PUBLICACION OFICIAL DE fola

DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper · Hispanic and Latin American Edition

PUBLICADO EN MIAMI | www.dental-tribune.com | No. 6, 2010, VOL. 7

AVANCES CLINICOS

El cuidado integral de la salud del infante

Páginas 6 a 10

BRASIL

Visitamos la fábrica de KaVo en Joinville

Página 12

ESPAÑA

El congreso de SEI demuestra el alto nivel de la implantología

Páginas 14 y 15

MARKETING

Consejos probados de nuestros columnistas

Páginas 20 y 23

FOLA EN NUEVA YORK

Varios de los dirigentes latinoamericanos que asistieron al almuerzo para presidentes del GNYDM, entre ellos en segunda fila los doctores Jaime Edelson, presidente de ADM, Víctor Guerrero, director del próximo congreso de FDI en México, y Adán Yáñez, presidente de FDILA.

Los presidentes de las asociaciones odontológicas de Latinoamérica con el nuevo número de Dental Tribune Latinoamérica a la entrada del "media lounge" de esta publicación en el congreso de Nueva York.

Primera reunión fuera de Latinoamérica

Nueva York

La Federación Odontológica Latinoamericana (FOLA) se reunió por primera vez en la historia en esta ciudad, durante la 86 edición del Greater New York Dental Meeting (GNYDM), donde además la poderosa compañía Henry Schein ofreció un desayuno de trabajo a los presidentes de las asociaciones odontológicas latinoamericanas que componen la organización.

El presidente de FOLA, Dr. Adolfo Rodríguez, explicó que el director ejecutivo del GNYDM, Dr. Robert Edwab, invitó a los presidentes de las diferentes asociaciones latinoamericanas a celebrar su reunión en Nueva York para solidificar la relación de la odontología en todo el continente. FOLA es la organización regional de la Federación Dental Internacional (FDI) en América Latina y representa a más de 400.000 odontólogos.

Importante reunión con Henry Schein

La reunión se produjo durante el mayor congreso y exposición comercial de Estados Unidos, celebrado del 26 de noviembre al 1 de diciembre, el cual atrajo a cerca de 60.000 profesionales de todo el mundo y ofreció la oportunidad de aprender los procedimientos clínicos más avanzados, explorar nuevas tecnologías y ver los últimos productos en el mercado.

Evento extraordinario

La extraordinaria magnitud del evento se aprecia mencionando que se ofrecieron más de 300 sesiones científicas divididas en conferencias, seminarios, talleres prácticos, ensayos, demostraciones, teatros quirúrgicos en vivo, etc. y que la exposición comercial contó con más de

→DT página 2

DENTAL TRIBUNE
El periódico dental del mundo
www.dental-tribune.com

Publicado por Dental Tribune International

DENTAL TRIBUNE
Hispanic & Latin America Edition

Director General
Javier Martínez de Pisón
j.depison@dental-tribune.com
Miami, Estados Unidos
Tel.: +1-305 633-8951

Directora de Marketing y Ventas
Jan Agostaro
j.agostaro@dental-tribune.com

Diseñador Gráfico Javier Moreno
j.moreno@dental-tribune.com

COLABORACIONES
Los profesionales interesados en colaborar deben contactar al director.

Esta edición bimensual se distribuye gratuitamente a los odontólogos latinoamericanos y a los profesionales hispanos que ejercen en Estados Unidos.

Dental Tribune Hispanic and Latin America Edition es la publicación oficial de la **Federación Odontológica Latinoamericana (FOLA)**. Además, estamos asociados con las siguientes instituciones: **AMIC Dental** (México), **Expodent/CACID** (Argentina), **CODI** (Guatemala), **Greater New York Dental Meeting** (Nueva York), **Hispanic Dental Association** (EEUU), **Federación Dental Internacional** (FDI), **Federación Odontológica de Centroamérica y Panamá (FOCAP)** y **Salón Dental de Chile**.

Dental Tribune Study Club
El club de estudios online de Dental Tribune, avalado con créditos de la ADA-CERP, le ofrece cursos de educación continua de alta calidad. Inscríbase gratuitamente en www.dtstudyclubspanish.com para recibir avisos y consulte nuestro calendario.

DENTAL TRIBUNE
INTERNATIONAL

Group Editor: Daniel Zimmermann
newsroom@dental-tribune.com
+49 341 48 474 107
Editors: Claudia Salwiczek, Anja Worm
Copy Editors: Sabrina Raaff, Hans Motschmann
President/CEO Torsten Oemus
Sales & Marketing Peter Witteczek, Antje Kahnt
Director of Finance & Controlling Dan Wunderlich
Marketing & Sales Services Nadine Parczyk
License Inquiries Jörg Warschat
Accounting Manuela Hunger
Business Development Bernhard Moldenhauer
Project Manager Online Alexander Witteczek
Executive Producer Gernot Meyer

Holbeinstr. 29, 04229 Leipzig, Germany
Tel.: +49 341 4 84 74 302 | Fax: +49 341 4 84 74 *173*
Internet: www.dental-tribune.com
E-mail: info@dental-tribune.com

Oficinas Regionales

ASIA PACIFIC
Dental Tribune Asia Pacific Limited
Room A, 20/F, Harvard Commercial Building,
111 Thomson Road, Wanchai, Hong Kong
Tel.: +852 3113 6177 |Fax +8523113 6199

THE AMERICAS
Dental Tribune America, LLC
116 West 23rd Street, Ste. 500, New York, N.Y. 10011, USA
Tel.: +1 212 244 7181 | Fax: +1 212 224 7185

La información publicada por Dental Tribune International intenta ser lo más exacta posible. Sin embargo, la editorial no es responsable por las afirmaciones de los fabricantes, nombres de productos, declaraciones de los anunciantes, ni errores tipográficos. Las opiniones expresadas por los colaboradores no reflejan necesariamente las de Dental Tribune International.
©2010 Dental Tribune International.
All rights reserved.

