



ACADEMIA NACIONAL DE ODONTOLOGIA

2017

www.academianacionaldeodontologia.org

WWW

Índice

Comisión Directiva	3
Editorial	6
Tendencias	
Nueva definición de Salud Bucal de la Federación dental Internacional	7
Comentario de lo anterior por Dr. Ira B. Lamster	8
Encuesta Nacional sobre Endodoncia. Académicos de Número Jorge Fernández Monjes y Beatriz María.Maresca	9
Presentación de Libros	
Presentación de Libro por la Académica de Número Julia Harfin " <i>Clinical Cases in Early Orthodontic Treatment</i> "	13
3ra Edición del Libro de la Académica de Número Marta Negroni. " <i>Microbiología Estomatológica. Fundamentos y Guía Práctica</i> "	14
Difusión	15
Acreditación y Recertificación de Profesionales	16
Actividades de la Academia Nacional de Odontología	18
Nuevo Paradigma para el Diagnóstico y Tratamiento en Endodoncia por Jorge Fernández Monjes y Beatriz Maresca	20
Premio Fundación René Baron 2017	23
Premio ANDO - BIENIO 2016 - 2017	24
Premio Nacional de Odontología a la Sociedad Argentina de Investigación Odontológica	38
Obituario	44
Política Editorial	46



COMISIÓN DIRECTIVA ACTUAL DE LA ACADEMIA NACIONAL DE ODONTOLOGÍA

Dr. Ricardo Luis Macchi

Presidente

Dra. Virginia Fernández de Preliasco

Prosecretaria

Dr. Guillermo Carlos Trigo

Vicepresidente

Dra. Julia Fiedotín de Harfin

Tesorera

Dra. Ángela Matilde Ubios

Secretaria

Dr. Jorge Fernández Monjes

Profesorero

VOCALES TITULARES

Dr. Carlos Ricardo Guardo

Dra. Halina María Curbelo

Dra. Marta Beatriz Negroni

Dra. Zulema Juana Casariego

Dr. Hugo Jorge Romanelli

VOCALES SUPLENTE

Dr. Ricardo Felipe Luberti

Dr. Eduardo Alberto Rey



MIEMBROS TITULARES:

Dr. Eduardo Luis Ceccotti

Dr. Orlando Luis Catanzaro

MIEMBROS SUPLENTE:

Dra. Beatriz María Maresca

ACADÉMICOS DE NÚMERO

Dr. ARIENZA, Basilio
Dr. BOTTI, Roberto Néstor
Dra. BORDONI, Noemí Emma
Dra. CAPALBO, Rita Ana
Dra. CARRIEGO, María Teresa
Dra. CASARIEGO, Zulema Juana
Dr. CATANZARO, Orlando Luis
Dr. CECCOTTI, Eduardo Luis
Dra. CURBELO, Halina María
Dra. FERNÁNDEZ de PRELIASCO, María V.
Dr. FERNÁNDEZ MONJES, Jorge
Dra. FIEDOTIN de HARFIN, Julia
Dr. GUARDO, Carlos Ricardo
Dr. GUTIÉRREZ, Rafael Adolfo
Dr. LUBERTI, Ricardo Felipe
Dr. MACCHI, Ricardo Luis
Dr. MAGLIONE, Horacio Oscar
Dra. MARESCA, Beatriz María
Dra. NEGRONI, Marta Beatriz
Dra. PIOVANO, Susana Haydée
Dr. REY, Eduardo Alberto Raúl
Dr. ROMANELLI, Hugo Jorge
Dr. TRIGO, Guillermo Carlos
Dra. UBIOS, Ángela Matilde

MIEMBROS HONORARIOS

Dr. BORDA, Enri

ACADÉMICOS CORRESPONDIENTES
NACIONALES

Dr. BELLI, Pedro L.
(Rosario-Argentina)

Dr. CONESA ALEGRE, Carlos
(La Plata-Argentina)

Dra. ESCOVICH, Livia
(Rosario-Argentina)

Dr. GANI, Omar Abdo
(Córdoba-Argentina)

Dra. GÓMEZ DE FERRARIS, Elsa
(Córdoba-Argentina)

Dra. KERMES DE ABIB, Ana M.
(Tucumán-Argentina)

Dra. MEDINA, María M.
(La Plata-Argentina)

Dra. MILAT, Edith I.
(La Plata-Argentina)

Dr. PARODI, Ricardo José
(Córdoba-Argentina)

Dra. POLETTO, Adriana Nélica
(Mendoza-Argentina)

Dr. RAIDEN LASCANO, Guillermo
(Tucumán-Argentina)

Dra. SIRAGUSA, Martha
(Rosario-Argentina)

ACADÉMICOS CORRESPONDIENTES
EXTRANJEROS

Dr. ALFARO LIRA, Luis
(Chile)

Dr. BERMEJO FENOLL, Ambrosio
(España)

Dr. BOLASCO SINDIN, Luis
(Uruguay)

Dr. DI PAOLO, Carlos
(Italia)

Dr. ESPINOSA FERREIRA, Carlos
(Nicaragua)

Dr. FALCOLINI, Giuliano
(Italia)

Dr. GAY ESCODA, Cosme
(España)

Dr. GÓMEZ HERRERA, Benjamín
(Venezuela)

Dr. NADAL VALLDAURA, Antonio
(España)

Dr. SUZUKI, Jon
(Estados Unidos)

Dra. TASCHINI LOEVY, Hannelore
(EE.UU)

Dr. VAAMONDE AUTET, Ángel
(Colombia)

Dr. VERA VIERCI, Víctor
(Paraguay)

Dra. ZIMMER, Marguerite
(Francia)

Editorial

Continuando con la política de la Revista de la ANDO, nos ponemos nuevamente en contacto con nuestros lectores para ponerlos en conocimiento de algunos aspectos que nos gustaría profundizar.

A lo largo de las notas editoriales anteriores se han informado acerca del nacimiento de la Academia de Odontología, que en su inicio fue Academia Argentina hasta que fue reconocida como Academia Nacional de Odontología, aunque lamentablemente sin la financiación con que cuentan otras Academias Nacionales.

Sin embargo esta nota no es para manifestar las carencias que aun aquejan a esta Institución, sino por el contrario destacar algunos aspectos que nos movilizan a los académicos.

Uno de ellos es saber si todos los colegas que ejercen la profesión están interiorizados de la existencia de nuestra Academia; estamos en la creencia de que muchos la desconocen. Las funciones que desempeña o que desempeñamos hasta el momento se han escrito en otros números, en especial el último; pero ahora como se acaba de destacar deseáramos estar informados acerca del alcance que estamos obteniendo con nuestros colegas, en especial los que no se desenvuelven en ámbitos académicos.

Nuestros colegas deben saber que para ser académico no se consigue mediante el pago de una cuota societaria. Para lograr esta nominación honoraria hay que haber acumulado ciertos méritos en el ejercicio profesional, además de condiciones éticas. La primera premisa es haber obtenido el título máximo, o sea el doctorado y estar dedicado además del ejercicio profesional, a la docencia o la investigación ya sea clínica o básica y ser reconocido por estas condiciones. El propósito de mencionar este aspecto es para incentivar a nuestros colegas para que traten de alcanzar esas metas no solo para satisfacción propia sino también para el beneficio de la comunidad.

Por otra parte nos interesa enfatizar acerca de que queremos lograr una mayor comunicación con el resto de la comunidad odontológica. Por lo que insistimos en solicitarles que si tienen algún tema que les suscite alguna duda en cuanto a materiales a utilizar, tratamientos a emprender o diagnósticos a realizar, nos hagan llegar sus inquietudes y los miembros de la ANDO realizarán un estudio exhaustivo y emitirán un comunicado con su opinión al respecto.

Muchas gracias a todos nuestros lectores y nuestro agradecimiento con mayúsculas a la Sra. Isabel Paredes, secretaria de la ANDO que nos allana el funcionamiento con su invaluable dedicación.

Próximos a renovar autoridades de la Comisión Directiva de la ANDO es imperioso felicitar al Presidente, Secretaria, Tesorera por su excelsa actuación y agradecer los lazos que han profundizado con colegas e instituciones, han hecho muchísimo por la Academia sacrificando horas de descanso o esparcimiento.

Acad. Prof. Dra. Marta Negroni

Nueva Definición Ampliada de Salud oral de la Federación Dental Internacional

La salud bucal es multifacética e incluye la capacidad de hablar, sonreír, oler, sentir, masticar, saborear, tragar y transmitir una serie de emociones a través de expresiones faciales, con confianza y ausencia de dolor, malestar y enfermedad del complejo craneofacial.

OTROS ATRIBUTOS DE LA SALUD BUCAL:

- Componente fundamental de la salud y bienestar físico y mental
- Continuamente influenciada por los valores y actitudes de las personas y sus comunidades
- Refleja los atributos fisiológicos, sociales y psicológicos esenciales para una buena calidad de vida

- Es influenciada por los cambios en las experiencias de las personas, sus percepciones, expectativas y capacidad para adaptarse a las circunstancias.



Comentario de Ira B. Lamster

**JEFE DE REDACCIÓN DEL INTERNATIONAL DENTAL JOURNAL
PROFESOR DE POLÍTICAS Y GESTIÓN DE LA SALUD - UNIVERSIDAD DE COLUMBIA**

Esta definición ampliada de salud BUCAL, con la inclusión de toda la gama de actividades que involucran al complejo craneofacial, fue aprobada en septiembre de 2015 por la Federación Dental Internacional en su Congreso Mundial Anual, realizado en la ciudad de Poznan (Polonia). Centra la salud bucodental como componente de la salud general y en su importancia para lograr una buena calidad de vida.

Esta nueva definición ampliada cambia además, la trayectoria de vida de los individuos, al reconocer la naturaleza de la enfermedad dental/bucal. Incluye cinco dominios que pueden modificar el estado de salud bucal, que incluyen la predisposición genética, el ambiente social, el ambiente físico, actitud sobre la salud y el acceso a la atención sanitaria, subrayando la complejidad de la salud bucal. El nivel de salud del individuo es modificado por la edad, su cultura, contexto social, contexto económico, experiencia, expectativas y adaptabilidad del individuo.

Esta nueva definición de salud bucal, sirve como un nuevo punto de partida y nuevo vector, para direccionar acciones que promuevan la importancia de la salud bucodental en el marco de los grandes lineamientos de atención de la salud, por parte de los agentes responsables de la salud oral y una mejor comprensión por parte de los actores de la salud pública sobre lo que se entiende por salud bucal.

Puede ser vista desde diferentes perspectivas, destacado la importancia de la complejidad de la funcionalidad de la cavidad oral y del complejo craneofacial y enfatiza la contribución de los componentes anatómicos a la función. Medir la "salud bucal" bajo esta definición integral, es un desafío que incluye medidas cuantitativas (índices periodontales, flujo salival), medidas cualitativas (índice de impacto sobre la calidad de vida) y una suma de actividades como masticar y sonreír.

El siguiente paso crítico para esta definición, es su aplicación práctica con los cambios que se operan en el tiempo, el desarrollo de normas para diferentes grupos etarios y la modificación de la misma durante el transcurso de su aplicación. Esta nueva definición es destacable por su visión y amplitud. Establece un alto estándar en un mundo donde los servicios dentales no están a menudo fácilmente disponibles.

Será un reto el uso de esta definición de salud bucal de manera efectiva, que debería producir un impacto en los adultos mayores (tradicionalmente los mayores de 65 años de edad) sector donde se espera un aumento en la demanda de los servicios de salud bucal.

La definición puede servir para enfatizar que la atención bucal, no comienza cuando una persona alcanza cierta edad, por el contrario la salud bucodental de los adultos mayores pone énfasis en la prevención a una edad temprana y en la disponibilidad de servicios de salud bucal si la enfermedad se desarrolla.

La aplicación de esta definición es particularmente importante para la FDI que representa asociaciones de odontólogos de todo el mundo y se centra en mejorar la salud bucodental para todos y puede ser una bandera unificadora que permita la comparación del estado de salud de diferentes poblaciones y comunidades dispares. En suma, un excelente comienzo.

Ira B. Lamster
E-mail: ibl1@cumc.columbia.edu

Encuesta nacional de tendencias actuales en el tratamiento endodóntico por el Odontólogo de práctica general.

NOTICIAS / BENEFICIOS / COMUNIDAD / EL FEDERADO / VENTA ONLINE



En promedio, ¿cuántos casos de endodoncia realiza en su consultorio?

- 0-4
- 5-10
- 11-15
- 16-20
- 21-25

¿Qué técnica de anestesia utiliza en su práctica?

Responde todas las preguntas obligatorias

Encuesta Endodoncia

La presente encuesta en acuerdo con la **Academia Nacional de Odontología** y la **FOPBA**, tiene por objeto recobrar información sobre el ejercicio profesional, en este caso es sobre ENDODONCIA.

Agradecemos su colaboración ya que la misma nos permitirá tener un mejor conocimiento del ejercicio de la especialidad.

Muchas gracias.

ENCUESTA ONLINE



FOPBA - Federación Odontológica de la Provincia de Buenos Aires
 Av. Belgrano 1370 - CABA, Argentina
 (54 11) 4381.1441 | fopba@fopba.org.ar | www.fopba.org.ar

Ud. ha recibido este email porque se ha suscrito en nuestra página web.
[Cancelación de suscripción al newsletter](#)

Encuesta Online

<http://www.fopba.org.ar/encuestas-fopba>



INTRODUCCIÓN

Los avances en la tecnología y en los biomateriales siguen influyendo en la práctica de la endodoncia y han tenido un impacto considerable en el tratamiento de conductos radiculares.

El propósito de este estudio es recopilar información acerca de las técnicas y el arsenal terapéutico utilizado por los odontólogos generalistas que realizan endodoncia.

