

50^o
aniversario
1958 - 2008

Acto Académico
Aula Magna de la Facultad de Odontología U.B.A.
22 de Agosto de 2003

Vol. XLII / Núm. 1 • Enero - Julio de 2003

- *Distalización de Molares*
- *Transmigración de Caninos Mandibulares*
- *Inserción Laboral de los Graduados de la Facultad de Odontología, en el Nordeste Argentino*
- *Exodoncia e Implantología inmediata: Evolución y Confluencias Históricas*



- *Declaraciones FDI - Viena 2002*
- *Agenda de Congresos y Jornadas.*
- *Información para los autores*

R.A.A.O.
Revista del Ateneo Argentino de Odontología

Unidad Operativa de la
UNIVERSIDAD
FAVALORO

Dirección:

Anchorena 1176.
(C1425 ELB) Cap Fed.

ISSN 0326-3827

Jornadas 50 Aniversario 7 al 12 de Junio de 2004
Actividad Científica



Un **NUEVO** ángulo para una intensa sensación de limpieza

- Cerdas a diferentes niveles y distintos ángulos que cubren una mayor superficie.
- Acceso inter-proximal significativamente superior.
- Mango ergonómico que facilita el agarre del cepillo.

Recomiende Colgate® Active Angle® para todas las áreas de difícil acceso.



Colgate® ACTIVE ANGLE®

Si desea estar incorporado en la base de datos exclusiva para odontólogos de Colgate e informarse sobre éste y otros productos, visite: www.colgateprofesional.com

AYUDA A SUS PACIENTES A CEPILLARSE MEJOR

SERGIO TRAJTENBERG

MATERIALES Y EQUIPAMIENTOS ODONTOLÓGICOS

Anchorena 1176 PB (1425) - Buenos Aires - Tel. 4963-3503 líneas rotativas - tel.fax 4963-9357
 Suc. S.A.O. Montevideo 971 (1019) - Buenos Aires - Tel. 4813-6807 - e.mail: sergiodental@ciudad.com.ar
 Sucursal Sur - Comodoro Rivadavia - Tel.: 0297-154011001

Clasic



EQUIPOS NACIONALES PARA UNA MEJOR ODONTOLOGIA

DENIMED

EQUIPOS ODONTOLÓGICOS CON NIVEL DE EXPORTACION

ISO 9002 CE

SISTEMA DE CALIDAD CERTIFICADA

Capri



Financiación en Pesos!!

DENIMED



Mare

R.A.A.O.**Revista del
Ateneo Argentino
de Odontología**

Editor responsable
Comisión Directiva
del Ateneo Argentino
de Odontología

Director
Ariel Osvaldo Gómez

**Consejo Editorial
de este número**
Jorge García
Ariel O. Gómez
Mario J. Mankevich
Eduardo Muñío
Luis Zielinsky

Comité de Redacción
Mario Beszkin
Carlos Guberman
Juan Meer
Mario Daniel Torres
Héctor Ziegler
Luis Zielinsky

Diagramación
Prototipo

Composición y armado
Print diseño & impresiones

Impresión
COGTAL

Dir. Nac. Derechos de Autor
Registro Nº 192.365 Ley Nº 11.723

Anchorena 1176 (C1425 ELB) Bs As.
tel/fax 4 962-2727
e.mail:ateneoodont@millicom.com.ar
www.ateneo-odontologia.org.ar

Volumen XLII • Núm. 1
Enero - Julio de 2003

Las opiniones expresadas en esta publicación no reflejan necesariamente el punto de vista del ATENEO ARGENTINO DE ODONTOLOGIA, a menos que hayan sido adoptados por el mismo. Serán considerados como trabajos originales los que no hayan sido publicados ni estén en vías de publicación.

Intercambio internacional; deseamos canje con revistas similares. Nous désirons établir échange avec les revues similaires. Deseamos permutar con revistas congeneres. We wish to exchange with similar magazines. Um Austausch wird gebeten.

Foto de tapa: Obra pictórica, "LA CANCIÓN DEL PUEBLO" 1927 de Emilio Pettoruti. Oleo sobre madera de 73,8 x 64,7 cm. Colección Constantini en el Museo de Arte Latinoamericano de Buenos Aires. - MALBA. Derechos reservados Fundación Pettoruti. www.pettoruti.com.

COMISIÓN DIRECTIVA

Presidente: Dr. Armando Hector Pollero
Vicepresidente: Dr. Carlos Alberto Vaserman
Secretario: Dra. Beatriz Graciela Lombardo
Prosecretaria: Dra. Lilian Pivetti
Tesorera: Dra. Marcela Sanchez
Protesorera: Dra. Angela Vallone

VOCALES

Titulares: Dr. Hector Ziegler, Dr. Jose Adonaylo, Dra. Noemi Lisman,
Dr. Mario Beszkin, Dr. Isaac Rapaport, Dra. Patricia Zaleski
Suplentes: Dr. Jorge García, Dr. Roberto Sturmo, Dr. Lucio Scalzo,
Dra. Diana Kaplan, Dra. Esther Ganiewich, Dra. Rosario Santoro

COMISIÓN FISCALIZADORA

Titulares: Dr. Mario Daniel Torres, Dr. Eduardo Muñío, Dr. Claudio Sklar
Suplentes: Dr. Jaime Juan Fiszman, Dra. Beatriz Lewkowicz, Dra. Sara Sneibrun

TRIBUNAL DE HONOR

Dres.: Henja F. De Rapaport, Catalina Dvorkin, Maria Rosa Valsangiacomo,
Marta Dascal, Luis Zielinsky, Leonardo Voronovitsky,
Edith Losoviz, Silvia Rudoy, Moisés Gerszenszteig

**SOCIEDAD DE ORTODONCIA DE LA REPUBLICA ARGENTINA
SECCIONAL DEL ATENEO ARGENTINO DE ODONTOLOGIA
SORA**

Presidente: Dra. Amanda Rizutti
Vicepresidente: Dra. Stella Maris Flores De Suarez
Secretaria: Dra. Graciela Resnik
Tesorera: Dra. Liliana Periale

VOCALES

Titulares: Dra. Ana Maria Kriger, Dra. Beatriz Lewkowicz,
Dr. Elias Beszkin, Dra. Marta Sarfatis,
Suplentes: Dr. Luis Zielinsky, Dra. Beatriz Graciela Lombardo,
Dra. Edith Losoviz, Dra. Esther Ganiewich

TRIBUNAL DE EVALUACIÓN

Dres.: Elias Beszkin – Beatriz Lewkowicz – Noemi Lisman – Beatriz
Lombardo – Edith Losoviz – Eduardo Muñío – Liliana Periale – Graciela
Resnik – Amanda Rizutti – Luis Zielinsky

Editorial**Se hace camino al andar**

Este año se cumplen 50 años de la fundación del Ateneo Argentino de Odontología. Una Institución que comenzó cuando un grupo de colegas y amigos deciden su creación, con el fin de poder realizar estudios de posgrado, investigación, atención de pacientes de bajos recursos económicos y brindar sus conocimientos a otros profesionales.

Allí se inició el camino.

Sólo un pequeño número de individuos con un sueño, que lograron transformar en una meta; ya que los sueños suelen ser un conjunto de imágenes sin sentido o con sentido relativo de difícil concreción, y la meta una finalidad o propósito definido.

Se abocaron a una especialidad Odontológica: la Ortopedia.