El director del GNYDM, Robert Edwab, con el presidente y vicepresidente de Henry Schein, Stanley Bergman y Steve Kess, el presidente de FOLA, Adolfo Rodríguez y otros directivos de la odontología en América Latina.

FOLA en Nueva York

Por Javier Martínez de Pisón

← DT página 1

1.500 stands donde se presentaron miles de nuevos productos.

Por su parte las instituciones odontológicas latinoamericanas e hispanas asociadas al GNYDM, como FOLA, la Universidad de Puerto Rico, la Asociación Odontológica Dominicana USA, la Asociación Dental Puertorriqueña USA o la Asociación Dental Mexicana, ofrecieron tres días enteros de conferencias en español.

La cantidad de talleres, almuerzos educativos, seminarios, programas para especialistas y simposios entre los que elegir fue tal que el verdadero problema fue encontrar tiempo para seleccionar qué atender en esta inmensa oferta.

El elevado nivel de participación alcanzado por la odontología latinoamericana en el GNYDM se debe en gran medida a la labor realizada durante años por el presidente de FOLA, Adolfo Rodríguez, quien preside también la Asociación Odontológica Dominicana.

El presidente del GNYDM, Dr. John R. Halikias, declaró a esta publicación que la asistencia de odontólogos norteamericanos había descendido un 1% con respecto a 2009, pero que el total había aumentado gracias a la participación extranjera y en particular de la latinoamericana.

Unos días después del congreso el director ejecutivo del GNYDM Robert Edwabs fue invitado a tocar la campana que abre las operaciones de la bolsa en Wall Street como reconocimiento a la aportación del evento a la economía. Según sus directivos, cada edición anual del GNYDM representa una inyección de $11 millones de dólares a la economía de Nueva York.

Invitación de Schein

La compañía Henry Schein, el mayor distribuidor de productos dentales del mundo, invitó a los delegados de FOLA a un desayuno el lunes 29 de noviembre en el que estuvieron presentes tanto su presidente Stanley Bergman como su vicepresidente Steve Kess, además del asambleísta por el Estado de Nueva York, Adriano Espaillat.

Cada edición anual del GNYDM representa una inyección de $11 millones de dólares a la economía de Nueva York.

Bergman no quiso precisar a esta publicación si Schein piensa montar una cadena de distribución en América Latina, pero se entrevistó con varios presidentes de asociaciones odontológicas del continente en privado. Dos de los mercados en los que Schein está interesado son Brasil y México, declaró Bergman.

Durante su discurso además subrayó en para 2030 las minorías étnicas en Estados Unidos serán la mayoría, específicamente la población hispana.

El empresario declaró que programas de Schein como “Reach” asisti-

El presidente de Henry Schein, Stanley Bergman, con la Dra. Amarilis Jacobo, delegada de la ADA por Nueva York y expresidenta de la AOD USA, que fungió como traductora.

El Dr. Adolfo Rodríguez, presidente de FOLA, durante su alocución.

El asambleísta por el Estado de Nueva York, Adriano Espaillat, de origen dominicano, durante el desayuno de Schein.

Steve Kess, Adolfo Rodríguez y Stanley Bergman.

Steve Kess y Robert Edwab con el Dr. Samuel Prophete, presidente de la Asociación Dental de Haití.

Fotos: Jan Agostaro

El presidente de la Asociación Dental Brasileña (ABO), Dr. Newton Carvahlo, izquierda, y un poco más arriba, el presidente del Colegio Odontólogico del Perú, Dr. Miguel Angel Saravia, en el almuerzo para presidentes.

El presidente de Dental Tribune International, Torsten Oemus y el director de Dental Tribune Latinoamérica, Javier Mz. de Pisón, recibieron reconocimientos de FOLA por su labor en pro de la odontología latinoamericana.

Fotos: Jan Agostaro

rán a asociaciones como FOLA o la Hispanic Dental Association a desarrollarse aún más; otro programa de la compañía, iniciado en 2010, asiste a desarrollar líderes de grupos étnicos minoritarios en Estados Unidos para que exista una mayor diversidad de liderazgo a todos los niveles.

"Las personas que se encuentran en esta sala van a jugar un papel muy importante en avanzar las relaciones culturales en el mundo", manifestó Bergman, "y con su ayuda esperamos mejorar la salud global mediante el programa Schein Cares".

El Dr. Rodríguez agradeció la labor de la empresa en República Dominicana, al igual que los programas que tiene para ayudar a la niñez. Henry Schein es probablemente el distribuidor de productos dentales que más ayuda humanitaria ofrece a personas y países en el mundo. Entre sus últimos esfuerzos ha coordinado ayuda para la población y los odontólogos haitianos tras el terremoto, donde donó un millón de dólares.

"En cuestión de horas después del terremoto movilizamos a diversas organizaciones y teníamos en Haití un gran contingente de ayuda humanitaria, médicos, etc.", declaró el presidente de Schein, que además donó 25.000 dólares para instalar unidades dentales en ese país.

→DT página 29

Los presidentes de los colegios odontológicos de Bolivia y Perú, Oscar Toco Choque y Miguel Angel Saravia, en Nueva York.

La feria de Nueva York supera cada año ofertas y expectativas

Dos teatros quirúrgicos en vivo

*Por Robin Goodman*y Fred Michmershuizen***

Nueva York

El Greater New York Dental Meeting sobrepasó todas las expectativas y en su 86 edición no presentó uno sino dos grandes teatros quirúrgicos, una de las grandes atracciones educativas para los asistentes, ya que ofrecen simultaneamente una conferencia y un procedimiento quirúrgico en un paciente en vivo.

