación con nuestros pacientes en cualquier condición: privados, usuarios de un sistema público o privado, etc.

Esta repercusión se manifiesta de diversas maneras: a veces incluso con agresividad, mayor exigencia por expectativas no satisfechas, y culmina no pocas veces en los tribunales de justicia.

La posibilidad de recurrir a tribunales un paciente que pudiera sentirse o ser efectivamente afectado por un tratamiento, ha existido desde hace unos 150 años (en el momento que existe el Código Penal, Art. 491).

Hasta 1980 sólo fueron conocidos por los tribunales tres casos contra médicos, ninguno contra dentistas. Sin embargo, a partir del año 1980 se inicia un crecimiento geométrico de recurrencia a los tribunales. Entre un 8 y

10% afectan a odontólogos. Nadie está libre. Han tenido problemas:

- Profesores y no docentes.
- Jóvenes y viejos.
- Especialistas y no especialistas.
- Diferentes especialidades, especialmente Cirugía, Endodoncia, Implantología y Prótesis.

Resultan desfavorables al profesional entre un 15 y un 20% del total.

Efectos generales y legales:

- Temor a lo desconocido.
- Ordenes de embargo.
- Arraigo.
- Citaciones bajo apercibimiento.
- Lenguaje fuerte, malas calificaciones, incluso detenciones.
- Costo moral, social y económico.
- Sanción penal y civil. Condena a cárcel o pena aflictiva y a pago o compensación económica.

¿Cómo enfrentar el problema? (la Reforma Procesal Penal al parecer debe dar mayores posibilidades de negociación). Fundamentalmente a través de vía Presunción.

- Prevención General.
- Asesoría Legal.
- Seguros.

Otros aspectos para prevención:

- Relación odontólogo-paciente.
- Registros completos.
- Crítica y autocritica.



Dra. Teresa Polissier S.
Prof. Titular de Farmacología, Facultad de Medicina, Universidad de Chile.

Dolor Orofacial Agudo y Crónico. Avances en el Tratamiento Farmacológico

Uno de los grandes retos de cada civilización a lo largo de la historia de la humanidad ha sido el hallazgo de sustancias químicas o técnicas altamente efectivas para el alivio y control del dolor. Desde tiempos inmemoriales el hombre ha utilizado sustancias para aliviar el dolor, como el opio que se obtiene del látex que escurre cuando se hacen incisiones longitudinales en la cápsula verde de la adormidera (*papaver somniferum*), una variedad de la amapola.

A pesar de estos conocimientos, en el pasado reciente se partía de la premisa equivocada que el dolor era una manifestación ineludible de la patología y si éste se abolía, la sintomatología de alarma desaparecía. Se tomó así el concepto de normalidad dolorosa: ¿es normal que le duela porque se le acaba de hacer tal o cual cosa? Se necesitó el nacimiento de la IASP (Asociación Internacional para el Estudio del Dolor) para que este concepto comenzara a revertirse, y se ha avanzado mucho en los últimos años tanto en la fisiopatología como en el tratamiento del dolor. La IASP definió el dolor como una experiencia sensorial y emocional desagradable, asociada a un daño tisular existente o potencial o descrita en términos de ese daño. Es decir, es una reacción de alerta que nos indica que hay algo que en algún lugar del organismo no está funcionando bien. Es una sensación diferente de las otras que recibimos diariamente y que nos resulta más o menos informativas y neutras. La sensación dolorosa no

sólo nos informa, sino que nos implica, nos hace tomar partido.

Por lo tanto, el dolor es el resultado de un proceso elaborado y complejo, específico para cada persona y que es variable para esa misma persona; de acuerdo a las circunstancias; y por esto, para realizar la terapia adecuada es necesario:

- Conocer la causa y el tipo de dolor.
- Conocer al paciente.
- Conocer la problemática del momento.

Los estudios epidemiológicos y estadísticos actuales han demostrado que todavía el dolor no es bien tratado a pesar de los avances existentes. En un estudio de dolor postoperatorio en adultos, se observó que el 58% de los pacientes soportaban dolor intenso durante su estadía en el hospital. Si se analiza el tratamiento del dolor crónico por cáncer, esta cifra aumenta significativamente; y si la situación es grave para el adulto, es absolutamente catastrófica para los niños en los cuales el dolor postoperatorio muchas veces no se trata.

Terapia Farmacológica

Se pueden utilizar diferentes tipos de fármacos que actúan en diferentes sitios y con distintos mecanismos de acción. La elección de uno u otro se hará siguiendo ciertos criterios de elección:

- Valoración adecuada del dolor: intensidad, tipo, evolución, para

elegir la potencia analgésica, la vía de administración y la duración del tratamiento.

- Características del paciente para poder determinar si el fármaco es compatible con ese paciente por las posibles RAM que éste posee y para elegir las dosis.
- Recursos disponibles por el paciente, porque es importante prescribir lo que él pueda comprar.
- Experiencia del profesional con el fármaco que prescribirá.