SE SOLICITA LA COLABORACIÓN DE LAS INSTITUCIONES ODONTOLÓGICAS PARA REALIZAR UNA ENCUESTA ANÓNIMA ENTRE SUS MIEMBROS ACTIVOS SOBRE LA PRÁCTICA DE LA ENDODONCIA POR PARTE DEL ODONTÓLOGO GENERAL.

1. Años de práctica
2. Mujer/Hombre
3. Región donde ejerce
4. Diagnóstico de casos de endodoncia tratados y número de pieza dental
5. Protocolos de tratamientos de rutina
6. Uso de nuevas tecnologías
7. Horas de educación de postgrado en endodoncia tomadas en los últimos 5 años

La mayoría de los tratamientos de conductos los realiza el práctico general. La siguiente encuesta es para recabar información anónima acerca de las técnicas y biomateriales utilizados en la práctica de la Endodoncia.

Esperamos clarificar las zonas donde más se han desarrollado nuevas técnicas y el uso de biomateriales o la posibilidad de que no sean utilizados correctamente.

Su participación en esta encuesta será de gran valor, incluso si no se realiza endodoncia en su práctica diaria, su respuesta a las preguntas Nros 1, 20, 21, 22 y 23 sería mucha utilidad.

La encuesta toma unos minutos para completar y puede devolverlo vía correo electrónico. Por favor, seleccione las respuestas que más representan su práctica diaria en lo que respecta a la endodoncia.

GRACIAS POR SU TIEMPO Y COLABORACIÓN, CREEMOS QUE ESTA INFORMACIÓN SERÁ MUY INTERESANTE Y ÚTIL A LA PROFESIÓN.



CUESTIONARIO

1. **Realiza tratamientos de endodoncia en su práctica diaria?**
 --- Si --- No Si es no, por favor pase a la pregunta N° 21
2. **En promedio, cuántos casos de endodoncia realiza en su consultorio por mes?**
 --- 1- 5 --- 6 - 10 --- 11 - 15 --- 16 - 20 --- > 20
3. **Que piezas dentales trata rutinariamente? (marque todas las que corresponda)**
 --- Anteriores --- Premolares --- Molares --- Retratamientos
4. **Que técnica de anestesia utiliza en su práctica ? (marque todas las que corresponda)**
 --- Fondo de surco --- Espina de Spix --- Intrapulpar --- Intraparodontal --- Intraósea
5. **Usa aislamiento con dique de goma?**
 --- Siempre --- Usualmente --- Algunas veces --- Nunca
6. **Usa aumento para realizar la endodoncia?**
 --- No --- Lupas --- Microscopio --- Otros
7. **Como determina la longitud de trabajo?**
 --- Radiografía --- Localizador apical electrónico --- Localizador y Radiografía
8. **Usa radiografía digital?**
 --- Si --- No
9. **Usa radiografía volumétrica (cone-beam)?**
 --- Si --- No
10. **Que instrumentos de conducto usa de rutina? (marque todas las que corresponda)**
 --- Limas K manuales --- Limas Hedstrom --- Limas NiTi manuales --- Gates Glidden
11. **Usa de rutina agentes quelantes/lubricantes durante la instrumentación?**
 --- Si --- No
12. **Con que irriga el conducto?**
 --- Hipoclorito de Sodio --- Solución Yodada --- EDTAC --- Agua de Cal --- Clorhexidina
 --- Agua Oxigenada --- Otros
13. **Utiliza algún tipo de activación durante la irrigación?**
 --- Sónica --- Ultrasónica --- Endo activator --- Endo Vac
14. **Remueve el barro dentinario?**
 --- Si --- No
15. **El tratamiento lo realiza en una o varias sesiones?**
 --- Una --- Varias --- No tiene preferencia
16. **Si realiza el tratamiento en varias sesiones coloca una medicación intraconducto?**
 --- Si --- No

17. **Deja abierta la cámara pulpar para drenaje en casos de absceso apical agudo?**
--- Si --- No
18. **Que técnicas de preparación quirúrgica de los conductos utiliza? (marque todas las que corresponda)**
--- Apico-coronal --- Corono-apical --- Escalonada --- Balanceada --- Circunferencial
18. **Que técnica de obturación de conductos utiliza usualmente?**
--- Condensación lateral --- Cono único --- Termomecánica --- Termoplastizada
--- Guttacord
19. **Que biomaterial de obturación de conductos utiliza usualmente?**
--- Cemento de Grossman --- AH Plus --- Licon-D --- Maisto --- Otros
20. **Realiza tratamientos de endodoncia regenerativa?**
--- Si --- No
21. **Cantidad de horas en cursos de posgrado en endodoncia realizó en los últimos 5 años?**
--- Ninguna --- 1- 5 --- 6 - 10 --- 11- 15 --- 16 - 20 --->20
22. **Género**
--- Mujer --- Hombre
23. **Cuantos años de recibido de Odontólogo?**
--- 1- 5 --- 6 -10 --- 11- 15 --- 16 - 20 --->20
24. **Lugar donde tiene su clínica:**

Presentación de Libro: *"Clinical Cases in Early Orthodontic Treatment"*

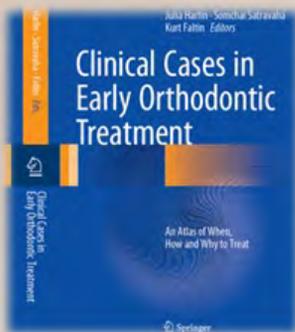
Editorial Springer
 ISBN 978-3-319-46250-9
 2017

Este libro describe paso a paso el tratamiento de las maloclusiones más comunes que se presentan de pacientes de dentición temporaria, mixta y permanente temprana.

Diferentes estrategias de tratamiento son presentadas por los autores teniendo en consideración el tipo y la dirección de crecimiento de cada una de ellas. Un plan de retención individualizado con controles a largo plazo para cada paciente es presentado.

Las más importantes controversias en el tratamiento temprano son discutidas minuciosamente. Todos los temas son ilustrados con numerosas fotografías que permiten al lector observar en detalle las distintas opciones de tratamiento.

Una actualizada bibliografía acompaña cada capítulo. Este libro será una verdadera guía tanto para los odontopediatras interesados en el tratamiento de este tipo de maloclusiones, como para los especialistas en ortodoncia.



Prof. Dra Julia Harfin, Prof. Dra Somchai Satravaha y Prof. Dr. Kurt Faltin Jr. tienen el agrado de invitarlo a la presentación del libro:

**" Clinical Cases in Early Orthodontic Treatment
 An Atlas of When, How and why to Treat "**

La presentación se realizará en el marco de las 39° Jornadas Internacionales de la Asociación Odontológica Argentina, el día jueves 26 de Octubre a las 19.00hs en el Salón Catalinas del Sheraton Buenos Aires Hotel & Convention Center.

Esperamos contar con su presencia.

3ra Edición del Libro de la Académica de Número, prof. Dra. Marta Negroni.

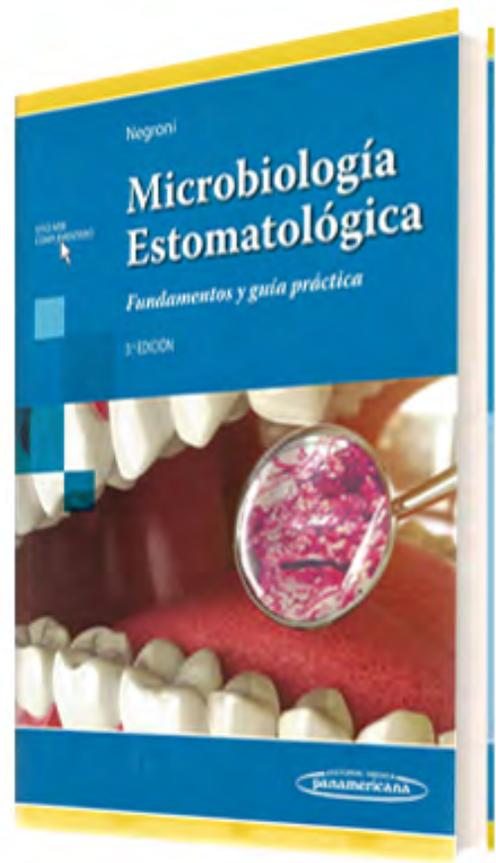
“Microbiología Estomatológica. Fundamentos y Guía Práctica”

En esta edición se han introducido modificaciones que hace de esta obra un producto aún mas didáctico. Al inicio de cada tema o capítulo se ha colocado un problema relativo al mismo, con el objeto de que el lector reafirme los conceptos y tenga una aplicación práctica del mismo. Se han agregado temas como virus HPV, oncogénesis viral y otros.

Con cada ejemplar hay una clave para acceder a la página web de esta edición donde encontrarán las respuesta a los problemas enunciados y a las preguntas de autoevaluación así como también información complementaria en algunos capítulos.

Además la idea es que si surgieran actualizaciones de algún tema se pueda ir presentándola en la página web. Estos datos hacen que este texto sea un material útil no solo para estudiantes sino también para los que cursan especialidades como periodoncia, estomatología y otras; debido a que articula conceptos básicos con la clínica.

Editorial Panamericana
EAN: 9789500615846
2017



Difusión

En el acto inaugural del XX Congreso Internacional de la Asociación Latinoamericana de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial que se realizó del 6 al 9 de agosto del presente año, disertaron los Académicos Doctores Julia F, de Harfin, Eduardo Alberto Rey y

Guillermo Carlos Trigo. Se hizo entrega al Académico de Número, Prof. Dr Eduardo Rey de una plaqueta por haber sido ex Presidente de dicha Sociedad desde 2003 a 2006, y por la trayectoria en la especialidad en Latinoamérica.



Acreditación y Recertificación de Profesionales

1) GENERALIDADES:

La Academia Nacional de Odontología ha resuelto por medio de una comisión creada al efecto, efectuar la Recertificación de Títulos de Especialidades.

Dicha comisión estará integrada por cinco miembros, uno de ellos actuará en calidad de Presidente, otro como Secretario y tres como Vocales y será designada por la Presidencia.

Se reunirá periódicamente de acuerdo a las necesidades propias de sus funciones. Lo tratado en las mismas quedará registrado en un Libro de Actas.

Actuará de acuerdo a las normas del reglamento interno aprobado por la Asamblea y que a continuación se detalla.

2) REGLAMENTO:

2.1 Las solicitudes de aquellos profesionales que deseen acceder a la acreditación se recibirán en las fechas a fijarse cada año. Deben tener todas sus hojas numeradas en ángulo superior derecho y en las planillas volcar el número de folio que corresponda.

2.2 El proceso de la Recertificación deberá estar finalizado para el 31 de octubre del mismo año, aunque la entrega de las constancias se realice en un acto público en otra oportunidad.

2.3 La Academia remitirá a las Facultades y Escuelas, Oficiales y Privadas, Asociaciones, Sociedades o Colegios, la presente reglamentación para su conocimiento y difusión.

2.4 La Comisión de Recertificación actuará como evaluador, junto con otros profesionales de reconocida relevancia dentro de cada especialidad, que podrán ser profesores titulares, jefes de servicio, miembros destacados de las asociaciones y/o sociedades de las respectivas especialidades.

En todos los casos la comisión actuante en calidad de jurado, deberá estar integrado por tres Académicos Titulares como mínimo, a los que se sumará la cantidad de invitados de otras Instituciones.

2.5 La Comisión de Recertificación en conjunto con la Academia Nacional de Odontología darán amplia difusión de esta actividad.

2.6 La Comisión de Recertificación llevará un registro de todas las postulaciones, así como de los miembros que integren los distintos jurados y las resoluciones de los mismos.

3) DE LAS ESPECIALIDADES:

La Comisión de Recertificación propone recertificar las especialidades reconocidas por el Ministerio de Salud de la Nación – Resolución 956/2010 del 20/05/2010-, por lo tanto se recertificarán los títulos de especialistas en:

- Anatomía Patológica Bucomáxilofacial
- Cirugía y Traumatología Bucomáxilofacial.
- Clínica Estomatología.
- Diagnóstico por Imágenes Bucomáxilofacial.
- Endodoncia.
- Odontología Legal,
- Odontopediatría.
- Ortodoncia y Ortopedia Maxilar.
- Periodoncia.
- Prótesis Dento Buco Maxilar.

4) DEL POSTULANTE:

4.1 La presentación es voluntaria.

4.2 El solicitante deberá llenar el formulario oficial provisto por la Academia Nacional de Odontología.

4.3 Deberá presentar fotocopia del título, con la correspondiente legalización y fotocopia autenticada del certificado de especialista. Además toda la información que figura en el formulario oficial deberá estar fehacientemente justificada, con la correspondiente recertificación.

4.4 Se aceptarán postulaciones a esta sola entidad; deberá acreditar bajo juramento que no se ha presentado en otra.

4.5 Deberá presentar un certificado médico de aptitud psico-física.

4.6 Deberán presentar en el formulario respectivo, el aval de dos profesionales de la especialidad, que podrá ser profesor de la especialidad, jefe de servicio, miembro de asociaciones de la especialidad, presidente de Colegios o Asociaciones en ejercicio o retirado o emérito.

4.7 En el momento de la inscripción deberá pagar un arancel a fijar oportunamente, este monto servirá para afrontar los gastos que la tarea implique.

4.8 El postulante se podrá presentar a más de una especialidad, sólo si ha obtenido previamente su título de especialista; presentando un curriculum por cada especialidad.

4.9 La decisión de los jurados es confidencial e inapelable;

4.7 En el momento de la inscripción deberá pagar un arancel a fijar oportunamente, este monto servirá para afrontar los gastos que la tarea implique.

