

espacios

DE DIFUSIÓN DEL CÍRCULO ODONTOLÓGICO DE PARANÁ

P.3 Editorial



P.7 Cine. La quinta temporada

P.8 Calendario Científico 2016

P.10 Lengua y postura



P.15 Sífilis secundaria

#43
2016
Junio-Julio

CONSULTORIO RADIOLOGICO PARANA

ROSARIO DEL TALA 395 - Tel: 4221743

Panorámicas Digitales

Estimado colega:

Tenemos el agrado de informarles que se encuentra a su disposición un nuevo equipo de Radiografía digital para el diagnóstico odontológico, que posee una gran versatilidad en métodos de obtención de imágenes en 10 programas diferentes:

- Rx panorámicas
- Rx panorámicas de magnificación constante (para estudios implantológicos)
- Rx panorámicas para niños (disminuye la zona y tiempo de exposición)
- Rx panorámicas de hemiarquadas derecha o izquierda. Localiza el área a observar, reduciendo un 50% la radiación sobre el paciente.

Dr. Tenorio, Francisco | Dr. Figoni, Juan Manuel | Dr. Tenorio, Mariano



COMISIÓN DIRECTIVA

PRESIDENTE: Dr. Fernando J. Hadad
VICEPRESIDENTE: Dr. Alfredo H. Sattler
SECRETARIO: Dra. Silvia B. Clotet
TESORERO: Dr. Patricio M. Rinaldi
PROSECRETARIO 1º: Dr. Maximiliano Nuñez
PROSECRETARIO 2º: Dr. Pablo Ruberto
PROTESORERO 1º: Dr. Mariano G. Aguilar
PROTESORERO 2º: Dr. Cristian Del Barco

Tribunal De Honor

Dra. María del Carmen Sabbione
Dra. Liliana B. Martínez
Dr. Jorge E. Krenz
Dr. Ernesto R. Jaworski
Dr. Sergio L. Franco

Comisión Revisora de Cuentas

Dr. Rubén O. Ronchi
Dr. Federico Devetter
Dr. Gonzalo Pierola

Comité de Administración de la Escuela de Postgrado

Dr. Gonzalo G. Piérola
Dr. Maximiliano Nuñez
Dr. Sebastián Solari

Comisión de Actividades

Científicas, Educativas y Culturales
Dra. Mabel Cesarini
Dra. Laura B. Gauna
Ma. Lidia Gutiérrez

Comisión Administradora C.A.S.

Dra. María Belén Cuello
Dr. Lucio Tepsich
Dr. Patricio Rinaldi

Para integrar la JUNTA ELECTORAL fueron electos: *Dra. María Ethel Benítez de Galli, Dra. María Alejandra Noriega y Dr. Sebastián Solari.* Como nuevo miembro del Comité de Administración de la Escuela de Postgrado resultó electa el *Dr. Sebastián Solari*, quien reemplaza en la función a la *Dra. Adriana Ibañez.*

REVISTA ESPACIOS

Año X | N° 43 | Junio-Julio 2016

EDICIÓN

Círculo Odontológico de Paraná
Corrientes 218 | Tel.: (0343) 4318362
comisiondirectiva@coparana.com.ar
www.coparana.com.ar

Interesados en colaborar con esta publicación, dirigirse a la Secretaría del COP (Soledad, personalmente o al Tel.: 4217877)

Estimado/a colega:

Como venimos informando nuestra institución ha logrado con esfuerzo y mucho trabajo posicionarse dentro de la Confederación Odontológica de la República Argentina al haber sido designada como organizadora de los seminarios de temas muy importantes y también haber sido designados como miembros titulares del Consejo Federal de la Asociación Odontológica Argentina, dentro de los diferentes temas que se tratan informamos a Usted el de impuesto a las ganancias que toma singular importancia en honorarios del odontólogo.

Muchas gracias

Paraná, Abril del 2016-

Al Comité Ejecutivo de la Confederación Odontológica de la República Argentina

El Círculo Odontológico de Paraná eleva para su consideración las conclusiones sobre el tema del impuesto a las ganancias que nos fuera encargada por el honorable comité y de estar de acuerdo con ellas solicitamos elevarlas al comité con federal para concretar los objetivos que se plantean.

GASTOS, HONORARIOS, ARANCEL FINAL.

INCIDENCIA TRIBUTARIA DE LOS DESEMBOLSOS DE GASTOS A RECUPERAR.

El derecho a retribución tiene su origen en el desarrollo intelectual de la actividad profesional, la calidad del mismo determinara la magnitud del honorario, nunca los costos o erogaciones necesarias para producirlo. En este trabajo se intentará analizar, la incidencia en materia tributaria, de los gastos realizados en las prestaciones odontológicas que tienen una relación directa en el arancel final de las prácticas odontológicas. Se propone un ámbito de debate, una posición observadora de los gastos directos que el profesional debe incurrir que no deben conformar la base tributaria, PARA EL CORRECTO ENCUADRE TRIBUTARIO.

Tomando como referencia el trabajo presentado por la CORA, denominado Estructura de Costos 2012.

Esta Estructura tiene como finalidad explicar de una manera sencilla los pasos a seguir, para poder calcular el valor de una práctica odontológica.

Tienen como objetivo, lograr que cada una de las prácticas que realizar el odontólogo, en la atención de los pacientes puedan ser ponderables la totalidad de los gastos que se originan para su realización y pueda reconocerse a ciencia cierta cuál es el beneficio que logra en su ejecución.

En primer lugar debemos definir los costos o gastos que influyen en la realización de una práctica odontológica.

Existen dos tipos de costos a considerar:

Costos fijos y costos variables

Costos fijos: Son los gastos que el profesional tiene mensualmente, que le permiten llevar a cabo el ejercicio de su profesión y que permanecen inalterable en forma mensual, independientemente del tipo de la práctica que se realice, y su incidencia solo va a estar en duda por el tiempo que cada prestación demanda en su ejecución, o sea que mayor cantidad del tiempo invertido, mayor incidencia del costo fijo.

En este rubro incluiremos: alquiler o amortización del local, sueldo del personal, auxiliar y de maestranza, gas, leyes sociales y aguinaldo, amortización del instrumental y equipamiento, electricidad y teléfono

Respecto de la amortización del local, si se es propietaria, se incluye el valor de mercado del alquiler del consultorio como bien inmobiliario.

De la suma de todos estos ítems arrojará un costo fijo mensual de funcionamiento.

Costos variables: Se entiende por tales, a los materiales y/o instrumentos (insumos) utilizados para la realización de una práctica en particular y que por su característica se consumen en el propio acto.

Costo de taller: Es un costo establecido para un trabajo en particular realizado por un tercero,

El honorario: El honorario es la remuneración neta a percibir por un profesional luego de restado los costos fijos y variables.

Análisis del Caso

La Ley del Impuesto al Valor Agregado (IVA) no contiene previsiones específicas sobre el tratamiento que debe darse a los reintegros de gastos en el impuesto. El autor Marchevsky considera que ello no se debe a un olvido del legislador sino que tiene que ver con la propia esencia del gravamen, dado que los reintegros de gastos no configuran retribuciones por prestaciones de servicios gravadas por el impuesto, no corresponderá tributar el IVA por dichas sumas.

La única disposición contenida en la Ley al respecto se refiere a los intermediarios para los cuales el artículo 21 establece lo siguiente:

“Cuando los intermediarios que actúen por cuenta y en nombre de terceros efectúen a nombre propio gastos reembolsables por estos últimos que respondan a transacciones gravadas y no beneficiadas por exenciones, deben incluir a dichos gastos en el precio neto de la operación a que se refiere el artículo 10, facturando en forma discriminada los demás gastos reembolsables que hubieran realizado. Asimismo, a fin de determinar el impuesto a su cargo computaran el crédito fiscal que aquellas transacciones originen, con arreglo a lo dispuesto en el artículo 12.

En el supuesto previsto en el párrafo precedente, los responsables inscriptos que encomendaron la intermediación computaran, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo citado en último término en dicho párrafo, el importe discriminado en la factura o documento equivalente en concepto de impuesto de la presente ley.

Según el autor Martín Caranta el tratamiento de los reintegros de gastos frente al IVA deberá regirse en todos los casos por el artículo transcripto, es decir que éste se apli-

cará tanto a sujetos que tengan por profesión habitual la intermediación como a aquellos que no.

A la hora de analizar el tratamiento del recupero en el IVA deberemos tener en cuenta las siguientes consideraciones:

a) No será procedente la consideración de reembolsos de gastos sin una actuación como intermediario.

Para considerar si un sujeto actuó como intermediario, deberá observarse cuál fue la prestación a la cual se comprometió para verificar que el gasto está íntimamente relacionado con el servicio prestado.

b) Los gastos susceptibles de reembolso son aquellos efectuados a nombre del tercero. No darán lugar al reembolso los costos de la actividad profesional.

c) Los gastos en los que el mandatario, ha incurrido a su nombre y que están alcanzados por el impuesto darán lugar a la generación del débito fiscal del impuesto.

d) Los gastos en los que el mandatario ha incurrido a su nombre que estén exentos o no alcanzados por el impuesto no darán lugar a la generación del documental de éstos.

e) Los gastos en que se ha incurrido a nombre del mandante no darán lugar a la generación del impuesto en ningún caso, sino que tan solo deberá solicitarse su reembolso.