Clasificación por Acción Farmacológica

Todos los AINEs comparten propiedades antiirritantes, analgésicas y antiinflamatorias, sin embargo, clínicamente unas son más marcadas que otras, lo que permite clasificarlos.

Más analgésicos:

Paracetamol, Ac. Mefenámico, Ketorolaco, Dipirona, Clonixinato de Lisina.

Analgésicos y antiinflamatorios:

Propiónicos: ibuprofeno, ketoprofeno, naproxeno.
Fenilacéticos: diclofenaco.
Coxibs: celecoxib, rofecoxib.

Más antiinflamatorios:

Oxicams: piroxicam, tenoxicam, meloxicam.

Opioides

Se llama así al grupo de fármacos que producen disminución del dolor físico y de su repercusión psicológica, sin pérdida de la concien-

cia. Además, producen depresión del SNC, favoreciendo el sueño. Por esto fueron llamados durante años analgésicos narcóticos o analgésicos centrales.

Los opioides actúan por unión a los receptores opioides, especialmente de tipo μ , mimetizando la acción de los opioides endógenos.

Los opioides más utilizados en odontología son:

- Codeína. 10 veces menos analgésica que la morfina, por lo que se emplea como analgésico menor, sólo o asociado a los AINEs para potenciar la acción analgésica. Su capacidad de dependencia es menor que la morfina, por lo que se prescribe con receta simple cuando es utilizada en los jarabes para la tos o con receta retenida o cheque dependiendo de la dosis cuando está asociada a AINEs para el tratamiento del dolor.
- Tramadol, tiene una potencia 5 a 10 veces menor que la morfina. Es

agonista con afinidad moderada a los receptores μ y el resto del efecto se debe al aumento de la actividad del sistema monoaminérgico a nivel espinal ya que en las mismas concentraciones que se une al receptor opioide, inhibe la recaptación de noradrenalina y 5HT a este nivel. Tiene buena absorción por vía oral y está disponible para administración oral, I.m., i.v. y también en supositorios. Sus reacciones adversas son semejantes a la codeína: produce náuseas y constipación. Para obtener éxito con su tratamiento se debe iniciar la terapia con dosis bajas.

Otros

Está constituido por un grupo de fármacos que se administran generalmente asociados a AINEs u opioides para el tratamiento de dolores de difícil manejo, fundamentalmente dolores crónicos:

Antidepresivos, Anestésicos locales, Anticonvulsivantes, Bloqueadores del receptor NMDA, como la ketamina, Capsaicina, etc.

¿Cómo obtener una buena analgesia?

El éxito del tratamiento farmacológico depende de:

- Selección apropiada. Conocer y manejar la farmacología del analgésico.
- Tener presente que los AINEs tienen un efecto techo y si se aumentan mucho las dosis no se obtendrá mejor analgesia y si mayores reacciones adversas.
- Recordar efecto techo de los AINEs.
- Prescripción a horario fijo, evitando que aparezca el dolor.
- Dosis y vía adecuadas.
- Considerar los factores psicológicos del paciente.
- Estimar adecuadamente el dolor físico relatado por el paciente.
- Necesidad de administrar otros fármacos o terapia no farmacológica: frío, calor, reposo, etc.

Finalmente, no olvidar que la calidad de vida es lo más importante en un paciente que sufre de dolor, por lo que debe administrarse el fármaco que sea necesario para suprimir ese dolor, cualquiera que sea.



Dr. Andrei Bendichewsky A.

Endodoncia tiene muchos años en el mercado, actualmente existen 2 tipos de ultrasonido, el sónico y el ultrasonido.

Puntas de Zirconio



Puntas ProUltra de Zirconio de Densiply del 1 al 5, de mayor a menor grosor.

El uso de los ultrasonidos en

Dentro de los ultrasonidos hay dos tipos: el magnético tipo Cavtron, el cual funciona a través de un campo magnético que produce movimiento de la punta en sentido helicoidal (con forma de ocho), con

De Titanio que se conecta al aparato ultrasonido



Puntas ProUltra de Titanio para remover instrumentos fracturados.

Ultrasonido en Microscopía

bajo torque y debido a esto no es recomendado para Endodoncia, y el piezoeléctrico que tiene más torque y funciona como pistón, de adelante hacia atrás, y es el actualmente utilizado en Endodoncia.

De Diamante y de Acero Inoxidable



Puntas Selectic N° 20 diamantada y 40 de acero inoxidable.

Usos del Ultrasonido en Endodoncia

1. La Búsqueda de Conductos

Las puntas de ultrasonido medianas de un tamaño bastante menor a las fresas, permiten desgastar dentina en una forma muy controlada, especialmente si utilizamos microscopio tendremos mejor control.