Y lo que comenzó siendo una Institución ligada a la ortopedia con el correr de los años se transformó en multidisciplinaria y fue la primera en realizar un Congreso Interdisciplinario en Odontología en el año 1981.

Ya por el camino se andaba.

Para los 25 años, etapa joven aún, se había transformado de casa de reunión en Hospital Escuela, cimentado en dos grandes pilares que son el sostén de la Institución aún hoy: Uno, la enseñanza al pie del sillón, avance en el plano educativo, y el otro la preservación de la salud integral en el plano sanitario.

Se siguió avanzando.

En el año 1993 por resolución Nro. 171/93 de la Secretaría de Salud de la Nación se le reconoce a la Sociedad de Ortodoncia de la República Argentina (SORA), seccional del Ateneo Argentino de Odontología la idoneidad para otorgar certificados de Especialista en Ortodoncia.

En el año 2002 por resolución Nro. 114/02 el Ministerio de Educación de la Nación autoriza a la Universidad Favaloro a expedir el título de Especialista en Ortodoncia siendo la Unidad Operativa de esta Universidad, el Ateneo Argentino de Odontología.

Mucho se ha logrado en estos primeros cincuenta años de existencia pero tengamos en cuenta que para seguir creciendo siempre hay que fijarse nuevas metas.

El camino está abierto para las generaciones venideras; las nuevas metas y su concreción es el gran desafío que nos toca asumir a los actuales y futuros dirigentes de la Institución.

Dr. Armando Pollero

ATENEO ARGENTINO DE ODONTOLOGIA JORNADAS 50º ANIVERSARIO

7-12 DE JUNIO DEL 2004 - REGENTE PALACE HOTEL - CIUDAD DE BUENOS AIRES

PROGRAMA PRELIMINAR

IMPLANTES - REHABILITACION PROTETICA

CURSOS PRE-JORNADAS

- * **Estética** Dr. M. F. Rubio (Perú)
- **MINICURSOS**
- * **Actualización en Cirugía e Implantes** - Dr. Juri Turanza
Reconstrucción osea tridimensional para la colocación de implantes: fundamentos y técnicas quirúrgicas
Implantes inmediatos (8 hs.)
- * **Sobredentaduras dento e implantoasistida** -
Dr Mario Bezkin (4 hs.)
- **CONFERENCIAS**
- * **Implantología, conceptos para el odontólogo general en la rehabilitación** - Dr. Juri Turanza
- * **Protesis fija sobre implantes** - Dr. Roberto Niesi

ORTODONCIA

- **MESA REDONDA**
- Factores que condicionan la estabilidad en los resultados estéticos y funcionales.**
Dres. Jorge Albarracín, Jorge Breguer, María E. Mathew, Stella Tomaszewski, Luis Zielinsky.

MINICURSOS

- **Técnica de Arco Recto (2 horas)**
Dr. Nappa Aldabalde Alfredo
- **Cirugía y Ortodoncia**
Dr. Nestor Mauriño (Cirujano)
Dra Lia Sokolowicz (Ortodoncista)
- **Recursos Ortodonticos en el tratamiento integral del adulto (2 horas)**
- **CONFERENCIAS**
- * **Técnica lingual, mitos y realidades**
Dr. Augusto Ureña
- Ortopedia funcional de los maxilares**
Dr. Miguel Angel Cachione

ODONTOPEDIATRIA

- **CONFERENCIAS SERIADAS**
- * **Actualización en Odontopediatría - desde un criterio preventivo**
Atención del bebé y la embarazada- Dra. Noemi Bordoni
Operatoria dental Dr. Ernesto García
Tratamiento pulpares Dr. Idelfonso Ishikawa
Prevención de maloclusiones Dra. Henja Rapaport

OPERATORIA

- * **Minicurso**
Estética en restauraciones en el sector posterior.
Dr. Prof. Eduardo Lanata (4 hs.)
- * **Conferencias**
Nuevas tecnologías en la preparación de cavidades.
Dr. Lucio Scalzo
Sonoerosion laser -metodos quimicos -tecnicas convencionales
Tratamiento de hiperestesia dentinaria- prevención de caries incipientes Dr. Lucio Scalzo

ENDODONCIA

- * **Conferencias**
Evaluación y tratamiento de los fracasos endodónticos
Dres Juan Meer -Sergio Gotlieb

PERIODONCIA

- * **Conferencias**
Soluciones quirúrgicas, periodontales, estéticas y paraprotéticas Dr. Claudio Furman
- Mesa redonda**
- MARCO SOCIOECONOMICO DEL EJERCICIO PROFESIONAL**
- Mesa redonda**
- Disertantes:** Dr. M.J.E. Giglio Dr. R. Macchi
Dra. M. O. Lockett

• CAPITULO ESTUDIANTIL

COMITÉ ORGANIZADOR

- Presidente Dra. Beatriz Lewkowicz Secretaria Dra. Diana Kaplan Tesorera Dra. Marcela Sanchez
Comité Científico Dra. Rosana Celnik, Dra. María R. Crosetti, Dra. Vilma Guevara, Dra. Graciela Iglesias, Dr. Julio Lalama, Dr. Juan Meer, Dr. Eduardo Muño, Dra. Marta Pacifico, Dra. Liliana Periale, Dra. Graciela Resnik, Dra. Marta Sarfatis, Dra. Susana Zaszczynski.
Comité De Relaciones Publicas Dra. Lilian Pivetti, Dra. Angela Vallone.
Capitulo Estudiantil Dr. Juan José Fazio, Dra. Vilma Guevara, Dr. Victor Colangelo, Dr. Juan Manuel Muño, Srta. Andrea Muño

R.A.A.O.

Revista del Ateneo Argentino de Odontología

RAAO • Vol. XLII / Núm. 1 • Enero - Julio de 2003

Sumario

- | | |
|----|--|
| 3 | Editorial. |
| 4 | Jornadas 50º Aniversario. |
| 6 | Distalización de Molares.
<i>Dra. Laura Stefani</i> |
| 17 | Transmigración de Caninos Mandibulares.
<i>Dra. Alicia Radice</i>
<i>Dra. Graciela Armendáriz</i> |
| 26 | Inserción Laboral de los Graduados de la Facultad de Odontología, en el Nordeste Argentino.
<i>Dra. María Olimpia Lockett</i>
<i>Dra. Nilda Sarnachiaro</i> |
| 32 | Exodoncia e Implantología Inmediata: Evolución y Confluencias Históricas.
<i>Dr. Ricardo L. Pomeraniec</i> |
| 44 | Actividad Docente. Cursos que inician a partir de Julio de 2003. |
| 49 | Información para los autores. |
| 50 | Declaraciones de la FDI. Viena 2002. |
| 54 | Agenda de Congresos y Jornadas. |

Distalización de Molares

Dra. LAURA STEFANI

Resumen

En el presente artículo se realiza una revisión de la aparatología propuesta por diversos autores para lograr la distalización de los primeros molares superiores como alternativa de tratamiento de la clase II.

Este tipo de mecanoterapia es usado en pacientes con protrusión maxilar dentoalveolar. La mayoría de los aparatos "distalizadores" requieren de una considerable cooperación de parte de los pacientes para tener éxito. A pesar de la efectividad de la distalización, estos aparatos aún producen una discreta cantidad de mesialización del anclaje anterior, proclinación de los incisivos superiores e inclinación distal de los molares superiores.⁴

Palabra clave

Distalamiento molar, distalización molar, clase II.

