

27

ACTA

Odontológica Colombiana

VOLUMEN 13, NÚMERO 2, JULIO - DICIEMBRE 2023 / ISSN 2027-7822 / DOI 10.15446/AOC



UNIVERSIDAD NACIONAL DE COLOMBIA

_Rectora

Dolly Montoya Castaño

_Vicerrector General

Pablo Enrique Abril Contreras

_Vicerrector Académico

Carlos Augusto Hernández Rodríguez

_Vicerrector de Investigación y Extensión

Camilo Younes Velosa

_Vicerrector de la Sede Bogotá

José Ismael Peña Reyes

_Secretaria General

María Fernanda Lara Díaz

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

_Decano

José Manuel González Carreño

_Secretario de Facultad

Francisco Javier Acero Luzardo

_Vicedecana Académica

Natalia Carrillo Mendigaño

_Director de Bienestar

German Alvarado Pacheco

_Director del Área Curricular

Camilo Alejandro Guerrero Gutiérrez

_Director del Departamento de Ciencias Básicas

Andrés Rueda Jiménez

_Directora del Departamento de Salud Oral

Liliana Abaunza Zafra

_Director del Departamento de Salud Colectiva

Rafael Antonio Malagón Oviedo

_Directora del Centro de Investigación y Extensión

Lina Janeth Suárez Londoño

_Representante Profesoral

Martha Cecilia Díaz Sistiva

_Representante Estudiantil Pregrado

Jerson Steven Guzmán Rojas

ACTA

Odontológica Colombiana

Volumen 13, número 2, Julio - Diciembre 2023

ISSN 2027-7822

<https://revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol>
<http://dx.doi.org/10.15446/aoc>

_ADMITIDA EN

DIRECTORIOS

Directory of Open Access Journals, [DOAJ](#).

Sistema Regional de Información en Línea
para Revistas Científicas de América Latina,
El Caribe, España y Portugal, [LATINDEX](#).

BASES DE DATOS

Sistema de Información Científica (Red de
Revistas Científicas de América Latina y el
Caribe, España y Portugal) [REDALYC](#).

Literatura Latinoamericana y del Caribe
en Ciencias de la Salud, [LILACS](#).

Red Iberoamericana de Innovación y
Conocimiento Científico, [REDIB](#).

Fuente Académica Premier, [EBSCOhost](#).

SciTech Premium Collection, [ProQuest](#).

INDIZADORES

Matriz de Información para el Análisis de Revistas, [MIAR](#).

PERIODICIDAD SEMESTRAL

© 2023

Facultad de Odontología
Universidad Nacional de Colombia
Bogotá D.C., Colombia
Julio de 2023

Para mayor información y contribuciones diríjase a

[Revista Acta Odontológica Colombiana](#)

Universidad Nacional de Colombia

Facultad de Odontología

revista_fobog@unal.edu.co

(57-1) 3165000 Ext 16019

ACTA

Odontológica Colombiana

Volumen 13, número 2, Julio - Diciembre 2023

_DIRECTOR

José Manuel González Carreño
Universidad Nacional de Colombia
Colombia

 <https://orcid.org/0000-0002-0986-4222>

_EDITOR JEFE

Luis Alberto Sánchez-Alfaro
Universidad Nacional de Colombia
Colombia

 <https://orcid.org/0000-0001-5219-2639>

_EDITORA ASOCIADA

Carol Cristina Guarnizo-Herreño
Universidad Nacional de Colombia
Colombia

 <https://orcid.org/0000-0002-8781-2671>

_EDITORES ÁREAS TEMÁTICAS

Ciencias Básicas y Cirugía Maxilofacial
Itali Linero Segre
Universidad Nacional de Colombia
Colombia

 <https://orcid.org/0000-0002-0064-1663>

Endodoncia

Claudia Carmiña García Guerrero
Universidad Nacional de Colombia
Colombia

 <https://orcid.org/0000-0002-3547-6338>

Epidemiología Clínica

Mauricio Rodríguez Godoy
Universidad Nacional de Colombia
Colombia

 <https://orcid.org/0000-0002-5409-8264>

Estomatología Pediátrica

Laila Yaned González Bejarano
Universidad Nacional de Colombia
Colombia

 <https://orcid.org/0000-0002-7949-102X>

Farmacología y Ciencias Biomédicas

Lilia Jadith Bernal Cepeda
Universidad Nacional de Colombia
Colombia

 <https://orcid.org/0000-0002-2889-5497>

Ortodoncia y Ortopedia Maxilar

Sonia Victoria Guevara Pérez
Universidad Nacional de Colombia
Colombia

 <https://orcid.org/0000-0002-7227-7100>

Patología y Ciencias Biomédicas

Sonia Del Pilar Bohórquez Ávila
Universidad Nacional de Colombia
Colombia

 <https://orcid.org/0000-0002-2113-3959>

Patología y Cirugía Oral

Claudia Patricia Peña Vega
Universidad Nacional de Colombia
Colombia

 <https://orcid.org/0000-0002-4532-3642>

Periodoncia

Sergio Iván Losada Amaya
Universidad Nacional de Colombia
Colombia

 <https://orcid.org/0000-0002-6689-5770>

Radiología y Ciencias Forenses

Hania Gicella Camargo Huertas
Universidad Nacional de Colombia
Colombia

 <https://orcid.org/0000-0002-2507-815X>

Rehabilitación Oral y Materiales dentales

Paula Alejandra Baldión Elorza
Universidad Nacional de Colombia
Colombia

 <https://orcid.org/0000-0002-3134-9198>

Salud Colectiva y Humanidades

Carol Cristina Guarnizo-Herreño
Universidad Nacional de Colombia
Colombia

 <https://orcid.org/0000-0002-8781-2671>

_ASISTENTE EDITORIAL

David Alejandro Rincón Castro

_AUXILIARES DE GESTIÓN EDITORIAL

Michelle Yuliana Puertas Soto

_CORRECTORA DE ESTILO

Adriana Marcela Laiton Cortés

_DISEÑO Y DIAGRAMACIÓN

Tatianna Castillo Reyes

_COMITÉ EDITORIAL Y CIENTÍFICO

Alessandro Loguercio, PhD

Universidade Estadual de Ponta Grossa

Brasil

 <https://orcid.org/0000-0001-9880-4856>

Eduardo Villamor, PhD

Universidad de Michigan

Estados Unidos

 <https://orcid.org/0000-0003-1949-9123>

Jaime Castro Núñez, DMD

University of Kentucky

Estados Unidos

 <https://orcid.org/0000-0002-1733-2824>

Jaime Eduardo Castellanos Parra, PhD

Universidad El Bosque

Colombia

 <https://orcid.org/0000-0003-1596-8383>

John Harold Estrada Montoya, PhD

Universidad Nacional de Colombia

Colombia

 <https://orcid.org/0000-0003-1135-8238>

Luz María Sánchez Romero, PhD

Georgetown University Medical Center

México / Estados Unidos

 <https://orcid.org/0000-0001-7951-3965>

María Vallet Regí, PhD

Universidad Complutense de Madrid

España

 <https://orcid.org/0000-0002-6104-4889>

Martha Juliana Rodríguez Gómez, MSc

Universidad Santo Tomás

 Colombia <https://orcid.org/0000-0001-7339-7836>

Roger Keller Celeste, PhD

Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Brasil

 <https://orcid.org/0000-0002-2468-6655>

Sandra Milena Zuluaga Salazar, MSc

Universidad de Antioquia

Colombia

 <https://orcid.org/0000-0001-9377-837X>

Stefania Martignon Biermann, PhD

Universidad El Bosque

Colombia

 <https://orcid.org/0000-0002-6505-8356>

8 EDITORIAL | EDITORIAL

- 8 El proyecto de reforma a la salud. Una reflexión desde la academia
José Manuel González–Carreño
Decano
Facultad de Odontología
Universidad Nacional de Colombia

10 ARTÍCULOS ORIGINALES | RESEARCH ARTICLES

- 10 Perfil prescriptivo de corticoides en el servicio de urgencias del Hospital Odontológico de la ciudad de Formosa, Argentina
Prescriptive Profile of Corticoids in the Emergency Department of the Dental Hospital of the City of Formosa, Argentina
Ana Eloísa Rea
Lelia Inés Ramírez
María Eugenia Pomarada
Viviana Elizabeth Karaben
- 21 El concepto de etnia en un país pluriétnico y multicultural: una representación desde un grupo de estudiantes de odontología
The concept of ethnicity in a multi-ethnic and multicultural country: a representation from a group of dental students
Adiela Ruiz–Gómez
María Alejandra González–Bernal
José Martín Delgado–García
- 32 Manifestaciones bucales de la enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa en adultos mayores
Oral manifestations of Crohn's disease and ulcerative colitis in of elderly adults
Gladys Aída Estrada–Pereira
Jesús Díaz–Fondén
Yinet Pérez–Sardinas

- 44 Relación entre los sistemas políticos y el índice COP
en 62 países durante el periodo 1970-2010
*Relationship between the political regime and the DMTF
index in 62 countries in the period 1970-2010*

John Harold Estrada–Montoya
Jesús Esteban Erazo–Estrada

- 59 Presencia de dientes natales o neonatales en pacientes
pediátricos con y sin labio y paladar hendido
*Presence of natal or neonatal teeth in pediatric patients
with and without cleft lip and palate*

Mónica Consuelo Acosta–Rangel
Clarisa Rodríguez–García
Beatriz Flores–Meza
Edgar Mendoza–Verdugo

67 ENSAYO | ESSAY

- 67 Sospechando de la monstruosidad en el otro desde el pensamiento abismal y la
subalternidad. Una mirada desde la discapacidad y la disciplina odontológica
*Suspecting the monstrosity in the other from abysmal thinking and
subalternity. A look from disability and dental discipline*

Rocío Andrea Barbosa–Orjuela

77 REPORTE DE CASO | CASE REPORT

- 77 Trombosis venosa profunda posterior a cirugía
ortognática bimaxilar. Reporte de caso
Deep vein thrombosis following bimaxillary orthognathic surgery. Case report

Ivonne María Ponce–Sandoval
Ana María Ramos–Vélez

- 87 Mixoma odontogénico de larga data en el maxilar. Reporte de caso
Long-Standing odontogenic myxoma of the maxilla. Case Report

Rosa Concepción Sánchez–Villalba
María Gisell Soler–Chaparro
José Miguel Gamarra–Insfrán
María del Carmen González–Galván
Osvaldo Vera–González
Jorge Daniel Escobar–Estigarribia

El proyecto de reforma a la salud. Una reflexión desde la academia

El pasado 13 de febrero, el Gobierno Nacional presentó ante la Cámara de Representantes el articulado del proyecto de ley de Reforma a la Salud en Colombia. La iniciativa busca mejorar y fortalecer el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) para garantizar la prestación de servicios como un derecho universal, y con ello, además, recuperar el control de los recursos públicos en dicho rubro. Asimismo, propone una salud para la vida, mediante la implementación de un sistema preventivo y predictivo y la mejora laboral para los trabajadores de la salud.

A pesar de no ser la única reforma que impulsa el Gobierno, que también ha apostado por replantear los sistemas de pensiones, laboral, educativo y tributario, la Reforma a la Salud ha provocado intensos debates, voces de apoyo y amargas controversias por parte de muchos sectores, agremiaciones de profesionales de las diferentes especialidades, asociaciones de pacientes, Entidades Promotoras de Salud (EPS), sindicatos y población en general. En muchos casos, estas discusiones han estado motivadas por el temor, la falta de conocimiento del alcance real y la manipulación de la información a favor de intereses particulares.

En ese sentido, conviene preguntarnos ¿por qué es tan polémica la reforma?, entendiendo que su objetivo principal es dar cumplimiento a la Ley Estatutaria 1751, expedida el 16 de febrero de 2015, “por la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones”. Allí se considera a la salud como un derecho fundamental autónomo, irrenunciable, en lo individual y en lo colectivo, que tiene que ser provisto y garantizado mediante recursos administrados por el Estado colombiano.

Las facultades del área de la salud de la Universidad Nacional de Colombia han venido convocando expertos para estudiar, reflexionar, profundizar y proponer, desde diferentes aristas, las implicaciones de la implementación del proyecto de Reforma a la Salud en la calidad de vida de los colombianos. Con el liderazgo del Doctorado Interfacultades en Salud Pública, se han organizado periódicamente foros públicos

José Manuel González–Carreño

Decano

Facultad de Odontología

Universidad Nacional de Colombia

 <https://orcid.org/0000-0002-0986-4222>

CITACIÓN SUGERIDA:

González–Carreño, JM. El proyecto de reforma a la salud. Una reflexión desde la academia. *Acta Odontol. Col.* 2023; 13(2): 8-9. <https://doi.org/10.15446/aoc.v13n2.109921>

 <https://doi.org/10.15446/aoc.v13n2.109921>

con la participación de expertos, con el fin de discutir desde diferentes miradas la situación de la salud en Colombia. El primer encuentro titulado “La Reforma a la Salud: análisis desde la academia” contó con la participación de la Ministra de Salud y Protección Social. En él se expusieron las falencias del sistema actual y los ejes centrales del Proyecto. En el segundo foro académico se trataron temas jurídicos y de política pública y, se profundizó con los expertos la relación que tiene el Proyecto de Ley 339 con la Ley Estatutaria 1751 de 2015 sobre el derecho fundamental a la salud. Para el tercer conversatorio “La salud oral en los debates sobre la reforma a la salud: inquietudes y desafíos”, se contó con la participación de la directora de Regulación de la Operación del Aseguramiento en Salud de Minsalud; el presidente del Colegio Colombiano de Odontólogos y representantes de la Federación Odontológica Colombia (FOC) y de la Asociación Colombiana de Facultades de Odontología (ACFO).

En ese sentido, el reto inmenso que demandan los cambios en la implementación del Proyecto de Reforma a la Salud, no es solo para los organismos estatales que rigen la política de salud en Colombia, sino también para las Instituciones de educación formadoras del recurso humano en salud. Las facultades de odontología deben trabajar por modificar el perfil de formación de sus egresados, y hacer la transición de un modelo basado en la enfermedad a uno que incluya la atención integral en salud, desde una perspectiva de determinantes sociales y económicos.

Al mismo tiempo, es imperante propender por formar profesionales en odontología, no solo con competencias clínicas para resolver patologías bucodentales en pacientes sanos o con condiciones sistémicas, en todos sus niveles de complejidad, sino con capacidades para implementar estrategias de Atención Primaria en Salud (APS), a partir de la perspectiva de la salud pública. Esto significa actuar desde su promoción y el análisis y manejo de los factores de riesgo y determinantes sociales de la salud. En conclusión, es vital trabajar de manera interprofesional en el diseño e implementación de un sistema de salud orientado por la APS, y dirigido a las personas, familias y comunidades en los territorios.

Referencias

1. Colombia – Ministerio de Salud y Protección (2014). IV Estudio Nacional de Salud Bucal –ENSAB IV: Situación en Salud Bucal (Vol. II). Bogotá: Ministerio de Salud y Protección Social. Disponible: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENSAB-IV-Situacion-Bucal-Actual.pdf>
2. Colombia – Congreso de la República (2015). Ley Estatutaria 1751 de 2015. Por medio de la cual se regula el derecho fundamental a la salud y se dictan otras disposiciones. Bogotá: Diario Oficial No. 49.427 de 16 de febrero de 2015. Disponible: http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1751_2015.html

Perfil prescriptivo de corticoides en el servicio de urgencias del Hospital Odontológico de la ciudad de Formosa, Argentina

Ana Eloísa Rea 1

Lelia Inés Ramírez 2

María Eugenia Pomarada 3

Viviana Elizabeth Karaben 4

Prescriptive Profile of Corticoids in the Emergency Department of the Dental Hospital of the City of Formosa, Argentina

RESUMEN

Objetivo: identificar el perfil prescriptivo de corticoides en pacientes que asistieron al Servicio de Urgencias del Hospital Odontológico de la ciudad de Formosa, Argentina.

Métodos: se realizó un estudio transversal, observacional y descriptivo, se analizaron las prescripciones de corticoides realizadas por odontólogos que atendieron en el Servicio de Urgencias del Hospital Odontológico de la ciudad de Formosa desde marzo 2019 a febrero 2020. Las variables de estudio fueron: características demográficas del paciente, diagnóstico clínico odontológico, corticoide prescrito, dosis y forma farmacéutica. **Resultados:** de un total de 9.635 historias clínicas, se observaron 3.244 prescripciones de corticoides (33,6%). De acuerdo a los corticoides prescritos, se halló a la dexametasona para vía intramuscular y además se utilizó dexametasona en tratamientos combinados con dipirone para vía intramuscular e ibuprofeno para vía oral. Los diagnósticos relacionados con prescripción de estos medicamentos fueron: pulpitis, periodontitis apical aguda, flemón/absceso, entre otras. De acuerdo al valor intrínseco terapéutico potencial, los fármacos prescritos en el hospital odontológico son de valor elevado, esto significa que demostraron eficacia para el tratamiento, el diagnóstico o la prevención de enfermedades del ser humano. **Conclusiones:** el estudio de la utilización de medicamentos en el Hospital Odontológico de la ciudad de Formosa permitió observar situaciones donde los corticoides no están indicados. Además, se señala la prescripción excesiva de la vía intramuscular. A partir de los resultados obtenidos es necesario realizar una retroalimentación a los prescriptores, por lo que se sugieren intervenciones para elaborar propuestas de solución a los problemas identificados y formular políticas de medicamentos.

Palabras clave: odontalgia; dexametasona; dipirone; farmacoepidemiología; utilización de medicamentos; prescripción de medicamentos; atención primaria de salud.

ABSTRACT

Objective: To identify the prescriptive profile of corticosteroids in patients who were treated at the Emergency Service of the Dental Hospital of the City of Formosa, Argentina. **Methods:** A cross-sectional, observational, and descriptive study was carried out, and corticosteroid prescriptions made by dentists who attended the Emergency Service of the Dental Hospital of the City of Formosa, from March 2019 to February 2020 were analyzed. The study variables were: demographic characteristics of the patient, dental clinical diagnosis, corticosteroid prescribed, dose, and pharmaceutical form. **Results:** Of 9,635 medical records, 3,244 corticosteroid prescriptions (33.6%) were observed. According to the prescribed corticosteroids, dexamethasone was found for the intramuscular route, and dexamethasone was also used in combined treatments with dipyrone for the intramuscular route and ibuprofen for the oral route. The diagnoses related to the prescription of these medications were: pulpitis, acute apical periodontitis, phlegmon/abscess, trauma, pericoronitis, hypersensitivity and alveolitis. According to the potential therapeutic intrinsic value, the drugs prescribed in the dental hospital are of high value, which means that they have demonstrated efficacy for the treatment, diagnosis or prevention of diseases that affect humans. **Conclusions:** The study of the use of drugs in the Dental Hospital of the City of Formosa allowed us to observe situations where corticosteroids are not indicated. In addition, the excessive prescription of the intramuscular route is pointed out. Based on the results obtained, it is necessary to provide feedback to the prescribers, so it is suggested to continue with different interventions to develop proposals for solutions to the identified problems and formulate drug policies.

Key words: Toothache; Dexamethasone; Dipyrone; Pharmacoepidemiology; Drug Utilization; Drug Prescriptions; Primary Health Care.

1. Odontóloga. Docente de Farmacología. Facultad de Odontología. Universidad Nacional del Nordeste. Corrientes, Argentina.

Contacto: aerea@odn.unne.edu.ar

 <https://orcid.org/0000-0002-8667-959X>

2. Doctora en Odontología. Docente de Farmacología. Facultad de Odontología. Universidad Nacional del Nordeste. Corrientes, Argentina.

Contacto: liramirez@odn.unne.edu.ar

 <https://orcid.org/0000-0002-5803-0398>

3. Doctora en Odontología. Docente de Farmacología. Facultad de Odontología. Universidad Nacional del Nordeste. Corrientes, Argentina.

Contacto: mepomarada@odn.unne.edu.ar

 <https://orcid.org/0000-0002-2335-7454>

4. Doctora en Odontología. Profesora Titular, Cátedra de Farmacología. Facultad de Odontología. Universidad Nacional del Nordeste. Corrientes, Argentina.

Contacto: vekaraben@odn.unne.edu.ar

 <https://orcid.org/0000-0001-5897-7613>

CITACIÓN SUGERIDA:

Rea AE, Ramírez LI, Pomarada ME, Karaben VE. Perfil Prescriptivo de Corticoides en el Servicio de Urgencias del Hospital Odontológico de la Ciudad de Formosa, Argentina. *Acta Odontol. Col.* 2023; 13(2): 10-20. <https://doi.org/10.15446/aoc.v13n2.104517>

 <https://doi.org/10.15446/aoc.v13n2.104517>

Recibido	Aprobado
30/08/2022	24/03/2023
Publicado	
04/07/2023	

Introducción

Los corticoides son hormonas sintéticas o semisintéticas que poseen una acción antiinflamatoria potente y son utilizadas en un amplio grupo de enfermedades, como asma, artritis reumatoide, enfermedad inflamatoria intestinal y varias enfermedades autoinmunitarias todas las cuales se asocian al incremento en la expresión de genes inflamatorios. Los corticoides son utilizados por odontólogos principalmente para tratar y prevenir cuadros severos de origen inflamatorio (1, 2), en algunas ocasiones también se utilizan en infecciones para reducir la inflamación y edema, pero pueden conducir a la supresión inmune y empeorar la infección. Estudios sugieren que, puede haber consecuencias graves si los corticosteroides se utilizan como monoterapia, y muestran que los antibióticos y la operación siguen siendo claves para el manejo de infecciones cervicofaciales (3).

Los pacientes que cursen con una infección odontogénica y estén en tratamiento con corticoides o antiinflamatorios esteroides, evolucionan hacia una infección dental aguda más grave. Se podrían encontrar dos explicaciones: el uso de medicamentos antiinflamatorios esteroides puede estar relacionado con un proceso infeccioso agresivo e inmediato, donde la terapia con antibióticos orales no tuvo éxito con la consecuencia de un aumento de la inflamación y el dolor; o se sospecha que los fármacos antiinflamatorios esteroides inciden directamente en la evolución a infecciones cérvico-faciales graves, a través de una menor respuesta inmunitaria (4).

La utilización de corticoides ya sea como monofármaco o en combinación con otros principios activos se incrementa progresivamente, razón por la cual, muchos estudios analizan y evidencian la utilización de corticoides en cirugía oral y maxilofacial por sus acciones beneficiosas (5–7), pero son controversiales los fundamentos para el tratamiento complementario de patologías bucodentales infecciosas, que comúnmente se observan en los servicios de urgencia.

Los corticoides son eficaces y desencadenan sus acciones farmacológicas a través de todas las vías de administración (8–10), siendo las más utilizadas por odontólogos la vía oral, intramuscular, subcutánea y tópica. La selección de la vía de administración de corticoides dependerá de varios factores, incluyendo la enfermedad a tratar, la gravedad de los síntomas, la duración del tratamiento, la preferencia del paciente y la presencia de otras condiciones médicas. La administración oral de dexametasona es un método con máxima aceptación y cumplimiento por parte del paciente y es considerada una vía efectiva (10, 11).

La prescripción racional de medicamentos se define como el uso del menor número de medicamentos para obtener el mejor efecto posible en el período más corto y a un costo razonable (12). Los análisis de las prescripciones de antiinflamatorios son útiles para proporcionar retroalimentación relacionada con la seguridad y eficacia de estos medicamentos, con el fin de elevar los estándares de la farmacoterapia clínica (13). Según la Organización Mundial de la Salud, estos análisis se consideran un indicador socio-sanitario y la herramienta que nos permite su evaluación y posterior diseño de estrategias

de intervención es la de los Estudios de Utilización de Medicamentos (EUM) (14), que se definen como aquellos estudios que tienen como objetivo el análisis “de la comercialización, distribución, prescripción y uso de los medicamentos en una sociedad, poniendo un acento especial sobre las consecuencias médicas, sociales y económicas resultantes (15).

En Latinoamérica existen varios estudios de utilización de corticoides en cirugía dentoalveolar, pero son escasas las evidencias conclusivas sobre la utilización en servicios de urgencias odontológicas y es necesario identificar los patrones prescriptivos para poder determinar estrategias para fomentar la prescripción racional. De esta manera, el objetivo de este estudio fue identificar el perfil prescriptivo de corticoides en pacientes que asistieron al Servicio de Urgencias del Hospital Odontológico de Complejidad Integrada de la ciudad de Formosa, Argentina.

Métodos

Diseño del estudio

Se realizó un estudio transversal, observacional y descriptivo, teniendo en cuenta la clasificación de los Estudios de Utilización de Medicamentos propuesto por la OMS. Éste es un estudio de tipo prescripción – indicación (15), modalidad a través de la observación, que identifica qué fármaco o grupo de fármacos se utilizan para una indicación concreta y las pautas terapéuticas.

Muestra y recolección de datos

Se realizó una observación de la totalidad de las prescripciones de corticoides realizadas por odontólogos desde marzo 2019 a febrero 2020, los datos se obtuvieron a partir de la información disponible en las historias clínicas del sistema de archivo del Servicio de Urgencias del Hospital Odontológico de Formosa, Argentina y se sistematizaron en una matriz utilizando el programa Microsoft Excel. Los datos registrados en el programa fueron: edad y sexo del paciente, fármaco/s prescrito/s, código ATC, cantidad, forma farmacéutica, vía de administración, posología, diagnóstico y marca comercial del medicamento.

Criterios de inclusión:

- Prescripciones de pacientes atendidos en el Servicio de Urgencias del Hospital Odontológico de Complejidad Integrada de Formosa Argentina.
- Prescripciones de tratamientos que incluyan corticoides.
- Pacientes mayores de 12 años de ambos sexos.

Criterios de exclusión:

- Prescripciones de pacientes atendidos en otros servicios del Hospital Odontológico de Complejidad Integrada de Formosa Argentina.
- Prescripciones de tratamientos que no incluyan corticoides.
- Pacientes menores de 12 años.

Variables de estudio

- Características demográficas del paciente: sexo y edad.
- Diagnóstico clínico odontológico.
- Corticoide prescrito: la OMS recomienda el empleo de la denominación común internacional, nombre científicamente basado en el principio activo que contiene.
- Dosis: está determinada por la cantidad del fármaco expresada en gramos, miligramos o microgramos, para la obtención del efecto deseado.
- Forma farmacéutica: es la forma como se ofrece un producto para su comercialización (por ejemplo, comprimidos, gotas, frasco ampolla) en relación con el tipo de envase, contenido en volumen y número de unidades.
- Dosis diaria prescrita (DDP): es la relación entre la cantidad de dosis del fármaco y la frecuencia de administración en el día.

Para cuantificar los corticoides prescritos, se utilizó la Clasificación Anatómica-Terapéutica-Química (ATC) (16). Este sistema es recomendado por el *Drug Utilization Research Group* (WHO-DURG) de la OMS para los estudios de utilización de medicamentos es una clasificación de medicamentos donde se asigna un código a cada fármaco para su análisis estadístico.

Para definir la racionalidad de la prescripción de los corticoides se tuvo en cuenta parámetros cualitativos. Por un lado, se utilizó el número de principios activos que contuvo el medicamento y el valor intrínseco terapéutico potencial (VITP) (14, 16). Por otro lado, se analizó la relación entre los corticoides prescritos con los diagnósticos detectados con la finalidad de contrastar esa información con guías terapéuticas nacionales e internacionales y el consenso de la literatura especializada. Finalmente, se consideró prescripción inadecuada (17, 18) a la prescripción excesiva, aquella que fue realizada en situaciones donde el diagnóstico se relacionó con procesos inflamatorios leves que no necesitaban medicación, o moderados que pudieron controlarse con antiinflamatorios no esteroideos.

Análisis estadístico de los resultados

Para el análisis de los datos se utilizó estadística descriptiva. Adicional, se emplearon frecuencias relativas y absolutas.

Consideraciones éticas

El protocolo de investigación fue avalado por el Comité de Bioética de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional del Nordeste, Argentina (REF.EXPTE. N° 12-2019-00344 DICTAMEN N° 135/19) 26/02/2019. Además, se presentó a las autoridades del Hospital Odontológico, con el objeto de solicitar autorización. No se incluyó ninguna variable que pueda permitir la identificación de los pacientes ni del profesional que atendió la consulta.

Resultados

De un total de 9.635 historias clínicas, se observaron 3.244 prescripciones de corticoides (33,6%). El grupo etario que recibió con mayor frecuencia la indicación de estos antiinflamatorios fueron adultos de 19 a 40 años, siendo predominante en el sexo masculino. La distribución según sexo y edad se observa con mayor detalle en la Tabla 1.

Dentro de los corticoides prescritos, se halló solamente a la dexametasona (H02AB02), la dosis diaria prescrita fue de 8 mg/día y la vía de administración fue la intramuscular (única aplicación). Además, se utilizó este fármaco y la misma vía en tratamientos combinados con dipirona (ampolla 1 g) y con ibuprofeno (comprimidos 400 mg) para vía oral. Se detallan los resultados en la Tabla 2.

Los diagnósticos relacionados con la prescripción de estos medicamentos fueron:

pulpitis, periodontitis apical aguda, flemón/absceso, traumatismo, pericoronaritis, hipersensibilidad dentinaria, alveolitis. La relación de los tratamientos con estos diagnósticos se puede observar en la Tabla 3.

Tabla 1. Frecuencia relativa según sexo y grupo etario sobre un total de 3244 prescripciones.

Grupo etario	Prescripciones		
	Varones %	Mujeres %	TOTAL %
12 a 18	13	9	22
19 a 40	34	21	55
41 a 66	16	7	23
Total	63	37	100

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 2. Frecuencia absoluta y relativa de tratamientos realizados con corticoides*.

Tratamientos realizados	Frecuencia absoluta	%
Dexametasona ¹	400	12
Dexametasona ¹ + dipirona ²	1646	51
Dexametasona ¹ + dipirona ² + ibuprofeno ³	1198	37
Total	3244	100

* Se excluyeron los antibióticos que pudieron estar asociados a los tratamientos ya que los mismos no se analizan en este trabajo de investigación y no tienen similitud en cuanto al efecto terapéutico.

¹DDP 8 mg/día, única aplicación intramuscular.

²DDP 1 g/día, única aplicación intramuscular.

³DDP 1200 mg/día, comprimidos de 400 mg cada 8 horas por 5 días.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 3. Distribución de frecuencia de utilización de corticoides en relación a los diagnósticos detectados.

Diagnósticos	Dexametasona		Dexametasona + dipirona		Dexametasona + dipirona + ibuprofeno		Total	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Pulpitis	211	19	419	38	464	43	1094	100
Periodontitis apical aguda	87	8	305	30	629	62	1021	100
Flemón/absceso	--	--	856	90	89	10	945	100
Traumatismo	32	33	47	50	16	17	94	100
Pericoronaritis	64	77	19	23	--	--	83	100
Hipersensibilidad dentinaria	5	100	--	--	--	--	5	100
Alveolitis	2	100	--	--	--	--	2	100
Total	400		1646		1198		3244	

Fuente: Elaboración propia.

Al analizar la racionalidad de la prescripción de corticoides con base a los parámetros cualitativos, se determinó que: según la clasificación del Valor Intrínseco Terapéutico Potencial (VITP), los medicamentos prescritos en el hospital odontológico correspondieron al VITP, Valor Elevado; ya que se trató de medicamentos que contenían dexametasona como monofármaco y a su vez su eficacia está demostrada. Por otro lado, se analizó la relación entre los corticoides prescritos con los diagnósticos detectados, al contrastar esa información con las guías terapéuticas la indicación de corticoides para cuadros

de hipersensibilidad dentinaria y alveolitis puede considerarse inadecuada ya que son de primera elección los analgésicos antiinflamatorios no esteroideos.