El tratamiento de los reintegros de gastos frente al IVA deberá regirse en todos los casos por el artículo transcripto ut supra, es decir que éste se aplicará tanto a los sujetos que tengan por profesión habitual la intermediación como a aquellos que no.

Esta postura fue la que adoptó el Tribunal Fiscal de la Nación en el un caso para analizar, considerando, la facilidad en materia de transporte, la globalización y la necesidad de expandir la actividad, entre otros factores, han llevado a que algunos profesionales realicen prestaciones en lugares alejados de su lugar de residencia, originándose gastos de traslados para atención específicas de ciertos pacientes o dictados de cursos entre otras actividades del ejercicio profesional.

Quizás por una cuestión de practicidad, suele suceder que los profesionales se hagan cargo del pasaje, en lugar de pedir que se lo envíen previamente o de solicitar un anticipo para afrontar el gasto.

Y una vez que llegaron al destino, emiten una nota de débito con el fin de recuperar los desembolsos, independientemente de la factura por honorarios respectiva.

De esta forma, termina siendo el usuario de los servicios el que paga.

Sin embargo, este mecanismo puede llegar a ser considerado “evasión” para la AFIP. Este es el caso donde el fisco entendió que un estudio contable había omitido el pago del Impuesto al Valor Agregado (IVA), ya que emitió notas de débito con el concepto de “recupero de gastos por pasajes de avión”, sin adicionar, a estos fines el 21% correspondien-

te a este tributo.

También determino intereses por falta de cancelación y aplico una multa de tres veces el importe adeudado.

Ante esta situación, el contribuyente presentó un amparo ante el Tribunal Fiscal de la Nación (TFN), quien entendió que su accionar era el correcto,

La causa llegó a la Cámara Nacional de Apelaciones en lo Contencioso Administrativo Federal, pero contrariamente a sus pretensiones, los jueces confirmaron la decisión de la instancia anterior.

Es decir, avalaron a los profesionales afectados por la medida del fisco.

A tal efecto, basaron su opinión en que las autoridades tributarias no lograron demostrar que el contribuyente hubiera incurrido “en error en la aplicación de normas, como así tampoco en arbitrariedad, irrazonabilidad e indenfensión”. Otro caso por excelencia, es la actividad de los escribanos. La sala “B” del tribunal ha fallado (5) apoyando la tesis del contribuyente escribano de que se trata de gastos a recuperar, utilizando los siguientes argumentos:

“...suponiendo un reembolso exacto de lo gastado sin adicionales que puedan dar lugar a intuir una remuneración por servicio de intermediación y mediando un estricto soporte documental de los gastos efectuados, no es lógico que el reintegro esté sometido al gravamen, por cuanto, en caso contrario, el legislador estaría permitiendo la generación de un débito fiscal en relación con un concepto que no habiendo generado el respectivo crédito en su nacimiento, ni provocando un verdadero valor agregado, desbalancearía la situación fiscal en el gravamen del contribuyente intermediario, desligándose, en cierta forma, entonces, de la noción estricta de valor agregado alterando la naturaleza del gravamen”.

Adicionalmente el tribunal expresa que “...Debe señalarse que en puridad de verdad las sumas gravadas por el Fisco no aparecen como remunerando un servicio profesional del propio escribano, sino la obtención de determinadas circunstancias y elementos documentales necesarios para que su operación pueda llevarse a cabo, cuya obtención la ley pone a cargo del notario, en concreto, tales gastos no remuneran un servicio del escribano, sino el de certificados emitidos por distintas reparticiones públicas o semipúblicas que el notario se encarga de obtener mediante una gestión que seguramente, habrá de cobrar dentro del concepto honorarios profesionales”.

Sigue diciendo que “... es en este punto donde yerra el Fisco su enfoque, ya que el certificado en sí mismo y el monto necesario para su obtención no es nunca una remuneración del escribano, sólo podrá ser parte de los honorarios en aquel supuesto que el profesional factura un plus por su tarea de gestionar los mismos, si es que no engloba este

servicio en el concepto genérico facturando como honorarios profesionales”.

Concluye el Tribunal “en la no gravabilidad de los conceptos que en el caso se facturaron como reintegro de gastos por las consideraciones antes dichas, sin que ello implique el establecimiento de un criterio general al respecto, sino que la solución depende de precisas circunstancias fácticas que se han verificado satisfactoriamente en autos y que se relacionan con nítida inmediatez a la actividad especial del apelante”.

Impuesto a las ganancias

En el impuesto a las ganancias no existirá gravamen sobre los reintegros de gastos, ya que el ingreso se neteará con la deducción del gasto que lo origina.

La R.G. (AFIP) 830 dispone en su artículo 3, lo siguiente: “En aquellos casos en que se realicen actividades por las cuales se facturen en forma discriminada, además de los conceptos pasibles de retención, indicados en el Anexo II de la presente, otros que revistan el carácter de reintegro de gastos no corresponderá practicar sobre éstos retención alguna, siempre que se acredite fehacientemente que la erogación efectuada se realizó en nombre propio y por cuenta y orden del agente de retención, y se constate que –de corresponderse ha practicado la retención sobre dichos conceptos.”

Facturación

El Dictamen (DAT) 50/1999 determina que respecto de los reintegros de gastos, no hay disposición alguna que permita considerarlos exceptuados de la obligación de emitir el respectivo comprobante.

A tal fin, los recuperos de gastos se instrumentaran mediante la emisión de una Nota de Débito, dejando en claro en su detalle la leyenda “En concepto de Recupero de Gastos”.

INFORME SOBRE RETENCION DE IMPUESTO A LAS GANANCIAS SOBRE HONORARIOS ODONTOLÓGICOS.

Los aranceles que perciben los odontólogos por las prestaciones realizadas, presentan distintos componentes, el valor de los honorarios propiamente dicho por su actividad profesional y el gasto correspondiente por los insumos utilizados. Esto lleva a una distorsión en el momento de aplicar la retención del impuesto a las ganancias ya que la misma se realiza sobre el total de la facturación, aplicándose sobre una base imponible errónea de la Resolución General 830 donde la escala se aplica sobre un mínimo no imponible de \$1200 y luego una escala progresiva.

Más de \$	A \$	\$	Más el %	\$/exced. de \$
0	2.000	0	10	0
2.000	4.000	200	14	2.000
4.000	8.000	480	18	4.000
8.000	14.000	1200	22	8.000
14.000	24.000	2.520	26	14.000
24.000	40.000	5.120	28	24.000
40.000	Y MÁS	9.600	30	40.000

La aplicación de esta escala es la que lleva al odontólogo a tributar sobre una escala superior a la que le correspondería por sus honorarios generando al final del periodo fiscal saldos a favor del impuesto. Lo que obligaría al próximo período al contribuyente a efectuar trámites ante la AFIP para solicitar una constancia de no retención la cual en la mayoría de los casos resulta ser casi imposible de conseguir.

Una de las formas para evitar la retención sería realizar una factura sobre el honorario propiamente dicho y todo lo relacionado a los insumos hacer una ND como recupero de gastos (Dictamen Afip 50/1999) acreditando fehacientemente que la erogación realizada se realizó por cuenta y orden del agente de retención en ese caso la Resolución 830 Art .3 exige de practicar dicha retención.

Sobre el particular, la nota 3.1 de dicha resolución dispone que se deberá entregar al agente de retención el original de la documentación respaldatoria y fotocopia de la documentación en la que conste la retención practicada, quedando en poder del retenido la fotocopia de los comprobantes de reintegro de gastos. En la práctica es engorroso la facturación separada del mismo y quedaría a la Obra Social decidir si acepta o no.

Teniendo en cuenta que los contratos con las obras sociales llevan a una prestación de servicios por parte del odontólogo y que en la estructura de costos esta discriminado lo que es el componente de honorarios y de insumo habría que ver la posibilidad jurídica de hacer que esos contratos se tomen como una prestación de servicios con lo cual no sería aplicable la escala de la Resolución 830, sino que se aplicaría la retención por prestación de servicios que es el 2% sobre el excedente de \$5000.

El contrato de prestación de servicios profesionales es: el contrato en virtud del cual, una parte, llamada profesionalista, se obliga a efectuar un trabajo que requiere para su realización, preparación técnica, artística y en ocasiones título profesional a favor de otra persona llamada cliente, a cambio de una remuneración.

En el caso de los monotributistas se ve obligado a categorizarse en escalas superiores a la realidad de sus honorarios, al no poder disminuir entre los honorarios reales y los insumos utilizados en las prestaciones.