SINÓNIMOS:

Distalización, distalamiento, distalación.

INTRODUCCIÓN:

La Clase II es un heterogéneo grupo de maloclusiones que representan el más alto porcentaje de maloclusiones en la práctica ortodóntica.¹

Los pacientes con protrusión dentoalveolar superior, sin problemas esqueléticos mayores, y con un mínimo o nada de apiñamiento inferior, son los pacientes indicados para ser tratados con distalización de molares.

Históricamente, la tracción extraoral (headgear) se ha utilizado para distalizar el maxilar y los dientes superiores. Angle (1887), usó la tracción extraoral de muchas formas diferentes. Graber² (1955) notó que usando la tracción extraoral sobre el primer molar superior, cuando todavía no ha erupcionado el segundo molar superior, el primer

Summary

This article encloses a review of different authors on appliances aimed to distalize the upper first molar as an alternative treatment to class II.

This type of mecanotherapy is used in patients with maxillary protrusion. To achieve success, the majority of the distalizing appliances require a considerable cooperation on behalf of the patients. Although "distalization" is highly effective, the appliances still produces relatively small amounts of incisor displacement, superior incisive proclination and upper molar distal inclination.

Key Words

molar distalization, distalizing appliance, class II.

molar se inclina distalmente y no se distala en cuerpo. Para prevenir la inclinación del primer molar superior, Cetlin³ (1983) combinó la fuerza extraoral (Head-Gear) usándola tiempo parcial con la fuerza intraoral (aparatos removibles) usando éstos tiempo completo.

En un intento de obtener una terapia ortodóntica rápida y fácil de repetir, la cuál no requiriera de la cooperación del paciente, recientemente se han propuesto nuevas modalidades de tratamiento para distalizar los molares superiores en el complejo campo de las terapias de Clase II sin extracciones (Wilson 1978, Cetlin y Ten Hoeve 1983, Gianelly y col. 1989, Jones y White 1992, Hilgers 1992, Bondemark y Kuroi 1992, Carano y Testa 1996).

Como dice en un trabajo del Angle Orthodontist, la distalización de molares es una opción cada vez más aceptada, ya que coincide con la tendencia actual no extraccionista. Pero hay que conocer sus indicaciones y sus riesgos.

INDICACIONES DE DISTALIZACIÓN MOLAR

- Distoclusión alvéolodentaria.
- Discrepancia hueso- diente leve o moderada (no > de 5mm).
- Pérdida de anclaje en el tratamiento.
- Resistencia a las extracciones.
- Crecimiento convergente (braquí).
- Salud funcional.

CONTRAINDICACIONES DE DISTALAMIENTO MOLAR

- Distoclusión esquelética.
- Diplasia esquelética.
- Mordida abierta basal.
- Crecimiento divergente (dólico).
- Disfunción.
- Discrepancia hueso-diente severa.
- Pacientes no cooperadores.

El tratamiento de la mordida abierta basal con crecimiento vertical y divergencia de basales, no es favorecido por la distalización de molares que podría incrementar dicho crecimiento y producir una mayor rotación de la mandíbula hacia abajo y atrás.

Desde los primeros recursos ortodónticos hasta la actualidad se ha intentado recuperar espacio perdido por la mesogresión de las piezas dentarias distalizando molares y el maxilar superior.

PENDULO DE HILGERS⁵ (1992)



(Péndulo™) Fig. 1



(Pendex™) Fig. 2

El Péndulo (Fig.1) y su versión con expansión el Pendex[®] (Fig.2) de Hilgers es el aparato de "moda" para distalizar molares.

Fue descrito por Hilgers⁷ en el año 1992.

Consta de un botón de Nance amplio (el péndulo), según diseño original va adherido a esmalte mediante unas extensiones metálicas que alcanzan la cara oclusal de pre-molares o molares deciduos, pero se puede construir también con bandas. Dispone de un par de resortes de distalizar tipo Adams grandes de Beta-titanio (TMA de Ormco) y 0,8 mm. de grosor dispuestos a distal del botón y que conectan con los molares mediante cajas linguales a banda. Estos resortes de TMA activados en 45° desarrollan una fuerza de 125 a 200 gr.

Conceptualmente no aporta nada nuevo pues la mecánica es similar a la placa de distalizar diseñada hace años por Cetlin con la excepción de que esta última al ser removible necesitaba distalizar por separado cada uno de los lados para no desestabilizarse.

Instalado el péndulo mediante adhesión a esmalte en las caras oclusales de los molares deciduos y enganchados los resortes a las cajas linguales gracias a la elasticidad del metal TMA. Normalmente no se requiere activación adicional salvo en ocasiones en los últimos meses. El tiempo de distalización es de aproximadamente 3 meses. La necesidad de expandir en casi todas las distoclusiones hizo que la versión del Péndulo con tornillo de expansión (Pendex) sea la más usada. Según Hilgers : expandir el arco de 3-4 mm y distalizar los molares de 3-4 mm.

Luego de conseguir la distalización , Hilgers recomienda colocar brackets en los dientes anteriores y el arco utilitario para mantener el espacio lateral. Además permite el uso de gomas de claseII para seguir el tratamiento.

Ghosh y Nanda⁸ (1996) evaluaron 41 pacientes tratados con el Péndulo, y encontraron que el 57% fue distalización molar, y el 43% fue pérdida de anclaje anterior y del primer premolar superior. Los autores también reportaron un promedio de inclinación distal del primer molar superior de 15,7°.

Bussick y Mc Namara⁹ (2000) sugirieron que el aparato péndulo, es más efectivo en pacientes con el anclaje en el segundo molar superior deciduo y con el segundo molar superior permanente aún sin erupcionar para reducir una apertura indeseable de la mordida.

PENGUIN PENDULUM APPLIANCE (2001)



Fig. 3

Joe Mayes modificó el Péndulo en 2001, con resortes de TMA removibles y lo llamó Penguin Pendulum[®] (Fig.3). Permiten activación fuera de la boca.

DISTAL JET (1996)



Fig. 4



Fig. 5

El Distal Jet[®] (Fig.4), un aparato lingual para distalización, ha sido desarrollado por el Dr. Aldo Carano y el laboratorista Mauro Testa (1996).

El Distal Jet esta formado por dos tubos telescópicos unidos a un botón de Nance (fig.5). Este puede estar soldado

al primero o segundo premolar con bandas. En la dentición mixta rutinariamente se escogen como anclaje los segundos molares deciduos mientras que no se haya reabsorbido un tercio de la raíz. En cada lado, un alambre en bayoneta insertado dentro del aditamento lingual de la banda del molar puede correr libremente a través del tubo. La fuerza distalizadora es dada por la compresión total del resorte instalado en el alambre en bayoneta. lo que se consigue deslizando la abrazadera distalmente y presionando el resorte contra el tope distal. Si el tope distal esta en contacto estrecho con la mucosa palatina, después de los primeros milímetros de distalización se comprimirá el paladar e inhibirá el movimiento molar. El tope debe estar separado del paladar de 1 a 2 mm .

La abrazadera es mantenida en su posición con el tornillo mesial, mientras que el tornillo distal es usado solamente para retención. Ya que la línea de acción de la fuerza distalizadora pasa cerca del centro de resistencia del molar, se obtiene una distalización en cuerpo. La fuerza ejercida por el resorte precalibrado es de 180 o 240 gramos al momento de su máxima activación. Se recomienda el uso del resorte de 180 gr. cuando está solo el primer molar, mientras que se recomienda el resorte de 240 gr. cuando están presentes el primer y el segundo molar.