Las dos pantallas gigantes, más los plasmas de grandes dimensiones distribuidos por las zonas adyacentes, permitieron ver con precisión todos los procedimientos quirúrgicos durante tres días de conferencias en estos teatros quirúrgicos en vivo.

En la mañana del lunes, mientras el Dr. Stephen J. Gordon atendía a un paciente sobre el escenario, el Dr. Garry Bey explicaba técnicas avanzadas de endodoncia (The endo/restorative continuum: modern techniques and tools for the general dentist) que Gordon demostraba en el Teatro Quirúrgico en Vivo Nº 2.

Mientras en un lado de la feria el Dr. Ara Nazarian hablaba en el Teatro Quirúrgico en Vivo Nº 1 sobre la implantología en tiempos de crisis económica (Simple implant placement in a complex economy), en el otro lado de la feria el Dr. Michael Miyasaki discutía técnicas de restauración mínimamente invasivas (Minimally invasive aesthetic indirect restorative procedures) y después del almuerzo disertó y demostró con un paciente el uso de imágenes digitales en endodoncia (Advanced imaging for the new and retreatment endodontic patient).

Por su parte, el Dr. Douglas Terry demostró el uso en puentes de composites reforzados (Anterior fiber-reinforced composite resin bridge), mientras que el Dr. Brian Shroder se centró en técnicas de escanear de alta precisión (From elastomeric impressions to digital replication: It's a scanning wand, not a magic wand).

Foto: Jan Agostaro

Uno de los dos teatros quirúrgicos donde se realizaron procedimientos clínicos en vivo durante tres días.

Los Simposios del DTSC

A poca distancia del Teatro Quirúrgico en Vivo Nº 1 se ofrecían los cursos del Club de Estudios de Dental Tribune (Dental Tribune Study Club Symposia), que ofrecen créditos de educación continua de la ADA-CERP.

Dr. Gregori Kurtzman dictó una conferencia sobre "La incorporación de nuevos materiales dentales y técnicas en odontología restaurativa", mientras que Noel Brandon-Kelsch habló sobre formas ecológicas para el control de infecciones.

Los asistentes que salían de la atestada conferencia del Dr. Martin Goldstein manifestaron que les había gustado la plataforma educativa de los Simposios del DTSC. "Aprendí bastante en la conferencia. No hago muchas restauraciones con resinas compuestas directas, así que ha sido muy interesante", declaró la Dra. Ofelia Jackson, que ejerce en Nueva York.

El Dr. Mayer Sinensky, también de Nueva York, se detuvo al salir de la conferencia de Freedman, Goldstep y Lynch para decir lo que pensaba del programa. "Creo que el formato es muy bueno. Se trata de una pequeña habitación que hace que te sientas como si estuvieras en un salón de clase, y los conferencistas son buenos oradores y conocen bien sus campos. La conferencia me ha hecho querer ir a algunos stands para ver productos. Esta es la primera que asisto a una conferencia del DTSC, pero voy a examinar toda la programación para ver si hay otras que me interesan."

→DT página 30

**Directora de Dental Tribune América y ** director de Dental Tribune Online*

Te-Econom®

Sistema económico de productos idealmente coordinados entre sí

Sistema para restauraciones directas:

Eco-Etch® – Ácido fosfórico al 37% en gel para el grabado del esmalte o la técnica de grabado ácido total

Te-Econom Bond® – Agente adhesivo monocomponente y fotopolimerizable para esmalte y dentina

Te-Econom Flow® – Composite híbrido radiopaco y fotopolimerizable de consistencia fluida

Te-Econom Plus® – Composite híbrido radiopaco y fotopolimerizable de consistencia plástica

www.ivoclarvivadent.com

Ivoclar Vivadent AG
Bendererstr. 2 | FL 9494 Schaan | Liechtenstein | Tel.: +423 / 235 35 35 | Fax: +423 / 235 33 60

Ivoclar Vivadent S.A. de C.V.
Av. Mazatlan No. 61, Piso 2 | Col. Condesa | 06170 México City, D.F. | Mexico | Tel.: +52 (55) 50 62 10 00 | Fax: +52 (55) 50 62 10 29

Ivoclar Vivadent Marketing Ltd.
Calle 134 No. 7-B-83, Office 520 | Bogotá | Colombia | Tel.: +57 1 627 33 99 | Fax: +57 1 633 16 63

ivoclar vivadent®
passion vision innovation

El cuidado integral de la salud del infante

Por Ramón Castillo Mercado, Guido Perona Miguel de Priego** y Jorge L. Castillo Cevallos****

Los padres buscan atención odontológica para sus hijos a edades cada vez más tempranas, incluso antes del primer año de edad. Esto permite a los profesionales proporcionar información de salud bucal en un importante período de vida, por lo que es necesario conocer las características bucales anatomo-morfológicas de los infantes.

La relación intermaxilar sagital en el infante recién nacido presenta cambios durante el desarrollo de la oclusión. El maxilar superior se encuentra en una posición anterior en relación a la mandíbula, que es el aspecto más notable al momento del nacimiento, con una apariencia de una pseudo-micrognatia del maxilar inferior. Pocos niños presentan una relación borde a borde de los rebordes maxilares al nacimiento; la posición mandibular se desarrolla después del nacimiento por la succión fisiológica (Figuras 1 y 1a).