2. Remoción de Pernos

Es posible también remover pernos del conducto utilizando puntas de ultrasonido, a través de la técnica descrita por G. Carr del Pacific Research Foundation.

3. Remoción de Instrumentos Fracturados

Se pueden remover instrumentos a través de puntas de ultrasonido. Se utilizan principalmente puntas de acero inoxidable o de titanio con la ayuda del microscopio para disminuir la posibilidad de perforación radicular. Fotos 1 y 2.

4. Coadyuvante de Irrigación

La irrigación puede ser potenciada a través del uso de ultrasonido en el conducto. La técnica consiste en introducir un instrumento ultraso-

nico en la solución irrigadora, por 10 a 15 segundos por conducto para producir un efecto ondular.

5. Retrocavidad en Cirugía Endodóntica

Es posible preparar la retrocavidad en cirugía endodóntica con puntas de ultrasonido en una manera más fácil y segura, con mayor seguridad de seguir a través del conducto.



6. Instrumentación de Istmos

Con las puntas de ultrasonido se pueden instrumentar istmos entre conductos. Por ejemplo, entre los conductos mesiales del primer molar inferior pueden quedar restos pulpares que deben ser eliminados con la instrumentación e irrigación. Las puntas de ultrasonidos son útiles para acceder a esa zona sin desgastar exageradamente.

Conclusiones

El ultrasonido está siendo utilizado en muchas fases del tratamiento endodóntico con buenos resultados y en forma predecible. En el mercado nacional hay diversas marcas y puntas para lograr objetivos específicos, desde encontrar los conductos hasta remover pernos e instrumentos fracturados.

Se debe ser cauto al momento de comenzar su utilización debido a su fragilidad y tendencia a la fractura.

tags de resina y midiendo el grosor de la capa híbrida formada.

Los resultados obtenidos demostraron que no existen diferencias significativas en la formación de capa híbrida y de tags de resina en ambos grupos, se observó una formación nítida, regular y homogénea de capa

hos y nítidos tags de resina.

Existieron diferencias significativas en el grosor de la capa híbrida formada, observándose valores mayores (6,8 micrones promedio) en el grupo en que se usó NaOCl como irrigante respecto del grupo control (4 micrones promedio).

Significancia Clínica:

El uso de Hipoclorito de Sodio al 5% como irrigante no altera la formación de la capa híbrida ni de tags de resina en dentina radicular de piezas preparadas para espiga. Por el contrario, se obtuvo una capa híbrida de mayor grosor con esta solución, lo que supone una muy buena adhesión en dentina del conducto radicular al emplear el sistema adhesivo Single Bond (3M).

Agosto 2003



Dr. Sergio Acosta V.
Profesor Titular Endodoncia, Universidad de Chile

Dra. Pilar Araya C.
Docente Endodoncia, Universidad de Chile

Obtención Radicular con Conos Cónicos en Dientes Instrumentados Mecánicamente

varios conos en sentido vertical o lateral.

El advenimiento de técnicas instrumentales con instrumentos cónicos ha impuesto dimensiones diferentes a las de la norma, por lo que los conos de gutapercha estandarizados tienen medidas que distan mucho de series concordantes. Una buena solución la dieron las jeringas inyectoras de gutapercha adhesivas y los vástagos recubiertos de esa misma gutapercha para los que es necesario adquirir, además de las jeringas o de los vástagos, un equipo calentador que los lleve a la temperatura requerida. Los resultados a ambos sistemas han sido buenos, sin embargo, los costos de los sistemas Therafil y de las cargas para jeringas Obtura y sus derivados, son recursos muy caros para generalizarse en países como el nuestro, donde sólo son aplicables en clínicas privadas con clientela muy pudiente. No hemos propuesto encontrar formas de obturación basadas en conos

cónicos que puedan ser una alternativa eficiente a las de la gutapercha adhesiva.

Al obturar los conductos con preparación mecanizada existe una mayor aproximación dimensional y un costo menor si se hace con conos cónicos que con conos estandarizados. Revisados los conos cónicos existentes en el mercado chileno hemos visto que muchos de ellos, aun presentados como de conicidad similares a los instrumentos de níquel titanio, no lo son tanto porque coinciden en unos sectores y en otros no. Sin embargo, algunos como los DiaDent tienen dimensiones más regulares y confiables. La crítica general para los conos cónicos es que siguen con su conicidad en aumento más allá de los Milímetros, lo que además de inofensivo, resulta molesto para las maniobras de condensación.

Se presentan al auditorio comparaciones de puntas e instrumentos cónicos, además de casos in vitro o in vivo obturados con estos conos.

dichas dimensiones fueran aceptadas universalmente. Sin embargo, la tolerancia dimensional que se les fijó a los conos fue mayor que la aceptada para los instrumentos. Por esta razón lo corriente era que los endodoncistas, para hacer el ajuste apical del cono requerido por ciertas técnicas, optaran por escoger una punta menor en un tamaño al último instrumento de trabajo apical.

