

MANEJO CLÍNICO DE LA INFECCIÓN VIRAL DEL HERPES SIMPLE Y CANDIADIASIS ORAL. REPORTE DE UN CASO CLÍNICO.

Autores

*María M. González. **Roque O. Rosende. ***Sebastián Krupp. ****Carlos A. Rosales. *****Estefanía R. Fernández.

Autor de Correspondencia: mmgonzalez53@gmail.com Av. Libertad 5450. Facultad de Odontología de la Universidad Nacional del Nordeste. Corrientes. Argentina

Recepción: 26 de mayo 2017

Aceptación: 21 de junio 2017

Resumen: La infección por herpes simple tipo I es una de las enfermedades más frecuentes que afecta a la cavidad bucal, se manifiesta en forma de vesículas que tienden a remitir después de 10 a 12 días y es altamente recidivante. El siguiente trabajo tiene como finalidad presentar el caso clínico de un paciente con herpes simple recidivante intrabucal, acompañado de dolor intenso, con síntomas y signos clínicos persistentes por un largo periodo de tiempo, que no remitía con el tratamiento. Se detectó infección de *Cándida Albicans* acompañando al cuadro. Se realizaron análisis de laboratorio, incluyendo el test de

* Doctora. Prof. Titular Cátedra Clínica Estomatológica. Facultad de Odontología – UNNE.

** Doctor. Prof. Titular Cátedra Cirugía III Buco-Maxilofacial. Facultad de Odontología – UNNE.

***Especialista. Prof. Adjunto Cátedra Cirugía II Dento-Maxilar. Facultad de Odontología – UNNE.

**** Odontólogo. Adscripto Cátedra Clínica Estomatológica. Facultad de Odontología – UNNE.

***** Odontóloga. Auxiliar Docente de Primera Categoría Cátedra Clínica Estomatológica. Facultad de Odontología – UNNE.

Elisa para confirmar presencia de HIV resultando negativo, PCR para detección de VHS tipo 1 y cultivo de *Cándida Albicans*. Se trató la virosis con Aciclovir en altas dosis, la infección sobreagregada con nistatina y se indicó polivitamínicos para reforzar el huésped. El paciente fue



tratado multidisciplinariamente y derivado al psicólogo por presentar un cuadro de estrés, lo que permitió disminuir la ansiedad del mismo ejerciendo un rol importante en el tratamiento.

Palabras claves: Vesículas, virus, mucosa oral, erosión.

Introducción

Existen numerosos agentes infecciosos que cursan con lesiones bucales, siendo el más frecuente el virus del herpes humano simple tipo uno. Estos virus ingresan al cuerpo en edad temprana teniendo como reservorio la piel y las mucosas de la cavidad bucal; tienen fases de latencia y reactivación.¹⁻²

Las infecciones virales se dan por contacto directo con lesiones o con secreciones que contienen virus de personas infectadas. Una vez producido el primer contacto con el virus, este permanece en forma latente en los ganglios nerviosos; por medio de un mecanismo no bien conocido este virus se activa produciendo manifestaciones clínicas variadas, tal es el caso del virus que produce el Herpes Simple intraoral recurrente, éste se manifiesta en la mucosa oral en forma de vesículas rodeado de un halo eritematoso que tiende a remitir después de 10 a 12 días sin dejar cicatriz.³

Para la reactivación de la enfermedad es necesario que estén presentes factores desencadenantes que pueden ser de origen traumáticos, infecciosos, estrés, luz solar, fiebre, entre otros. También debe prestarse especial atención a los pacientes que presentan enfermedades sistémicas de extremo cuidado, debido que en ellos aumenta la predisposición a adquirir enfermedades orales, y su evolución puede ser más severa.⁴⁻⁶

En pacientes inmunodeprimidos, las lesiones virales de Herpes Simple manifiestan intenso dolor, el tamaño y la profundidad de las mismas es mayor que en un paciente compensado, su tiempo de duración es mayor, sus localizaciones son poco habituales y tardan más en curar. Requieren altas dosis de diferentes antivíricos para su tratamiento.⁶⁻⁹

Las lesiones pueden estar infectadas secundariamente por hongos u otros agentes infecciosos. De todas las micosis orales, la más común y con mayor significación diagnóstica y pronóstico es la Candidiasis oral, esta es una micosis superficial producida por levaduras del género *Cándida*, saprofitas de la cavidad bucal.^{4,9}

Diversos factores pueden permitir su patogenicidad y originar diferentes formas clínicas de candidiasis, entre el 20 y el 94% de los pacientes infectados por el VIH, padece candidiasis oral predispuesta por otros factores como la mala higiene oral, el tabaquismo o la xerostomía.^{4,10,11}

La candidiasis pseudomembranosa se caracteriza por presentarse como placas o puntos blanco-amarillentos, que pueden ser removidos con una gasa, pero queda una superficie sangrante y dolorosa. Se localiza fundamentalmente en paladar blando y está asociada a una supresión inicial y progresiva del sistema inmune. Es la más frecuente en pacientes de SIDA. Otro tipo de Candidiasis es la Hiperplásica también llamada Candidiasis Leucoplásica, caracterizada por placas blancas firmes y adheridas, no se pueden remover, son más resistente al tratamiento y se asocian a supresión severa del sistema inmune. Otra forma de presentación es la eritematosa, frecuentemente localizada en el paladar, carrillo y dorso de la lengua, asociada principalmente al uso inadecuado y mala higiene de las prótesis bucales.¹²

El presente trabajo tiene como objetivo presentar el caso clínico de un paciente con manifestaciones clínicas exacerbadas de Herpes Simple Recidivante intraoral y Candidiasis Eritematosa así como la conducta terapéutica adoptada para este paciente.

Caso clínico

Se trata de un paciente de sexo masculino de 63 años de edad, soltero, de profesión jubilado. Concorre a la consulta odontológica refiriendo que hace aproximadamente dos años comenzó a percibir lesiones ubicadas en la cavidad bucal que le provocaban dolor, halitosis y sialorrea, las que curaban espontáneamente, en un principio entre los primeros 10 a 12 días y recidivaban a los 30 días aproximadamente. En el último año, los brotes fueron más frecuentes y persistían por un tiempo más prolongado. El paciente manifestó que este cuadro coincidía con periodos de ansiedad y con un estado emocional de mayor sensibilidad.

Estas lesiones se ubicaban en diferentes sectores de la cavidad bucal, como mucosa labial, mucosa yugal, lengua, encía y paladar. Las mismas se extendían hasta la orofaringe y le dificultaban la deglución.

En cuanto a los antecedentes de la enfermedad el paciente relató que padeció herpes zoster a los 16 años de edad, presentando lesiones dermatológicas unilaterales, a nivel de la cintura pelviana del lado derecho. Micosis en los pies que no curaban, de aparición frecuente en edad adulta hasta

la fecha. A nivel genital, desarrolló hace tres años una lesión erosiva en el glande. Aproximadamente hace dos años padeció de gastritis y úlcera gástrica que fueron tratados con Lanzoprazol. Consume un atado de cigarrillos diarios hace más de veinte años. Fue intervenido quirúrgicamente para tratar una fistula perianal y para la amputación de un dedo del pie. Al momento de la consulta se encontraba medicado con Pregabalina 75mg para el dolor de la cavidad bucal. Se realizaba enjuagues bucales con té de manzanilla y topificaciones con violeta de genciana indicado por otro profesional.

En el examen extrabucal con los labios en oclusión se observó una fisura transversal a nivel de la comisura derecha; el paciente no relataba dolor. La semimucosa labial tanto superior como inferior se presentaban secas, lisas y con pérdida de brillo. A la palpación no se evidenciaron adenopatías ganglionares (Fig. 1).

En el examen intrabucal, se observaron múltiples erosiones policíclicas en toda la mucosa bucal, cubiertas por una pseudomembrana, originadas de la ruptura de las vesículas debido al trauma masticatorio. Las mismas presentaban un color ligeramente amarillento, de distintos tamaños, con forma y bordes irregulares. El paciente refería dolor intenso y dificultad para abrir la boca.

Para complementar el diagnóstico clínico, se tomó muestra directa para cultivo de *Cándida albicans* mediante una citología exfoliativa y se procedió a realizar la técnica de Reacción de Polimerasa en Cadena (PCR) para detección de VHS tipo 1. De acuerdo a los resultados de estos exámenes de laboratorio, las lesiones fueron diagnosticadas como *Cándida albicans* (+) y VHS tipo 1 positivo (+).

Se implementó una terapia con analgésicos vía oral y topificaciones con violeta de genciana para paliar la sintomatología y disminuir posibles niveles de micosis en la cavidad oral.

En los próximos 5 días, se observó nivel de la mucosa labial superior se observaron múltiples erosiones, de fondo fibrinoso, bordes irregulares, halo eritematoso, extendidas hasta fondo de surco abarcando del lado derecho hasta el izquierdo. El paciente manifestaba dolor intenso en dicha zona. (Fig. 2)

Se prosiguió con el examen de las mucosas yugales donde se observaron erosiones en el tercio medio superior próximo a las piezas dentarias del lado izquierdo. En el lado derecho las erosiones estaban diseminadas por toda la mucosa yugal acentuándose en la región retrocomisural.



En la mucosa palatina se observaron lesiones erosivas a nivel del paladar blando muy dolorosas que dificultaban el habla y la alimentación.

La lengua manifestaba un aspecto saburral, de color blanco amarillento, con presencia de erosiones a nivel del dorso lingual que no se agrupaban en ramillete como es común en otras partes de la mucosa bucal. Estas se extendían desde la punta de la lengua hasta la V lingual, muy dolorosas, involucionando algunas de ellas y apareciendo otras en diferentes lugares. Se observaron lesiones similares sobre los bordes de la lengua abarcando inclusive la cara ventral de la misma y piso de boca (Fig. 3).

Las encías superior e inferior se presentaban tumefactas, edematosas, muy sangrantes y dolorosas. A nivel del reborde alveolar superior asentaban múltiples erosiones dolorosas que dificultaban la adaptación de la prótesis parcial removible. Las piezas dentarias superiores e inferiores presentaban un grado I de movilidad, con un alto índice de placa bacteriana, acompañado de halitosis, xerostomía y sintomatología dolorosa.

El paciente fue derivado a su médico clínico, quién solicitó estudios de laboratorio para descartar diabetes, HIV u otra alteración de orden sistémico que se acompañe de patologías herpética y micótica. Los resultados demostraron no padecer las patologías anteriormente citadas.

Como terapéutica estomatológica se indicó Aciclovir en comprimidos 800 mg cada 6 horas y complejo multivitamínico. Las lesiones persistieron aproximadamente diez días en los cuales las manifestaciones en boca se exacerbaban constantemente. Las erosiones provenientes de las vesículas curaron sin dejar cicatriz.

Para tratar la candidiasis eritematosa asociada se suministró nistatina entre 1 y 6 ml (100.000 a 600.000 unidades) cuatro veces al día. Se le recomendó que la suspensión debía retenerse en la boca tanto como sea posible antes de deglutirla, durante 14 días. Como presentaba sintomatología dolorosa se prescribió ibuprofeno 600 mg cada 8 hs.

Se lo derivó al nutricionista para que le aconseje una dieta nutritiva en lo posible dieta blanda, fría, para los periodos de agudización con la finalidad de que el estado general del paciente se mantenga en buenas condiciones. Asimismo se aconsejó al paciente el inicio de terapia psicológica para para el manejo y control emocional, lo que aliviará en gran medida la exacerbación de las lesiones policíclicas.



A los 20 días, el paciente se presentaba en mejores condiciones, podía hablar y alimentarse. Las lesiones, aunque no curaron en su totalidad, involucraron y no remitieron. El paciente comenzó a higienizarse normalmente y fue atendido en el Servicio de Periodoncia y en el Hospital Universitario Odontológico donde se le efectuó tratamiento periodontal de raspaje y alisado radicular y confección de nuevas prótesis bucales. (Fig 4,5,6,7)

Discusión

El presente trabajo coincide con lo publicado por Cardozo Montilla y Sepúlveda, que manifiestan que el sexo masculino es el más predominante en los casos de Herpes Simple recidivante, con frecuencia asociado a pacientes con serología positiva de HIV.^{1,2} Sin embargo, este primer autor encontró que la edad de mayor frecuencia era entre los 25 y 45 años de edad, mientras que nuestro paciente supera los 60 años.

Asimismo, Cardozo Montilla y cols, analizaron la relación de diversas lesiones bucales con el estado serológico del VIH, encontrándose que no existía una diferencia significativa en la prevalencia de herpes bucal en el grupo de individuos seropositivos con respecto al grupo de individuos seronegativos, a diferencia de la leucoplasia vellosa y la candidiasis bucal en sus dos formas, pseudomembranosa y eritematosa, que se mostraron fuertemente ligadas al VIH, mientras que en el caso presentado, en un paciente VIH negativo, se observó la presencia de candidiasis eritematosa.¹

Las lesiones con pérdida de sustancia producto de la ruptura de las vesículas que presentaba el paciente se identificaron de tipo múltiple, dolorosas, con presencia de halo inflamatorio, de bordes irregulares, con fondo fibrinoso, características patognomónicas de lesiones de índole viral, coincidiendo con Sepúlveda y cols.²

Las manifestaciones clínicas coinciden con las características de los pacientes HIV(+) que describe Becerra y cols, sin embargo, el resultado de HIV fue negativo en este caso. Las lesiones manifiestan un curso clínico muy agresivo, prolongado e impredecible, que pueden aparecer en localizaciones poco habituales y tardar más en curar.⁴

Se realizaron los mismos exámenes complementarios que Sepúlveda, E y cols. describen en su trabajo, para arribar a los diagnósticos de certeza de *Cándida albicans* y VHS tipo 1 y la terapéutica implementada para la candidiasis fue altas dosis de nistatina vía oral.^{2,4}

Referencias

- 1-Cardozo Montilla MA, Tovar V, Guerra ME. Prevalencia de herpes bucal en pacientes VIH positivos atendidos en el centro de atención a personas con enfermedades infectocontagiosas durante el período 1999 – 2004. *Acta Odontológica Venezolana*. 2009;1.
- 2- Sepúlveda, E., Brethauer, U., Rojas, J., Fernández, E., Le Fort, P. Úlceras orales en niños sometidos a quimioterapia: características clínicas y su relación con presencia de Virus Herpes Simple tipo 1 y Candida Albicans. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2005; 10: E1-E8.
- 3- Balasubramaniam, R, Kuperstein, AS y Stoopler, ET. (2014). Update on oral herpes virus infections. *Dental clinics of North America*. 2014; 58(2): 265-280.
- 4- Becerra, N. E. M., Figueroa, M. M. B., Schanowski, F. A. B., & Azuero, J. C. P. Frecuencia de lesiones en cavidad oral de pacientes con VIH/sida en el Hospital Universitario San Ignacio de Bogotá, Colombia (2005-2010). *Universitas Odontologica*, 2012; 31(66).
- 5- Marchena Rodríguez, L, Fernández Ortega, CM y García García, B. Manifestaciones orales en los pacientes con VIH SIDA. *REDOE*. 2015; 3, 1-5.
- 6- Petruzzi, MNMR, Cherubini, K, Salum, FG y Figueiredo, MAZD. Risk factors of HIV-related oral lesions in adults. *Revista de Saúde Pública*. 2013; 47(1), 52-59.
- 7- Chen CK, Wu SH, Huang YC. Herpetic gingivostomatitis with severe hepatitis in a previously healthy child. *J Microb Inf*. 2012; 45: 324-325.
- 8- Pozas Guajardo AG, Salinas Garza DP, Vázquez de la Peña AP, Treviño Alanís MG, Rivera Silva G, Martínez Menchaca HR. Gingivoestomatitis herpética severa en el paciente con necesidad de cuidados especiales de salud: reporte de un caso *Rev. Mex. Periodontol*. 2013; 3(3):109-113.
- 9- LeGoff, J, Péré, H y Bélec, L. Diagnosis of genital herpes simplex virus infection in the clinical laboratory. *Virology journal*. 2014; 11(1): 83.
10. Chen CK, Wu SH, Huang YC. Herpetic gingivostomatitis with severe hepatitis in a previously healthy child. *J MicrobInf*. 2012; 45: 324-325.
11. Elangovan S, Karimbux NY, Srinivasan S, Venugopalan SR, Eswaran SVK, Allareddy V. Hospital-based emergency department visits with herpetic gingivostomatitis in the United States. *Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol, Oral Radiol*. 2012;113: 505-511.



