

Guías para presentar informes de casos en estomatología

José Fernando Barreto, D.O., M.P.H.*

RESUMEN

Este artículo ofrece una serie de consejos generales para preparar manuscritos destinados a la presentación de informes de casos en estomatología.

El "Informe de casos" es un instrumento de mucha importancia para la comunicación anticipada de avances científicos y tecnológicos en el manejo clínico de problemas del sistema estomatognático. Se hace énfasis en la necesidad de alcanzar la excelencia en la técnica de elaboración del manuscrito, con base en historias clínicas bien organizadas para obtener datos de interés clínico y educativo, que permita su aceptación en las publicaciones científicas más exigentes.

INTRODUCCION

El "Informe de casos" es un tipo de publicación que se puede clasificar como "estudio recapitulativo" o "memoria científica" dentro de la categoría de "Artículo científico"¹. Es un medio muy útil e importante para difundir el conocimiento nuevo, o para ofrecer información pertinente a los diversos campos de la estomatología, sobre todo en las áreas clínicas y epidemiológicas.

Juega papel preponderante tanto en la educación continuada de los profesionales como en la formación a nivel de pregrado, al presentar técnicas terapéuticas que el autor o los autores han desarrollado, o que otros autores ya comprobaron como efectivas.

Algunas técnicas *sui generis* pueden sentar normas para el manejo de pacientes cuya atención se puede complicar cuando se orienta según los métodos tradicionales de programación del tratamiento.

Mediante el "Informe de casos" se puede ofrecer el estudio de diseños para probar nuevos materiales; para mejorar o introducir procedimientos técnicos; para describir soluciones novedosas a problemas clínicos especiales que demandan medidas estomatológicas correctivas o rehabilitadoras; para describir fenómenos fisiológicos o anatómicos que ocurran como resultado o que acompañen la ejecución de una terapia estomatológica; para presentar los resultados del tratamiento seguido para solucionar el mismo problema, o fenómenos relacionados con una condición especial, que afecta a un grupo peculiar de pacientes.

Por lo demás, así como la planeación de la atención clínica debe ser el resultado de una cuidadosa toma de decisiones que conduzca al éxito en la atención del paciente, también es de extrema importancia registrar, documentar y organizar sistemática y adecuadamente los hechos que se difundirán mediante el "Informe de casos" para asegurar su éxito en la presentación o publicación.

El estomatólogo que estudia con inteligencia un caso, lo documenta abundantemente y desarrolla un informe conciso, científico y bien estructurado, presta un gran servicio a sus colegas y contribuye al avance de la educación estomatológica.

RECOPIACION DE LA INFORMACION

Las figuras y los gráficos son de mucha importancia en los informes de casos estomatológicos. Las fotografías intraorales o extraorales del paciente, de los modelos, de los aparatos reconstructores, de las prótesis, de las radiografías, deben ser de excelente calidad para que sirvan como base de la publicación.

Las figuras y los gráficos se deben reducir a un número mínimo. Las transparencias fotográficas en color, o diapositi-

* Profesor Auxiliar, Departamento de Estomatología, Facultad de Salud, Universidad del Valle. Secretario Académico, Facultad de Salud, Universidad Libre, Seccional de Cali, Colombia.

vas, se pueden convertir a fotografías en blanco y negro para ilustrar mejor el artículo. Ordinariamente los editores solicitan que los gráficos y las fotografías que se incluyen en un "Informe de casos" tengan un tamaño de 13 × 18 cm.

El autor de un "Informe de casos" debe tener la certeza que las ilustraciones para documentar su artículo sean de la mejor calidad y que se hayan obtenido en momentos cruciales dentro del proceso terapéutico, de tal manera que destaquen el punto de importancia sobre el cual se desea hacer énfasis.

El manejo atento de todo el material que se relaciona con el diagnóstico del caso y el progreso terapéutico es de importancia extrema. En el manuscrito no se deben incluir las radiografías que no se hayan expuesto, revelado o fijado adecuadamente o que hayan sufrido algún daño por inclusión de huellas digitales durante la manipulación. Los modelos de diagnóstico se deben correr con todo cuidado para evitar burbujas y se deben recortar profesionalmente antes de fotografiarlos.

Es preferible y recomendable que un dibujante especializado elabore los diseños o gráficos que se incluyan. Todas las ilustraciones que acompañan al manuscrito deben representar el mejor esfuerzo del autor.