Es importante recalcar, eso sí, que nunca se obtuvo una obturación bien condensada con el uso de un único cono, por lo que fue necesario compactar

Julio 2003



Dr. Rodrigo Gil C.
Profesor Endodoncia Universidad Mayor

Efecto del Hipoclorito de Sodio al 5% en la Formación de Capa Híbrida y Tags de Resina en Dentina Radicular de Piezas Dentarias Preparadas para Espiga

El propósito de este estudio fue evaluar in vitro el efecto del NaOCl 5% en la formación de la capa híbrida y de tags de resina en dentina radicular de piezas dentarias preparadas para espiga, utilizando el sistema adhesivo Single Bond (3M).

Este estudio se realizó utili-

zando 20 premolares humanos sanos, que se dividieron en 2 grupos. En el grupo control (grupo 1) se usó como irrigante endodóntico una solución salina 0,9% y en el grupo 2 se usó como irrigante endodóntico Hipoclorito de Sodio al 5%. Ambos grupos fueron obturados y luego

preparados para espiga, realizándose el grabado de la dentina radicular, la aplicación del sistema adhesivo Single Bond (3M) y la obturación del conducto con resina de cementación Relyx (3M). Las muestras fueron examinadas al MEB, evaluando la formación de capa híbrida,

Contaminación Pulpar en Dientes Permanentes Jóvenes a Través de Vías No Convencionales

Dra. Ada Reti M.

Prof. Adjunta Endodoncia, Universidad de Chile



Introducción

En el adulto la pérdida de la vitalidad pulpar se produce la mayoría de las veces por la invasión microbiana. El paso de gérmenes hacia la pulpa prevalentemente es a través de caries, en menor porcentaje debido a traumatismos que comunican la cavidad pulpar con el medio bucal o seccionan el paquete vasculonervioso de la pieza comprometida. Otra vía alternativa es a través del peridonto, donde los microorganismos en presencia de enfermedad periodontal llegan al órgano pulpar a través de conductos accesorios, laterales o foraminales. Ocasionalmente la necrosis se debe a

factores mecánicos (tallado de cavidades, pulido, secado, etc.) o químicos (agentes de limpieza, esterilización dentinaria o grabado ácido) (1).

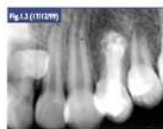
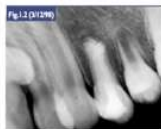
La salud pulpar de un diente permanente joven (DPJ), puede alterarse por múltiples factores, siendo fundamentales dos de ellos: caries profunda y lesiones traumáticas. El primero afecta más a los dientes posteriores, especialmente primeros molares permanentes, en cambio los traumatismos dañan con más frecuencia a los anteriores, en particular los incisivos superiores (2). La etiología traumática se debe en primer lugar a caídas, se-

guido por accidentes de tránsito, actos de violencia y deportes. A los 12 años de edad 20% a 30% de los niños ha sufrido injurias dentales traumáticas, siendo los más afectados los de sexo masculino (3).

A continuación se presentan dos casos en que se produjo la contaminación de la pulpa y posteriormente el periápice. En ellos se vio retardado y difusado el diagnóstico y tratamiento por cuanto el factor etiológico escapaba del patrón común.

radiográficas eran normales se obtuvo el conducto con conos de gutapercha-cemento Endomethazone y técnica de impresión apical de cono y posteriormente condensación lateral (figura 1.4).

Actualmente a nivel del ápice se observa una masa de tejido calcificado que cierra el foramen con un puntaje de intensidad radiopaco. La pieza está asintomática (figura 1.5).



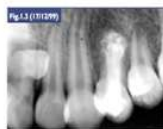
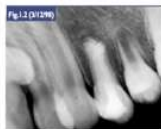
Caso Clínico N°1

Paciente sexo femenino de 9 años de edad procedente de un hogar para niños huérfanos. Las condiciones orales eran deficientes, con mala higiene, pólicarías, extracciones prematuras de piezas temporales y erupción precoz de las piezas definitivas. A pesar de esto, el canino superior izquierdo (pieza 11) estaba ya erupcionado. Al examen intraoral se observaba fistula activa en relación a las piezas 11 y 12, motivo por el cual había sido derivada para su tratamiento. Llamaba fuertemente la atención que ambos dientes tenían sus coronas intactas, sin caries ni obturaciones, no había antecedentes traumáticos ni enfermedad periodontal. Radiográficamente se podía apreciar la pieza 12 con rizogénesis incompleta, foramen abierto y una lesión ósea periapical de límites difusos. Se diagnosticó ADAC en relación a la pieza 12 (figura 1.1).