12. Donoso-Hofer Francisca. Lesiones orales asociadas con la enfermedad del virus de inmunodeficiencia humana en pacientes adultos, una perspectiva clínica. Rev. chil. infectol. [Internet]. 2016 Oct [citado 2017 Jun 19] ; 33(Supl 1): 27-35. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-

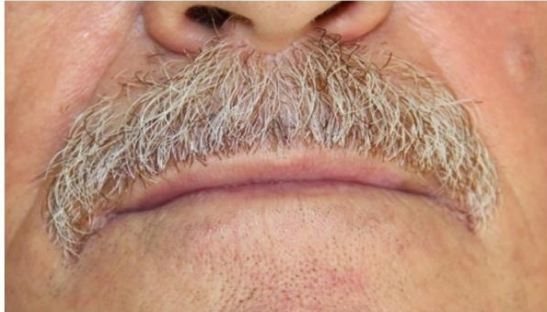


Fig. 1 Examen extraoral con los labios en oclusión



Fig. 2 Lesiones en mucosa labial superior.



Fig. 3 Aspecto clínico de lesiones en la cara ventral de la lengua



Fig. 4 Piezas dentarias inferiores con gingivitis marginal crónica leve. Escasas erosiones en el reborde alveolar en vista



Fig. 5 y 6. Reborde alveolar posterior y mucosa yugal derecha e izquierda sin lesiones



Fig. 7. Cara ventral de la lengua y piso de boca con escasas lesiones erosivas



Título:

EVALUACIÓN DE LA EFECTIVIDAD DE UNA FORMULACIÓN MAGISTRAL DE TINTURA DE PROPÓLEOS.

Autores: Fernández V.* Rosende R.** Ortiz Barreto E.*** Briend M.****

Autor de correspondencia:fernandezvr@hotmail.com Av. Libertad 5450. CP 3400. Facultad de Odontología, Universidad Nacional del Nordeste. Corrientes, Argentina.

Recepción: 15 de mayo 2017

Aceptación: 03 de junio 2017

Resumen

Introducción. Las queilitis comisurales son reacciones inflamatorias que se manifiestan clínicamente como descamaciones, erosiones y fisuras radiadas o transversales que continúan el plano de oclusión labial con sintomatología variable y que posteriormente se extiende a la piel. El objetivo del trabajo consistió en la evaluación de la tintura de propóleos al 5% en el tratamiento de las queilitis angulares y de la posible reacción adversa medicamentosa.

Materiales y Método. El estudio se realizó en pacientes de ambos sexos, a partir de los 15 años de edad con diagnóstico clínico de queilitis comisural. Previo consentimiento por escrito, se seleccionaron en forma aleatorizada simple para conformar dos grupos. El primer grupo, tomado como control, recibió tratamiento tradicional. El segundo grupo denominado experimental recibió la formulación objeto de estudio, la tintura de propóleos al 5%.

Resultados. Dan cuenta de una probable preponderancia cuantitativa de la formulación objeto de estudio en comparación con la formulación tradicional de betametasona valerato a 0,1%.

Conclusiones. La valoración comparativa de las evoluciones de los grupos demuestra que ambas medicaciones reducen en grado variable la intensidad de los signos y la sintomatología, sin efecto medicamentoso adverso.

Palabras clave

Inflamación, labio, citología, tópico.



Autores:

*Fernández, Víctor Ricardo. Esp. Od. Profesor Adjunto. Clínica Estomatológica.

**Rosende, Roque Oscar. Dr. Profesor Titular. Cirugía III. Buco - Máxilo Facial.

*** Ortiz Barreto, Elena Soledad. Esp. Od. Auxiliar Docente. Clínica Estomatológica

****Briend María Susana. Mgter. Profesora Titular. Anatomía Patológica.

Introducción

Las queilitis son procesos inflamatorios inespecíficos de los labios que cursan con una semiología común como descamación, erosión y fisuras; dado la singularidad histológica de la zona se manifiestan desde el punto de vista terapéutico como un órgano con poca expresividad, en el sentido que causas muy diversas pueden tener las mismas exteriorizaciones clínicas.¹

La mayor parte de las queilitis se dan en el labio inferior y quizás sea debido a una mayor exposición a los diferentes irritantes crónicos, como son luz solar, agentes mecánicos, químicos, etc.².

Las queilitis surgen cuando a partir de una o más exposiciones de una noxa se inicia en la zona una reacción inflamatoria producida por un mecanismo inespecífico o específico generalmente manifestado como reacción alérgica.³

La lesión comisural se inicia con un proceso inflamatorio que posteriormente se fisura y se extiende a la piel. Las fisuras son múltiples y transversales que al infectarse son de color blanquecino, maceradas cubiertas por una capa cremosa que desaparece al frotar con una gasa, la cual deja ver una pérdida de sustancia lineal, rodeada de eritema.^{4, 5, 6}

La irritación por el escurrimiento de la saliva es constante, aumenta consecuentemente la inflamación, es doloroso al hablar, comer y puede presentarse costras hemorrágicas.⁷

Se considera que la disminución de la dimensión vertical oclusiva es una causa frecuente de queilitis y en especial de la queilitis angular.⁸ Esta reducción de la altura facial facilita la formación



de pliegues laterales profundos que son embebidos con saliva de forma constante creándose un medio con humedad propicia para la colonización por *Candida albicans*.^{9, 10, 11.}

Clínicamente se clasifican en agudas, subagudas o crónicas y se circunscriben a la zona comisural, se expresan mediante lesiones elementales caracterizadas por eczemas, escamas, ampollas, fisuras, erosiones superficiales que se pueden cubrir de costras y fácilmente se agregan infecciones generalmente de tipo micóticas.^{12, 13, 14, 15,}

El tratamiento de las queilitis angulares consiste inicialmente en detectar el elemento causal y suprimir la noxa, aunque en ocasiones es muy difícil identificarla. En una segunda etapa se aplican antihistamínicos, corticoides, cremas de ictiol, AINEs, antimicrobianos, óleo calcáreo, antifúngicos y derivados del propóleo.^{16, 17, 18, 19, 20,}

El objetivo del trabajo consistió en la evaluación comparativa de la tintura de propóleos al 5% en el tratamiento de las queilitis angulares versus la medicación tradicional de betametasona valerato a 0,1% y de la reacción adversa medicamentosa. En estudios de esta naturaleza es necesario comprobar la eficacia del medicamento en las patologías para las cuales han sido desarrolladas, la posología, el tiempo de tratamiento y el registro de las RAM que pueden surgir por el procedimiento terapéutico implementado.^{21, 22, 23, 24, 25.}

Materiales y Método: Es un estudio comparativo y prospectivo, la muestra se conformó con pacientes de demanda espontánea. Culminada con la etapa de revisión bibliográfica, se procedió a la búsqueda y recolección de datos, se incluyó en el estudio a pacientes de ambos sexos a partir de 15 años de edad, que presentaron alteraciones en los labios con diagnóstico clínico de queilitis angular. Previo consentimiento por escrito, se distribuyeron en forma aleatoria simple para conformar dos grupos, el primer grupo recibió tratamiento con tintura de propóleos al 5%, indicada como la formulación objeto de estudio y se denominó grupo experimental; el segundo grupo, identificado como grupo de control y se trató con la terapéutica tradicional, en base a betametasona valerato al 0,1%.



Fueron excluidos los pacientes que padecían enfermedades de alto riesgo médico, los que consumían sustancias adictivas o con inestabilidad domiciliaria, con antecedentes de alergia o paciente con antecedentes de atopía o cualquier otra situación médica que a juicio del investigador fue considerada inoportuna o inapropiada su inclusión. Se consideró como criterio de salida a los pacientes que interrumpieron el tratamiento o dejaron de asistir a las evaluaciones clínicas.

A los pacientes que accedieron a formar parte de la investigación, se les solicitó que cumplimenten con la lectura total del consentimiento informado, luego de consentir por escrito mediante el llenado y rubrica del mismo; posteriormente fueron registrados en planillas diseñadas para el control y la evolución.

Las evaluaciones del estado inicial se realizaron en ambos grupos, identificado como tiempo 0, correspondió a la eliminación de la causa, a la toma de muestras para el primer estudio citológico y a la administración de las fórmulas magistrales según corresponda a cada grupo. Luego se implementó el tratamiento, con una posología de dos aplicaciones diarias.

Los controles de la evolución de la lesión bajo del tratamiento se concretaron en dos tiempos operatorios, identificados como tiempo 1 y correspondió al primer control realizado a los 3 días, se complementa con la toma de muestras para el segundo estudio citológico.

El tiempo 2, correspondió al segundo control realizado a los 7 días, a la toma de muestras para el tercer estudio citológico y a la suspensión del tratamiento.

En cada control se consignó el estado de la lesión de acuerdo a las resultantes de la valoración de la sintomatología mediante una escala de Downie modificada ²⁶ y de los signos mediante una escala milimetrada de la superficie afectada, identificadas como estado 1 (E1) o de leve mejoría, resultante de una reducción en un 25% de los síntomas y signos registrados en el tiempo 0; estado 2 (E2) o de franca mejoría, con una reducción en un 50% de los síntomas y signos registrados en el tiempo 0; estado 3 (E3) o de cura completa con la remisión en un 100% de los signos y síntomas y por último el estado 4 (E4) o de persistencia de la lesión.



Se tomaron muestras para citología exfoliativa convencionales, recolectando el material con citobrush, se fijaron en alcohol 96°; posteriormente se colorearon usando el método de Papanicolau. Los parámetros observados al microscopio fueron: celularidad del extendido, evaluando la cantidad de células superficiales e intermedias descamadas, presencia de células parabasales, hematíes, presencia o no de células inflamatorias, polimorfonucleares neutrófilos (PMN), histiocitos y flora microbiana. Se registraron los datos observados en protocolos sistematizados de citología. Se utilizó un mismo observador a los efectos de evitar interpretaciones erróneas. En base a esta identificación se pudo abordar a los siguientes diagnósticos citológicos especificando, con inflamación (Dc1) y sin inflamación (Dc2).

Se realizaron exámenes estomatológicos a 81 pacientes, a 41 se los incluyó en el grupo experimental tratados con la formulación objeto de estudio, tintura de propóleos al 5% (T.p.) y a 40 se los incluyó en el grupo control tratados con la medicación tradicional (M.t.) (betametasona valerato a 0,1%)

Resultados:

Los controles de la evolución de los tratamientos realizados en los 41 pacientes del grupo experimental tratados con T.p. permitieron registrar que en el tiempo 0, la citología exfoliativa de las lesiones con un resultado de Dc1 en el 100% de los casos. En el Tiempo 1, el 76% (31) de los pacientes lograron un estado de leve mejoría y el 24% (10) de los pacientes alcanzaron un estado de franca mejoría. En el Tiempo 2, el 76% (31) de los pacientes lograron un estado de cura completa y el 24% (10) un estado de franca mejoría. (Figura I)

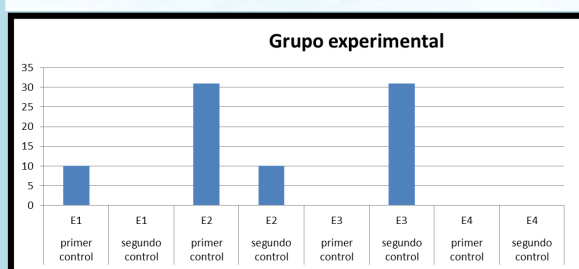


Figura I: Estadios evolutivos del grupo experimental.

La citología exfoliativa realizada al grupo experimental en el tiempo 0 y en el tiempo 1 registró Dc1 en el 100% los casos. Después de la administración de las formulaciones (T2 - Cex. 3) dio como resultado que en los pacientes del grupo experimental en 11 casos se obtuvo una citología Dc1 y 30 casos logró una citología Dc2. (Figura II)

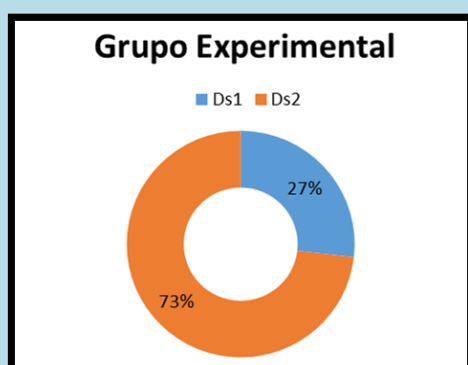


Figura II: Citología exfoliativa del grupo experimental.

Los controles de la evolución realizados en los 40 pacientes del grupo control tratados con M.t. registró en el tiempo 0, un resultado de Dc1 en el 100% de los casos. En el Tiempo 1, el 35% (14) de los pacientes lograron un estado de leve mejoría y el 57,5% (23) de los pacientes alcanzaron un estado de franca mejoría y en 7,5 % (3) pacientes hubo persistencia de la lesión. En el Tiempo 2,



el 42,5% (17) de los pacientes lograron un estado de franca mejoría y el 57,5% (23) un estado de cura completa. (Figura III)

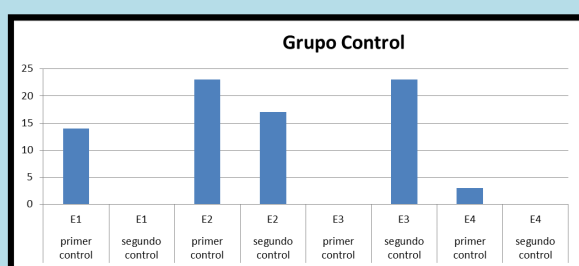


Figura III: Estadios evolutivos del grupo control.