4.8 El postulante se podrá presentar a más de una especialidad, sólo si ha obtenido previamente su título de especialista; presentando un curriculum vitae por cada especialidad.

4.9 La decisión de los jurados es confidencial e inapelable; en caso de ser rechazada la recertificación, podrá presentarse nuevamente al siguiente año, previo pago del arancel.

4.10 Si fuera nuevamente rechazado, perderá la posibilidad de hacerlo dentro de ese período.

4.11 La recertificación tendrá una validez de cinco años.

4.12 El postulante deberá estar informado de los criterios de evaluación y decisiones del jurado.

5) METODOLOGÍAS DE RECERTIFICACIÓN:

En principio se considerarán tres categorías:

a) Certificación automática:

Esta categoría abarca a los académicos de número y eméritos, Profesores Titulares y Adjuntos de Universidades Nacionales o Privadas reconocidas por el Ministerio de Educación y que estén en el desempeño de sus funciones en los últimos cinco años. El mismo criterio se adoptará para los Jefes de Servicio de las especialidades, en actividad en los últimos cinco años. Todos estos cargos deben haber sido obtenidos por concurso.

b) Certificación por presentación de antecedentes de los últimos cinco años. En los casos en que el profesional no se esté desempeñando en

algún organismo de reconocida jerarquía, podrá presentarse a la recertificación con el curriculum vitae de los últimos cinco años y para ser aceptado en esta modalidad, deberá reunir como mínimo 200 créditos, de acuerdo al detalle adjunto.

ANEXO 1

1) De los Créditos: Títulos Universitarios:

1. Título de Odontólogo otorgado por Universidad Nacional o Privada reconocida por el Ministerio de Educación. 30 Créditos.

2. Título de Doctorado otorgado por Universidades Nacionales y aquellas privadas reconocidas por el Ministerio de Educación. 50 Créditos.

3. Título de Maestría. 40 Créditos

4. Título de Especialista. Otorgado por Universidad Nacional o Privada reconocida por el Ministerio de Educación. 30 Créditos.

5. Certificados de especialidades otorgados por el Ministerio de Salud Pública o Instituciones Odontológicas (Asociaciones, Colegios, Círculos, etc.)

Todos los certificados deben ser reconocidos por el Ministerio de Salud y extendido por el mismo, luego de ser presentado en sus oficinas. 30 Créditos.

6. Docente Autorizado. Otorgado por Universidades Nacionales o Privadas. 25 Créditos.

7. Los que hayan recertificado anteriormente. 10 Créditos.

8. Otros Títulos. (a criterio del jurado) relacionados con la Especialidad a recertificar.

2) Cargos universitarios. (de los últimos 5 años) Presentar fotocopia de la designación por concurso.

2.1 Profesor Titular	50 Créditos.
2.2 Profesor Asociado	40 Créditos.
2.3 Profesor Adjunto	30 Créditos.
2.4 Docentes Aux. Jefes de Trabajos Prácticos	15 Créditos.
Ayudante de 1ra.	10 Créditos.
Ayudante de 2da.	5 Créditos.

Si los cargos no fueran por concurso, en cargo interino o por contrato, se adjudicará el 50% de los créditos alcanzados. Se acreditará solo el cargo de mayor categoría y el máximo a alcanzar será de 100 créditos.

De no presentarse fotocopias de las designaciones, no será tomado en cuenta para la asignación de créditos.

Actividades de la Academia Nacional de Odontología

PRESENCIA EN:



- Entrega de premios por parte del Ministerio de Educación y Deportes de la Nación.



- Inauguración del Congreso de la Sociedad Argentina de Ortodoncia



- Celebración del 25 aniversario de ANMAT



- Celebración de 25 años de la Asociación Médica Argentina



- Reunión plenaria de ANDO para analizar los posibles académicos propuestos para integrar la nueva Comisión Directiva a renovarse en 2017. (este año deben ser renovados los cargos de Presidente, Secretario, tesorero, 2 vocales titulares, 1 vocal suplente y los miembros del órgano de fiscalización)



- Invitación recibida por el Congreso de la Asociación Odontológica Argentina otorgando un espacio para ANDO el jueves 26/10 en el Salón Catalinas del Sheraton Hotel Retiro. Tema a desarrollar: "Tratamientos estéticos de labios" por la Dra Karina A. Ravera presentada por el Académico Prof. Dr. Guillermo Trigo.

Dra. Karina A. Ravera

- Médica egresada de la Facultad de Medicina, Universidad de Buenos Aires
- Post Grado en Medicina Estética.
- Post Grado en medicina Antienvjecimiento
- Especialista en Diagnostico por Imágenes
- Especialista Universitaria en Diagnóstico por Imágenes.
- Diplomada Universitaria en Clínica Estética y Reparadora. Universidad de Buenos Aires.
- Post Grado en Clínica Estética y Reparadora.
- Fellowship Medicina Antienvjecimiento Madrid, España.



ACTO ACADÉMICO DEL 11 DE MAYO DE 2017 REALIZADO EN LA UNIVERSIDAD MAIMÓNIDES.



FOTOGRAFÍAS DEL ACTO:

De Izq. a Der. de Arriba hacia Abajo.

- Dr. Macchi iniciando el acto.
- Dr. Trigo - Vicepresidente
- Dr. Macchi entregando una distinción a la Dra. Rivarola
- Dr. Macchi, Dr. Trigo y Dra. Ubios entregando Premio a la Egresada con mejor puntaje 2015
- Foto grupal de todos los académicos y premiados.

Nuevo Paradigma para el Diagnóstico y Tratamiento en Endodoncia

AUTORES: JORGE FERNÁNDEZ MONJES Y BEATRIZ MARÍA MARESCA

El diagnóstico es una suma de datos que pueden ser precisos, pero siempre incompletos. Los síntomas nos revelan las características secundarias del sujeto en estudio, los cuales constituyen propiedades perceptibles, basadas en propiedades primarias imperceptibles, detectables a través de la Biología Molecular.

Gracias al avance del conocimiento, recibimos datos cada vez más numerosos. El diagnóstico siempre es tentativo porque constituye un problema inverso, que va de los efectos a las causas, es decir, de adelante hacia atrás. Por lo tanto es uno de los desafíos de más difícil solución para la ciencia. Para resolver un problema inverso, éste debe ser transformado en un problema directo que vaya de las causas a los efectos por medio de la hipótesis, que es la intelectualización de los datos obtenidos y elaborados dentro de un marco conceptual, modelo teórico o paradigma. Con dicho modelo teórico se adquiere un criterio para seleccionar los problemas y encontrar sus soluciones mediante un proceso que involucra el manejo de datos y su sistema de relaciones, corroborado mediante un resultado exitoso. Si el tratamiento tiene éxito la hipótesis es verdadera, si no lo es, la hipótesis es falsa.

Los signos y síntomas clínico-radiográficos, con datos aportados por la histopatología, nos permiten clasificar la patología endodóntica en estadios estáticos. Tal aporte de datos, resultan ser insuficientes para comprender la dinámica de los sistemas autoorganizados, ya que éstos forman productos complejos precisos, eficaces y veloces, muy superiores a los que podemos producir mecánicamente. Es por ello, que si pretendemos solucionar la patología endodóntica por medio de la ingeniería de tejidos y la regeneración ad integrum de los tejidos afectados, debemos utilizar una clasificación basada en la fisiología inmune.

En la dinámica de la inmunofisiología apical, podemos observar 4 estadios principales: defensivo-destructivo, defensivo-constructivo o transformante, irritativo y reparación. En el primer estadio la cortical ósea y el hueso alveolar aumentan su velocidad de reabsorción, para dar lugar al aumento de células inflamatorias encargadas de eliminar a la noxa que invadió el tejido periodontal, observándose el aumento de citocinas proinflamatorias (Fig. 1).

Una vez eliminada la noxa, aumentan la citocinas antiinflamatorias y los factores de crecimiento encargados de la morfogénesis de nuevos tejidos sanos, alcanzado la reparación ad integrum de los tejidos que conforman el sistema de inserción dental (cemento dental, periodonto y cortical ósea) (Fig. 2).

ETAPA

1. Defensiva – Destructiva

Destinada a eliminar la noxa, esencialmente bacteriana

a. Predominio de citocinas: TNF- α

IL-8

IL-1

IL-6

RANK-L (Beta-Cross Laps - CTX)

b. Serinoproteasas:

Elastasas

Tripsina

Quimiotripsina

c. Metaloproteinasas:

MMP-7

MMP-9

d. Redox:

Disulfuro de Glutation (GSSG) Oxidado por donar un e⁻

FIG. 1

Si persiste una leve irritación debida a factores mecánicos, como la sobreobtención de material de obturación endodóntico no reabsorbible o algunas pocas unidades formadoras de colonias bacterianas, se genera la sobre-

se genera la sobreexpresión de la superfamilia del factor transformante beta (TGF-B), con aumento de factores fibroblásticos y osteogénicos para aislar la noxa con una cicatriz fibrosa y una osteoesclerosis. A este estadio lo denominamos etapa irritativa (Fig. 3).

ETAPA

2. Defensiva – Constructiva o Transformante
Señales moleculares

- a. Predominio de citocinas: TGF-β
IL-4
IL-10
OPG/RANK-L (Osteocalcina)
- b. Secretory Leukocyte Protease Inhibitor (SLPI)
- c. Inhibidores Tisulares de las Metaloproteinasas (TIMs)
- d. Redox: Glutation (GSH) Reducido (en condiciones de donar 1 e⁻ por medio de la Glutation Reductasa)

FIG. 2

ETAPA

3. Defensiva – Irritativa
Señales moleculares

- a. Predominio de citocinas: TGF-β (Sobreexpresión)
FGF – (Factores fibroblásticos)
BMP-2 (Factores osteogénicos)
BMP-4

FIG. 3

EN LA ENDODONCIA ACTUAL SE OBSERVAN BÁSICAMENTE DOS MODELOS TEÓRICOS O PARADIGMAS:

El modelo de la Endodoncia Clásica eminentemente técnico y quirúrgico, que busca la solución a sus problemas mediante un modelo mecanicista que permita el "sellado hermético" tridimensional del espacio endodóntico.

El modelo de la Endodoncia Regenerativa que busca soluciones basadas en la regeneración ad integrum de los tejidos que conforman el sistema de inserción dental (cemento dental, periodonto y cortical alveolar) e incluso del hueso alveolar que lo rodea. Utiliza conceptos aportados por las técnicas de regeneración de tejidos.

Con los trabajos del Profesor Maisto se produjo un salto cualitativo entre el concepto de Grossman de "sustituir"

el tejido pulpar con un material "inerte" no biodegradable. El objetivo consiste en "reparar" la patología endodóntica, aplicando un nuevo paradigma en la obturación de conductos, con materiales de obturación que interactúen con la materia viva.

Estos materiales deben poseer una tasa de degradación similar a la formación de nuevo tejido y permitir el sellado del foramen apical con cemento dental.

Con el descubrimiento de Sonoyama y col. (2008,) de las Células Madre de la Papila Apical (SCAP), que pueden ser fuente proveedora de células generadoras de tejidos apicales, se creó un nuevo eje de discusión en la Endodoncia basado en la regeneración de los tejidos apicales, mediante la utilización de biomateriales de tercera generación, que modulen la respuesta inflamatoria inmune y estimulen la capacidad de autoreparación del organismo.

Es evidente que para los clínicos que utilizamos un modelo regenerativo, los datos necesarios para realizar un diagnóstico endodóntico, son más amplios que para aquellos que buscan la solución del problema endodóntico mediante una técnica eminentemente mecanicista.

Para las modernas Escuelas de Endodoncia, el éxito del tratamiento, se resuelve en el área compleja del sistema de inserción dental, entre la noxa básicamente bacteriana y el arsenal de respuesta del organismo que se esfuerza por alcanzar un óptimo nivel de homeostasis.

Adendum

TGF- Factor de Crecimiento Transformante B

TNF- Factor de Necrosis Tumoral

IL-1 Interleucina 1

IL-4 Interleucina 4

IL-5 Interleucina 6

IL-8 Quimocina 8

IL-10 Citocina 10

RANKL Receptor Activador del Factor Nuclear B

MMP 7 Metaloproteinasa 7

MMP 9 Metaloproteinasa 9

OPG Osteoprotegerina

Bibliografía

1. Atashi F, Modarressi A, Pepper MS. The Role of Reactive Oxygen Species in Mesenchymal Stem Cell Adipogenic and Osteogenic Differentiation. STEM CELLS AND DEVELOPMENT Vo 24, N° 10, 2015

2. Fernandez Monjes J, Maglione H, Maresca BM. Perfil inmune de la región periapical en complicaciones pulpares. Revista de la Academia Nacional de Odontología 7(7):40-49 Nov 2009

3. Harndt E. Histo-bakteriologische studie bei parodontitis chronica granulomatosa. Korresp Bl Zahnärzte 50:30-335, 365-370, 399-404, 426-432 1926

4. Holland R, Maisto OA, Maresca BM, de Souza V, Nery MJ. A Histologic Comparison of Dog Teeth Overfilled with Three Materials Rev. Odont. UNE5P, São Paulo, 15/16: 13-21, 1986/87

5. Huang GT and F. Garcia-Godoy. Missing Concepts in De Novo Pulp Regeneration J DENT RES published online 30 May 2014

6. Maisto OA, Holland R, Souza V, Maresca BM, Nery MJ. Acción y velocidad de reabsorción de distintos materiales de obturación de conductos radiculares en el tejido conectivo periapical. Rev Asoc Odontol Argent. 69(1):7-17 1981

7. Rickett UG, Dixon DM. The controllin of root surgery. 8th Internat. Dent. Congr. Tr. París. 1931. Section Iia pp. 15-22

8. Ricucci D, Siqueira JF, Loghin S Jr, and Lin LM. Repair of Extensive Apical Root Resorption Associated with Apical Periodontitis: Radiographic and Observations after 25 Years. J Endod Vol 40, Number 8, Aug 2014

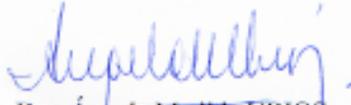
Premios

DICTAMEN DEL JURADO – “PREMIO FUNDACION RENÉ BARON - 2017”.