Por último, no es recomendable la utilización en simultáneo de dexametasona, dipirona e ibuprofeno, ya que el uso concomitante no incrementa la eficacia y en cambio sí aumenta la toxicidad gastrointestinal.

Discusión

Los datos resultantes son de importancia porque muestran situaciones de riesgo potencial para los pacientes. Una de las cuestiones que llama la atención, es la prescripción excesiva de formas farmacéuticas para la vía intramuscular, son bien conocidos los eventos adversos relacionados a las vías parenterales por lo que su indicación queda reservada para casos en donde la vía oral no puede ser factible por náuseas y vómitos, pacientes con pérdida de la conciencia o que no puedan cumplir con la posología del tratamiento (11). Según Castellano et al. la vía de administración afecta a la absorción, biodisponibilidad, concentración máxima (Cmax), y tiempo en alcanzar esta Cmax. No afecta a la distribución del fármaco, vida media, aclaramiento y adherencia a proteínas plasmáticas (11).

Según la situación de urgencia odontológica, donde la utilización de corticoides persigue un objetivo paliativo y no curativo, muchas veces los pacientes -tras haber recibido la atención pertinente-, permanecen al menos una hora bajo el efecto de un anestésico local. Razón por la cual los parámetros farmacocinéticos asociados a la rapidez de acción del corticoide no revisten plena importancia como para ser motivo de selección de una vía de administración, pudiendo entender que no se debe generalizar indiscriminadamente su uso como se ve en los resultados de esta investigación, donde el 100% de las prescripciones son por vía intramuscular. Indistintamente, se trate de la vía oral o la vía intramuscular, la absorción y biodisponibilidad de los fármacos puede modificarse por distintos factores. Por ejemplo, en la vía oral la absorción puede alterarse por la ingesta o por metabolización hepática, y en la vía intramuscular por la solubilidad, concentración de fármaco/diluyente y el flujo sanguíneo del lugar de inyección.

De la misma manera, los corticoides como dexametasona o betametasona mantienen un efecto prolongado (36-54 horas) independientemente de la vía de administración (19). En situaciones que se observan fuera del área odontológica, donde se necesita una acción sostenida en el tiempo (14 días), solamente se encuentra disponible la vía intramuscular, en presentaciones que asocian el corticoide a sales de acetato. Por lo descripto, la indicación odontológica y la selección racional de la vía de administración de dexametasona deberá realizarse no sólo con base a criterios de beneficio y riesgo, sino también con base al costo económico que se genera en el sistema de salud pública. En la mayoría de las situaciones en las que se usan, incluidas muchas de las urgencias, la vía oral es igual de eficaz, más accesible y fácil de administrar que la intramuscular (8-10). Muchas veces se confunden las ventajas de la vía endovenosa con la vía intramuscular, o bien se comparan las distintas formas farmacéuticas sin equiparar las dosis.

Con respecto a la asociación de dexametasona y un AINE, como ibuprofeno o dipirona, no hay consenso sobre esta combinación, puede considerarse irracional por el hecho de que un glucocorticoide ya inhibe la síntesis de prostaglandinas, sustancias que también son inhibidas por los AINEs, lo que se considera redundante e innecesario, porque no aumenta la eficacia, pero sí la posibilidad de reacciones adversas como daño gastrointestinal (20). Si bien, la toxicidad gástrica de dipirona es, en general, menor que la que producen los salicilatos, siempre hay que tener en cuenta que existe una gran variabilidad interindividual e intraindividual cuando se utiliza cualquier AINE. En diagnósticos como pulpitis, que se necesita una terapia analgésica que complemente la terapéutica local no farmacológica, los corticoides podrían ser menos efectivos que la utilización de un AINE (21).

También, se hallaron diagnósticos en donde los corticoides no están indicados, como el caso de hipersensibilidad dentinaria y alveolitis. Un metaanálisis realizado por Moraschini et al. indica que entre los tratamientos que se realizan en el consultorio, la oclusión del túbulo dentinario (ya sea química o física) y la desensibilización nerviosa proporcionan los mejores resultados para el tratamiento de la hipersensibilidad dentinaria (22).

Por otro lado, las alternativas de tratamiento de alveolitis son múltiples, heterogéneas y difíciles de comparar. El manejo de la alveolitis se resume en procedimientos locales que alcanzan el éxito en el control del dolor, los cuales podrían seleccionarse según su disponibilidad y ventajas.

Agradecimientos

Al Hospital Odontológico de la ciudad de Formosa y a la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional del Nordeste.

Contribuciones de las autoras

Los autores son parte del grupo de investigación denominado Epidemiología de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional del Nordeste. Todo el equipo trabajó de manera conjunta en la recolección de datos y escritura del artículo.

Conflictos de interés

La investigación es de carácter independiente sin conflictos de interés.

Referencias

1. Sugragan C, Sirintawat N, Kiattavornchareon S, Khoo LK, Kumar KC, Wongsirichat N. Do corticosteroids reduce postoperative pain following third molar intervention? *J Dent Anesth Pain Med*. 2020; 20(5): 281–291. <https://doi.org/10.17245/jdapm.2020.20.5.281>
2. Ashutosh K, Safal D, Kushal B. Do the Benefits of Systemic Corticosteroids Outweigh Adverse Effects During Maxillofacial Trauma Surgery? A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Oral Maxillofac Surg*. 2021; 79(7): 1530. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2021.02.003>
3. Kent S, Henedige A, McDonald C, Henry A, Dawoud B, Kulkarni R, et al. Systematic review of the role of corticosteroids in cervicofacial infections. *Br J Oral Maxillofac Surg*. 2019; 57(3): 196–206. <https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2019.01.010>
4. Delbet-Dupas C, Devoize L, Mulliez A, Barthélémy I, Pham-Dang N. Does anti-inflammatory drugs modify the severe odontogenic infection prognosis? A 10-year's experience. *Med Oral Patol Oral Cir Bucal*. 2021; 26 (1): e28–35. <https://doi.org/10.4317/medoral.23926>
5. Alexander RE, Thronson RR. A review of perioperative corticosteroid use in dentoalveolar surgery. *Oral Surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod*. 2000; 90(4): 6–15. <https://doi.org/10.1067/moe.2000.109778>
6. Kumar S, Krishnan K. Role of Corticosteroids in Oral and Maxillofacial Surgery. *J Pharm Sci & Res*. 2018; 10(1): 208–210. Disponible en: <https://www.jpsr.pharmainfo.in/Documents/Volumes/vol10Issue01/jpsr10011844.pdf>
7. Hora R, Rathore M, Muchhal M, Jandial T, Kumari M, Rajeev A. Steroids in Oral surgery. *International Journal of Drug Research and Dental Science*. 2021; 3(1): 45–53. <https://doi.org/10.36437/ijdrd.2021.3.1.G>
8. Larsen MK, Kofod T, Christiansen AE, Starch-Jensen T. Different Dosages of Corticosteroid and Routes of Administration in Mandibular Third Molar Surgery: A Systematic Review. *J Oral Maxillofac Res*. 2018; 9(2): e1. <https://doi.org/10.5037/jomr.2018.9201>
9. Fernandes IA, de Souza GM, Pinheiro MLP, Falci SGM. Intramuscular injection of dexamethasone for the control of pain, swelling, and trismus after third molar surgery: a systematic review and meta-analysis. *Int J Oral Maxillofac Surg*. 2019; 48(5): 659–668. <https://doi.org/10.1016/j.ijom.2018.09.014>
10. Vivek GK, Vaibhav N, Shetty A, Mohammad I, Ahmed N, Umeshappa H. Efficacy of various routes of dexamethasone administration in reducing postoperative sequelae following impacted third molar surgery. *Ann Maxillofac Surg*. 2020; 10(1): 61–65. https://doi.org/10.4103/ams.ams_66_19

11. Castellano–Cabrera JL, Montes–Gómez E, Molina–Vázquez I, Guerra–Rodríguez ME, Plasencia–Núñez M. Uso racional de medicamentos vía intramuscular. Nota informativa farmacoterapéutica. Servicio Canario de la Salud. *Infarma*. 2017; 9(2): 1–2. Disponible en: https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/3177ef84-c080-11e7-b97c-85a2cbf90b08/Vol9_n2_INFARMA_intramusc_SEPT_2017.pdf
12. Organización Mundial de la Salud. Uso racional de los medicamentos: informe de la Conferencia de Expertos, Nairobi, 1985. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/37403>
13. Halling F, Heymann P, Ziebart T, Neff A. Analgesic prescribing patterns of dental practitioners in Germany. *J Craniomaxillofac Surg*. 2018; 46(10): 1731–1736. <https://doi.org/10.1016/j.jcms.2018.07.005>
14. Álvarez Luna F. Farmacoepidemiología. Estudios de Utilización de Medicamentos. Concepto y metodología. *Seguim Farmacoter*. 2004; 2(3): 129–136. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/690/69020301.pdf>
15. Figueras A, Vallano A, Narváez E. Fundamentos Metodológico de los Estudios de Utilización de Medicamentos. Manual práctico. Managua: USP; 2003. Disponible en: <https://files.sld.cu/cdfc/files/2010/02/fundamentoseum.pdf>
16. Capellà D, Laporte JR, Vallano Ferraz AF. Métodos aplicados en estudios descriptivos de utilización de medicamentos. En: Principios de epidemiología del medicamento. 2ª ed. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas; 1993: 67–93.
17. Ramos G, Olivares G. Guía para las buenas prácticas de prescripción: metodología para la prescripción racional de medicamentos. Primera edición. Santiago de Chile: Ministerio de salud de Chile; 2010. Disponible en: <https://www.minsal.cl/portal/url/item/8da216aac06faeebe04001011e01297c.pdf>
18. Arnau J, Laporte J. Promoción del uso racional de los medicamentos y preparación de guías farmacológicas. En: JR Laporte, G Tognoni (eds) Principios de epidemiología del medicamento. 2ª ed. Barcelona: Ediciones Científicas y Técnicas; 1993: 49–66.
19. Lorenzo P, Moreno A, Lizasoain I, Leza JC, Moro MA, Portolés A. Velázquez: Farmacología básica y clínica. 19 ed. Ciudad de México: Editorial Médica Panamericana; 2018.
20. Hijos–Mallada G, Sostres C, Gomollón F. AINE, toxicidad gastrointestinal y enfermedad inflamatoria intestinal. *Gastroenterología y Hepatología*. 2022; 45(3): 215–222. <https://doi.org/10.1016/j.gastrohep.2021.06.003>

21. Zanjir M, Sgro A, Lighvan NL, Yarascavitch C, Shah PS, da Costa BR, *et al.* Efficacy and Safety of Postoperative Medications in Reducing Pain after Nonsurgical Endodontic Treatment: A Systematic Review and Network Meta-analysis. *J Endod.* 2020; 46(10): 1387–1402. <https://doi.org/10.1016/j.joen.2020.07.002>
22. Moraschini V, Salina–da Costa L, Oliveira–Dos Santos G. Effectiveness for dentin hypersensitivity treatment of non-carious cervical lesions: a meta-analysis. *Clin Oral Investig.* 2018; 22(2): 617–631. <https://doi.org/10.1007/s00784-017-2330-9>

El concepto de etnia en un país pluriétnico y multicultural: una representación desde un grupo de estudiantes de odontología

Adiela Ruiz-Gómez 1
 María Alejandra González-Bernal 2
 José Martín Delgado-García 3

The concept of ethnicity in a multi-ethnic and multicultural country: a representation from a group of dental students

RESUMEN

Objetivo: Explorar el concepto de <<etnias>>, en un grupo de estudiantes de Odontología de una universidad privada. **Métodos:** se realizó un estudio cualitativo con 11 estudiantes entre 18 y 21 años en una Facultad de Odontología de una Universidad de Bogotá, en el curso de Socio Humanística I. Se efectuó una entrevista semiestructurada a cada estudiante; se obtuvo el consentimiento informado, el estudio fue clasificado como sin riesgo. Se aplicó en una sesión una entrevista semiestructurada, organizada en forma de historia donde el estudiante se involucra al leer el relato y contestar los interrogantes a medida que transcurría la lectura, lo que sirvió como base para el análisis de contenido. **Resultados:** se determinaron tres categorías a saber: concepto de etnia, grupos étnicos en Colombia y enfoque diferencial étnico en salud, encontrándose que la etnia para los estudiantes es el reconocimiento de multiétnicidad y pluriculturalidad del país, acompañado de diversidad. **Conclusión:** con relación al concepto de etnia, se resalta que para algunos de los encuestados hay una confusión con representar los grupos étnicos como: madres cabeza de hogar, desplazados y población LGBTI. Los estudiantes respondieron "Raizales, negritudes, indígenas, Rom, desplazados, adultez, vejez, niñez, LGTBI." Que, aunque tienen relación con el enfoque diferencial, no corresponden al interrogante planteado en la historia.

Palabras clave: Etnicidad; salud; odontología; práctica clínica; cultura.

ABSTRACT

Objective: To explore the concept of ethnicity in a group of odontology students of a private university. **Methods:** A qualitative study was carried out with 11 students between 18 and 21 years of age in an odontology faculty of a university in Bogotá, in the course of socio-humanistic I. A semi-structured interview was conducted with each student, an informed consent was obtained, and the study was classified as risk-free. A semi-structured interview was applied in one session, organized in the form of a story where the student was involved by reading the story and answering the questions as the reading progressed, which served as a basis for the content analysis. **Results:** Three categories were determined: concept of ethnicity, ethnic groups in Colombia and ethnic differential approach in health, finding that ethnicity for students is the recognition of multiethnicity and multiculturalism of the country, accompanied by diversity. **Conclusion:** In relation to the concept of ethnicity, a highlight is that for some of the participants there is confusion with representing ethnic groups such as: single mothers, displaced people and LGBTI population. The students answered "Raizal, black people, indigenous people, Rom, displaced, adults, elders, children, LGBTI". Although they are related to the differential approach, they do not correspond to the question raised in the story.

Key words: Ethnicity; health; odontology; clinical practice; culture.

1. Licenciada en Biología y Química. Odontóloga. Especialista en Epidemiología. Especialista en Multimedia para la docencia. Maestría en Informática aplicada a la educación. Universidad Cooperativa de Colombia. Bogotá, Colombia.

Contacto: adiela.ruizg@campusucc.edu.co

 <https://orcid.org/0000-0003-2011-2555>


2. Odontóloga. Especialista en Multimedia para la docencia. Magister en administración de Salud. Maestría en Informática aplicada a la educación. Universidad Cooperativa de Colombia. Bogotá, Colombia.

Contacto: maria.gonzalezbe@campusucc.edu.co

 <https://orcid.org/0000-0002-6299-2135>

3. Ingeniero de Sistemas con énfasis en software. Maestría en Informática aplicada a la educación. Universidad Cooperativa de Colombia. Bogotá, Colombia

Contacto: jose.delgado@campusucc.edu.co

 <https://orcid.org/0000-0002-9877-5730>

CITACIÓN SUGERIDA:

Ruiz-Gómez A, González-Bernal MA, Delgado-García JM. El concepto de etnia en un país pluriétnico y multicultural: una representación desde un grupo de estudiantes de odontología. *Acta Odontol. Col.* 2023; 13(2): 21-31. <https://doi.org/10.15446/aoc.v13n2.105423>

 <https://doi.org/10.15446/aoc.v13n2.105423>

Recibido	Aprobado
26/10/2022	24/03/2023
Publicado	
04/07/2023	

Introducción

La formación del odontólogo debe incluir, no solo habilidades y conocimientos técnicos, sino también competencias coherentes con la aplicación de la profesión en sociedades multiétnicas y pluriculturales. En este sentido, es esencial la coherencia entre el Proyecto Educativo Institucional, el Proyecto Educativo del Programa, el modelo pedagógico adoptado y los objetivos de aprendizajes institucionales (1–3).

El concepto de etnia es de construcción reciente y surge como una categoría para diferenciar grupos de población considerados minorías culturales (4), entendidas como la diversidad cultural entre los grupos sociales de un país (5). La definición de etnia comporta dos condiciones: una subjetiva y otra objetiva. La primera, corresponde a la conciencia de especificidad y diferenciación de otros grupos humanos y el deseo consciente de seguir siendo lo que son y han sido hasta el presente. La otra condición, se refiere a elementos materiales como la lengua, instituciones políticas y jurídicas, tradiciones y recuerdos históricos, creencias religiosas, costumbres y la mentalidad o psicología colectiva que surge como consecuencia de los rasgos compartidos (6).

Según la Encuesta de Calidad de Vida -ECV- 2018, en Colombia, la población étnica fue de 4.671.160 personas, representando el 9,34% de la población total nacional. En esta población se reconocen cuatro grupos étnicos: grupos indígenas, comunidades afrocolombianas y palenqueros que habitan principalmente en el litoral pacífico y el Caribe; raizales del Archipiélago de San Andrés, Providencia y Santa Catalina y el pueblo ROM o Gitano (7). Estos grupos se encuentran asentados en el 36% del territorio nacional (36.600.000 hectáreas) especialmente en áreas rurales de la selva amazónica y la costa pacífica, lugares de gran biodiversidad (8). Sin embargo, sus asentamientos se encuentran bajo la modalidad de títulos colectivos en territorios con altos problemas de violencia y narcotráfico, con efectos negativos sobre estas regiones, ocasionando despojo de tierras y desplazamiento interno debido a las disputas entre los diferentes grupos armados por el control territorial, rompiendo los vínculos comunitarios y afectando gravemente la calidad de vida de estas poblaciones (7).

En este contexto, es importante que la formación de los estudiantes de odontología incluya una perspectiva intercultural y étnica, para poder brindar una atención adecuada a comunidades y contribuir a la promoción de la salud y el bienestar de estas poblaciones. Así, los odontólogos podrán entender las necesidades específicas de las poblaciones étnicas y adaptar su práctica a estas realidades, mejorando su eficacia en la atención de estas comunidades (8, 9).

Desde los años noventa, el enfoque diferencial ha hecho su aparición en la exigibilidad de derechos por parte de diferentes grupos sociales, donde se insta al estado a dar respuestas a las problemáticas sociales desde la diversidad étnica, cultural, de edad, género, condición física y psicológica en las poblaciones objetivo a las cuales se dirigen (10).

Este enfoque requiere ser socializado y analizado en el área de la salud desde la formación inicial de los estudiantes que cursan los diferentes programas. Esto, con el propósito de abordar el análisis de los determinantes sociales desde una perspectiva de pedagogía crítica, donde al individuo se le forme para el mundo de la vida (11), en el que se requiere un aprendizaje significativo a partir de las ideas previas; debido a que, se refiere al juicio de los estudiantes con la construcción de explicaciones desde su propia experiencia de fenómenos, que pueden llegar a ser incompatibles con los modelos de la ciencia o del conocimiento, con la posibilidad de llegar a ser erróneos (12).

Hoy en día se sabe que los estudiantes tienen ideas previas sobre temas relacionados con su formación profesional antes de iniciarse en lo académico y son utilizadas para interpretar lo que se les enseña, lo cual es importante para lograr un aprendizaje significativo; indagar acerca de los conceptos previos que se relacionan con elementos claves como son en este caso, la aplicación de los conocimientos adquiridos en salud en el contexto de sociedades pluriculturales y multiétnicas. Así, al hacer alusión a lo recomendado por Ausubel (13), quien afirma que “El factor más importante que influye en el aprendizaje, es la interacción entre los nuevos conocimientos y aquellos específicamente relevantes ya existentes en la estructura cognitiva del sujeto que aprende”, se coincide con Vygotsky acerca de considerar los esquemas y estrategias de aprendizaje propios de los alumnos, por lo que el proceso de enseñanza-aprendizaje se presenta como un reto para el trabajo didáctico del docente (14).

Dado que el estudiante de ciencias de la salud, no solo debe contar con los conocimientos del manejo de técnicas en salud, sino que requiere tener la competencia para el abordaje y comprensión de las inequidades que afectan la salud de los grupos étnicos, al iniciar la práctica clínica y comunitaria con el fin de asegurar que todos reciban una atención sanitaria equitativa y eficaz, y en particular aquellos de origen cultural y lingüísticamente diverso (15, 16), se hace necesario indagar las ideas previas o preconceptos que tienen éstos sobre grupos étnicos reconocidos en Colombia y el enfoque diferencial en salud, para explorar el concepto de *etnia*.

En consecuencia, en un país pluriétnico y multicultural como Colombia, es esencial que la formación de los estudiantes de odontología incluya una perspectiva intercultural y étnica, que permita brindar una atención dental adecuada a las poblaciones étnicas y contribuir a la promoción de la salud y el bienestar de estas comunidades (10, 17). El objetivo de este estudio es explorar el concepto sobre etnias en un grupo de estudiantes de Odontología de una universidad privada.

Métodos

Se realizó un diseño cualitativo, con el objetivo de explorar y acceder a la representación del concepto de etnia en un grupo de estudiantes de odontología en el entorno de la

cátedra de Socio-Humanística I. El estudio se llevó a cabo entre junio y octubre de 2017 en una universidad privada en Bogotá, Colombia.

Para recolectar los datos, se utilizó la técnica de entrevista semiestructurada basada en una historia, en la que los estudiantes se involucraban al leer el relato y respondían a las preguntas planteadas. La historia se desarrolló a partir de una revisión de literatura y una reunión con un grupo de expertos en salud pública, se abordaron los conceptos de etnia, grupos étnicos en Colombia y enfoque diferencial étnico en salud.

La muestra fue no probabilística de tipo intencional, conformada por 11 estudiantes de odontología (nueve mujeres y dos hombres) que cumplían con los criterios de selección establecidos (participación voluntaria y cursar por primera vez la materia de Socio-Humanística I). La actividad se realizó en el aula de clase y las narrativas se registraron en medio físico y luego transcritas para su análisis.

El análisis de los datos se realizó manualmente, siguiendo los criterios definidos por López Noguero (18) y respetando la integridad y confidencialidad de las respuestas. Se establecieron tres categorías de análisis a saber: concepto de etnia, grupos étnicos en Colombia y enfoque diferencial étnico en salud, lo que dio lugar desde el concepto de etnia a las categorías emergentes de: “etnia como cultura”, en cuanto a la categoría grupos étnicos; “poblaciones especiales”; y con relación a la categoría enfoque diferencial étnico: “poblaciones con características particulares” (19).

Consideraciones éticas

El estudio fue avalado por el Comité de Bioética Seccional, Bogotá, se consideró como una investigación sin riesgo según la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, se garantizó el anonimato y la confidencialidad de los participantes, mediante consentimiento informado.

Resultados

Concepto de etnia

Los resultados del análisis indican que los participantes reconocen la diversidad étnica y cultural en Colombia. Sin embargo, se observa el uso de la palabra “raza” en lugar de “etnia”, lo cual es problemático dado que desde 1993 se ha utilizado la categoría de etnia en los estudios de salud pública. Al respecto, se presentan respuestas como S1: “Que Colombia es un país con diferentes culturas y diferentes razas que es respetable entre todos los colombianos”, y S2: “Que Colombia es un país con diferentes culturas y diferentes razas”.

La comprensión de las cuestiones étnico-raciales ha evolucionado acercándose al contexto de vulnerabilidad social, marginación y segregación geográfica, causa fundamental de las desigualdades en la salud de las minorías étnicas. Esto ha convertido la educación para la salud en un fenómeno complejo, influenciado por factores asociados con la teoría recibida por parte de los estudiantes, sin contextualización del grupo comunitario al que van dirigidas las acciones de salud.

Para avanzar en la comprensión del concepto de etnia en el aula, es necesario recordar la teoría de Piaget (20) sobre los preconceptos, permitiendo al profesor partir de lo expresado por los estudiantes, trabajar juntamente con las experiencias vividas, con lo plasmado en la Constitución y la ley para mejorar la calidad en la atención en salud.

Grupos étnicos en Colombia

En cuanto al reconocimiento de grupos étnicos, algunos de los encuestados mostraron confusión al representar a los grupos étnicos como madres cabeza de hogar, desplazados y población LGBTI, lo que es importante tener en cuenta a la hora de trabajar con personas de diferentes etnias y ser sensible a los valores culturales y otros factores como el respeto en la relación paciente-profesional para que la actividad se lleve a cabo de manera óptima.

En este sentido, uno de los entrevistados muestra un grado de acercamiento al identificar los gitanos, indígenas y afrodescendientes como grupos étnicos reconocidos con conocimientos, valores y costumbres que dan lugar a presentar diferencias en el modo de ver la vida. S3: "Que Colombia es un país que lo identifica la diversidad. En este se encuentran muchas etnias como los ROM, los afrodescendientes y los indígenas. Por eso, se afirma que es un país multiétnico. Cada grupo tiene su cultura y su modo de ver y actuar en la vida. Por eso se denomina pluricultural".

Con relación al reconocimiento de grupos étnicos, se resalta que para algunos de los encuestados hay una confusión con representar los grupos étnicos como: madres cabeza de hogar, desplazados y población LGBTI, S4 "Raizales, negritudes, indígenas, rom, desplazados, adultez, vejez, niñez, LGTBI." Que, aunque tienen relación con el enfoque diferencial, no corresponden al interrogante planteado en la historia.

Enfoque diferencial étnico en salud

Al abordar la representación del concepto acerca del enfoque diferencial en salud, ésta se queda corta por parte de los entrevistados frente a lo expresado por el Ministerio de Protección Social, sobre enfoque diferencial, dado que la mayoría de las respuestas lo reconocen como la existencia de poblaciones con características particulares en razón a su cultura y forma diferenciada de tratar las enfermedades, como puede verse en las siguientes aseveraciones:

S1, "Que para muchas culturas hay un concepto diferente de salud y forma diferente de tratar las enfermedades"; S4, "Se debe comprender la cultura de esta persona y darle indicaciones para realizar tratamiento"; S6, "Porque tiene que respetarse las prácticas de las diferentes culturas en cuanto a salud"; S7, "Que para muchas culturas hay un concepto diferente de salud y forma diferente de tratar las enfermedades"; S3, "Tenemos que asociar el texto de enfoque poblacional donde se tiene en cuenta la diversidad, diferencias que nos identifican a cada etnia. Nosotros, los americanos, practicamos la ciencia occidental para tratar enfermedades, sin embargo, la cultura oriental debe ser respetada". ¿Hecho que refleja la variedad de significaciones sobre este concepto es lo manifestado por algunos estudiantes al responder en la historia Cómo debe acercarse un estudiante de ciencias de la salud a una persona de una cultura, etnia o condición diferente? Un poco más de la mitad de los entrevistados consideró que una aproximación diferencial a la salud era lo que debería aplicarse en el caso presentado.

No obstante, la tercera parte de ellos dice ignorar la cultura de la otra persona e imponer, sin tener en cuenta ninguna otra mirada, una serie de visiones occidentales para la resolución de los problemas de salud. Sólo un pequeño grupo manifiesta que, lo más correcto es aproximarse mediante la ciencia occidental y hacer entender que esta es la mejor manera de realizar un procedimiento que permita mejorar el estado de salud.

Discusión

La discusión de los resultados obtenidos desde el enfoque diferencial y los conceptos de los estudiantes de odontología hacia la representación de "etnia" y "grupos étnicos" es esencial para comprender cómo estos factores influyen en la atención en salud. Mientras que, para este grupo de estudiantes, existe confusión en el concepto de etnia y grupos étnicos, lo manifestado por ellos se aproxima al concepto cuando se refieren al respeto hacia otros grupos, lo que es fundamental para el diseño e implementación de programas de salud (19), y garantía para que los servicios de salud sean accesibles y relevantes a todos los grupos étnicos.

Sin embargo, los resultados del estudio indican que los estudiantes de odontología presentan ciertas ideas previas que influyen en el concepto sobre los grupos étnicos. Por ejemplo, se observó una confusión en la representación de los grupos étnicos como "madres cabeza de hogar, desplazados y población LGBTI", lo cual sugiere una falta de comprensión de la diversidad étnica existente en el país. Esto puede intervenir en la forma en que los estudiantes perciben y atienden a los pacientes de diferentes grupos étnicos, lo que puede conducir a una atención inadecuada y poco efectiva.

Cabe recordar que, en la carta magna, se traza el enfoque diferencial a fin de que, en grupos de especial protección, entre los que se cuentan los grupos étnicos reconocidos, se puedan materializar los valores, derechos, principios, garantías y deberes. Especialmente, el principio de igualdad, con acciones afirmativas para la no discriminación contribuyendo a eliminar barreras entre los distintos grupos poblacionales, estableciéndoles

igualdad en el acceso a las oportunidades en la vida social, política, comunitaria, económica, comunitaria y cultural (10).

La literatura internacional reporta las disparidades de salud de las personas pertenecientes a grupos étnicos minoritarios (21, 22), llamando la atención por contar con un enfoque multisectorial en el abordaje de dicha situación, a partir de la disponibilidad de redes de seguridad para cerciorar la atención y la provisión de programas comunitarios de promoción de la salud y así mejorar los comportamientos de búsqueda de salud, mientras simultáneamente se promueve y protege ésta. En el actual contexto global, los profesionales de la salud y las organizaciones deben actuar adecuadamente en los entornos culturales de los diversos grupos étnicos que son atendidos, por lo que se requiere contar competencias culturales y comunicativas (23, 24) desde la formación profesional (25, 26)

En este estudio, algunos de los estudiantes denominan indistintamente la categoría de etnia o de raza en concordancia con lo reportado por Mosquera (4) quien muestra la variedad de nombres para la categoría racial o étnica en estudios revisados en revistas de salud pública colombianas, condición que obliga a los docentes a definir desde lo biológico o social este constructo, a fin de que los estudiantes apliquen sus conocimientos en el ámbito de la atención inicial de la persona, adaptando culturalmente las estrategias de comunicación de tal forma que se contemplen la singularidad y el contexto sociocultural de los usuarios como lo afirman Bernales et al (27, 28)

Los resultados del estudio también sugieren que los estudiantes presentan una falta de sensibilidad cultural y respeto hacia los valores y costumbres de los diferentes grupos étnicos. Esto es especialmente preocupante en el ámbito de la odontología, ya que una buena relación entre el paciente y el profesional es esencial para garantizar una atención efectiva.

Surge entonces un reto docente y es ¿Qué hacer con esas ideas previas? Considerarlas importantes y eliminar los conceptos incorrectos como lo afirman Morrison y Lederman (29), en la enseñanza de las ciencias o planificar la enseñanza de acuerdo con ellas, Martín del Pozo et al (30), y así aplicarlas en el contexto pluriétnico y multicultural donde se desenvuelven los futuros profesionales de la salud, lo que implicaría la toma de conciencia del estudiante y la reflexión sobre su propio aprendizaje.

Es importante alcanzar un alto nivel para entender el concepto de etnia involucrada en el aprendizaje de la salud con enfoque diferencial étnico, como una cuestión compleja para aplicar el concepto en un país pluriétnico y multicultural al inicio de la práctica clínica y comunitaria.

Dado que en este grupo de estudiantes se encontró la denominación indistintamente de etnia o de raza y grupos étnicos, se hace menester que los profesores cuenten con estrategias didácticas que permitan hacer un acercamiento desde lo teórico al concepto de etnia, con el fin de forjar claridad del concepto, previo a la realización de actividades

comunitarias o de atención primaria en los diferentes territorios y en la consulta de personas provenientes de los mismos.