La citología exfoliativa realizada en el grupo control en el tiempo 0 y en el tiempo 1 registró Dc1 en el 100% los casos (40 pacientes) al igual que el grupo experimental. Después de la administración de las formulaciones (T2 - Cex 3) dio como resultado que en los pacientes del grupo control en 17 casos se obtuvo una citología Dc1 y 33 casos logró una citología Dc2. (Figura IV)

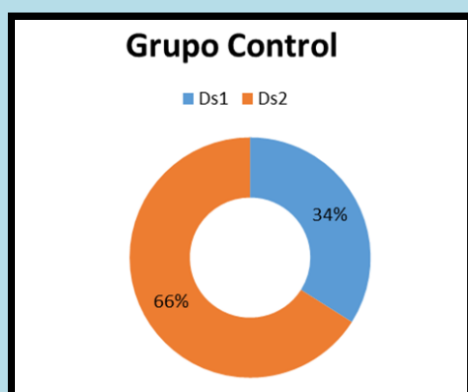


Figura IV: Citología Exfoliativa del grupo control.



La comparación de las evoluciones de ambos grupos en el primer control a los 3 días demuestra que la medicación experimental logró un mejor resultado ya que el 100% de los pacientes alcanzaron un estado de franca mejoría y leve mejoría. En comparación con el grupo control que el 92,5% alcanzó un estado de franca mejoría y leve mejoría; con persistencia de la lesión en un 7,5%. (Figura V)

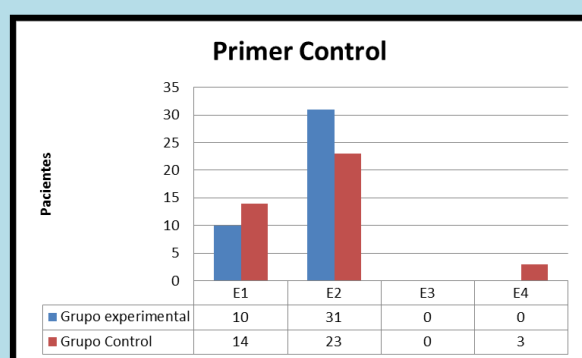


Figura V: Comparación de las evoluciones. Primer control

La comparación de las evoluciones de ambos grupos en el segundo control a los 7 días permitió obtener el resultado de que en ambos grupos se lograron estadios de cura completa y franca mejoría en el 100% de los casos. (Figura VI)

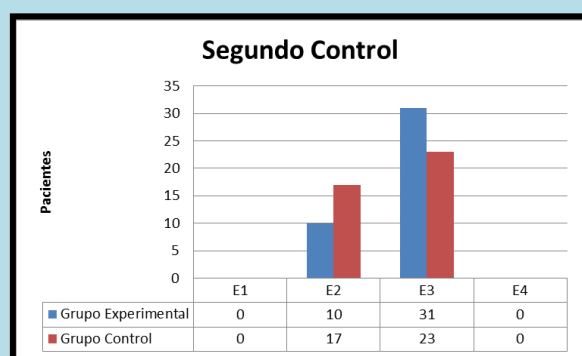


Figura VI: Comparación de las evoluciones. Segundo control.



La comparación de los estadios evolutivos de ambos grupos reveló una supremacía del grupo experimental (76% de cura completa y 24% de franca mejoría), sobre el grupo control (57,5% de cura completa y el 42,5% de franca mejoría) (Figura VII)

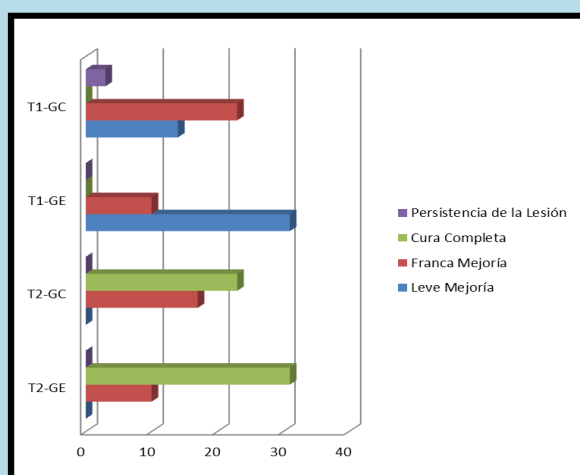


Figura VII: Comparación de los estadios evolutivos.

La evaluación de las diferencias observadas se realizó mediante la utilización de la Prueba de Wilcoxon para muestras independientes, siendo el propósito determinar si los resultados obtenidos en ambos grupos eran estadísticamente significativos.

El análisis estadístico que arrojó un p. valor de 0,0858 estadísticamente no significativas pero clínicamente efectivas, ya que se logró la cura completa de las lesiones en el grupo experimental en el 76% de los casos (31) y de franca mejoría en el 25% de los casos (11) en comparación con el grupo control, donde se registró en el 57,5% (23) un estado de cura completa y en el 42,5% (17) de los pacientes lograron un estado de franca mejoría. Los resultados obtenidos dan cuenta de una



preponderancia cuantitativa de la formulación objeto de estudio en comparación con la medicación tradicional.

La muestra para citología exfoliativa (Cex 3) mostró diferentes porcentajes de Dc1 y Dc2 en el grupo experimental y en el grupo control aunque estadísticamente no fueron significativas (p -valor = 0.1382) (Figura IX)

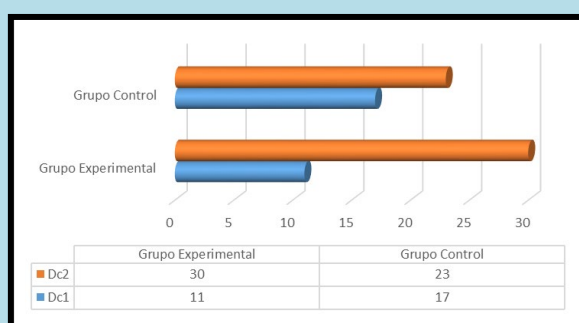


Figura IX: Comparación de la citología exfoliativa final.

Discusión

La acción de las noxas externas productoras de las queilitis comisurales registradas en las historias clínicas de ambos grupos presentan similares manifestaciones clínicas a las descritas Ceccotti y Sforza.¹ La respuesta inflamatoria comisural se debe a la pérdida de la dimensión vertical oclusiva o subnasal - submentoniana según García López y particularmente en pacientes desdentados portadores de prótesis dentales desadaptadas.²

Park, Brodell y Helms sostienen que en la lesión comisural se puede agregar una colonización micótica oportunista del tipo de *Candida albicans*, caracterizado por una sustancia de color blanquecino, cremoso, que al frote con una gasa deja ver una superficie con múltiples fisuras acompañada de sintomatología dolorosa.⁴



Las propiedades antimicóticas de los propóleos han sido presentadas por Herrera y Alvear en estudios in vitro de extractos de propóleos de diferentes orígenes, registran actividades antifúngicas sobre dermatofitos y especies de *Candida*. Esta cualidad de destruir hongos depende del origen del propóleos y del solvente usado para su extracción.²⁰ Se coincide con diferentes autores y entre ellos Premoli y Herrera quienes afirman que la tintura del propóleos, utilizada como fitofármaco asociado a diversos efectos farmacológicos tales como acción antimicrobiana, analgésica, antiinflamatoria, antioxidante y cicatrizante.¹⁹

Coincidimos con Ferreira y Torres que ratifican los efectos benéficos del propóleos en la terapéutica de la alveolitis y lesiones periodontales, además se han observado efectos beneficiosos de los propóleos sobre lesiones gingivales, úlceras, aftas bucales y como regenerador de los epitelios en las queilitis angulares.¹⁴

Conclusiones

Se obtuvieron resultados satisfactorios en la terapéutica de la queilitis comisural a partir de la aplicación de la tintura de propóleos al 5 %, reconociendo la efectividad de la formulación magistral. Estos dan cuenta de la reducción de los síntomas y de los signos, con ausencia de reacciones adversas.

La formulación es de aplicación tópica y carente de actividad intrínseca, siendo de administración rápida y de fácil realización. Su aplicación demostró ser efectiva en la remisión del cuadro clínico, favoreciendo la restitución a la normalidad anatómica y funcional del sector afectado.

Bibliografía.

1. Ceccotti E, Sforza R. El Diagnóstico en Clínica Estomatológica. Editorial Panamericana. Bs. As. Argentina. 2007. 300-302.



2. García López E, Blanco Ruiz A, Rodríguez García L, Reyes Fundora D, et al. Queilitis: Revisión bibliográfica. Rev Cubana Estomatol [revista en la Internet]. 2004 Ago [citado 2016 Jun 28] ; 41(2): . Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072004000200009&lng=es.
3. Bascones Martinez A, García García V, Meurman J, Requena Caballero L. Immune-mediated diseases: what can be found in the oral cavity? Int J Dermatol, (2015) 54: 258–270. doi:10.1111/ijd.12681
4. Park K, Brodell R, Helms S. Angular cheilitis, part 2: nutritional, systemic, and drug-related causes and treatment. Cutis. 2011; 88:27–32.
5. Reis Thayane R, Nogueira Brenna M, Domínguez M. Manifestaciones Orales en Pacientes Reumatológicos: una Revisión de los Conocimientos. Int. J. Odontostomat. [Internet]. 2015 Dic [citado 2017 Mayo 09]; 9(3): 413-418. Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2015000300010&lng=es
http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0718-381X2015000300010&lng=en&nrm=iso&tlng=en
6. Nápoles González I, Rivero Pérez O, García Nápoles C, Pérez Sarduy D. Lesiones de la mucosa bucal asociadas al uso de prótesis totales en pacientes geriatras. AMC [Internet]. 2016 Abr [citado 2017 Mayo 08]; 20(2): 158-166. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1025-02552016000200008&lng=es.
7. García Alpizar B, Benet Rodríguez M, Castillo Betancourt E. Prótesis dentales y lesiones mucosas en el adulto mayor: una preocupación de todos. MediSur [Internet]. 2010 Feb [citado 2017 Mayo 10] ; 8(1): 36-41. Disponible en:



http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-

[897X2010000100008&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2010000100008&lng=es)

8. Gutiérrez Segura M, Sánchez Ramírez Y, Castillo Santiesteban Y. Lesiones en la mucosa oral de pacientes mayores de 60 años y portadores de prótesis. CCM [Internet]. 2013 Dic [citado 2017 Mayo 10]; 17(4): 452-460. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-

[43812013000400005&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1560-43812013000400005&lng=es)

9. García Alpízar B, Capote Valladares M, Morales Montes de Oca T. Prótesis totales y lesiones bucales en adultos mayores institucionalizados. Rev Finlay [Internet]. 2012 [citado 2015 feb 24]; 2(1): [aprox. 12 p.]. Disponible en:

10. Sharon V, Fazel N. Oral candidiasis and angular cheilitis. Dermatol Ther. 2010; 23:230–242.

11. Rivas A. Estudio descriptivo de dermatitis de contacto por cosméticos en Medellín, Colombia. Rev. Asoc. Colomb. Dermatol. Cir. Dermatol, 2011, vol. 19, no 4.

12. Arribas M, Soro P, Silvestre J. Dermatitis de contacto alérgica por fragancias. Parte II. Actas Dermo-Sifiliográficas, 2013, vol. 104, no 1, p. 29-37.

13. Bellon Leyva S, Calzadilla Mesa X. Efectividad del uso del propóleos en el tratamiento de la estomatitis aftosa. Rev Cubana Estomatol [online]. 2007, vol.44, n.3 [citado 2017-04-28], pp. 0-0. Disponible en:

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-

[75072007000300008&lng=es&nrm=iso](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072007000300008&lng=es&nrm=iso)

ISSN 1561-297X.

14. Ferreira F, Torres S, Rosa O, Ferreira C, et al. Antimicrobial effect of propolis and other substances against selected endodontic pathogens. Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod. 2007; 104(5): 709-16.



15. Fernández F, Días A, Ramos C, Ikegaki M, et al. The in vitro antifungal activity evaluation of propolis G12 ethanol extracts on *Cryptococcus neoformans*”. Rev. Inst. Med. Trop. S. Paulo, 2007. 49(2):93-95.
16. García González A, Castro Martínez J, González Quijano H. Empleo de plantas medicinales en las afecciones estomatológicas por los estudiantes en sus prácticas preprofesionales. *Medicentro* 2008;12(4)
17. Fernández V, Rosende R, Ortiz Barreto E. Análisis comparativo de dos medicaciones en el tratamiento de las queilitis” *Revista de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional del Nordeste. Argentina.* 2009. Vol. II. N°2. p. 20-23.
18. Fernández V, Rosende R, Ortiz Barreto E. Vallejos, R. Acción del óleo calcáreo en el tratamiento de las queilitis por contacto crónicas. *Revista de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional del Nordeste. Argentina.* 2013. Vol. VI. N°2. p. 7-12.
19. Premoli G, Laguado P, Díaz N, Romero C, et al. Uso del Propóleos en Odontología. *Acta Odontológica Venezolana* 2010. Vol 48 N° 2
20. Herrera C, Alvear M, Barrientos L, Montenegro G, et al. The antifungal effect of six commercial extracts of Chilean propolis on *Candida* spp. *Cien. Inv. Agr.* 2010. 37(1):75-84.
21. Noriega Salmón V. El propóleos, otro recurso terapéutico en la práctica clínica. 2014.
22. Moromi H, Martínez Cadillo E, Ramos Perfecto D. Antibacterianos naturales orales: Estudios en la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos. *Odontología Sanmarquina*, 2014, vol. 12, no 1, p. 25-28.
23. Solomon D, Davey D. Kurman R. Moriarty A. et al. The 2001 Bethesda System. *JAMA*, 287: 2114, 2002.



24. Ruiz Salvador A, García Milián A, Jiménez López G, Alfonso Orta I. Farmacovigilancia de fitofármacos y apifármacos en Cuba durante 2006-2010 Revista Cubana de Plantas Medicinales. 2013;18(2): 173-186
25. Santos Muñoz L, Perdomo Delgado J, González Pla E. Comportamiento de las reacciones adversas reportadas por productos naturales. Matanza 2003-2008. Revista Médica Electrónica 2009;31(6)
26. Downie W. Studies with pain rating scales. Ann Rheum Dis 1979; 37: 378-81.



LA LECTURA EN LA FORMACIÓN ACADÉMICA

Reflexiones en torno a la formación de lectores

Autor: Milagros Rojo Guiñazú *

Autor de correspondencia: mrojoguinazu@odn.unne.edu.ar Av. Libertad 5450. CP 3400.

Facultad de Odontología, Universidad Nacional del Nordeste. Corrientes, Argentina.

Recepción: 11 de abril de 2017

Aceptación: 04 de mayo de 2017

Resumen

El presente artículo tiene como propósito reflexionar acerca de la formación de lectores en el ámbito académico. En un recorrido de lecturas fundamentales pretendemos indagar respecto de la labor docente y de las condiciones de desarrollo lector que llevan a cabo los alumnos ingresantes en el ámbito universitario.