En cuanto a la relación máxilo-mandibular vertical, se observa que la aparente mordida abierta anterior es considerada como fisiológica hasta el inicio de la erupción dentaria. La articulación témporo-mandibular (ATM) del recién nacido es también muy peculiar: el cóndilo y el disco son aplanados y la eminencia articular es sólo un leve aumento óseo. Por ello hay mayor libertad de movimiento mandibular debido a la ausencia de interferencias; estos movimientos promueven el desarrollo de los músculos peribucales, lo que lleva a la maduración de la ATM.

El contorno de los labios es característicamente triangular, con base en el labio inferior y vértice en el labio superior (Figura 2). Después del nacimiento, la alimentación frecuente lleva a la formación de un callo de succión. Esta cubierta se compone de un aumento de volumen en la línea media del labio superior; durante la lactancia ésta mejora por el contacto con el seno materno.

La inserción del frenillo labial es variable: va desde unos pocos milímetros por encima del borde del reborde alveolar hasta la papila incisiva. Esto constituye la llamada «persistencia de frenillo tectolabial», que mejora durante la lactancia.

Este frenillo tiende a disminuir de tamaño con el desarrollo normal; la persistencia de frenillo tectolabial se observa en un 25% de los niños y el nivel de inserción gingival tiende a moverse hacia apical con la edad.

En la región anterior y vestibular de los rodetes se notan segmentaciones verticales que coinciden con la presencia de los gérmenes de los dientes incisivos y caninos, que tienen una forma lobulada.

El mecanismo de erupción dentaria se inicia desde la diferenciación de los gérmenes dentarios hasta la fase eruptiva o funcional, cuando el diente se encuentra en oclusión, y continúa erupcionando para compensar el desgaste oclusal. El mecanismo exacto de la erupción y todas las alteraciones tisulares e inmunológicas que lo acompañan todavía sigue en estudio.

En la época de erupción los dientes primarios pasan la mucosa oral al exterior sin producir ningún síntoma, pero de acuerdo a Magnusson, en dos tercios de la población los niños presentan manifestaciones locales en la zona de erupción del diente.

Para Harnd la erupción es un proceso fisiológico que ocurre sin relación a una manifestación orgánica. Toledo refiere que no debe descartarse un factor de coincidencia y que la erupción como proceso fisiológico puede estar acompañada de manifestaciones locales y generales como irritabilidad, sialorrea, molestia en la zona de erupción que mantiene al infante frotando los dedos en la boca (Figura 3), fiebre, diarrea, gingivitis, inapetencia, erupción cutánea, tos, vómitos, etc.

Simeao realizó un estudio para conocer los signos y síntomas en infantes relacionados a la erupción dentaria en Fortaleza (Brasil), donde se interrogó a cien madres de familia y cien médicos pediatras, encontrando lo siguiente: un 93,9% de pediatras manifestaron haber detectado alteraciones clínicas en sus pacientes durante la erupción dentaria; un 75.7% de las madres manifestaron alteraciones de salud de sus hijos durante la erupción dentaria. Las manifestaciones más citadas en orden decreciente fueron: irritabilidad, hábito de llevar la mano a la boca, sialorrea, anorexia, fiebre, mal sueño, diarrea.

Un gran número de las madres refieren acudir al pediatra cuando surgen estas alteraciones y usar pomadas o aditamentos de mordida. Los pediatras informaron que optaron por dar orientación exclusiva del problema y a veces usar medicamentos sintomáticos; una pequeña parte remitió a los niños al dentista, pero lo más importante es que la mayoría de las madres refieren no haber recibido información al respecto.

Desarrollo dentario y oclusión

Hacia la séptima semana de vida del embrión, surgen de la lámina dental las primeras yemas que corresponden a la dentición primaria. En el maxilar superior se observa que los dientes centrales primarios maxilares brotan hacia palatino en una posición más labial; los laterales hacia palatino; los caninos hacia vestibular; los primeros molares hacia palatino y los segundos molares hacia vestibular. En la maxilar inferior ocurre lo mismo, excepto que los cuatro incisivos se desprenden hacia lingual.

El desarrollo dentario comienza más o

Figura 1. Obsérvese el perfil del recién nacido.

Figura 1a. Perfil del infante de 6 meses de edad.

Figura 3. Infante frotándose el reborde gingival con los dedos.

Figura 2. Forma triangular de los labios.

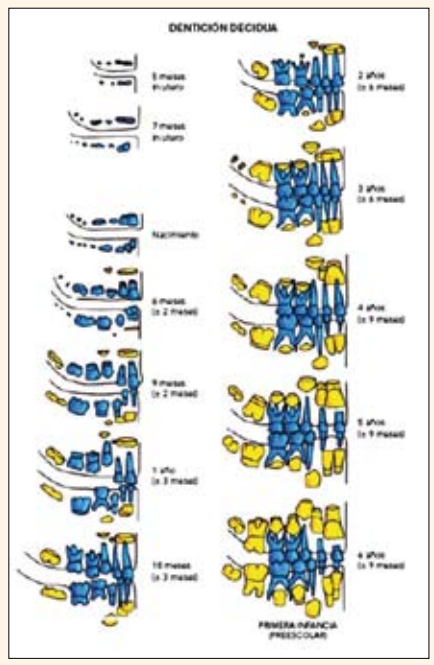


Figura 4. Esquema del desarrollo y erupción dentaria (tomado de Molina et al., Odontol Pediatr 2008; 7;1)..

Figura 5. Secuencia de erupción dentaria primaria.

Figura 6. La odontopediatría es integral.

Figura 7. Evaluación de un infante y orientación de la madre.

Figura 8. Infante examinado con técnica rodilla-rodilla.

Figura 9. Infante en camilla especial para examen bucal.

Figura 10. El infante en la sala de espera.