En el consultorio se debe dar el máximo cuidado al manejo de las formas estadísticas que constituyen la historia clínica del paciente. Debe entenderse que esta no se ha de confundir con la ficha tradicional para control del estado dental, que sí se debe incorporar a la historia como un complemento. La historia clínica no sólo es el registro sistemático médico-legal sino que sirve como fuente de información sobre los elementos de terapia efectuados al paciente, número de sesiones clínicas empleadas para alcanzar la meta propuesta en el plan de tratamiento, y otros detalles que no se pueden confiar a la memoria.

ELABORACION DEL MANUSCRITO

De acuerdo con Boucher², la primera gran responsabilidad del autor de un artículo científico es "...tener algo que decir, escribirlo de tal manera que el editor se interese y que sea comprensible para el lector; frasearlo con claridad y sencillez y ser exacto y honesto". Este artículo incluye además muchos buenos consejos en favor de los escritores científicos noveles.

La calidad de un artículo científico no depende de la complejidad ni de la extensión del léxico que el autor emplee. En muchos casos el uso de un lenguaje artificial y rebuscado apenas oculta la falta de valor en la información que se presenta. Por esto el "Informe de casos" en estomatología debe ofrecer la información con tanta sencillez y concisión como sea posible, pero, al mismo tiempo debe asegurar la claridad y seguir el apego a las normas gramaticales¹.

Un manuscrito que amerite ser publicado no se obtiene de un borrador impreciso y burdo que se somete a una rápida sesión de pulimento. El secreto del éxito del autor capaz está en la revisión y reelaboración del manuscrito. Con frecuencia, para lograr un documento de buena calidad para la publicación, se necesita elaborar de nuevo el manuscrito que ha sido fruto de tres o cuatro borradores sucesivos. Sin embargo, se supone que cuando termina la escritura del artículo, el autor lo

revisará de nuevo después de pocos días para estudiarlo con cabeza fría y hacerle correcciones o mejoras. El aburrimiento que causa la técnica para escribir artículos científicos excelentes se compensa con la gran responsabilidad que las palabras empleadas tienen al tratar de representar al autor y a sus ideas. Los autores que se preocupan por esto tratan de realizar sus mejores esfuerzos en este campo porque están conscientes que sus escritos van a ser un mensaje para la posteridad.

Además, por cada artículo bien elaborado que se somete a procedimientos de publicación en las revistas profesionales, los editores reciben decenas de contribuciones que fallan por falta de contenido, exceso de palabrería, desorganización interna, falta de acuerdo con las normas que cada revista establece para aceptar manuscritos y otras causas de rechazo. No es responsabilidad del editor re-escribir o realizar mejoras mayores a un manuscrito. El editor modifica el artículo para adaptarlo a las normas de la revista o para asegurar la consistencia del estilo del autor con el de la publicación que edita. Es responsabilidad del autor reformar el artículo de tal manera que se pueda considerar su publicación en vista de sus méritos educativos o científicos¹.

Cuando un autor selecciona una revista para enviar su manuscrito debe orientar la redacción de su artículo según las normas que ella especifique. Casi siempre las revistas de difusión o las estrictamente profesionales, fijan las reglas para aceptar manuscritos en una "Información a los autores".

FORMATO PARA INFORME DE CASOS EN ESTOMATOLOGIA

La estructura puede variar mucho según el propósito que se tenga al presentar el caso. La información que sustenta un objetivo puede ser totalmente distinta a la que demanda otro, aunque sea el mismo caso. El formato general que se presenta a continuación incluye los títulos de las secciones que pueden conducir a la elaboración del manuscrito más completa y efectiva. Sin embargo, debe quedar claro que esta no es una fórmula inmutable o que garantice el éxito en la redacción y aceptación del informe. El formato se origina en las secciones que se podrían encontrar en una historia clínica hospitalaria o en una historia clínica estomatológica. Sin embargo, muchos de los contenidos de éstas, al elaborar el informe, se pueden sintetizar en frases claras y breves que dejan explícita la contribución —positiva o negativa— que hacen el caso. Una frase como "...las historias médica y familiar no aportan claridad al caso..." puede ser más útil que atiborrar el manuscrito con datos insustanciales. Las secciones de la historia no se ignoran pero sólo se destacará lo importante de ellas. El formato que se sugiere no es el único y si se opta por otros, ellos no serán necesariamente incorrectos. La estructura que se propone es una guía.