Se procedió a la trepanación, instrumentación, irrigación del conducto y terapia con hidróxido de calcio para inducir el cierre apical (figura 1.2). Se realizaron 7 recambios de pasta cada 2 o 3 meses hasta corroborar la cicatrización de la lesión apical y el cierre del foramen (figura 1.3). Cuando las condiciones clínicas y

radiográficas eran normales se obtuvo el conducto con conos de gutapercha-cemento Endomethazone y técnica de impresión apical de cono y posteriormente condensación lateral (figura 1.4).

Actualmente a nivel del ápice se observa una masa de tejido calcificado que cierra el foramen con un puntaje de intensidad radiopaco. La pieza está asintomática (figura 1.5).



Discusión Caso Clínico N°1

Al compararse la presentación de una fistula radiacionada con una pieza dentaria con su corona íntegra sin lesión cariosa que avalara la contaminación pulpar, se excluyeron otras causas de infección: traumática, hipoplasias, fis-

ura del esmalte y enfermedad periodontal. La hip fístula diagnóstica fue la de ADAC originado presumiblemente por la pérdida prematura de las piezas temporales, lo que habrá originado la erupción acelerada del premolar con

una evolución radicular exigua, produciendo la contaminación a través del espacio periodontal y favorecida por las deficientes condiciones higiénicas del paciente.

Caso Clínico N°2

Paciente de sexo femenino, 11 años de edad. El motivo de la consulta era una fistula que se observaba en el vestibulo a nivel del pie de la pieza 8. Clínicamente se observaba un diente de color amarillo pálido, con zonas hipoplásicas y obturaciones de resina, semejante a su homólogo.

La tinción amarillenta y las lesiones hipoplásicas se podían apreciar en todas las piezas dentales tanto superiores como inferiores. Radiográficamente se le diagnosticó una lesión apical de límites difusos de aproximadamente 2x2 mm.

Llamaba la atención la imagen radiográfica de las piezas 8 y 9: coronas hipoplásicas, de tamaños normales, pero luego abruptamente estrecharse en el cuello del diente, dando lugar a un defecto periodontal y a una rarefacción anatómica por su extensión de metro que no sobrepasaba los 5 mm. La longitud radicular era normal, las paredes paralelas y los forámenes abiertos (figuras 2.1 y 2.2).

En la pieza 8 la vitalidad fue negativa y el calorismo fistular indicaba claramente el origen de la fistula. Al insistir en los datos de la anamnesis la madre de la paciente relató traumatismo aproximadamente a los 2 años de edad que comprometió todos los dientes anterosuperiores. El gemeno dentario de los incisivos centrales permanentes afectados, origen de la hipoplasia (7).

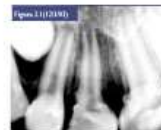
Discusión Caso Clínico N°2

La pérdida de vitalidad de la pieza 8 fue diagnosticada tardíamente luego de ser examinada por varios profesionales, debido a que la corona de resina al pasar de las zonas hipoplásicas y obturaciones vestibulares pareció intacta. Influyó también la reacción negativa de los padres para asumir la necesidad de efectuar el tratamiento endodóntico.

La coexistencia de un defecto genético

Se procedió a la trepanación de la pieza 8, irrigando con hipoclorito de sodio al 5% y H₂O₂ de 10 volúmenes, instrumentación con limas H a 2 mm, menos que la longitud del diente. Se completó el tratamiento con antibioprofilaxis sistémica: amoxicilina 500 mg, 1 comprimido c/6 horas por 7 días. Se solicitó Rx panorámica para descartar malformaciones en otras piezas erupcionadas o por erupción.

Se otorgó a la paciente 7 días de reposo, comprobando la persistencia de la fistula, se colocó en el conducto pasta de Ca(OH)₂ con PMCPA y sulfato de bario.



La Rx panorámica indicó agnesis del gemeno dentario de la pieza 31 y anatomía normal en el resto de las piezas dentarias.

Fue necesario recambio de la pasta de hidróxido de calcio por 3 veces consecutivas con intervalo de una semana por persistencia de la fistula, logrando incluso a realizar calorismo fistular (figura 2.3). Finalmente se apreció normalidad y cicatrización de la lesión.

Actualmente la pieza se encuentra clínicamente asintomática y con apilo medicamentosos de pasta de hidróxido de calcio en espera de cierre epitelial (figura 2.4).



co tanto en el proceso de calcificación de la corona como en la formación radicular, sugieren que la etiología al cuadro infocionario se podrá deber a la penetración bacteriana o de sus toxinas a través de las zonas hipoplásicas o a nivel del defecto detectado en la unión de la corona de resina de tamaño normal con una raíz anormalmente larga, lo que se traduce a un punto retentivo de difícil acceso a

las maniobras de higiene y donde ya se apreciaba una pequeña zona de reabsorción dentaria y anomalías al sondaje periodontal.

Bibliografía

1. Endoncia Magaña. Et. Akababito. Ed. Análisis de Endodoncia. O.P. Páez. Ed. 2004.
2. Chaveringa Red. M. Páez. Ed. Análisis de Endodoncia. O.P. Páez. Ed. 2004.
3. Troncoso. C. Ed. Vivas. J. O. Análisis de Endodoncia. Ed. 2004.