**Profesor principal, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.*
***Profesor asociado, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.*
****Profesor asociado, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Perú.*

menos a los 4-6 meses en útero, la primera erupción dentaria se observa entre los 5½ y 6½ meses. hasta los 2 años en promedio de edad, cuando se completa la dentición primaria, y los recambios se inician a los 6 años en promedio (Figura 4).
Los primeros dientes en erupcionar son los incisivos centrales, luego los incisivos laterales, siguen los primeros molares y luego los caninos, para finalizar con los segundos molares primarios (Figura 5).
La erupción de los dientes primarios estimula la formación del hueso alveolar, creciendo en altura y grosor mediante mecanismos de reabsorción y aposición, y a su vez los maxilares crecen en la zona posterior en forma de "V".
Cuando se completa la dentición primaria se establece la oclusión primaria con un total de veinte dientes; es aquí donde se produce un incremento de crecimiento en todas las direcciones, tanto en sentido sagital, transversal como vertical, y se observan cambios en la cara de los niños entre los tres y seis años de edad. En este momento se produce un cambio importante en el niño y la función masticatoria se establece en su totalidad.

Examen integral del infante

Las nuevas tendencias en el cuidado de la salud bucal, principalmente en niños y adolescentes, están dirigidas a considerar en primer lugar a la salud como un todo, la cual se ve afectada cuando uno de sus componentes es involucrado, como la cavidad bucal (Figura 6).
La salud del ser humano está gobernada por un sinnúmero de factores orgánicos, nutricionales, microbiológicos, ambientales, sociales, genéticos, etc. que repercuten en la salud general a partir de un problema local.
Por otro lado, el enfoque no debe ser individual, sino que debe estar dirigido a los núcleos familiares para proteger a quienes mantienen una cercana interrelación. Por eso debe considerarse la participación de profesionales de otros campos vinculados al cuidado de la salud del niño, del adolescente y de la familia en general.
En cuanto a la salud bucal del infante, debe empezar a cuidarse desde muy temprano, rompiendo paradigmas como la edad, colaboración apropiada del infante, posibilidad de tener manifestaciones patológicas a esta edad, etc. La American Academy of Pediatric Dentistry (AAPD) recomienda a los padres realizar un examen odontológico del niño alrededor del primer año. El inicio de un examen temprano ofrece las siguientes ventajas:
El niño se familiariza con el ambiente odontológico en una situación que no comprende necesariamente tratamiento
Mantenimiento de una continuidad en la relación niño-odontólogo
Mejor entendimiento de los factores de riesgo en el entorno familiar
La exposición del niño a medidas preventivas como el flúor
Seguimiento de su desarrollo dento-maxilar, incluyendo hábitos bucales
La American Academy of Pediatrics (AAP) recomienda que los pediatras y los profesionales de la salud relacionados con esta especialidad adquieran el conocimiento necesario para determinar los factores de riesgo bucal en todos los pacientes a partir de los seis meses de edad (Figura 7).
Los dentistas de práctica general, médicos, enfermeras y otros profesionales de la salud no tienen la misma oportunidad de ver a tantas madres e infantes como los odontopediatras. Es por ello necesario que conozcan la patofisiología y los factores de riesgo asociados con la CAT (*caries de aparición temprana*) para tomar decisiones respecto al momento de iniciar una intervención efectiva, y brindar a los padres educación sobre la etiología y la prevención de este problema (Figura 8).
Muchas organizaciones recomiendan la primera visita dental a la edad de 1 año o antes. La AAPD y la ADA proponen que la primera visita del niño al dentista debe realizarse después que erupciona el primer diente y no después del primer año. La AAP por su parte propugna que el primer examen bucal se realice alrededor de los 6 meses, conjuntamente con el chequeo regular del bebé como parte de la periodicidad normal de los exámenes pediátricos. Los objetivos de la primera visita son: educar a los padres, introducir modalidades preventivas, determinar el riesgo de enfermedad bucal y realizar una evaluación bucal (Figuras 9 y 10).
La visita inicial permite que el profesional ofrezca a los padres información sobre salud bucal. Las áreas de discusión en esta etapa son: desarrollo de la dentición, higiene oral, dieta, hábitos orales, trauma y uso de flúor tópico y sistémico, como también expectativas de comportamiento durante las citas odontológicas. La parte importante de esta visita es obtener la mayor información posible de los padres, que debe incluir preguntas relacionadas a: historia médica, historia social, historia prenatal, natal y neonatal, historia cognitiva y de desarrollo físico y, finalmente, historia dental. Luego de obtener esta información se discuten tópicos sobre la guía anticipatoria, seguida de un examen apropiado del infante.

Educación familiar

Promover la salud integral requiere de una compleja serie de estrategias que comprenden familias, servicios profesionales tanto odontológicos como médicos y otros afines, actividades de salud pública e iniciativas de políticas de salud.
La educación familiar sobre salud bucal es un componente crucial y continuo de cualquier plan de prevención; sin embar-

EMS-SWISSQUALITY.COM

EMS
ELECTRO MEDICAL SYSTEMS

SAVE CELLS

NUEVOS SWISS INSTRUMENTS SURGERY EMS – SALVANDO TEJIDO CON NUEVAS INNOVACIONES EN IMPLANTOLOGÍA

El inventor del método Original Piezon ha ganado otra batalla contra la destrucción de tejido cuando se realiza los implantes dentales. La palabra mágica es doble refrigeración – refrigeración del instrumento desde dentro y fuera junto con la evacuación simultánea de residuos y preparaciones quirúrgicas eficientes en el maxilar.