Con un objetivo de dilucidación de una problemática que nos afecta e involucra a todos, propongo una lectura intimista de la formación profesional de nuestros estudiantes.

Palabras Clave: lectura, formación académica, lectores, umbral, alfabetización

Introducción

Los días previos a la escritura de este artículo intenté sentarme y tomar distancia acerca de ciertos comportamientos que, en lo particular, tengo y tuve como docente; tengo y tuve como lectora.

En la actualidad reconocemos las amplias dificultades que poseen los alumnos ingresantes al Nivel Superior; y es allí cuando pensamos en la significatividad que adquieren los libros a lo largo de nuestras horas, de nuestras vidas.

¿Cuántos libros conforman mi biblioteca? ¿Cuántos libros me han acompañado a lo largo de estos años? ¿Cuánta vida y personas deambulan por nuestra memoria en relación con los libros? Hoy les propongo que me acompañen para que reflexionemos acerca de la lectura en la formación académica, para que –principalmente– pensemos en torno a la formación de lectores.



Desarrollo

Michele Petit¹ sostiene que en nuestros días tenemos la impresión de que el gusto por la lectura debe abrirse camino entre lo prohibido y lo obligatorio. Todo el mundo se lamenta sobre el tema: los jóvenes no leen nada, se lee cada vez menos, ¿cómo hacer para que lean? Y podríamos interrogarnos acerca de los efectos complejos, ambivalentes, de esos discursos alarmistas y convencionales de elogio de la lectura.

Me detengo un instante y me pregunto, o más bien acompaño a los planteos de Petit, respecto de esta cuestión referente al dominio que pareciera querer ejercerse desde ciertos espacios acerca de la lectura, como la obediencia al deseo, la trasmutación de una condición de obligatoriedad a una sensación placentera.

Esta será, tal vez, la primera cuestión que atravesará nuestro pensamiento ¿cuánta imposición o sumisión lectora recorren nuestras propuestas curriculares? ¿Es un error o es un camino factible que, bien llevado, puede conducirnos a colaborar con la formación de buenos lectores?

Considero que no es un componente menor pensar en nuestra función como docentes en Comunicación (en Lengua y Literatura), como uno de los componentes esenciales en esta construcción dialógica con el otro, con nuestro otro fundamental: los alumnos. Aclaro, en particular nuestros alumnos, futuros profesionales; es decir, una dialógica que se abre paso hacia el infinito.

Delia Lerner et al² exponen que el proceso de formación se propone incorporar activamente a los docentes al gremio de los lectores profesionales de la educación, a una comunidad cuyos integrantes frecuentan, comentan, discuten, interrelacionan, confrontan... las obras producidas en ese sector particular de la cultura escrita que está vinculado con la profesión docente y, entre ellas, los textos referidos a alfabetización.

La etapa de formación académica formal supone la introducción del alumno a un nuevo mundo. Se para en los umbrales de dos esferas que lo definen como un sujeto de fronteras: aún pertenece a una comunidad escolar (porque es ingresante, o porque aún conserva ciertas maneras de moverse propias de dicha comunidad) y ansía pertenecer a la comunidad de los estudios superiores. Pero ello le demanda atravesar un umbral y corresponderse –en todos los órdenes– con los miembros de esa comunidad.



Se juxtaponen dos esferas, y el estudiante advierte (aunque sea de manera ingenua) que las discusiones y los temas son otros, que su posicionamiento frente al texto es (o debería ser) otro. Pero, en muchas ocasiones los docentes los ponemos en ese rol -incómodo si lo hay para un ser entre umbrales- de lectores académicos, sin siquiera haberlos preparado o acompañado en ese transitar.

Esta será, tal vez, la segunda cuestión sobre la que haremos hincapié ¿reconocemos a los alumnos del nivel superior como aspirantes para integrar una nueva esfera? ¿Los conducimos fehacientemente para que ellos transiten el paso de un umbral a otro de manera consciente, efectiva, formativa?

Creo que esas expresiones a las que refería Petit son un clásico en las discusiones entre los docentes de todos los tiempos y de todos los niveles. Es mucho más sencillo pensar que el problema está en los otros: los alumnos no leen, los alumnos cada vez leen menos; en lugar de revisar en nuestras prácticas las propuestas que llevamos a nuestras asignaturas y en lugar de indagar si nosotros somos lectores (no lectores de la palabra, sino lectores en serio, los del libro en mano página tras página).

Pensar en la lectura como práctica social nos remite, por lo menos a mí personalmente, a esos momentos en los que el placer de la lectura me transportaba hacia otro mundo, otro universo, el de las ficciones que envolvían el aire y eclipsaban al reloj deteniéndose eternamente.

Me detengo un breve instante y me cuestiono: ¿Qué nos sucede cuando comenzamos las etapas de escolarización? ¿Esa magia se traslada con nosotros? ¿Respiramos ese aire místico en la escuela? ¿Qué sucede entre la escolarización y el placer de la lectura? ¿Nos transformamos en lectores? ¿Mueren los lectores? Qué paradoja...

Aquí llegamos a uno de los puntos esenciales de este artículo: el pensarnos como lectores, el pensar a nuestros alumnos como lectores.

Mucho antes de pensar a la lectura como parte de mi formación profesional ya me había transformado en lectora, una lectora ingenua –si se quiere-. Es decir, al ingreso a la educación superior ese camino lector iniciado con anterioridad comenzaría a tomar cuerpo, a adquirir una cierta forma en correlación con los procesos de enseñanza y aprendizaje por los que iba transitando.



Con nuestros alumnos nos sucede algo similar, puesto que ellos ingresan a los espacios de formación superior con lecturas y prácticas de lecturas aprehendidas; por lo que, en algunos casos debemos acompañarlos, guiarlos, orientarlos para que transiten los caminos de la lectura académica, la que gradualmente se va complejizando y exigiendo ciertas producciones que denoten los procesos realizados. En otros términos, los acompañamos a pasar el umbral hacia la nueva esfera que los contendrá y que representa una antesala para la esfera superior que involucra su ser docentes.

Desde esa perspectiva lo conciben Lerner et al³, puesto que son, justamente, las situaciones de doble conceptualización [las que] brindan oportunidades de compartir la lectura y la escritura en el espacio de formación y, en ese sentido, contribuyen a la conformación de una comunidad de lectores y escritores –comunidad que se consolidará y ampliará a través de muchas otras instancias-.

En correlación con las prácticas de lectura en el ámbito académico, Paula Carlino⁴ fundamenta la complejidad y la fuerza del concepto, alfabetización académica, al poner de manifiesto que los modos de leer y escribir son específicos de cada ámbito. Advierte contra la tendencia a considerar que la alfabetización es una habilidad básica, que se logra de una vez y para siempre; cuestiona la idea de que aprender a producir e interpretar lenguaje escrito es un asunto concluido al ingresar en la educación superior; objeta que la adquisición de la lengua y la escritura se completen en algún momento. Por el contrario, la diversidad de temas, clases de textos, propósitos, destinatarios, reflexión implicada y contextos en los que se lee y escribe plantean siempre en quien se inicia en ellos nuevos desafíos y exigen continuar aprendiendo a leer y escribir.

El camino de la formación, tal como lo plantea Carlino⁵, es un proceso continuo de avance, de aprendizaje, de revisión y reinicio. Constantemente estamos aprendiendo a leer y a escribir una vez que comenzamos a hacerlo. Las prácticas se complejizan de acuerdo con el nivel que transitamos, pero el aprendizaje nunca se completa.

Así, podríamos preguntarnos: ¿a quién le compete ocuparse de estas cuestiones problemáticas de la lectura y la escritura en la educación superior?, ¿los profesores logran reconocer la lectura como un objeto de enseñanza, al tiempo que un medio para adquirir conocimientos?, ¿qué



condiciones y situaciones didácticas deberían cumplirse para la formación de lectores autónomos?, ¿el profesor conoce o advierte la complejidad de los procesos involucrados en la lectura de un texto académico superior?, ¿es consciente del uso de estrategias cognitivas en su propio proceso como lector?, ¿reconoce en los estudiantes la construcción de sentido en el abordaje de un texto escrito?

Creo que lo importante es saber que la lectura y la construcción de un lector formado en el ámbito académico, son dos líneas que en algún momento, inexorablemente, deben tocarse y atravesarse en el placer y goce del acto mismo, del contacto con el objeto libro y con esa magia que envuelve a sus páginas y nos transporta a otros tiempos, a otros mundos.

Erróneo sería creer que un buen lector académico lo es, sin antes no haber sido un buen lector en su cotidianidad. Únicamente desde ese espacio podemos pensar en la lectura como una práctica viva que permite compartir emociones con los colegas, conocer e identificarse con autores y personajes, pero también profundizar temas y confrontar la propia práctica con otras.

Entonces nos preguntamos, ¿Qué es un buen lector? ¿El docente construye buenos lectores? ¿El lector nace o se hace, parafraseando a Simone de Beauvoir⁶?

Necesariamente todo es cierto y falso a la vez. La existencia de un buen lector es una realidad, y es concebible desde múltiples dimensiones: uno puede ser buen lector porque lee mucho, porque lee buenos textos, porque toma buenas decisiones como lector, porque es crítico de sus propios recorridos como lector, entre otras razones.

Asimismo, puede suceder que uno decida hacerse lector, o que los senderos y personas con las que uno convive lo conduzcan intencionalmente hacia ese cauce.

Todo ello no resta valor a la labor docente (al docente de todos los niveles), puesto que la influencia –positiva o negativa- en muchos casos es determinante para el corolario de esa “construcción”. La formación de lectores no se inicia en el nivel superior, la formación comienza cuando la gestación se inicia.

Como especialista en Lectura, pero fundamentalmente como madre y lectora, sé que no existe vínculo con los libros que no se construya desde el día cero de un niño. El niño al que su madre le susurró historias, le cantó historias o que leyó en voz alta sus lecturas cotidianas durante la etapa de gestación, vive la lectura desde un lugar de placer, es el remanso que le rememora inconscientemente su vida en el vientre.



Es un compromiso de los formadores de formadores asumir la transcendencia de nuestro rol en esta *formación de lectores*; puesto que nuestro hacer o deshacer serán determinantes para sus desarrollos. Qué se lee, cómo se lo lee, desde qué lugar se lee... son construcciones que delinear el ser docente y condicionan a los alumnos que intentan construir su mundo lector desde esos espacios, espacios que arbitrariamente escoge y debe hacerse responsable el profesor.

Nos detendremos unos segundos para pensar en nuestras programaciones de cátedras. ¿Qué legitimación de la lectura subyace detrás de cada palabra, de cada selección, de cada obra que se nombra y de todas las que quedan inevitablemente silenciadas?

La arbitrariedad en nuestros recortes y opciones no son un error, son solamente eso, una propuesta de abordaje de la lectura; conjuntamente, la selección de cierta metodología de trabajo tampoco lo es. No obstante, debemos saber y hacérselo saber a nuestros estudiantes que es un modo de leer, no el único, no el mejor, sino el que nosotros escogimos. Asimismo, que las selecciones de textos responden a los mismos principios, fueron “elecciones”, que conviven con nuestros gustos y pareceres.

Como la novela que es una urdimbre de relaciones según la define Oscar Tacca⁷ en *Instancias de la novela*, el entramado de una programación de cátedra es una urdimbre de relaciones que establece el profesor entre sus inclinaciones, expectativas y objetivos. Al igual que los alumnos, muchas veces los docentes nos paramos en los umbrales –de manera constante o sólo un instante- y pensamos desde el canon y desde fuera del mismo.

Es interesante pensar o reflexionar acerca de estas cuestiones, porque nos obligan a rever desde su médula a nuestro quehacer como formadores. Una reflexión necesaria, por cierto, para no empantanarnos en un discurso eterno.

Finalmente, quiero hacer anclaje en la noción de *formador de lectores que formarán lectores*. En agosto de 2008 en el artículo “Volver a los Clásicos” publicado en la Revista La lectura⁸ escribía que “la lectura es un vínculo que establece un ser con el alma del escritor, con ese creador e inventor de ficciones que acompañan nuestro camino.”

Tanto en ese momento como ahora, y tal como lo vengo desarrollando desde el principio, pienso acerca de la correspondencia existente entre la lectura y la educación, entre la lectura y la profesión, con el placer, la obligación, con ese otro mundo.



Sigo deteniéndome y observando el etéreo lazo que los jóvenes poseen con el libro; y no dejo de evidenciar una relación de compromiso asociada con el ámbito escolar. Allí me detengo un instante y me pregunto, ¿cuántos de esos jóvenes fueron bebés / niños lectores?

Inevitablemente el vínculo que se tiene con un texto se construye –como cualquier otro- sobre la base del tiempo, el deseo, la voluntad, la dedicación y el placer. Propiciamos las relaciones que nos generan goce, y si en nuestra débil memoria avizoramos vivencias gratificantes asociadas con el instante de la lectura, ciertamente esa será una relación que no queremos abandonar.

Como formadores de lectores que formarán lectores ¿nos reconocemos como lectores, es decir, nosotros realmente estamos en esa categoría? ¿Leemos? ¿Cuánto leemos? ¿Por qué leemos? ¿Cuándo leemos?

Y ¿cómo somos como formadores? ¿Generamos el espacio del encuentro con el libro o ya lo ubicamos al alumno en correspondencia de un cuerpo crítico “indicado” para su análisis o abordaje?

Hay mucha voluntad y deseo en buena parte de los formadores, porque queremos formar lectores inteligentes, capaces –inclusive- de leer en los textos que les ofrecemos cuestiones que a veces nosotros no llegamos a descubrir o ver aún. Y detrás de ese deseo, seguramente habrá un error –o muchos-, puesto que el camino de la docencia es un continuo trayecto de aprendizajes, de descubrimientos.

Sin embargo, no es concebible –al menos desde mi perspectiva- poder ser formadores de lectores sin que los docentes seamos primero lectores y sin que se advierta el placer que sentimos por la lectura, por el contacto con los libros.

El eterno dilema “la obligación” versus “el placer” colapsa. No existe posible formación que no nazca desde nuestro centro más íntimo, no podemos enseñar aquello que no amamos... no podemos transmitir el placer de la lectura cuando para nosotros no es un placer leer, cuando nosotros no leemos.

Este quizás sea el punto de contacto con los planteos iniciales de Petit...

Los jóvenes no leen nada, se lee cada vez menos, ¿cómo hacer para que lean?



Tal vez no lean o lean menos por la sencilla razón de que no observan a sus docentes hacerlo, o porque la no lectura de los docentes hace que las propuestas que ellos les ofrecen no sean motivadores.

Con ello no quiero responsabilizar a los formadores de la no lectura de sus alumnos, sino que quiero que este espacio nos permita reflexionar y revisar nuestras propias prácticas docentes, las de todos; para mejorarlas, para volverlas a vivir como creo que hace un tiempo atrás la mayoría lo vivía, como una experiencia espiritual, rodeada de misterio y encanto, una fascinación oculta detrás de cada página, un encuentro jubiloso e íntimo con el libro.