Los resultados obtenidos también llevan a reflexionar acerca de la importancia de indagar sobre el contexto de las personas a las que van dirigidas las actividades educativas y de atención, debido a que no solo se requiere una adecuada preparación profesional en el campo de la salud y /o de la educación, sino que además, se demanda de individuos con un alto sentido de responsabilidad con la obligación más preciada: la protección y cuidado de la salud de un estado, de un territorio o de un colectivo.

En conclusión, es importante que se promueva una educación en odontología que tenga en cuenta el enfoque diferencial y fomente la sensibilidad cultural y el respeto hacia los diferentes grupos étnicos. Esto puede lograrse a través de la incorporación de programas educativos que aborden estos temas y permitan a los estudiantes desarrollar una comprensión más profunda de la diversidad étnica existente en el país. También, se debe promover la reflexión sobre los propios conceptos y fomentar una actitud crítica frente a ellos. Asimismo, es importante que se promueva la formación continua de los profesionales de la odontología para abordar las necesidades y desafíos relacionados con la atención a pacientes de diferentes grupos étnicos.

Se sugiere continuar indagando sobre educación para la salud en los diferentes grupos reconocidos como étnicos en Colombia.

Agradecimientos

Al semillero de investigación *Mentes Pensantes* bajo la dirección de Claudia Beatriz Naranjo Gómez por la orientación en la construcción del proyecto.

Contribuciones de los autores

Adiela Ruiz-Gómez concibió la idea del tema, dirigió la estrategia de búsqueda y editó la versión final. María Alejandra González-Bernal recolectó y analizó la información y participó en la redacción final del artículo. José Martín Delgado-García participó en la integración final de la información y redacción del artículo.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de interés.

Referencias

1. Mallo-Pérez L, Sanz-Serrulla J. Progreso en el arte y ciencia dental y bucal: Del ingenio a la tecnología. *RCOE*. 2004; 9(6): 667–681. Disponible en: <https://scielo.isciii.es/pdf/rcoe/v9n6/puesta2.pdf>
2. Hernández-Escobar C, Hernández-Camarena J, González-González L, Barquet-Muñoz S. Formación en ética y profesionalismo para las nuevas generaciones de médicos. *Pers Bioét*. 2010; 14(1): 30–39. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-31222010000100003
3. Díaz OS. Formación en competencias para la comprensión en enfermería. *Rev Col de Enf*. 2015; 10(1): 35–44. <https://doi.org/10.18270/rce.v10i10.578>
4. Mosquera-Becerra J. Develando lo que dicen sobre raza y etnia las revistas de salud pública de Colombia. *CS*. 2015; 16(2): 109–129. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/4763/476347228006.pdf>
5. Leal C. Usos del concepto raza en Colombia. En: Leal C. Debates sobre ciudadanía y políticas raciales en las Américas Negras. Cali: Universidad del Valle; 2010: 393–442. Disponible en: https://www.academia.edu/11494461/_Usos_del_concepto_raza_en_Colombia_en_Claudia_Mosquera_Rosero_Labb%C3%A9_Agust%C3%ADn_La%C3%B3_Montes_y_C%C3%A9sar_Rodr%C3%ADguez_eds_Debates_sobre_ciudadan%C3%ADa_y_pol%C3%ADticas_raciales_en_las_Am%C3%A9ricas_negras_Bogotá_Universidad_del_Valle_Universidad_Nacional_de_Colombia_2010
6. Corte Constitucional. Sentencia T 349/96. Disponible en: <https://www.corteconstitucional.gov.co/relatoria/1996/T-349-96.htm>
7. Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE). Población Negra, Afrocolombiana, Raizal y Palenquera (NARP). Grupos étnicos información técnica Bogotá. Disponible en: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/demografia-y-poblacion/grupos-etnicos/informacion-tecnica>
8. Organización Panamericana de la Salud. Equidad en salud para las minorías étnicas en Colombia. Experiencias de Acción Intersectorial en Colombia para la Equidad en Salud de las Minorías Étnicas. Disponible en: <https://www.paho.org/col/dmdocuments/Equidad%20en%20salud.pdf>
9. Congreso de la República. Ley 100. Por la cual se crea el sistema de seguridad social integral y se dictan otras disposiciones. Disponible en: <https://www.funcionpublica.gov.co/eva/gestornormativo/norma.php?i=5248>

10. **Arteaga–Morales BI.** Identidades, enfoque diferencial y construcción de paz. En *El enfoque diferencial: ¿una apuesta para la construcción de paz?* Primera edición. Bogotá: Fundación Universidad de Bogotá Jorge Tadeo Lozano; 2012. Disponible en: https://www.utadeo.edu.co/sites/tadeo/files/node/wysiwyg/pdf_identidades_enfoque_diferencial_y_construccion_de_paz.pdf
11. **Unigarro M.** Un modelo educativo crítico con enfoque de competencias *Modelo Educativo Crítico con Enfoque de Competencias*. Bogotá: Universidad Cooperativa de Colombia; 2017. <http://dx.doi.org/10.16925/greylit.1833>
12. **Cubero R.** Concepciones alternativas, preconceptos, errores conceptuales. ¿Distinta terminología y un mismo significado? *Investigación en la escuela*. 1994; 23(1): 33–42. Disponible en: https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/59603/R23_3.pdf?sequence=1&isAllowed=y
13. **Gutiérrez G.** Teoría del Aprendizaje significativo de Ausubel. Disponible en: https://www.academia.edu/11046390/TEOR%C3%8DA_DEL_APRENDIZAJE_SIGNIFICATIVO_DE_AUSUBEL
14. **Chaves–Salas AL.** Implicaciones educativas de la teoría sociocultural de Vigotsky. *Revista Educación*. 2001; 25(2): 59–65. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=44025206>
15. **Henckell–Sime CL.** Incorporación del enfoque intercultural al sistema de atención de salud. *Saber Servir*. 2022; 7(2022): 153–171. <https://doi.org/10.54774/ss.2022.07.08>
16. **Faber LW.** Cultural competence education for health professionals: Summary of a cochrane review. *Explore*. 2021; 17(4): 383–384. <https://doi.org/10.1016/j.explore.2021.04.011>
17. **Grimbreg M.** Experiencias y narrativas de padecimientos cotidianos. Miradas antropológicas sobre la salud, la enfermedad y el dolor crónico. *Dynamis*. 2010; 30(1): 321–368. Disponible en: <https://raco.cat/index.php/Dynamis/article/view/218665/298403>
18. **López–Noguero F.** El análisis de contenido como método de investigación. *Revista de educación*. 2002; 4(2002): 167–179. Disponible en: <http://uhu.es/publicaciones/ojs/index.php/xxi/article/view/610>
19. **República de Colombia – Ministerio de Salud.** Resolución 008430 de 1993. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/DIJ/RESOLUCION-8430-DE-1993.PDF>
20. **Durán–Rodríguez R.** Aportes de Piaget a la educación: Hacia una didáctica sociohumanística. *Dimensión empresarial*. 2009; 7(2): 8–11. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3990224>

21. Juckett G. Caring for Latino patients. *Am Fam Physician*. 2013; 87(1): 48–54. Disponible en: <https://www.aafp.org/pubs/afp/issues/2013/0101/p48.html>
22. Forero-Salcedo J. Derechos humanos, enfoque diferencial y construcción de paz. Breves reflexiones desde una visión constitucional. *Saber Cienc Lib*. 2019; 14(1): 48–55. <https://doi.org/10.18041/2382-3240/saber.2019v14n1.5204>
23. Malquist M, Lincetto O, Huy Du N, Burgess C, Phuong Hoa. WHO. Disponible en: <http://www.who.int/bulletin/volumes/91/4/12-112425/en/>
24. Soeung SC, Grundy J, Sokhom H, Blanc DC, Thor R. The social determinants of health and health service access: an in-depth study in four poor communities in Phnom Penh Cambodia. *Int J Equity Health*. 2012; 11(1): 46. <https://doi.org/10.1186/1475-9276-11-46>
25. Horvat L, Horey D, Romios P, Kis-Rigo J. Cultural competence education for health professionals. *Cochrane Database Syst Rev*. 2014; 5(5): CD009405. <https://doi.org/10.1002/14651858.cd009405.pub2>
26. Curtis E, Jones R, Tipene-Leach D, Walker C, Loring B, Paine SJ, et al. Why cultural safety rather than cultural competency is required to achieve health equity: a literature review and recommended definition. *Int J Equity Health*. 2019; 18(1): 174. <https://doi.org/10.1186/s12939-019-1082-3>
27. Bernal M, Pedrero V, Obach A, Claudia P. Competencia Cultural en Salud: una necesidad urgente en trabajadores de la salud. *Rev Med Chile*. 2015; 143(3): 401–402. <http://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872015000300018>
28. Shelley AN, O'Brien-Gufarotti J, Kendrioski N, Lanza-Bisciello AM, Xuereb K, Stoerger L, et al. A Study Looking at a Lower Cost Option for Cultural Competence Education. *J Nurs Adm*. 2021; 51(4): 182–184. <https://doi.org/10.1097/nna.0000000000000995>
29. Morrison JA, Lederman NG. Science teachers' diagnosis and understanding of students' preconceptions. *Science Education*. 2003; 87(6): 849–867. <https://doi.org/10.1002/sce.10092>
30. Martín-del Pozo R, Rivero A, Azcarate P. Las concepciones de los futuros maestros sobre la naturaleza, cambio y utilización de las ideas de los alumnos. *Rev Eureka enseñ divulg cienc*. 2014; 11(3): 348–363. Disponible en: <https://revistas.uca.es/index.php/eureka/article/view/2980>

Manifestaciones bucales de la enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa en adultos mayores

Gladys Aída Estrada-Pereira 1
Jesús Díaz-Fondén 2
Yinet Pérez-Sardinas 3

Oral manifestations of Crohn's disease and ulcerative colitis in of elderly adults

RESUMEN

Objetivo: identificar las manifestaciones clínicas bucales de la enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa en pacientes adultos mayores. **Métodos:** se efectuó un estudio descriptivo transversal con un universo de 50 adultos mayores, previamente diagnosticados por los especialistas gastroenterólogos, y prescritos con enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa. Estos, confirmados por los hallazgos clínicos, histopatológicos y endoscópicos, remitidos a consulta estomatológica del Policlínico de Especialidades del Hospital Clínicoquirúrgico Universitario "Saturnino Lora Torres" de Santiago de Cuba, entre marzo de 2019 y marzo de 2020, practicándose el examen intrabucal, descripción de las lesiones bucales y su diagnóstico clínico. Para la recolección del dato primario se confeccionó un modelo con las variables: edad, sexo, enfermedad inflamatoria intestinal, localización anatómica, signos y síntomas clínicos orales en ambas patologías. Se creó una base de datos en SPSS versión 22.0 en Windows para el procesamiento y análisis de la información, usándose la técnica estadística descriptiva y agrupándose los datos en frecuencias absolutas y relativas. **Resultados:** en la serie resaltaron las personas de sexo femenino y el grupo de edades de 60 a 74 años, la pioestomatitis vegetante fue el signo bucal específico más común y la úlcera aftosa recurrente la lesión inespecífica de mayor predominio en ambas patologías. El dolor, el síntoma clínico de mayor afectación y el dorso de lengua el sitio de mayor predilección para su instalación. **Conclusiones:** las expresiones clínicas bucales más relevantes en pacientes adultos mayores con enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa fueron la pioestomatitis vegetante y la úlcera aftosa recurrente.

Palabras clave: enfermedad inflamatoria intestinal; enfermedad de Crohn; colitis ulcerosa; manifestaciones bucales; pioestomatitis vegetante; úlceras aftosas recurrentes.

ABSTRACT

Objective: Identify the oral clinical manifestations of Crohn's disease and ulcerative colitis in elderly adults' patients. **Methods:** A cross-sectional descriptive study was carried out with a universe of 50 older adults previously diagnosed by gastroenterologist specialists, prescribing the presence of Crohn's disease and ulcerative colitis, confirmed by clinical, histopathological and endoscopic findings, referred to the stomatological consultation of the Specialities Polyclinic of the "Saturnino Lora Torres" University Clinical Surgical Hospital of Santiago de Cuba, from March 2019 to the same month of 2020, performing intraoral examination, description of oral lesions and their clinical diagnosis. For the collection of the primary data, a model was made with the variables: age, sex, inflammatory bowel disease, anatomical location, oral clinical signs and symptoms in both pathologies. A database was created in SPSS version 22.0 in Windows for the processing and analysis of the information, using the descriptive statistical technique and grouping the data in absolute and relative frequencies. **Results:** In the casuistry, females and the age group of 60 to 74 years prevailed, vegetative pyostomatitis was the most common specific oral sign and recurrent aphthous ulcer was the most prevalent non-specific lesion in both pathologies, pain being the most affecting clinical symptom and the back of the tongue is the most preferred site for its installation. **Conclusions:** The most relevant oral clinical expressions in elderly patients adults with Crohn's disease and ulcerative colitis were pyostomatitis vegetative and recurrent aphthous ulcer.

Key words: Inflammatory bowel diseases; Crohn's disease; Ulcerative colitis; Oral manifestations; Pyostomatitis vegetans; Recurrent aphthous ulcer.

1. Doctora en Estomatología. Especialista de Primer y Segundo Grado en Estomatología General Integral. Magister en Atención Comunitaria en Salud Bucal. Diplomada en Medicina Natural Tradicional y en Oncología Comunitaria. Profesora Auxiliar e Investigadora Auxiliar. Hospital Provincial Clínicoquirúrgico Universitario "Saturnino Lora Torres". Santiago de Cuba, Cuba.

Contacto: gladis.estrada813@gmail.com

 <https://orcid.org/0000-0003-3780-8217>

2. Doctor en Medicina. Especialista de Primer Grado en Medicina General e Integral. Especialista de Primer Grado y Segundo Grado en Gastroenterología. Magister en Medio Diagnóstico. Diplomado en Enfermedades Hepáticas. Profesor Asistente. Hospital Provincial Clínicoquirúrgico Universitario "Saturnino Lora Torres". Santiago de Cuba, Cuba.

Contacto: diaz.fonden@infomed.sld.cu

 <https://orcid.org/0000-0002-7162-1117>

3. Médica General. Hospital Provincial Clínicoquirúrgico Universitario "Saturnino Lora Torres". Santiago de Cuba, Cuba.

Contacto: yperesardina@gmail.com

CITACIÓN SUGERIDA:

Estrada-Pereira GA, Díaz-Fondén J, Pérez-Sardinas Y. Manifestaciones bucales de la enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa en adultos mayores. *Acta Odontol. Col.* 2023; 13(2): 32-43. <https://doi.org/10.15446/aoc.v13n2.106261>

 <https://doi.org/10.15446/aoc.v13n2.106261>

Recibido	Aprobado
06/12/2022	14/04/2023
Publicado	
04/07/2023	

Introducción

El envejecimiento es considerado un fenómeno universal, dinámico, inevitable, irreversible y progresivo (1, 2), implica una sucesión de variaciones funcionales, morfológicas, psicológicas y bioquímicas que ocurren durante la existencia, ocurriendo una disminución gradual de la capacidad de reserva del organismo ante los cambios; es un proceso continuo que inicia con el nacimiento y se desarrolla a lo largo de la vida, calificándose como una etapa especial (1–3) donde se aumenta el riesgo de adquirir enfermedades e incapacidades (1). En la actualidad, el envejecimiento significa un reto para las sociedades modernas por superar las barreras cronológicas, de la cual Cuba no está exenta. Este proceso en la población cubana mantiene un ritmo acelerado, convirtiéndose, después de Uruguay, en el segundo país más envejecido de América Latina y el Caribe (3).

Existe un número considerable de enfermedades sistémicas que afectan a más de un sistema orgánico, involucrando procesos inflamatorios y desórdenes del sistema inmunológico, dando origen a diversas manifestaciones clínicas, donde el diagnóstico y el tratamiento competen al Especialista en Medicina General y al Especialista en Estomatología (4). Entre estas patologías se encuentran los trastornos gastrointestinales de variada naturaleza (infecciosos, inflamatorios, genéticos y de otra etiología) originando alteraciones en los tejidos bucales duros y blandos, revelando una elevada prevalencia e incidencia mundial (5). Ahora bien, en todos los componentes del sistema estomatognático como los músculos, los dientes, el periodonto, la mucosa oral, la lengua, las glándulas salivares, los huesos maxilares y la articulación temporomandibular, aparecen cambios relacionados con el envejecimiento, al igual que en todos los órganos y sistemas del cuerpo humano (3). En esta etapa de la vida se produce en la cavidad oral una serie de cambios graduales, irreversibles y acumulativos, lo que la vuelve más vulnerable a los agentes traumáticos e infecciosos (2).

Así, la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) que es una patología sistémica por su alta incidencia en la aparición de manifestaciones en otros sistemas de órganos (6), es un proceso inflamatorio crónico de causa desconocida (7–12) y asiento autoinmune (6–8, 12–14), afecta otras partes del tracto gastrointestinal, principalmente los intestinos (5). Es una patología multifactorial ya que las personas con antecedentes familiares tienen mayor posibilidad de padecerlas al ser expuestos a diversos factores ambientales (estrés, tabaquismo, alcohol, dieta), causando una respuesta inmunitaria exagerada contra las bacterias de la flora intestinal, desempeñando estos factores un rol determinante en la etiología y desarrollo de la enfermedad (6–13, 15). La EII cursa por períodos de actividad (recaída) y remisión (6, 10, 12), surgiendo diferentes manifestaciones clínicas a nivel intestinal como diarrea crónica, sangrado rectal, dolor y cólico abdominal, pérdida de peso, malestar general, fiebre, fatiga y anorexia (6–9, 11, 12) y extraintestinal que dificultan su diagnóstico clínico (5–7).

De esta manera, la EII se incrementa en todo el orbe, especialmente en los países en vías de desarrollo, ésta comprende dos afecciones nosológicas principales: la enfermedad de Crohn (EC) y la colitis ulcerosa (CU) (5–10, 15). La mayor incidencia anual de EC aparece en

Norteamérica con 20.2 nuevos casos/100.000 habitantes por año, siendo las incidencias más altas Canadá, Georgia y el norte de Estados Unidos; mientras que en Europa la incidencia anual de CU es elevado, con 24.3 nuevos casos/100.000 habitantes por año, constituyendo España y Grecia los países con mayor incidencia; sin embargo, aparece un alza de la incidencia de estas afecciones en Asia, el Medioriente y Latinoamérica (5, 10). Ambas patologías se presentan como una inflamación crónica del tracto gastrointestinal y su diagnóstico se basa en la sintomatología clínica combinada con evidencia histopatológica (biopsia) y endoscópica (6, 7, 15).

Por un lado, la EC es una inflamación granulomatosa crónica y transmural de la pared intestinal con presencia o no de granulomas en la porción terminal del íleon y el colon (5–10, 13, 15), afectando cualquier parte del tracto gastrointestinal desde la boca hasta el ano (5–7, 9–17), originando manifestaciones extraintestinales como la piel, los ojos, la boca y las articulaciones, creando un deterioro en la salud general de las personas (5, 6, 8, 11, 12, 15). Su inicio puede ser repentino y súbito, los síntomas más comunes de la enfermedad son: dolor abdominal y diarrea (5–7, 13), con ligera predilección por las mujeres (7). Las expresiones clínicas orales pueden coincidir o preceder a los síntomas gastrointestinales en días, meses o incluso, años (6, 15–18), con una variación de su incidencia global entre el 0,5% al 37% (6, 11, 12–15). Los síntomas clínicos orales pueden ser específicos (6–9, 11–15) como mucosa adoquinada o empedrada (5–7, 11–19), tumefacción labial y yugal difusa (6, 11–15), úlceras lineales profundas (5–8), mucogingivitis (5, 6, 8, 12, 15) y queilitis granulomatosa del labio inferior (6, 8, 11, 12, 15) y las lesiones inespecíficas (5, 6, 8, 11–14) son la estomatitis aftosa recurrente (5–7, 12–16, 18), la pioestomatitis vegetante (6, 7, 11–14, 18), la queilitis angular (5–7, 12, 13, 16), la glositis (6, 7, 14, 16), la gingivitis (6, 14, 19), la periodontitis (6, 7, 14, 16–18), la xerostomía (5, 6, 16), el liquen plano (6–8, 11–13, 16), la candidiasis (6) el eritema perioral (6), la caries dental (6, 13, 14, 16), la halitosis (6, 14) y la disgeusia (5, 6, 14) entre otras.

Paralelamente, la CU es una inflamación crónica y difusa de la mucosa y submucosa del colon y el recto (6–11, 12), sin formación de granulomas (12), la toma de biopsias y la colonoscopia es por excelencia el método diagnóstico de esta patología (6), afecta casi por igual a hombres y mujeres (7), es una enfermedad recidivante y remitente (12, 19), su comienzo es brusco o insidioso creando complicaciones a nivel intestinal como diarrea, sangrado rectal y cólico abdominal (7) y extraintestinal, principalmente en la mucosa oral por ser la puerta de entrada y parte del tracto gastrointestinal (17–20); surgiendo lesiones específicas, incluyendo la pioestomatitis vegetante (7, 11, 16, 18, 20) y queilitis granulomatosa (6) y otras afecciones inespecíficas como la úlcera aftosa recurrente, la lesión liquenoide, la xerostomía (16, 20), la queilitis angular (17), la disgeusia, la gingivitis y periodontitis (16, 20).

Por lo antes expuesto se decidió realizar esta investigación, planteando el siguiente problema científico: ¿Cuáles son las manifestaciones clínicas bucales de la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa en los pacientes adultos mayores? Para dar respuesta al planteamiento anteriormente descrito, nos trazamos el siguiente objetivo: identificar las manifestaciones clínicas bucales de la enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa en pacientes adultos mayores.

Métodos

Se efectuó un estudio descriptivo y transversal con un universo de 50 pacientes geriátricos diagnosticados clínicamente por los gastroenterólogos, indicando la presencia de la EC y la CU, confirmados por los hallazgos clínicos, endoscópicos e histopatológico, siendo remitidos a la consulta Estomatológica del Policlínico de Especialidades del Hospital Clínicocirúrgico Universitario “Saturnino Lora Torres” de Santiago de Cuba, para describir las manifestaciones clínicas bucales y su correlación con estas afecciones intestinales; desde marzo de 2019 hasta marzo de 2020.

Previo al procedimiento clínico intrabucal a los participantes, el investigador principal fue instruido por los especialistas maxilofaciales de la institución, perfeccionando las habilidades para identificar y describir las lesiones bucales asociadas con la EC y CU, garantizándose confiabilidad y calidad de los resultados. Para el examen clínico de la cavidad bucal se dispuso de un sillón dental, lámpara artificial y espejo bucal, realizándose las maniobras convenientes para visualizar directa e indirectamente dichas lesiones.

Para la información, recolección y obtención de los datos primarios se elaboró un modelo de Historia Clínica con las siguientes variables de interés: grupos de edades (60-74 años, 75-89 años, 90 años y más), sexo (femenino y masculino), afecciones nosológicas de la enfermedad inflamatoria intestinal (enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa), localización anatómica de las lesiones intrabucles (mucosa de los labios, mucosa de carrillos, dorso y borde lateral de la lengua, encías, paladar blando y comisura labial), manifestaciones bucales, incluyendo los signos clínicos específicos (pioestomatitis vegetante, mucosa oral en adoquín, queilitis granulomatosa, tumefacción difusa en la mucosa de carrillos y labios) y los inespecíficos (úlceras aftosas recurrentes, glositis atrófica, queilitis angular, xerostomía, liquen plano, hiperplasia gingival y disgeusia) y los síntomas clínicos bucales (dolor, no dolor, ardor, dolor más ardor, sequedad bucal y alteración en el gusto).

Se creó una base de datos en el programa SPSS versión 22.0 para Windows, que permitió el procesamiento y análisis de la información, se usaron métodos estadísticos descriptivos para organizar los indicadores cuantitativos obtenidos y dentro de ellos se emplearon tablas estadísticas para mostrar los resultados logrados colocándose los datos en frecuencias absolutas y relativas. Se empleó el porcentaje como medida de resumen.

Consideraciones éticas

La investigación tuvo siempre en cuenta las consideraciones éticas sobre el principio básico del respeto al paciente, su derecho a la autodeterminación, garantizando en todo momento la seguridad y confidencialidad de los datos obtenidos, permitiéndoles decidir libremente la participación o no en el estudio una vez informados sobre los pros y contras, riesgos y beneficios que pudieran aparecer durante el período investigativo; y con la seguridad del derecho a retirarse cuando así lo desearan. Se obtuvo por escrito el consentimiento informado de todos los integrantes de la casuística, aprobándose por el Consejo Científico y Comité de Ética del hospital.

Resultados

En relación a la enfermedad inflamatoria intestinal (EII) y el sexo, apreciamos que, de los 50 adultos mayores estudiados, 30 fueron diagnosticados con colitis ulcerosa (60%) y 20 con la enfermedad de Crohn (40%), predominando las personas de sexo femenino con 56%, siendo la colitis ulcerosa la más comprometida con 34% (Tabla 1).

Al vincular la enfermedad inflamatoria intestinal con la edad, se evidenció que los pacientes adultos mayores concernientes al grupo de edades de 60 a 74 años fueron los de mayor afectación, con 32 enfermos (64%), siendo la colitis ulcerosa la afección más involucrada en estos pacientes con 38% (Tabla 2).

En cuanto a los signos clínicos bucales de la enfermedad inflamatoria intestinal se reflejó que la pioestomatitis vegetante fue la lesión específica más común en la colitis ulcerosa con 4 casos (80,0%) y la estomatitis aftosa recurrente la lesión inespecífica de mayor predominio con 64,2 % (Tabla 3).

Tabla 1. Distribución por sexos de pacientes adultos mayores con EII.

Sexos	Enfermedad intestinal inflamatoria (EII)					
	Colitis ulcerosa		Enfermedad de Crohn		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
Masculino	13	26,0	9	18,0	22	44,0
Femenino	17	34,0	11	22,0	28	56,0
Total	30	60,0	20	40,0	50	100,0
Porcentajes calculados en base al total de la población (50 pacientes).						
Fuente: Elaboración propia.						

Tabla 2. Distribución por edades de pacientes adultos mayores con EII.

Grupos etarios	Enfermedad intestinal inflamatoria (EII)					
	Colitis ulcerosa		Enfermedad de Crohn		Total	
	No.	%	No.	%	No.	%
60-74	19	38,0	13	26,0	32	64,0
75-89	8	16,0	5	10,0	13	26,0
90 y más	3	6,0	2	4,0	5	10,0
Total	30	60,0	20	40,0	50	100,0
*Porcentajes calculados en base al total de la población (50 pacientes).						
Fuente: Elaboración propia.						

Tabla 3. Signos clínicos bucales asociados con la EII.

Signos clínicos bucales	Enfermedad intestinal inflamatoria				
	Casos	Colitis ulcerosa		Enfermedad de Crohn	
		No.	%*	No.	%*
1. Lesiones bucales específicas					
Pioestomatitis vegetante	5	4	80,0	1	20,0
Mucosa adoquinada	3	-----	-----	3	100,0
Queilitis granulomatosa	2	-----	-----	2	100,0
Tumefacción difusa labial y yugal	2	-----	-----	2	100,0
2. Lesiones bucales inespecíficas					
Estomatitis aftosa recurrente	14	9	64,2	5	35,8
Glositis atrófica	9	7	77,8	2	22,2
Queilitis angular	6	4	66,7	2	33,3
Xerostomía	3	2	66,7	1	33,3
Liquen plano	2	1	50,0	1	50,0
Hiperplasia gingival	2	2	100,0	-----	-----
Disgeusia	2	1	50,0	1	50,0
*Porcentajes calculados en base al total de casos por signos bucales.					
Fuente: Elaboración propia					

Con respecto a la correlación existente entre los síntomas clínicos bucales y la enfermedad inflamatoria intestinal, se demostró que el dolor fue la expresión clínica de mayor repercusión en los enfermos de colitis ulcerosa (65,2%), seguido en orden consecutivo por el dolor más ardor (58,3%); sin embargo, no hubo diferencias significativas de casos en los restantes síntomas (Tabla 4). Al evaluar la localización anatómica de las lesiones bucales y la enfermedad inflamatoria intestinal, se comprobó que el dorso de la lengua fue el sitio de mayor predilección para su instalación con 15 casos, de ellas 73,3% eran portadores de colitis ulcerosa, seguida por la mucosa de los labios con 10 pacientes para un 60,0%. (Tabla 5).

Tabla 4. Síntomas clínicos bucales correlacionados con la EII.

Síntomas clínicos bucales	Enfermedad inflamatoria intestinal				
	Casos	Colitis ulcerosa		Enfermedad de Crohn	
		No.	%*	No.	%*
No dolor	4	2	50,0	2	50,0
Dolor	23	15	65,2	8	34,8
Ardor	6	3	50,0	3	50,0
Dolor más ardor	12	7	58,3	5	41,7
Sequedad bucal	3	2	66,7	1	33,3
Alteración en el gusto	2	1	50,0	1	50,0
*Porcentajes calculados en base al total de casos por síntomas bucales.					
Fuente: Elaboración propia.					

Tabla 5. Localización anatómica de las lesiones bucales asociadas con la EII.

Localización anatómica de las lesiones bucales	Casos	Enfermedad inflamatoria intestinal			
		Colitis ulcerosa		Enfermedad de Crohn	
		No.	%*	No.	%*
Mucosa de los labios	10	6	60,0	4	40,0
Mucosa de carrillos	5	2	40,0	3	60,0
Dorso de la lengua	15	11	73,3	4	26,7
Borde lateral de la lengua	6	4	66,7	2	33,3
Encías	4	2	50,0	2	50,0
Paladar blando	4	1	25,0	3	75,0
Comisura labial	6	4	66,7	2	33,3

*Porcentajes calculados en base al total de casos por localización anatómica.

Fuente: Elaboración propia.

Discusión

En esta investigación se evidenció una mayor incidencia de la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa en las personas de sexo femenino, así como una hegemonía del grupo etario de 60 a 74 años, por tanto se mostró que ambas afecciones patológicas alcanzaron su mayor incidencia entre la sexta y séptima décadas de vida, prevaleciendo levemente la colitis ulcerosa. Este criterio se asemeja al de otros autores como Cruz et al. (1), Torrecilla et al. (2) y Rodríguez et al. (3), quienes publicaron que este grupo poblacional es más susceptible de tener condiciones sistémicas asociadas con manifestaciones clínicas bucales, riesgo que se incrementa a medida que avanza la edad; de ahí, la importancia de que el odontólogo posea un conocimiento profundo sobre los cambios propios que sufren las estructuras bucales en la vejez, esencialmente en los procesos biológicos, debido a una disminución de los mecanismos de adaptación y regeneración hística de la mucosa oral causando una elevada morbilidad; refiriendo también, que las alteraciones morfológicas y funcionales que ocurren en el macizo cráneo-facial asociados con la edad son parte del envejecimiento general del organismo, presentándose un gran número de ancianos con enfermedades en el aparato estomatognático y en los tejidos de sostén influyendo negativamente en su calidad de vida, ganando gran importancia los factores psicológicos y sociales del proceso salud-enfermedad por existir menos capacidad de adaptación al medio.

Estudiosos del tema, como Sevilla (6), informó que Pereira y Munerato enfatizaron que la incidencia de la enfermedad de Crohn y la colitis ulcerosa es ligeramente mayor en las mujeres que en los hombres en países occidentales; mientras que Jajam et al. (5), Melero et al. (7), Figueroa (10) y Thomas et al. (12) reportaron que la aparición de la CU sigue un patrón bimodal: un primer pico de incidencia en la edad adulta joven, es decir, entre la segunda y cuarta década de la vida (20 a 40 años) y un segundo pico entre la sexta y la séptima década de la vida (55 y 65 años).