-- En Buenos Aires, a los diecinueve días del mes de junio de dos mil diecisiete, siendo las 12.00 horas, en la Sede de la Academia Nacional de Odontología, Marcelo T. de Alvear 2142, Piso 1° Sector “B”, se reúnen los integrantes del Jurado presentes Académicos: Ángela Matilde UBIOS, Susana Haydée PIOVANO y Guillermo Carlos TRIGO, para dictaminar sobre el otorgamiento del “Premio Fundación René Barón - Academia Nacional de Odontología 2017”.-

-- El Jurado analizó minuciosamente los tres trabajos presentados: a) “Síntesis y caracterización de un nuevo andamio para ingeniería de tejido óseo basado en gelatina de Wharton”, Seudónimo: “BONES”; b) “Efecto de un injerto óseo bovino de industria nacional sobre la regeneración ósea de un defecto crítico en mandíbula de conejo y su comparación con un injerto óseo bovino comercial”, Seudónimo: “INDIANA”; c) “Descripción del ciclo “L” del *Streptococcus sanguinis*: formación de nanovesículas, su potencial para el desarrollo de nuevas especies en el microbioma bucal y Teoría General sobre su rol en el origen, evolución y supervivencia de los procariotas”, Seudónimo: “L.U.C.A.”.

-- Luego de una cuidadosa evaluación este jurado dictamina otorgar el Premio “Fundación René Barón - Academia Nacional de Odontología 2017” al trabajo **“Síntesis y caracterización de un nuevo andamio para ingeniería de tejido óseo basado en gelatina de Wharton”, Seudónimo de autor: BONES;** presentado por Cristian Martínez, Carlos Fernández, Miguel Prado y Andrés Ozols con Daniel Gustavo Olmedo como autor responsable. Fundamenta esta decisión en el hecho de que el trabajo constituye un aporte relevante en el campo de la odontología al mostrar el diseño, síntesis y caracterización mecánica y biológica de un nuevo biocomposite para ser utilizado como andamio en ingeniería de tejido óseo. Asimismo se destaca la posibilidad de la transferencia tecnológica de los resultados obtenidos.


Dra. Ángela Matilde UBIOS
Académica de Número


Dra. Susana Haydée PIOVANO
Académica de Número


Dr. Guillermo Carlos TRIGO
Académico de Número



Academia Nacional de Odontología
PERSONERÍA JURÍDICA N° 9154

— En la sede de la Academia Nacional de Odontología de la República Argentina, a los quince días del mes de agosto de dos mil diecisiete, se reúne el jurado designado para decidir sobre la tramitación del premio "ACADEMIA NACIONAL DE ODONTOLOGÍA – BIENIO 2016-2017" integrado por los Doctores Ricardo Luis Macchi, Julia Fiedotín de Harfin y Hugo J. Romanelli._____

— Analizados en forma y contenido los trabajos presentados para optar al mencionado premio, se resuelve, por unanimidad, otorgarlo al presentado bajo el seudónimo "Alemán" que lleva por título "Aportes de la Odontología Forense para la identificación humana en incidente adverso con víctimas múltiples: reporte de caso"._____

Ricardo L. Macchi

Julia F. de Harfin

Hugo J. Romanelli

Aportes de la Odontología Forense para la identificación humana en incidente adverso con víctimas múltiples: Reporte de caso.

AUTOR: ODONTÓLOGO LEGISTA DIEGO BRIEN SLAMM

PREMIO BIENAL DE LA ACADEMIA NACIONAL DE ODONTOLOGÍA

RESUMEN

La identificación categórica de víctimas carbonizadas y/o fragmentadas representa un aspecto de gran complejidad, desafiando la intervención de las múltiples especialidades forenses. La odontología forense aparece como plenamente capacitada para dar respuesta en tales contextos, pudiendo aportar relevante e inequívoca información a través del cotejo entre registros ante mortem y post mortem, piedra angular del proceso identificatorio. Los recursos imagenológicos han demostrado decisiva injerencia entre sus técnicas inherentes.

Se describe la identificación de 10 víctimas carbonizadas a raíz de un accidente aéreo acaecido en la República Argentina, donde los procedimientos forenses post mortem desarrollados para establecer la identidad de los fallecidos incluyeron el examen externo general, fotografías, radiografías y estudios biológicos complementarios. A través del abordaje interdisciplinario, se logró la identificación del 50 % de las víctimas exclusivamente por métodos odontológicos.

Las dificultades de comunicación entre los odontólogos forenses de diferente nacionalidad fueron resueltas mediante el empleo de un protocolo estandarizado internacional, lo que permitió interpretar un lenguaje científico universal. Se recomienda la aplicación de la odontología y la radiología forenses para establecer la identificación indubitante en incidente adverso con víctimas múltiples.

Palabras clave: Identificación odontológica; Cuerpos carbonizados; Víctimas múltiples

INTRODUCCIÓN

La Medicina Legal y Forense incluye un grupo de especialidades que utilizan conceptos legales y métodos científicos aceptables como pruebas para la Justicia, contribuyendo en el cumplimiento de las leyes (Wecht, 1965, Fernandes et al, 2011).

La identificación representa un conjunto de procedimientos utilizados para individualizar una persona u objeto. Una de las acepciones de la palabra identificar es reconocer si una persona es la que se busca, es decir, se trata de establecer su individualidad determinando aquellos rasgos o conjunto de cualidades que la distinguen de todos los demás y hacen que sea ella misma. "Toda persona tiene derecho al reconocimiento como persona ante la ley" (Naciones Unidas, 1948), por lo que identificar a un individuo se torna imprescindible en todos los ámbitos de las relaciones humanas, adquiriendo especial interés luego de su fallecimiento para resguardar los derechos de sus familias y contar con certeza respecto de las causas que motivaron el deceso, como así también sobre el destino final del cuerpo (Griffiths et al, 2003).

En dicho contexto, alcanzar la identificación categórica amerita el desenvolvimiento de métodos, técnicas y medios apropiados, puestos en práctica por personal con idoneidad y conocimientos específicos en el área médico legal. Las autoridades aceptan una variedad de métodos para confirmar la identificación de un fallecido. Estos se dividen generalmente en no científicos y científicos (Stimson & Mertz 1997, Milroy 2005). El reconocimiento visual es el método de identificación no científico de uso más frecuente. Sin embargo, es aceptado que el estrés asociado con la

muerte de un familiar o amigo, junto con los cambios post mortem en el fallecido, lo torna endeble, siendo entonces muy poco fiable (Busuttill, et al, 2000, Milroy 2005, Morgan et al, 2006). Existen informes de identificaciones visuales erróneas en la literatura (Soomer et al, 2001, Griffiths et al, 2003), en muchos casos debido al estado de severa conmoción y angustia causado en los familiares, resultando por ello identificaciones incorrectas (Nelkin & Andrews, 1998; Interpol, 2004).

Cuando la condición de los restos se considera inadecuada para el reconocimiento visual, la identificación mediante una técnica científica para confirmar la identidad es requerida. "Los métodos científicos que permiten la identificación fehaciente de los cadáveres son fundamentalmente los que de manera precisa individualizan características altamente improbables de ser poseídas por más de un sujeto en una población determinada. Tales características son las huellas dactilares, la configuración odontológica y el material genético" (Sweet, 2010). En el actual mundo globalizado se generan a diario graves sucesos como accidentes de tránsito, delitos violentos, actos terroristas, inundaciones, huracanes, tifones, bombardeos, conflictos armados, entre otros, que motivan la intervención de diferentes estamentos para asistir a los damnificados, y en casos de fatalidad de los mismos, proceder a su correcta identificación (Bernitz, 2009).

Para ello se ha vuelto imperioso organizar tareas con un temperamento interdisciplinario y altamente especializado, ya que las dificultades propias de este tipo de flagelo suponen múltiples desafíos en razón de la severa conmoción causada en la población que lo padece. Un aspecto no menor lo constituye la gran cantidad de cuerpos entremezclados, muchos de ellos carbonizados y desmembrados, que impide la utilización de metodologías tradicionales de identificación como la dactiloscopia y/o el reconocimiento visual (Morlang, 2001; U.S. Department of Justice, National Institute of Justice, 2005; De Valck, 2006, Morgan et al, 2006).

Es por ello que en tales escenarios la odontología forense puede desempeñar un importante rol para la identificación de las víctimas, siendo necesario disponer de la mayor cantidad y calidad posible de información ante mortem (AM), a los efectos de que pueda ser comparada con los datos resultantes del análisis post mortem (PM). Se ha afirmado que la intervención de los odontólogos forenses debería ajustarse a normas y protocolos estandarizados internacionalmente (Sweet, 2010).

Un aspecto no menor lo constituye la gran cantidad de cuerpos entremezclados, muchos de ellos carbonizados y desmembrados, que impide la utilización de metodologías tradicionales de identificación

En tal sentido, los formularios y directrices señalados por Interpol han demostrado ser un buen punto de partida para cumplir con dichos requisitos en casos de catástrofes, desastres masivos o, como se lo denomina actualmente, incidente adverso con víctimas múltiples, donde es muy común que las víctimas pertenezcan a diferentes nacionalidades, hecho facilitado por el incesante crecimiento de la población mundial y la facilidad de trasladarse a través de diferentes latitudes en virtud del advenimiento de medios de transporte cada vez más veloces y sofisticados, asociados muchas veces a fallas humanas y técnicas (Budimilija et al., 2003; Bernitz, 2009; Byard & Winskog, 2010).

Se ha hecho hincapié que a un incidente adverso no se lo debe catalogar por el número total de fallecidos, pero es absolutamente determinante establecer el mecanismo que provocó el deceso y la condición resultante del mismo. Se lo puede definir como una grave perturbación, inesperada para el conjunto poblacional que lo sufre, de aparición sorpresiva y rápida, que origina respuestas inadecuadas a sus requerimientos, causando la muerte o heridas a gran número de personas (Interpol, 2014). Deben tenerse en cuenta los cuantiosos daños materiales y estructurales que produce, originando muchas veces la suspensión de servicios básicos, indispensables para una sociedad, generando elevado riesgo de contaminación y epidemias (U.S. Department of Justice, National Institute of Justice, 2005).

Para el correcto abordaje en tales situaciones es menester llevar a cabo operaciones denominadas de Identificación de Víctimas de Catástrofes (IVC). El objetivo más importante para estas tareas lo constituye la aplicación de normas de calidad y estándares internacionales, que fundamentan aquellas acciones que involucren operaciones multinacionales, indispensables para contribuir a una correcta identificación de las víctimas (Nuzzolese & Di Vella, 2007, Sweet, 2010, Interpol, 2014).

Se ha afirmado que el seguimiento de directrices reales, en concordancia con estándares normatizados, propenderá a la identificación de las víctimas (Griffiths et al, 2003, Payne-James et al, 2005, Vermeylen 2006, Briem Stamm, 2011). La Organización Internacional de Policía Criminal (Interpol), integrada por 191 de los 194 países soberanos en el mundo, incluyendo a la República Argentina, tiene como objetivo fomentar la cooperación internacional y transfronteriza de la policía criminal (Interpol, 2017).

Interpol ha desarrollado el Manual para la Identificación de Víctimas de Catástrofes (IVC), que contiene formularios con diferentes colores, según los datos registrados sean ante mortem (AM, amarillo) [Figura 1] o post mortem (PM, rosa) [Figura 2], hecho que establece una concordancia de procedimientos, cualquiera fuere el lugar del incidente y la nacionalidad de las víctimas, significando un valioso aporte al estandarizar sus estrategias. Su diseño, directivas e implementación lo han consolidado como el método más idóneo para la práctica y recopilación de datos en incidentes adversos con víctimas múltiples, contribuyendo a la identificación inequívoca de las víctimas (Bernitz, 2009, Beauthier & Lefèvre, 2010).

A. M. (ante mortem) VICTIM IDENTIFICATION FORM F2

MISSING PERSON

Family name : _____ No : _____
 Forename(s) : _____
 Date of birth : Day Month Year Male Female

29 DENTAL INFORMATION in permanent teeth (Notify temporary teeth specifically)

11		21
12		22
13		23
14		24
15		25
16		26
17		27
18		28

30 (Diagrama de dientes con numeración 11-28)

31 (Diagrama de dientes con numeración 29-31)

32 Specific data
Crowns, bridges, dentures and implants

33 Further data
Dentures, orthodontics, orthodontics, orthodontics, orthodontics, etc.

34 X-rays available
Type, region and year

35 Further material

36 Age at time of death

P. M. (post mortem) VICTIM IDENTIFICATION FORM F2

DEAD BODY

Nature of disaster : _____ No : _____
 Place of disaster : _____ Sex unknown
 Date of disaster : Day Month Year Male Female

29 DENTAL FINDINGS in permanent teeth (Notify temporary teeth specifically)

11		21
12		22
13		23
14		24
15		25
16		26
17		27
18		28

30 (Diagrama de dientes con numeración 11-28)

31 (Diagrama de dientes con numeración 29-31)

32 Specific description of
Crowns, bridges, dentures and implants

33 Further findings
Dentures, orthodontics, orthodontics, orthodontics, etc.

34 X-rays taken of
Type and region

35 Supplementary examination

36 Estimated age

Figura 1. Ficha odontológica ante mortem diseñada por Interpol.