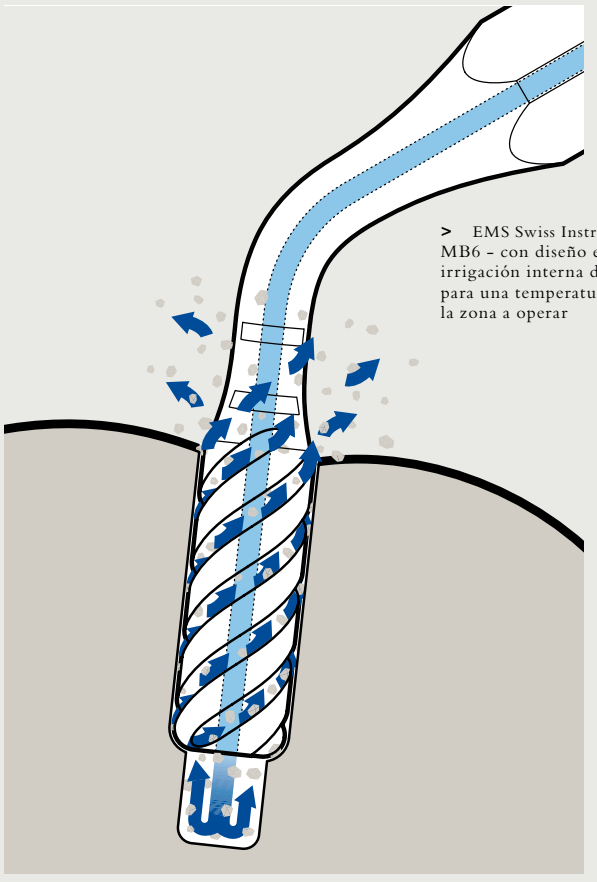
LA REFRIGERACIÓN CURA
Un diseño único espiral y la irrigación interna eviten que suba la temperatura del instrumento durante el procedimiento quirúrgico. Estas características se combinan eficazmente para favorecer la excelente regeneración del tejido óseo.

EMS Swiss Instruments Surgery MB4, MB5 y MB6 son instrumentos cilíndricos diamantados para la preparación quirúrgica secundaria (MB4, MB5) y osteotomía final (MB6). El diseño espiral combinado con doble refrigeración innovadora hacen que estos instrumentos sean únicos en implantología.

EL CONTROL SALVA
El control eficaz del instrumento potencia la preparación atraumática del implante y minimiza cualquier daño potencial al tejido óseo.

LA PRECISIÓN TRANQUILIZA
El corte selectivo representa sustancialmente ningún riesgo de daño al tejido blando (membranas, nervios, vasos sanguíneos , etc.). Una visión óptima de la zona a operar y sangrado mínimo gracias a la cavitación (¡efecto hemostático!) mejoran todavía más la eficacia.

Los nuevos EMS Swiss Instruments Surgery representan la precisión Suiza sin precedentes y innovación por el beneficio de tanto los dentistas como los pacientes – la misma filosofía adoptado por EMS.



> EMS Swiss Instrument Surgery MB6 - con diseño espiral único y irrigación interna del istrumento para una temperatura ultrabaja en la zona a operar

Para más información >
www.ems-swissquality.com

"I FEEL GOOD"

go, el enfoque debe dirigirse al cuidado de la salud del niño para asegurar que desde muy temprano esté libre de problemas.
Dar información educacional a los padres es la base de la prevención primaria; sin embargo, es sólo parte del proceso preventivo. La familia debe ser capaz de visualizar (leer, mirar o escuchar) y comprender el material educativo a su alcance y de implementar las acciones como parte de una rutina en la salud preventiva del niño.
Hay que tener en cuenta que existen barreras en las familias que impiden llevar acciones eficaces. Estas barreras deben identificarse para realizar las intervenciones educativas y preventivas en familias individuales exitosamente.
Las familias enfrentan diariamente retos difíciles, especialmente las de alto riesgo para CAT. A menudo, no entienden el vínculo entre la salud bucal de sus hijos y la salud integral, y otros no están al tanto de los factores de riesgo. Los padres juegan un rol crítico en la salud de los niños, pero sabemos poco sobre su capacidad para cambiar su comportamiento y cuidar de la salud bucal de sus niños mediante la aplicación de prácticas preventivas en circunstancias como la pobreza, el stress y la depresión.
Varios factores pueden influenciar la capacidad de la familia para adoptar prácticas preventivas de salud bucal, incluyendo influencias culturales, la ansiedad o temor a las prácticas odontológicas y factores psicosociales.
La educación sobre salud bucal para familias, padres o tutores es un concepto muy amplio que comprende varias áreas de atención y prevención: desarrollo de la cavidad bucal en el infante, conocimiento de las enfermedades más prevalentes a las que están expuestos, cuidado en el hogar y entrenamiento para una buena salud bucal, dieta y hábitos alimentarios y uso racional del flúor. Los métodos para educar a la familia dependen de si tienen lugar a nivel grupal, como en un hospital comunitario, iglesia, colegio, clínica de salud pública, programas de ayuda comunitaria, o en una oficina donde se provee educación en forma individual (Figuras 11, 12, 13).
Idealmente, la estrategia educacional en salud bucal de la familia debe empezar con educación prenatal. En medicina

Figura 11. Madre e infante previo al examen bucal.

Figura 12. Juegos sobre salud bucal para niños y profesoras.

Figura 13. Una odontopediatra explica conceptos de salud individualmente a integrantes de un nido escolar con un tipodont.