El Distal Jet es capaz de distalizar el primero y segundo molar juntos, aún si la fuerza es aplicada solo en el primer molar. Una vez que se ha alcanzado la cantidad deseada de movimiento distal de los molares superiores, Carano y Testa (1996) sugieren convertir el aparato en un retenedor de Nance retirando los aditamentos con los resortes y agregando acrílico fotocurable o autopolimerizable a la base de alambre.

Los brazos que van a los premolares, son removidos secuencialmente, o todos al mismo tiempo, de acuerdo a los deseos del clínico usando una fresa de diamante con una pieza de mano de alta velocidad. El acrílico del Nance puede separarse de la mucosa palatina. Para evitar este problema, la caja lingual debe ser ajustada con una pinza

de How. Además, la bayoneta de alambre o el tubo pueden doblarse con una pinza de tres picos para ajustar la presión del acrílico contra la mucosa palatina.

DISTAL JET EN DENTICIÓN MIXTA¹²

La distalización molar es solo el primer paso importante en la corrección final de una maloclusión de Clase II. Aunque la posición correcta del molar se obtiene fácilmente con el Distal Jet, el progreso y la finalización del tratamiento podría ser complicado por la necesidad de la cooperación del paciente y por la estabilidad del anclaje durante la distalización secuencial de los premolares, caninos e incisivos.

En la dentición mixta, el enfoque tradicional para completar el tratamiento después de la distalización del molar, es corregir el overjet por medio de arcos utility superior e inferior y elásticos Clase II . Los arcos utilitarios están realmente indicados en estos casos ya que los dientes deciduos pueden ser evitados, el overbite puede mantenerse bajo control y las relaciones oclusales sagitales pueden ser corregidas con elásticos Clase II. Después de haber alcanzado una relación molar de Clase I y un overjet apropiado, los dientes permanentes erupcionarán en su posición correcta y solo será necesario hacer algunos ajustes finales.

DISTAL JET EN DENTICIÓN PERMANENTE

El Distal Jet debe ser el primer y único aparato en el arco superior hasta que se alcance la relación molar de Clase I. De hecho, los casos en los cuales se colocaron los aparatos multibrackets fijos durante la activación del aparato distalizador, han mostrado tener menos estabilidad de la unidad de anclaje .Después de la distalización, los molares deben ser mantenidos en su nueva posición, ya que hay una significativa recidiva mesial. Para evitar esto, los autores sugieren un doble control del anclaje : uno palatino (el Distal Jet transformado en un botón de Nance normal) y un anclaje labial (el arco de alambre con topes en mesial de los primeros molares superiores. La distalización de los

premolares y caninos se hace en masa y no en secuencia. El arco inferior actúa como anclaje para los elásticos Clase II, los cuales serán usados para corregir las relaciones caninas. Con el fin de que el arco inferior se mantenga estable con el uso de los elásticos intermaxilares, se debe preparar con un arco rectangular. Después de corregir la relación canina, se deben retirar el botón de Nance y los topes mesiales, y se pueden utilizar fuerzas de Clase II para distalizar los incisivos. Al final del tratamiento se le da al paciente un retenedor superior de Hawley y se coloca un retenedor fijo en el arco inferior del 3 al 3. El paciente es citado para observación y para los ajustes que pudieran ser necesarios cada mes en el primer año, y cada cuatro meses durante el segundo año.

DISTALIZADOR FIRST CLASS



Fig. 6

En el Distalizador First Class (fig. 6) tenemos fuerza distalizadora por vestibular y por palatino. Máximo control antirrotación gracias a sus dos guías vestibular y palatina. La guía palatina, autoactivable con resortes Memoria (termoactivables) y la guía vestibular activable con tornillo en la propia clínica. La activación palatina es automática debido al efecto del alambre MEMORIA[®] activable con la temperatura del cuerpo, y la vestibular se efectúa mediante una llave entregada al paciente para que active su tornillo con la frecuencia necesaria.

APLICACIÓN DE LA FUERZA DE DISTALIZACIÓN POR VESTIBULAR

Resorte de NITI en el arco desde premolar a molar (fig. 7 - 8)



Fig. 7

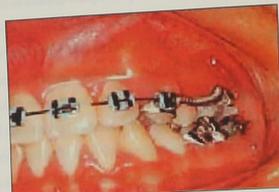


Fig. 8



Fig. 9



Fig. 10

Se refuerza anclaje con Botón de Nance (fig. 9). Se observa en figura 10 la distalización luego de 7 meses de tratamiento.

APARATO DISTALIZADOR DEL DR. VLOCK¹³



Fig. 11



Fig. 12

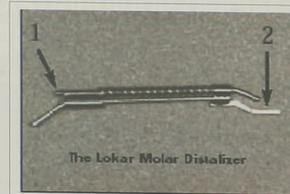
El aparato distalizador del Dr. Vlock (fig. 11) consta de un alambre de TMA en forma de omega que hace tope en tubo vestibular de molar y que se activa impidiendo su deslizamiento anterior a nivel del 1º premolar con un tornillo tipo gurin (fig. 12).

En palatino tiene un botón de Nance unido a los premolares y en contacto con la zona incisiva (fig. 13).



Fig. 13

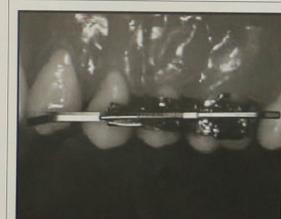
THE LOKAR MOLAR DISTALIZING APPLIANCE¹⁴ (1996)



Arrow 1 indicates a mesial sliding component. Arrow 2 indicates a component which inserts into archwire tube of molar.



Lokar Distalizer activated by tying back the mesial sliding component with the .012 ligature.



Lokar Distalizer inserted and collated.

Fig. 14

Se liga el extremo M que se desplaza y comprime el resorte de Niti (fig.14). Los segundos premolares están conectados por palatino a un Botón de Nance, como lo muestra la figura 15.



Fig. 15

ARCO MULTIDISTALIZADOR

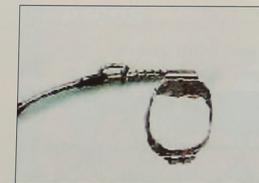


Fig. 16

- Partes integrantes del M.D.A. (fig.16)
- Omega que se activa con un alicate plano.
- Resorte de Nitinol
- Tubo doble

Se comprime el resorte con un alicate plano sobre el omega y llevando el arco a distal con la goma de clase II. (fig.17)

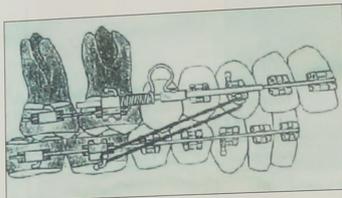


Fig. 17

SISTEMA DISTALADOR DESLIZANTE

El Dr. Alfredo Bass⁴ profesor titular de la Cátedra de Ortodondia en la Universidad Nacional de Córdoba, desarrolló este aparato distalizador.



Fig. 18

- a - Tubo deslizante (fig.18)
- b - Resorte de Niti
- c - Goma Clase II

- Arcos pesados de acero de .018 o más.
- Arco superior pasa dentro de resorte y del tubo

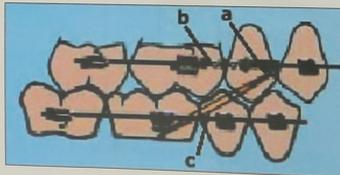


Fig. 19

deslizante.