Figura 2. Ficha odontológica ante mortem diseñada por Interpol.

En las últimas décadas, la identificación a través de técnicas odontológicas ha sido descrito como uno de los más eficaces para la identificación de víctimas en incidentes adversos (Clark, 1986; Clark, 1989; Clark, 1991;

Solheim et al., 1992; Martin de las Heras et al., 1999; Eleta et al., 2002; Nuzzolese & Di Vella, 2007; Bernitz, 2009; Byard & Winskog, 2010; Moreno Pascual, 2010; Briem Stamm, 2011).

El objetivo de este trabajo fue presentar los resultados y discutir las ventajas y limitaciones de los métodos odontológicos para la identificación de 10 víctimas en un accidente aéreo.

Los cuerpos, fustigados por elevadas temperaturas, sufrieron carbonización y, en algunos casos, desmembramiento.

Se puntualizan detalles de la operación de identificación respecto de aquellos casos donde la odontología forense en interacción con la radiología forense resultó clave para establecer en forma categórica la identidad de los cuerpos.

EL ACCIDENTE

En marzo de 2015 en la Provincia de La Rioja, República Argentina, dos helicópteros participaban de un programa televisivo internacional producido por National Geographic (Figura 3). Los pilotos de ambas aeronaves y personal de la empresa productora efectuaron una compulsión sobre la tarea a realizar, que consistía en filmar en vuelo al helicóptero que trasladaba como pasajeros a los integrantes de una competencia. Se había acordado que posterior al despegue, las aeronaves realizarían un viraje de cambio de rumbo de 360°, un pasaje sobre el lugar de despegue para la filmación desde tierra, y el posterior vuelo al destino previsto (Junta de Investigación de Accidentes de Aviación Civil [JIAAC], 2015).



Figura 3. Helicópteros participantes del programa televisivo internacional.

Los helicópteros transportaban 8 pasajeros (4 en cada aeronave). Aproximadamente a 2 minutos del despegue, y al oeste del punto de partida, las aeronaves colisionaron en vuelo, precipitándose e impactando contra el terreno, incendiándose y falleciendo todos sus ocupantes (Figuras 4 y 5).

Los 8 pasajeros eran de nacionalidad francesa, totalizando con ambos pilotos, oriundos de Argentina, 10 víctimas fatales.

Al lugar del hecho arribaron peritos de ambos países, estableciéndose un contexto de cooperación binacional, destinado a la identificación humana y a la investigación de las causales que motivaron el siniestro.

Resulta importante remarcar la complejidad del caso en el sentido de que, a los problemas específicamente relacionados con la identificación, se debió contemplar la presencia de víctimas de diferentes nacionalidades.

Hecho que obliga a coordinar con los peritos foráneos una apropiada selección respecto de la metodología a implementar



Figura 4. Restos de uno de los helicópteros.



Figura 5. Cuerpos carbonizados de dos víctimas.

en tales maniobras, adoptándose en este caso como referencia el ya mencionado Protocolo de Interpol, actualizado por última vez en el año 2014, en la búsqueda de estandarizar las actividades periciales de rigor.

Pese a las lógicas dificultades de comunicación entre los peritos por diferentes lenguajes (español y francés), el empleo del citado protocolo, fundamentalmente a través

del uso de los formularios amarillo y rosa, respectivamente, permitió la fluidez en la interacción al interpretar los expertos de ambos países un mismo lenguaje científico.

PROCEDIMIENTO DE EXAMEN ODONTOLÓGICO POST-MORTEM

Conforme a lo aconsejado por el Manual IVC de Interpol, los 3 criterios principales de identificación (primarios) son los análisis odontológicos comparativos, las huellas dactilares y el ADN. Se efectuó la autopsia de los 10 cadáveres por los equipos de Argentina y Francia, integrado por 2 médicos forenses, 2 odontólogos forenses, 1 radióloga forense, 1 genetista forense y un experto en huellas dactilares.

A cada uno de los cuerpos se le asignó una codificación alfanumérica, comenzando con PM 54-001 para el primer óbito, hasta el PM 54-010, en razón de que, siguiendo los lineamientos de Interpol, el código de área telefónico del país donde acontece el siniestro se antepone al número de cadáver (Figura 6).

En el presente caso, a la República Argentina le corresponde el "54" y PM se refiere a "post mortem", volcándose la información obtenida en el formulario de color rosa. Asimismo, los peritos franceses aportaron registros ante mortem, que fueron transcritos al formulario amarillo, señalados como "AM 33", en referencia al código de área telefónico de aquel país.

La metodología realizada en cada cuerpo consistió en:

- Examen visual externo.
- Radiología Forense.
- Odontología Forense.

- Autopsia Médico Legal.
- Extracción de muestras para análisis de ADN.

Debido al hollín depositado sobre los dientes, producto de los efectos del fuego que carbonizó los cuerpos de las víctimas, se procedió a realizar una adecuada limpieza de los mismos, permitiendo la correcta visualización de los reparos anatómicos del sistema estomatognático, facilitando las maniobras de autopsia de la cavidad oral (Figura 7).

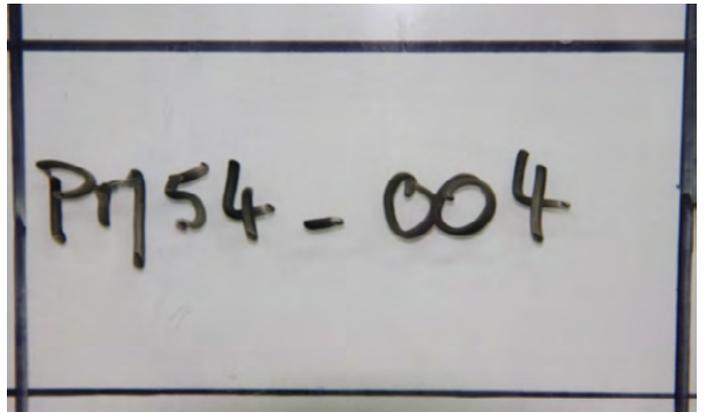


Figura 6. Identificación del número de cadáver anteponiendo el código de área telefónico.



Figura 7. Examen interno durante la autopsia de la cavidad oral.

Se ha enfatizado en la elevada resistencia de los dientes (por encima de los 1000 ° C) y de los tratamientos restauradores (acrílico 540 ° C, oro y amalgama 870 ° C, porcelana 1100 ° C) ante el embate de temperaturas deletéreas (Andersen et al., 1995; Cattaneo et al., 2010).

Se efectuó un pormenorizado examen de cada diente, analizando sus características anatómicas, materiales de restauración, tratamientos de conducto, ausencias (extraídos o por pérdida post mortem), prótesis fijas y/o removibles. Asimismo, se puntualizaron detalles respecto de alteraciones en la erupción dentaria (ectópicos, transposición, retenidos, impactados) y en la oclusión, como así también fracturas, patologías y/o alteraciones en los tejidos blandos (infecciones, torus palatino, etc.).

Las maniobras autópsicas fueron realizados por dos odontólogos; uno de ellos examinaba los diferentes reparos anatómicos, mientras que el otro completaba el formulario respectivo.

APORTES DEL EQUIPO RADIOGRÁFICO PORTÁTIL NOMAD™

Se ha expresado la valiosa injerencia de los recursos imagenológicos para la identificación humana, pudiendo aportar las radiografías evidencia significativa al permitir recrear el perfil de la víctima fallecida, estableciendo parámetros fiables en cuanto a morfología, edad, sexo, etnia, entre otros (Kahana, 1993; Sidler et al., 2007). Si bien las técnicas radiográficas tradicionales continúan siendo muy utilizadas, los avances tecnológicos resultan insoslayables, por lo que los odontólogos forenses deberían estar consustanciados con las nuevas aparatologías y recursos imagenológicos en la búsqueda de una mayor eficacia y eficiencia en las maniobras de identificación (White & Pharoah, 2004).

La aplicación de la tecnología informática a la radiología ha permitido obtener, almacenar, recuperar y transmitir las imágenes a lugares remotos en formato digital, reduciendo el número de exposiciones, además de generar bases de datos, agilizando la interpretación del perfil post mortem al compararlo con los registros ante mortem (Morgan et al., 2006; Nuzzoese & Di Vella, 2007; Li, 2013).



Figura 8 y 9. Equipo radiográfico odontológico portátil NOMAD™

En lo atinente a la práctica odontológica, se ha desarrollado un equipo radiográfico portátil denominado NOMAD™ (Figuras 8 y 9), que ha demostrado una versátil operatividad en el contexto forense, reportado en casos como el tsunami que azotó al sudeste asiático en 2004 o el huracán Katrina en los Estados Unidos en 2005 (Turner et al., 2006).

Dicha unidad portátil, aprobada por la FDI (Federación Dental Internacional), cuenta como importante ventaja el blindaje interno para evitar la fuga de radiación, además de un escudo de radio protección a los fines de proteger al operador de la dispersión de los rayos x. Si bien puede funcionar analógicamente (a través de películas radiográficas estándar y empleo de líquidos revelador y fijador), su mayor cualidad

reside en la capacidad de digitalizar las imágenes obtenidas a través de un sensor electrónico sensible a los rayos x que es colocado de manera similar a la película común (Figura 10).

El sensor va conectado a un ordenador, creando una imagen radiológica que se visualizará instantáneamente en la pantalla (Figura 11). Una importante propiedad radica en que el dispositivo, denominado radiovisiógrafo, genera una mayor calidad en la resolución de las imágenes, optimizando la lectura e interpretación de las estructuras del sistema estomatognático, permitiendo, por ejemplo, mensurar los puntos craneométricos.



Figura 10. Sensor electrónico posicionado en la cavidad oral para efectuar toma radiográfica.

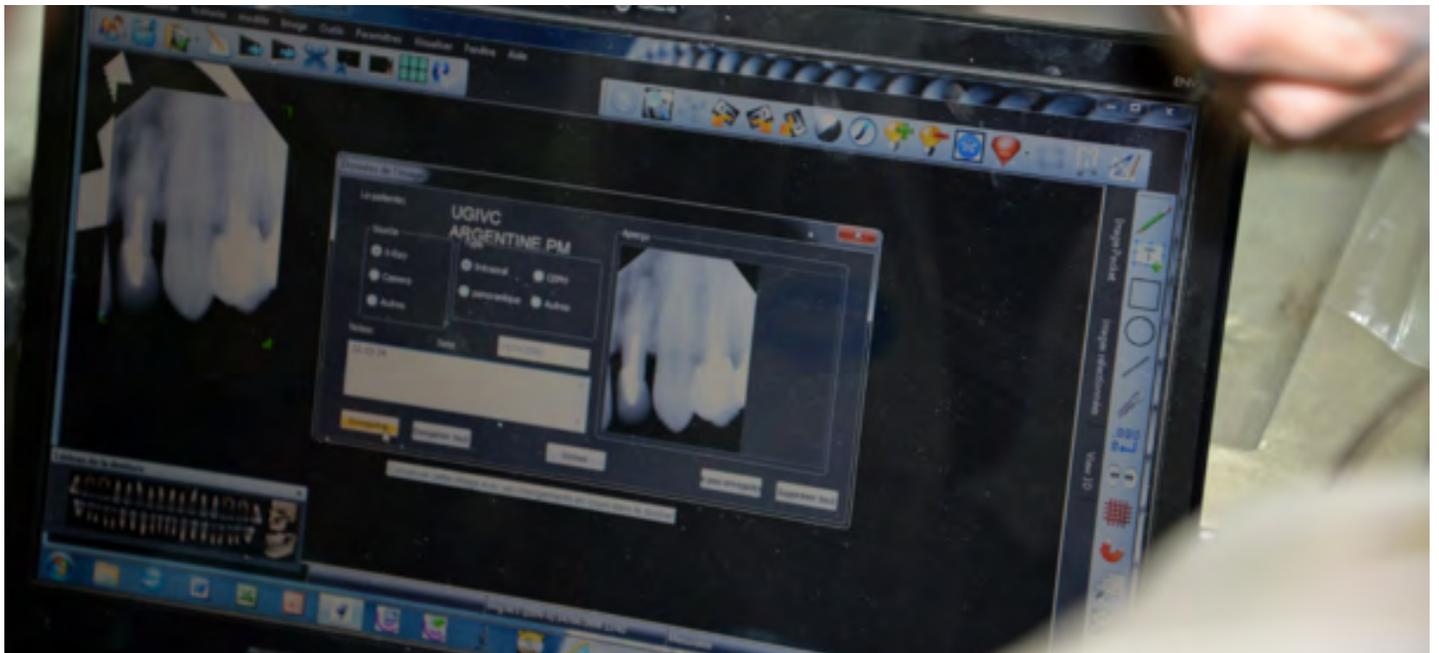


Figura 11. Digitalización de la imagen radiográfica obtenida al momento de la autopsia oral.

Los peritos franceses contaban con registros odontológicos ante mortem digitalizados, por lo que el empleo del NOMAD™ resultó fundamental para otorgar celeridad en la identificación, ya que durante la autopsia odonto legal se obtuvieron diferentes tomas radiográficas, digitalizadas instantáneamente mediante el radiovisiógrafo, permitiendo su cotejo "in situ" con aquellas radiografías ante mortem almacenadas en el ordenador.

RECOLECCIÓN DE MATERIAL ANTE MORTEM E IDENTIFICACIÓN COMPARATIVA

Se ha ponderado la decisiva influencia de contar con antecedentes médicos y odontológicos correctamente labrados y archivados de las víctimas extranjeras.