Tratamiento Endodóntico de Dientes Calcificados como Consecuencia de Traumatismo Dentoalveolar

Dra. Marcela Alcota R.

Docente Endodoncia, Universidad de Chile



Introducción

Los traumatismos dentoalveolares constituyen una patología cuya frecuencia se ha incrementado en el último tiempo. Es importante, en el momento de la consulta, realizar una exhaustiva anamnesis, examen clínico intraoral y extraroral, así como un adecuado tratamiento. Se debe además, educar y explicar al paciente la naturaleza de su lesión e instruirlo acerca de los controles periódicos, ya que para el odontólogo resulta complicado emitir un pronóstico de la patología en un primer momento.

El tejido pulpar y el de inserción pueden reaccionar de diferentes maneras frente a un traumatismo. Clásica-

mente se dividen estas lesiones en Inmediatas y Mediatas. Muchas veces son las patologías mediatas, es decir las que se producen meses o años después de ocurrido el trauma, las más complejas de tratar. Entre estas tenemos: Necrosis Pulpare, Obliteraciones o Calcificaciones del Conducto Radicular, Reabsorciones Internas de la Raíz, Reabsorciones Inflamatorias Externas, Reabsorciones por Sustitución.

En relación a las calcificaciones del conducto radicular, aún no se establece el mecanismo exacto de la patogenia de estas lesiones. Existen hipótesis acerca de una cierta alteración del control

simpático/parasimpático del flujo sanguíneo que reciben los odontoblastos, lo que provocaría la formación no controlada de dentina reparadora. Otra hipótesis postula que la formación de un coágulo sanguíneo en la cavidad pulpar después de la lesión constituye un inductor de calcificación si la pulpa continúa vital.

El siguiente reporte clínico, muestra 3 pacientes a los que se les realizó tratamiento endodóntico por calcificación del conducto radicular debido a un traumatismo dentoalveolar.

Caso Clínico N°1

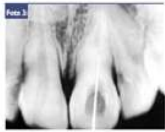
Paciente sexo masculino, 18 años, consulta por cambio de coloración en la pieza 9 desde hace 2 años. En la anamnesis relata haber sufrido un traumatismo dentoalveolar a los 10 años de edad en todo el sector anterior con movilidad leve a moderada de esa diente. Clínicamente el diente presenta cambio de coloración amarillento, y a los test de vitalidad, térmico y eléctrico, respuesta negativa. Al examen radiográfico presenta calcificación total de la cámara pulpar y de la mitad coronaria del conducto radicular. Se planifica la endodoncia del diente, explicándole al paciente lo dificultoso del tratamiento.



Preparación amplia para observar y ubicar espacialmente donde debiera ir el conducto. Es importante además comenzar sin anestesia para visualizar el eje de implantación del diente y la zona cervical. Se comienza con bresa LN.



Finalmente se traspasa todo el conducto, se determina la longitud de trabajo y se instrumenta.



Ubicado correctamente el lugar donde debería estar el conducto en sentido anteroposterior y mesiodistal, se continúa con lima K y EDTA.



Tratamiento Endodóntico terminado. Posteriormente el paciente se realiza un blanqueamiento químico no vital para blanquear su diente, que fue el motivo de consulta.

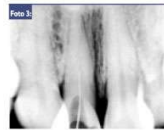
Radiografía inicial.

Caso Clínico N°2

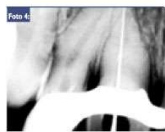
Paciente sexo femenino, 35 años de edad, relata haber sufrido un traumatismo dentoalveolar durante la adolescencia no recordando la fecha exacta del accidente. Clínicamente presenta diente amarillito opaco muy oscuro con restauración distal de resina infiltrada. Test de vitalidad térmico y eléctrico negativos. Al examen radiográfico presenta cámara parcialmente calcificada y conducto calcificado total excepto en 1/3 apical donde se visualiza parcial-



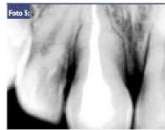
Trepanación y ubicación del conducto.



Avanzando con el escariador y la ayuda de EDTA. Clínicamente es un conducto complicado ya que no está completamente centrado.



Traspaso del conducto en toda la longitud, determinación de la longitud de trabajo e instrumentación.



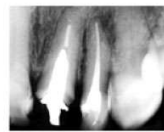
Endodoncia terminada. Se deriva a Prótesis Fija.

Caso Clínico N°3

Paciente sexo femenino, 40 años de edad. Relata traumatismo dentoalveolar hace 15 años. Clínicamente presenta diente 9 coronado a espiga y con reabsorción externa inflamatoria, con acortamiento en la longitud de la raíz al compararlo con la pieza 8. Su motivo de consulta es el diente 10 el que presenta cambio de coloración coronario negro oscuro, congruente con hemorragia pulpar de larga data. Los test de vitalidad resultaron negativos. Radiográficamente presenta cámara y conducto totalmente calcificados.