- Sin bracket en 2º premolar.
- Gomas de clase II : desde el hook superior al 1º o 2º molar inferior.
- Goma distala el tubo deslizante que presiona el resorte y éste al tubo molar distalando el molar. (fig.19)



Fig.

La desventaja es que la efectividad está supeditada al compromiso del paciente a usar las gomas (fig. 20).

REMOVABLE MOLAR DISTALIZATION SPLINT III®

A.KORRODI RITTO D.M.D., Ph.D.

Este profesional también usa como sistema distalizador, un tubo telescópico con un gancho para goma de clase II por vestibular (fig. 22). A diferencia de los demás como anclaje palatino en cambio del Botón de Nance , usa una férula de Biocryl de 1,5 mm. que abarca el paladar y la zona dentaria (fig. 21). El tubo se adhiere al splint con acrílico (fig. 23).

Distalización lograda en 3 meses (fig. 24).



Fig. 21

COMPANY ARGENTINA

DISTRIBUIDOR OFICIAL SYBRON DENTAL SPECIALTIES



BRACKETS



Damon



Inspire



Tru-Straight



Mini-Twin

Bandas



Tubos



Arcos



Orthodontika

Marcelo T. de Alvear 2043 5º "A"
(C1122AAC) Capital Federal
(54-11) 4829-0313/4
e-mail: acompany@ciudad.com.ar



Fig. 22



Fig. 23



Fig. 24

CONCLUSIONES

En este artículo se ha hecho mención de una variada aparatología que tiene como objetivo la distalización de los primeros molares superiores para solucionar la distocclusión, evitando de este modo, las extracciones. Es interesante ver la inventiva de cantidad de colegas para llegar al mismo objetivo. Uno de los retos que resultan en cualquier tratamiento que involucra la distalización molar, es la consolidación de los arcos después que se ha completado el movimiento posterior de los molares. Ya que los molares distalizados no pueden considerarse como un anclaje estable para la retracción secuencial de premolares y caninos, se recomienda el uso de fuerzas intermaxilares (elásticos Clase II) para la distalización de los caninos, premolares e incisivos. Aún si se deja en su lugar el botón de Nance, la remodelación de hueso todavía no ha completado la maduración del hueso recién depositado, por lo tanto, si se

aplicara una fuerza mesial, los molares se desplazarían rápidamente de regreso. La participación del arco inferior para propósitos de anclaje, es una necesidad más que una elección y la consecuente vestibulización inferior, es el efecto colateral negativo aceptable por un tratamiento con cualquier tipo de mecánica de distalización.

AGRADECIMIENTO : Agradecido al Dr. Zielinsky su constante orientación en el enfoque de esta difícil disciplina.

BIBLIOGRAFIA

1. Proffit WR. Contemporary orthodontics. St. Louis: CV Mosby, 1986.
2. Graber TM. Extraoral force- fact and fallacies. Am J Orthod 1955;41:490.
3. Cetlin N M, Ten-Hoeve A. Nonextraction treatment. J Clin Orthod 1983;17:396-413.
4. Gianelly A A. Distal movements of maxillary molars. Am J Orthod Dentofac Orthop 1998;114:66-72.
5. "The Orthodontic CYBERjournal" : The Pendulum Appliance: Creating the Gain-By Randall K. Bennett, D.D.S., M.S., Salt Lake City, Utah and James J. Hilgers, D.D.S., M.S., Mission Viejo, California.
6. "The Orthodontic CYBERjournal" : "Interview with Dr. Hilgers" "The Pendulum and Pendex Appliance (and more)" Interviewed by Raymond Bedette, DDS
7. Hilgers JJ. The Pendulum Appliance for Class II non-compliance therapy. J Clin Orthod 1992; 26:700-713.
8. Ghosh J, Nanda RS. Evaluation of an intraoral maxillary molar distalization technique. Am J orthod Dentofac Orthop 1996;110:639-646.
9. Bussick T J, McNamara J A Jr. Dentoalveolar and skeletal changes associated with the Pendulum appliance. Am J Orthod Dentofac Orthop 2000;117:333-343.
10. "Using the Penguin Pendulum Appliance Joe Mayes, DDS, MSD (<http://www.ormco.com/seminars-online>)
11. Carano A, Testa M. The Distal Jet for Upper Molars Distalization. J Clin Orthod 1996; 7: 374-380.
12. Carano A, Testa M. Clinical applications of the distal jet. Genova: RS Editore, 1997
13. "The Orthodontic CYBERjournal" : "A fixed appliance for rapid distalization of upper molar". By Dr. Richard Vlock.
14. "Dr. Michel Scott on the Lokar Distalizer : Clinical Impressions, Volume 5 (1996) No.1
15. "Nexus Ediciones (Barcelona), Ortodoncia Clínica, año 2001. "Sistema distalador deslizante". Dr. Alfredo Bass.
16. "The Orthodontic CYBERjournal" Removable Molar Distalization Splint III , by A.Korrodi Ritto, DMD PhD

Dirección de la autora: Anchorena 1176 Cap. Fed. (1425)
e-mail: podskubka@fibertel.com.ar

NUEVA PRESENTACION

Limpieza más completa que la del cepillo dental

COREGA Tabs 5 minutos

Limpiador de Prótesis Dentales

- ▶ Limpia a fondo su dentadura en sólo 5 minutos.
- ▶ Elimina bacterias y gérmenes.
- ▶ Su efervescencia actúa donde el cepillo dental no puede llegar.
- ▶ Sabor a menta que deja el aliento fresco.
- ▶ Limpia manchas resistentes.

**EN PACKS DE 4
Ó 20 TABLETAS**



ODONTOTECNICA MISURACA

“Desde hace más de 20 años le ofrecemos la mejor solución con calidad y precios accesibles”

**Service *Abonos *Instalaciones *Reformas*



www.odontotecnicamisoraca.com

Visite nuestra página Web y conozca nuestras super ofertas en todo nuestra línea de equipamiento usado.

Av. Santa Fe 2926 Sto. "C" Cap. Fed. Tel 4826-9704 Cel 154-470-0224
RadioMje 4377-8576

Mail: info@odontotecnicamisoraca.com

Transmigración de Caninos Mandibulares

Dra. Alicia Radice - Dra. Graciela Armendáriz

Resumen

La migración del canino mandibular a través de la línea media (transmigración) es una patología poco frecuente, la bilateral lo es más aún. La aparición de la ortopantomografía ha ampliado los límites de los exámenes radiográficos. La prevención frente a ésta anomalía está vinculada fundamentalmente al diagnóstico precoz y su resolución ortodóncica y/o quirúrgica-ortodóncica. Frente a la persistencia del canino temporario o no erupción del permanente a la edad correspondiente se debe solicitar una radiografía panorámica.

Palabras claves

Transmigración.
Radiografía panorámica.
Opciones de tratamiento

Summary

Migration of a mandibular canine across the midline (transmigration) is a rare condition, and the bilateral transmigration is extremely rare. The advent of the panoramic radiograph, has extended the limits of radiographic examinations. Before this anomaly, prevention is basically related to precocious diagnosis and its orthodontic and/or surgical-orthodontic resolution. Before the persistence of temporary canine or non eruption of permanent canine at the corresponding age, a panoramic Rx. should be asked for.