En el caso de los pilotos argentinos, sus familias vivían en lugares relativamente cercanos al lugar de la tragedia, facilitando el recupero de tales registros. Respecto del análisis de los antecedentes aportados, Interpol establece como norma la transcripción de la totalidad de los datos ante mortem recabados en el formulario amarillo, es decir que el cotejo con aquellos registros resultantes de la autopsia, asentados en el formulario rosa, se efectivizará una vez consumada la transpolación de rigor, facilitando su lectura e interpretación.

La labor mancomunada entre 2 odontólogos contribuyó a una mejor y más cabal interpretación de las particularidades odontológicas de los involucrados, minimizando los posibles errores en la transcripción de los datos. Los resultados obtenidos fueron discutidos entre los dos equipos de expertos con el fin de arribar a las conclusiones.

Tomando en cuenta lo estipulado por Interpol, se pueden verificar cuatro situaciones como corolario de las maniobras de conciliación:

1. Identificación positiva: Los registros susceptibles de comparación ante mortem y post mortem son suficientemente categóricos, permitiendo otorgar identificación inequívoca.

2. Identificación posible: Existen concordancias entre los registros ante mortem y post mortem cotejados, pero la información recabada no resulta suficiente para establecer identificación positiva.

3. Identificación insuficiente: Aunque la información resultante de las maniobras comparativas no resulta categórica, la identidad de la víctima no puede descartarse. La identificación se considera entonces como no concluyente.

La labor mancomunada entre 2 odontólogos contribuyó a una mejor y más cabal interpretación de las particularidades odontológicas de los involucrados, minimizando los posibles errores en la transcripción de los datos.

4. Identificación excluida: Existen discrepancias inexplicables en el cotejo entre los registros ante mortem – post mortem. Posterior al cotejo de los datos ante mortem y post mortem por parte de los equipos interdisciplinarios de Argentina y Francia, se redactó un informe final con una declaración de identidad para cada víctima.

DISCUSIÓN

A través de una revisión de 54 incidentes adversos con víctimas múltiples (Beauthier & Lefèvre, 2010), se pudo analizar que los métodos odontológicos contribuyeron con el 43% de las identificaciones, aunque su incidencia resultó mayor en otras ocasiones (68-89%) [Clark, 1986; Clark, 1989; Clark, 1991, Interpol, 2006; Ceppi et al., 2011; Berketa et al, 2014].

Se ha considerado que la tasa de éxito en la identificación odontológica variará considerablemente de acuerdo a la naturaleza del incidente, la nacionalidad y el país de residencia de las víctimas, la cantidad y tipología de los tratamientos odontológicos y, clave, la disponibilidad (en relación a la cantidad, pero fundamentalmente de la calidad) de registros inherentes a la práctica dental, cualquiera fuere el estamento en donde se circunscriban tales prestaciones (Bezerra, 2005; Sweet, 2010; Interpol, 2014). A tal efecto, es dable destacar el interés en concientizar a los profesionales odontólogos respecto de la importancia del adecuado registro y resguardo de las intervenciones sobre sus pacientes. En la República Argentina se ha establecido el sistema dígito dos como nomenclatura dental obligatoria a partir del año 2013, a través de la Ley de Registros Odontológicos (Ley 26812), que sin duda representa un importante avance en el intento de estandarizar criterios de identificación desde la cotidiana

práctica profesional. Empero, teniendo en cuenta que legalmente la confección de la historia clínica odontológica con su respectivo odontograma implica el único registro obligado para el profesional odontólogo, todavía se vislumbra una plausible carencia de concientización y compromiso a la hora de asentar y archivar pormenorizadamente los antecedentes de sus pacientes. Si bien ello no debe generalizarse (hay muchísimos profesionales y efectores de salud que llevan impecables registros de sus prestaciones), surgen a menudo novedades que desnudan ciertas falencias cuando se libran oficios judiciales requiriendo de los odontólogos prestadores la documentación inherente a su ejercicio profesional respecto de una víctima que se pretende identificar, resultando la misma escasa, incompleta, desactualizada y hasta inexistente en algunos casos.

En virtud de lo narrado, aparece aún como una materia pendiente impulsar y regular desde los estamentos legislativos, la obligatoriedad del registro imagenológico (radiografías y tomografías) en los tratamientos odontológicos, toda vez que se ha explayado en reiteradas oportunidades sobre su utilidad, practicidad y rápida generación de bases de datos con ulteriores fines forenses.

En el presente caso, como resultado de las maniobras interdisciplinarias de identificación se confirmó de manera categórica la identidad de las diez víctimas fatales, otorgando las técnicas odontológicas certeza indubitable en 5 casos (50%) [CUADRO 1].

Se describe la identificación de 10 víctimas carbonizadas a raíz de un accidente aéreo acaecido en la República Argentina, donde los procedimientos forenses post mortem desarrollados para establecer la identidad de los fallecidos incluyeron el examen externo general, fotografías, radiografías y estudios biológicos complementarios. A través del abordaje interdisciplinario, se logró la identificación del 50 % de las víctimas exclusivamente por métodos odontológicos.

Las dificultades de comunicación entre los odontólogos forenses de diferente nacionalidad fueron resueltas mediante el empleo de un protocolo estandarizado internacional, lo que permitió interpretar un lenguaje científico universal. Se recomienda la aplicación de la odontología y la radiología forenses para establecer la identificación indubitable en incidente adverso con víctimas múltiples.

Palabras clave: Identificación odontológica; Cuerpos carbonizados; Víctimas múltiples.

Id Post Mortem	Identificación Arribada	Detalle de la Identificación
PM54-001	Ciudadano francés	Categóricamente mediante técnicas odontológicas.
PM54-002	Ciudadano francés	Sujeto a los resultados del análisis de ADN
PM54-003	Ciudadano argentino	Categóricamente mediante técnicas odontológicas
PM54-004	Ciudadano francés	Sujeto a los resultados del análisis de ADN
PM54-005	Ciudadano argentino	Categóricamente mediante técnicas odontológicas.
PM54-006	Ciudadana francesa	Categóricamente mediante técnicas odontológicas
PM54-007	Ciudadano francés	Sujeto a los resultados del análisis de ADN
PM54-008	Ciudadana francesa	Categóricamente mediante técnicas odontológicas
PM54-009	Ciudadano francés	Sujeto a los resultados del análisis de ADN
PM54-010	Ciudadana francesa	Sujeto a los resultados del análisis de ADN

En 4 cuerpos la comparación odontológica no pudo efectivizarse en razón de la severa destrucción y/o estallido del cráneo con calcinación dentaria y ósea.

En el caso restante, si bien se disponía de algunos dientes en regular estado y una corona de porcelana ostentaba ciertos caracteres compatibles al cotejarla con una corona observada en una fotografía ante mortem, no resultó suficiente para expedirse en forma categórica.

En tales situaciones, las conclusiones sólo se pueden obtener en términos de probabilidad, es decir, probables o posibles. Al incidente objeto de este estudio se lo clasifica como "cerrado", en razón de que, al disponer de una lista de pasajeros, las víctimas a identificar se localizan en una nómina conocida, acotando la búsqueda con cariz identificatorio.

Aquí se conocía el nombre y la ubicación de los tripulantes y pasajeros de ambos helicópteros al momento de iniciar el vuelo.

Aunque las radiografías odontológicas ante mortem, incluyendo algunas periapicales y panorámicas estaban disponibles en 9 casos, resultaron altamente relevantes las radiografías post mortem utilizando el equipo NOMADTM (Figura 12).



CONCLUSIÓN

Los resultados presentados han demostrado el éxito de las técnicas odontológicas, sostenidas fundamentalmente en las imágenes radiográficas digitalizadas para la identificación de víctimas carbonizadas y/o fragmentadas, permitiendo, en un decidido contexto interdisciplinario, acelerar tales procedimientos y entregar los cuerpos a sus familias en el menor tiempo posible, acotando la incertidumbre y angustia e iniciar el correspondiente duelo.

El conocimiento y la aptitud por parte de los peritos argentinos y franceses adoptando un protocolo estandarizado a nivel internacional, confluyó en maniobras cohesionadas, sorteando dificultades y desafíos como los generados por las diferencias en el lenguaje.

A los efectos de optimizar criterios y esfuerzos para el abordaje de este tipo de vicisitudes, resulta imperioso contar con un equipo entrenado de odontólogos forenses, poniendo énfasis en la sistematización de los hallazgos de corte odontológico para propender a una mayor calidad en su análisis e interpretación, jerarquizando su labor como auxiliares de la justicia.

Bibliografía

1. Andersen L, Juhl M, Solheim T, Borrmann H. Odontological identification of fire victims-potentialities and limitations. *Int J Legal Med.* 1995; 107:229–234
2. Beauthier JP, Lefèvre P. Guidelines in mass disaster victim's identification through the Tsunami experience (December 26, 2004). *Rev Med Brux.* 2007; 28 (6): 512-22.
3. Berketa J, James H, Langlois NEI, Richards LC. A study of osseointegrated dental implants following cremation. *Australian Dental Journal.* 2014; 59: 149–155
4. Bernitz H. The challenges and effects of globalisation on forensic dentistry. *Int Dent J.* 2009; 59 (4): 222-4.
5. Bezerra CC. Metodologia de atuação pericial em desastre de massa. *Relato do caso Paraguai. Perícia Federal.* 2005; 6(20): 6-10.
6. Budimlija Z, Prinz M, Zelson-Mundorf A, Wieserma J, Bäterlink E, Mackinnon G. World Trade Center human identification project: experiences with individual body identification cases. *Croat Med J.* 2003, 44(3): 259-63.
7. Busuttill A, Jones JSP, Green MA. Deaths in major disasters – The pathologist's role. *The Royal College of Pathologists, London,* 2000.
8. Briem Stamm AD. Estándares, Protocolos y Globalización de la Odontología Forense. *The Forensic Oral Pathology Journal - FOPJ.* 2011; 2(4):9-12.
9. Byard RW, Winskog C. Potential problems arising during international disaster victim identification (DVI) exercises. *Forensic Sci Med Pathol.* 2010; 6:1–2.
10. Cattaneo C, Porta D, De Angelis D, Gibelli D, Poppa P & Grandi M. Unidentified bodies and human remains: An Italian glimpse through a European problem. *Forensic Sci. Int.,* 195. 2010 (1-3):167.e1-6,
11. Ceppi HJ, Ramos Moreno JL, Briem Stamm AD, Villanueva, JL, Fonseca GM. Ficha Odontológica e Identificación. *Reporte del XXXIII Congreso Internacional de AMFRA, 16 de mayo de 2012 - Carlos Paz, Argentina. Forensic Oral Pathology Journal - FOPJ.* 2012; 3(7):7-15.
12. Clark DH. Dental Identification Problems in the Abu Dhabi Air Accident. *Am. J. Forensic Med. Pathol.* 1986; 7 (4): 317-21.
13. Clark DH. Postmortem dental identification in mass disaster. PhD dissertation, University of London, 1989.
14. Clark DH. Dental identification in the Piper Alpha oil rig disaster. *J Forensic Odontostomatol.* 1991; 9:37–45
15. De Valck E. The dentist on the DVI team--interdisciplinary philosophy of the Interpol DVI team. *Rev Belge Med Dent (1984).* 2005; 60 (3): 171-88.
16. Eleta G, Odzak J, Bosio L, Sotelo Lago RA. Identificación en Desastres de Masas. *Cuad Med Forense.* 2002; 1(3): 167-87.
17. Fernandes CR, Guimaraes MA, Mata KM, Frajacomo FT, Demarzo MM, Garcia SB. A História da Medicina Forense. *Brazilian Journal of Forensic Sciences, Medical, Law and Bioethics.* 2011; 1:4–9.
18. Griffiths C, Hilton J, Lain R. Aspects of forensic responses to the Bali bombings. *ADF Health.* 2003; 4: 50-55.
19. Grupo de Evaluación de la Organización Internacional de Policía Criminal (INTERPOL) sobre el Maremoto. La respuesta del equipo de identificación de víctimas sobre el Maremoto del Sudeste Asiático entre diciembre de 2004 y febrero de 2006. Disponible en <http://www.interpol.int/Public/DisasterVictim/TsunamiEvaluation20100330ES.pdf>
20. Junta de Investigación de Accidentes de Aviación Civil Disponible en <https://jiaac.gov.ar/es/>
21. Kahana T. The reliability of the trabecular bone pattern as a bone marker in radiographs for positive identification. Paper presented at the American Academy of Forensic Sciences, 1993
22. Ley Nacional N° 26812, modificatoria de Ley 26529 - Derechos del Paciente LEY 4.899 VIEDMA, 23 de septiembre de 2013 Bolefín Oficial, 23 de septiembre de 2013 Vigente, de alcance general Id SAJ: LPR1004899
23. Li G. Patient radiation dose and protection from cone-beam computed tomography *Imaging Sci. Dent.* 2013; 43:63-69
24. Martín-de las Heras S, Valenzuela A, Villanueva E, Marques T, Exposito N, Bohoyo JM. Methods for identification of 28 burn victims following a 1996 bus accident in Spain. *J Forensic Sci.* 1999; 44:428–431
25. Milroy, CM (2005) 'Principles of identification' in *Encyclopedia of Forensic and Legal Medicine (Payne-James*

J, Byard RW, Corey TS, Henderson C eds). Elsevier Academic Press.

