

¿La radioprotección es necesaria en odontología?

Is radio protection necessary in Dentistry?

Daniel Pinto Agüero^{1, 2, a} 

Señor editor:

La llegada de la radiología digital en la odontología ha provocado un cambio vertiginoso, que se ha expresado en mayor seguridad, menor tiempo de exposición, mejor calidad de imagen y comunicación más expedita.

La realidad odontológica difiere un poco de la realidad médica en este campo, sobre todo en Latinoamérica en comparación con Norteamérica o Europa. El uso de elementos de protección radiológica en nuestros pacientes, durante proyecciones dentales y maxilofaciales, es necesario incluso con tecnología digital, porque apunta a prevenir la aparición de efectos estocásticos que no son dosis dependientes. En ese sentido, hay que considerar los siguientes antecedentes:

- En nuestros equipos y técnicas no hay control de absorción de radiación dispersa posterior.
- La tasa de exposiciones dentales por pacientes es de mayor frecuencia.
- La tecnología digital no está instaurada como una realidad en Latinoamérica y es aún de alto costo.

- Se utilizan colimadores redondos y no rectangulares en tomas intraorales.
- El grado de conocimiento en protección radiológica por profesionales del área dental es deficiente.
- Hay falta de un registro vinculante entre venta de equipos y autorización de funcionamiento por parte del organismo respectivo de cada país.

Son variadas las razones por las cuales dejar de utilizar el delantal blindado en odontología no es aconsejable en relación con la tendencia mundial más marcada en medicina. Esto se alinea con lo indicado por el European Consensus on Patient Contact Shielding, publicado en tres revistas: *Radiography*, vol. 28 (2022); *Insights in to Imaging*, vol. 12 (2021); y *European Journal Physica Medica*, vol. 96 (2022). Este consenso indica que en exposiciones dentales y maxilofaciales, como Rx intraorales, teleradiografías panorámicas y tomografías computarizadas de haz cónico, el uso de blindajes en pacientes es deseable y beneficioso en ciertas circunstancias (1, 2, 3). Esto es de gran importancia por lo mencionado y detallado anteriormente, más aun en la realidad latinoamericana en donde la optimización tecnológica y la radiología digital maxilofacial aún no son una realidad.

¹ Universidad Finis Terrae. Santiago de Chile, Chile.

² Facultad de Odontología, Universidad de Chile.

³ Instituto Profesional Duoc-UC, Santiago Chile

Presidente de Asociación Latino Americana de Radiología e Imagenología dentomaxilofacial

^a Miembro activo de la Sociedad de Radiología Oral y Maxilofacial de Chile.

REFERENCIAS

1. Hiles P, Gilligan P, Damilakis J, Briers E, Candela-Juan C, Faj D, et al. European consensus on patient contact shielding. *Radiography* [Internet]. 2022; 28(2): 353-359. Disponible en: [https://www.radiographyonline.com/article/S1078-8174\(21\)00194-2/fulltext](https://www.radiographyonline.com/article/S1078-8174(21)00194-2/fulltext)
2. Hiles P, Gilligan P, Damilakis J, Briers E, Candela-Juan C, Faj D, et al. European consensus on patient contact shielding. *Physica Medica* [Internet]. 2022; 96: 198-203. Disponible en: [https://www.physicamedica.com/article/S1120-1797\(21\)00358_6/fulltext?dgcid=raven_jbs_etoc_email](https://www.physicamedica.com/article/S1120-1797(21)00358_6/fulltext?dgcid=raven_jbs_etoc_email)
3. Hiles P, Gilligan P, Damilakis J, Briers E, Candela-Juan C, Faj D, et al. European consensus on patient contact shielding. *Insights Imaging* [Internet]. 2021; 12: 194. Disponible en: <https://insightsimaging.springeropen.com/articles/10.1186/s13244-021-01085-4>

Recibido 21-11-2022**Aceptado 29-11-2022**