Es importante destacar en el caso de los responsables inscriptos que el saldo a favor generado por las retenciones que actualmente se practican, pueden ser utilizados una vez realizada la declaración jurada anual en el pago de IVA o compensar con anticipos de ganancias o bienes personales. Con lo cual es financiero y no económico.

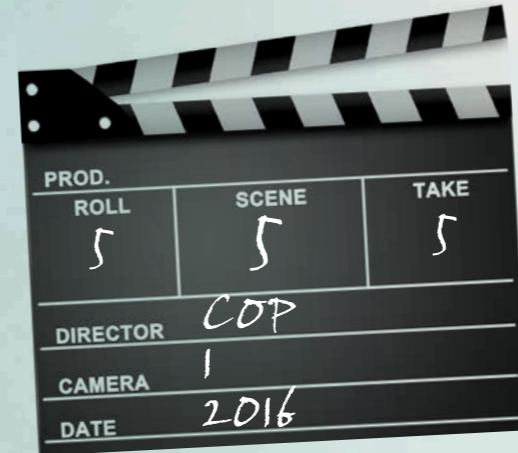
Ante la expectativa de cambios en la Resolución 830, esperamos que estas cuestiones sean tenidas en cuenta para los profesionales odontólogos.

POLÍTICA SOBRE EL IMPUESTO A LAS GANANCIAS

- 1.1.- Presentación junto a otras profesiones de recurso administrativo en la Afip para actualizar la resolución 830.
- 1.2.- Invitar a la FACO a que junto a CORA se contrate un estudio jurídico contable, para que nos prepare un informe sobre que el odontólogo tribute por sus honorarios y no por sus gastos.
- 1.3.- A partir de ese informe, pedir reuniones con los legisladores nacionales de cada provincia para explicarles que el odontólogo debe pagar por sus honorarios y no por sus gastos este impuesto.
- 1.4.- profundizar el pedido (habría que sumar a todas las profesiones del arte del curar) y que se exima de ganancias todos los ingresos que provengan de la seguridad social.

El Circulo Odontológico de Paraná agradece a los asesores contables de la CORA, del Circulo de Santa Fe y del Circulo Odontológico de Paraná, al asesor jurídico del Circulo Odontológico de Paraná y a la Asociación Odontológica de Rosario, por sus diferentes colaboraciones en este trabajo.

Comisión Directiva
Circulo Odontológico de Paraná
Fundado el 3 de Diciembre de 1929



La quinta temporada

A poco de nacer, en 1895, en París, el cine se convirtió en una curiosidad popular. Empresarios de distintos países enviaron por diversos lugares a operadores provistos con equipos de filmación que tomaban vistas, ya sea de la muralla China, del Far West, de Lhasa -la ciudad prohibida del Tibet-, de Africa, la India, las pirámides de Egipto o bien registraban acontecimientos sociales como lo señaló el estudioso español Manuel Villegas López. Llamaron al cine "el gran viajero" por su espíritu itinerante y por convertirse en el ojo de cada hombre que podía conocer el mundo. Esta capacidad de conmover y emocionar a cada espectador hizo que alguien también lo definiera como "Fábrica de sueños".

Es por esto que al primer ciclo de la quinta temporada de "Miércoles de cine en el Circulo Odontológico" lo llamaremos "Tour cinematográfico" en recuerdo y reconocimiento a esas primeras impresiones vividas por los espectadores del naciente "Séptimo arte" y sus pioneros.

A excepción de uno ó dos, prácticamente todos los países, todos los pueblos tienen su cine, instrumento y vehículo por el que expresan su cultura, su vida y circunstancias y distintas formas de ver y entender su particular universo. El tour cinematográfico programado comprenderá varios países y comenzará en Islandia.

Se conoce muy poco de la pantalla islandesa, es más los libros sobre cine mundial

prácticamente la ignoran. No obstante en octubre de 1990 se estrenó "La sombra del cuervo" de H. Gunnlaugsson que se considera el primer film realizado en ese país y por islandeses. Y aunque arribaron cuatro ó cinco más en los años siguientes no alcanzaron para tener un conocimiento más o menos básico de su filmografía. Pero el año pasado apareció "Historias de caballos y hombres" de B. Erlingsson, saludable logro inusual, facturada como nuestra "Relatos salvajes", esto es en varios episodios que muestran el bellissimo y bastante inhóspito paisaje islandés, curiosos personajes que se mueven según las costumbres y comportamientos típicos y sobretodo insólitas maneras de convivir con los equinos. Todo envuelto en un humor negro y absurdo.

Dejamos Islandia y nos dirigimos a Holanda para ver "Aprendiendo a volar" ópera prima de B. Koole tierna y emotiva historia de un niño con problemas en su hogar y su amistad con un... cuervo. Volamos a Medio Oriente para que la realizadora francesa Lorraine Levy nos cuente una historia por demás extraña entre una familia judía y una palestina. "El otro hijo" es su nombre. Nos trasladamos a Rusia para apreciar una de las obras más conmovedoras del notable realizador Nikita Mikhalkov, de rica filmografía, "Cerca del paraíso" ("Urga") realizada en la ilimitada vastedad de la estepa siberiana que

en la forma en que es retratada se convierte en protagonista de esta obra de perturbadora belleza sobre la vida y cultura de los seres que allí viven.

Nos embarcamos rumbo a Francia para probar un plato típico de ese país, la comedia elegante, sofisticada y con enredos varios. "Dios mío que hemos hecho" de Philippe de Chauveron que narra las vicisitudes de un matrimonio burgués con cuatro hijas que se casan, respectivamente, con un judío, un musulmán, un japonés y un negro.

El viaje que se iniciará el miércoles 8 de junio no terminará acá. Están previstos otros itinerarios.

Lo importante es que el cine es también un hecho social, y en el Circulo Odontológico se ha revivido un viejo ritual: el que hace que numerosas personas atraídas por una propuesta tentadora se encuentren y se emocionen, lloren y rían al mismo tiempo. En síntesis, una comunicación estética que explica por sí sola el inicio de la quinta temporada consecutiva.



Calendario científico



MIÉRCOLES DE CINE

EN JUNIO COMIENZA LA 5ª TEMPORADA QUE LLAMAMOS: "TOUR CINEMATOGRAFICO"

El ciclo comprende una serie de films de varios países, realizados por pioneros de este arte.

En junio, todos los miércoles a las 20:45 hs.

¡LOS ESPERAMOS!

Junio

2

ORTODONCIA

Dictante: dra. María Laura Irurzun
Inició: continúa del año pasado
Duración: hasta diciembre 2016
Horario: 10:30 a 18 hs.
Lugar: Salón Auditorio COP

3

ORTODONCIA

Dictante: Dr. Alfredo Álvarez
Inició: continúa del año pasado.
Duración: hasta Dic. 2016
Horario: 9 a 18 hs.
Lugar: Salón Auditorio COP

9

INJERTOS OSEO INTRAORALES

Dictante: Dr. Gaspar Santi y Dr. Arias
Inició: 12 mayo
Duración: 5 sesiones
Horario: 8 a 20 hs.
Lugar: Salón Auditorio COP

10

IMPLANTOLOGIA BUCAL Y REHABILITACIÓN PROTÉSICA IMPLANTO ASISTIDA

Dictantes: Dr. Gaspar Santi
Inició: 11 de marzo
Duración: 10 sesiones
Horario: 8 a 21 hs. y 8 a 12 hs.
Lugar: Salón Auditorio COP

13 Y 14

ACTUALIZACIÓN EN ENDODONCIA

Dictantes: Santiago Frajlich
Inició: Junio
Duración: 2 sesiones junio y julio
Horario: 9 a 17 hs.
Lugar: Salón Auditorio COP.

15

CIRUGÍA

Dictante: Sergio Franco
Inició: 15 junio
Duración: 6 sesiones junio a noviembre
Horario: 9 a 17 hs.
Lugar: Salón Auditorio COP

23

INTEGRAL DE ORTODONCIA INTERCEPTIVA Y ORTOPEDIA FUNCIONAL DE LOS MAXILARES INIVEL

Dictante: Pinasco, Trucco, Barbero
Inició: 25 febrero. Continúa del año anterior.
Días: 4tos jueves del mes.
Duración: 35 sesiones
Horario: 8.30 a 18.30 hs.
Lugar: Salón Auditorio COP

24

INTEGRAL DE ORTODONCIA. TÉCNICA DE ARCO RECTO. PRESCRIPCIÓN DE ROTH.