Conclusiones

Así, con este breve artículo deseo que reflexionemos acerca de nuestra labor y de nuestros propios vínculos con “el libro”. Creo fervientemente en el arrasador poder que posee un libro en la vida de una persona. Se genera un vínculo imposible de describir, imposible de asociar con otro.

Vuelven a mi memoria los instantes en los que mi vida, como creo que les pasa a la mayoría de ustedes, estuvo pensada desde los libros... y asevero que no puedo concebir mi existencia sin ellos. Mi formación como lectora no sólo estuvo vinculada con la formación académica, sino que fue una experiencia que se hizo carne en mí desde pequeña.

Bibliografía

1. Petit, M. Lecturas: del espacio íntimo al espacio público. Ed. Fondo de Cultura Económica; 2001.
2. Lerner, D.; Stella, P.; Torres, M. Formación docente en lectura y escritura. Recorridos didácticos. Ed. Paidós; 2009.
3. Lerner, D.; Stella, P.; Torres, M. Formación docente en lectura y escritura. Recorridos didácticos. Ed. Paidós; 2009.
4. Carlino, P. Escribir, leer y aprender en la Universidad. Una introducción a la alfabetización académica. Ed. Universidad de Buenos Aires; 2009.



5. Carlino, P. Escribir, leer y aprender en la Universidad. Una introducción a la alfabetización académica. Ed. Universidad de Buenos Aires; 2009.
 6. Beauvoir, S. de. El segundo sexo. Ed. Sudamericana; 1999.
 7. Tacca, O. Instancias de la novela. Ed. Marymar; 1980.
 8. Rojo Guiñazú, M. Volver a los clásicos. Revista La Lectura, año 10, No 11. agosto 2008.
- ISSN 1851-9318 <http://aal.idoneos.com>



Evaluación del estado de Salud Bucal de niños en 4 y 5 años que asisten al Centro de Desarrollo Infantil Mitai Roga N° V, de la ciudad de Corrientes Capital.

Autores:

*Dra. Beatriz Juana Cardozo –** Dra. Gabriela Bessone –***Esp. Silvia Rita Pérez - ****Esp. Patricia Alejandra Vaculik- *****Esp. Elena Griselda Sanz

Autor de correspondencia: malusacardozo2@hotmail.com Av. Libertad 5450. CP 3400. Facultad de Odontología, Universidad Nacional del Nordeste. Corrientes, Argentina.

Recepción: 05 de mayo de 2017

Aceptación: 05 de junio de 2017

Resumen:

La caries en la infancia temprana es una forma particularmente virulenta de caries que afecta a los niños más pequeños y que puede causar grandes estragos en la dentición de los infantes en un periodo particularmente corto. Esta enfermedad representa un importante problema de salud pública en muchos países del mundo, ya que su prevalencia ha alcanzado proporciones epidémicas entre niños pertenecientes a países en vía de desarrollo. Se realizó un estudio descriptivo, longitudinal en niños entre 4 y 5 años de ambos sexos, que asistieron al Centro de Desarrollo Infantil Mitai Roga N° V de la ciudad de Corrientes durante el año 2016. El objetivo fue evaluar el estado de Salud Bucal en niños de 4 y 5 años que asistieron al Centro de Desarrollo Infantil Mitai Roga N° V. Se realizaron registros en la Historia Médica-Dental, examen clínico, previo consentimiento Informado. Posteriormente se llevó a cabo el Programa “Por una sonrisa sana y feliz”. Los registros obtenidos reflejan que el 65% de los niños presentan caries, por lo cual es necesaria la implementación de programas de promoción y prevención de la salud bucal, la modificación de hábitos de vida para mantener y preservar la salud.

Palabras claves: educación – preescolar – hábitos

* Profesora Titular – Módulo Introducción a la Práctica Clínica. mail: ** Profesora Adjunta – Módulo Morfofunción I-***- Prof. Adjunta - Módulo Introducción a la Práctica Clínica -**** -



Prof. Adjunta Odontología Integral Práctica Profesional Supervisada (PPS)***** Auxiliar Docente - Módulo Introducción a la Práctica Clínica.

Introducción

La Organización Mundial de la Salud (O.M.S) en el año 2000, propuso que la promoción de la Salud bucodental debe ser prioritaria en las poblaciones de niños preescolares y escolares. Con ello, se pretende minimizar el impacto de las enfermedades de origen bucodental y cráneo-facial sobre la salud general y sobre el desarrollo psicosocial, dando mayor énfasis a las poblaciones que se ven más afectadas por esas condiciones y enfermedades. ⁽¹⁾

La caries dental es considerada como el evento de mayor peso en la historia de la morbilidad bucal a nivel mundial. ⁽²⁾

Estas son causadas por la presencia de una biopelícula producto de la organización estructural de diferentes tipos bacterianos dentro de un hábitat propicio, facilitado por la deficiente higiene bucal, que por sus mecanismos patológicos y los múltiples factores involucrados afectan a todos los individuos. ⁽³⁾

Numerosos estudios revelan que la caries dental es la enfermedad que padece aproximadamente 90% de la población en América Latina; lo más alarmante es que comienza en la etapa temprana de la vida y se incrementa a medida que el individuo crece. ⁽⁴⁾

La caries de infancia temprana es una forma particularmente virulenta de caries que afecta a los niños más pequeños y que puede causar grandes estragos en la dentición de los infantes en un periodo particularmente corto. La enfermedad puede seguir patrones característicos a los pocos meses de su erupción, y los primeros dientes afectados son los incisivos superiores. Las lesiones cariosas aparecen rápidamente en los dientes y siguen la secuencia de erupción. Se ha determinado una clara relación entre los hábitos alimenticios inadecuados y la salud oral. ⁽⁵⁾

Esta enfermedad representa un importante problema de salud pública en muchos países del mundo, ya que su prevalencia ha alcanzado proporciones epidémicas entre niños pertenecientes a países en vía de desarrollo, en los que las condiciones de desnutrición son comunes; pero también en las poblaciones de bajos recursos económicos en los países desarrollados. ⁽⁶⁾

La caries dental en niños preescolares se debe a una combinación de múltiples factores, incluyendo la colonización de los dientes con las bacterias cariogénicas, el tipo de alimentos consumidos así



como la frecuencia de la exposición de estos alimentos para las bacterias cariogénicas, y los dientes sensibles. ⁽⁷⁾

La prevención en salud oral son aquellas actividades que buscan controlar los factores de riesgo causantes de las diferentes patologías orales. Tiene un elemento común, que es el control de la placa bacteriana, mediante una adecuada higiene oral, teniendo en cuenta que la supresión de la actividad microbiana ha demostrado ser eficaz en la prevención del desarrollo de lesiones cariosas y pérdida de inserción periodontal. ⁽⁸⁾

El cepillado dental ha sido, por muchos años, el principal mensaje de educación dado a niños, adolescentes y adultos, se basa la supuesta ayuda a eliminar la placa y facilita el contacto íntimo del fluoruro contenido en la pasta dental con los dientes. Para promover eficazmente el cepillado dental es necesario entender los factores asociados con esta práctica/conducta de higiene. ⁽⁹⁾

En la formación de hábitos adecuados de higiene oral, la promoción de la salud oral y la prevención de la enfermedad juegan un papel preponderante y se consideran acciones fundamentales para el control de la placa bacteriana. ⁽⁸⁾

Los objetivos de este estudio fueron 1- evaluar el estado de Salud Bucal en niños de 4 y 5 años que asisten al Centro de Desarrollo Infantil Mitai Roga N° V de la ciudad de Corrientes Capital. 2- Implementar un programa de educación y prevención de la salud y evaluar.

Materiales y métodos:

Se realizó un estudio descriptivo, de corte longitudinal, en niños de 4 y 5 años de edad, en ambos sexos durante el año 2016. La investigación se realizó en tres etapas, la primera denominada Diagnóstico Inicial donde se llevó a cabo la recolección de los datos, la segunda en la cual se ejecutó el Programa por Una Sonrisa Sana y Feliz y la tercera donde se evaluó el Impacto mediante el diagnóstico final. En la primera etapa previa autorización de los tutores se confeccionaron las historias clínicas, odontograma consignando el estado actual de las piezas dentarias. Para cuantificar se utilizó el índice ceod para dentición primaria y el índice de O'Leary para evaluar la calidad de higiene oral del niño. En la segunda etapa se ejecutó el Programa por Una Sonrisa Sana y Feliz que se llevó a cabo en dos módulos. El Módulo Educativo y el Módulo de Atención Preventiva. En la tercera etapa se realizaron los controles del Índice ceod y O'Leary, a fin de evaluar el impacto del programa educativo y preventivo aplicado.

Resultados:

Se hallaron al examen clínico un total de 98 piezas dentarias cariadas, 3 extracción indicada y 2 piezas dentarias obturadas, luego se aplicó el Programa y se observó como disminuyó el número de piezas dentarias cariadas a 24, extracción indicada a 0 y aumentó notablemente el número de piezas dentarias obturadas a 75. (Figura N° 1)

El promedio total de dientes cariados, perdidos y obturados (c.e.o.d) antes de aplicar el Programa fue de 2.7 y posterior a la aplicación del Programa fue de 2.5. (Figura N° 2).

El porcentaje de niños que presentaron valores del índice de O'Leary no compatibles con salud fue el 84 % que corresponde a 32 niños y el 15% que corresponde a 6 niños los que presentaron valores compatibles con salud antes de implementar el Programa. (Figura N° 3).

Luego de la aplicación del programa el porcentaje de niños que presentaron valores del índice de O'Leary compatibles con salud fue el 74% que corresponde a 28 niños y valores no compatibles con salud el 26 % que corresponde a 10 niños (Figura N° 4).

Figura N° 1 Número de piezas dentarias cariadas, extracción indicada y obturados c.e.o.d. Inicial y posterior a la aplicación del Programa

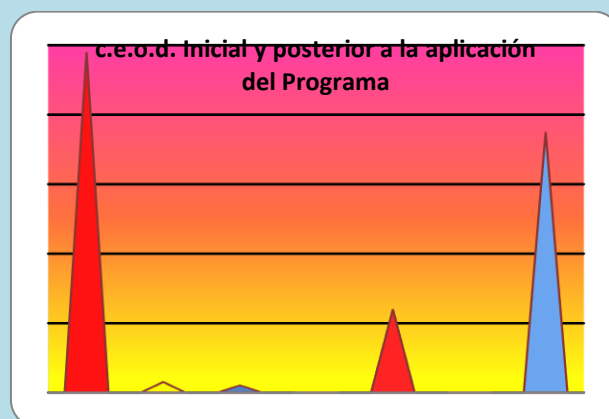


Figura N° 2 Promedio c.e.o.d total anterior y posterior a la aplicación del Programa

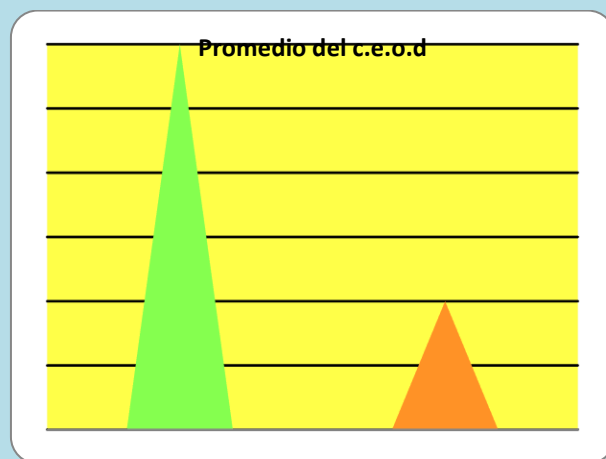


Figura N° 3 Índice de O'Leary anterior a la implementación del Programa

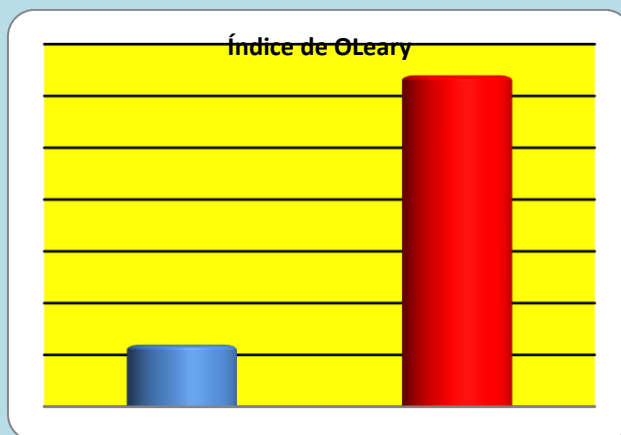
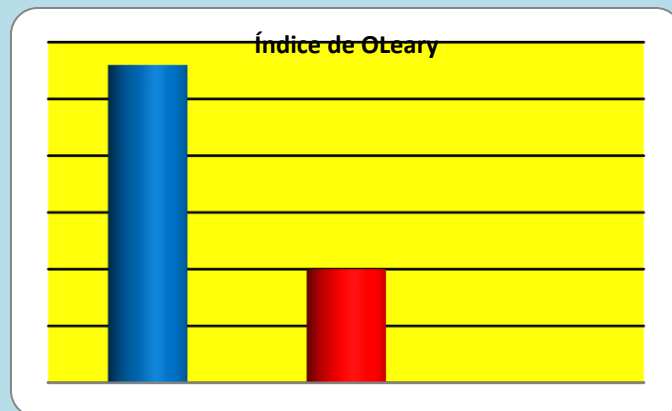


Figura N° 4 Índice de O’Leary posterior a la implementación del Programa



Discusión:

Los resultados obtenidos en éste trabajo reflejan que el 65% de los niños presentan caries dental, lo que tiene sus repercusiones en el área odontológica, porque todos somos conscientes de la alta prevalencia de las dos enfermedades más comunes de la cavidad bucal, caries y enfermedad gingival.

Numerosos estudios han demostrado que el biofilm dental es el responsable principal de las dos patologías más frecuentes en la cavidad bucal.

Los resultados hallados en éste estudio coinciden con otros estudios epidemiológicos realizados por la Mgter. Prof. Cardozo, Beatriz y colaboradores en alumnos de la Escuela Familia Agrícola en San Miguel, Corrientes donde el 97,2% de los escolares presenta caries dental, el 55% corresponde al sexo masculino y el 37,5 % al sexo femenino. ⁽¹⁰⁾

Olmedo Sánchez y colaboradores revela en un estudio realizado que el 85.4 % del total de la población escolar presenta piezas dentarias cariadas y que el mayor el porcentaje de dientes afectados por las caries se encuentra en el sexo masculino. ⁽¹¹⁾



En éste estudio se ha evidenciado la disminución de los valores del índice de O'Leary del 1er control con respecto al 2do, luego de la enseñanza de una correcta técnica de cepillado. Estos resultados coinciden con estudios realizados por García Crimi donde los valores de los índices de placa bacteriana disminuyeron del 1er control con respecto al 2do, se pudo observar la buena evolución que tuvieron con respecto al control de placa bacteriana y la incorporación de una correcta técnica de cepillado siendo esto fundamental para evitar la aparición de nuevas lesiones de caries. ⁽¹²⁾

Se ha hallado coincidencia con otros estudios sobre la incidencia y prevalencia de caries que demostraron que la aplicación de numerosas medidas preventivas disminuyeron considerablemente los índices ceod y CPOD en un 30 a 50%, cuando se implementaron programas preventivos y/o de atención de escolares.