26. Moreno Pascual R. Procedimientos Médico Forenses en respuesta al Terremoto y Tsunami en Constitución (Chile), febrero y marzo de 2010. FOPJ. 2010; 1(2):20-26.
27. Morgan O, Tidball-Binz M, Van Alphen D. (Eds) (2006) Management of dead bodies after disasters: A field manual for first responders. Pan American Health Organisation. Available at <http://www.paho.org/english/dd/ped/DeadBodiesField-Manual.htm>. Accessed 27 March 2017.
28. Nelkin D, Andrews L. Do the dead have interests? Policy issues for research after life. *Am J Law Med.* 1998; 14(2&3); 261-291.
29. Nuzzolese E, Di Vella G. Future project concerning mass disaster management: a forensic odontology prospectus. *Int. Dent J.* 2007; 57 (4): 261-6.
30. Organización Internacional de Policía Criminal (INTERPOL). Guía para la Identificación de Víctimas de Catástrofes. 2014. Disponible en <http://www.interpol.int/Public/DisasterVictim/Guide/GuideES.pdf>
31. Payne-James J, Byard RW, Corey TS and Henderson C (Eds). *Encyclopedia of Forensic and Legal Medicine*. Elsevier Academic Press, Oxford, 1995.
32. Solheim T, Lorentsen M, Sundnes PK, Bang G, Bremnes L. The "Scandinavian Star" ferry disaster 1990 – a challenge to forensic odontology. *Int. J Legal Med.* 1992; 104:339–345
33. Sidler M, Jackowski C, Dirnhofer R, Vock P, Thali, M. Use of multislice computed tomography in disaster victim identification – Advantages and limitations. *Forensic Sci. Int.* 2007; 169, 118-128.
34. Soomer H, Ranta H, Penttila, A. Identification of victims from the M/S Estonia. *Int. J Legal Med.* 2001;114, 259-262.
35. Stimson PG and Mertz CA (1997) "Mass Disaster Experiences" in *Forensic Dentistry* (eds. Stimson PG & Mertz CA) CRC Press.
36. Sweet D. Interpol DVI best-practice standards--An overview. *Forensic Sci Int.* 2010; 201 (1-3);
37. Turner C, Kloos D, Morton R. Radiation safety characteristics of the NomadTM portable x-ray system [promotional material]. Orem, UT: Aribex, Inc. Copyright, 2005–2006.
38. United Nations (General Assembly) (1948) Resolution 217 a (III) Universal Declaration of Human Rights.
39. U.S. Department of Justice, National Institute of Justice. Mass fatality incidents: a guide for human forensic identification, June 2005 (available at www.ojp.usdoj.gov/nij).
40. Vermylen Y. Guidelines in forensic odontology: Legal aspects. *Forensic Sci. Int.* 2006; 159S; S6-S8.
41. Wecht CR. Relationships of the medical examiner. *Marshall Law Rev.* 1965; 14:427.
42. White S, Pharoah M. *Oral radiology; principles and interpretation*, 5th ed. St. Louis, MO: Moseby, 2004:47–67.

Lesiones orales en algunas infecciones virales.

AUTOR: GONZÁLEZ AYALA SILVIA E

Profesora titular de la Cátedra Infectología, Facultad Ciencias Médicas, Universidad Nacional La Plata.

Casos clínicos del Hospital de Niños Superiora Sor María Ludovica, La Plata.

PRESENTACIÓN EN EL 33º CONGRESO INTERNACIONAL DE ODONTOLOGÍA DEL CÍRCULO ARGENTINO DE ODONTOLOGÍA.

CURSO: " PROCESOS INFECCIOSOS EN LA CAVIDAD BUCAL".22/10/2016.

CENTRO DE CONVENCIONES PALAIS ROUGE. BUENOS AIRES.

INTRODUCCIÓN

Las manifestaciones de las infecciones virales en la cavidad oral son de importancia. En oportunidades preceden a otros síntomas y signos con lo que permiten el diagnóstico temprano.

Los enanemas que se observan en la mucosa gingival, la mucosa yugal, istmo de fauces, paladar blando y paladar duro, lengua deben ser reconocidos.

Se clasifican según su morfología en: eritematoso, eritemato-ramoso, petequeal, vesicular, ulceroso, en placas o parches y mixto (combinación de dos o más de los anteriores).

Las formas de presentación eritematosa y el eritemato-ramosa son inespecíficos y comunes a numerosas virosis. Y, por la clínica en: gingivitis, glositis, estomatitis y sus combinaciones.

Pueden plantear el diagnóstico diferencial con lesiones de etiología no infecciosa como las que se observan en gestantes, diabéticos, personas con deficiente higiene bucal / tratamiento con algunas drogas (oncológicas, por ejemplo), etc.

Palabras clave: Identificmétodos científicos aceptables como pruebas para la Justicia, contribuyendo en el cumplimiento de las leyes (Wecht, 1965, Fernandes et al, 2011).

CLÍNICA

El compromiso faucial es de tipo eritematoso (infecciones por virus respiratorios), eritemato-ramoso (virus respiratorios, Parvovirus),



Figura 1. Enanema faucial eritemato-ramoso

En el caso de las infecciones por el Paramixovirus sarampión, además se presentan las lesiones en mucosa yugal, a la altura del tercer molar, sobre una base eritematosa se observan pequeñas lesiones blanquecinas blanco amarillentas que semejan granos de sémola, son las manchas de Koplik,



Figura 2. Enantema faucial eritemato-ramoso-petequial



Figura 3. Enantema faucial pultáceo

Las infecciones enterovirales también pueden cursar con estas lesiones.

En las infecciones por Parvovirus Humano B19 es frecuente observar lesiones similares aunque de mayor tamaño en la zona posterior, en la unión de la mucosa gingival con la yugal.

En algunas infecciones por Flavivirus como dengue y fiebre amarilla, en las infecciones por Arenavirus Junín y Alfavirus Chikungunya (Togavirus), el compromiso gingival con edema es importante; se forma el reborde o rodete o ribete gingival peridentario, Figura 5.

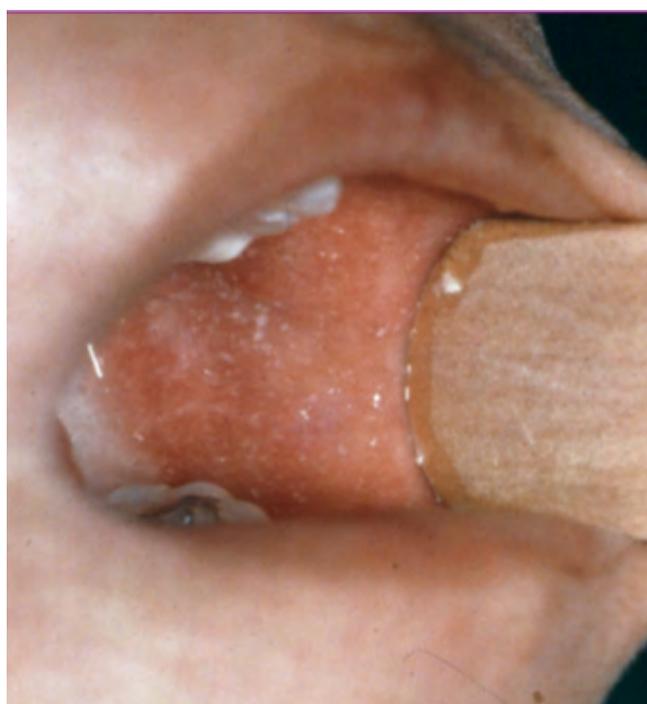


Figura 4. Manchas de Koplick



Figura 5. Reborde gingival peridentario en adulto con dengue. (Gentileza Dr. Alfredo Seijo, Hospital Muñiz)

Puede haber sangrado al contacto o espontáneo como ocurre en la fiebre hemorrágica argentina y las formas graves de dengue, gingivitis / estomatitis hemorrágica, Figuras 6 y 7.



Figura 6. Estomatitis hemorrágica en paciente con Fiebre hemorrágica argentina. (Gentileza Dra. Delia Enría, Instituto de Enfermedades Virales Humanas Julio I. Maiztegui)



Figura 7. Gingivitis / estomatitis hemorrágica en paciente con dengue grave

El enantema eritemato-vesicular se observa en:

1- las infecciones producidas por los virus del Herpes simplex tipo 1 (70%) tienen manifestaciones clínicas sólo en el 30% de las primoinfecciones que habitualmente se producen antes de los 6 años de edad y las debidas al tipo 2 (30%), se presentan a partir del inicio de las relaciones sexuales por la práctica de sexo oral. Las formas de presentación son gingivitis (Figura 8), estomatitis (Figura 9), glositis, estomatoglositis y gingivoestomatoglositis.

Ésta última, particularmente, cuando la primoinfección se produce en etapas tempranas de la vida o en la recurrencia en los huéspedes inmunocomprometidos. Por el contrario, en los episodios de recurrencia, en la mayoría de los casos la lesión patognomónica, ramillete de vesículas de contorno policíclicos, asienta en las zonas de límite cutáneo-mucoso, Figura 10.



Figura 8. Gingivitis por virus del Herpes simplex tipo 1



Figura 9. Estomatitis herpética



Figura 10. Herpes simple recurrente labial

2- En el período de invasión o prodrómico y comienzos del período de estado en la primoinfección por virus varicela-zóster.

La localización habitual es en paladar blando con una vesícula de mayor tamaño próxima a la úvula. Pero, ocasionalmente puede cursar como gingivostomatoglositis, Figura 11.



Figura 11. Estomatoglositis por virus varicela-zoster

3- En algunas infecciones enterovirales como la enfermedad mano-pie-boca y la herpangina: La enfermedad mano-pie-boca, tiene prevalencia estacional (meses de temperaturas más cálidas) y se presenta en principalmente en niños, aunque puede afectar también adolescentes y adultos jóvenes. Las vesículas pueden observarse en las mucosas yugal y gingival, lengua y paladar, Figura 12.

Figura 12. Enantema vesicular en la enfermedad mano-pie-boca



La herpangina es producida por diferentes enterovirus humanos y se observa en niños; y, ocasionalmente a adolescentes y adultos. Se presenta como casos esporádicos o en epidemias focalizadas o extendidas en la comunidad. Las vesículas asientan en los pilares anteriores y se encuentran alineadas, Figura 13.

4- También se ha descrito enantema vesicular en paladar blando en las infecciones por virus del complejo dengue. Pueden plantear el diagnóstico diferencial con otras entidades no infecciosas: aftas, penfigoide, lesiones orales en lepidopterismo, lesión por aspirina.



Figura 13. Herpangina



Figura 14. Mucositis en paciente con Síndrome de Lyell

Las mucositis tóxicas se clasifican en cuatro grados: 1- aumento de la sensibilidad / dolor, eritema; 2- eritema y úlceras, puede deglutir alimentos sólidos (Figura 15); 3- úlceras y extensas áreas eritematosas, no puede tragar alimentos sólidos; 4- extendida, no puede alimentarse.

En la fiebre Chikungunya otras manifestaciones orales son: mucopiosis, eritema, gingivitis desde 1 -2 días antes del comienzo de otras manifestaciones clínicas o después. Las manifestaciones clínicas son sensación quemante, dolor, alteración del gusto. Puede haber trismus.

Las lesiones en placas o parches resultan de las infecciones por los virus Papiloma Humano (HPV) en la cavidad



Figura 16. Lesión en lengua por HPV

(Disponible en <http://www.clinicaladvisor.com/cmece-features/oral-lesions-caused-by-human-papillomavirus/article/193918/>)



Figura 15. Mucositis grado 2

oral. Son un problema que se ha ido incrementado en las últimas tres décadas.

Entre los más de 40 tipos que pueden causar infección, el predominante es HPV- 16, que es de alto riesgo para el desarrollo de enfermedad maligna (oncogénico). Se localiza en fauces, en especial en amígdalas y base de la lengua.

Se estima que alrededor del 1 - 7% de los mayores de 14 años está infectado; los fumadores tienen mayor riesgo. Los parches o placas son de color blanquecino o eritematoso, Figura 16.

Inicialmente pueden plantear el diagnóstico diferencial con líquen plano, leucoplasia.

ENFOQUE INTEGRAL

Debe realizarse con criterios.

- **Epidemiológico:** considerando edad, género, antecedentes vacunales, exposición: enfermedad en convivientes, contactos, viajes / contacto con viajeros, situación en el área, saneamiento ambiental / servicios básicos (provisión de agua segura, eliminación sanitaria de excretas), hábitos (tóxicos, sexuales), etc.

- **Clínico:** antecedentes personales y de la enfermedad que motiva la consulta, caso sospechoso, examen físico: manifestaciones clínicas (locales y sistémicas)

- **Métodos auxiliares del diagnóstico:** rutina, especializado o específico
La derivación oportuna para la consulta y el manejo clínico debería ser considerada según la condición.

Referencias

- Gillison ML, Broutian T, Pickard RKL, et al. Prevalence of oral HPV infection in the United States, 2009-2010. *JAMA* 2012;307:693-703.
- Kannan M, Rajendran R, Sunish IP, et al. A study on chikungunya outbreak during 2007 in Kerala, south India. *Indian J Med Res* 2009;129: 129:311-315. Disponible en: <http://imsear.li.mahidol.ac.th/bitstream/123456789/135790/1/ijmr2009v129n3p311.pdf>
- Gouri SS, Vanaja E, Sathe PS. Oral manifestations of Chikungunya fever in clinically diagnosed Chikungunya cases (CDCG)-A purposive study. *Ann Ess Dent* 2010;11(4):25-29. Disponible en: <http://aedj.in/pdf/2/4/2.4.25-29.pdf>
- Li W, Gau H-H, Zhang K, et al. Large outbreak of herpangina in children caused by enterovirus in summer of 2015, in Hangzhou, China. *Nature Scientific Rep* 2016;6:35388. DOI: 10.1038/srep35388. Disponible en: http://www.nature.com/articles/srep35388?WT.feed_name=subjects_epidemiology
- Ministerio de Salud Pública de la República Dominicana. Guía de manejo clínico para la infección por virus Chikungunya (CHIKV). Ministerio de Salud Pública República Dominicana, Santo Domingo, 2014. Disponible en: http://www1.paho.org/dor/images/stories/archivos/chikungunya/guia_chikv2.pdf?ua=1

COMENTARIO

Las manifestaciones en la cavidad oral deben ser conocidas y reconocidas tanto por los odontólogos como los médicos, en general.