Dictante: Pinasco, Trucco, Barbero
Inició: 25 febrero. Continúa del año anterior.
Días: 4tos viernes del mes
Duración: 35 sesiones
Horario: 9 a 13 hs. y 14.30 a 18.30 hs
Lugar: Salón Auditorio COP

25

DESORDENES CRANEO MANDIBULO CERVICALES. ALTERACIONES DE LA ATM

Dictante: Pinasco, Trucco, Barbero
Inició: 27 febrero.
Duración: 35 sesiones.
Días: 4tos. sábados del mes
Horario: Teoría de 8 a 11 hs /Clínica de 11 a 14 hs.
Lugar: Salón Auditorio COP

Julio

1

ORTODONCIA

Dictante: Dr. Alfredo Álvarez
Inició: continúa del año pasado.
Duración: hasta Dic. 2016
Horario: 9 a 18 hs.
Lugar: Salón Auditorio COP

7

INJERTOS OSEO INTRAORALES

Dictante: Dr. Gaspar Santi y Dr. Arias
Inició: 12 mayo
Duración: 5 sesiones
Horario: 8 a 20 hs.
Lugar: Salón Auditorio COP

11 y 12

ACTUALIZACIÓN EN ENDODONCIA

Dictantes: Santiago Frajlich
Inició: Junio
Duración: 2 sesiones junio y julio
Horario: 9 a 17
Lugar: Salón Auditorio COP.

15

IMPLANTOLOGIA BUCAL Y REHABILITACIÓN PROTÉSICA IMPLANTO ASISTIDA

Dictantes: Dr. Gaspar Santi
Inició: 11 de marzo
Duración: 10 sesiones
Horario: 8 a 21 hs. y 8 a 12 hs.
Lugar: Salón Auditorio COP

20

CIRUGÍA

Dictante: Sergio Franco
Inició: 15 junio
Duración: 6 sesiones junio a noviembre
Horario: 9 a 17 hs.
Lugar: salón auditorio cop

26

ORTODONCIA

Dictante: dra. María Laura Irurzun
Inició: continúa del año pasado
Duración: hasta diciembre 2016
Horario: 10:30 a 18 hs.
Lugar: Salón Auditorio COP

28

INTEGRAL DE ORTODONCIA INTERCEPTIVA Y ORTOPEDIA FUNCIONAL DE LOS MAXILARES INIVEL

Dictante: Pinasco, Trucco, Barbero
Inició: 25 febrero. Continúa del año anterior.
Días: 4tos jueves del mes.
Duración: 35 sesiones
Horario: 8.30 a 18.30 hs.
Lugar: Salón Auditorio COP

29

INTEGRAL DE ORTODONCIA. TÉCNICA DE ARCO RECTO. PRESCRIPCIÓN DE ROTH.

Dictante: Pinasco, Trucco, Barbero
Inició: 25 febrero. Continúa del año anterior.
Días: 4tos viernes del mes
Duración: 35 sesiones
Horario: 9 a 13 hs. y 14.30 a 18.30 hs
Lugar: Salón Auditorio COP

30

DESORDENES CRANEO MANDIBULO CERVICALES. ALTERACIONES DE LA ATM

Dictante: Pinasco, Trucco, Barbero
Inició: 27 febrero.
Duración: 35 sesiones.
Días: 4tos. sábados del mes
Horario: Teoría de 8 a 11 hs /Clínica de 11 a 14 hs.
Lugar: Salón Auditorio COP

Entrevista con Madame Maryvonne Fournier, Kinesioterapeuta.

Lengua y postura

Frédéric Marquet. Antes de comenzar, quiero agradecerle por haber tenido voluntad de colaborar con nosotros en estos números consagrados a la postura.

Aparte de la postura lingual, sobre la cual nosotros hablaremos más adelante, ¿cuáles son los principales problemas posturales que deben ser abordados en la ortodoncia?

Maryvonne FOURNIER. La cabeza pendiente hacia delante es una de las malas posturas que encontramos frecuentemente: ella está asociada a los puntos dolorosos de la cresta occipital e impide la corrección de los problemas respiratorios y de los desórdenes de las articulaciones temporomandibulares.

Las desviaciones mandibulares con las cuales nosotros frecuentemente encontramos una escoliosis, o una actitud escoliótica, están frecuentemente asociadas con el apoyo en un pie. Los pies planos con desaparición de su arco interno presentan apoyo solo posterior en ciertas Clases III dentarias y esqueléticas, mientras que el apoyo puramente anterior, se da en ciertas Clases II dentarias y esqueléticas.

F. M. ¿una mala distribución del peso sobre el pie conduciría entonces a una dismorfosis dental y/o esquelética?

M. F. En los apoyos posteriores, el niño o

el adulto está siempre parado sobre la parte posterior del pie, al punto que si uno le pide apoyarse sobre la parte delantera, a él se le desfigura su postura y nosotros tendremos la necesidad de colocarnos justo delante de ellos para registrarlo. En el 50% de los casos de Clase III, vamos a encontrar además de este apoyo posterior, una curvatura de las rodillas y un borramiento de las curvaturas lumbares, dorsales y cervicales. Por si contrario, en las Clases II, cuando los pacientes se sostienen más sobre la parte delantera de su pie, nosotros vamos a encontrar una flexión de las rodillas y un aumento de las curvaturas. Los pacientes en los cuales uno encuentra una caja torácica hundida y poco desarrollada son típicamente de Clase II División I con respiración bucal. Yo no puedo, sin embargo, decir que estos malos desarrollos del paso conlleven sistemáticamente a una dismorfosis. Existen desviaciones mandibulares sin ningún signo postural.

F.M. ¿nosotros debemos, por lo tanto, sospechar un apoyo incorrecto en nuestros pacientes cuya región lumbar está muy arqueada?

M. F. Podrá encontrarse una Clase II dentaria en los pacientes con columnas muy arqueadas, que proyectan su cabeza hacia delante. Sin embargo, tener una hiperlordosis, no significa tener un problema, por-

que en todas las civilizaciones africanas o de América del Sur, las mujeres tienen la curvatura de su columna muy marcada, y los hombres también, pero ellos son flexibles y las lumbalgias no existen. Podemos tener esta actitud muy arqueada, sin tener lumbalgias o dismorfosis dentarias.

F. M. ¿Con el modo de vida actual, ciertos problemas posturales le parecen más presentes hoy que antes?

M. F. Hace 30 o 40 años, la proyección hacia delante de la cabeza, se producía en el reposo o cuando uno conducía un automóvil. En nuestros días, se produce ocho horas por día, para ciertos adultos o niños, por estar delante de la computadora en el marco de su trabajo; sobre todo para aquellos que portan anteojos con correcciones progresivas. El adolescente que pasa 2 o 3 horas con sus mensajes en línea o con sus juegos en red, está igualmente afectado. Esto debe ser corregido por una reeducación postural que enseñe a mantener la buena postura durante el trabajo delante de la computadora; se podrá aconsejar a los adultos no llevar lentes progresivos en ese momento. Hará falta antes de esta reeducación, masajear el cuero cabelludo y los músculos cervicales para liberar la primera articulación cervical y movilizar esta articulación para que el paciente pueda corregir su mala postura.

F.M. ¿cómo se toma conciencia de una mala postura?

M. F. No tomamos habitualmente conciencia de la postura errónea, sino cuando llega el dolor: incluso un deportista puede descuidar ciertas posturas, cuando él está particularmente atento con lo que está trabajando en su entrenamiento. Sin embargo, una reeducación postural no se considerará hasta que sea indispensable, porque significa un duro trabajo. Un balance postural antes del tratamiento ortodóncico suele ser muy útil. Tengo el ejemplo de dos niños que me han sido enviados a los 506 años de edad, porque no tenían un desarrollo correcto de sus pies ni de la marcha. Estos dos niños solamente se sostenían sobre la parte delantera de sus pies. Después de la corrección de la Clase II dentaria esta postura se corrigió sola.

Cuando hablo de una reeducación, se trata de una reeducación kinesioterapéutica con aprendizaje del buen desarrollo del pie mientras se camina; es raro que yo solicite un ortopedista para la utilización o colocación de plantillas ortopédicas. Yo vi reeducaciones que no se hacían con la utilización de plantillas ortopédicas, mismo de las plantillas desarrolladas por el Dr. Bricot. El gesto correcto debe ser adquirido y para eso un trabajo postural es habitualmente útil, aunque no suficiente; un problema de pies planos puede corregirse con una buena reeducación. Las plantillas ortopédicas pueden resolver un problema, pero de forma general: hace falta saber y asociar una reeducación postural.

F.M. Una postura lingual correcta ¿tiene un rol esencial en el éxito de un tratamiento ortodóncico?

M. F. Por supuesto, y los ortodoncistas cada vez son más conscientes de ello. Hace 10 años, mucha gente no creía en la importancia de la lengua. Cuando usted entrea la boca de un paciente, y ve el dorso de

la lengua y no la parte de abajo, debe entablar una reeducación de la postura lingual. Una reeducación que permite obtener una ventilación nasonasal y, por lo tanto, una postura cefálica y general correcta, ayudará fuertemente a la corrección de ciertas Clases II o Clases III. Sin embargo, ciertos ortodoncistas piensan todavía que, corrigiendo la posición de los dientes, la lengua se ubicará automáticamente bien. Otros, piensan que no sirve para nada reeducar la lengua. Otros finalmente tienen una concepción particular de la postura lingual, como el Dr. Patrick Fellus, que piensa que la lengua debe estar sistemáticamente en ventosa sobre el paladar, lo que es particularmente habitual en la posición de reposo.