Key words

Transmigration
Panoramic Radiograph
Treatment options

INTRODUCCIÓN

Una pieza dental no erupcionada representa un problema para el paciente, para el odontólogo general y en especial para el ortodoncista, sobre todo, si se trata de un canino. El desplazamiento del diente no erupcionado ocurre frecuentemente en el mismo lado del maxilar o de la mandíbula. Los incisivos que tardan en erupcionar debido a la presencia de dientes supernumerarios, también permanecen del mismo lado.

El canino maxilar, notoriamente desviado de su camino eruptivo normal, parece tener como barrera insuperable la línea media.

Debe tenerse en cuenta que en la dentición humana, tanto los caninos maxilares como los mandibulares son dientes muy importantes desde el punto de vista funcional y estético.

En la práctica clínica cotidiana es muy común encontrar caninos impactados y/o desviados, que representan una problemática difícil para el odontólogo.

Es más frecuente encontrar caninos maxilares impactados que caninos mandibulares. Es mucho menos común que dicho canino mandibular impactado tenga un desplazamiento contralateral.

Un diente no erupcionado puede migrar y localizarse a cierta distancia de su lugar de desarrollo. El movimiento de una pieza no erupcionada es inusual y, por lo tanto, merece la pena su estudio.

Tarsitano¹ y colaboradores describen esta anomalía como migración o movimiento de una pieza no erupcionada a través de la línea media sin influencia de ninguna entidad patológica, siendo los primeros en utilizar el término "transmigración" para definirla.

Javid² considera el movimiento dentario como una migración únicamente si el canino impactado ha cruzado la línea media en más de la mitad de su longitud.

El presente trabajo tuvo como objetivo constatar, a través de la revisión bibliográfica, la frecuencia de la transmigración mandibular de caninos teniendo en cuenta tam-

bién la condición de uni o bilateral.

MATERIALES Y MÉTODOS

El análisis bibliográfico retrospectivo se realizó teniendo como referencia de base los datos aportados por el Dr. Joshi¹ en su artículo: "Transmigrant Mandibular Canines: A Record of 28 Cases and a Retrospective Review of the

Literature".

En una publicación de la Revista Quintessence el Dr. Joshi¹, presenta los hallazgos obtenidos por distintos autores en relación a la alteración del canino no erupcionado o erupcionado ectópicamente (tabla 1).

Autor	Posición de la corona	Nº de casos	Estadio eruptivo	Sexo
Caldwell ⁵	Raiz distal del 1º molar	1	Imp.	M
Bruszt ⁶	Hasta el canino	1	E*	M
	Hasta el canino	1	E*	M
Stafne ⁷	Por debajo del canino	1	Imp.	NM
Ando ⁸	Por debajo del 1º P.M.	1	Imp.	V
Kaufman ⁹	Hasta el canino	1	E*	M
Fiedler ¹⁰	Por debajo del 1º P.M.	1	Imp.	M
Pratt ¹¹	Mesial del canino	1	E*	V
Thoma ¹²	Mesial del 1º P.M.	1	Imp.	NM
Tarsitano ¹	Debajo foramen	3	Imp.	NM
Black ¹³	Por debajo del canino	1	Imp.	V
Miranti ¹⁴	Debajo incisivos	1	Imp.	M
Howard ¹⁵	Dos bajo el central	5	Imp.	6M/2V
	Tres bajo el lateral			
	Uno bajo el canino	3	Imp.	
Barnett ¹⁶	Dos bajo el 1º P.M.			
	Hasta el canino	1	E*	M
Joshi ¹	Hasta laterales	1	Imp.	V
Shapira ¹⁷	Lingual de lateral	1	E**	M
	Hasta raíz del canino	1	mp.	V
	Hasta raíz del canino	1	Imp.	M
Javid ²	Hasta el 1º molar	10	mp.	6M/4V
		3	Imp.	2M/1V

REFERENCIAS

D: derecho	Imp.: impactado	V: varón
Iz.: izquierdo	E: erupcionado	M: mujer
B: bilateral	E*: erupcionado por vestibular	
	E**: erupcionado por lingual	

La siguiente es la síntesis del resultado de los 40 casos estudiados:

1. El canino que más se desplazó alcanzó la raíz distal del primer molar.
2. Respecto al sexo predomina en mujeres.
3. Es más común que transmigre el canino izquierdo.
4. Se observa un alto grado de impactación.

En una publicación posterior el Dr. Joshi¹ revela los datos por él obtenidos incluyendo la edad del paciente y la presencia o ausencia de patología asociada.

Edad	Canino	Posición de la corona	Estado de erupción	Permanencia de temporarios	Sexo	Patología asociada
20	Iz.	Por arriba del derecho	Imp.	Si	F	No
13	D.	Imagen en espejo	E.	No	F	No
12	B.	Arriba del tercio medio	Imp.	No	M	Quiste
15	D.	Mesial de lateral	Imp.	Si	M	Quiste
13	Iz.	Encima central der.	Imp.	No	F	Odontoma
19	Iz.	Encima canino der.	Imp.	No	F	No
17	B.	En posición horizontal	Imp.	Si	F	No
9	Iz.	Mesial de lateral	Imp.	No	F	No
11	Iz.	Cerca del lateral	Imp.	Si	F	No
15	Iz.	Cerca del canino der.	Imp.	Si	M	No
14	Iz.	Arriba del 2º Pm.	Imp.	Si	M	No
23	Iz.	Mesial del canino der.	Imp.	No	F	No
20	D.	Mesial del canino der.	Imp.	Si	F	No
14	D.	En posición labial	Imp.	Si	F	No
17	B.	Cruzados en línea 1/2	Imp.	Si/No	F	No
18	Iz.	Mesial de canino der.	Imp.	Si	F	No
22	D.	Arriba canino derecho	Imp.	No	M	No
17	D.	Arriba de lateral der.	Imp.	Si	F	No
12	D.	Cruzado en la línea 1/2	Imp.	No	M	Quiste
21	Iz.	Cruzado bajo lateral	Imp.	Si	M	Quiste
13	Iz.	Debajo canino derecho	Imp.	Si	F	Quiste
11	D.	Tocando lateral izq.	Imp.	Si	M	No
12	D.	Tocando central izq.	Imp.	Si	F	No
13	Iz.	Rozando canino der.	Imp.	Si	M	Quiste
13	Iz.	Rozando canino der.	Imp.	Si	F	Quiste
10	Iz.	Rozando lateral der.	Imp.	Si	F	No
12	Iz.	Rozando canino der.	Imp.	Si	M	No
12	B.	Rotados hacia lingual	Imp.	Si, Si	F	Quiste

REFERENCIAS

Iz.: Izquierdo	Imp.: Impactado
D: derecho	E: erupcionado
B: bilateral	M: masculino
	F: femenino

De 28 casos 9 (30%) tienen patologías asociadas: quistes u odontomas. El rango de edad varió de 9 a 23 años con una media de 15 años .

ANÁLISIS DEL MATERIAL DE REFERENCIA

a) Nomenclatura

Diversos autores a través del tiempo le han otorgado distintos nombres a esta patología. Por ej: mal erupcionado, anormal, mal ubicado, inusual, aprisionado, impactado, migrado, transmigrado y transmigro.