TITULO

Debe ser breve y fácil de catalogar; debe introducir al tema del informe; debe ser descriptivo y de atracción para el posible lector. Debe actuar como un estímulo para la atención e incitar a quien lo visualiza para que revise no solamente el resumen o extracto sino para que desee entregarse a la lectura total del artículo.

EXTRACTO

El mayor problema que se suscita en un "Informe de casos" está en la dificultad de presentarlo en unas pocas frases, suficientemente densas para contener lo esencial, suficientemente claras como para que el lector tenga una idea general del tema, pero también limitadas para no sobrecargar la información introductoria.

Sirve como una revisión superficial del contenido del informe pero, aunque establece lo esencial del trabajo, no da los detalles del caso. Presenta sintética y claramente hacia dónde orienta el autor su contribución, los resultados del esfuerzo realizado y las conclusiones de su trabajo.

INTRODUCCION

Deberá tratar en forma sucinta el problema o los problemas mayores que surgen en el manejo del o de los pacientes. Esta presentación se debe acompañar con una revisión exhaustiva de la literatura reciente sobre el tema y con una perspectiva histórico-filosófica de la terapia ofrecida a pacientes que hayan padecido problemas similares o relacionados con el caso que se relata. Se recomienda el empleo de los índices de literatura científica como el Index to Dental Literature o el Index Medicus³ para seleccionar las fuentes fundamentales de la revisión bibliográfica del material que el autor pueda tener a mano.

Toda fuente de información empleada se debe reconocer e introducir en la bibliografía de acuerdo con las normas para la laboración de manuscritos científicos^{4,5}.

PRESENTACION DEL CASO

En la redacción para presentar los casos de estomatología se puede seguir el siguiente formato, con variaciones según la naturaleza del informe que se desea ofrecer.

Causa de consulta. En esta parte del manuscrito se establece cuál fue la causa que llevó al paciente a solicitar la atención; por regla general, casi siempre se emplean sus propias palabras.

El interés de esta sección estriba en dilucidar si el caso fue un hallazgo clínico que pasó desapercibido para el paciente o, si por el contrario, la molestia que se informa tenía relación con la causa de consulta.

Historia de la enfermedad actual. Este es un punto especialmente importante en los "Informes de casos" en relación con quienes tienen enfermedades generales que se manifiestan en el sistema estomatognático, o que comprometen las estructuras de este sistema debido a enfoques terapéuticos. Aquí se debe hacer un resumen de la revisión con respecto a todos los problemas médicos padecidos por el paciente en forma simultánea con la enfermedad estomatognática actual, o que puedan haber tenido relación de causalidad o de consecuencia con ella.

Historia médico-dental anterior. Todos los aspectos de significación en el comportamiento clínico médico estomatológico anterior se deberán consignar después de someter al paciente a un interrogatorio cuidadoso sobre hospitalizaciones, uso de medicamentos, inmunizaciones, accidentes, de-

sórdenes sistémicos y hábitos como el alcoholismo, la drogadicción, el tabaquismo, etc. Se debe presentar aquí una revisión concisa de los problemas médicos que el paciente sufre en el momento de la consulta.

Historia familiar y social. La información relativa a estos aspectos se debe incluir si se considera necesario, porque puede tener relación con las condiciones estomatognáticas del paciente, del tratamiento o de la terapia inicial establecida. Ejemplos de este tipo de factores son las barreras del lenguaje, las consideraciones financieras, los desórdenes genéticos, etc.

Examen físico y revisión de sistemas. Si la condición médica del paciente en el momento de la consulta puede influir en la terapia oral, conviene hacer una relación minuciosa de los hallazgos físicos. No se necesita un compendio completo del examen médico pero sí se deben mencionar los puntos pertinentes al desarrollo de la enfermedad motivo de la consulta. Elementos como el espasmo muscular cervical posterior, o la cabeza espástica consecuencia de una parálisis infantil, ciertamente se deben incluir en este resumen pues son limitaciones para que el odontólogo pueda desarrollar eficientemente su actividad.

Laboratorio. El dato de las pruebas de laboratorio clínico debe hacer parte de un "Informe de casos" en estomatología. Por ejemplo, la condición hematológica de un paciente puede ser crítica cuando se presentan cuadros de leucemia, hemofilia o incapacidad inmunológica. Como consecuencia de las hemorragias postexodoncia, o por el simple sangrado durante el curetaje subgingival a campo cerrado, se presentan bacteremias que demandan cuidados especiales en este tipo de pacientes.