Los resultados de este estudio mostraron al examen clínico intrabucal una alta ocurrencia de pioestomatitis vegetante en la colitis ulcerosa, no comportándose así en la enfermedad de Crohn, observándose clínicamente varias pústulas blanco-amarillentas en la mucosa eritematosa y edematosa bucal y labial, algunas de ellas al romperse se convirtieron en lesiones ulcerosas y erosivas lo cual coincide con lo encontrado por otros investigadores como Melero et al. (7) y Khozeimeh et al. (16) quienes obtuvieron datos similares en cuanto a que esta afección oral es el signo patognomónico de la colitis ulcerosa, estando muy relacionada con los brotes o los períodos de actividad de la enfermedad; también, Sbeit et al. (4), Jajam et al. (5), Sevilla (6), Lauritano et al. (11) y Mohan et al. (20) confirmaron que la pioestomatitis vegetante es una manifestación específica oral altamente asociada con la CU, siendo dos veces más frecuente que en la EC, por lo que su presencia es un indicador específico y un elemento valioso para su diagnóstico; es catalogada como un trastorno mucocutáneo crónico muy raro presentándose como un proceso inflamatorio de las mucosas, es benigna y se aprecia la presencia de múltiples lesiones pustulosas muy pequeñas de aspecto gris-amarillento sobre una mucosa eritematosa y edematosa. Estas pústulas pueden romperse o fusionarse dando la apariencia de una “huella o rastro de caracol”, siendo muy molestas para el paciente, aunque la mayoría son asintomáticas, localizándose en la cavidad oral principalmente en las encías, el paladar duro y blando, la mucosa yugal y labial, siendo las zonas menos afectadas el suelo de la boca y la lengua. Esta lesión puede tener recaída y remisión según la gravedad de la enfermedad.

La bibliografía médica consultada (6, 11, 13, 15), manifiesta que dentro de las afecciones bucales específicas propias de la EC se encuentran la mucosa oral empedrada y la tumefacción difusa labial y yugal, siendo este un indicador temprano de esta patología; mientras que dentro de las menos significativas tenemos a la queilitis granulomatosa, la mucogingivitis y las úlceras lineales profundas. Estas lesiones coligadas con la mucosa en empedrado son consideradas como los hallazgos patognomónicos de esta enfermedad. Sin embargo, existen lesiones inespecíficas orales que se pueden encontrar en igualdad de prevalencia tanto para la CU como para la EC.

En esta investigación también se comprobó la presencia de la úlcera aftosa recurrente, signo clínico más significativo en ambas entidades patológicas, prevaleciendo ligeramente en la colitis ulcerosa, observándose pequeñas úlceras redondas u ovaladas en la mucosa superficial, recubiertas por una pseudomembrana blanquecina o amarillenta, rodeada por un halo eritematoso localizada en la mucosa dorsal y bordes laterales de la lengua, labios y encías. Estos hallazgos se igualan a los trabajos desplegados por varios estudiosos del tema como Sbeit et al. (4), Jajam et al. (5) y Giuseppe et al. (15), quienes publicaron que la estomatitis aftosa recurrente es la manifestación bucal más común en los pacientes con EII, relacionándola con la activación o exacerbación de la afección intestinal, siendo una lesión inflamatoria benigna muy dolorosa y persistente, con episodios repetidos de úlceras superficiales comúnmente múltiples, pequeñas (1 a 3 mm de diámetro), de tipo aftas (redondas u ovoides, con márgenes circunscritos rodeados por un halo eritematoso), apareciendo de forma abrupta en la mucosa oral, principalmente en la mucosa bucal y labial, el suelo de boca, los surcos vestibulares, paladar blando y la encía, pudiendo ser la primera manifestación extraintestinal, cursando comúnmente entre 1 a 2 semanas, sanando sin dejar cicatriz; mientras que en las formas recidivantes el intervalo entre brotes suele ser de 3 a 4 semanas. Del mismo modo, Reyes (4), Melero et al. (7),

Oviedo et al. (8), Lauritano et al. (11), Giuseppe et al. (15), Khozeimeh et al. (16) y Mohan et al. (20), revelaron que tanto la CU como la EC pueden estar precedidas en su inicio por febrícula y ulceración dolorosa bucal y verse afectados también por otros signos clínicos orales inespecíficos como glositis, aftas orales, queilitis, candidiasis e inflamación gingival, originados por deficiencias nutricionales secundarias relacionadas a la malabsorción intestinal.

Por otra parte, Sevilla (6) y Fatani (18), informaron que la presencia de signos clínicos orales en la población adulta de mayor relacionamiento con trastornos sistémicos, requieren de un correcto examen bucal, componente principal a la hora de una evaluación, siendo beneficioso desde el punto de vista clínico y odontológico; igualmente, Oviedo et al. (8), Lauritano et al. (11) y Thomas et al. (12), confirmaron que las lesiones bucales por ser multifactoriales se relacionan con afecciones de ciertos órganos del tracto gastrointestinal debido a la correlación anatómica y funcional que existen entre ellos, constituyendo el signo principal de la enfermedad inflamatoria intestinal cuando aún no se han hecho evidentes los primeros síntomas a nivel del intestino, sirviendo como diagnóstico precoz en el 10% de los enfermos con colitis ulcerosa y el 60% de los pacientes con enfermedad de Crohn, es por ello, que se precisa de la colaboración multidisciplinaria de especialistas orales y gastroenterólogos que evalúen adecuadamente a estos pacientes y prescriban un tratamiento eficaz para mejorar su calidad de vida.

Nuestro estudio confirmó que el conocimiento de los síntomas clínicos es esencial para establecer un tratamiento acertado al paciente geriátrico, que le permita mantener el mayor tiempo posible los períodos asintomáticos de las afecciones bucales. Estos resultados coincidieron con Thomas *et al.* (12) y Khozeimeh *et al.* (16), quienes anunciaron que la enfermedad digestiva puede instalarse en cualquier segmento del tracto gastrointestinal, fundamentalmente en el epitelio oral, causando alteraciones clínicas en las estructuras anatómicas particularmente involucradas, relacionándose comúnmente a síntomas clínicos como presencia de sensaciones dolorosas urentes muy sensibles, persistentes e incapacitantes que dificultan la alimentación, una adecuada función e higiene oral, ocasionando además, complicaciones psicológicas como la ansiedad y el estrés emocional. Estas sensaciones, en ocasiones, pueden acompañarse de disgeusia (alteraciones en la percepción del gusto) durando meses e incluso años, antes de que aparezcan los signos clínicos de la afectación intestinal.

En cuanto a la localización anatómica de las lesiones bucales, se reflejó que el dorso de la lengua fue el sitio de mayor predilección en la instalación de estos trastornos gastrointestinales. Estos criterios son similares a los estudios de Jajam, *et al.* (5), Giuseppe *et al.* (15) y Bader *et al.* (18), quienes anunciaron que la glositis atrófica puede ser el resultado de un proceso inflamatorio crónico de la dolencia digestiva. También, se afectan distintos segmentos del tracto gastrointestinal, principalmente la cavidad oral, como consecuencia de una malabsorción del intestino asociada a una deficiencia nutricional (inhibición de la producción de hierro, riboflavina, niacina, ácido fólico, zinc y/o vitamina B12), ocasionando estados anémicos (anemia ferropénica y anemia perniciosa) y apareciendo con mayor frecuencia en pacientes con colitis ulcerosa. Estos cambios que sufre el intestino afecta a la mucosa de la superficie dorsal de la lengua que se presenta inflamada, lisa

o calva, de coloración rojo intenso con pérdida o atrofia de las papilas gustativas linguales, seguidas en ocasiones de úlceras planas e irregulares, produciendo un aumento de la sensibilidad y la aparición del dolor lingual, imposibilitando la función masticatoria de los alimentos y el habla.

Nuestro estudio evidenció que todos los pacientes adultos mayores con enfermedad de Crohn y colitis ulcerosa revelaron clínicamente manifestaciones bucales, con una elevada morbilidad en las personas de sexo femenino y en el grupo etario de 60 a 74 años, siendo la pioestomatitis vegetante el hallazgo patognomónico más relevante de la colitis ulcerosa y el indicador específico bucal más importante para diagnosticar esta enfermedad; mientras que la úlcera aftosa recurrente resultó el signo clínico inespecífico y la primera manifestación extraintestinal en ambas patologías, apareciendo el dolor como primer síntoma, de forma abrupta y persistente en la superficie dorsal de la lengua. Por cuanto, los autores de la investigación enfatizaron la importancia de practicar un examen clínico detallado a los pacientes geriátricos para identificar y describir las lesiones bucales, que aparecen en los trastornos gastrointestinales, principalmente la EC y CU, prescribiendo un tratamiento oportuno para elevar su salud bucal.

Contribuciones de los autores

Gladys Aída Estrada-Pereira contribuyó en la revisión bibliográfica, formulación del objetivo, diseño metodológico, recolección de la información y ajustes del documento y redacción del artículo. Jesús Díaz-Fondén contribuyó en recolección de la información, análisis estadístico e integración de la información. Yinet Pérez-Sardinas contribuyó en revisión y corrección del artículo. Todos los autores aprobaron la versión final de este informe y aceptaron ser responsables de todos los aspectos del trabajo.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener conflictos de interés. Los autores no recibieron financiamiento ni patrocinio para esta investigación.

Referencias

1. Cruz-Sixto D, Palacios-Sixto AJ, Perdomo-Acosta AD, González-Camejo DC, Arencibia-González E. Factores causales en la aparición de lesiones bucales en adultos mayores. *Univ Méd Pinareña*. 2020; 16(2): e422. Disponible en: <http://www.revgaleno.sld.cu/index.php/ump/article/view/422>
2. Torrecilla-Venegas R, Castro-Gutiérrez I. Efectos del envejecimiento en la cavidad bucal. *Rev 16 de Abril*. 2020; 59(278): e819. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/abril/abr-2020/abr20278s.pdf>

3. Rodríguez-Casas MM, Hernández-Falcón L, Garay-Crespo MI, Castillo-Mateu L. Cambios morfológicos en el sistema estomatognático del adulto mayor, aspectos de interés para la Atención Estomatológica Integral. *Anatomía Digital*. 2021; 4(1): 6–16. <https://doi.org/10.33262/anatomiadigital.v4i1.1477>
4. Sbeit W, Kadah A, Mahmud-Mahamid M, Hala-Karayanni H, Mari A, Tali T, et al. Oral manifestations of inflammatory bowel disease: the forgotten piece of the puzzle. *Eur J Gastroenterol Hepatol*. 2020; 32(11): 1422–1431. <https://doi.org/10.1097/MEG.0000000000001918>
5. Jajam M, Bozzolo P, Niklander S. Oral manifestations of gastrointestinal disorders. *J Clin Exp Dent*. 2017; 9(10): e1242–e1248. <https://doi.org/10.4317/jced.54008.eCollection 2017>
6. Sevilla-García RM. Manifestaciones orales de la enfermedad inflamatoria intestinal [Trabajo de grado para optar al título de odontóloga]. Sevilla: Universidad de Sevilla; 2019. Disponible en: <https://idus.us.es/bitstream/handle/11441/104242/>
7. Melero-Alarcón C, Montañés-de la Fuente A, Solís-González S, Grande-Boloque R, Peña-Cardelles JF, Paredes-Rodríguez VM, et al. Manejo y consideraciones clínicas de la enfermedad inflamatoria intestinal en la consulta dental. *Rev Cient Dent*. 2018; 15(1): 31–35. Disponible en: <https://coem.org.es/pdf/publicaciones/cientifica/vol15num1/5enfermedadintestinal.pdf>; <https://pesquisa.bvsalud.org/resource/pt/ibc-172858>
8. Oviedo-Yañez CM, Pennacchiotti V. Frecuencia de manifestación oral en pacientes con enfermedad inflamatoria intestinal en Chile. *Int J Odontostomat*. 2017; 11(3): 267–271. Disponible en: <https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci-arttext&pid=S0718-381X20170003-00267&lng=es>.
9. Crowley E, Muise A. Inflammatory Bowel Disease: what very early onset disease teaches us. *Gastroenterol Clin North Am*. 2018; 47(4): 755–772. <https://doi.org/10.1016/j.gtc.2018.07.004>
10. Figueroa C. Epidemiología de la enfermedad inflamatoria intestinal. *Rev Med Clin Condes*. 2019; 30(4): 257–261. <https://doi.org/10.1016/j.rmcl.2019.06.003>
11. Lauritano D, Boccalari E, Di Stasio D, Della F, Carini F, Lucchese A, et al. Prevalence of oral lesions and correlation with intestinal symptoms of inflammatory bowel disease: A systematic review. *Diagnostics (Basel)*. 2019; 9(3): 77. <https://doi.org/10.3390/diagnostics9030077>
12. Thomas C, Dimmock M, Gilletta de Saint-Joseph C, Barres-Paul C, Cousty S, Laurencin-Dalieux S. How Oral Specialists Can Help Diagnose and Manage Extra-Digestive Inflammatory Bowel Disease Complications. *Case Rep Gastroenterol*. 2021; 15(1): 276–281. <https://doi.org/10.1159/000513156>

13. Ruiz-Sáenz P, Sanz-Alonso J, Buesa-Barez J, Martínez-Rodríguez N, Martínez-González JM. Consideraciones en Cirugía Bucal de los pacientes con enfermedad de Crohn. *Cient Dent*. 2018; 15(1): 61–67. Disponible en: <https://coem.org.es/pdf/publicaciones/cientifica/vol15num1/9 Crohn. pdf>
14. Tan CXW, de Boer NKH, Brand HS. Oral manifestations of Crohn disease. *Ned Tijdschr Tandheelkd*. 2018; 125(1): 15–20. <https://doi.org/10.5177/ntvt.2018.01.17174>
15. Giuseppe-Ribaldone D, Brigo S, Mangia M, Saracco GM, Astegiano M, Pellicano R. Oral Manifestations of Inflammatory Bowel Disease and the Role of Non-Invasive Surrogate Markers of Disease Activity. *Medicines*. 2020; 7(6): 33. <https://doi.org/10.3390/medicines7060033>
16. Khozeimeh F, Shakerin H, Daghighzadeh H, Najarzadegan F, Golestannejad Z, Adibi P. Oral manifestations in inflammatory bowel disease: A cross-sectional study in Isfahan. *Dent Res J (Isfahan)*. 2021; 18(4). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/34084291/>
17. Antonelli E, Maconi G, Bassotte G, Tramontana M, Hansel K, Stingeni L, et al. Dermatological manifestations in inflammatory bowel diseases. *J Clin Med*. 2021; 10(2): 364. Disponible en: <https://www.mdpi.com/2077-0383/10/2/364/html>.
18. Bader F, Al-Safadi A. Inflammatory Bowel Disease and Oral Health: A Review of Dental Consideration. *Saudi J Oral Dent Res*. 2020; 7(6): 165–168. <https://doi.org/10.36348/sjodr.2022.v07i06.004>
19. Mortada I, Leone A, Gerges-Geagea A, Mortada R, Matar C, Rizzo M, et al. Oral manifestations of inflammatory bowel disease. *J Biol Regul Homeost Agent*. 2017; 31(3): 817–821. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28958141/>
20. Mohan-Kumar KP, Nachiammai N, Madhushankari GS. Association of oral manifestations in ulcerative colitis. A pilot study. *J Oral Maxillofac Pathol*. 2018; 22(2): 199–203. <https://doi.org/10.4103/jomfp.JOMFP-223-16>

Relación entre los sistemas políticos y el índice COP en 62 países durante el periodo 1970-2010

John Harold Estrada–Montoya 1
Jesús Esteban Erazo–Estrada 2

Relationship between the political regime and the DMTF index in 62 countries in the period 1970-2010

RESUMEN

Objetivo: determinar la relación de los sistemas políticos y sus trayectorias, según la clasificación de Navarro y Shi, con el índice COP en 62 países durante el periodo 1970-2010. **Métodos:** se utilizó un diseño ecológico retrospectivo. Para ello, fueron seleccionados países que cumplieran con al menos tres registros de los clasificados en el índice C.O.P a los 12 años de edad en el periodo 1970-2010. Una vez definida la muestra de países, se buscó información sobre las trayectorias políticas de cada país para caracterizar el sistema político y las condiciones de salud oral. El análisis de la información se realizó a partir de cruzar y triangular los datos de la presencia de caries en los países con cada categoría del sistema o régimen político. **Resultados:** los determinantes sociales y políticos macroestructurales que organizan los sistemas sanitarios influyen en el bienestar de la población de un país. De ahí que, el índice de C.O.P esté relacionado con los contextos políticos, apreciándose que, a mayor democracia, mejores resultados en salud oral. **Conclusiones:** la forma cómo los diferentes modelos políticos (socialdemócratas, conservadores, liberales y dictatoriales) organizan los sistemas sanitarios en cada Estado, en los 62 países analizados, ha influenciado sobre la experiencia de caries dental de la población (índice COP).


Palabras clave: caries dental; determinantes sociales de la salud; sistemas políticos; política de salud; bienestar social; política.

ABSTRACT

Objective: To determine the influence of political trajectories according to the classification of Navarro and Shi, with the DMTF index in 62 countries during the period 1970-2010. **Methods:** A retrospective ecological design was used. Countries that met at least three records of the national DMTF indices at 12 years of age in the period 1970-2010 were selected. Once the country sample was defined, information was sought on the political tradition of each country to characterize the political model and oral health conditions. The analysis of the information crossed and triangulated the caries data in the countries according to each category of political model, according to the perspective of the political parties in government. **Results:** The macro-structural social determinants that organize the health systems influence the well-being of the population in a country and the DMTF index is related to the political regimes, appreciating that the more democratic, the better results they present in oral health. **Conclusions:** There is an influence of political trajectories (Social Democrats, Conservatives, Liberals and Dictatorials) in the 62 countries analyzed on the experience of dental caries (DMTF index), which is mediated by the way in which political models organize health systems in each country.

Key words: Dental Caries; Socioeconomic factors; Political Systems; Social Welfare; Democracies; Changes, Social;

1. Odontólogo. Magíster y PhD en Salud Pública. Profesor titular. Departamento de Salud Colectiva. Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.
Contacto: jhestradam@unal.edu.co

 <https://orcid.org/0000-0003-1135-8238>

2. Odontólogo. Especialista en Cirugía Oral y Maxilofacial. Departamento de Salud Oral. Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.
Contacto: jeerasoe@unal.edu.co

 <https://orcid.org/0009-0002-5802-9693>

CITACIÓN SUGERIDA:

Estrada–Montoya JH, Erazo–Estrada JE. Relación entre los sistemas políticos y el índice COP en 62 países durante el periodo 1970-2010. *Acta Odontol. Col.* 2023; 13(2): 44-58. <https://doi.org/10.15446/aoc.v13n2.106844>

 <https://doi.org/10.15446/aoc.v13n2.106844>

Recibido	Aprobado
19/01/2023	19/05/2023
Publicado	
04/07/2023	

Introducción

Navarro y Shi, en 2001, relacionaron la trayectoria de los modelos políticos en varios países europeos, durante un periodo de 40 años, con el desempeño de la salud comunitaria, encontrando que el sistema político en un país (gobiernos socialdemócratas, liberales, conservadores, dictatoriales o ex-fascistas) influye en los índices de desarrollo y de salud general (1). Un régimen político en palabras de su principal estudioso y divulgador, Maurice Duverger (2, 3), hace relación a “el conjunto de instituciones y reglas que rigen la forma de acceso al poder, su ejercicio y su control” e incluye las siguientes categorías:

1. El acceso al poder: se refiere a los procedimientos mediante los cuales los gobernantes son elegidos o designados en el poder.
2. La estructura del poder: forma en que se organiza y distribuye el poder en el Estado, incluyendo la separación de poderes y la autonomía de las instituciones.
3. Las reglas de toma de decisiones: se refiere a los procedimientos y normas que rigen la toma de decisiones políticas y la elaboración de políticas públicas.
4. La participación política: se refiere a las oportunidades y derechos que tienen los ciudadanos para participar en la vida política y tomar decisiones importantes.
5. Las garantías de derechos y libertades civiles: hace referencia a las protecciones y garantías legales que se ofrecen a los ciudadanos para proteger sus derechos políticos y libertades civiles.
6. La cultura política: concierne a las actitudes y valores políticos que prevalecen en una sociedad, incluyendo el grado de participación ciudadana y la tolerancia hacia las diferencias políticas (2, 3).

El estudio y análisis del índice de COP, un instrumento epidemiológico para la medida del impacto y severidad de la caries en una comunidad, junto con el de factores externos y determinantes sociales amplía la perspectiva de entendimiento de las dinámicas individuales y colectivas asociadas con la enfermedad. Ello permite considerar pautas de acción social, educativa, económica y política para disminuir su progreso (4–6).

En países donde la población tiene ingresos económicos altos, los gastos sanitarios asociados a la atención odontológica curativa tradicional oscilan entre el 5% y 10%, muy superior a los recursos que pueden destinar países con menos ingresos económicos (7–12). El equilibrio entre los beneficios sociales de los trabajadores y la no violación de los derechos humanos, mediado por un sistema político, es lo que se reconoce como régimen y Estado de bienestar; sobre este tema hay una amplia literatura (12–19). Los autores agruparon los principales países capitalistas según el tipo de fuerza política dominante que los gobernó durante el tiempo en que se establecieron sus estados de bienestar, esto es a partir del final de la Segunda Guerra Mundial hasta los 1980 (1, 20).

El primer grupo comprende a países que han sido gobernados por partidos socialdemócratas: Suecia, Finlandia, Noruega, Dinamarca y Austria. Los partidos socialdemócratas han regido, durante ese período, un promedio de 23,5 años en estos países. En este

grupo, los movimientos obreros y sus partidos socialistas han sido fuertes alcanzando una alta densidad sindical (porcentaje de la población que trabaja inscritos en los sindicatos), un gasto significativo en seguridad social (como porcentaje del PIB), altos impuestos (como porcentaje del PIB) y un alto nivel de acceso a empleo público en servicios de salud, educación y bienestar (como porcentaje de la población en edad de trabajar).

El segundo grupo incluye países gobernados por largos períodos de tiempo por partidos conservadores, pero que, en su denominación, se definen a sí mismos como demócratas cristianos, se consideran basados en la tradición cristiana. Estos son: Bélgica, Países Bajos, Alemania, Francia, Italia y Suiza. Este grupo es menos homogéneo en el estudio de Navarro, como consecuencia de que los partidos demócrata cristianos suelen gobernar en coalición con otros partidos, incluidos los socialdemócratas, como en Bélgica, Alemania y los Países Bajos.

El tercer grupo incorpora países donde los regímenes fascistas gobernaron durante el periodo entre 1945 y 1980 o durante la mayor parte de ese período: España, Grecia y Portugal. El carácter de clase de los regímenes fascistas es evidente por la naturaleza altamente represiva de los estados dirigida principalmente a la clase obrera y por las políticas fiscales regresivas que se presentaron durante ese período.

El último grupo está compuesto por países anglosajones con régimen político liberal, donde la mano de obra ha sido débil y la clase capitalista fuerte: EE. UU, Canadá, Irlanda y Gran Bretaña. Con excepción de Gran Bretaña, los partidos socialdemócratas nunca han gobernado a nivel nacional (EE. UU. y Canadá) o, si lo han hecho, ha sido durante períodos cortos. Estos países han sido gobernados por partidos comprometidos con la expresión plena de las fuerzas del mercado y, por lo tanto, con la menor interferencia posible del Estado.

De acuerdo con lo anterior, el estudio que aquí se reporta tuvo como objetivo determinar la relación de las trayectorias políticas según la clasificación de Navarro y Shi, con el índice COP en 62 países durante el periodo 1970-2010.

Métodos

Considerando el objetivo establecido, la hipótesis inicial postula que los países con una mayor experiencia en condiciones políticas democráticas mostrarán mejores resultados en términos del índice COP, en comparación con aquellos países menos democráticos. Para su abordaje, se diseñó un estudio ecológico retrospectivo exploratorio, acorde con la declaración STROBE para estudios observacionales. Se incluyeron 62 países (Tabla 1) que tuvieron, al menos, dos registros nacionales de COP a los 12 años de edad durante el periodo de cuatro décadas, años 1970 a 2000 (21–28).

La determinación de los índices se llevó a cabo a través de la consulta de bases de datos como Pubmed, Science Direct, Scielo, Medline y la base de datos de salud oral de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en las cuales se obtuvieron artículos y datos sobre estudios nacionales de prevalencia que informaran el índice COP en el periodo estudiado. Una vez definida la muestra de países, se buscó información sobre las trayectorias de sus instituciones sociales y políticas durante el mismo periodo, con el fin de establecer la caracterización del sistema o régimen político y relacionarlo con las condiciones de salud oral.

Para la caracterización del régimen político se revisaron páginas oficiales del Banco Mundial, de la Agencia Central de Inteligencia de Estados Unidos (CIA), la Organización Mundial de la Salud y del Fondo Monetario Internacional, en los que se indagó por las características de los regímenes y partidos políticos en los gobiernos de los países seleccionados durante el periodo estimado. A partir de esta revisión, se tipificaron a los países en cuatro categorías: países con gobiernos socialdemócratas, países con gobiernos conservadores (demócratas cristianos), países con gobiernos liberales y países con sistemas dictatoriales o autoritarios (que incluye dictaduras militares, monarquías absolutistas, teocracias o los países gobernados por partidos comunistas). Esta tipificación se determinó a partir de la cantidad de años (la mitad más uno, como mínimo) en la que un régimen político estuvo gobernando cada país.

Durante el proceso de análisis de la información, se realizó una triangulación de los datos sobre la incidencia de la caries en los países, abarcando el período de 1970 a 2010, considerando cada categoría de modelo de país y las relaciones entre ellas. El análisis se centró en examinar la relación entre el comportamiento de la caries y la influencia de los sistemas de gobierno y las políticas adoptadas por cada uno.

Tabla 1. Promedio del índice COP por década.

País	70's	80's	90's	00's
Alemania	6	4,1	2,1	0,7
Arabia Saudí	1,9	1,8	1,7	
Australia	4,3	3,6	1,1	0,95
Austria	2,25		3,6	1,04
Bangladesh	1,8	1,5	3,5	1
Bielorrusia	3		3,28	2,14
Benín		0,3	1,05	
Brasil	8,6	5,65	4,7	2,07
Canadá	6	3	4,3	1,02
China		0,8	1	0,53
Colombia	7,5	4,8	2,3	
Corea del Norte	0,6		3,05	
Costa Rica		8,81	4,4	
Cuba	5,1	2,9	1,75	

Dinamarca	6,4	3,6	1,32	0,9
Emiratos Árabes		1,85	1,75	
Eslovaquia	5,4	3,6	5,1	
Etiopía	1,6		1	1,43
Filipinas	2,5	5,5	4,6	1,47
Finlandia	7,5	2,4	1,16	0,89
Francia	3,5		2,3	
Haití		3,2	1,42	1
Hungría	6	5	4,05	
Islandia	8,7		2,45	
Irán	2,4		1,6	1,9
Israel		3	3	1,66
Italia	5,45	3		
Japón	5,9	4,9	3,43	1,4
Letonia		7,7	5	
Lituania		3,96	3,87	3,72
Malawi	0,8	0,8	0,7	
Malaysia	4,3	3,15	1,6	1,12
México	2,7	3,1	2,5	
Nepal		1,3	1,2	0,8
Nicaragua		6,4	2,8	
Níger		1,7	1,4	
Nigeria	2,9		0,7	0,65
Nueva Zelanda	6		1,3	1,2
Omán	2,1		2,05	
Pakistán	2,1	1,2	1	
Papúa Nueva Guinea	2,25	2,4		
Polonia	7	4,4	4,5	3,8
Portugal	4,6	3,2	2,35	
Reino Unido	4,7	3,1	1,25	1,1
República Dominicana		6	4,4	
Romania			3,9	2,7
Senegal	0,6	1,5	1,2	
Singapur	2,9	2,5	1	
Sri Lanka	3	1,9	1,4	
Sudáfrica	3,4	1,75		
Sudán	1,1	1,85		0,4
Suecia	6,3		1,8	0,9
Suiza	2,6	1,75		1,8
Tailandia	2,7	1,5	1,6	1,55
Tanzania	0,6	0,6	0,3	0,3
Turquía		2,7	3,4	1,9
Uruguay		4,2	3,56	
USA	4	1,6	1,28	1,19

Vietnam	4,2		1,8	1,5
Yemen	1,2	1,6	3,1	
Yugoslavia	5	6,1	3,9	
Zimbabue	0,6	1,2	1,3	

Fuente: Elaboración propia.

Consideraciones éticas

En concordancia con la Resolución 008430 de 1993 del Ministerio de Salud de Colombia, este trabajo se consideró como una investigación sin riesgo, por emplear técnicas y métodos de investigación documental retrospectivos.

Resultados

Con el fin de clasificar el régimen político de cada país, se evaluó la duración de los diferentes regímenes en el poder y se comparó con la duración de otros regímenes que gobernaron en el mismo país, asignándolos a los grupos correspondientes. Como se mencionó previamente, se asignó según el partido que gobernó durante más de la mitad de los años analizados (ver Tabla 2).

COP en países con gobiernos socialdemócratas: para la década de 1970 los países con gobiernos socialdemócratas, a excepción de Tanzania, presentan registros de COP superiores a 2,0; la gran mayoría, excepto Rumanía y Austria, logran un índice menor a 1,0 en la última década estudiada. Se muestra el cambio porcentual de cada país desde el primer registro de COP hasta el último. Finlandia destaca como el país con el mejor rendimiento, mostrando una disminución del 88%, pasando de un COP de 7.5 en la década de 1970 a 0.69 en la primera década del siglo XXI. Por otro lado, Rumanía experimenta una disminución del 30.77%, partiendo de un COP de 3.9 en la década de 1990 y alcanzando un COP de 2.7 en la década de 2000. En los países con una trayectoria política predominantemente socialdemócrata, se observa una marcada disminución del índice COP a lo largo del tiempo. Se presenta tanto la trayectoria individual de cada país como la trayectoria promedio de esta categoría, siendo en todos los casos el último registro de COP inferior al primero.

Tabla 2. Tipificación de países según sistema político predominante entre 1970 a 2010.

Socialdemócratas	Conservadores	Liberales	Dictatoriales
Austria	Alemania	Australia	Arabia Saudí
Dinamarca	Bangladesh	Canadá	Benín
Finlandia	Bielorrusia	Costa Rica	China
	Israel	Polonia	Corea del Norte
Rumania	Brasil	Islandia	Cuba
Suecia	Colombia	Japón	Emiratos Árabes
Tanzania	Eslovaquia	México	Etiopía
	Francia	Nueva Zelanda	Filipinas
	Hungría	Papúa Nueva Guinea	Haití
	Italia	Reino Unido	Irán
	Letonia	Uruguay	Malawi
	Lituania	USA	Nepal
	Malasia		Níger
	Nicaragua		Nigeria
	Portugal		Omán
	República Dominicana		Pakistán
	Senegal		Sudán
	Singapur		Tailandia
	Sri Lanka		Vietnam
	Sudáfrica		Yemen
	Suiza		Zimbabue
	Turquía		
	Yugoslavia		

Fuente: autoría propia, realización basada en la historia política de cada país (20, 29–31).