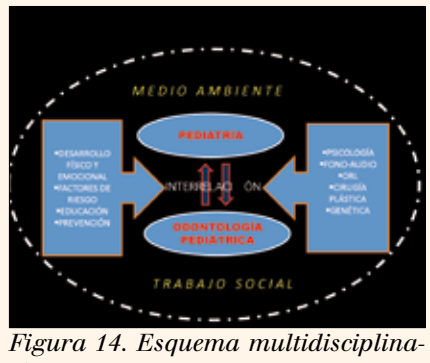


Figura 14. Esquema multidisciplinario.

hace mucho tiempo se ha reconocido la importancia de la consejería prenatal y el cuidado médico para la madre gestante. La salud bucal de la madre no solamente afecta la futura salud bucal del infante, sino su salud integral también.
Después del nacimiento del niño, los odontólogos deben reforzar la salud bucal materna, reduciendo los niveles de *streptococos mutans* para menguar a su vez la colonización del infante y así el riesgo de CAT.
Las estrategias para educar a los padres han cambiado del enfoque de persuasión tradicional a intervenciones individualizadas, como la guía anticipatoria y la entrevista motivacional, además de la literatura tradicional y educación audiovisual. Los padres que han recibido esta entrevista motivacional tuvieron infantes con niveles de caries dental significativamente menores a aquéllos que no la recibieron.

Trabajo en equipo

En el cuidado de la salud bucal del infante la meta principal es explorar y planificar el trabajo conjunto de profesionales del campo dento-maxilofacial, médico y otros en sus comunidades para promover la salud bucal infantil. El cuidado integral de la salud considera al ser humano en toda su dimensión física y emocional, y debe ser realizado por profesionales capacitados.
Sin embargo, no existe el suficiente número de profesionales capacitados para cuidar y atender las enormes necesidades de la población infantil. Quienes realizan gran parte de esta labor son los profesionales de la salud de formación general, particularmente cuando se trata de temas de la cavidad bucal. Felizmente, la tendencia actual es utilizar equipos multidisciplinares en la comunidad.
La atención de la salud bucal en la niñez temprana debe enfatizar:
La capacidad para examinar a los infantes y niños de edad temprana
El uso de instrumentos que señalen el riesgo, así como los enfoques médico y quirúrgico
La capacidad para trabajar sensible y respetuosamente con familias de diferentes niveles culturales y étnicos
Los profesionales necesitan una comprensión de la salud general de los niños y su desarrollo, y saber cual es el rol de los proveedores médicos en el cuidado primario de la salud. Los profesionales médicos y afines deben jugar un rol preponderante en aquellos temas relacionados a la salud sistémica, tener suficiente conocimiento de la salud bucal para promoverla como parte del cuidado médico regular y entender el rol de los odontólogos (Figura 14).
Este enfoque integrador tiene sentido por varias razones:
Los niños de alto riesgo para problemas de salud bucal se benefician del trabajo en equipo
El trabajo en equipo permite que los niños acudan al dentista tempranamente cuando las oportunidades de prevención son mas efectivas
La ciencia señala que la salud bucal es parte integral de la salud general de los niños.

Fisiopatología de la cavidad bucal del infante

Los infantes pueden presentar algunos cambios de acuerdo a su etapa de desarrollo, como la presencia de dientes natales y neonatales. Los dientes natales están presentes al nacer (Figuras 15 a, b, c), mientras que los neonatales erupcionan hasta 30 días después. Su prevalencia es casi 1:1,000 nacidos; la mayoría son incisivos mandibulares primarios. Estos dientes pueden presentar hipermovilidad y un desarrollo radicular limitado; esto es motivo de consulta ya que producen lesiones en el pezón materno y heridas en la cara ventral de la lengua del infante, conocida como Úlcera de Riga-Feder, además de riesgo de que pueda ser aspirado por el niño, por lo que debe ser evaluado y determinar si es necesaria su extracción. La lesión tiene inicio como un área ulcerada en la superficie ventral de la lengua, pudiendo progresar hasta llegar a tener la apariencia de un granuloma ulcerativo. En el bebé, esta lesión frecuentemente resulta en deshidratación y dificultad de ingestión de alimentos.
Algunos infantes pueden presentar quistes gingivales, que son restos de estructuras epiteliales embrionarias y pueden ser consideradas como perlas de Epstein, nódulos de Bohn o quistes de lámina dental.
Las **perlas de Epstein** se encuentran en el maxilar superior a lo largo del rafe palatino medio y consisten en restos epiteliales del paladar en desarrollo (Figura 16).
Los **Nódulos de Bohn** se observan en las caras vestibular y palatina de los rodetes,

Figuras 15 a, b, c. Diente natal.

Figura 16. Perlas de Epstein.

Figura 17. Nódulos de Bohn.

Figura 18. Quiste de erupción.

Figura 19. Frenillo lingual corto.

Figura 20. Dientes fusionados 71-72 y agenesia 73.

especialmente en el maxilar, y puede ser aislado o múltiple; tienen su origen en la inclusión de tejido originario de las glándulas mucosas, y pueden ser confundidos frecuentemente con dientes debido a su color, forma, localización y época de aparición al tercer o cuarto mes de vida (Figura 17).

Los quistes de lámina dental se encuentran en la cresta del reborde alveolar, son más frecuentes en la región posterior y están compuestos de restos de lámina dental. Muchos autores, sin embargo, creen que estos tres tipos son una sola entidad, que se distingue por su ubicación y el tejido de origen.

El quiste de erupción es una forma de quiste dentígero que se presenta en niños en la etapa de erupción de dientes primarios y también al inicio del cambio por dientes permanentes; es la acumulación de líquido dentro del espacio folicular de un diente en erupción y el revestimiento epitelial de este espacio es el epitelio reducido del esmalte. Se observa clínicamente como una inflamación del tejido blando del reborde alveolar en el lugar de la erupción del diente, de color azulado por el acúmulo de sangre o también de color amarillo cuando sólo se encuentra líquido quístico; el infante generalmente presenta molestias e irritabilidad ya que el diente no erupciona y siente presión en la zona; el tratamiento consiste en el drenaje de la zona y observación (Figura 18).