F.M. ¿Cuál es la posición de reposo normal de la lengua?

M. F. La punta de la lengua debe rozar contra el paladar tomando contacto con las papilas retroincisivas. Los adultos dirán a veces que ella no lo llega a tocar y es verdad que en realidad apenas roza. Hay, evidentemente contacto y apoyo cuando ocurre una deglución. Durante la reeducación nosotros buscamos, por supuesto, el contacto por el aspecto propioceptivo. La adquisición de esta postura comienza entre los 6 y los 8 meses y debe ser efectiva a los 2 años. Yo realicé una encuesta durante un año en una maternidad para saber esto. Esta postura es recordada en la práctica del tai-chi, del chi-cong y normalmente en la práctica del yoga. Los asiáticos son posiblemente más conscientes de que se debe tener una buena postura lingual.

Esto me recuerda un caso: una pequeña niña de 22 meses, italiana, que vivía en París, con una lengua muy protrusiva ubicada entre los labios. En Italia, en EE. UU. y en Francia, a sus padres se les propuso una cirugía plástica lingual: el ortodoncista parisino que se ocupaba de atender a los mayores, me la derivó. A los 3 años la boca estaba cerrada. La reeducación no fue con-

ducida completamente a su término, particularmente lo que concernía a la palabra, pero la boca estaba cerrada y ella presentaba una Clase I dentaria. A los 2 años una reeducación es posible por imitación de la madre que realiza los ejercicios.

Nosotros podemos reeducar completamente la postura lingual en los niños trisómicos. Este demanda más tiempo, pero lo logramos.

F.M. ¿Cómo concibe usted el trabajo de reeducación lingual?

M. F. El trabajo de reeducación de la postura lingual es realizado conjuntamente con un trabajo de corrección de la postura global, porque los dos aspectos están evidentemente ligados. Ciertos adultos (los niños y adolescentes, tienen una menor toma de conciencia de los cambios), remarcarán que mientras meten la lengua en el paladar y tragan saliva, sienten la necesidad de estirarla. Recuerdo a un paciente adulto, que me dijo que él percibía como un gatillo desde la cabeza hasta el cóccix cada vez que él colocaba la lengua en el paladar. La postura general y la postura lingual están ligadas. En el 100% de los casos de ortodoncia, el 100% de los casos de disfunciones craneo-mandibulares y el 100% de los casos que presentan un problema respiratorio, comprendidas las apneas de sueño, encontraremos una lengua en mala posición. De la misma manera, en los ancianos que presentan problemas pulmonares crónicos, o bronquitis crónicas, encontramos una respiración bucal asociada a una lengua baja. Esto me fue confirmado en el marco de un estudio por un informe, de un fin de estudios de kinesioterapia. Nosotros podemos evitar estos problemas graves entre los ancianos reeducando la lengua y la respiración. Los clásicos problemas otorinolaringológicos del niño —la rino-faringitis a repetición con otitis, las anginas y otras bronquitis a repetición— desaparecen después de la reeducación de la postura lin-

gual; lo que vuelve inútil la cirugía de tejido linfóideo.

Desafortunadamente, el conocimiento de estas interacciones es insuficiente por parte de ciertos profesionales de la salud. Yo he tenido la ocasión de participar en numerosas reuniones multidisciplinarias, donde el problema de la reeducación lingual era abordado. Los otorrino-laringólogos estaban poco presentes, los pediatras y los médicos generales casi nunca. En lo concerniente a los pacientes, el elemento crucial para el éxito de una reeducación es la motivación y la cooperación, que no deben fallar.

F.M. ¿Es posible recuperar una buena postura lingual cuando la respiración es bucal?

M. F. Cuando la respiración nasal no es posible, la lengua no puede naturalmente tener una buena postura. Dicho esto pienso que no es necesario comenzar por buscar una corrección de la ventilación, ya que en el 50% de los casos, cuando un paciente corrige su postura lingual y ubica la lengua correctamente en el paladar, la respiración se convierte en nasal. A veces, la buena postura de la lengua, no es suficiente, es necesario que la nariz esté bien limpia en la parte anterior y posterior para que ésta se vuelva funcional. Es decir, que las narinas se abran al inspirar. Yo no dejo a mis pacientes hasta que ellos no terminan el tratamiento con su boca cerrada.

Para mí, la ventilación mixta no existe, es una respiración bucal. A veces, efectivamente, el paciente parece tener su boca cerrada y es nada más que para evitar un aspecto indeseado. Si usted lo observa durante mucho tiempo, terminará por abrir su boca, para tener entonces la entrada de aire que le falta. Se puede constatar en la televisión, con ciertos animadores, que terminan por abrir su boca regularmente. Estos pacientes respiran evidentemente por la boca y tienen la boca seca por las mañanas. Para aprender a respirar por la nariz hace falta que la lengua esté en su lugar y que el pa-

ciente sepa limpiarse su nariz en su zona anterior y posterior, para que sus narinas sean funcionales. A una reeducación de la postura lingual puede ser asociada una reeducación labial que se hace con un baja lenguas sostenido entre los labios y sobre el cual uno puede apoyar una pequeña pinza para algodón, bien cerca de los labios y luego cada vez más alejado hasta llegar a colocar sobre el bajalenguas dos pequeñas pinzas para algodón.

F.M. ¿Deben los ortodontistas conocer ciertos ejercicios de la reeducación lingual y explicarlos a sus pacientes?

M. F. ¡Sí y no! Los ejercicios son una ayuda a la reeducación y para realizar esta última debe ver al paciente cada 8 días a fin de instaurar los automatismos para la postura de reposo y para las praxis de la deglución y de la palabra. Para algunos de ellos, se tratará de corregir una inmadurez a este nivel. No es fácil ayudar a un paciente cuando lo veremos una vez por mes. Una reeducación de la postura lingual no se limita a la realización de algunos ejercicios, es más complicado que eso. Esto debe convertirse en un trabajo de todos los días para los pacientes. De la misma manera, una escoliosis no se puede corregir si el trabajo de reeducación no es realizado todos los días. Si no, no servirá de nada. Más allá de los ejercicios, el paciente se debe sentir de otra forma en su cuerpo. Los ejercicios ayudan a la toma de conciencia, pero no es suficiente. La toma de conciencia debe ser bien realizada. Ella es primordial pero hay que además tonificar ciertos músculos más que otros y luego automatizar lo que fue aprendido. Los ortodontistas solicitan a menudo a sus pacientes revisar una pequeña libreta, donde el niño debe anotar todos los días el número de veces que él piensa que coloca su lengua en el paladar y de esta forma ha realizado la deglución de su saliva.

F.M. ¿Los ortodontistas deberían ser más conscientes de las posibilidades ofrecidas por un trabajo de reeducación?

M. F. Por supuesto. Esto está suficientemente desarrollado. Ellos deberían conocer la importancia de esta toma de conciencia y que existen métodos de autorrelajación. Existen programas de capacitación en Montrouge, en Garancière así como en Mantés, en Montpellier, y en otras Facultades.

Una buena reeducación de la postura lingual es una ayuda importante para los ortodontistas y los resultados están ahí. Los ortodontistas deberían, por otra parte, compartir gustosos el éxito de sus tratamientos. Ellos son terminantes para incitar a un joven paciente a detener la succión de un pulgar. Pero esto, a veces, no se consigue y continúa esta parafunción de manera diurna y nocturna. Un trabajo de relajación con el eje sobre su tensión global y no sobre el dedo pulgar va a aportar, sin duda, una solución. Yo voy a buscar, de rutina, los problemas tensionales, sobre todo cuando hay dificultades de sueño, dolores abdominales, cefaleas, etc. La gotera de liberación oclusal va a aliviar al bruxómano, pero no hará que desaparezca el bruxismo, si él no aprende a relajarse profundamente.

La reeducación kinesioterapéutica es una ayuda para el tratamiento ortodóncico y permite evitar recidivas.

Algunos tratamientos ortodóncicos o ciertas reeducaciones podrían ser evitadas, si las tetinas de las mamaderas no fueran ofrecidas tan fácilmente y ustedes, los ortodontistas, no insisten lo suficiente. Yo he visto inclusive una publicidad de una tetina en una revista de ortodoncia. El biberón por la mañana, dado con tanta facilidad hasta los 10, 12 o 13 años es igualmente una herejía.

F.M. Tenemos a nuestra disposición los auxiliares del tipo de goteras bimaxilares con

diversas guías para una posición de lengua correcta. ¿Son eficaces, según usted?

M. F. Ellos permiten evitar una reeducación de la postura lingual, con los fonaudiólogos o los kinesioterapeutas; en el 30% de los casos, estos aparatos no son siempre soportados o no se retienen en la boca toda la noche.

Una grilla para la lengua, que incite a la lengua a pasar debajo de ella, debe ser retirada inmediatamente por el riesgo de instalarse una deglución más nociva que la inicial.