COP en países con gobiernos liberales: el comportamiento del índice COP en los países con una trayectoria política liberal muestra una tendencia decreciente que se aproxima a una proporción directa a lo largo del tiempo. Es decir, la evolución del COP promedio se presenta de manera casi lineal, comenzando con un valor máximo de 5.16 y disminuyendo significativamente hasta llegar a 1.52 en la última década estudiada. Canadá, a pesar de tener una variación no uniforme en el COP a lo largo del tiempo, experimenta un decrecimiento del 83%, pasando de 6.0 en la década de 1970 a 1.02 en la década de 2000. Por otro lado, Papúa Nueva Guinea es el único país que muestra un crecimiento en la incidencia de caries del 6.67%, partiendo de un COP de 2.25 en la década de 1970 y alcanzando un COP de 2.4 en la década de 1980 (Gráfica 1). En general, el comportamiento del COP en los países con una tradición política liberal, a excepción de Papúa Nueva Guinea, es positivo, presentando un decrecimiento promedio superior al 50%.

COP en países con gobiernos conservadores: este es el grupo más numeroso de la tipificación y abarca un amplio intervalo de registros en la primera década de estudio, que va desde un COP de 0,6 hasta 8,6. En la última década de estudio, el intervalo de COP oscila

entre 0,7 a 3,72. Países como Bangladesh, Suiza, Turquía, Bielorrusia, Yugoslavia y Eslovaquia muestran un comportamiento variado en cuanto a la experiencia de caries, ya que no siguen cambios estrictamente decrecientes. Por ejemplo, Bangladesh experimenta un crecimiento porcentual del 133%, relacionando el registro de COP de 1.5 en la década de 1980 con un COP de 3.5 en la década de 1990, a partir del cual se observa una disminución del 71.43%, alcanzando un COP de 1.0 en la última década de estudio. En ese sentido, los países contenidos en este grupo, a excepción de Senegal, presentan una disminución en la incidencia de la experiencia de caries a lo largo del tiempo.

COP en países con gobiernos dictatoriales: en este grupo se observan cambios diversos y complejos en la incidencia de caries en lo transcurrido del tiempo, medidos por el índice COP. Se evidencia que algunos países experimentan una disminución superior al 50%, y otros, al contrario, un crecimiento que supera el 100%. Sin realizar una subdivisión específica dentro de este grupo, se destaca que Nigeria es el país con mejor rendimiento en términos de disminución, con una reducción del 77%. Por otro lado, Corea es el país con un comportamiento menos favorable, presentando un marcado crecimiento del 408%. De igual manera, Zimbabwe, Yemen y Benín son países que presentan crecimiento en el índice de COP. Un aspecto novedoso de este estudio fue la realización de una subdivisión dentro de este grupo, considerando dictaduras de derecha (militares o monárquicas), dictaduras de izquierda y dictaduras con monarquías absolutistas. Las diferencias de comportamiento para estas trayectorias políticas en relación con los índices de COP proporcionan información que debe ser profundizada en futuros estudios.

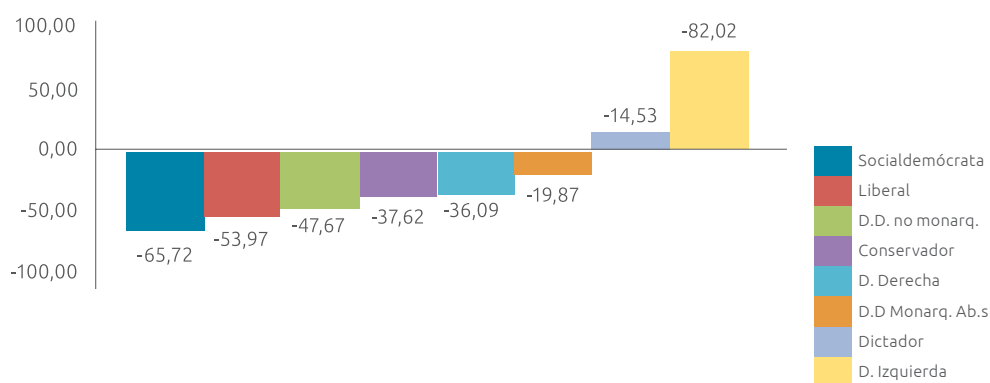
Filipinas presenta un recorrido atípico extremo al promedio, que varía de valores de 2,01 a 0,98. Nigeria y Omán son los países que se encuentran en los extremos del cambio porcentual.

Discusión

En este estudio se logra evidenciar que los países con sistemas gubernamentales más progresistas, como es el caso de las socialdemocracias, presentan un mejor índice de salud oral en términos de COP, y han desarrollado un mejor comportamiento a lo largo del tiempo, en términos de experiencia de caries. En las primeras décadas estudiadas, se observa que el índice COP es alto en todas las categorías de los sistemas políticos, y que, también, experimenta la mayor disminución en la última década (Gráfica 1). Este hallazgo podría relacionarse con los principios en los que se fundamentan los gobiernos de este tipo. Por ejemplo, los países con un sistema político socialdemócrata se caracterizan por tener una orientación democrática y socialista, así como por promover el interés comunitario y contar con movimientos obreros sólidos. Como señala César Giraldo, en estos países se combinan las amplias provisiones brindadas por el Estado con los logros obtenidos por la ciudadanía organizada, lo que contribuye a la configuración de una ciudadanía plena dentro del contexto capitalista (16).

La categoría de países con gobiernos liberales se sitúa en el tercer lugar en términos de mejores índices de COP en las últimas décadas de estudio, y ocupa la segunda posición en cuanto al mayor decrecimiento en la experiencia de caries a lo largo del tiempo. En la primera década, estos países presentan, en promedio, el índice más alto. Esto puede explicarse debido a que estos modelos de gobierno se caracterizan, como menciona Giraldo, por promover la libertad individual, el progreso y el desarrollo como fines esenciales para el avance de la sociedad en general. Además, los derechos sociales se consideran compromisos que el gobierno debe abordar y solventar (16).

Gráfica 1. Promedio cambio porcentual por categoría relacionando primero y último registro de COP (organizado de mejor a peor desempeño).



Fuente: autoría propia.

Los países conservadores y demócratas cristianos, en los que las personas tienen un apoyo directo sobre la familia y sus redes vecinas, se favorecen las tradiciones, el nacionalismo y el patriotismo como bases estables para la gobernabilidad. Al mismo tiempo, se oponen a cambios radicales a nivel político, social y económico. Sin embargo, la mayoría de estos países han tomado una corriente económica capitalista liberal conservando la ideología política conservadora. Por esta razón, este grupo se comporta políticamente de forma heterogénea, incluyendo naciones africanas, asiáticas y de Centro y Latinoamérica, que han adoptado diversas políticas basadas en ideologías y estrategias tanto liberales como socialistas, sin buscar un cambio en el statu quo.

Los hallazgos indican que el COP en este grupo de países se comporta con tendencia decreciente, mayor en unos que en otros. Llama la atención el caso de Bangladesh que reporta un COP inicial de 8,0 y de 1,0 en la última década de estudio. Esto podría explicarse porque Bangladesh es el octavo país más poblado de la tierra y, sin embargo, pese a que un 30% de su población vive aún en condiciones de extrema pobreza, ha conseguido importantes logros en materia sanitaria en las últimas décadas. Uno de estos es un sistema de salud con múltiples actores en el que las autoridades sanitarias colaboran activamente con los proveedores privados y las ONGs locales e internacionales (32, 33).

En el último lugar se encuentra la categoría de países con gobiernos dictatoriales que, si bien, son los que menos cambios en promedio de registros de COP han tenido, manteniéndose bajos, han sido los únicos que presentan crecimiento del índice relacionando el primer y último registro, en comparación con las tres categorías de países anteriormente descritas (Tabla 3). En esta investigación se agruparon todos los países considerados dictatoriales o autoritarios para ajustarse a la categoría analítica propuesta y luego por lo llamativo de algunos datos (como los de Cuba, Vietnam y China), se analizaron de forma separada conformando cuatro subgrupos de acuerdo al tipo de orientación autoritaria y la toma violenta o no del poder. Estos subgrupos son: dictaduras de derecha, dictaduras monárquicas, dictaduras de derecha no monárquicas, países con regímenes autoritarios o de partido único. Durante el periodo de estudio, los países bajo dictaduras de izquierda muestran un aumento en la experiencia de caries, destacándose los marcados crecimientos en Corea del Norte (400%), Benín, Yemen y Zimbabue. Estos países se caracterizan por desequilibrios sociales, políticos y económicos, así como por corrupción y conflictos socio-políticos, factores que pueden influir en las condiciones de salud oral y la prevalencia de caries, según señalan Duverger, Navarro y Shi (1–3). Por otro lado, se observa un decrecimiento del 10 al 65% en los valores iniciales del índice COP en Etiopía, Irán, China, Vietnam y especialmente en Cuba (datos no mostrados). Estos países cuentan con sistemas de salud sólidos y generosos en términos de acceso a la atención médica.

En lo que corresponde a los países bajo dictaduras de derecha, estos presentan en promedio un decrecimiento en el índice COP en el tiempo de 36%. Malawi y Níger son los países que menor decrecimiento de COP en el tiempo presentan y son, también, los que menor PIB tienen de este grupo, una esperanza de vida de 47 años y un gasto en salud cercano al 5% y 6% del PIB. Posiblemente, esto influya en las condiciones de salud oral y experiencia de caries, tal como lo plantea Vicente Navarro en otra de sus investigaciones (20).

Tabla 3. Promedio del cambio porcentual de la experiencia de caries por categorías.

Categoría	Cambio porcentual de COP				Primer - Último COP
	70's - 80's	80's - 90's	90's - 00's	70's - 00's	
Socialdemócrata	-52,28	-8,48	-44,29	-75,67	-65,72
Conservador	-16,41	-18,86	-41,55	-60,35	-37,62
Liberal	-24,13	-30,10	-44,29	-70,46	-53,97
Dictatorial	-13,52	-7,90	-33,49	-47,03	14,53
D. Izquierda	-39,36	27,86	-22,94	-40,25	82,02
D. Derecha	2,86	-20,42	-40,61	-51,39	-36,09
D.D Monárquicas	-27,80	2,95	-29,22	-47,39	-19,87
D.D No monárquicas	-4,64	-13,39	-43,33	-53,19	-47,67

Fuente: autoría propia.

A pesar de las limitaciones y dificultades para acceder a todos los datos necesarios en este estudio, y basándonos en la discusión expuesta, se pueden obtener conclusiones preliminares, las cuales son las siguientes:

- Durante el periodo 1970-2010 existe una influencia de las trayectorias políticas (socialdemócratas, conservadores, liberales y dictatoriales) en los 62 países analizados sobre la experiencia de caries dental, reflejada en el índice COP. Esta experiencia está mediada por la forma cómo los modelos políticos organizan los sistemas sanitarios en cada Estado y comprometen en mayor o menor medida sus políticas sociales al servicio de la población. Los de mejor desempeño son aquellos que han priorizado las medidas socialdemócratas y, los de peor desempeño, aquellos donde hubo o hay dictaduras militares.
- Los determinantes macroestructurales, tales como la gobernanza, las políticas macroeconómicas, las políticas sociales (laboral, sanitaria, educativa), la cultura y los valores sociales compartidos por la población, influyen directamente en el bienestar social de un Estado. Esto se expresa en el decrecimiento del índice de experiencia de caries y, por ende, termina reflejándose como una mejoría de la salud oral.
- Los índices de COP se encuentran asociados a los factores económicos macroestructurales y, en especial, a los sistemas políticos y sanitarios a los que se vea expuesta la población de cada país por largos periodos.
- La mejoría en los indicadores de salud puede ser modificable por las políticas e intereses de las naciones al aumentar el porcentaje de PIB destinado a la salud pública, tal como se evidenció en el estudio de caso de cada grupo de países (datos no mostrados).
- Los determinantes sociales se encuentran ligados proporcionalmente a políticas estructurales que influyen directamente en el bienestar social de la población.

Dado que se trata de un estudio ecológico exploratorio, se recomienda realizar estudios con diseños más robustos o profundizar en estudios de casos comparados. Durante el primer año de la pandemia, el profesor Vicente Navarro presentó una conferencia en la que agregó la variable de mortalidad por COVID-19 a su estudio clásico, mencionado al inicio del artículo. Con esta nueva variable, fue posible reafirmar la asociación entre una mayor mortalidad y los regímenes políticos menos democráticos. Se observó esto en países donde se habían debilitado los sistemas de salud pública, como Brasil, España, Italia y Estados Unidos, donde prevalece el aseguramiento individual. Por otro lado, se encontró un mejor comportamiento en aquellos países que, independientemente de su trayectoria política, mantuvieron o fortalecieron sistemas de protección social robustos y brindaron generosas ayudas y apoyo a sus poblaciones. Actualmente (periodo 2023-2025), se está llevando a cabo un estudio descriptivo comparativo en la Universidad Nacional que involucra a cuatro países: dos con las tasas de mortalidad más altas y dos con las tasas más bajas durante los años 2020-2021. El objetivo es seguir comprendiendo la interrelación entre los sistemas de protección social, los sistemas de salud, las trayectorias políticas, la cohesión social y otras variables económicas y socio-demográficas que se han asociado con resultados de salud tan relevantes como la morbilidad causada por el virus SAR-Covid-2.

Agradecimientos

Los autores agradecen a la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Colombia por favorecer el ejercicio de investigación que este trabajo requirió.

Contribuciones de los autores

Ambos autores participaron de manera conjunta y solidaria en la elaboración de todo el documento, así como en la revisión de la versión final del artículo.

Conflictos de interés

John Harold Estrada Montoya y Jesús Esteban Erazo Estrada declaramos no tener conflictos de interés.

Referencias

1. Navarro V, Shi L. The political context of social inequalities and health. *Soc Sci Med.* 2001; 52(3): 481–91. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00197-0](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00197-0)
2. Duverger M. Sociología de los regímenes políticos. Capítulo 2. En: Gurvitch G (Director). Tratado de sociología. Tomo Segundo. Buenos Aires: Editorial Kapelusz; 1963: 25–52.
3. Duverger M. Los partidos políticos. 6ta Reimpresión. México, D.F: Fondo de Cultura Económica; 1976: 459.
4. Hallbrook W, Magnúsdóttir M, Sigurjóns H. A pilot study of cariogenic bacteria and diet associated with root surface caries in Iceland. *Acta Odontol Scand.* 2004; 63(3): 180–181. <https://doi.org/10.1080/00016350410001504>
5. Mayo J, Ritchie J. Acidogenic potential of “sugar-free” cough drops. *Open Dent J.* 2009; 6(3): 26–30. <https://doi.org/10.2174/1874210600903010026>
6. García LC. Análisis comparativo de los determinantes estructurales en países de desarrollo alto, mediano y bajo y su relación con el índice COP: una aproximación ecológica. [Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de: Odontólogo]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2013.

7. Sanabria C, Suárez M. Relación entre determinantes socioeconómicos, cobertura en salud y caries dental en 20 países: análisis de la literatura [Tesis presentada como requisito parcial para optar al título de: Odontólogo]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2013.
8. Gürgân S, Alaçam R, Söylev I. Bacteriological investigation of the cariogenic effects of sugar alcohols and sucrose. *Mikrobiyol Bul.* 1987; 21(1): 42–47. Disponible en: <https://europepmc.org/article/MED/3126379>
9. Bagramian RA, Garcia-Godoy F, Volpe AR. The global increase in dental caries. A pending public health crisis. *Am J Dent.* 2009; 21(1): 6. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19281105/>
10. Organización Mundial de la Salud (OMS). Salud bucodental. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs318/es/>
11. Organización Mundial de la Salud (OMS). La OMS publica un nuevo informe sobre el problema mundial de las enfermedades bucodentales. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2004/pr15/es/>
12. Young D. New caries detection technologies and modern caries management: merging the strategies. *Gen Dent.* 2002; 50(4): 320–331. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12640848/>
13. Brennenstuhl S, Quesnel-Vallée A, McDonough P. Welfare regimes, population health and health inequalities: a research synthesis. *J Epidemiol Community Health.* 2012; 66(5): 397–409. <http://dx.doi.org/10.1136/jech-2011-200277>
14. Chung H, Muntaner C. Welfare regime types and global health: an emerging challenge. *J Epidemiol Community Health.* 2008; 62(4): 282–283. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2006.057778>
15. Bambra C, Fox D, Scott-Samuel A. A politics of health glossary. *J Epidemiol Community Health.* 2007; 61(7): 571–574. <http://dx.doi.org/10.1136/jech.2006.046128>
16. Giraldo C. ¿Protección o desprotección social? Bogotá, D.C: Universidad Nacional de Colombia, Fundación CESDE y Ediciones Desde Abajo; 2007.
17. Campos P, Sáez G, Sánchez M. Análisis comparados de sistemas sanitarios. En: Salud Pública. Ciudad de México, México: McGraw-Hill; 1998: 818–860.
18. Chung H, Muntaner C. Welfare state matters: a typological multilevel analysis of wealthy countries. *Health Policy.* 2007; 80(2): 328–339. <https://doi.org/10.1016/j.healthpol.2006.03.004>

19. Dahl E, Fritzell J, Lahelma E, Martikainen P, Kunst A, Mackenbach J. Welfare state regimes and health inequalities. En: Social inequalities in health: new evidence and policy implications. Oxford; New York: Oxford University Press; 2006: 193–221.
20. Navarro V, Shi L. The political context of social inequalities and health. *Int J Health Serv.* 2001; 31(1): 1–21. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00197-0](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00197-0)
21. World Health Organization (WHO). Oral Health Programme. Dental caries levels at 12 years. Geneva: World Health Organization; 1994: 1–20.
22. Nithila A, Bourgeois D, Barmes DE, Murtomaa H. WHO Global Oral Data Bank, 1986-96: an overview of oral health surveys at 12 years of age. *Bull World Health Organ.* 1998; 76(3): 237–244. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9744243/>
23. Bernabé E, Sheiham A. Extent of differences in dental caries in permanent teeth between childhood and adulthood in 26 countries. *Int Dent J.* 2014; 64(5): 241–245. <https://doi.org/10.1111/idj.12113>
24. Schulte AG, Momeni A, Pieper K. Caries prevalence in 12-year-old children from Germany. Results of the 2004 national survey. *Community Dent Health.* 2006; 23(4): 197–202. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24151786/>
25. Solórzano I, Salas M, Chavarría P. Prevalence and severity of dental caries in Costa Rican schoolchildren: results of the 1999 national survey. *Int Dent J.* 2005; 55(1): 24–30. <https://doi.org/10.1111/j.1875-595X.2005.tb00028.x>
26. Van Wyk PJ, Louw AJ, du Plessis JB. Caries status and treatment needs in South Africa: report of the 1999-2002 National Children 's Oral Health Survey. *SADJ.* 2004; 59(6): 238, 240–242. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15457909/>
27. Zusman SP, Ramon T, Natapov L, Kooby E. Dental health of 12-year-olds in Israel-2002. *Community Dent Health.* 2005; 22(3): 175–179. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16161882/>
28. Gökalp SG, Doğan BG, Tekçiçek MT, Berberoğlu A, Unlüer S. National survey of oral health status of children and adults in Turkey. *Community Dent Health.* 2010; 27(1): 12–17. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20426255/>
29. Navarro V, Borrell C, Benach J, Muntaner C, Quiroga A, Rodríguez-Sanz M, et al. The Importance of the Political and the Social in Explaining Mortality Differentials among the Countries of the OECD, 1950–1998. *Int J Health Serv.* 2003; 33(3): 419–494. Disponible en: <https://www.scielo.org/article/scol/2007.v3n1/9-32/es/>
30. Sejersted F, Adams MB, Daly R. The age of social democracy: Norway and Sweden in the twentieth century. Princeton: Princeton Univ. Press; 2011.

31. [Molina I, Delgado S](#). Conceptos fundamentales de ciencia política. Madrid: Alianza; 2011.
32. [Valerio M](#). Bangladesh empieza a hacer sus deberes en salud | Salud | EL MUNDO [Internet]. 2013 [fecha de consulta: 30 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://www.elmundo.es/salud/2013/11/21/528cc25363fd3d8d228b456a.html>
33. [Organización Mundial de la Salud \(OMS\)](#). Bangladesh. Disponible en: <http://www.who.int/countries/bgd/es/>

Presencia de dientes natales o neonatales en pacientes pediátricos con y sin labio y paladar hendido

Mónica Consuelo Acosta–Rangel 1
Clarisa Rodríguez–García 2
Beatriz Flores–Meza 3
Edgar Mendoza–Verdugo 4

Presence of natal or neonatal teeth in pediatric patients with and without cleft lip and palate

RESUMEN

Objetivo: determinar la presencia de dientes natales y neonatales en pacientes pediátricos con/sin labio y paladar hendido, que han sido atendidos en un hospital de tercer nivel de 2019-2020, mediante la revisión de expedientes clínicos. **Métodos:** estudio retrospectivo, observacional descriptivo y revisión de expedientes de pacientes atendidos de 2019-2020. **Resultados:** en el hospital de tercer nivel se reportan 15 nacimientos por día, 5475 al año. De estos, se identificaron 110 bebés con dientes natales revisados en cuneros, 84 pacientes con labio y paladar hendido en consulta, con una relación de 1:50, mayor prevalencia en dientes inferiores centrales. Su manejo fue resuelto con extracciones en todos los casos, debido a la movilidad dental y el riesgo potencial en la alimentación por bronco aspiración del paciente. **Conclusiones:** los dientes neonatales y natales se encontraron con mayor frecuencia en pacientes de unidades de tercer nivel consultadas, posiblemente por ser centros de referencia. Se identificó confusión en el personal de salud respecto a la nomenclatura de los dientes que presentan los pacientes al nacer (dientes neonatales), además, se encontró una alta frecuencia de dientes natales en los pacientes estudiados en este caso. La relevancia se encuentra en que no hay estudios que definan la razón del porqué los pacientes nacen con dientes. La respuesta puede estar relacionada con un factor hormonal de la madre, aunque no se ha encontrado evidencia sobre esto. Mientras que los dientes neonatales se presentaron con menor frecuencia, tampoco hay estudios concluyentes.

Palabras clave: natales; dientes neonatales; labio y paladar hendido; neonatos; bronco aspiración; úlcera de Riga-fede.

ABSTRACT

Objective: To determine the presence of natal and neonatal teeth in pediatric patients with/without cleft lip and palate who have been seen in a tertiary hospital from 2019-2020, by reviewing clinical records. **Methods:** Retrospective, descriptive observational study and review of patient records from 2019-2020. **Results:** In the third level hospital 15 births are reported per day, 5475 per year. Of these, 110 babies with natal teeth were identified in the nursery, 84 patients with cleft lip and palate were identified in consultation, with a ratio of 1:50, with a higher prevalence in lower central teeth. Their management was solved with extractions in all cases, due to tooth mobility and the potential risk in feeding by bronchial aspiration of the patient. **Conclusions:** Neonatal and natal teeth were found more frequently in patients in the tertiary level units consulted, possibly because they were referral centers. Confusion was identified among health personnel regarding the nomenclature of the teeth that patients present at birth (neonatal teeth), and a high frequency of natal teeth was found in the patients studied in this case. The relevance lies in the fact that there are no studies that define the reason why patients are born with teeth. The answer may be related to a hormonal factor of the mother, although no evidence on this has been found. While neonatal teeth occurred less frequently, there are no conclusive studies either.

Key words: Natal; Neonatal teeth; Cleft Lip Palate; Neonates; Bronco aspiration; Riga-fede ulcer.

1. Cirujana Oral y Maxilofacial. Cirujana Maxilofacial Pediátrica. Maestra en Administración de Hospitales y Salud Pública. Médico Adscrito al Servicio de Cirugía Maxilofacial Pediátrica. Hospital General del Centro Médico Nacional La Raza. Ciudad de México, México.

Contacto: acora_m@hotmail.com

 <https://orcid.org/0000-0001-779-4304>

2. Pasante de la carrera de Cirujano Dentista. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Autónoma de México. Ciudad de México, México.

Contacto: rclarisa12@gmail.com

 <https://orcid.org/0009-0005-1511-4275>

3. Otorrinolaringóloga. Cirujana Cabeza y Cuello pediátrica. Maestra en Ciencias Médicas e Investigación. Hospital General del Centro Médico Nacional La Raza. Ciudad de México, México.

Contacto: betyflorezmeza@gmail.com

 <https://orcid.org/0009-0009-7543-8094>

4. Cirujano Dentista. Práctica privada. Facultad de Estudios Superiores Zaragoza, Universidad Autónoma de México. Ciudad de México, México.

Contacto: emv_15@hotmail.com

 <https://orcid.org/0009-0009-4847-6597>

CITACIÓN SUGERIDA:

Acosta–Rangel MC, Rodríguez–García C, Flores–Meza B, Mendoza–Verdugo E. Presencia de dientes natales o neonatales en pacientes pediátricos con y sin labio y paladar hendido. *Acta Odontol Col*. 2023; 13(2): 59-66. <https://doi.org/10.15446/aoc.v13n2.106333>

 <https://doi.org/10.15446/aoc.v13n2.106333>

Recibido	Aprobado
13/12/2022	23/04/2023
Publicado	
04/07/2023	

Introducción

La odontogénesis es un proceso completo en el que están implicados el ectodermo, el mesodermo y células procedentes de la cresta neural (1, 2). Los dientes se desarrollan a partir de brotes epiteliales. La erupción dentaria sigue un patrón de tiempo y secuencia definidos clínicamente (3), pueden presentarse pequeñas variaciones dependientes de factores hereditarios, endocrinos y ambientales (4). Se denomina dientes natales a aquellos dientes que se presentan en cavidad bucal en el momento del nacimiento. Constituyen una alteración de la erupción precoz y se presentan, con mayor frecuencia, en mandíbula correspondiendo a los incisivos centrales inferiores. Los dientes natales son generalmente un problema benigno (5).

Massler y Savara (6) definieron a este tipo de dientes desde hace más de 60 años, y hasta ahora su definición ha sido la más ampliamente aceptada por autores de todo el mundo (7, 8). De esta manera, son llamados dientes natales aquellos que ya están presentes en el bebé al momento de su nacimiento. En cambio, los dientes neonatales aparecen durante los primeros treinta días de vida (9).

Para entender mejor esto se debe diferenciar dos tipos de erupciones, temprana y prematura. La primera se debe a cambios endocrinos sistémicos, mientras que la segunda se considera un fenómeno patológico como consecuencia de una formación radicular incompleta que ocasiona la exfoliación dental en un periodo corto (10). Aunque clínicamente los dientes natales y neonatales se asemejan a los dientes temporales, son más pequeños, de color amarillo y móviles debido a la falta de formación radicular; esto se debe corroborar radiográficamente. También se describen como hipoplásicos, de bordes irregulares y agudos que pueden causar úlcera de Riga-Fede en la superficie ventral anterior de la lengua, lo que dificulta la alimentación. El diagnóstico diferencial se hace con los quistes de la lámina dental y los nódulos de Bohn (3).

Aunque aún no se determina la causa de la patología, esta se atribuye a hipovitaminosis, estimulación hormonal, disostosis craneofacial, esteatoma múltiple, traumatismos y estados febriles. Asimismo, se ha asociado frecuentemente con antecedentes familiares y múltiples síndromes y anomalías del desarrollo, tales como: displasia ectodérmica y condroectodérmica, oculomandibulodiscefalia, paquioniquia congénita, síndrome de Pierre Robin, síndrome de Wiedemann-Rautenstrauch y síndrome de paladar hendido o labio hendido (11, 12). El objetivo del presente estudio fue determinar la presencia de dientes natales y neonatales en pacientes pediátricos con/sin labio y paladar hendido, que han sido atendidos en un hospital de tercer nivel de 2019-2020, mediante la revisión de expedientes clínicos.

Métodos

Estudio retrospectivo, observacional descriptivo, llevado a cabo mediante revisión de expedientes de pacientes atendidos en el periodo 2019-2021. Las variables cuantitativas con distribución normal permitieron obtener una media aritmética, mientras que, de las variables cualitativas ordinales, con distribución normal, se obtuvieron la frecuencia absoluta, moda, mediana, y percentiles. Para las variables cualitativas nominales se utilizaron frecuencia absoluta y proporciones; en cuanto al uso de estadística descriptiva, se desarrollaron las comparaciones a través de frecuencias relativas y absolutas.

La Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) del Hospital de Gineco Obstetricia No. 3, del Centro Médico Nacional La Raza, registra en promedio 15 nacimientos por día, aproximadamente 5475 al año (13), de los cuales se encontraron 110 bebés con dientes natales revisados en cuneros por pasante de odontología y cirujano maxilofacial. De acuerdo con las estadísticas del hospital y la revisión de expedientes de los pacientes atendidos el periodo de 2019-2020, se valoraron 84 pacientes con labio y paladar hendido (LPH) y sindrómicos.

Consideraciones éticas

Para el desarrollo de este estudio se tomó en consideración la Ley General de Salud de México en su Artículo 17, según el cual se reconoce que no se cuenta con riesgo alguno, puesto que se trató de un estudio retrospectivo basado en los expedientes de los pacientes. Se ha garantizado la confidencialidad de los datos de los pacientes mediante la asignación de claves que solo los investigadores reconocen.

Resultados

En este estudio realizado encontramos en promedio 15 nacimientos por día, aproximadamente 5475 al año, de los cuales se detectó en 110 bebés la presencia clínica de dientes natales. Estos fueron identificados durante la exploración general de los pacientes al momento de nacer por neonatólogos y pediatras, cirujano maxilofacial y pasante de odontología, quienes valoraron a 84 pacientes con labio y paladar hendido (LPH) y entidades sindrómicas en la consulta externa, obteniendo así un total de 194 casos en el periodo de 2019-2020. A partir de allí, se realizó la revisión de expedientes de los pacientes atendidos durante este periodo en el centro de referencia ginecológico con resultados a un año en una relación de 1:50, con una preferencia en dientes inferiores centrales.

Asimismo, se identificaron 110 pacientes nacidos en este periodo con dientes natales 45 masculinos y 65 femeninos, todos ubicados en la región anterior mandibular; también, se reconocieron 84 pacientes con LPH y/o sindrómicos con dientes neonatales localiza-

dos en la región maxilar superior, de los cuales 55 eran personas de sexo masculino y 29 de sexo femenino.

Los resultados obtenidos en dichos estudios son similares a los reportes encontrados en los cuales los pacientes sindrómicos y con LPH presentaron dientes neonatales (Tabla 1). Sin embargo, para nuestro estudio quienes presentan dientes natales fueron pacientes aparentemente sanos, pero con madres atendidas en este hospital durante el embarazo por alguna enfermedad sistémica, así como pacientes sindrómicos y con LPH. Para la mayoría, el manejo fue resuelto con extracciones, debido a la movilidad dental y el riesgo que implican para la alimentación o por una potencial broncoaspiración del paciente.

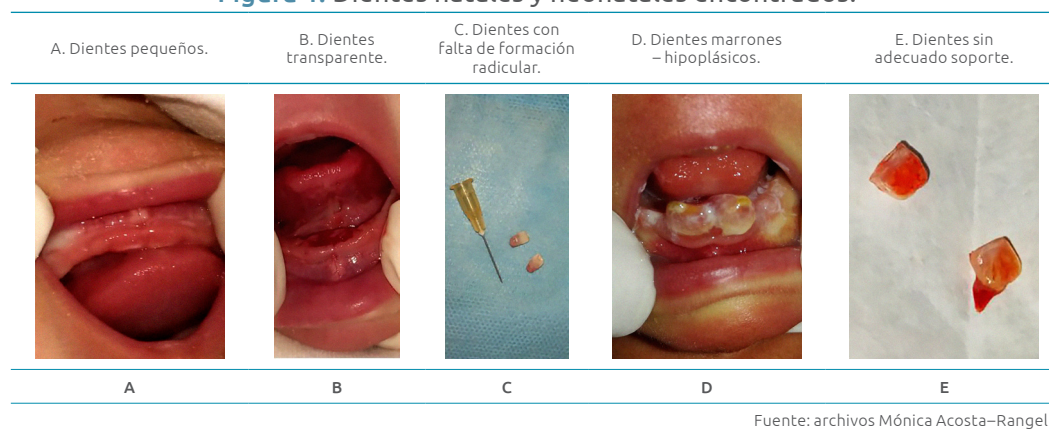
Tabla 1. Distribución de dientes natales y neonatales.