Por tanto, al comunicar las pruebas de laboratorio se deben incluir todos los resultados positivos que puedan estar asociados con los tratamientos estomatognáticos.

Hallazgos y tratamientos estomatológicos. En virtud de la naturaleza del informe, la integralidad y el extremo cuidado que se pongan en esta sección son de la máxima importancia. Es necesario adjuntar todas las informaciones que se refieren al aparato estomatognático, incluyendo los aspectos posturales y funcionales de cuello, nuca y peri-cráneo, y no sólo las condiciones bucales o la historia netamente dental.

La historia de la enfermedad estomatognática y del tratamiento odontoestomatológico recibido son el núcleo central de esta sección. Aquí hay que mencionar los tratamientos deficientes, mal o no desarrollados, los hábitos estomatognáticos (orales y extraorales) y el tipo de fallas en la atención ocluso dental proporcionada anteriormente. Los comentarios sobre el estado de ansiedad que en relación con la atención estomatológica presenta el paciente se deben ofrecer como un medio para explicar las condiciones encontradas.

En los comentarios sobre traumas a las estructuras estomatognáticas se deben incluir los accidentes que hayan podido afectar cabeza y cuello y no apenas el trauma facial u oclusal.

Los hallazgos sobre aspectos esqueléticos se deben describir e identificar adecuadamente. Esto supone un empleo apropiado de la terminología nosológica para no cometer el error de usar clasificaciones de carácter terapéutico, como la de Angle⁶, a

fin de describir y diagnosticar condiciones de relación oclusal que son consecuencia de cuadros patológicos más complejos, como el síndrome de deficiencia funcional linguo-mandibulo-adenohioideo o síndrome de Robin⁷, uno de cuyos componentes es la aparente prognasia de los maxilares que daría lugar a una clasificación II en el sistema de Angle. También implica los movimientos terapéuticos dentales para reposicionar coronas o para obtener espacio en apiñamientos, sea mediante la ortodoncia fija o la ortopedia bucomaxilar, o la aplicación de estos procedimientos para corregir asimetrías esqueléticas.

Igualmente incluye los estudios esqueléticos funcionales de las articulaciones: a) Dento-dental (mediante montaje de modelos en articuladores computadorizados semiajustables o totalmente ajustables); b) Témpero-mandibular (con anotación expresa de chasquidos, crepitaciones, limitaciones de movimiento y, si se ha empleado la tomografía, el análisis calcográfico del movimiento de cada cóndilo); c) Vértebro-cervicales (AP y laterales en flexión, extensión e hiperextensión); el estudio del esqueleto cráneo-facial (relacionado con las radiografías AP, laterales y de base de cráneo así como el perfilograma y las calcografías del análisis cefalométrico) no se debe dejar de lado, especialmente cuando el "caso" que se presenta tiene relación con trastornos del crecimiento o con la disfunción dento-ocluso-témpero-mandibulo-cérvico-cra-neal (DOTMCC).

También se deben informar las anomalías óseas observables clínicamente. Aquí se incluyen las exostosis, las inflamaciones causadas por absceso dento-alveolares y la anquilosis dental. La descripción de los cambios óseos que acompañan la enfermedad periodontal, los tumores de maxila o de mandíbula y toda anomalía de calcificación se deberán describir clara y concienzudamente.

En los estudios radiográficos es necesario prestar especial cuidado a la descripción de las zonas radioopacas compatibles con fenómenos o lesiones como raíces abandonadas, osteítis, cuerpos extraños. Igualmente se debe dedicar extrema atención a la interpretación de las zonas radiolúcidas asociadas con tumores, enfermedad periodontal y otras patologías similares.

Por otro lado, si el "caso" lo requiere, dentro de los hallazgos estomatognáticos se debe presentar una descripción completa y exacta de los tejidos blandos intraorales. Los procesos inflamatorios que afecten cualquier órgano o parte de los órganos bucales se deben registrar cuidadosamente, en especial los relacionados con la pigmentación, cambios de las glándulas salivales, existencia de frenillos cortos, leucoplasia, trayectos sinusales supurantes, recesiones gingivales y las alteraciones del tamaño, forma y color. Idénticas anotaciones hay que realizar con la cabeza y el cuello, si esta información es pertinente.

La condición de los dientes se debe definir en forma exhaustiva pero concisa. El estado de higiene oral, el número de superficies cariadas, las restauraciones existentes, los dientes perdidos o supernumerarios, las anomalías de calcificación dental o del esmalte, así como las anomalías del color dental u otras estructuras, también se deben describir con mucho cuidado. Los hallazgos radiológicos dentales son im-

portantes e incluyen los dientes impactados o congénitamente ausentes, la dilaceración radicular, las infecciones odontogénicas o por tumores, la patología periodontal y las condiciones dentales previas.