Los aparatos como los bimaxilares, las pistas de Planas y los trainers pueden dar buenos resultados. Para los pacientes en que estos aparatos no dan resultado, una reeducación debe ser prescrita. Es el caso, por ejemplo, de pacientes que necesitan una tonificación de los milohioides, (usted no lo descubrirá sino cuando los aparatos no sean utilizados) o en aquellos pacientes que asocian diferentes problemas (lengua baja y pronunciación incorrecta de "ch", "se", un labio superior que no se mueve), entre los que presentan una respiración bucal, y los que traen un problema postural más general. Para los casos simples, vuestros aparatos, pueden muy a menudo aportar una solución. Por el contrario, no acepto el uso de un bimaxilar como contención, si los automatismos están bien presentes luego de la reeducación. Es como si usted le dijera a una persona de no dejar sus muletas después de que ella aprenda a realizar correctamente la marcha. Hace falta, sin embargo, supervisar. Yo hago volver a ver a los pacientes luego de 15 días después de la remoción del aparato multibracket.

F.M. Usted ha deseado hacernos parte de sus reflexiones concernientes a la postura.

M. F. Durante mis estudios de kinesioterapia, el Dr. Boris Dolto, director de la Escuela de Kinesioterapia, nos repetía muy seguido que no tratamos una lumbalgia,

una dorsalgia, y mismo una cervicalgia, sin observar el nivel de apoyo de los pies.

Cuando comencé a interesarme en los problemas orofaciales, bajo el requerimiento del profesor Delaire, hace poco más de cuarenta años, él me pidió exactamente lo mismo, observar la postura general y en particular los pies; yo comencé a mirar la postura global entre mis pacientes. En efecto, yo encontré posturas anormales en mis pacientes que consultaban por problemas ortodóncicos o de disfunción cráneo mandibular. Por supuesto, trabajé estas posturas anormales para restablecer un equilibrio global y un equilibrio facial. Encontré a veces, ciertos adelantamientos de la cabeza sobre el cuello. No era una hiperlordosis cervical, pero la cabeza estaba hacia delante. Otras veces los encontraba entre mis pacientes que pasaban muchas horas en automóviles; actualmente esto se observa en los que pasan ocho horas diarias delante de la computadora. Yo encuentro, muchas veces esta postura anormal durante todo el día. Esta postura a menudo, está vinculada con los puntos dolorosos sobre la cresta occipital que atestiguan una tensión de la columna cervical alta (vértebras Co-C1, C1- C2 y C2-C3). Hace falta lograr que el paciente tome conciencia de esto, para que lo corrija, en los momentos en que él avanza su mentón. Hace falta masajear esta región cervical alta, así como el cuero cabelludo y el cuello para mover esta región, sobre todo entre las cervicales C1-C2, con el movimiento de la cabeza de un pájaro para relajar esta articulación. Es necesario también darle al paciente un ejercicio para que libere él mismo esta articulación: nosotros le mostramos cómo hacer el movimiento de la cabeza de un pájaro, avanzando poco a poco el mentón hacia adelante. Si el avance es pronunciado la acción se verá a nivel de la C4; el paciente debe sentir que el movimiento se hace a nivel de la cresta occipital. Encontramos frecuentemente esta mala postura en los casos

de Clase II y en los pacientes que tienen una respiración bucal; cuando el mentón asume una correcta posición, la respiración nasal es más fácil. Toda vez que un paciente se queja de que su nariz se tapa durante la noche, se da cuenta cuando yo lo interrogo, que su mentón está adelantado en la posición de decúbito dorsal; si él presta atención a guardar una angulación de 90° entre el cuello y el mentón, tiene entonces menos problemas ventilatorios. Este enderezamiento de la columna cervical es a menudo indispensable para tragar correctamente, si no la deglución es muy difícil. La deglución se facilita, si la columna cervical está enderezada. Los ejercicios de pistón o en émbolo, el ejercicio de la lengua hacia atrás y de la lengua en punta, se hacen solamente cuando la postura de la columna cervical está hipercorregida.

Es muy importante en las desviaciones mandibulares laterales, buscar una escoliosis o una actitud escoliótica. Para esto hará falta observar los siguientes elementos:

- un hombro más alto que el otro o más hacia delante verificándose las rotaciones a nivel de la columna dorsal;
- una cabeza inclinada hacia la derecha o hacia la izquierda;
- una rotación de pelvis.

Es muy importante verificar el apoyo de los pies porque encontramos muy a menudo un apoyo unilateral en estas desviaciones laterales, mismo sin escoliosis.

Un paciente es capaz, aún a los 4 años, de sentir que se apoya solamente de un costado. En todos estos casos hace falta verificar si no hay heteroforia, y en estos casos enviar al paciente al ortoptista (solo un médico o un oftalmólogo está habilitado a prescribir un chequeo ortóptico NDLR), sabiendo que la mayor parte de los ortoptistas prefieren trabajar después de la automatización de la buena postura de la lengua, porque entonces estará facilitado su trabajo.

REEDUCACIÓN

Hace falta comenzar por ejercicios propioceptivos, bien percibidos por el paciente muchas veces delante de un espejo. Luego hace falta trabajar a nivel de los pies, comenzando con la toma de conciencia del mal apoyo. Yo he oído a niños de 4 o 5 años decir que sentían claramente estar mucho más apoyados de un costado que del otro. Les pido que se paren sobre los dos pies y hacerlo todos los días 10 veces y durante 3 segundos cada vez, 10 veces seguidas y luego ellos deben prestar atención durante todo el día. A la semana siguiente, les pido poner el peso de su cuerpo sobre un solo pie sin hacer una contracción de los músculos abdominales; para ello, ponen sus manos sobre las crestas ilíacas y sienten que esto es más difícil de un costado que del otro. Cuando esto está adquirido y ellos no sienten más la debilidad del costado deficiente, yo les pido levantar el talón de un costado y quedarse así 3 o 4 segundos. Deben enseguida levantar su pie, sin flexionar su rodilla y quedando por lo menos 10 segundos en este equilibrio. Luego, les pido balancear la pierna una veintena de veces sin desequilibrarse. Finalmente, les hago hacer una rotación del cuerpo sin perder el equilibrio: los pacientes están ahora sobre los dos miembros inferiores, de forma equilibrada, durante todo el día. Cuando descubro pies planos con desaparición del arco interno, voy a comenzar una reeducación sin falta, con o sin ayuda de plantillas. Antes que nada les hago tomar conciencia de la posición errónea de que no hay apoyo en lo que llamamos el 5° radio, y le pido al paciente tornar apoyo sobre esta parte externa sin para esto levantar la región interna; esto genera una tensión y a veces un dolor en el área del peroneo largo lateral. Haciendo este apoyo todos los días durante 3 segundos, 10 veces seguidas, la tensión desaparece. Enseguida se va a pedir

al paciente levantar la región interna y tener así 10 veces seguidas durante 3 segundos todos los días. La continuación de la reeducación consiste en demandarle al paciente hacer los cuatro pasos: sobre el borde externo, sobre el borde interno, sobre la punta de los pies y sobre los talones, para recuperar el equilibrio global de los pies. Hace falta también, para este equilibrio, hacer como un empujón aleatorio hacia delante, hacia atrás y sobre los costados y en diagonal con los ojos abiertos y luego, con los ojos cerrados. En el 50% de los casos de Clase III, nosotros encontramos un anormal apoyo del pie. Si observamos al paciente caminar desde detrás de él, nosotros podemos remarcar que él arranca bien, por un primer apoyo sobre los talones, pero que no desarrolla bien sus pies justo hasta los dedos del pie y su paso se detiene en la mitad del pie y esto es muy fácilmente visible. Nosotros podremos hacer tomar conciencia al paciente mismo aunque tenga 4 años. Él siente solamente que apoya sobre la parte de atrás de su pie. Si nosotros le pedimos detenerse sobre la totalidad de su pie, él pierde el equilibrio hacia la parte de adelante, y hace falta ubicarse delante de él para evitar que se caiga. De la misma forma, es incapaz de ponerse sobre la punta de sus pies y corre muy mal. La reeducación comienza por la toma de conciencia de la mala posición y hace falta enseñarle la buena postura que debe adquirir, todos los días durante 3 segundos, 10 veces seguidas. Luego hace falta que el paciente aprenda a caminar moviendo su pie justo hasta el dedo más grueso que debe servir de timón de la marcha, luego vamos a agregar que se pare en puntas de pie teniéndose hacia atrás sin plegar las rodillas, donde se encuentra la compensación habitual de estas dificultades. Entre estos pacientes, pequeños empujones aleatorios son interesantes. En ciertos números de casos, de Clase II, es menos frecuente que en el apoyo poste-

rior de las Clases III, encontramos un apoyo muy anterior de la planta de los pies. Si observamos al paciente desde adelante durante su marcha, no vemos la suela de su calzado, porque él no comienza la marcha por el talón, pero si por la mitad del pie. Allí hace falta que él tome conciencia y le pediremos que se tenga sobre toda la planta de su pie, lo que lo va a hacer caer hacia atrás, enseguida le demandaremos detenerse sobre el talón y levantando la punta y luego, lo hacemos caminar hacia adelante y hacia atrás, pidiéndole posturas no habituales y direcciones aleatorias.