En América Latina se han desarrollado diferentes programas preventivos: tal es el caso de Panamá, con "Sonríe Latinoamérica" ⁽¹³⁾, Cuba con "Sonrisas Saludables" ⁽¹⁴⁾ y Perú con la "Clínica del Bebe" ⁽¹⁵⁾

Conclusión:

El programa de educación para la salud buco-dental resaltó la importancia de la prevención en la salud bucal, estimuló el interés de los maestros y niños para la enseñanza y aprendizaje sobre el cuidado de la cavidad bucal.

En base a los resultados obtenidos se observó que la aplicación del Programa ha evidenciado la disminución de los valores del índice de O'Leary del 1er control con respecto al 2do, luego de la enseñanza de una correcta técnica de cepillado y cambios importantes en la adquisición de nuevos hábitos de higiene bucal en los niños que participaron en él.

Bibliografía:

1. OMS. Vigilancia y evaluación de la Salud Bucodental. Informe de un Comité de Expertos. En: Serie de Informe Técnicos. Ginebra: 1989: 29-30
2. Petersen PE. The world oral health report 2003: continuous improvement of oral health in the 21st century-the approach of the WHO Global Oral Health Programme. Community Dent Oral Epidemiol. 2003;31(1):3-23.



3. Pérez A. La Biopelícula: Una nueva visión de la placa dental. Rev Estomatol Herediana. 2005;5(1):82-5.
4. Argentina, Ministerio de Salud, Secretaría de Ambiente y Desarrollo Sustentable; Programa de Naciones Unidas para el Medio Ambiente. Argentina 2006: Indicadores ambientales. Iniciativa latinoamericana y caribeña para el desarrollo sostenible. Indicadores de seguimiento. Buenos Aires; 2006.
5. González GE. Jardín infantil de la Universidad Nacional de Colombia: evaluación de un programa para la promoción de salud oral en la primera infancia. Univ Odontol. 2012 Ene-Jun; 31(66): 59-74
6. Gudiño FS. Caries de la temprana infancia: denominación, definición de caso y prevalencia en algunos países del mundo. Revista Odovtos [internet]. 2006
7. González Sanz Ángel Miguel, González Nieto Blanca Aurora, González Nieto Esther. Salud dental: relación entre la caries dental y el consumo de alimentos. Nutr. Hosp. vol.28 supl.4 Madrid jul. 2013. ISSN 1699-5198
8. UNICOC. Guía Práctica Clínica en Salud Oral. Bogotá D.C., 2010; 4.
9. Medina SCE, Segovia VA, Rodríguez RE. Asociación del nivel socioeconómico con la higiene bucal en preescolares bajo el programa de odontología preventiva del IMSS en Campeche. Gac Méd Méx 2006;142(5):134-45.
10. Cardozo B, Gonzalez Meana M, Tropeano N. Estudio Epidemiológico Estado de Salud dental en alumnos. Escuela Familia Agrícola- San Miguel- Ctes. Revista Facultad de Odontología FOUNNE; 16-18, 2006.
11. Olmedo Sánchez A; Solorzano Villaseñor B; González Gaytan I; Díaz García B; Pérez Santana R. Prevalencia de caries en escolares de Pueblo nuevo, Santa Catarina Cuexcomatitlan, Mezquitic, Jalisco. Revista Odontológica Mexicana 2008; 12 (S1): S10-S42. ISSN 1870-199X.
12. García Crimi, G. Promoción de Salud Bucodental en establecimientos educativos del Valle de Uco de la Provincia de Mendoza. Facultad de Odontología UNCuyo. 2010. Volumen 4. N° 1.
13. Evans, J. Sonríe Latinoamérica. Panamá. 2001
14. Diaz Del Mazo, I. Sonrisas Saludables para capacitar adolescentes sobre Salud Bucal. Cuba. Medisan; 2003
15. Elias, M. Programa Clínicas del Bebè. Perú. 2001
16. Barrancos Mooney, J. Operatorias Dental Integración Clínica. 4ª ed. Buenos Aires Argentina: Editorial Médica Panamericana; 2008.
17. Cid María del Carmen, Martínez I, Morales JM. Ingestión de azúcares en niños menores de 1 año. Revista Médica Electrónica. 28 (1):113-6; 2008.



DETERMINANTES SOCIALES QUE INFLUYEN EN LA UTILIZACIÓN DEL HILO DENTAL

Autor: María Silvina Dho

Autor de correspondencia: msdho@odn.unne.edu.ar Av. Libertad 3400 Corrientes; Argentina

Tel: 54-3794-399579

Recepción: 8 de mayo de 2017

Aceptación: 26 de mayo de 2017

RESUMEN

Introducción: El uso del hilo dental es un método eficaz de remoción de la placa bacteriana presente en las superficies interproximales para prevenir la caries dental y la enfermedad periodontal.

Objetivo: analizar la influencia de distintos factores en la utilización diaria del hilo dental en individuos de 35 a 44 años de edad que viven en la Ciudad de Corrientes, Argentina.

Métodos: Se realizó un estudio transversal de base poblacional. La información se recolectó a través de una encuesta domiciliaria sobre conocimientos, actitudes y hábitos de salud bucal, donde figuran las variables de estudio. Se determinó el tamaño de la muestra estableciéndose un nivel de confianza del 95%. Se entrevistó a 381 individuos. Se aplicó un diseño muestral polietápico. Se analizaron los datos con los programas SPSS 21.0 y Epidat 3.1.

*Dra. de la Universidad Nacional del Nordeste en Odontología.

Jefe de Trabajos Prácticos. Cátedra Práctica Clínica Preventiva I. Faculta de Odontología. Universidad Nacional del Nordeste.

Resultados: Se halló que el 29% de los entrevistados utilizan diariamente hilo dental. El conocimiento de salud bucal; tener cobertura social y haber realizado una consulta odontológica en los últimos 12 meses anteriores a la entrevista, se asociaron significativamente al uso diario del hilo dental.



Las personas de nivel socioeconómico bajo presentaron hábitos menos adecuados de utilización. El sexo no resultó ser una variable significativa.

Conclusiones: Los programas de salud bucal, deberían contemplar los factores que influyen en la utilización diaria del hilo dental para que esta práctica se refleje en la población de estudio.

Palabras Clave: Salud Oral, Encuestas de Salud Bucal, Conductas.

INTRODUCCIÓN:

La placa bacteriana o biofilm dental es el agente causal principal de la caries y de la enfermedad periodontal; y el mejor método para prevenir los efectos nocivos de ésta son el cepillado de dientes junto con el uso de hilo dental. 1,2

El control de placa interproximal es una parte importante del autocuidado oral y los pacientes deben completar el cepillado dental con técnicas de remoción interproximal de placa. Sin embargo, la realidad es que la higiene interdental no es una práctica común. Aunque los cepillos dentales han mejorado el control de la placa en las áreas interproximales, no alcanzan de forma eficiente estas superficies. En estas áreas con mucha frecuencia asientan gingivitis y periodontitis y, además, las superficies interproximales en pacientes mayores son zonas de mayor riesgo de caries. 3

Numerosos estudios han demostrado que las prácticas de higiene bucal, tales como el cepillado dental y la utilización del hilo dental son métodos muy efectivos para controlar la placa bacteriana dentaria y reducir la incidencia de ambas patologías. 4,5 En tal sentido la Asociación Dental Americana⁶ entre sus recomendaciones menciona el cepillado dental y la limpieza entre los dientes diariamente con hilo dental.

Un trabajo realizado en la ciudad de Corrientes documenta la alta frecuencia de utilización del cepillo dental para la higiene bucal, sin embargo, es escaso el número de personas que reportan la utilización diaria del hilo dental para completar su higiene. 7

Este estudio se propone analizar la influencia de distintos factores: sexo, cobertura social odontológica, consulta odontológica, nivel socioeconómico, conocimientos de salud bucodental, en la utilización diaria del hilo dental.



METODOS:

Diseño del estudio: Se realizó un estudio descriptivo transversal de base poblacional en la Ciudad de Corrientes, capital de la provincia de Corrientes, Argentina. La metodología consistió en aplicación del método de encuestas. El relevamiento de los datos fue realizado en el año 2013 por entrevistadores instruidos en la técnica de observación directa “cara a cara”.

Población de interés: La unidad de análisis estuvo compuesta por sujetos de 35 a 44 años de edad. Se focalizó en este grupo de edad porque la Organización Mundial de la Salud establece esa franja etaria como el grupo estándar de vigilancia del estado de salud bucodental de los adultos.⁸

Criterios de selección: Se incluyeron en el estudio los individuos que aceptaron voluntariamente contestar las preguntas del formulario y se excluyeron los que no presentaban capacidades físicas y/o mentales para responder y con patologías que impidieran el auto-cuidado bucodental.

Estudio piloto: Se realizó una prueba piloto a 50 sujetos con características similares a la población de estudio para comprobar la adecuación del cuestionario como instrumento de medición para lograr los objetivos del estudio. Esto permitió identificar la necesidad de reformular algunas preguntas del cuestionario y simplificar su redacción.

Calculo del tamaño muestral: A partir de los datos publicados por el Instituto Nacional de Estadística y Censo (INDEC, Censo Nacional de Población, Hogares y Viviendas 2010, Provincia de Corrientes, departamento Capital) se determinó un universo de 42.242 sujetos compuesto por 19.639 hombres y 22.603 mujeres.

El tamaño de la muestra se determinó con un nivel de confianza del 95% y un margen de error del 5%. Para el cálculo del tamaño muestral se consideró el supuesto de máxima heterogeneidad de la muestra 50%. La muestra quedó conformada por 381 sujetos (53,5% mujeres y 46,5% hombres).

Diseño de la muestra: Se aplicó un diseño muestral aleatorio simple para la selección de las viviendas a encuestar, que se complementó con un muestreo no probabilístico por cuotas para la selección de los individuos a entrevistar, en función de la variable sexo en el rango de edad



seleccionado (35 a 44 años), de acuerdo a la matriz de cuotas que se le proporcionó a cada encuestador.

Variables de estudio. Medición.

“Sexo”: variable dicotómica, se consideró femenino; masculino.

“Cobertura social odontológica”: esta variable hace referencia a la cobertura de salud (obra social, sistema privado de medicina prepaga, adhesión a programas y planes estatales), cuyo beneficio se extiende a la atención odontológica. La variable comprendió la siguiente pregunta: “¿Ud. presenta cobertura social odontológica?” y las posibles opciones de respuestas: “sí”- “no”.

“Consulta odontológica”: Se indagó por la consulta odontológica en los últimos 12 meses y por los motivos de la consulta. Esta variable comprendió dos preguntas indicadoras: “¿Asistió al odontólogo en los últimos 12 meses?” 9, “¿Por qué motivos asiste generalmente al odontólogo?”. “Utilización del hilo dental”: se preguntó: “¿Ud. utiliza diariamente hilo dental?”. Las posibles opciones de respuestas consideradas fueron: “sí”- “no”.

“Conocimientos de salud bucal”: se consideraron específicamente los conocimientos referentes al hilo dental. Esta variable comprendió tres preguntas indicadoras: “¿La utilización del hilo dental, puede ayudar a prevenir la caries dental?”; “¿La utilización del hilo dental, puede ayudar a prevenir la inflamación de las encías?” y “¿Sabe cómo se utiliza el hilo dental?”. Las posibles opciones de respuestas consideradas fueron: “sí”- “no”.

“Nivel Socioeconómico” (NSE): para establecer el NSE de los entrevistados se utilizó un índice que comprende dos indicadores: el nivel educativo y la categoría ocupacional 7 y se categorizó en bajo (2 a 3 puntos), medio-bajo (4 a 5 puntos), medio-medio (6 a 7 puntos), medio-alto (8 a 9 puntos) y alto (10 puntos). Atento a la escasa población de este último, para el análisis estadístico se consideraron juntos los NSE medio-alto/ alto.

Análisis de los datos: Se utilizaron los programas estadísticos SPSS 21.0 y Epidat 3.1. Se calcularon frecuencias absolutas y relativas. Para estudiar la relación entre las variables conocimientos referentes al hilo dental, sexo, cobertura social odontológica y consulta odontológica con la utilización del hilo dental se evaluó la asociación estadística mediante el odds ratio (OR) y la significación estadística con la prueba del χ^2 , se tomó como nivel de



significación aceptable un valor de 0,05. Igual nivel se utilizó para la estimación de parámetros mediante intervalo de confianza.

Para evaluar las diferencias según el NSE en la utilización del hilo dental se utilizó la prueba de comparaciones de rangos, específicamente la prueba Kruskal-Wallis, empleándose pruebas U de Mann-Whitney para valorar las diferencias de a pares. Para ello, la utilización diaria del hilo dental se consideró un hábito adecuado (1 punto), y la no utilización, un hábito no adecuado (0 punto).

Consideraciones bioéticas: Se solicitó a los sujetos su conformidad para participar del estudio, después de explicarles los objetivos del mismo y se garantizó el anonimato y confidencialidad de las respuestas. El estudio cuenta con el aval del Comité de Ética de Investigación de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional del Nordeste (Expediente N° 04533).

RESULTADOS

La mayoría de los participantes considera que el uso del hilo dental puede ayudar a prevenir la caries dental y la inflamación gingival, pero menos de un tercio lo utilizan diariamente para completar su higiene bucal. El análisis descriptivo de las variables de estudio se muestran en la Tabla 1.

El análisis de cada uno de los factores estudiados en función de la utilización diaria del hilo dental mostró resultados significativos para las variables: conocimiento sobre la utilización del hilo dental, reconocimiento de la utilización del hilo dental como método para prevenir la caries dental y la inflamación gingival, consulta odontológica en los últimos 12 meses y tener cobertura social odontológica (Tabla 2).

Al comparar la utilización diaria del hilo dental en los grupos conformados por distintos niveles socioeconómicos, se puede apreciar que las personas de NSE bajo muestran hábitos menos adecuados que el resto de los grupos de estudio (Figura 1), en tal sentido la prueba de comparación de rangos muestra que las personas de NSE bajo presentan puntuaciones menores que las personas de NSE medio-bajo (U de Mann-Whitney = 3500, $p < .013$), medio-medio (U de Mann-Whitney = 3116, $p < .001$) y medio-alto/alto (U de Mann-Whitney = 1178, $p < .037$) (Tabla 3). Las comparaciones restantes no resultaron estadísticamente significativas.