Trepanación y búsqueda del conducto, lográndose traspasar el conducto en la misma sesión.



Endodoncia terminada. Se deriva para rehabilitación con Prótesis Fija.



Radiografía inicial

Conclusiones

Un gran porcentaje de los pacientes que han presentado un Traumatismo Dentoalveolar consultan años después por cambio de color coronario y las calcificaciones del conducto constituyen hallazgos radiográficos.

Resulta crucial instruir al paciente que ha sufrido un traumatismo, acerca de la importancia de los controles periódicos para detectar precozmente este tipo de patologías y evitar intervenciones endodónticas complejas que demandan un alto esfuerzo por parte del profesional y repetidas sesiones clínicas, mejorando de esta forma el pronóstico del diente.

Exposiciones SECH 2^{do} Semestre

Martes 23 de Septiembre
Mesa Redonda. Casos Clínicos.

Miércoles 15 de Octubre
Manejo Terapéutico de las Reacciones de Hipersensibilidad a Anestésicos Locales. Protocolo de Atención. Medidas de Urgencia. Dra. Eugenia Henríquez.

Miércoles 19 de Noviembre
Dra. Isabel Albarrán. Filial Iquique.

Jueves 4 de Diciembre.
Reunión Clausura.



Importancia del Dolor Heterotópico como Diagnóstico Semiológico Diferencial

Dr. Jorge Sullivan L.

Especialista en Disfunción
Miembro de la Sociedad de Trastornos Temporomandibulares

El término de dolor heterotópico se refiere a cualquier tipo de dolor que se percibe en un área distinta de la que se originó dicho dolor. Este tipo de dolor se puede clasificar semiológicamente en tres grupos:

- DOLOR CENTRAL
- DOLOR PROYECTADO
- DOLOR REFERIDO

En esta oportunidad se revisará por la amplitud del tema, el dolor heterotópico de tipo referido, por ser de gran importancia desde el punto de vista de la semiología buco-maxilo-facial. El dolor referido, es un dolor de tipo espontáneo que se percibe en un área innervada por un nervio distinto del que media el dolor primario. Al ser de tipo referido aparece sin provocación y es totalmente dependiente de la fuente de origen de este mismo.

Como el dolor de tipo odontogénico es una causa común en el área de cabeza y cuello, el clínico suele orientarse fácilmente hacia este diagnóstico. Es una experiencia altamente frustrante, tanto para el paciente como para el dentista tratante, cuando a pesar de realizar un tratamiento odontológico, la sintomatología dolorosa continúa hacia la cronicidad. Por lo mismo siempre se debe tener en consideración semiológica, la posibilidad de la existencia de odontalgia, cuyo origen no se encuentra en la pieza dentaria, sino que en otras estructuras del sistema estomatognático.

Existen dentro del complejo maxilo-facial muchas estructuras anatómicas que pueden llegar a producir dolor heterotópico, que son percibidos a nivel de piezas dentarias. Este tipo de dolor se produce como un efecto secundario de la sensibilización de tipo central o la excitación de las neuronas de segundo orden, producido por un bombardeo constante de información nociceptiva desde estructuras profundas; por esto este tipo de dolor plantea un problema de orden semiológico importante para el clínico.

Entre los grupos de dolores referidos que con mayor frecuencia, pueden dar sintomatología referida a piezas dentarias, se encuentran los trastornos de los músculos masticadores, por mioitis crónicas y/o agudas, resumidos en el concepto clínico

de dolor maxilo-facial, el que entre sus principales características está la de presentar zonas de extrema sensibilidad denominadas puntos de gatillo, que representan el lugar de origen del dolor. A continuación revisaremos los principales músculos masticadores y su relación con los dolores referidos a piezas dentarias.

Músculo Masetero

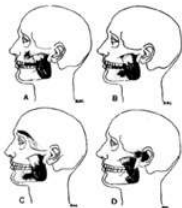
Los puntos de gatillo localizados en la porción superficial de este músculo, refieren dolor de tipo heterotópico a las piezas dentarias posteriores superiores y posteriores inferiores; y **representa la causa más frecuente de odontalgia aguda referida**. La porción profunda de este músculo refiere dolor hacia el oído ipsilateral y articulación temporomandibular. Siendo de gran importancia en la consulta por otalgia refleja y dolor preauricular.

Músculo Temporal

La zona de referencia del músculo temporal son todas las piezas dentarias del maxilar superior ipsilateral y además el tercio superior de la cara. Importante también es mencionar que el músculo temporal es causa de cefaleas de tipo tensional cuando la mioitis se hace crónica.