Maryvonne Fournier, le agradezco vuestra preciada colaboración; sin ninguna duda, sus reflexiones sabrán volver "posturo-conscientes" a nuestros colegas.

Sífilis secundaria

Lesiones orales como única manifestación. Informe de caso en adolescente

RESUMEN

Objetivo: Comunicar un caso clínico poco frecuente para contribuir al conocimiento de las características clínico-diagnósticas de las manifestaciones bucales de la sífilis y del abordaje terapéutico de esta patología. **Caso clínico:** Un paciente femenino de 15 años de edad, sin antecedentes patológicos, fue derivado a la cátedra de Odontología Integral Niños de la Universidad de Buenos Aires por lesiones orales de 30 días de evolución. Clínicamente se observaron rosáceas en filtrum, escamas en semimucosa labial, pápulas y erosiones; además, se hallaron adenopatías submaxilares bilaterales y occipitales. Se solicitaron hemograma completo, eritrosedimentación, VDRL cuantitativa y cualitativa, FTA-abs y prueba de Elisa para VIH. Tras los resultados, la paciente fue derivada a un servicio de infectología, con diagnóstico presuntivo de secundarismo sífilítico. Allí recibió tratamiento con penicilina G benzatínica 2.400.000 UI en dosis única. **Conclusión:** Un diagnóstico oportuno y un tratamiento precoz evitan las complicaciones serias y la diseminación de la enfermedad. **Palabras clave:** Adolescencia, enfermedad de lúes, pápula, sífilis secundaria.

INTRODUCCIÓN

La sífilis es una enfermedad infectocontagiosa, de declaración obligatoria, que data del siglo xv. Según la OMS, en Latinoamérica se registran alrededor de tres millones de casos por año.¹ Esta patología es causada por *Treponema pallidum*, una bacteria de tipo espiroqueta. Su forma de transmisión más frecuente es la vía sexual, principalmente por el contacto directo con una úlcera sífilítica, o a través

de las mucosas de un paciente en estadio de secundarismo o latencia precoz. Otras formas de contagio menos frecuentes son las transfusiones de sangre contaminada, la vía transplacentaria, y la inoculación accidental directa.^{1,2} Las manifestaciones clínicas son muy diversas: por eso se la llama "la gran simuladora". La sífilis se clasifica en congénita (precoz o tardía), adquirida precoz (primaria y secundaria) y adquirida tardía (terciaria). La sífilis primaria se caracteriza por la aparición del chancro sífilítico, que es una úlcera de base limpia, indolora, localizada en el sitio de inoculación y asociada con linfadenopatías regionales; el chancro cura espontáneamente entre la tercera y la sexta semana.^{2,3} Luego, la infección se vuelve sistémica, lo que caracteriza los estadios secundarios y terciarios. El secundarismo sífilítico comienza entre la segunda y la octava semana, a partir de la aparición del chancro, y en algunos casos persiste durante meses.^{4,5} Se caracteriza por lesiones mucocutáneas, estado pseudogripal (cefaleas, mialgias, anorexia) y adenopatías generalizadas. Existen pocos casos publicados de lesiones orales como única manifestación de sífilis secundaria; entre dichas lesiones encontramos manchas eritematosas, placas opalinas, pápulas, fisuras, condilomas sífilíticos, depapilación lingual, queilitis angular, y angina sífilítica.^{4,5} Tras la sífilis secundaria, el paciente entra en un período de latencia durante el cual el diagnóstico se hace sólo mediante pruebas serológicas. Después del período de latencia, que puede durar un año o más, aparece la etapa final de la sífilis, que es conocida como sífilis terciaria, en la que la infección se disemina al sistema nervioso, el corazón, la piel y los

huesos.^{5,6} La sífilis terciaria se desarrolla en más de un tercio de los pacientes no tratados, y la lesión característica se denomina goma.^{6,7} Para el diagnóstico de la sífilis, tradicionalmente se cuenta con pruebas directas (microscopía de campo oscuro y por fluorescencia directa) e indirectas (serológicas). Además, al alcance del odontólogo están las pruebas serológicas, que consisten en dos tipos de pruebas: las no treponémicas, como VDRL (Venereal Disease Research Laboratory Test) y PPR (Rapid Plasma Reagin), y las treponémicas, como FTA-abs (Fluorescent Treponema Antibody-absorption) y MHA-TP (Micro-hemagglutination-Treponema pallidum).^{7,8}

CASO CLÍNICO

Un paciente femenino de 15 años de edad, sin antecedentes patológicos, fue derivado a la cátedra de Odontología Integral Niños de la Universidad de Buenos Aires por el pediatra debido a lesiones orales de un mes de evolución. Durante la anamnesis, la paciente refirió que nunca había tenido relaciones sexuales. En el examen clínico se observaron rosáceas en filtrum, escamas en semimucosa labial superior e inferior, erosión en encía adherida de pieza 33 (fig. 1), pápulas en mucosa labial inferior, retrocomisura, mucosa yugal posterior y paladar blando (fig. 2). Además, se palparon adenopatías bilaterales submaxilares y occipitales. Se solicitaron exámenes de laboratorio: hemograma completo, eritrosedimentación (ERS), VDRL cuantitativa y cualitativa, y prueba de Elisa para VIH. Luego de una semana, la paciente concurre con los resultados del hemograma, los que reve-



Figura 1. Secundarismo sífilítico. A: Rosáceas. B: Erosión.



Figura 2. Secundarismo sífilítico. Lesiones de tipo pápulas.

laron una anemia normocrítica normocrómica; la ERS fue de 100 mm/h; la prueba de Elisa para VIH, no-reactiva; y la VDRL cualitativa, negativa. Sin embargo, teniendo en cuenta la clínica y el efecto prozona, se insistió en la realización del estudio de VDRL cuantitativa y, además, se solicitó FTA-abs. Se realizó otro examen clínico de control en el que se evidenció una nueva pápula en mucosa labial superior, de iguales características que las precedentes, una placa opalina en mucosa yugal posterior (fig. 3), y la evolución de la pápula del paladar blando, que rememoró al denominado condiloma sifilítico (fig. 4). La paciente fue derivada al pediatra para el tratamiento de la anemia.

A los 15 días, acudió con los resultados de los últimos exámenes, que reportan VDRL cuantitativo; positivo 1/256, y FTA-abs: reactivo ++++/4. Se corroboró la sospecha diagnóstica y se le explicó a la paciente la necesidad de comunicar los resultados a sus padres. Tras la noticia, la paciente refirió que efectivamente ha practicado encuentros sexuales, pero sólo de tipo orogenital. No entendía cómo se había contagiado, y manifestó preocupación debido a que sus padres desconocían que había iniciado su vida sexual. Se estableció la comunicación con el padre, a quien se enfatizó la importancia de una buena contención de la familia para evitar traumas y estigmas en la paciente relacionados con haber contraído una enfermedad de transmisión sexual. Además, se instruyó a la paciente adolescente sobre su error al considerar al sexo oral como seguro, y se le explicaron los métodos para evitar contraer enfermedades.

Posteriormente, fue derivada al Servicio de Infectología por secundarismo sifilítico. El tratamiento consistió en la administración intramuscular de penicilina G benzatínica 2.400.000 UI en una dosis. Al mes se realizó un nuevo control clínico odontostomatológico que evidenció la remisión total de las lesiones orales.

DISCUSIÓN

Si bien esta infección es más frecuente entre los 20 y 30 años de edad, últimamente se han observado casos en poblaciones más jóvenes, debido al incremento de las prácticas sexuales sin protección entre adolescentes.⁹

La inoculación de treponemas puede darse a través de abrasiones en la piel o incluso en mucosas intactas. La sífilis secundaria se manifiesta entre 2 y 8 semanas después de la aparición del chancro. La mucosa genital es el área más comúnmente afectada. Y a raíz del incremento del sexo orogenital, la mucosa oral es el segundo sitio en frecuencia de aparición de las lesiones sifilíticas.¹⁰ En la cavidad oral, las lesiones más frecuentes son placas opalinas, pápulas, depapilación lingual, erosiones, queilitis angular, etc. En el diagnóstico diferencial se incluyen lengua geográfica, depapilación por avitaminosis, candidiasis aguda o crónica en su variedad atronca, liquen plano, lupus eritematoso, enfermedades ampollares y enfermedades granulomatosas, entre otras.^{10, 11}

La anamnesis, la clínica y los exámenes de laboratorio son herramientas útiles para el odontólogo. Si bien durante el interrogatorio de la anamnesis el paciente adolescente puede ocultar la verdad sumado a que, generalmente, los padres también desconocen las prácticas sexuales prematuras de sus hijos, la clínica siempre servirá de apoyo para el diagnóstico y orientará en los exámenes por solicitar.^{11, 12}

Ante la sospecha de una clínica compatible con sífilis es conveniente cuantificar los títulos antigénicos, por lo cual se recomienda realizar siempre los dos tipos de pruebas (cualitativa y cuantitativa), a fin de evitar que puedan presentarse falsos negativos por un exceso de anticuerpos (fenómeno de prozona), más frecuente en determinados estadios de la infección.^{8, 10} El tratamiento para sífilis temprana primaria, secundaria y latencia temprana es la penicilina G benzatínica 2.400.000 UI intramuscular en una dosis; mientras

que en casos de latencia tardía, sífilis indeterminada y sífilis terciaria se indican 2.400.000 UI de la misma droga, por semana, en tres dosis.