DISCUSIÓN

Los resultados del estudio indican que existe una discrepancia entre el conocimiento y la práctica, pues si bien el 80,1% de los individuos declararon conocer cómo se utiliza el hilo dental, solo el 29,4% afirmó utilizarlo diariamente.

Estos resultados concuerdan a los hallados en un estudio previo realizado en la ciudad de Corrientes 7 que reportó que el 60% de encuestados manifestaron conocer cómo se utiliza el hilo dental, pero solo el 16% tenían el hábito de utilizarlo diariamente para completar su higiene bucal. En tal sentido, múltiples investigaciones han reportado la escasa utilización del hilo dental en diferentes contextos poblacionales. 10,11

La resistencia al uso del hilo dental podría deberse a la dificultad de su uso por la habilidad exigida, y la necesidad de entrenamiento, además de la pereza o falta de tiempo en adoptarlo como recurso de rutina.

Por otro lado, un mayor conocimiento referente al hilo dental se asoció significativamente a su mayor utilización. Al respecto se halló, que los individuos que tienen el conocimiento sobre el método de utilización del hilo dental, presentan 5,1 veces mayores probabilidades de utilizarlo diariamente, y los individuos que tienen el conocimiento de que la utilización del hilo dental puede ayudar a prevenir la caries dental y la inflamación gingival, presentan 4,5 y 4,6 veces respectivamente, mayores probabilidades de utilizarlo diariamente. Al respecto, hay estudios que documentan la importancia de la implementación de estrategias educativas para lograr mayor nivel de conocimientos que permitan motivar a los individuos a realizar acciones de autocuidado y de esta manera mejorar la higiene bucodental. 12,13

Por otro lado, en la presente investigación se halló que la consulta odontológica en los últimos 12 meses de realizada la entrevista se asoció a una mayor probabilidad de utilización diaria del hilo dental. Los individuos que realizaron una consulta odontológica en los últimos 12 meses y aquellos que consultan generalmente por motivos preventivos, presentan 3 veces mayores probabilidades de utilizar diariamente el hilo dental. Estos resultados podrían deberse al hecho de que aquellos individuos que realizan consultas odontológicas en forma periódica, presentan mejores actitudes y predisposición hacia el autocuidado bucodental; además la consulta



odontológica, propicia un ámbito en el cual podrían recibir asesoramiento profesional para mejorar sus prácticas de higiene oral.

FRIAS y col. 14 reportaron en su investigación que aquellos individuos que habían consultado al odontólogo hace dos o más años presentaron menor utilización diaria del hilo dental.

En relación al nivel socioeconómico se halló que las personas de NSE bajo mostraron hábitos menos adecuados de utilización diaria del hilo dental que el resto de los grupos de estudio. Estos hallazgos podrían señalar la existencia de inequidades en el acceso a productos de higiene bucal, en particular del hilo dental.

Por otro lado, cabe señalar que, un bajo nivel socioeconómico asociado a hábitos deficientes de higiene bucal, fueron reportados como factores de riesgo de caries dental. 15,16

Con respecto a la cobertura social odontológica, se halló que poco más de la mitad de la población cuenta con algún tipo de cobertura de salud. Aquellos individuos que tienen cobertura social presentan 1,6 veces más probabilidades de utilizar diariamente el hilo dental que aquellos individuos que no presentan cobertura social. Estos resultados podrían deberse a que los individuos que tienen cobertura social odontológica tienen mayor acceso a los servicios de salud odontológicos y por lo tanto mayor probabilidad de recibir atención preventiva y adiestramiento sobre el uso del hilo dental.

En relación a la variable sexo, no se halló una asociación estadísticamente significativa con el hábito de utilización diaria del hilo dental, a discrepancia de otros autores que hallaron que las personas de sexo femenino presentaron mejores hábitos de higiene oral.¹⁴ Esto podría indicar que en la población de estudio no hay mayor interés por parte de hombres y mujeres en relación a la utilización del hilo dental para completar su higiene bucal.

Limitaciones del estudio: La información recogida en la encuesta es autoreferida de forma indirecta por un informante, lo que puede introducir un sesgo de memoria y/o de deseabilidad social. Por otro lado, al tratarse de un diseño transversal, no es posible asumir causalidad en las asociaciones observadas. Igualmente, se ha logrado identificar relaciones entre las variables de estudio.



CONCLUSION

En atención a estos resultados los ejes de la implementación de programas de promoción de salud y de prevención de las enfermedades bucodentales, deberían focalizarse en buscar estrategias para que los conocimientos relacionados a la utilización del hilo dental se reflejen en la práctica de su utilización y contemplar la posibilidad de distribuir gratuitamente en forma regular y continua productos para la higiene oral, especialmente a los sectores más desfavorecidos de la población, acompañado con las instrucciones necesarias para una correcta higiene oral.

REFERENCIAS

1. Gómez Arcila V, Verbel Bohórquez J., Díaz Caballero A., Arroyo Salgado B. Enfoque hacia la dinámica de la biopelícula oral para el control de enfermedades bucales prevalentes. Rev. Clínica de Medicina de Familia. 2014;7(2):153-155.
2. CUENCA SALA E, BACA GARCÍA P. Odontología Preventiva y Comunitaria. Principio, métodos y aplicaciones. 4º ed. Elseiver, España, 2013.
3. LÓPEZ CASTELLANOS G, LOPEZ RAMIREZ LB, NACHON GARCIA MG, HERNANDEZ LUNAGOMEZ D. Salud bucal, salud bucal percibida y calidad de vida en adultos mayores. Rev Med UV. [Internet]. 2014; [citado 04 mayo 2017];6-11. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/veracruzana/muv-2014/muv142a.pdf>
4. LÓPEZ SOTO, CEREZO CORREA M. “EFECTIVIDAD Y PREFERENCIA DE LA RAFIA COMO MATERIAL DE LIMPIEZA DENTAL INTERPROXIMAL”. UNIVERSITAS ODONTOLÓGICA [INTERNET]. 2011; [CITADO 04 MAYO 2017]; DISPONIBLE EN: <FILE:///D:/USUARIO/DOWNLOADS/DIALNETEFECTIVIDADYPREFERENCIADELARAFIACOMOMATERIALDELIMP-3670221.PDF>
5. GONZÁLEZ RIVAS BE, RAMÍREZ PÉREZ EK, HERRERA HUIZA MB, MATTÍA REINOZA MG, MEZA OM, RAMÍREZ Y. Efectividad de los tratamientos para el control de la placa dental. Revisión Sistemática. Rev Venez Invest Odont IADR 2016; 4(2): 330-952.



6. AMÉRICA DENTAL ASOCIATTION. Hábitos saludables. [Internet]. [citado 04 mayo 2017]; Disponible en: <http://www.mouthhealthy.org/en/adults-under-40/healthy-habits/>.
7. DHÓ MS, VILA VG, PALLADINO AC. “Situación de salud bucal de pacientes mayores de 18 años. Cátedra Práctica Clínica Preventiva I, Facultad de Odontología UNNE, Argentina, 2010”. Rev. Fac Odontol. Univ. Antioq. 2013; 24(2): 214-31.
8. ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. Oral Health Surveys. Basic Methods. 5th Edition. 2013
9. DAL-BÓ CORADINI MC, PERES MA. “Determinantes da utilização de serviços odontológicos entre adultos: um estudo de base populacional em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil”. Cad. Saúde Pública. 2013; 29 (11): 2319-32.
10. LÓPEZ AP, OSPINA D, HERRERA Y, BETANCUR J, AGUDELO. HIGIENE BUCAL EN LA POBLACIÓN DE SAN FRANCISCO ANTIOQUIA Y SUS FACTORES RELACIONADOS. REV. NAC. DE ODNTOL. UNIVERSIDAD COOPERATIVA DE COLOMBIA. 2016; 12 (22): 23-30
11. MARTÍNEZ-MEJÍA VJ, QUIROGA GARCÍA MA, MARTÍNEZ GONZÁLEZ GI, AGUIAR FUENTES EG. Determinantes sociales y percepción de salud bucal de las gestantes del Hospital Civil de TEPIC. Rev. de Salud Pública y Nutrición. 2017; 16(1): 16-22
12. MATOS CANTILLO DM Y COL. Intervención educativa sobre salud bucal en adolescentes venezolanos. Rev Inf Cient. 2017; 96(3):70-78
13. INOCENTE-DÍAZ ME, PACHAS-BARRIONUEVO F. Educación para la Salud en Odontología. Revista Estomatológica Herediana. 2012; 22(4): 232-41
14. FRIAS AC, MYSUGUTI AH, SANCHEZ TP, MANTOVANI GL, PESTANA SR. Social determinants and use of dental floss by 35-44-year-old adults. RGO. 2012; 60 (3): 321-27.
15. COSTA S, MARTINS C, BONFIM M, ZINA L, PAIVA S, PORDEUS I y col. Systematic Review of Socioeconomic Indicators and Dental Caries in Adults. Int. J. Environ. Res. Public Health. 2012; 9(10): 3540-74.
16. ÁLVAREZ L, LIBERMAN J, ABREU S, MANGARELLI C, CORREA MB., DEMARCO FF. et al. “Dental caries in Uruguayan adults and elders: findings from the first Uruguayan National Oral Health Survey”. Cad. Saúde Pública. 2015; 31 (8):1663-72.

Tabla 1: Análisis descriptivo de las variables de estudio. En porcentajes (n=381). Individuos de 35 a 44 años. Ciudad de Corrientes; Argentina. 2013.

Sexo	
Femenino	53,5
Masculino	46,5
Nivel Socioeconómico	
Alto	1,6
Medio-alto	10,8
Medio-medio	35,2
Medio-bajo	36,7
Bajo	15,7
Cobertura social odontológica	
Con cobertura	56,4
Sin cobertura	43,6
Consulta Odontológica en los últimos 12 meses posteriores a la entrevista	
Individuos que consultaron	67,2
Individuos que no consultaron	32,8
Motivos de la consulta	
Control/ chequeo dental	27,0
Tratamientos dentales	34,6
Dolor/ Otras urgencias	38,6
Conocimientos de salud bucodental	
La utilización diaria del hilo dental puede ayudar a prevenir la caries dental	73,8
La utilización diaria del hilo dental puede ayudar a prevenir la inflamación gingival	68,2
Conocimiento sobre la utilización del hilo dental	80,1
Uso diario del hilo dental	
Individuos que utilizan diariamente	29,4
Individuos que no utilizan diariamente	70,6

Tabla 2: Factores asociados a la utilización diaria del hilo dental.
Individuos de 35 a 44 años. Ciudad de Corrientes; Argentina. 2013.

Variables	OR	IC 95%	Valor de p
Sexo	0,96	0,62-1,50	0,88
Cobertura social odontológica	1,67	1,06-2,64	0,02
Consulta odontológica en los últimos 12 meses	3,18	1,83-5,52	0,00
Consulta al odontólogo por motivos de control/chequeo dental	3,09	1,92-4,99	0,00
Conocimiento de que la utilización del hilo dental puede ayudar a prevenir la caries dental	4,53	2,31-8,89	0,00
Conocimiento de que la utilización del hilo dental puede ayudar a prevenir la inflamación gingival	4,62	2,50-8,51	0,00
Conocimiento de cómo debe utilizarse el hilo dental	5,17	2,29-11,66	0,00

Figura 1: Utilización del hilo dental en relación al Nivel socioeconómico

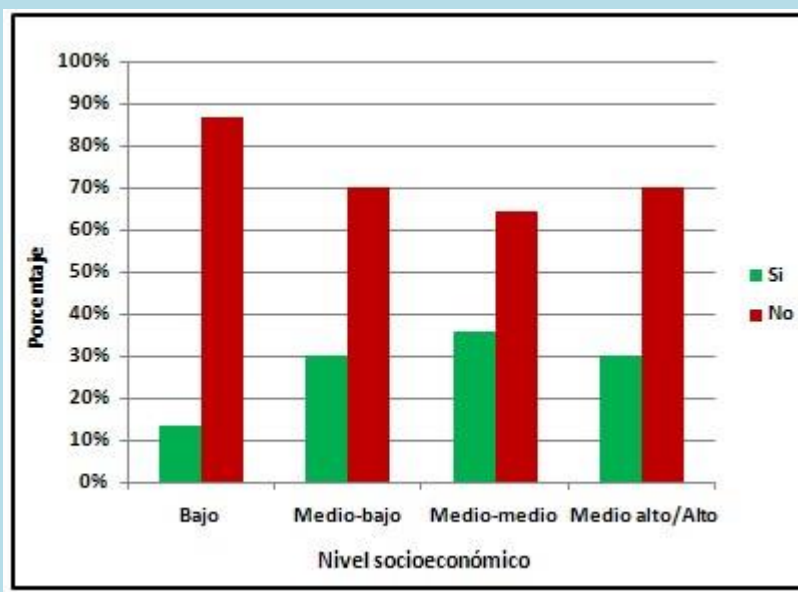




Tabla 3.

Rangos promedios y pruebas no paramétricas para la utilización diaria dental según el NSE

	Nivel Socioeconómico					K-W
	Bajo		Medio-bajo	Medio-medio	Medio-alto/Alto	
¿Ud. utiliza diariamente hilo	160.40 ^a	192.15 ^b	203.24 ^b	191.74 ^b	10.125* dental?	

Nota. Letras distintas indican diferencias estadísticas significativas (prueba U de Mann Withney). $n = 60$ bajo, 140 medio-bajo, 134 medio-medio, 47 medio-alto/alto.



DIAGNÓSTICO DE OSTEOARTROSIS DE ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR CON TOMOGRAFÍA COMPUTADA DE HAZ CÓNICO.

Autores: Marisa E Romero*, Carlos M Veloso. **

RESUMEN:

La osteoartrosis es una patología de carácter degenerativo que afecta a la articulación temporomandibular. Si bien el examen clínico representa una herramienta fundamental para su diagnóstico, los estudios imagenológicos son los que permitirán la confirmación de dicho diagnóstico. En la actualidad la tomografía computada de haz cónico resulta el método de elección debido a que nos permite ver con detalle las estructuras óseas de la articulación temporomandibular en diferentes planos utilizando una dosis baja de radiación en comparación con la tomografía computada médica.

* Especialista en Docencia Universitaria. JTP Cátedra de Radiología FOUNNE. Personal del Servicio de Diagnóstico por Imágenes de la FOUNNE.

** Profesor Titular de la Cátedra de Radiología FOUNNE. Magister en Salud Bucal. Jefe del Servicio de Diagnóstico por Imágenes de la FOUNNE.

PALABRAS CLAVES:

Osteoartrosis – tomografía computada - haz cónico.