Músculo Pterigoideo Interno

Las zonas de referencia del músculo pterigoideo interno incluyen la parte posterior de la cavidad bucal y garganta, así como la zona temporomandibular e infraauricular, también



Zonas de irradiación de la Hiperactividad del M. Masetero

Actividades Nacionales

8 de Septiembre
Oficina de Extensión Facultad de Odontología, U. de Chile. Seminario Internacional Dentsply-Maillefer: Instrumentación Mecanizada en Endodoncia. Prof. Dr. Giuseppe Cantatore. Centro de Eventos Club Manquehue.

14-15 de Noviembre
Puerto Montt. Curso de Endodoncia. Prof. Dr. Renato Leonardo. Claudia Haussman H. Inscripciones: 65-263740 - 098473832

29 de Noviembre
Panel-Foro Universidad de Chile, Valparaíso y Concepción. Minicurso Dr. Fernando Golberg (Argentina) "Tridimensionalidad a Través de un Viaje por la Endodoncia". Inscripciones: Fono fax: 32-486710. Celular: 09-2373669. E-mail: vilycnas@hotmail.com

Actividades Internacionales

4 al 6 de Septiembre
IX Congreso Allae y IV Copade. Asunción - Paraguay.

18-19-20 de Septiembre
VI Jornadas Internacionales Círculo Odontológico de Mar del Plata, Argentina www.codontologico.comdp.com.ar

8-9-10 de Octubre
XIII Congreso Mundial de Traumatología Dentaria. Organizado por la IADT Chile Hotel Hyatt.



21 al 24 de Abril 2004
II Congreso - V Curso Internacional de Especialidades Odontológicas. Fundación de Investigación y Servicio Estomatológico "Oswaldo Chávez Jaramillo". Federación Odontológica Ecuatoriana, Hotel Hilton Colon. Quito, Ecuador. Invitado Internacional: Carlos Bóveda Z. (Universidad Central de Venezuela - Caracas - Venezuela). Información: Dr. Roberto Chávez P. (robertoh@uio.satnet.net)

podemos observar una restricción moderada de la apertura bucal asociado con deflexión contralateral del trayecto de la línea media incisal.

Músculo Pterigoideo Externo

Músculo conformado por un haz superior y otro inferior con diferente funcionalidad, por lo tanto semiológicamente diferentes en cuanto a la irradiación del dolor. El haz inferior se ha tomado como causa de origen de muchos dolores a nivel orofacial; la dificultad para su palpación y encontrar puntos gatillo, ha proporcionado un buen fundamento para esta afirmación. Los puntos gatillo del músculo pterigoideo refieren dolor a la zona de la articulación tempo-

romandibular; un buen signo de diferenciación semiológica es la protrusión mandibular contra resistencia, lo que hace que se agudice el dolor.

El haz superior refiere dolor hacia el área zigomática. No se observan signos de distensión importantes a menos que exista un deterioro de la articulación temporomandibular. El examen semiológico adecuado para descartar problemas en este haz es pedir al paciente que muerda con fuerza un abre boca o baja lengua, con el que aumentará inmediatamente el dolor por hipercontracción de este músculo.

Músculo Digástrico Anterior

Los puntos gatillo del vientre an-

terior del músculo digástrico, que corresponde a la parte innervada por el trigémino, refiere dolor a la zona de los incisivos mandibulares.

Tomando en cuenta siempre en el examen clínico, esta parte de la semiología del dolor bucomaxilofacial, se evitará llegar a un diagnóstico erróneo, y por lo tanto a un tratamiento equivocado. Sin lugar a dudas existen otros músculos de cabeza y cuello que también dan dolores referidos a otras estructuras, pero en general los que causan mayores problemas de diagnóstico en el área bucodentaria, son los antes mencionados.

ENDOWEB

www.carlosboveda.com
www.blackwellpublishing.com
www.endodonticpracticejournal.com
www.pubmed.com
www.nhi.com

POR UN MUNDO MEJOR

Sólo una huella...

Una noche, un hombre soñó que caminaba por la playa junto al Señor. En el cielo se veía reflejada escenas de su vida. Ante cada escena veía en la arena dos pares de huellas: las de él y las del Señor. Luego de que pasara ante él la última escena de su sueño, se volvió a mirar las huellas en la arena. Notó que en muchas ocasiones, a lo largo de su vida, sólo

había un par de pisadas. Se dio cuenta de que había sucedido en los momentos más tristes y oscuros de su vida. Aquello lo turbó mucho, y le inquirió al Señor:
-Señor, dijiste que una vez que decidiera seguirte, caminarías conmigo hasta el final. Si embargo, he notado que en los momentos más difíciles de mi vida sólo se ve las

huellas de dos pies. No entiendo por qué me abandonabas cuando más te necesitaba.

El Señor le respondió:

-Hijo, mi hijito querido; yo te amo y jamás te abandonaré. En tus momentos de prueba y sufrimiento, cuando viste que sólo había dos pisadas, era porque yo te llevaba en mis brazos.