La labor del odontólogo en este tipo de patologías consiste en realizar el diagnóstico y la derivación a especialistas infectólogos, quienes instaurarán el tratamiento adecuado e investigarán las posibles parejas de contagio, ya que la sífilis es una enfermedad de declaración obligatoria.^{6, 10, 13} El odontopediatra, estomatólogo u odontólogo general tendrá que realizar controles clínicos periódicos incluso después de que el paciente haya sido tratado por el médico infectólogo, a fin de constatar la remisión de las lesiones.¹³

CONCLUSIONES

Resulta fundamental centrar los esfuerzos en la educación de la población adolescente para fomentar una sexualidad responsable y erradicar la idea de que el sexo oral es seguro. Además, es necesario considerar esta patología en el diagnóstico diferencial de lesiones en la mucosa oral, a fin de facilitar el diagnóstico temprano y la derivación oportuna al especialista. De esta forma, será posible instituir un tratamiento precoz, y evitar la progresión de la sífilis a un estadio terciario, el contagio a otros individuos y una eventual descendencia con sífilis congénita.

Es preciso que el paciente diagnosticado tenga la contención de su familia. En los casos en los que exista una sospecha de abuso sexual, es indispensable la intervención del asistente social, para poder efectuar la correspondiente denuncia formal.^{11, 12, 14}

El presente caso es de interés para el odontólogo, ya que a veces las lesiones en la cavidad oral pueden constituir la única manifestación de la enfermedad. Por eso se recomienda realizar siempre los dos tipos de pruebas VDRL (cualitativa y cuantitativa) para evitar los falsos negativos, y la FTA-abs para confirmar el diagnóstico de sífilis. Y en los casos en los que se sospeche de enfermedades de transmisión sexual, se deberá instruir al paciente y/o a sus familiares acerca de la necesidad de solicitar, de manera simultánea, la prueba de Elisa para VIH.

Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación con este estudio y afirman no haber recibido financiamiento externo para realizarlo.



Figura 3. Secundarismo sifilítico. A: Pápula. B: Placa opalina.

Figura 4. Secundarismo sifilítico. Pápula evolucionada.



CONSULTORIO RADIOLÓGICO
ODONTOTOMOGRÁFICO
TOMOGRAFÍA DENTAL

RX PANORAMICA Y TELERADIOGRAFIA DIGITAL

CEFALOMETRIA COMPUTARIZADA

EQUIPO PLANMEGA PROMAX 3D DE ULTIMA GENERACION

CON VENTANA Q 80X80 QUE PERMITE MENOR TIEMPO DE EXPOSICIÓN
EN LA OBTENCION DE IMAGENES TRIDIMENSIONALES CON ALTA DEFINICION.

TOMOGRAFIA
VOLUMETRICA
CONE BEAM - 3D

Aplicable en:

- Implantología
- Cirugía oral y máxilo facial
- Traumatología
- Articulación témporo mandibular
- Periodoncia
- Ortodoncia
- Endodoncia (Programa Endo)

Dr. Abel Najman
Dra. Arianna Najman

Dr. Daniel Grippo
Dr. Ezequiel Grippo

Buenos Aires 487 - P.B. Dpto. "D" 3100 Paraná - Entre Ríos
Tel: 0343 - 4313837 cons.odontotomografico.parana@gmail.com

TECNOLOGÍA DE ÚLTIMA GENERACIÓN

La Tomografía Computada Cone Beam es el nuevo sistema de imágenes tridimensionales de precisión, que ofrece la calidad más alta para realizar diagnósticos odontológicos y máxilo-faciales con la mayor seguridad.



- • • • •
- SEGURIDAD
- PRECISIÓN
- EFICACIA
- RAPIDEZ
- • • • •

TOMOGRAFÍA EN IMPLANTOLOGÍA
 P A N O R Á M I C A D I G I T A L
 TELERADIOGRAFÍA DIGITAL DE PERFIL
 ESTUDIOS CEFALOMÉTRICOS



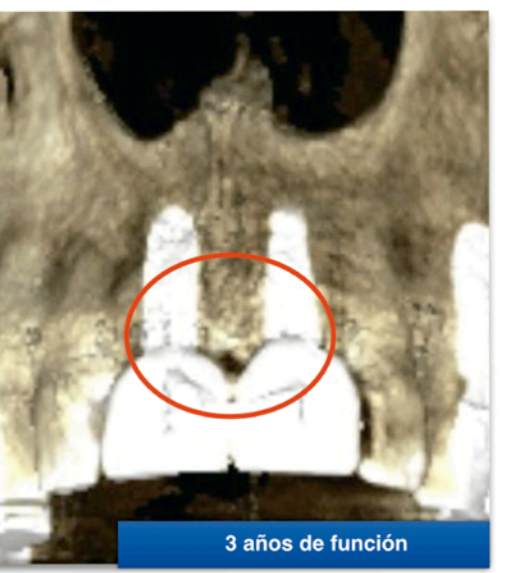
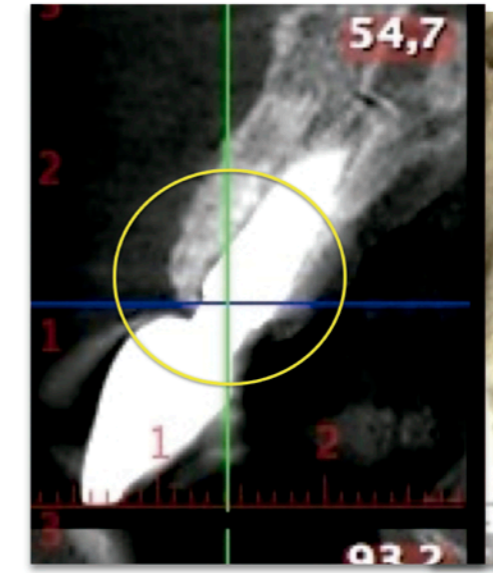
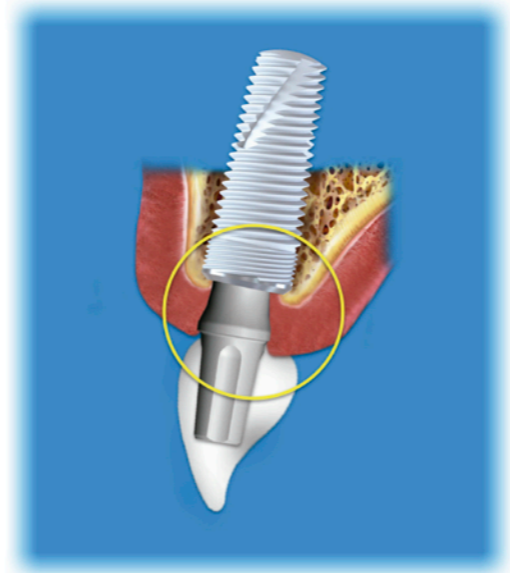
TOMOGRAFÍA VOLUMÉTRICA DIGITAL (TVD)

Rubén G. Greca, Odontólogo MP 168



FUSION - Mucho más que un "tornillo"

Resultado clínico similar al diente natural
 Mantiene el hueso crestal, responsable de la estética biológica
 Seguimiento con tomografía Cone Beam hasta 5 años



Hoy la cresta ósea vestibular se puede conservar aún en implantes contiguos

- ✓ SIMPLE - SENCILLO - EFICIENTE - ERGONOMICO
- ✓ Mantiene el hueso crestal - responsable de la estética biológica
- ✓ Mantiene el volumen óseo
- ✓ Rehabilitación de tamaño y aspecto natural
- ✓ Un modelo de implante para todas las densidades óseas
- ✓ Una conexión para todos los diámetros
- ✓ Procedimientos protéticos similares a la prótesis convencional
- ✓ Otro perfil de emergencia
- ✓ Resultados clínicos rutinarios
- ✓ Switching platform- plataforma dismiunida

Pascual Palma 666
 Paraná I Entre Ríos I Argentina
 Tel. +54 0343 435207
 Cel. +54 343 154 645140
implantesnti@gmail.com
www.ntiimplantes.com.ar





Servicio Odontológico
Solidario

Trabajar nos da sonrisas



**Nuevos Planes
para tu obra social.**

**Más de 400
odontólogos
para tu atención.**

Todo lo que vos y tu familia necesitan.

Tu sonrisa SOS vos

**AFILIATE
0-800-444-8-400**

sosconsultas@sosparana.com.ar :: www.sosparana.com.ar