Sexo	Masculino	Femenino	Total
Posición	Anterior mandibular	Anterior mandibular	1:50
Dientes natales y en pacientes sanos, LPH y no sindrómicos.	45	65	110
Dientes Neonatales LPH y sindrómicos.	Anteriores maxilares 55	Anteriores maxilares 29	84
			194

Fuente: Revisión de expedientes "Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) del Hospital de Gineco Obstetricia No. 3".

En este estudio se detectó en 110 neonatos la presencia clínica de dientes natales, 45 masculinos y 65 femeninos, todos ubicados en la región anterior mandibular. En algunos casos se hallaron dientes pequeños, transparentes, cónicos, con alteraciones en la formación del esmalte, con movilidad por la falta de formación radicular, poco epitelio para su adecuado soporte y fijación al tejido óseo (Figura 1A, 1B, 1C, 1D, 1E), con apariencia inmadura e hipoplasia del esmalte, de bordes irregulares y agudos; así como con coloración marrón-amarillento / opaco blanquecino.

Figura 1. Dientes natales y neonatales encontrados.



Fuente: archivos Mónica Acosta-Rangel.

Discusión

La presencia de dientes natales y neonatales ha sido investigada en múltiples estudios. Lucas-Rincón (1) refiere que los estudios epidemiológicos presentan una prevalencia que puede variar entre 1 en 44 a 1 en 30,000. Otros estudios alrededor del mundo reportan diversas prevalencias entre 1958 y 2008, mostrando datos que varían entre 1: 716 a 1: 30.000 (14–18).

En una serie de casos investigada en el 2008 con población mexicana (San Luis Potosí del hospital Morones Prieto) se detectó una incidencia de 1:50 de los 2182 pacientes examinados con una proporción de 1:2 para hombres y 1:3 mujeres (19). En nuestro estudio la frecuencia de dientes natales y neonatales encontrada fue de 3.54% con 45 masculinos y 65 femeninos, todos ubicados en la región anterior mandibular, situación similar a lo reportado internacionalmente. Y de 1.53% en pacientes con LPH y con dientes neonatales localizados en la región maxilar superior, 55 masculinos y 29 femeninos. La muestra final fue de 194 pacientes en una población total de 5475 nacimientos en un año.

En 1995, Zhu y King (20) presentaron resultados de 10 estudios que datan de 1876 a 1991, reportando que los dientes natales como los neonatales variaron de 1:716 a 1:30.000. Los hallazgos en la población estudiada en La Unidad Médica de Alta Especialidad (UMAE) del Hospital de Gineco Obstetricia No. 3 del Centro Médico Nacional La Raza, muestran una mayor frecuencia respecto a los datos del estudio de Zhu y King. Chow (21) observando 7 estudios entre 1950 y 1966 reportó dientes natales y neonatales con una variación entre 1:2000 y 1:3500. Otros estudios han reportado la presencia de dientes natales y neonatales en población con algunas patologías sindrómicas o asociadas a malformaciones (22, 23). Los reportes son similares a los hallazgos del presente estudio.

Los dientes neonatales tienen una frecuencia baja según autores consultados. Los dientes natales y neonatales pueden aparecer con defectos de esmalte, en algunos casos sin raíz o amorfos. Con una movilidad marcada de grado 3 en su mayoría, por lo tanto, tienen poca fijación a los tejidos blandos. Aunque no se ha reportado en la literatura que haya existido una aspiración accidental, en el servicio de Maxilofacial pediátrica del Hospital General de la Raza, el manejo para estos dientes es la exodoncia. Sería importante contar con un interrogatorio dirigido a las posibles causas o asociaciones relacionadas con este tipo de dentición, pero debido al tipo de estudio y al manejo de la información a través de expedientes esto no fue posible. Sin embargo, este primer estudio nos direcciona a poder establecer más hipótesis relacionadas con los dientes neonatales y natales. Es de sumo interés investigar sobre las posibles asociaciones de esta entidad con las comorbilidades de la madre gestante y así desarrollar líneas de investigación sobre este tema.

Para concluir se encontró que el 3.5% de la población participante contaba con dientes natales y neonatales y el 1.5% además con LPH; el 2% fueron hombres y el 1.7% mujeres, situación inversa a lo reportado internacionalmente y el predominio de la localización fue de tipo mandibular. Ya que el hospital donde se realizó el presente estudio es un centro

de referencia y concentración nacional, y la atención que se otorga es principalmente a mujeres con embarazos de alto riesgo, se considera más probable encontrar este tipo de patología. El manejo prioritario es realizar la exodoncia como forma preventiva de una potencial broncoaspiración, evitar la limitación en la alimentación y generación de úlceras de Riga-Feder en el paciente pediátrico. Debido a que esta entidad es poco reconocida, es importante que el personal médico y paramédico, conozca de la existencia de la misma y así poder realizar una atención oportuna.

Contribuciones de los autores

Mónica Acosta desarrolló la idea del estudio y escribió el primer y último borrador del manuscrito. Clarisa Rodríguez revisó los expedientes junto con Edgar Mendoza. Beatriz Flores ayudó en la escritura del último borrador, discusión y conclusiones.

Conflictos de interés

Los autores han completado el formulario de declaración de conflictos de intereses del ICMJE y declaran no haber recibido financiamiento para la realización del reporte, no tener relaciones financieras con organizaciones que podrían tener intereses en el artículo publicado en los últimos tres años, y no tener otras relaciones o actividades que podrían influir sobre el contenido publicado.

Referencias

1. Lucas RSE, Medina SCE, Pontigo LAP, Robles BNL, Lara CE, Veras HMA, *et al.* Dientes natales y neonatales: una revisión de la literatura. *Pediatr.* 2017; 44(1): 62–70. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/ped/v44n1/1683-9803-ped-44-01-00062.pdf>
2. Fierro MC, Bravo RL, Torres CF, Álvarez HC, Pérez FMA. Dientes natales, Revisión bibliográfica y caso clínico. *Int J. Odontostomat.* 2010; 4(2): 105–110. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-381X2010000200001>
3. Teja AE, Durán GLA, Zurita BYE. Dientes natales y neonatales. *Acta Pediatr Mex.* 2011; 32(6): 351–352. Disponible en: <https://redalyc.org/pdf/4236/423640334007.pdf>
4. Chicurel RN, Guerrero SC, Robles AMS. Manejo de los dientes natales y neonatales. Reporte de dos casos. *Rev ADM.* 2016; 73(2): 92–95. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2016/od162h.pdf>
5. Suárez HM, Pausa CM, Valdés AR. Diente natal. *Rev Cubana Estom.* 2014; 51(3): 430–434. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/pdf/est/v51n4/est07414.pdf>

6. Massler M, Savara BS. Natal and neonatal teeth: a review of 24 cases reported in the literature. *J Pediatr*. 1950; 36(3): 349–359. [https://doi.org/10.1016/S0022-3476\(50\)80105-1](https://doi.org/10.1016/S0022-3476(50)80105-1)
7. Kates GA, Needleman HL, Holmes LB. Natal and neonatal teeth: a clinical study. *J Am Dent Assoc*. 1984; 109(3): 441–443. <https://doi.org/10.14219/jada.archive.1984.0415>
8. Khandelwal V, Nayak UA, Nayak PA, Bafna Y. Management of an infant having natal teeth. *BMJ Case Rep*. 2013; 3: 1–3. <http://dx.doi.org/10.1136/bcr-2013-010049>
9. Moura LF, Moura MS, Lima MD, Lima CC, Dantas-Neta NB, Lopes TS. Natal and neonatal teeth: a review of 23 cases. *J Dent Child (Chic)*. 2014; 81(2): 107–111. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25198955/>
10. Martínez GV. Dientes natales y neonatales. Primera parte. *Act Odont*. 1997; 35(2): 1–10. Disponible en: <https://www.actaodontologica.com/ediciones/1997/2/art-14/>
11. Yared FNFG, Yared KFG. Dentes Natais e Neonatais: Diagnóstico, Decisões de Tratamento e Atenção ao Traumatismo Dental Precoce. *J Brás Odontopediatr Odontol Bebê*. 2002; 5(23): 21–27. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/lil-336161>
12. Diniz MB, Gondim JO, Pansani CA, Lima FCBA. A importância da interação entre odontopediatras e pediatras no manejo de dentes natais e neonatais. *Rev Paul Pediatr*. 2008; 26(5): 64–69. Disponible en: <https://www.scielo.br/j/rpp/a/pBpsCrst5yWztB3qL87bfyN/>
13. Gob.mx. Con más de cinco mil nacimientos anuales en sus instalaciones, Gineco 3 La Raza del IMSS cumple 56 años. Disponible en: <http://www.imss.gob.mx/prensa/archivo/202006/409>
14. Kana A, Markou L, Arhakis A, Kotsanos N. Natal and neonatal teeth: a systematic review of prevalence and management. *Eur J Paediatr Dent*. 2013; 14(1): 27–32. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23597216/>
15. Wang CH, Lin YT, Lin YJ. A survey of natal and neonatal teeth in newborn infants. *J Formos Med Assoc*. 2017; 116(3): 193–196. <https://doi.org/10.1016/j.jfma.2016.03.009>
16. Cunha RF, Boer FA, Torriani DD, Frossard WT. Natal and neonatal teeth: review of the literature. *Pediatr Dent*. 2001; 23(2): 158–162. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/11340731/>
17. Alaluusua S, Kiviranta H, Leppäniemi A, Hölttä P, Lukinmaa PL, Lope L, et al. Natal and neonatal teeth in relation to environmental toxicants. *Pediatr Res*. 2002; 52(5): 652–655. <https://doi.org/10.1203/00006450-200211000-00008>

18. El Khatib K, Abouchadi A, Nassih M, Rzin A, Jidal B, Danino A, *et al*. Natal teeth: apropos of five cases. *Rev Stomatol Chir Maxillofac*. 2005; 106(6): 325–327. [https://doi.org/10.1016/S0035-1768\(05\)86054-1](https://doi.org/10.1016/S0035-1768(05)86054-1)
19. Freudenberg S, Santos Díaz MÁ, Bravo JM, Sedano HO. Intraoral findings and other developmental conditions in Mexican neonates. *J Dent Child*. 2008; 75(3): 280–286. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19040815/>
20. Zhu J, King D. Natal and neonatal teeth. *ASDC J Dent Child* 1995; 62(2): 123–128. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/7608370/>
21. Chow MH. Natal and neonatal teeth. *J Am Dent Assoc* 1980; 100(2): 215–216. <https://doi.org/10.14219/jada.archive.1980.0061>
22. Dymont H, Anderson R, Humphrey J, Chase I. Residual Neonatal Teeth: A Case Report. *J Can Dent Assoc*. 2005; 71(6): 394–397. Disponible en: <http://www.cda-adc.ca/jcda/vol-71/issue-6/394.html>
23. Kadam M, Kadam D, Bhandary S, Hukkeri RY. Natal and neonatal teeth among cleft lip and palate infants. *Natl J Maxillofac Surg*. 2013; 4(1): 73–76. <https://doi.org/10.4103/0975-5950.117883>

Sospechando de la monstruosidad en el otro desde el pensamiento abismal y la subalternidad. Una mirada desde la discapacidad y la disciplina odontológica

Rocío Andrea Barbosa–Orjuela 1

Suspecting the monstrosity in the other from abysmal thinking and subalternity. A look from disability and dental discipline

RESUMEN

Introducción: este ensayo surge de la reflexión sobre el quehacer de la práctica odontológica en el cuidado-atención de la salud bucal en las personas con discapacidad, y la influencia del modelo disciplinar en esta interacción. Se considera pertinente este abordaje, teniendo en cuenta los imaginarios colectivos de los que siguen siendo protagonistas las personas con discapacidad y su asociación con el aspecto monstruoso.

Objetivo: poner en el contexto de la duda las prácticas disciplinares de la odontología con respecto a las personas con discapacidad, cuestionando su enfoque y utilizando, para ello, la categoría de la sospecha propuesta por Foucault como punto de partida.

Método: el texto expuesto es un ensayo reflexivo y crítico, en el que se discute la atención-cuidado en la práctica odontológica con las personas con discapacidad, bajo las categorías del modelo disciplinar, la teoría de la sospecha, el pensamiento abismal y la subalternidad, con sus correspondientes autores. Esto posibilita una reflexión profunda sobre esta temática.

Conclusiones: la medicina y sus afines como la odontología son ciencias disciplinares, están soportadas fijamente en el icono significativo de la academia científica, por ello, es necesario reflexionar sobre la práctica propia de la odontología y su hacer disciplinar. Si bien, estos conocimientos han sido oficializados, niegan en su esencia otros conocimientos, pero, si la condición es tratar al ser humano en su totalidad y con sus diferentes condiciones, se debe considerar en el proceso el uso de conocimiento proveniente de otros saberes o formas de leer las realidades.

Palabras clave: monstruosidad; discapacidad; ciencias médicas; odontología; teoría de la sospecha.

ABSTRACT

Introduction: This essay emerges from the reflection of a dental professional who is also trained in other areas of knowledge. It explores the role, significance, and actions of dentists in providing oral health care for individuals with disabilities, who are often still stigmatized in societal perception. Additionally, it examines how the disciplinary model of dentistry influences interactions in this context. **Objective:** The objective of this essay is to question and provide support for the theory of "Suspicion" regarding the disciplinary model of dentistry and its approach to caring for individuals with disabilities. **Method:** This essay presents a reflective and critical analysis of the issue of dental care for people with disabilities, employing the categories of the disciplinary model, the theory of suspicion, abysmal thinking, and subalternity along with their respective authors. This approach allows for a more profound reflection on the subject matter. **Conclusions:** Medicine, including dentistry, is a disciplinary science that heavily relies on the esteemed symbol of scientific academia. It is crucial, however, to critically examine the practice of dentistry and its disciplinary nature. While this knowledge has been formalized, it often disregards other forms of knowledge. Yet, when treating individuals holistically, considering their diverse conditions, it becomes imperative to incorporate different knowledge systems and ways of interpreting realities into the process.

Key words: Monstrosity; Disability; Medical Sciences; Dentistry; Suspicion.

1. Odontóloga. Especialista en Salud Familiar y Comunitaria. Magíster en Educación Especial. Magíster en Educación de los Derechos Humanos. Candidata a maestra en Estudios Sociales y Culturales. Docente, Facultad de Odontología, Universidad El Bosque. Bogotá, Colombia.

Contacto: rbarbosao@unbosque.edu.co

 <https://orcid.org/0000-0003-1645-7964>

CITACIÓN SUGERIDA:

Barbosa–Orjuela RA. Sospechando de la monstruosidad en el otro desde el pensamiento abismal y la subalternidad. Una mirada desde la discapacidad y la disciplina odontológica. *Acta Odontol. Col.* 2023; 13(2): 67-76. <https://doi.org/10.15446/aoc.v13n2.109513>

 <https://doi.org/10.15446/aoc.v13n2.109513>

Recibido

14/05/2023

Aprobado

23/06/2023

Publicado

04/07/2023

Una introducción a la monstruosidad

“Las alteraciones de la vida no son ni mucho menos tantas como las de los sentimientos humanos. Durante casi dos años había trabajado infatigablemente con el único propósito de infundir vida en un cuerpo inerte. Para ello me había privado de descanso y de salud. Lo había deseado con un fervor que sobrepasaba con mucho la moderación; pero ahora que lo había conseguido, la hermosura del sueño se desvanecía y la repugnancia y el horror me embargaban”; “A la pálida y amarillenta luz de la luna que se filtraba por entre las contraventanas, vi al engendro, al monstruo miserable que había creado. Tenía levantada la cortina de la cama, y sus ojos, si así podían llamarse, me miraban fijamente. Entreabrió la mandíbula y murmuró unos sonidos ininteligibles, a la vez que una mueca arrugaba sus mejillas. Puede que hablara, pero no lo oí. Tendía hacia mí una mano, como si intentara detenerme, pero esquivándola me precipité escaleras abajo”; “¡Monstruo odiado! ¡Infame asesino! Los tormentos del infierno serán un castigo demasiado benévolo para tus crímenes. ¡Demonio inmundo! ¿Me reprochas que te haya creado? ¡Pues, bien, acércate y extinguiré el brillo de la vida que, en mi locura, supe alumbrar en ti!” (1).

Este ensayo surge de las reflexiones profesionales de la autora gracias a su formación en la disciplina de la odontología y sus estudios de posgrado en ciencias sociales, los cuales han posibilitado otras miradas desde el conocimiento científico. En su práctica clínica, labor social y como formadora en el ámbito de la salud, se enfoca en personas con discapacidad, aquellas llamadas y vistas en el imaginario como raros y monstruos, dicho de otra forma, quienes suelen ser estigmatizadas y consideradas como diferentes en el imaginario colectivo.

El concepto de “monstruo” desafía la realidad moderna, donde todo tiende a ser categorizado con el fin de controlar y ajustarse a un mundo pre-establecido por “nosotros”. Estos “otros” deben ser ocultados, controlados o rehabilitados para encajar en esta sociedad orientada hacia la productividad. Son precisamente estas personas, los “otros”, los considerados raros o personas con discapacidad, con quienes la autora ha trabajado durante varios años y sobre quienes desea reflexionar en este proceso de formación.

Siendo odontóloga y profesora, formada dentro de las disciplinas modernas y el pensamiento cartesiano, la autora ha comprendido que sus técnicas no transforman a los individuos ni a la realidad en la que vivimos. Por esta razón, busca encontrar otras respuestas, espacios de reflexión y comprender el presente, su propio trabajo y las dinámicas presentes en la cotidianidad, tanto la suya como la de aquellos con quienes interactúa. Se refiere a aquellos a quienes silenciamos, invisibilizamos y aquellos que hablan (o gritan), pero no son escuchados debido a su condición de rareza, monstruosidad o por ser diferentes.

En ese sentido, el presente ensayo busca comprender los espacios naturales de las prácticas docentes y odontológicas de la autora con esos “otros”, las personas con discapacidad, quienes son percibidas como “raras”, “monstruos” o seres contruados con partes de otros, como se describe en la obra de Shelley, Frankenstein. Estas personas hablan, pero no son escuchadas, y a menudo no se comprende su lenguaje ni sus pensamientos, si es que se considera que pueden pensar, ya que se les atribuye la incapacidad de hacerlo. Paradójicamente, al igual que Víctor en Frankenstein, deseamos hacer desaparecer a estos “monstruos” para mantener la estabilidad de nuestras realidades.

Ante esto, la autora propone diversos interrogantes: ¿Cómo son consideradas las personas con discapacidad en este mundo moderno?, ¿cómo son consideradas en el espacio donde me desenvuelvo?, ¿son mis prácticas y mi quehacer propio un dispositivo más aplicado a ellos por mis prácticas disciplinares?, entre otros. Por tanto, el objetivo de este texto reflexivo es poner en el contexto de la duda las prácticas disciplinares de la odontología con respecto a las personas con discapacidad, cuestionando su enfoque y utilizando, para ello, la categoría de la sospecha propuesta por Foucault como punto de partida.

Los monstruos son anormales y deben ser curados, curados en su pensamiento, curados en sus cuerpos, curados en sus anormalidades

El arte de curar se ha usado por los seres humanos desde antes de la prehistoria, a través del uso de plantas medicinales, el cuidado, la sanación, los rezos, el uso de sangrías y el equilibrio de los humores, entre otras muchas prácticas ancestrales. Gracias a estos conocimientos aplicados han sido sanadas y reconfortadas en sus sufrimientos o padecimientos las personas (2).

Empero, del advenimiento del mundo moderno llega el método científico del cual deriva la concepción del conocimiento como único y universal, de este surge la medicina y sus derivados en las ciencias médicas, que se soportan como disciplina en el método clínico. Entonces, las ciencias médicas, y en específico la medicina, son disciplinas de la edad moderna de las que nadie se atreve a dudar, en tanto se esbozan como ciencias que soportan su legitimidad en el método y su conocimiento moderno único, como verdad absoluta (3).

La medicina en el método científico: las ciencias médicas y la medicina específicamente basan sus relaciones y análisis en un determinismo biológico que soporta sus bases en el positivismo. Desde mediados de siglo XIX, a través del método experimental o científico se soportaron todos los saberes aceptados socialmente (3). Newton con la representación mecanicista de la naturaleza y el paradigma científico para llegar a la única verdad, Darwin con el origen de las especies que respondía a la ley natural de carácter universal y Descartes, con su teoría cartesiana para explicar los fenómenos naturales en términos mecánicos; todos ellos soportaron el pensamiento científico universal (4).

Desde otro punto de vista, Paul Ricoeur esboza la posibilidad crítica de leer la ciencia y el conocimiento a través de los maestros de la teoría de la sospecha, representada por el pensamiento de Marx, Nietzsche y Freud. Estos tres autores esbozan que existe la posibilidad de una falsa percepción de la realidad, pero, también la posibilidad de esbozar otra verdad o realidad denominada utopía (5).

Así, el propósito de este ensayo es cuestionar y apoyarse en la teoría de la Sospecha y duda de las ciencias médicas como realidad o verdad. Existen dos posibilidades para abordar este propósito. Por un lado, se plantea la idea de que las ciencias médicas, incluyendo la medicina y disciplinas afines como la odontología, se fundamentan firmemente en la verdad del ser humano y sus técnicas son adecuadas para mejorar la vida de las personas. Los problemas y desafíos que se enfrentan son resultado de las interacciones humanas y sus causas sociales, y no están relacionados con la técnica misma de las ciencias médicas. Por otro lado, se plantea la hipótesis de que las ciencias, al negar otros conocimientos, también niegan otras realidades. En este sentido, muchas enfermedades o situaciones que experimentan los seres humanos no pueden ser abordadas únicamente desde el pensamiento científico y la ayuda técnica de las ciencias médicas.

Para soportar este análisis y reflexión, inicialmente se establece una relación dialógica con autores como Kant, a través de sus postulados sobre la Ilustración en los que propone la “emancipación de pensamiento y conocimientos como un peligro extremo para los tutores que puede llegar a acabar la opresión política y económica que se vive” (6). Por otro lado, se dialoga con Nietzsche mediante su planteamiento sobre la verdad como una invención humana (7). Y, por último, se hace referencia a Foucault y a su obra “Nietzsche, Freud y Marx”, en la que presenta la duda de estos autores desde una perspectiva interpretativa, siendo el lenguaje la forma en la que se plantea el protagonismo de la duda (7); además, la duda se plantea en sospechar de los únicos conocimientos planteados como certeros, ellos plantean la posibilidad de otras verdades, otras interpretaciones de las cosas; la duda sobre lo esbozado siempre debe estar, el conocimiento siempre debe ser sospechoso de certeza y totalidad.

Adicionalmente, Foucault aborda en sus obras “El sujeto y el poder” (8), “El nacimiento de la clínica” (9) y “Los anormales” (10), entre otros textos, la explicación de las relaciones de poder que originaron la forma moderna de abordar la enfermedad y lo considerado como anormal con el fin de controlar a las sociedades. Sin embargo, en la realidad, las condiciones de los seres humanos continúan marcadas por sus sufrimientos y dolores, los cuales surgen tanto en el cuerpo como en el pensamiento humano. En este sentido, la medicina y sus disciplinas afines aún no han logrado encontrar una manera de mejorar las condiciones de vida y salud de las personas.

Y entonces, es necesario sospechar

La sospecha en las prácticas médicas: como se ha referido antes, el conocimiento no es único y universal. Existen múltiples conocimientos y muchos de ellos no son soportados en los métodos científicos, por ende, no tienen legitimidad en el mundo moderno.

Un ejemplo, son los conocimientos ancestrales que anteceden el desarrollo de la medicina como la conocemos y que reconocen las propiedades curativas y medicinales de las plantas. En esta misma perspectiva, existen, además, multiplicidad de prácticas que alivian los padecimientos de las personas y son usadas por diferentes colectivos alrededor del mundo con resultados favorables para todos. Es así que, es imprescindible destacar que en la época moderna se establecieron disciplinas para dirigir y monopolizar las prácticas de salud, ignorando otros tipos de conocimientos que han empleado saberes ancestrales para curar y aliviar enfermedades en las sociedades.

Según Foucault en su obra "Vigilar y castigar" (11), la disciplina forma parte de la microfísica del poder, donde el cuerpo se encuentra inmerso en un campo político en el que las relaciones de poder sobre él permiten su control. Este control se convierte en una fuerza útil para someterlo. Foucault denomina "disciplina" a los métodos que permiten un control minucioso de las operaciones del cuerpo, generando una sujeción-sumisión y el ejercicio de libertades por parte del propio sujeto, estableciendo así una relación de sumisión-utilidad. En el ámbito médico, estas prácticas se llevan a cabo mediante la disciplina médica, que actúa como biopoder. Esta "anatomía política" es una mecánica del poder que ejerce una coerción disciplinaria sobre los cuerpos (los pacientes) y se extiende a toda la sociedad. Por tanto, el ejercicio del poder como micropoder en las prácticas médicas nos permite sospechar de ellas mismas, de sus disciplinas y de los paradigmas que las soportan.

Contextualizando la sospecha: La sospecha en el conocimiento científico, único y universal soporta sus prácticas en legitimaciones a través de los métodos científicos reconocidos que se enfrenta cultural y socialmente a otro tipo de conocimientos, que no permiten que sean universalizados y de uso público.

Para el caso de la discapacidad cognitiva-intelectual y el trastorno del espectro autista (TEA), como condición, en muchos de los casos no es clara su fundamentación y causa científica con certeza. En la actualidad, estos casos se tratan exclusivamente desde las ciencias médicas y algunos pocos desde la disciplina de la educación. Pero, muchas de estas condiciones solo empeoran, como respuesta al uso de métodos y acciones disciplinarias que coartan y conductualizan el accionar de los sujetos a través de técnicas restrictivas y normalizadoras.

Sin embargo, desde otras áreas del conocimiento (artes, corporalidades) están surgiendo propuestas que reconocen las personas desde su diferencia, sus posibilidades y procesos de relacionamiento y vivir socialmente. Pero las ciencias legitimadas no las reconocen, situación que por tanto coarta plantearse popularmente como posibilidad de accionar con estas personas. Se sospecha de estas otras técnicas y herramientas de abordaje, se plantean como acciones no legítimas, no científicas; la propuesta en este punto es también sospechar, sospechar de lo legítimo, científico y certero.

Sospechar como acto político: el conocimiento moderno se presenta como único y las prácticas médicas ejercen dispositivos biopolíticos a través de micro poderes inheren-

tes a sus técnicas y relaciones de poder (7). Estas prácticas, sustentadas en la racionalidad humana, están siendo cuestionadas. Además, existen elementos sociales, ideológicos y económicos que utilizan dispositivos de poder (7) para configurar escenarios donde puedan dirigir el curso del mundo y sus relaciones, imponiendo la racionalidad científica como legítima y negando otros tipos de conocimiento, realidades y posibilidades de vida.

En este contexto, Foucault nos invita, por un lado, a dudar y sospechar, renunciando a reconocer un único tipo de pensamiento y abriendo espacio para reconocer otras prácticas de conocimiento que han sido reprimidas por las relaciones de poder. Por otro lado, nos propone analizar las prácticas desde las relaciones de poder y conocimiento, ya que están directamente implicadas en las relaciones de la modernidad (8). En la modernidad, el conocimiento se sustenta en el método, reproducido por las disciplinas y dirigido como ejercicio de poder. Un claro ejemplo de esto son las instituciones educativas contemporáneas y el proceso de disciplinamiento, que reproducen un único conocimiento científico legitimado, sin reconocer otros tipos de saberes.

Como práctica, es posible acudir a la sospecha como un acto político, cuestionando las prácticas y ejercicios que nos ofrecen las ciencias médicas modernas. Debemos liberar nuestros cuerpos de estos mecanismos de control y coerción, abrir los ojos a otras posibilidades, otros mundos y otros paradigmas, actuando como sujetos libres y autónomos, proponiendo otros ejercicios políticos de rebeldía y revolución.

Sospechar y esbozar el pensamiento abismal

El conocimiento moderno, plantea Boaventura de Sousa (12), concede a la ciencia moderna la distinción universal de tener el monopolio entre lo verdadero y lo falso, en detrimento a otros cuerpos alternativos de pensamiento. La discapacidad se presenta, entonces, de diversas formas; en algunos es una situación de limitación física, en otros, una forma de limitación de interacción. Desde la ciencia moderna esta última, se plantea como una forma de limitación de pensamiento, comunicación y cognición.

No obstante, el planteamiento de este documento es proponer que esa forma de cognición en las personas llamadas “con discapacidad intelectual o cognitiva” es un tipo de pensamiento abismal desde el cual se excluye al otro, por no entender sus dialectos y forma de comunicación. De este modo, al no entender al otro se le invisibiliza, excluye y se le intenta disciplinar, que, para el caso propuesto en este documento, se refiere a la rehabilitación, el control y la modulación de sus comportamientos, con el fin de generar una regulación social.

El planteamiento, entonces, es la dinámica de unas distinciones visibles que estructuran la realidad social en este lado de la línea, que para el caso propuesto son las personas normotípicas y que están diferenciadas notablemente de ese “otro lado de la línea” representada en las personas con discapacidad cognitiva o intelectual que se les da una categoría de invisibilidad de la distinción, esta invisibilización puede estar dada por la inten-

sión de controlar, modular o rehabilitarles. Ese “otro lado de la línea” percutido por unas formas de pensamiento y estructura cognitiva diferentes a las planteadas por el mundo moderno y que no son reconocidas socialmente.

El planteamiento consiste en analizar las dinámicas de las distinciones visibles que estructuran la realidad social en dos grupos: aquellos considerados “normotípicos” y claramente diferenciados de aquellos del otro lado de la línea, que representan a las personas con discapacidad cognitiva o intelectual. Estas últimas suelen ser invisibilizadas y se les otorga una categoría de distinción invisible, posiblemente con la intención de controlar, modular o rehabilitar sus características. El otro lado de la línea está marcado por formas de pensamiento y estructuras cognitivas diferentes a las que propone el mundo moderno, pero que no son reconocidas socialmente.

La cuestión del subalterno y la reproducción de los intelectuales

Para Spivak (13), los intelectuales son los que diagnostican la episteme del problema y la reproducen en los prisioneros, soldados, y alumnos. En referencia al análisis de este texto, la discapacidad se entiende, en el marco hegemónico de la ciencia moderna y la estructura del pensamiento moderno, como un modelo biomédico en el cual la limitación o restricción producida por la condición discapacitante debe tender a ser normalizada o rehabilitada para intentar potenciar su posibilidad de funcionalidad (14). Es en este sentido que se reproduce el concepto de discapacidad en los espacios formativos de profesionales de la salud y afines. En consecuencia, desde la llamada “intelectualidad” moderna e institucionalizada se potencian las formas de control y modulación de las personas con discapacidad en las prácticas propias disciplinares.

Por lo tanto, la discapacidad, las personas con discapacidad y los estudiantes que se forman para brindar atención a esta población son considerados subalternos. Aquí, la discapacidad es nuevamente considerada por el pensamiento moderno como una condición que ubica al “otro” por debajo y con un rango menor con respecto a los otros. Este “otro” se convierte entonces en un subalterno, y esta concepción se reproduce en la institucionalidad de la formación de profesionales de la salud, quienes perpetúan la noción de qué es la discapacidad y cómo deben ser considerados, rehabilitados, modulados y controlados.