Hemos adoptado el término " transmigrado" ya que pensamos que es el más apropiado para designar a un canino que migra de un lado al otro de la mandíbula, cruzando la línea media.

b) Primeros casos publicados

En una investigación realizada por el Dr. Nodine¹⁴, quien presidía el Departamento de Ortodoncia de la Universidad de la India, se menciona que el espécimen más antiguo que mostraba un canino mandibular impactado, era el de un individuo francés que se estima vivió hace 40.000 años y su cuerpo fue encontrado en 1908. También menciona el hallazgo de un espécimen prehistórico de la mandíbula de un niño con un canino transmigrado.

El Dr. Thoma²⁰ describió por primera vez esta anomalía en pacientes vivos en 1952.

c) Etiopatogenia

No es posible identificar sólo un factor etiológico o predisponente responsable de este tipo de proceso migratorio. La consecuencia es la desviación del canino hacia una posición horizontal actuando una fuerza anormalmente intensa de erupción que dirige la corona a través de la gruesa sínfisis.

Esta fuerza puede empujar al diente hasta las raíces de los primeros molares permanentes, o incluso más allá, en el lado opuesto.

Además, la forma cónica de la corona y de la raíz de los caninos mandibulares facilita su proceso de migración dentro de la mandíbula.

Como factores intervinientes pueden mencionarse:

1. **Causas embrionarias:** desplazamiento anormal de la lámina dental durante el desarrollo embriológico (ectopia primitiva).

2. **Causas mecánicas:** existencia de obstáculos en la senda de erupción del canino mandibular por ej: un resto radicular¹⁹.

3. **Tumores:** por ej: presencia de un odontoma

4. **Procesos periapicales:** por ej. Quistes de dientes vecinos

5. **Procesos inflamatorios:** inflamación periapical por caries del canino o del primer molar temporario, que produzca la desviación del trayecto del canino permanente.

6. **Fracturas:** Mitchel²⁰ describe el caso de un niño caucásico de 13 años que había sufrido la fractura de un canino inferior a través de la cripta en desarrollo de una mandíbula 6 años atrás y presentaba el desplazamiento de un canino inferior a través de la cripta en desarrollo.

7. **Causas locales y generales:** pueden favorecer la transmigración²¹: 1) la discrepancia dentomaxilar, sea por macrodontismo absoluto o relativo, la condición opuesta, es decir el microdentismo, o la agenesia especialmente del incisivo lateral adyacente quien podría favorecer la retención del canino inferior; 2) la pérdida precoz del canino temporario con reducción del espacio sobre la arcada por migración de los elementos dentales contiguos. En realidad éste ítem no parece ser relevante; 3) Se han comunicado causas generales como enfermedades metabólicas, endocrinológicas, hematológicas, etc., que pueden llevar a inclusiones múltiples y asociarse a un retraso generalizado de maduración y erupción.

En la práctica, cuando se observa en una radiografía periapical tomada a un niño en período de erupción activa la presencia de una inclinación anómala del canino inferior, debe ser considerado como situación de riesgo como posible transmigración; y más aún si se constata clínicamente: 1) eminencia canina mesializada, 2) sínfisis particularmente voluminosa, 3) presencia de obstáculo de erupción, 4) acentuada inclinación vestibular de los incisivos inferiores. Joshi¹ dice que un canino mandibular no erupcionado, tiene la posibilidad de desviarse de su lugar de desarrollo normal, colocarse en posición horizontal y migrar a través del hueso de la sínfisis, sólo si hay espacio suficiente frente de las raíces de los incisivos inferiores.

El mismo autor opina que sólo es posible comprobar ésta hipótesis si el odontólogo tiene un informe cefalométrico de la morfología del mentón antes, durante y después de que el canino migratorio se haya alejado de la región sutural de la sínfisis.

d) Grado de desplazamiento

La distancia que recorre el canino en su movimiento de migración va, desde estar situado debajo de la raíz del

incisivo central de su mismo lado, hasta ubicarse debajo de la raíz distal del primer molar permanente del lado opuesto.

Según Javid² un canino mandibular impactado que cruce la línea media más de la mitad de su largo se debe considerar transmigrado.

Sin embargo, Joshi¹ cree que es más importante considerar la tendencia del canino a cruzar la sutura de la línea media mandibular y no la distancia de migración luego de cruzar dicha línea media.

Es muy importante observar en qué etapa de la migración se encuentra el diente cuando el ortodoncista atiende al paciente.

Howard¹⁵, quien realizó una tabla demostrativa del grado de desplazamiento, encontró que la mayor distancia recorrida fue hasta el primer premolar del lado opuesto. En el mismo trabajo comenta que es común pensar que los casos con más antigüedad mostrarán un mayor grado de desplazamiento, debido a que han tenido más tiempo para moverse, pero se comprobó que no hay relación entre la antigüedad del caso y su consecuente grado de desplazamiento.

Black y Zallen¹ describieron casos en los que el máximo desplazamiento encontrado, mostraba al canino mandibular izquierdo bajo el segundo premolar derecho.

Sin embargo, Joshi¹ presenta el caso de un niño, de 14 años, procedente del sur de la India, en que las radiografías mostraban al canino derecho mandibular situado por debajo de las raíces del primer molar izquierdo permanente, próximo al reborde mandibular.

e) Frecuencia de aparición

Es muy raro que los caninos mandibulares aparezcan en posición horizontal, y es incluso menos frecuente que transmigren. Los caninos impactados maxilares tienen una frecuencia veinte veces mayor que los mandibulares pero no se ha observado ningún caso en que estos dientes migren a través de la sutura del paladar.

En un estudio radiográfico de 1.000 estudiantes realizada por Javid² encontró sólo un canino mandibular transmigrado.

Según un estudio realizado por Joshi¹, la mayoría de los autores han encontrado un solo caso de ésta anomalía.

Howard¹⁵ publicó ocho casos, Tarsitano¹ y asociados observaron tres, Javid² trece, Doria²² tres y Joshi¹ veinti-

ocho.

Prácticamente todos los caninos transmigrados, 40 de 46, estaban impactados. De los seis caninos que habían erupcionado, cinco lo habían hecho por vestibular y sólo uno por lingual.

Hubo un caso en el cual el canino derecho había transmigrado y erupcionado por mesial del canino izquierdo, en una posición espejo.

Así mismo, fue Joshi¹ el primero en informar sobre la aparición bilateral de caninos transmigrados y, un tiempo después, Javid² observó tres casos de migración bilateral en su estudio de trece casos.

f) Lado de aparición

No se puede establecer una explicación a la predilección por el lado y el sexo que presenta esta anomalía; pero se ha encontrado que el canino izquierdo es más propenso a migrar que el derecho, y que son las mujeres las que padecen ésta patología con más frecuencia que los hombres. En un estudio realizado por Javid² existe una relación mujer/ varón:de 25/12.

g) Síntomas

El uso de las radiografía panorámicas facilitó la detección de caninos mandibulares impactados y migrados dado que, con las radiografías periapicales es una anomalía difícil de encontrar.

Nodine¹⁴ informó que los caninos mandibulares transmigrados se descubren frecuentemente sin haber mostrado síntomas que sugieran su presencia.

Ando³ y asociados informaron que no se habían observado síntomas tales como dolor u opresión del nervio mandibular.

Debe tenerse en cuenta que la persistencia del canino temporario es, a menudo, una pista confiable para descubrir a su sucesor impactado.

h) Posibles complicaciones que puede provocar la impactación y transmigración del canino mandibular

1) La reabsorción de las raíces de los incisivos por compresión.