El frenillo lingual corto produce dificultad para la movilidad de la lengua durante la lactancia (Figura 19).

Con respecto a los tejidos dentarios, las alteraciones de desarrollo más comunes son los dientes fusionados y las agenesias.

Infecciones bacterianas a edad temprana

Caries dental de aparición temprana

La Academia Americana de Odontopediatría define la caries dental como la desmineralización ácida del esmalte y dentina inducida por el biofilm (placa), y mediada por la saliva. La Caries de Aparición Temprana (CAT) se define como la presencia de 1 o más superficies cariadas (lesiones cavitadas o no cavitadas), pérdidas debido a caries u obturadas, en niños de 71 meses de edad o menores. En niños menores de 3 años de edad cualquier signo de caries de superficie lisa es indicativo de Caries de Aparición Temprana Severa (CATS). Desde los 3 a los 5 años, 1 o más lesiones cavitadas, pérdidas debido a caries u obturadas en superficies lisas en los dientes primarios anteriores, o un índice cariado, perdido, obturado de ≥ 4 (3 años) ≥ 5 (4 años) o ≥ 6 (5 años) superficies, constituye CATS.

El estudio NHANES (Encuesta Nacional de Salud en Estados Unidos) indica que los niños de 2 años de edad que viven en la pobreza o extrema pobreza, tienen un promedio de 0.5 del índice cpo por niño y, a medida que crecen, éste aumenta hasta 2.7 en los niños de 5 años. Otro dato importante es que la mayor parte de niños con CAT tienen por lo menos 3 superficies cariadas, así como que la caries dental en el infante está en aumento, a diferencia de otros grupos etáreos. Estas cifras pueden ser mucho mayores en países en vías de desarrollo o emergentes.

La caries dental no se debe ver solamente por el impacto biológico que puede tener en los dientes de los niños, ya que interfiere en varios aspectos de la vida de los infantes y los padres. Un niño con CAT puede tener menor rendimiento escolar, más ausentismo escolar, menor capacidad para el estudio, para jugar con otros niños, causar pérdida de horas de trabajo los padres y hasta infecciones más graves que pueden llevar a la muerte.

Existen múltiples factores de riesgo para CAT. La experiencia de caries del individuo y de la familia es el más importante para determinar el riesgo futuro de caries, tanto en la dentición primaria como en la permanente.

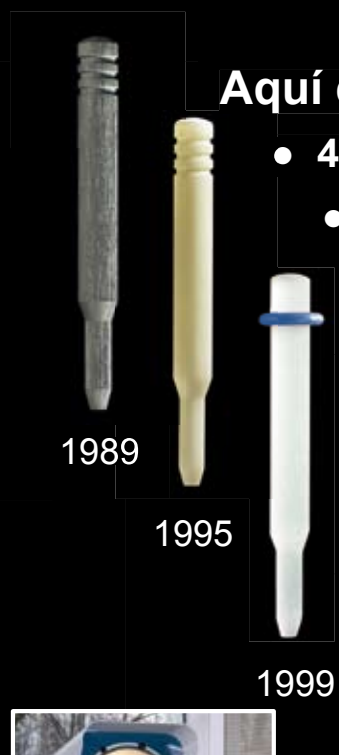
La dieta también contribuye a CAT: la frecuencia del consumo de carbohidratos, aumenta el riesgo de caries dental. Un estudio de Tsubochi et al. demostró que el consumo de 3 o más carbohidratos entre comidas al día aumenta el riesgo de caries. Además, el biberón nocturno sin restricción y por tiempo prolongado, también puede ser un factor contribuyente a altos niveles de caries.

La calidad del esmalte es también un factor de riesgo: los niños con esmalte hipoplásico en la dentición primaria tienen mayor riesgo de caries dental.

La colonización temprana por *S. Mutans* es un factor de riesgo importante y puede darse inclusive antes de la aparición de los primeros dientes. La colonización inicial temprana contribuye a niveles más altos de caries dental. La transmisión puede ser vertical, a través de la madre o cuidador, u horizontal, a través de otros niños (hermanos o compañeros en las guarderías infantiles). La presencia de placa visible por mala higiene bucal está relacionada con aumento de riesgo de caries. Y un elevado consumo de azúcar influencia la composición microbiológica de la placa dental.

Los autores obtuvieron en noviembre de 2010 el "Premio Hipólito Unánue a la Mejor Edición Científica sobre Ciencias Médicas" del Perú por el libro ***Estomatología Pediátrica,*** publicado por la Editorial Ripano. Si desea adquirlo visite **www.ripano.pe.**

RTD EL LÍDER GLOBAL EN POSTES DE FIBRA



Aquí están las razones:

- 40 años de investigación e innovación
- Tenemos 16 patentes relacionadas a postes de fibra
- Respaldados por cientos de estudios y artículos
- Premio cinco-estrellas REALITY´S CHOICE®, 5 años consecutivamente*
- Distribuimos en 75 países
- Productos reúnen los estándares de calidad ISO, China, Japón, EEUU
- Millones de postes colocados clínicamente

Control dimensional

Torno computarizado

Prueba de resistencia a la fractura estática

Obtenga más información y encuentre a su distribuidor más cercano en www.rtd.fr/esp

Recherches Techniques Dentaires
3 rue Louis Neel
38120 St Egréve France

Nuestra experiencia en fibras es tu fuerza™

*D.T. Light-Post® • 2004 – 2008