La disciplina odontológica como práctica de poder y normalización

La palabra “oclusión” se refiere a cerrar u obstruir; en el ámbito de la odontología se usa para aludir a la alineación de los dientes superiores e inferiores al cerrar la boca. Sin embargo, en este contexto se narra lo ocurrido durante una clase teórica impartida por una compañera profesora de la autora a estudiantes de IX semestre. La profesora, experta en el tema, les explicaba cómo debería ser la oclusión en las personas para lograr una “oclusión funcional”. Esta oclusión se describe detalladamente en libros, textos y artículos, y se establecen criterios precisos sobre cómo debería ser. Se describe en función

del conocimiento científico legitimado y se especifica cómo debería ser para cumplir con los parámetros de normalidad. Según la odontología, se considera anormal si cada diente y cada pequeña superficie de los dientes no se tocan de manera precisa al cerrar la boca, lo que supuestamente puede generar alteraciones y molestias en la cavidad oral. Sin embargo, la discusión aquí no radica en ese conocimiento, sino en cómo la disciplina odontológica moldea el pensamiento de manera lineal y cómo, a través de la formación profesional, se moldea el pensamiento de los futuros odontólogos para que todo gire en torno a la dicotomía de normalidad/anormalidad, equilibrio/desequilibrio, agradable/desagradable y las estéticas hegemónicas. Además, queda claro que lo que no es considerado normal debe ser normalizado mediante prácticas discursivas que se materializan en las estéticas hegemónicas promovidas por las ciencias, y se hacen visibles a través de los procedimientos restaurativos y rehabilitadores de la odontología y las ciencias médicas y sociales.

Al reflexionar, la autora reconoce el lugar de la problemática que ha identificado para su propuesta de investigación, esta es: la influencia de la disciplina, las ciencias y el conocimiento en el dictamen odontológico. Este problema se relaciona con la visión cartesiana y positivista de la ciencia, en tanto, si de esta forma se aprecian los dientes y la boca, asimismo se valoran a las personas, dicho de otro modo, si sus cuerpos y mentes no se ajustan a la norma, sentimos la necesidad como sociedad de normalizarlos. Esta idea de normalidad está estrechamente ligada a la percepción de la estética cartesiana y, como consecuencia, influye en el trato hacia los otros. El proceso de disciplinamiento al que somos sometidos como profesionales a lo largo de nuestras vidas nos impide ver al otro diferente como una persona, y si no se considera persona, se convierte en un objeto.

De esta manera, la autora enfatiza en que cada profesional durante su práctica ejerce coerción sobre el cuerpo y la mente de las personas, empleando dispositivos y técnicas propias del poder en esta disciplina. La aplicación de la anatomopolítica en un cuerpo y una mente distintos, que se oponen y reaccionan al dispositivo utilizado, forma parte de la micropolítica inherente a la disciplina, la cual se encuentra enmarcada en la macropolítica de los dispositivos discursivos y hegemónicos presentes en los estados y las dinámicas sociales.

En resumen, el pensamiento abismal se manifiesta en aquellos individuos que no se adhieren a un único conocimiento y no interpretan la realidad según la estructura del pensamiento dominante. En el caso mencionado, el pensamiento abismal se encuentra presente en aquellos que no comparten la misma estructura de pensamiento en la que se basa mi propio conocimiento. La persona con discapacidad es considerada subalterna y se le asigna un lugar inferior en relación a mi conocimiento, el cual busca homogeneizar, controlar y modular. De esta manera, perpetúo y reproduzco el conocimiento científico moderno, mientras desconozco e invisibilizo la realidad del "otro" al que no pretendo comprender.

Reflexión final

Desde esta perspectiva, y para concluir, se plantea una práctica contrahegemónica basada en la "Ecología de saberes" (15), que fomente la interacción y la interdependencia entre conocimientos científicos y no científicos. Es fundamental comprender el pensamiento de los "otros" o, al menos, reconocer su existencia. En el caso de las personas con discapacidad, quienes en otros contextos son etiquetados como raros, anormales, monstruos o locos, resulta imperativo escucharlos como sujetos hablantes, prestando atención a sus gritos, exclamaciones y palabras. Debemos reconocer sus conocimientos y estructuras de pensamiento propias, y desechar por completo las prácticas de control, modulación y homogeneización que los empujan hacia la normalidad. Debemos permitir que en todos los espacios de socialización sigan existiendo los "anormales", los Frankenstein, los monstruos, los raros y los "otros". Debemos aspirar a una co-presencia igualitaria y a la incompletitud de cualquier tipo de conocimiento o persona, abarcando toda forma de existencia humana.

Contribuciones de las autoras

RABO, única autora, realizó conceptualización de la idea original, revisión bibliográfica, formulación del objetivo, recolección e integración de la información, redacción del manuscrito, corrección y aprobación de la versión final.

Conflictos de interés

La autora manifiesta que no existe ningún tipo de conflicto de interés. Ningún financiamiento fue recibido para el desarrollo de la presente investigación.

Referencias

1. Shelley M. Frankenstein. New York: Oxford; 1818.
2. Acosta-de la Luz L, Castro-Armas, R. Botánica, biología, composición química y propiedades farmacológicas de *Artemisia annua* L. *Rev Cubana Plant Med.* 2009; 14(4): 1–24. Disponible en: <https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=60588#:~:text=Bot%C3%A1nica%20biolog%C3%ADa%20composici%C3%B3n%20qu%C3%ADmica%20y%20propiedades%20farmacol%C3%B3gicas%20de,Artemisia-%20la%20cual%20incluye%20alrededor%20de%20400%20especies>

3. Cortez–Gallardo V, Macedo–Ceja JP, Hernández–Arroyo M, Arteaga–Aureoles G, Espinosa–Galván D, Rodríguez–Landa JF. Farmacognosia: breve historia de sus orígenes y su relación con las ciencias médicas. *Biomédica*. 2004; 15(2): 123–136. <https://doi.org/10.32776/revbiomed.v15i2.381>
4. Saco JL. Elementos míticos y paradigmas científicos. Acercamiento crítico al mecanicismo de Newton, al Darwinismo ya la Física astronómica. *El Futuro del Pasado*. 2019; 10(2019): 679–694. <https://doi.org/10.14516/fdp.2019.010.001.026>
5. Ricoeur P. La psychanalyse dans le mouvement de la culture conernporaine. En: S. Nach, (ed). *Traite de psychanalyse*. París: Presses Universitaires Francaises; 1963.
6. Torralba F. Los maestros de la sospecha. *Marx, Nietzsche, Freud*. Barcelona: Fragmenta Editorial; 2013.
7. Foucault, M. Nietzsche, Freud, Marx. Barcelona: Anagrama; 1995: 62.
8. Foucault M. El sujeto y el poder. *Rev de Cienc Soc*. 1996; 11(12): 7–19. Disponible en: <https://www.colibri.udelar.edu.uy/jspui/handle/20.500.12008/6800>
9. Foucault. M. El nacimiento de la clínica: una arqueología de la mirada médica. Madrid: Siglo XXI; 1978.
10. Foucault M. Los anormales. Madrid: Ediciones Akal; 2001.
11. Foucault M. Vigilar y castigar. Nacimiento de la prisión. Madrid: Siglo XXI; 2002.
12. De Sousa–Santos B. Más allá del pensamiento abismal: de las líneas globales a una ecología de saberes. En: De Sousa–Santos B. *Epistemologías del sur para un pensamiento alternativo*. Buenos aires: CLACSO; 2014: 21–66.
13. Spivak GC, Giraldo S. ¿Puede hablar el subalterno? *Rev Colomb de Antropol*. 2003; 39(1): 297–364. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105018181010>
14. Jiménez–Buñuales M, González–Diego P, Martín–Moreno JM. La clasificación internacional del funcionamiento de la discapacidad y de la salud (CIF). *Rev Esp Salud Publica*. 2002; 76(4): 271–279. Disponible en: https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000400002
15. Foucault M. Las palabras y las cosas: una arqueología de las ciencias humanas. Madrid: Siglo XXI; 1982.

Trombosis venosa profunda posterior a cirugía ortognática bimaxilar. Reporte de caso

Ivonne María Ponce-Sandoval 1

Ana María Ramos-Vélez 2

Deep vein thrombosis following bimaxillary orthognathic surgery. Case report

RESUMEN

Introducción: la enfermedad trombotica venosa es una de las principales complicaciones mortales en pacientes internados y en pacientes operados. Tiene dos presentaciones: trombosis venosa profunda (TVP) y tromboembolia pulmonar (TEP). La TVP es una afección en la que se desarrolla un coágulo de sangre generalmente en las venas de las piernas. La incidencia del TVP en cirugía maxilofacial ha sido pobremente reportada y se considera poco común. **Objetivo:** describir caso de TVP en una paciente joven a quien se le realizó cirugía ortognática, con el fin de destacar el uso de anticonceptivos no orales como posible factor de riesgo para el desarrollo de esta inusual complicación posterior a una cirugía craneomaxilofacial. **Caso clínico:** paciente femenina de 24 años, con diagnóstico de anomalía dentofacial de clase II, sometida a cirugía ortognática bimaxilar + mentoplastia con antecedente de anticoncepción subcutánea con Etonogestrel 68 mg hace 3 años. El día 10 del postoperatorio asistió a la unidad de urgencias por dolor y edema en miembro inferior izquierdo; se sospecha TVP y se inicia anticoagulación con 1 mg/kg de heparina de bajo peso molecular subcutáneo (HBPM) cada 12 horas. El diagnóstico de TVP fue confirmado por medio de ecografía doppler de miembros inferiores. Posteriormente, a los 7 días del evento, medicina interna suspendió manejo con cumarínico y continuó anticoagulación con Rivaroxaban 20 mg VO cada 24 horas. **Conclusión:** el diagnóstico de TVP debe considerarse en mujeres a quienes se les practica cirugía ortognática y presentan antecedentes de tratamiento con anticonceptivos hormonales, incluidas las formas no orales.

Palabras clave: tromboembolismo; cirugía ortognática; etonogestrel; anticoncepción; complicaciones post-operatorias.

ABSTRACT

Introduction: Venous thrombotic disease is one of the main fatal complications in hospitalized patients and in operated patients. It has two presentations: deep vein thrombosis (DVT) and pulmonary thromboembolism (PTE). DVT is a condition in which a blood clot usually develops in the veins of the legs. The incidence of DVT in maxillofacial surgery has been poorly reported and is considered uncommon. **Objective:** To describe a case of DVT in a young female patient undergoing orthognathic surgery in order to highlight the use of non-oral contraceptives as a possible risk factor for the development of this unusual complication in craneomaxilofacial surgery. **Clinical case:** 24-year-old female patient, diagnosed with class II dentofacial anomaly, underwent bimaxillary orthognathic surgery + mentoplasty with a history of subcutaneous contraception with Etonogestrel 68 mg 3 years ago. On postoperative day 10 she attended the emergency department for pain and edema in the left lower limb, DVT was suspected, and anticoagulation was started with 1 mg/kg of subcutaneous low molecular weight heparin (LMWH) every 12 hours. The diagnosis of DVT was confirmed by lower limb Doppler ultrasound. Subsequently, 7 days after the event, Internal Medicine suspended management with coumarin and continued anticoagulation with Rivaroxaban 20 mg OV every 24 hours. **Conclusion:** Remember that the diagnosis of DVT should be considered in women with a history of recent orthognathic surgery in treatment with hormonal contraceptives, including non-oral forms.

Key words: Thromboembolism; Orthognathic Surgery; Contraceptive Drugs; Contraception; Postoperative complications.

1. Odontóloga. Cirujana Oral y Maxilofacial. Magíster en educación. Profesora Auxiliar. Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.

Contacto: imponces@unal.edu.co

 <https://orcid.org/0000-0002-5187-685X>

2. Odontóloga. Residente IV año Cirugía Oral y Maxilofacial. Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, Colombia.

Contacto: anramosv@unal.edu.co

 <https://orcid.org/0000-0003-0820-0907>

CITACIÓN SUGERIDA:

Ponce-Sandoval IM, Ramos-Vélez AM. Trombosis venosa profunda posterior a cirugía ortognática bimaxilar. Reporte de caso. *Acta Odontol. Col.* 2023; 13(2): 77-86. <https://doi.org/10.15446/aoc.v13n2.104614>

 <https://doi.org/10.15446/aoc.v13n2.104614>

Recibido	Aprobado
04/09/2022	24/03/2023
Publicado	
04/07/2023	

Introducción

El tromboembolismo venoso (TEV) comprende dos entidades clínicas relacionadas: la trombosis venosa profunda (TVP) y el tromboembolismo pulmonar (TEP); es, además, una complicación relativamente común asociada a procedimientos quirúrgicos, trauma o inmovilización prolongada (1). La TVP se desarrolla a partir de la formación de trombos que causan una obstrucción parcial o completa de las vías venosas profundas. Los principales signos asociados a una TVP son edema asimétrico de extremidades inferiores, venas palpables induradas, pérdida de pulso periférico, fiebre y malestar general junto con eritema y aumento de calor local de la zona afectada (1, 2). El riesgo de TVP aumenta con la edad, en una proporción de 1,9 por cada 10 años, otros factores que aumentan el riesgo de TVP incluyen trauma (13 veces), cirugía (6 a 22 veces), cáncer (5 veces) y uso de anticonceptivos orales (2 a 4 veces).

La posible ocurrencia de TEV en postoperatorios de cirugía craneofacial (CCF) aumenta significativamente en los adultos y ancianos con enfermedades cardiovasculares, obesidad y malignidad. Sin embargo, incluso en esos casos de alto riesgo, la incidencia de TEV postoperatoria sigue siendo relativamente baja después de una CCF (3). El riesgo de TEV en mujeres en edad fértil es bastante bajo, alrededor de 2 a 5 mujeres por cada 10.000 al año, pero, las mujeres que utilizan anticonceptivos hormonales, tienen aproximadamente cuatro veces más probabilidades de desarrollar TEV, dicho riesgo es similar entre las usuarias de anticonceptivos intravaginales, transdérmicos y orales (4). De acuerdo con lo anterior, el objetivo del presente reporte es describir un caso de TVP en una paciente a quien se le realizó cirugía ortognática, destacando la importancia de investigar los factores de riesgo asociados al uso de anticonceptivos no orales en esta inusual complicación posterior a la cirugía.

Presentación del caso

Paciente femenina de 24 años, con antecedente de Anomalía dentofacial (ADF) clase II (Figura 1), a quien se le realizó cirugía ortognática bimaxilar + mentoplastia en junio de 2022 en la clínica infantil Santa María del Lago en la ciudad de Bogotá, Colombia. Se realizó inducción anestésica con Propofol 80 mg intravenoso (IV), Lidocaína 60 mg IV, Rocuronio 30 mg IV, Dexametasona 8 mg IV.

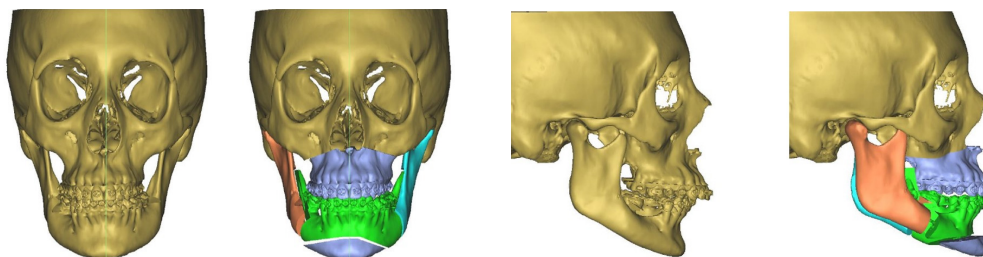
Se inició procedimiento con incisión en mucosa vestibular maxilar bilateral, disección mucoperióstica, osteotomía Le Fort I bilateral con piezo eléctrico, osteotomía de septum óseo nasal y apófisis pterigoides con cinces; se efectuó down-fracture del maxilar superior y se remodeló piso de fosas nasales y apófisis piriformes, con ascenso anterior de 3 mm más avance de 2.4 mm conforme a planeación virtual tridimensional (Figura 2). Se procedió a realizar fijación del maxilar superior con osteosíntesis con cuatro microplacas, fijación de septum y bases alares con poliglactina 910 (recubierta) 1-0, cierre mucoso con poliglactina 910 (recubierta) 3-0; se retiró fijación intermaxilar y se verificó oclusión intermedia, según planeación virtual.

Figura 1. Fotografías extraorales.



Fuente: Archivo consulta Dra. Ivonne Ponce.

Figura 2. Planeación virtual tridimensional.



Fuente: Archivos exportados del software ProPlan CMF® (Materialise, Leuven, Belgium).

En un segundo momento de la cirugía, se confeccionó osteotomía sagital de rama mandibular bilateral de la siguiente manera: se empezó con incisión en rama ascendente del maxilar inferior bilateral, osteotomía sagital con piezo surgery, se colocó férula intermedia, logrando avance de 7 mm para lado derecho y de 5.5 mm en el lado izquierdo. Posteriormente, se posicionó y fijó material de osteosíntesis con dos placas con puente mediano derecha (2 placas) e izquierda (2 placas), se colocó injerto óseo en espacios mandibulares tipo flex de 2.5 x 5 mm. Se cerraron abordajes quirúrgicos con sutura poliglactina 910 (recubierta) 3-0 bilateral. Por último, se diseñó osteotomía del mentón con avance de 6 mm, con rotación de 1.5 mm a la derecha y descenso derecho de 2 mm, fijación con placa de paulus, cierre por planos poliglactina 910 (recubierta) 3.0.

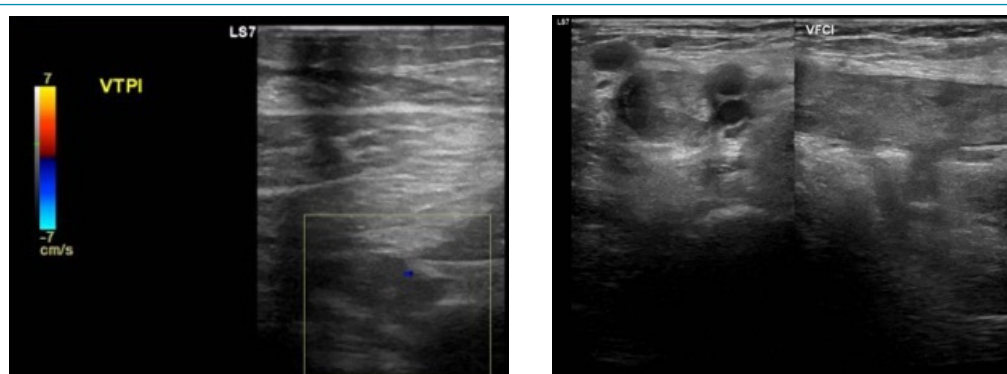
Los medicamentos administrados durante el procedimiento se describen a continuación: Lactato de ringer 1500 mL IV a 37°C, Ácido tranexámico 1 g IV, Ketorolaco 30 mg IV, Ketamina 15 mg + 10 mg a las 15:00 + 10 mg IV, Tramadol 50 mg IV, Hidromorfona 0.3 mg + 0.3 mg, Ondansetron 4 mg y Paracetamol 1 g IV titulado. Las pérdidas sanguíneas totales fueron de 400 ml. El procedimiento terminó posterior a 5 horas, sin complicaciones; la paciente quedó bajo vigilancia clínica hospitalaria por 3 días, por pobre modulación del dolor. Se determinó egreso al día tres post cirugía por evolución satisfactoria con tolerancia a la vía oral y adecuada modulación del dolor. En el primer control al día ocho, post

cirugía, la paciente negó al interrogatorio dolor, refirió disestesia en región submental y labial inferior. Se citó a control nuevamente a los ocho días.

El día 10 del postoperatorio asistió a la unidad de Urgencias refiriendo dolor en miembro inferior izquierdo, con edema de tejidos blandos del muslo y pierna. Por sospecha de TVP iniciaron anticoagulación con HBPM (1 mg/kg) subcutáneo cada 12 horas. El diagnóstico fue confirmado por medio de ecografía doppler de miembros inferiores (Figura 3), con ausencia de flujo, asociado a pérdida de la compresibilidad y aumento del diámetro transversal de la vena ilíaca externa, vena femoral, vena femoral profunda, vena poplítea, vena tibial posterior, y peronea, por presencia de material hipoeoico en su interior que ocupa la totalidad de la luz de los vasos. A la exploración con color el flujo es normal, con fasci-
dad respiratoria conservada. Se inició por parte de especialista en el servicio de urgencias (emergenciólogo), manejo con Warfarina 5 mg VO cada 24 horas, y se remitió a manejo definitivo por consulta externa con el servicio de medicina interna. Al ser valorada la paciente por medicina interna, al día siete del evento, se le suspendió manejo con cumarínico y se continuó anticoagulación con Rivaroxabán 15 mg VO cada 12 horas durante 21 días, posteriormente 20 mg VO cada 24 horas, por seis meses.

Más adelante, en la paciente se observa una evolución de mejoría y resolución del TVP, para lo cual fue indispensable mantener los controles cada mes con medicina interna que, en conjunto con servicio de ginecología, suspendieron anticoncepción con etonogestrel implante subdérmico a los 15 días de la complicación postoperatoria. Con relación a la cirugía ortognática, la evolución a inicios de junio de 2023 es a la mejoría y actualmente continúa en ortodoncia postquirúrgica.

Figura 3. Ecografía doppler de miembros inferiores.



Fuente: Imágenes diagnósticas Colsanitas.

Consideraciones éticas

Para este reporte de caso, se garantizó el respeto a la dignidad de la persona, basado en un enfoque integral y humanista desde la preparación de la cirugía, donde se informó y explicó detalladamente las posibles complicaciones post cirugía. De igual forma, se siguió

el protocolo del comité de ética establecido por Clínica Colsanitas, donde se obtuvo la aprobación por parte del asesor metodológico una vez culminó el proceso de solicitud para el reporte de caso, mediante cartas dirigidas a la unidad de investigación y al presidente de comité de ética de la institución. Así mismo, la paciente firmó un consentimiento informado con previa lectura, explicación y entendimiento, en el que aceptó el uso de sus datos clínicos para la publicación de este reporte, asegurando, en todo momento el anonimato de los mismos.

Discusión

La trombosis venosa profunda (TVP) está causada principalmente por la obstrucción del flujo sanguíneo en las venas profundas de los miembros inferiores. Es una forma de tromboflebitis y puede ser una causa importante de morbilidad y mortalidad en pacientes hospitalizados (1, 2, 4, 5). Tres componentes principales están relacionados con el proceso de trombogénesis: estasis venosa, daño endotelial e hipercoagulabilidad. Esta tríada fue descrita por Virchow en 1846 y 10 años después se añadió, como cuarto componente el estado fibrinolítico del paciente (1, 2). Muchos de los episodios de TEV pueden ser asintomáticos, pudiendo retrasar el diagnóstico hasta etapas más avanzadas y por lo tanto, subestimada la real incidencia de TVP (1–3, 5). El TEV es la segunda complicación médica más frecuente, la segunda causa de permanencia hospitalaria y la tercera causa de muerte e incremento de costos hospitalarios (3).

Los signos y síntomas clínicos del TEV son: dolor, hinchazón, calor, sensibilidad y eritema de la piel de la pierna, la pantorrilla o el brazo, así como rigidez muscular, linfangitis, fiebre y malestar general (1, 3, 5). Teniendo en cuenta que los signos y síntomas del TEV se solapan con muchas otras afecciones, es necesario realizar pruebas específicas para descartar otras posibilidades y confirmar el diagnóstico (1, 2, 5). Estas pruebas pueden incluir análisis del dímero D, la ecografía doppler y la resonancia magnética (RM) (4, 5).

Los hallazgos de la ecografía doppler mostraron alteración de la topografía anatómica y hemodinámica de la circulación venosa de las extremidades inferiores en tiempo real, con lo cual se confirmó el diagnóstico de TVP en la paciente del presente reporte de caso. En una ecografía doppler, una vena sana es totalmente colapsable, y, por otro lado, una vena que está trombosada, tiene una compresibilidad incompleta o nula, y tiene la presencia de contenido ecogénico intraluminal (6).

La cirugía ortognática es un procedimiento electivo que se realiza en su mayoría en pacientes sanos, por lo que complicaciones como el TEV son poco frecuentes, existiendo en la literatura evidencia limitada respecto a la real incidencia de TEV y TEP en pacientes que se someten a una cirugía maxilofacial (3, 5).

En un estudio realizado en 2014 en el Departamento de Cirugía Oral y Maxilofacial del Centro Médico Académico de Amsterdam en 4127 pacientes tratados con cirugía ortog-

nática y distracción osteogénica para corrección de ADF, se encontró que la incidencia global de TEV tras una cirugía ortognática es baja. Al respecto, se concluyó que al ser tan infrecuente entre estos pacientes, podría ser aconsejable limitar el uso de la trombo profilaxis en aquellos caracterizados con un alto riesgo o según las guías de manejo de cada hospital (5).

Ahora bien, sobre los factores de riesgo que inciden en el desarrollo de estas complicaciones se encuentran: la prolongación del tiempo quirúrgico, días de estancia hospitalaria y la inmovilización del paciente (1, 5). Es así como cualquier cirugía importante (ortopédica/torácica/abdominal) que dure más de 30 minutos bajo anestesia general se convierte en un factor de riesgo de TEV (1, 2, 5). La incidencia del TEV es de 4 a 7 veces mayor entre los pacientes con cáncer, dependiendo del tipo y el estadio del cáncer (1–5).

También, se ha reportado que las mujeres que utilizan anticonceptivos hormonales son aproximadamente 4 veces más propensas a desarrollar tromboembolismo venoso, en comparación con las mujeres a las que no se les prescribe anticoncepción hormonal (7,8). Los estudios indican que la asociación entre la anticoncepción hormonal y un mayor riesgo de tromboembolismo se debe a la alteración de los factores procoagulantes y de las proteínas anticoagulantes endógenas (7–9). De esta forma, el riesgo de TEV al usar los anticonceptivos hormonales combinados (AHC) es mayor en el primer año de uso (ratio 4,1 en los primeros 3 meses y 2,1 en los primeros 12 meses, pero sigue siendo elevado 1,9 a los 4 años) (7, 8).

Los componentes estrogénicos de los anticonceptivos hormonales parecen provocar un aumento de los factores procoagulantes II, VII, VIII, X y fibrinógeno, y una disminución de la actividad de la antitrombina y del inhibidor de la vía del factor tisular, así como un descenso de los anticoagulantes, por ejemplo, la proteína S (7–9). Se ha descrito que la formulación, la vía de administración, la dosis y el tipo de progesterona (en las formulaciones combinadas) afectan al riesgo global de generar una trombosis (8). Debido a la actual evidencia científica, comúnmente se asume que las formas no orales de anticoncepción hormonal (p. ej, etonogestrel/anillo vaginal de etinilestradiol y parche transdérmico) tienen un menor riesgo de provocar eventos trombóticos en comparación con los anticonceptivos orales (8). Sin embargo, el actual caso clínico puede ser el inicio para el cambio de ese paradigma.

Aunque la investigación es algo limitada, las formas no orales de etonogestrel/etinilestradiol parecen tener la misma cantidad de riesgo cardiovascular que su homólogo bien estudiado, las píldoras anticonceptivas. Por lo tanto, se recomienda que al obtener el historial farmacológico de las pacientes, se indague por medicamentos no orales, porque a menudo las pacientes pueden omitir esta información (8). Al revisar la literatura, se podría asociar la anticoncepción transdérmica con etonogestrel, como posible factor de riesgo a desarrollar TEV en el reporte acá descrito.

En cualquier caso, debe realizarse una exhaustiva historia personal y familiar de TEV y estudiarse los factores de riesgo, como cirugías pendientes, presencia de patología

REPORTE DE CASO

Case report

Trombosis venosa profunda posterior a cirugía ortognática bimaxilar

Ivonne María Ponce-Sandoval, Ana María Ramos-Vélez

cancerosa, entre otros (8). Asimismo, es importante preguntar por comorbilidades como el tabaquismo, el índice de masa corporal (IMC), la edad y enfermedades que se asocian a un mayor riesgo de TEV, entre las que destacan las de origen reumático e intestinal, así como la inmovilización de fracturas (7–9).

Por otro lado, hay reportes en los que se describe que el tratamiento farmacológico de la menorragia con ácido mefenámico, cuando se combina con el uso intraoperatorio de ácido tranexámico para controlar la pérdida de sangre en la cirugía ortognática, podría suponer un mayor riesgo de TEV(10). El ácido tranexámico es un agente antifibrinolítico que mejora la hemostasia y provoca el cese de las hemorragias (10, 11). Su mecanismo de acción radica en impedir la descomposición de la fibrina en la sangre coagulada bloqueando el sitio de unión a la lisina del plasminógeno, inhibiendo la conversión del plasminógeno en la enzima activa plasmina (10, 11).

Existe la preocupación, desde su introducción, que el ácido tranexámico, junto con cualquier agente que detenga las hemorragias e inhiba la disolución de los trombos, pueda predisponer indirectamente a los pacientes a la trombosis y TEV (10, 11), por lo que el abordaje del tema sigue siendo controversial.

Con relación al manejo y prevención del TEV, aunque la tromboprofilaxis farmacológica reduce el riesgo de TEV, también puede aumentar la pérdida de sangre, por lo que sigue siendo un aspecto debatible si establecer un protocolo o no para su uso rutinario (12, 13). El uso de medias anti embolicas o compresivas, así como de dispositivos de compresión secuencial (SCD) para cirugías de larga duración y la deambulación temprana, durante la hospitalización, son métodos para mejorar el flujo sanguíneo en las piernas y hacen parte de la atención estándar para la prevención del TEV como parte de las prácticas seguras para evitar complicaciones en varios centros de cirugía (1, 2, 4, 12, 13). Dicho de otro modo, las medidas farmacológicas y no farmacológicas deben utilizarse en una combinación adecuada para lograr una tromboprofilaxis eficaz en cada caso particular de acuerdo con la presencia o no de factores de riesgo en el paciente (12, 13).

El caso descrito en este reporte es el de una paciente joven, sistémicamente sana, con antecedente de anticoncepción transdérmica con etonogestrel a quien se le realizó cirugía ortognática bimaxilar con mentoplastia de 5 horas de duración, se usó 1gr de ácido tranexámico intraoperatorio, con una estancia hospitalaria de tres días, hubo deambulación temprana, medias antiembólicas en el transoperatorio y en el postoperatorio inmediato por 5 días. Sin embargo, desarrolló TVP al día diez posts cirugía. Con resolución del cuadro 6 meses después al recibir tratamiento con medicamentos anticoagulantes.

A manera de conclusión, el tromboembolismo venoso es una complicación común y potencialmente mortal en pacientes quirúrgicos. En el marco de esta revisión minuciosa de la literatura, en la que se indagó por los diferentes factores de riesgos relacionados con el tromboembolismo venoso, es importante recalcar que el diagnóstico de TVP debe considerarse en las mujeres que presentan dolor en miembro inferior acompañado de edema, con antecedentes de cirugía reciente y prescripción de anticonceptivos, inclui-

das las formas no orales. Se presume, que en el caso reportado, el uso del fármaco anti-conceptivo fue el primer factor de riesgo para desarrollar TVP. A esta interpretación se llegó porque al estratificar el riesgo de TVP, el uso de anticoncepción brindaba 5 puntos, la edad de la paciente 1 punto, el tiempo quirúrgico al igual que el tiempo de hospitalización 2 puntos.