INTRODUCCIÓN:

La osteoartrosis es un desorden degenerativo no inflamatorio de la articulación temporomandibular (ATM) que se caracteriza por la presencia de cambios morfológicos y funcionales.¹

Según estudios realizados, las mujeres tendrían una mayor predisposición a estos cambios óseos degenerativos en la ATM, considerándose que la mayor prevalencia aumenta conforme a la edad.²



Los cambios osteoartrosicos condíleos pueden presentarse aislados o asociados a otros cambios en la ATM.³

Los fenómenos que tienen lugar en la osteoartrosis son: destrucción del cartílago de la superficie articular, remodelación ósea con fenómenos de neoformación y de rarefacción ósea, y sinovitis secundaria.⁴

Desde un punto de vista clínico, la detección inicial de los cambios morfológicos de la ATM es a menudo difícil de identificar, ya que un diagnóstico clínico inicial se basa rutinariamente en una sospecha, en lugar de cualquier signo degenerativo visual.

El diagnóstico se confirma cuando se observan cambios estructurales en el hueso subarticular en las imágenes radiográficas, sin presencia de dolor; clínicamente acompañado del signo más frecuente en esta patología que es la crepitación o clic de la articulación.¹⁻⁵⁻⁶

Se debe diferenciar la osteoartrosis de la osteoartritis. La osteoartritis es de carácter inflamatorio y puede ser originada por causas no degenerativas (infección, traumatismo, enfermedad autoinmune) a diferencia de la osteoartrosis. En la osteoartritis las alteraciones óseas a nivel de la ATM están activas, en tanto que la osteoartrosis es la etapa siguiente en la que se produce un remodelado, cuando la disfunción se estabiliza a pesar de que la morfología ósea continúa estando alterada. Cuando las demandas funcionales superan la capacidad de adaptación se inicia la osteoartritis, en tanto que cuando el proceso adaptativo ha satisfecho las exigencias funcionales queda una osteoartrosis.¹

La Tomografía Computada de Haz Cónico (TCHC) es actualmente la modalidad de elección para la evaluación de estructuras óseas de la ATM.⁷



DESARROLLO:

Diagnostico imagenológico de la ATM.

Para el estudio imagenológico de la ATM se consideran: las radiografías extraorales (panorámica y otras técnicas extraorales específicas para ATM), la resonancia magnética, la tomografía computada médica (TCM) y la TCHC.

Las alteraciones morfológicas a nivel de los componentes óseos de la ATM pueden observarse a través de estudios radiográficos. Entre estos, la radiografía panorámica, suele ser el estudio inicial cuando se sospecha la presencia de alguna patología articular. Ésta radiografía nos permitirá observar la morfología del cóndilo, cavidad glenoidea y eminencia articular pero tiene la desventaja de que las variaciones anatómicas que se presenten así como también los cambios posicionales del cóndilo durante la obtención de la radiografía pueden llegar a considerarse patológicos y sólo los grandes cambios son apreciables correctamente⁸. Según algunos autores la imagen de la ATM en radiografía panorámica siempre dará lugar a distorsiones, por lo cual algunos autores advierten contra el uso de la radiografía panorámica para diagnosticar los cambios morfológicos de la ATM, debido a que muchas veces estos cambios son imperceptibles pudiendo inducir a un diagnóstico falso positivo.⁹

Para la observación de los componentes de la ATM tales como: el disco articular, ligamentos, capsula, músculos y todo componente de tejido blando en la zona se utiliza la resonancia magnética.

Tomografía computada de haz cónico en el diagnóstico de la osteoartrosis de ATM.

La TCM y la TCHC tienen la ventaja de que permiten la visualización de los componentes óseos de la articulación temporomandibular con mayor detalle desde diferentes planos a la vez que posibilitan la obtención de imágenes volumétricas tridimensionales de dicha articulación. (Figuras 1 y 2)



La ventaja que presenta la TCHC en relación a la TCM es la baja dosis de radiación utilizada. Si bien, la TCHC no nos permite la observación de los tejidos blandos articulares, sí nos posibilita la identificación de cambios morfológicos óseos del componente craneal y mandibular de esta articulación y/o los disturbios posicionales del cóndilo mandibular en boca cerrada así como también el recorrido condíleo en relación con la cavidad glenoidea y la eminencia articular temporal en los movimientos de apertura bucal.¹⁰

Cuando se utiliza TCHC la más alta resolución de los defectos óseos a nivel de la articulación se obtiene cuando se utiliza un campo de visión (FOV) pequeño.⁷ De acuerdo a estudios realizados la TCHC, fue validada para la evaluación de la presencia o ausencia de todo tipo de lesiones óseas, incluso para las lesiones más pequeñas.¹¹

Signos de osteoartrosis con Tomografía Computada de Haz Cónico.

Uno de los primeros cambios morfológicos a nivel de la ATM, que se da como consecuencia de procesos degenerativos, observables utilizando TCHC es el aplanamiento o facetamiento de las superficies articulares.²⁻¹⁰ (Figura 3)

Otro signo incipiente observable con TCHC es el engrosamiento de las corticales articulares, siendo la cortical que recubre la cavidad glenoidea la que se suele observar engrosada con mayor frecuencia. (Figura 4)

A medida que evoluciona el proceso degenerativo a nivel de la ATM se pueden observar que los aplanamientos o facetamientos de las superficies articulares llevan a la formación de osteofitos los que suelen presentarse en la parte anterior del cóndilo del maxilar. (Figura 5)

En la osteoartrosis es frecuente observar también erosiones de las corticales óseas articulares sin compromiso o con compromiso del tejido óseo esponjoso subyacente llegando a provocar en algunos casos osteólisis a nivel del hueso esponjoso y formación de quistes subcondrales. (Figuras 6 y 7)

CONCLUSIONES

La osteoartrosis es una enfermedad degenerativa que puede cursar asintomática en los primeros estadios, si bien es posible sospechar de la presencia de dicha patología por ciertas manifestaciones clínicas, el estudio imagenológico con TCHC representa el estudio indicado para poder observar los cambios morfológicos y estructurales que se producen a nivel de los componentes óseos de la articulación temporomandibular y los cambios posicionales del cóndilo.

Bibliografía

1. Okeson J. Tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares. 6ta ed. España: Elsevier Mosby; 2008.
2. [dos Anjos Pontual ML](#), [Freire JSL](#), [Barbosa JMN](#), [Frazão MAG](#), [dos Anjos Pontual A](#), [Fonseca da Silveira MM](#). Evaluation of bone changes in the temporomandibular joint using cone beam CT. [Dentomaxillofac Radiol](#). 2012; 41(1): 24–29.
3. Santos-Tucto T, Gonzales-Olaza H. Cambios osteoartrósicos condíleos relacionados al espesor de la superficie articular del temporal y espacio articular temporomandibular según tomografía computarizada cone beam. KIRU. 2014; 11(1): 56-68.
4. Barceló P, Obach J. Etiopatogenia de la artrosis. En: Herrero Beaumont G, Martín E, Riestra JL, Tornero J, eds. Manual de enfermedades reumáticas. Madrid: Sociedad Española de Reumatología; 1992.
5. Xia WD, Fu KY, Lu WX, Zhao CM, Yang HY, Ye ZX. The prevalence of temporomandibular disorder symptoms in 898 university students and its relationship with psychological distress and sleep quality. Med Oral. 2004; 9:106-15.
6. Martínez Blanco M, Bagán JV, Fons A, Poveda Roda R. Osteoartrosis de la articulación temporomandibular: Estudio Clínico y radiológico de 16 pacientes. Med Oral. 2004; 9:106-15.
7. Salemi F, Shokri A, Maleki FH, Farhadian M, Dashti G, Ostovarrad F, Ranjzad H. Effect of Field of View on Detection of Condyle Bone Defects Using Cone Beam Computed Tomography. J Craniofac Surg. 2016; 27(3):644-8.



8. Morlà-Novell R. Articulación temporomandibular. Diagnóstico y tratamiento (II). Revista de la Fundación Española de Reumatología. 2005; 06(1).
9. Brait Silva Ladeira D, Dibo da Cruz A, de Almeida SM. Radiografía panorámica digital para el diagnóstico de la articulación temporomandibular: CBCT como patrón oro. Braz Res oral. 2015; 29(1).
10. Briner A. Tomografía Computada Cone Beam en Articulación Témporo Mandibular (ATM). Rev Med Clin Condes. 2014; 25(5): 843-849.
11. Pérez Marques A, Perrella A, Saito Arita E, Fenyo Soeiro de Matos Pereira M, de Gusmão Paraíso Cavalcanti M. Assessment of simulated mandibular condyle bone lesions by cone beam computed tomography. Braz Oral Res. 2010; 24 (4).

FIGURAS:

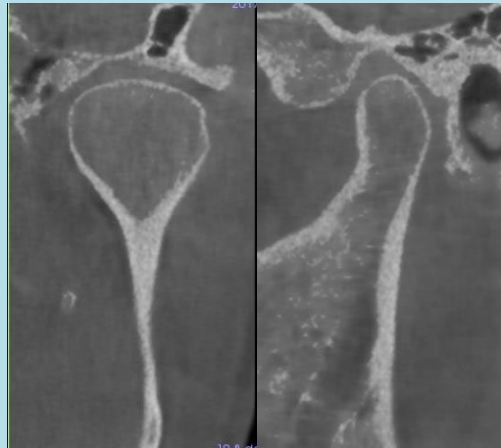


Figura 1: Cortes coronal y sagital de ATM donde se observan los componentes óseos de la misma.

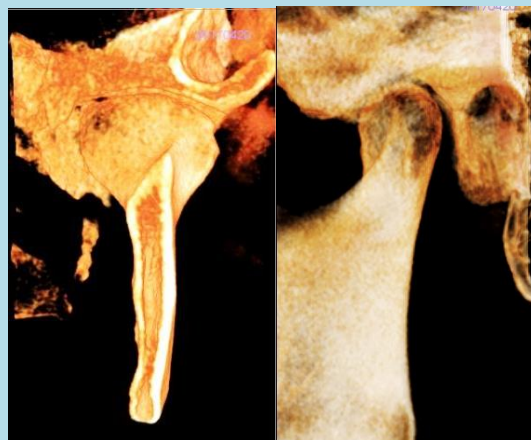


Figura 2: Renderización volumétrica de ATM (vistas coronal y sagital).

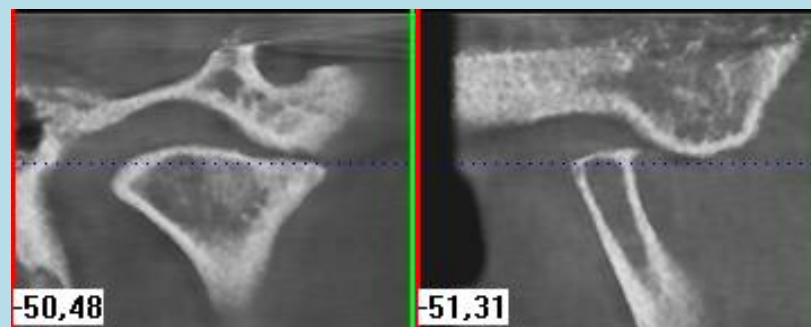


Figura 3: Cortes coronal y sagital de ATM donde se observa el aplanamiento marcado y facetamiento de las superficies articulares tanto del cóndilo maxilar como del temporal.

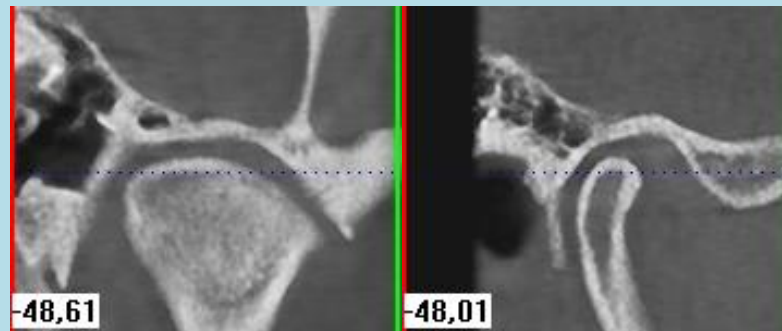


Figura 4: Cortes coronal y sagital en los cuales se observa el engrosamiento de la cortical de la superficie articular craneal y la superficie del cóndilo del maxilar inferior, las cuales se observan hiperdensas.

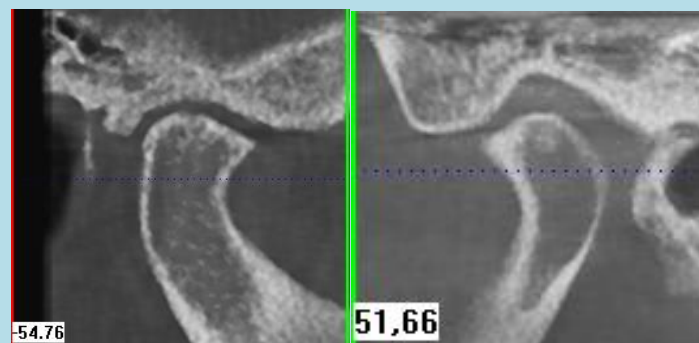


Figura 5: Cortes sagitales de ATM donde se observa la presencia de osteofitos. En ambos casos situados en la parte anterior del cóndilo mandibular.

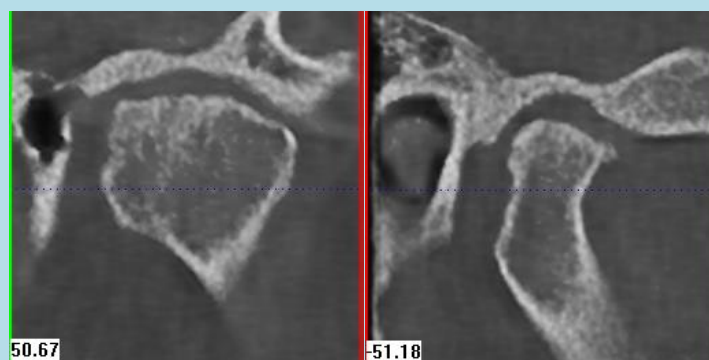


Figura 6: Cortes coronal y sagital de ATM en los cuales se observa alteración del patrón trabecular normal con espacios medulares irregulares, hipo e hiperdensos con la presencia de zonas lacunares hipodensas.

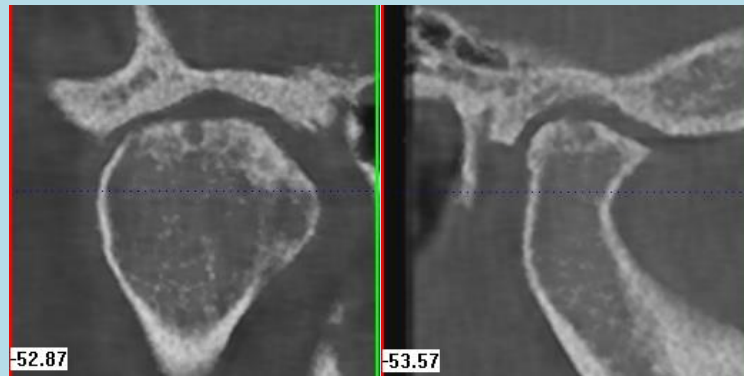


Figura 7: Cortes coronal y sagital de ATM donde se observan quistes subcondrales, como formaciones redondeadas hipodensas, en el polo superior condilar.