Se deben documentar cuidadosamente cada sesión de tratamiento y los cambios importantes producidos durante el desarrollo de las medidas terapéuticas establecidas en ellas. Al respecto se deberán explicar el manejo del medio ambiente, los regímenes terapéuticos, las variaciones en los signos vitales, los hallazgos inesperados, el cumplimiento del paciente con las imposiciones del tratamiento, las modalidades de éste, los accidentes en los intermedios de las sesiones terapéuticas, las instrucciones post-operatorias y la información relacionada con el seguimiento de control, todo lo cual se debe incluir en el informe cuando sea importante y pertinente.

DISCUSION

En esta sección del manuscrito se deben revisar y analizar las formas de tratamiento y sus fundamentos justificativos así como evaluar el éxito o el fracaso de los procedimientos terapéuticos. El autor deberá examinar crítica y objetivamente la terapéutica empleada y revisar el caso desde el punto de vista del aporte que puede hacer al bagaje de conocimientos relativos a la práctica clínica en estomatología. El clínico puede sugerir alternativas mejores para incrementar la cantidad y calidad de las técnicas en el futuro.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

El resumen es de utilidad para puntualizar en unas pocas frases la naturaleza del informe. En esta sección del documento se pueden hacer conclusiones válidas respecto al tema tratado, pero es mucho más importante limitarlas a las observaciones científicas rigurosamente controladas respecto al caso específico y no presentar supuestos carentes de fundamento mediante enunciados generales.

BIBLIOGRAFIA^{1, 3-5}

Todas las fuentes de información se deben reseñar según las normas que la publicación haya adoptado en sus instrucciones sobre la aceptación de manuscritos. A menos que exista una referencia conocida no se debe citar información cuya fuente se ignore. Las referencias bibliográficas se suministran como muestra de los trabajos que se examinaron mientras se redactaba el artículo y no para deslumbrar con una lista de lecturas recomendadas, por lo cual sólo deben aparecer las que sean en verdad pertinentes y se hayan consultado.

FIGURAS, FOTOGRAFIAS Y LEYENDAS

Una vez que se han seleccionado las fotografías más útiles para la ilustración de la patología a que se refiere el informe del caso, o que se ha decidido sobre las ilustraciones que el dibujante hizo para presentar los esquemas de los instrumentos o aparatos, se debe preparar una leyenda para cada figura. Esta puede ser una sola frase o un conjunto de sentencias cortas que enfatizen los puntos críticos de la fotografía, o del dibujo, o que describan las observaciones particulares que el autor desea destacar respecto al instrumento de ilustración gráfica.

SUMMARY

This paper is a general guideline to the preparation of stomatology case reports. Fundamental principles and basic rules to write a "case report" are presented because of the importance of this type of publication in communicating advances in the clinical management and the treatment of stomatognathic disorders.

The best possible documentation, as well as manuscript organization, which will assure a well-written, interesting, motivating and educational case report to be accepted in scientific literature are emphasized.

REFERENCIAS

1. Barreto, J.F. y Barreto P.: Las publicaciones científicas. *Acta Med Valle* **11**: 97-102, 1980.
2. Boucher, C.O.: Writing as a means for learning. *J Prosthet Dent* **27**: 229-234, 1972.
3. Erlich, E. y Murphy, D.: *The art of technical writing*. Bantam Books Inc. New York, 182 pp, 1964.
4. Pérez, G.J.: *Cómo elaborar trabajos escritos. Manual de indicaciones*. Graphics Profesionales, Medellín, 118 pp, 1979.
5. Anónimo. Las referencias en la literatura médica. *Acta Med Valle* **7**: 24-25, 1976.
6. Angle, H.E.: Classification of malocclusion (p.172) In Graber, T.M. *Ortodoncia. Teoría y práctica*. Edit Interamericana, México, 892 pp., 1980.
7. Robin, P.: Syndrome fonctionnel linguo-mandibulo-adeno-hyoïdien (pp: 1-18) In Godin, R.G. et Le Petit, A: *La retroposition mandibulaire ou retrognathie à caractère fonctionnel - Orthopédie dento-faciale*. Eneyel Med Chir Fes 23472 E¹⁰, Paris, 1970.