Son de interés pues pueden preceder a otras manifestaciones clínicas con lo cual el diagnóstico temprano permitirá recomendar las medidas de prevención y el tratamiento específico, si estuvieran disponibles.

- OPS. Dengue. Guía para la atención de enfermos en la región de las Américas. Segunda edición 2015. Organización Panamericana de la Salud, Washington DC, 2016. Disponible en: http://iris.paho.org/xmlui/bitstream/handle/123456789/28232/9789275318904_esp.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Puenpa J, Mauleekoonphairoj J, Linsuwanon J, et al. Prevalence and Characterization of Enterovirus Infections among Pediatric Patients with Hand Foot Mouth Disease, Herpangina and Influenza Like Illness in Thailand, 2012 *PLoS One* 2014; 9(6): e98888. Disponible en: www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4041783/pdf/pone.0098888.pdf
- Thomas EA, John M, Kanish B. Mucocutaneous manifestations of dengue fever. *Indian J Dermatol* 2010;55(1):79-85. Disponible en: <http://www.e-ijd.org/article.asp?issn=0019-5154;year=2010;volume=55;issue=1;spage=79;epage=85;aulast=Thomas>
- Valamparampil JL, Chirakkarot L, Letha S, et al. Clinical profile of Chikungunya in infants. *Indian J Pediatr* 2009;76(2):151-155. Disponible en: <http://medind.nic.in/icb/t09/i2/icbt09i2p151.pdf>

Obituario

Dr. Héctor Eduardo Lanfranchi Tizeira

El pasado verano recibimos la triste noticia de que nuestro colega el Dr. Héctor Lanfranchi Tizeira había fallecido repentinamente. Este hecho tan doloroso me hizo recordar su vida profesional y académica. Conocí al Dr. Lanfranchi en 1975 en el Departamento de Radiobiología de la Comisión Nacional de Energía Atómica, cuyo jefe era el Dr. Rómulo Luis Cabrini.

Héctor era un joven recientemente recibido muy entusiasta que tomaba su formación con mucha seriedad. Había venido de Córdoba y estaba cursando la Carrera de Especialista en Anatomía Patológica Bucal en la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires y a la vez participando en proyectos de investigación para el estudio de los efectos de la radiación en piel y mucosas.

Al poco tiempo de conocerlo y en el marco de su carrera de posgrado comenzó una pasantía en el Hospital Italiano en el servicio de Anatomía Patológica con el Dr. Fritz Schajowicz entrenándose en anatomía patológica ósea y en el Hospital Durand con el Dr. David Grinspan en el Servicio de Dermatología, que entonces era el que se ocupaba del estudio y tratamiento de las lesiones de la mucosa bucal, formándose así en estomatología clínica.

Las vivencias logradas en ese tiempo en anatomía patológica y en estomatología fueron esenciales para que en Héctor se afanzara su vocación por la clínica estomatológica.

Las tardes en que después de estar en el Hospital llegaba a la Comisión vibraba contándonos sus experiencias por lo aprendido y por lo observado, manifestando su empatía con los pacientes, y a la vez pensando cuáles serían las medidas que habría que tomar para enseñar al odontólogo general y a la población cómo prevenir las enfermedades de la mucosa bucal.

Eran los tiempos del surgimiento del SIDA y su prevención era, dado los pronósticos de expansión de la enfermedad que existían entonces, lo que desvelaba a investigadores, médicos, odontólogos y patólogos.



En esos años Lanfranchi ya se había incorporado a la docencia universitaria en la Cátedra de Anatomía Patológica de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires y posteriormente en 1984, y dada su formación accedió por concurso al cargo de Profesor Titular de la Cátedra de Patología Clínica Bucodental II que luego pasó a llamarse Clínica Estomatológica.

En esta Cátedra Héctor activó fuertemente la atención clínica y el trabajo directo de los alumnos con los pacientes en la clínica. La cátedra se convirtió en un servicio activo y eficiente, y provocó en los estudiantes el deseo de aprender, prevenir, atender y curar las enfermedades de la boca más allá de la atención tradicional.

En el último concurso de renovación de su cargo Héctor fue nombrado Profesor Titular Plenario de dicha cátedra.

La atención de los pacientes con SIDA fue otra de sus preocupaciones, y en 1993 Héctor estuvo a cargo como director del recién creado CLAPAR (Centro para el estudio y atención de enfermedades de alto riesgo) en el que permaneció durante varios años. Trabajó incansablemente para lograr la detección precoz del cáncer bucal enseñando sistemas de diagnóstico a odontólogos, especialmente de servicios públicos, de varios centros asistenciales del país.

El mismo dijo que hasta no hace mucho la mayor parte de los pacientes con cáncer bucal que llegaban a la consulta lo hacían cuando su mal ya estaba en su período más avanzado y que gracias a las campañas activas, hoy día los pacientes consultan más tempranamente favoreciendo su tratamiento.

Fue también Director del proyecto de Prevención de cáncer bucal "Sacale la lengua al cáncer" de la International Association for Dental Research.

En ella compartimos con Héctor la Secretaría de Relaciones Internacionales de nuestra SAIO y juntos trabajamos para

activar nuestra relación con la IADR. Héctor tomó con responsabilidad la difusión de la participación internacional de la SAIO en la IADR y se ocupó de incentivar la incorporación de otros países de América Latina en ella.

de los miembros fundadores de la Federación Latinoamericana de la IADR de la cual fue su primer Presidente.

Su valor como estomatólogo fue reconocido habiendo sido nombrado Académico de la Academia de Medicina de Córdoba, Jefe del Programa de Estomatología del Hospital Alemán de Buenos Aires, Profesor Honorario de la Universidad de Córdoba y Director de la Escuela de Estomatología del Círculo Argentino de Odontología.

El Dr. Héctor Lanfranchi fue incorporado como Académico de Número de la Academia Nacional de Odontología en el año 1998 en su condición de estomatólogo e investigador. Con estas palabras nuestra Academia reconoce su valor en la odontología como investigador y como clínico.

Angela Ubios
Académica de Número

Política Editorial

LA REVISTA DE LA ACADEMIA NACIONAL DE ODONTOLÍA ES EL ÓRGANO OFICIAL DE LA INSTITUCIÓN.

Tiene como propósito:

1. Informar a la comunidad universitaria en general y odontológica en particular respecto de los acontecimientos científico-tecnológicos que afectan al proceso de salud-enfermedad-atención de las personas y la sociedad.
2. Emitir opinión fundada respecto de situaciones referidas a la política científico-tecnológica que se generen en los diferentes países y/o regiones.
3. Emitir opinión fundada acerca de políticas de salud en general y del componente bucal en particular.
4. Informar a la sociedad en general y a la comunidad científica acerca de los criterios de acreditación y certificación vigentes en el mundo que garanticen la calidad del componente bucal de la atención en salud.
5. Informar a la sociedad en general y a la comunidad científica acerca de los criterios de acreditación y certificación que aplica como institución garante de la calidad del componente bucal de la atención en salud.
6. Informar a la sociedad en general y a la comunidad universitaria en particular acerca de las tendencias de la educación superior en ciencias de la salud.
7. Publicar los resultados de revisiones sistemáticas encargadas a grupos de expertos respecto de temas en debate entre la comunidad científica.
8. Publicar los resultados de investigaciones socio-epidemiológicas de interés local y/o regional.
9. Publicar los resultados de estudios cuantitativos descriptivos o analíticos y de estudios cualitativos exploratorios o explicativos originales que aporten a la evidencia científica ligada al contexto y que se ajusten a las metodologías pertinentes.
10. Informar a la comunidad científica respecto de las acciones desarrolladas por las academias nacionales e internacionales.
11. Difundir como expresión de auspicio el desarrollo de actividades científicas de interés local y /o regional desarrollada por instituciones nacionales o extranjeras, públicas o privadas acreditadas.
12. Difundir los resultados de encuentros científicos focalizados en temas de interés nacional o regional.
13. Abrir las instancias para el desarrollo de foros destinados al debate
14. Todos trabajos científicos deberán ajustarse a las normas de ética fijadas en el protocolo de Tokio y

deberán ser sometidos a la aprobación de un Comité de ética institucional

Secciones

- Editorial
- Tendencias
- Trabajos originales
- Revisiones sistemáticas
- Acreditación y certificación
- Difusión científica
- Entrevistas

REQUISITOS PARA PUBLICACIÓN

Editorial

Será solicitada a editorialistas miembros o no de la Academia sobre temas específicos los que serán firmados por la Academia y nominados por el autor y eventualmente aprobados por la Academia de acuerdo con la opinión del Comité Editorial. Deberán tener una extensión no mayor de 2 páginas de tamaño A4, empleando letra Arial 11 a 1,5 espacios.

Tendencias

Estará referida a temas de interés referidos a políticas de salud, científico-tecnológica o educativas de interés para la comunidad odontológica en particular y la sociedad en general. Los mismos serán sometidos a la opinión de un Comité editorial ad hoc.

Tipos de trabajos incluir en la revista

- Trabajos originales

Se publicarán trabajos de investigación originales que se encuadren en la política editorial de la revista.

Los diseños de los trabajos podrán ser descriptivos, centrados en temas de interés local o regional.

1. Los estudios de casos podrán referirse a enfermedades de baja prevalencia.

2. Los estudios transversales deberán incluir los siguientes ítems:

- Objetivos
- Estado del arte sobre el tema. Las citas incluidas deberán mencionarse en el texto de acuerdo con las normas de Vancouver.
- Identificación del universo y muestra seleccionada.

cuenta de la validez y confiabilidad de la aplicación de los instrumentos.

- Tratamiento estadístico pertinente.
- Resultados expresados en tablas y/o gráficos que se puedan interpretar sin acudir al texto.
- Discusión
- Conclusiones que surjan del estudio.
- Resumen en castellano e inglés que no exceda las 250 palabras.
- Referencias citadas en el texto ajustándose a las normas de Vancouver.

3. Los estudios analíticos observacionales podrán ser de casos y controles o de cohortes ajustándose a los criterios internacionalmente aceptados. Deberán incluir los siguientes ítems:

- Objetivos
- Estado del arte sobre el tema incluyendo solamente aquellos que serán mencionados en la discusión o que identifiquen paradigmas, modelos o tendencias referidas al tema. Las citas incluidas deberán mencionarse en el texto de acuerdo con las normas de Vancouver.
- Identificación del universo y muestra seleccionada.
- Metodología de recolección de datos incluyendo criterios de inclusión, exclusión y aquellos que den cuenta de la validez y confiabilidad de la aplicación de los instrumentos e identificación de los grupos experimentales y controles y sus características
- Tratamiento estadístico pertinente.
- Resultados expresados en tablas y/o gráficos que se puedan interpretar sin acudir al texto. Los resultados no deben incluir opiniones.
- Discusión
- Conclusiones que surjan del estudio.
- Resumen en castellano e inglés que no exceda las 250 palabras.
- Referencias citadas en el texto ajustándose a las normas de Vancouver.

4. Los estudios analíticos experimentales podrán ser estudios aleatorios o estudios de campo o de efectividad. Los estudios experimentales aleatorios deberán incluir los siguientes ítems.

- Objetivos
- Estado del arte sobre el tema incluyendo solamente aquellos que serán mencionados en la discusión o que identifiquen paradigmas, modelos o tendencias referidas al tema. Las citas incluidas deberán mencionarse en el texto de acuerdo con las normas de Vancouver.
- Identificación del universo y muestra seleccionada.
- Metodología de recolección de datos incluyendo criterios de inclusión, exclusión y aquellos que den cuenta de la validez y confiabilidad de la aplicación de los instrumentos e identificación de los grupos experimentales y controles y sus características. Deberá aclararse los criterios de aleatoriedad aplicados.

- Tratamiento estadístico pertinente.
- Resultados expresados en tablas y/o gráficos que se puedan interpretar sin acudir al texto. Los resultados no deben incluir opiniones.
- Discusión
- Conclusiones que surjan del estudio.
- Resumen en castellano e inglés que no exceda las 250 palabras.
- Referencias citadas en el texto ajustándose a las normas de Vancouver.

5. Los estudios de campo o efectividad deben incluir los mismos ítems especificando la utilización de muestras intencionadas y sus criterios de selección. También podrán ser estudios de intervención referidos a problemas de gestión o a evaluación de intervenciones sanitarias.

• Revisiones sistemáticas
Las revisiones sistemáticas serán encargadas por el Comité editorial a un equipo de expertos y deberán ajustarse a los criterios del sistema Cochrane.

• Acerca de la acreditación de carreras y certificación de profesionales
Esta categoría actualizará anualmente los criterios de evaluación de calidad vigentes en el mundo y a nivel regional y local que se aplican para la acreditación de carreras y/o certificación de profesionales.

• Difusión científica
Estará referida a los puntos 10 al 12 de los objetivos de la revista.

• Entrevistas
Las entrevistas serán realizadas a profesionales con particular significación en la ciencia, la técnica o el arte. Las opiniones emitidas serán responsabilidad del entrevistado. La selección de los entrevistados será decisión del Comité editorial.

Editor y Comité editorial

Editor: A designar

Comité editorial: A designar

Diseño Editorial:

Matías Sánchez Bolla - matias@estudiocosa.com



Academia Nacional de Odontología
Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires
Marcelo T. de Alvear 2142 - Piso 1° Sector "B" C.A.B.A.
Teléfono: 15-3630-8597
info@academianacionaldeodontologia.org
www.academianacionaldeodontologia.org