Adicionalmente, es relevante precisar que en la literatura aun es motivo de análisis si el uso de ácido tranexámico a una dosis de 1.0 gramo pueda inducir el desarrollo de TVP. Con relación a la trombopprofilaxis farmacológica, si bien esta reduce el riesgo de TVP, en cirugía ortognática, debido al tamaño de los abordajes quirúrgicos (circumvestibulares maxilar, mandibular y de mentón) y la anatomía quirúrgica de las osteotomías, existe el riesgo de hemorragia, que puede ser severa y sobrepasar las pérdidas sanguíneas permisibles hasta requerir la transfusión de Unidad de Glóbulos Rojos Empaquetados (UGREs). En consecuencia, sigue siendo controversial si establecer un protocolo o no para el uso rutinario de la trombopprofilaxis en cirugía craneofacial. Por lo anterior, se consideró notificable esta presentación de la enfermedad, y se hace un llamado a los cirujanos maxilofaciales, quienes deben ser conscientes que todas las formas de anticonceptivos hormonales exponen a las pacientes a un riesgo de trombosis venosa; recomendamos, entonces, ser rigurosos durante la anamnesis e indagar por el uso de cualquier medicamento anti-conceptivo en forma de presentación no oral, cuando un paciente vaya a ser sometido a una cirugía craneofacial.

Agradecimientos

Las autoras agradecen a los servicios de medicina interna y ginecología de la Clínica Colsonitas por su contribución al entendimiento del caso.

Contribuciones de las autoras

Ivonne Ponce: concepción y diseño del estudio (serie de casos), redacción del artículo y revisión crítica del mismo. Ivonne Ponce y Ana Ramos: adquisición de datos clínicos, búsqueda bibliográfica, análisis e interpretación de los datos recogidos, aprobación final y garantes del manuscrito.

Conflictos de interés

Ninguno declarado por las autoras.

Referencias

1. Beck S, Meer J, Taylor T. Deep vein thrombosis. *Emerg Med*. 2016; 48(1): 29–31. <https://doi.org/10.12788/emed.2016.0005>.
2. Campolo A, Rioseco T, Goñi I, Vargas A, Ramírez H. Incidencia de tromboembolismo venoso en cirugía ortognática. *Rev Chil Cir*. 2018; 70(5): 418–424. <https://doi.org/10.4067/s0718-402620180005004>.
3. Samieirad S, Tohidi H, Eshghpour M, Hashemipour MA. An Unusual Case of Deep Vein Thrombosis After Orthognathic Surgery: A Case Report and Review of the Literature. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2018; 76(12): 2649.e1–2649.e9. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2018.07.024>.
4. Omesiete WI, Walker JA, Yu JC. Venous thromboembolism incidence after craniofacial surgery. *Ann Plast Surg*. 2018; 80(5): 561–564. <https://doi.org/10.1097/SAP.0000000000001353>.
5. Verlinden CRA, Tuinzing DB, Forouzanfar T. Symptomatic venous thromboembolism in orthognathic surgery and distraction osteogenesis: A retrospective cohort study of 4127 patients. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2014; 52(5): 401–404. <http://dx.doi.org/10.1016/j.bjoms.2014.03.006>.
6. Moya-Mateo E, Muñoz Rivas N. Clinical ultrasonography in venous thromboembolism disease. *Rev Clin Esp*. 2020; 220(2): 126–134. <https://doi.org/10.1016/j.rce.2019.05.014>.
7. Rott H. Birth Control Pills and Thrombotic Risks: Differences of Contraception Methods with and without Estrogen. *Hamostaseologie*. 2019; 39(1): 42–48. <https://doi.org/10.1055/s-0039-1677806>.
8. Bailey K, Tranovich M. Portal Venous Thrombosis Associated with Use of Etonogestrel/ethinyl Estradiol Vaginal Ring. *Clin Pract Cases Emerg Med*. 2020; 4(2): 263–266. <https://doi.org/10.5811/cpcem.2020.1.44654>.
9. Van-Hylckama VA, Helmerhorst FM, Rosendaal FR. The risk of deep venous thrombosis associated with injectable depot-medroxyprogesterone acetate contraceptives or a levonorgestrel intrauterine device. *Arterioscler Thromb Vasc Biol*. 2010; 30(11): 2297–2300. <https://doi.org/10.1161/ATVBAHA.110.211482>.
10. Zhao H, Liu S, Wu Z, Zhao H, Ma C. Comprehensive assessment of tranexamic acid during orthognathic surgery: A systematic review and meta-analysis of randomized, controlled trials. *Journal of Cranio-Maxillofacial Surgery*. 2019; 47(4): 592–601. <https://doi.org/10.1016/j.jcms.2019.01.021>.

11. Sidelmann JJ, Gram JB, Godtfredsen ACM, Thorn JJ, Ingerslev J, Pinholt EM. Orthognathic Surgery-Induced Fibrinolytic Shutdown Is Amplified by Tranexamic Acid. *Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2020; 78(7): 1183–1189. <https://doi.org/10.1016/j.joms.2020.02.026>.
12. Kent S, Morris S, Ananth S. Systematic review of thromboprophylaxis in patients having orthognathic surgery. *British Journal of Oral and Maxillofacial Surgery*. 2020; 58(4): 396–403. <https://doi.org/10.1016/j.bjoms.2020.01.029>.
13. Cuenca-Pardo J, Ramos-Gallardo G, Morales Olivera M, Bucio-Duarte Javier, Caravantes-Cortés I. Estratificación del riesgo de trombosis y profilaxis: ¿cuál es la mejor puntuación para estratificar el riesgo de trombosis en los pacientes de cirugía plástica?, ¿cuál es la mejor profilaxis? Medicina basada en evidencia. *Cirugía Plástica*. 2019; 29(1): 32–47. <https://dx.doi.org/10.35366/CP191C>.

Mixoma odontogénico de larga data en el maxilar. Reporte de caso

Rosa Concepción Sánchez-Villalba 1
 María Gisell Soler-Chaparro 2
 José Miguel Gamarra-Insfrán 3
 María del Carmen González-Galván 4
 Osvaldo Vera-González 5
 Jorge Daniel Escobar-Estigarribia 6

Long-Standing odontogenic myxoma of the maxilla. Case Report

RESUMEN

Introducción: el mixoma odontogénico es una neoplasia benigna, poco frecuente, de origen mesenquimal proveniente del órgano dentario, es localmente invasivo y no hace metástasis. Su localización más frecuente es a nivel de la mandíbula y poco frecuente en el maxilar. **Objetivo:** describir las características que presenta un mixoma odontogénico de larga data en el maxilar. **Presentación del caso:** paciente de sexo masculino de 23 años de edad, soltero, de profesión comerciante, acude a la Catedra de Patología Bucal de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Asunción por presentar una deformidad en la región facial del lado derecho, presente desde la infancia con crecimiento lento sin sintomatología dolorosa. Se realizó una biopsia incisional, tomando una muestra de más de 1 cm de la capsula tumoral para su estudio histopatológico; a partir de la cual se informa sobre un tumor odontogénico mesenquimal compatible con el mixoma odontogénico. Se realizó el tratamiento de una maxilectomía con márgenes de seguridad y el estudio anatomopatológico de todo el tumor extirpado confirmó el diagnóstico de *Mixofibroma odontogénico* de 2,5 cm de diámetro máximo. **Conclusión:** un diagnóstico precoz de tumores como los mixomas, que son de crecimiento lento e infiltrante, podría garantizar terapéuticas menos agresivas e invasivas como las del caso presentado, otorgando así mejor pronóstico como calidad de vida a los pacientes.

Palabras clave: biopsia; mixoma; tumor odontogénico; patología bucal; terapéutica; diagnóstico bucal.

ABSTRACT

Introduction: Odontogenic myxoma is a rare benign neoplasm of mesenchymal origin originating from the dental organ, it is locally invasive and does not metastasize. Its most frequent location is at the level of the mandible and infrequently in the maxilla. **Objective:** To describe the characteristics of a long-standing odontogenic myxoma in the maxilla. **Presentation of the case:** Male patient, 23 years of age, single, businessman, came to the Department of Oral Pathology of the Faculty of Dentistry of the National University of Asuncion for presenting a deformity in the facial region on the right side, present since childhood with slow growth and no painful symptomatology. An incisional biopsy was performed, taking a sample of more than 1cm of the tumor capsule, for histopathological study; reporting a mesenchymal odontogenic tumor compatible with odontogenic myxoma. A maxillectomy treatment with safety margins performed and the anatomopathological study of the entire excised tumor confirmed the diagnosis of odontogenic myxofibroma with a maximum diameter of 2.5 cm. **Conclusion:** An early diagnosis of tumors such as myxomas, which are slow-growing and infiltrative, could guarantee less aggressive and invasive therapies such as those in the case presented, thus providing patients with a better prognosis and quality of life.

Key words: Biopsy; Myxoma; Odontogenic tumor; Oral pathology; Therapeutics; Oral diagnosis.

1. Estudiante de odontología. Universidad Nacional de Asunción. Asunción, Paraguay. **Contacto:** srosa1044@gmail.com
 ID <https://orcid.org/0000-0003-0751-8657>
2. Estudiante de odontología. Universidad Nacional de Asunción. Asunción, Paraguay. **Contacto:** gisellsolerchaparro@gmail.com
 ID <https://orcid.org/0000-0001-5369-1587>
3. Odontólogo. Universidad Nacional de Asunción. Asunción, Paraguay. **Contacto:** josemgamarra31@gmail.com
 ID <https://orcid.org/0000-0001-8125-3672>
4. Doctora en Ciencias Biomédicas. Universidad Nacional de Asunción. Asunción, Paraguay. **Contacto:** mcarmen.ggalvan@odo.una.py
 ID <https://orcid.org/0000-0002-0860-3960>
5. Odontólogo. Especialista de Cirugía Maxilofacial. Instituto Nacional del Cáncer. Capiatá, Paraguay. **Contacto:** overagon@gmail.com
 ID <https://orcid.org/0000-0003-0701-2656>
6. Odontólogo. Universidad Nacional de Asunción. Asunción, Paraguay. **Contacto:** jorgeescobar3009@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0001-5903-6284>

CITACIÓN SUGERIDA:

Sánchez-Villalba RC, Soler-Chaparro MG, Gamarra-Insfrán JM, González-Galván M del C, Vera-González O, Escobar-Estigarribia JD. Mixoma odontogénico de larga data en el maxilar. Reporte de caso clínico. *Acta Odontol. Col.* 2023; 13(2): 87-96. <https://doi.org/10.15446/aoc.v13n2.106636>

doi <https://doi.org/10.15446/aoc.v13n2.106636>

Recibido	Aprobado
04/01/2023	21/04/2023
Publicado	
04/07/2023	

Introducción

El mixoma odontogénico (MO) es una neoplasia benigna poco frecuente, de origen mesenquimal, proveniente del órgano dentario, asociado por lo general a un diente impactado o a partir de agenesia del órgano dentario (1–3). Esta lesión es localmente invasiva sin llegar a hacer metástasis, tiene alto potencial de destrucción ósea y capacidad de recidiva (1, 4). Existe una predilección por el sexo femenino. Su localización más frecuente es a nivel de la mandíbula y poco frecuente en el maxilar, pero cuando se presentan en este último, en la mayoría de los casos suele hacerlo en la región de premolares y molares extendiéndose hacia el seno maxilar, pudiendo causar expansión cortical, con eventual destrucción de ésta, resultando en tumefacción y deformidad facial.

El diagnóstico suele realizarse de manera tardía, entre la segunda y tercera década de vida, debido a que es una lesión poco sintomática, haciéndose evidente al haber alcanzado un gran tamaño (1). El diagnóstico presuntivo se realiza a través de exámenes radiográficos, observándose una zona radiolúcida unilocular o multilocular con un aspecto de “burbujas de jabón” o “panal de abeja”, aunque en algunos casos puede tener una apariencia radiopaca, particularmente cuando se asocia a senos maxilares. La delimitación suele ser imprecisa, pudiéndose observar en ciertas zonas trabéculas gruesas o angulares, además de provocar el desplazamiento y desvitalización de los órganos dentarios adyacentes (1, 2, 5).

En la histopatología, el MO presenta una gran cantidad sustancia mucosa intercelular compuesta por tejido conjuntivo eosinofílico laxo con varias fibras colágenas en un estroma mixoide, con células fusiformes y estrelladas de citoplasma alargado inmersas en este estroma, con o sin pequeñas masas de epitelio odontogénico inactivo (5, 6).

Con respecto a su tratamiento, la fase preoperatoria consiste en la realización de una biopsia incisional para confirmar el diagnóstico. A continuación, la fase operatoria se trata de una resección quirúrgica en bloque, con márgenes óseos de seguridad no menores a 2 mm de hueso sano, sobre todo si el tumor ha invadido planos profundos para disminuir la posibilidad de recurrencia –misma que se ha reportado hasta en un 25% de los casos–, y culmina con la reconstrucción de la zona afectada, con colocación de placas dependiendo del caso. Finalmente, en la fase postoperatoria, se realiza la rehabilitación protésica oral (5, 7).

Ante los escasos reportes de caso condicionados por la baja frecuencia de los MO, resalta la necesidad del odontólogo y personal del campo médico de tener acceso a información actualizada para lograr diagnósticos precoces y tratamientos certeros. Con base en ello, este reporte pretende exponer las características de la lesión con relación a su ubicación, resaltar la importancia de la evaluación clínica e interpretación radiográfica para lograr la detección temprana de la lesión y con ello mejorar la calidad de vida de los pacientes que lo padecen.

Presentación del caso

Paciente de sexo masculino, de 23 años de edad, soltero, de profesión comerciante, quien acude a la Cátedra de Patología Bucal de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Asunción por presentar una deformidad en la región facial del lado derecho, con un diagnóstico previo de inflamación localizada por mala oclusión. Adicionalmente, no tiene antecedentes de haberse realizado ningún tipo de examen radiográfico hasta la fecha. El paciente refiere que dicha deformidad está presente desde la infancia, sin sintomatología dolorosa, percatándose durante su adolescencia el crecimiento lento del tamaño de la lesión. Durante la realización de la historia clínica se evidencia la ausencia de antecedentes patológicos familiares y personales de relevancia con la lesión.

En el examen clínico extraoral se observa apertura ocular disminuida y asimetría facial, aumento de volumen en la región geniana del lado derecho, sin presentar ninguna alteración cervicofacial aparente. A la palpación se evidencia una lesión de consistencia blanda, sin crepitaciones, sin poder determinar claramente los límites (Figura 1).

Figura 1. Fotografías extraorales



A: Fotografía de frente.

B: Fotografía cervical.

Fuente: Elaboración propia.

En el examen clínico intraoral se observa, en general, buen estado de salud bucal ausencia de los molares 16 y 17, palatinización de premolares 14 y 15, aumento de volumen a nivel de la tuberosidad del maxilar, con pobre demarcación del fondo de surco y de las crestas alveolares. En cuanto a la mucosa alveolar vestibular y la mucosa yugal, se evidencia una coloración rojiza en comparación con la mucosa normal (Figura 2A). Al tacto, se percibe una consistencia blanda, cartilaginosa y semimóvil (Figuras 2B y 2C).

La evaluación imagenológica revela una lesión isodensa de límites y bordes no definidos, ubicada en el maxilar superior del lado derecho que se extiende en sentido mesio distal, desde distal del premolar 15 hasta la tuberosidad maxilar del mismo lado, condicionando

el borramiento de sus corticales. Así también en sentido céfalo caudal, desde el reborde alveolar hasta el piso del seno maxilar adyacente, con el consecuente desplazamiento cefálico de su cortical basal, se evidencia la impactación y desplazamiento cefálico de los molares 16 y 17 (Figura 3).

En la fase preoperatoria se realiza punción y aspiración en la zona de la neoformación, arrojando una aspiración negativa, confirmando así que dicha lesión se trata de una masa tumoral. Luego se opta por realizar una biopsia incisional, tomando una muestra de más de 1 cm de la cápsula tumoral. Se procesa la muestra y se deriva a la patóloga bucal para su estudio histopatológico (Figura 4).

Figura 2. Fotografías intraorales.

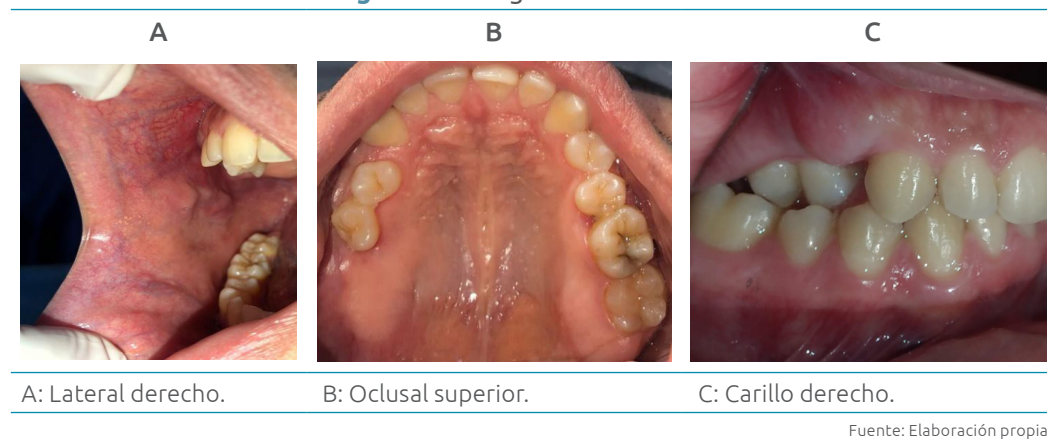


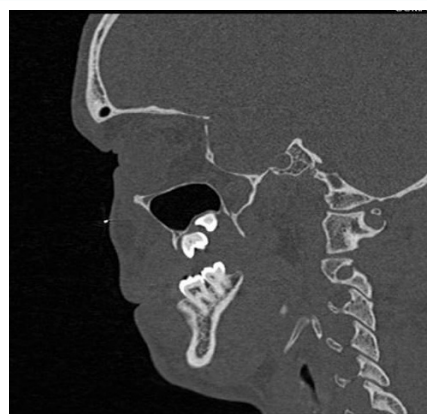
Figura 3. Imagen radiográfica y tomográficas.



Figura 3. Imagen radiográfica y tomográficas.



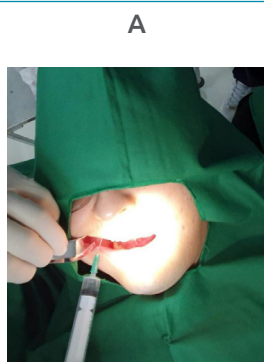
B: Tomografía corte sagital.



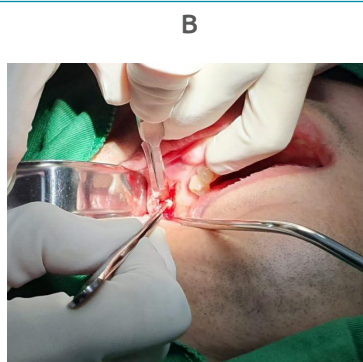
C: Tomografía corte axial.

Fuente: Elaboración propia.

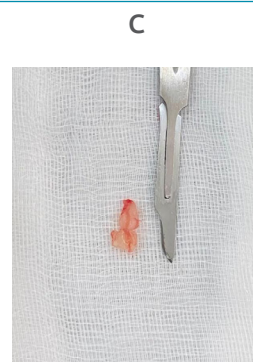
Figura 4. Procedimiento quirúrgico.



A: Punción-aspiración negativa.



B: Toma de la capsula tumoral.



C: Muestra de 1cm.

Fuente: Elaboración propia.

El estudio histopatológico revela escasas células de morfología estelar o fusiforme inmersas en un estroma mixoide que se entremezclan con vasos de diferentes tamaños, características del tumor odontogénico mesenquimal (MO).

Para llevar a cabo la fase operatoria, el paciente fue remitido al Instituto Nacional del Cáncer (INCC) donde se procedió a realizar la resección quirúrgica de la lesión mediante una maxilectomía. Como se aprecia en la figura 5, se abarcó desde zona de premolares hasta la tuberosidad y el piso del seno maxilar adyacentes para asegurar la extirpación completa del tumor. El estudio anatomopatológico de la lesión extirpada confirmó el diagnóstico de Mixofibroma odontogénico de 2,5 cm de diámetro máximo, en contacto con bordes de resección superior y posterior, distando 1 mm del margen quirúrgico anterior. Seguidamente, el paciente estuvo en fase de recuperación y surtió un periodo de cicatrización para posterior rehabilitación de la zona afectada.

Figura 5. Maxilectomía: Tumor extirpado en su totalidad.



Fuente: Elaboración propia.

Consideraciones éticas

Se le presentó al paciente el consentimiento informado de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Asunción. Mediante este documento el paciente autorizó la difusión y/o publicación del caso, resultados, fotografías entre otros con fines educativos y/o de investigación.

Discusión

El MO es uno de los tumores odontogénicos más frecuente luego del odontoma y ameloblastoma, es localmente agresivo e infiltrante (8). Según diversos reportes este tipo de lesiones son más prevalentes a nivel mandibular (9–12) aun así una serie de estudios (13-15), reportan casos en los cuales la afectación se da en el maxilar, ubicación poco frecuente en comparación a la mandíbula, con afectación en algunos casos de la línea media y compromiso del seno maxilar. A pesar de que autores como Tavakoli y Williamson (16) informen que este tipo de lesiones tiene una afectación por igual ya sea en la mandíbula o en el maxilar, la evidencia señala que la ubicación más frecuente es la mandíbula.

La importancia del diagnóstico y de la interpretación radiográfica recae principalmente en etapas iniciales, en la que son lesiones pequeñas y asintomáticas que se descubren de manera casual en los exámenes radiográficos de rutina. Cuando alcanzan un gran tamaño producen expansión del hueso de forma silenciosa provocando asimetrías faciales (9, 17). En el caso analizado, el aumento de volumen fue el principal signo de alarma, debido a las expansiones óseas incluso el comprometimiento de algunos dientes (molares y premolares).

En la presentación radiográfica estos tumores revelan una imagen radiolúcida unilocular o multilocular, los bordes pueden estar bien definidos o difusos (2, 5) ocasionando que muchas veces el estudio radiográfico no sea concluyente ya que el diagnóstico diferencial incluye diversas patologías como ameloblastoma, fibroma odontogénico, quiste dentígero, entre otros (18). Por esta razón es importante llevar a cabo la correlación clínica e imagenológica (19).

Para definir el tipo de tratamiento quirúrgico se deben considerar las características tanto clínicas (tiempo de evolución, extensión y ubicación) como imagenológicas (tamaño de la lesión, unilocular o multilocular), que procure el menor grado de recurrencia y disminuya la morbilidad en los pacientes. Asimismo, es importante considerar que el estudio histopatológico es un auxiliar determinante en el diagnóstico definitivo de estas patologías (20, 21).

El MO penetra los espacios trabeculares produciendo islotes de hueso residual, lo cual explica la dificultad en la extirpación conservadora de la lesión. Por esta razón, el tratamiento ideal es la resección quirúrgica, que se basa en la remoción con márgenes de seguridad de tejido óseo sano para evitar la recidiva (17, 22).

Los casos que comprometen segmentos de la mandíbula o maxilar en toda su extensión caudocefálica con adelgazamiento cortical extenso y grandes áreas de perforación cortical deben tratarse con resección segmentaria. Por tal motivo se aconseja un tratamiento radical siempre que sea posible para asegurar la menor morbilidad generada al paciente, ya que los procedimientos quirúrgicos más conservadores se asocian con una mayor probabilidad de recurrencia de MO (8, 13, 23).

Con base en lo expuesto, se puede concluir que un diagnóstico precoz de tumores como los mixomas teniendo en cuenta y estableciendo una correlación de las características clínicas e imagenológicas que el mismo presenta, podría garantizar terapéuticas menos agresivas e invasivas otorgando así mejor pronóstico como calidad de vida a los pacientes.

Agradecimientos

A todo el equipo de profesionales del INCAN especialmente al Dr. Osvaldo Vera por su vocación de servicio y dedicación.

Contribuciones de los autores

Rosa Sánchez, Giselle Soler y Mirtha Espínola participaron en el diagnóstico clínico. María del Carmen González realizó el diagnóstico histopatológico de la muestra. Osvaldo Vera realizó la fase operatoria quirúrgica como seguimiento del paciente. José Gamarra y Jorge Escobar lideraron la redacción del manuscrito. Todos los autores participaron en la aprobación y corrección final del trabajo.

Conflictos de interés

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias

1. Díaz-Reverand S, Naval-Gías L, Muñoz-Guerra M, González-García R, Sastre-Pérez J, Rodríguez-Campo FJ, *et al.* Mixoma odontogénico: presentación de una serie de 4 casos clínicos y revisión de la literatura. *Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac.* 2018; 40(3): 120–128. <https://dx.doi.org/10.1016/j.maxilo.2017.03.002>
2. Carvalho-de Melo AU, De Farias-Martorelli B, De Holanda-Cavalcanti PH, Gueiros LA, De Oliveira-Motorelli F. Mixoma odontogênico maxilar: relato de caso clínico comprometendo seio maxilar. *Rev Bras Otorrinolaringol.* 2008; 74(3): 472–475. <https://doi.org/10.1590/S0034-72992008000300026>
3. Cadena AJL, Hernández VSD, Tapia PDC, Aldape BC. Mixoma odontogénico, revisión de la literatura. Presentación de un caso y seguimiento a dos años. *Rev Mex Cir Bucal Maxilofac.* 2015; 11(3): 91–99. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/cirugiabucal/cb-2015/cb153d.pdf>
4. Valcárcel-Llerandi J, James-Pita A, Fernández-González M del C. Mixoma odontogénico. *Rev Cubana Estomatol.* 2009; 46(3): 62–69. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072009000300007&lng=es
5. Escamilla-Cidel LE, Ruiz-Rodríguez R, Mosqueda-Taylor A. Mixoma odontogénico: Presentación de caso clínico. *Rev Odont Mex.* 2011; 15(4): 244–250. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1870-199X2011000400007&lng=es
6. Fernández-López RG, Arzate H. Mixoma odontogénico; expresión y localización espacial de la fibronectina, vitronectina y queratina. *Rev Odont Mex.* 2006; 10(1): 8–15. <https://doi.org/10.22201/fo.1870199xp.2006.10.1.15929>
7. Kornecki-Radzinski F. Mixoma Mandibular: Revisión Bibliográfica. A propósito de 2 casos clínicos. *Odontoestomatología.* 2015; 17(26): 65–77. Disponible en: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-93392015000200008&lng=es
8. Chrcanovic B, Gomez R. Odontogenic myxoma: An updated analysis of 1,692 cases reported in the literature. *Oral Dis.* 2019; 25(3): 676–683. <https://doi.org/10.1111/odi.12875>
9. Jerez-Robalino J, Salgado-Chavarría F, Lucio-Leonel E, Olmedo-Cueva S. Mixoma odontogénico, presentación de caso y revisión de literatura. *Odontol Sanmarquina.* 2020; 23(3): 297–302. <http://dx.doi.org/10.15381/os.v23i3.17442>

10. Rebolledo–Cobos ML, Reyna–Batista M, Martínez–Bermúdez J, Mendiola–Quevedo N. Mixoma odontogénico mandibular en la parasífnis: reporte de un caso infrecuente. *Salud Uninorte*. 2022; 38(2): 648–55. Disponible en: <https://rcientificas.uninorte.edu.co/index.php/salud/article/view/14075/214421446126>
11. Tapia–Contreras P, Mordoh–Cucurella, Rosenberg–Dueñas B, Lolas–Marinovic V. Mixoma mandibular en paciente de 3 años, una entidad específica. Tratamiento quirúrgico conservador. Caso clínico y revisión de la literatura. *Rev Esp Cirug Oral y Maxilofac*. 2021; 43(2): 76–80. <https://dx.doi.org/10.20986/recom.2021.1111/2019>
12. Ruiz–Vázquez Y, Espino–Tejeda RR, Aldape–Barrios BC. Mixofibroma odontogénico, reporte de un caso con seguimiento a cinco años. *Rev ADM*. 2021; 78(4): 235–239. <https://doi.org/10.35366/101079>
13. Moreno–Villalobos DE, Rodríguez–Flores A, Vargas–Rojas DC. Tratamiento de mixoma odontogénico en maxilar superior. Reporte de un caso. *Odontol Sanmarquina*. 2021; 24(2): 183–189. <http://dx.doi.org/10.15381/os.v24i2.19904>
14. López LJC, Luna OK, López NJC, Reyna L, Jiménez R, Torres F, *et al*. Hemimaxilectomía con abordaje intraoral para resección de mixoma odontogénico: reporte de caso. *Rev Mex Cir Bucal Maxilofac*. 2020; 16(1): 27–35. <https://doi.org/10.35366/93385>
15. Villegas–Meza P, Téllez–Santamaría A, Álvarez–Barreto I, Vega–Cruz AM, Muñoz–Carrillo JL. Maxilectomía subtotal izquierda secundaria a mixoma odontogénico: reporte de un caso. *Rev Odont Mex*. 2020; 24(1): 50–58. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=96341>
16. Tavakoli M, Williamson R. Odontogenic myxomas: what is the ideal treatment?. *BMJ Case Rep*. 2019; 12(5): e228540. <https://doi.org/10.1136/bcr-2018-228540>
17. Suárez–Conde Y, Viamontes–Beltrán J, Morales–Basulto RD. Mixoma odontogénico agresivo: a propósito de un caso. *Medisur*. 2022; 20(1): 160–165. Disponible en: <https://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/5066>
18. Kharbouch J, Aziz Z, Benzenzoum Z, Koussay Hattab M, Aboulouidad S, Fawzi S, *et al*. Maxillary and mandibular odontogenic myxomas: case report. *Pan Afr Med J*. 2022; 42(1): 103. <https://doi.org/10.11604/pamj.2022.42.103.34690>
19. El–Naggar A, Chan J, Grandis J, Takata T, Slookweg P. WHO Classification of Head and Neck Tumours. 4th Edition. Lyon: International Agency for Research on Cancer; 2017
20. Bravo EMG, Delgado MJC, Robalino PJP. Mixoma odontogénico. Una revisión de la literatura. *RECI AMUC*. 2020; 4(1): 59–70. [https://doi.org/10.26820/reciamuc/4.\(1\).enero.2020.59-70](https://doi.org/10.26820/reciamuc/4.(1).enero.2020.59-70)

21. Cankata AB, Erdem MA, Bilgic B, Firat D. Myxofibroma of the maxilla, current concepts, and differential diagnosis. *J Dent Sci.* 2017; 12(4): 417–420. <https://doi.org/10.1016/j.jds.2013.06.001>
22. Alok A, Hasan J, Singh S, Bhattacharya P. Odontogenic myxoma involving maxilla: A case report. *J Indian Acad Oral Med Radiol.* 2019; 31(1): 70–73. Disponible en: <http://www.jiaomr.in/text.asp?2019/31/1/70/256892>
23. Hotta JH, Miotto LN, Spin-Neto R, Ferrisse TM. Odontogenic Myxoma: Systematic review and bis analysis. *Eur J Clin Invest.* 2020; 50(4): e13214. <https://doi.org/10.1111/eci.13214>

____ACTA____

Odontológica Colombiana

Carrera 30 45 - 30 Edificio 210 · Ciudad Universitaria · Bogotá, Colombia

ISSN - 2027-7822 | DOI 10.15446/aoc

<https://revistas.unal.edu.co/index.php/actaodontocol/index>

revista_fobog@unal.edu.co