2) La región canina mandibular es un lugar de frecuentes fracturas en los niños, lo cual puede deberse a la presencia del germen de un canino en desarrollo.

j) Relación edad-distancia recorrida

Joshi¹, que fue el profesional quién más casos presentó de caninos transmigrados, no estudió éste aspecto, debido a que no hizo un seguimiento radiológico de los pacientes. Ando² y asociados observaron radiográficamente la transmigración de un canino en un paciente durante un período de ocho años.

Estas radiografías muestran un canino mandibular izquierdo moviéndose a través del cuerpo del lado izquierdo de la mandíbula, de la sínfisis, y llegando hasta debajo del agujero mentoniano del lado opuesto.

También agregaron que el movimiento del canino transmigrado es más rápido antes de que se forme su raíz.

Greenberg y Orlian³ publicaron radiografías que mostraban el recorrido de un canino hasta el ápice de los incisivos mandibulares del lado opuesto del arco en treinta meses.

Stafne⁴ señaló que un diente siempre se desplaza en dirección a la corona, y que la mayor parte del movimiento se produce antes de que la raíz de dicho diente se desarrolle por completo.

Sutton⁵ expresó una opinión similar basado en sus investigaciones.

Doria⁶, sin embargo, observó un movimiento bastante rápido del canino transmigrado después de la formación de la raíz.

Howard⁷ pensó que la velocidad de migración tendría relación con la edad, dado que el diente tendría más tiempo para realizar el movimiento. Sin embargo con el estudio de sus pacientes se dio cuenta que esto no ocurría ya que por ej: en dos pacientes, uno de 12 años y el otro de 15 años, el canino impactado llegó hasta el primer premolar en el lado opuesto del arco.

En otro paciente de 20 años, el canino transmigró hasta el incisivo lateral del lado opuesto; y en un cuarto joven de 18 años el canino se trasladó hasta el canino del otro lado del arco.

Abbot⁸ y asociados observaron en un paciente de 62 años que el movimiento del canino mandibular lo llevó a situarse entre el incisivo lateral y el canino del lado opuesto.

j) Condiciones patológicas asociadas

La transmigración de un diente no debería presentar ninguna condición patológica asociada al mismo. No obstante, Thoma⁹ y Shapira¹⁰, han descrito casos en los

cuales esta anomalía se presenta acompañada por un quiste u odontoma.

Es difícil establecer si estas patologías (quiste u odontoma) fueron las responsables de la transmigración o si aparecieron después.

k) Caninos impactados

En algún momento del movimiento migratorio, a los caninos que han sido examinados se les ha tomado una radiografía panorámica.

Mientras el canino impactado se encuentra en la zona de la sínfisis, ésta se agranda para poder acomodar a dicho diente, y como el proceso migratorio es lento, cuando el canino abandona el área para moverse más lejos, ésta volverá a su tamaño normal.

Al mismo tiempo, la inclinación axial de los incisivos mandibulares también cambiará, y la configuración de la morfología del mentón volverá a su forma y tamaño original.

Sutton⁴ describió un proceso donde el canino, por alguna razón desconocida, se desvía a posición horizontal y una fuerza eruptiva anormalmente fuerte dirige la corona a través de la densa sínfisis mandibular hacia el otro lado.

Javid¹¹ agregó que la forma cónica de la corona y la raíz del canino mandibular facilitan el movimiento.

j) Inervación del canino transmigrado

Según reportó el Dr. Caldwell¹², encontró dos caninos transmigrados en forma accidental. En ambos casos los pacientes solicitaban su intervención por otras razones, y no deseaban extraerse el canino.

Sin embargo tiempo después, uno de ellos decidió extraerse uno de los caninos por razones estéticas y el otro le permitió utilizar anestesia para descubrir a que lado pertenecía cada uno.

En el primer paciente y en respuesta a la anestesia en el lado derecho, todos los dientes excepto el canino con forma de lado izquierdo se anestesiaron, como lo indicó el uso de un hisopo de algodón empapado con cloretil.

Luego se anestesió el nervio dentario inferior izquierdo con una infiltración troncular. El paciente no indicó "frío" cuando el canino del lado derecho (con forma de izquierdo) se tocaba con el hisopo. Esto prueba que el canino llevaba su inervación desde el lado izquierdo hacia el derecho.

En el segundo paciente haciendo el mismo tratamiento, al principio los dos caninos respondían al frío, aunque esa reacción ocurrió un poco más tarde que en el caso de los incisivos.

Luego se anestesió el nervio dentario inferior derecho, tras esperar el tiempo necesario, se encontró que el diente en el lado derecho no respondía al frío, mientras ambos caninos se mostraban sensibles al tocarlos con el algodón embebido en cloretil.

Luego de un bloqueo exitoso del lado izquierdo, ambos caninos perdieron la capacidad para responder al frío. Por lo tanto, en este caso también se comprobó que el canino malposicionado derivaba su inervación desde el lado de origen de la pieza.

m) Tratamientos preventivos, interceptivos y tardios

La prevención se vincula fundamentalmente con el diagnóstico precoz.

Si en las imágenes radiográficas de un paciente aparecen condiciones patológicas inesperadas, como por ejemplo una excesiva inclinación mesial del canino permanente mandibular no erupcionado a los 8 o 9 años será menester hacer el diagnóstico correspondiente. Debe tenerse en cuenta también una sínfisis aumentada e incisivos mandibulares inclinados, Vichi¹³ sugiere que se deberían tomar radiografías panorámicas pensando en la posibilidad de que una transmigración se esté instalando.

Con el control de la evolución de la aparición de un canino, se podrán instrumentar medidas interceptivas como por ejemplo la extracción del canino temporario, y si fuera necesario, forzar quirúrgicamente la erupción del canino permanente (ortodoncia quirúrgica), continuando luego con el tratamiento ortodóncico.

Según el Dr. Wertz¹⁴ se debe asumir que si la corona de dicho diente migra más allá del área del incisivo opuesto o si el ápice se desplazó más allá del incisivo lateral adyacente es mecánicamente casi imposible traerlo a su posición normal. En tal caso, una reposición quirúrgica se debería intentar antes de extraer el diente.

Se podría decir que si el diagnóstico permite extracciones en el arco inferior, se debería extraer el canino transmigrado en vez del premolar ahorrando tiempo en el tratamiento.

Se aconseja la atenta y cuidadosa observación de los pacientes en crecimiento, y en especial de aquellos casos que demuestren secuencia de erupciones anormales o permanencia de caninos temporarios fuera de la edad normal

de exfoliación.

Se debe evitar la extracción de primeros premolares cuyas radiografías demuestren la presencia de un canino no erupcionado, con una inclinación demasiado mesial que ha comenzado a migrar a través de los incisivos evitando la mesioresión de los dientes posteriores.

Resumiendo, si el paciente es pequeño y la pieza dentaria ha recorrido un trayecto corto podemos intentar el destrabe quirúrgico y un posterior tratamiento ortodoncioco.

Si el paciente es adulto o la pieza dentaria ha recorrido un largo trayecto, podemos optar por: 1) su extracción quirúrgica, 2) intentar el trasplante, si el resto de los dientes se encuentran en su posición normal y hay suficiente espacio para ubicar el canino o, 3) controlarla radiográficamente en el tiempo.

n) Opciones de tratamiento

Caso Nº 1:

Diagnóstico: Cuando el ángulo axial del canino con respecto al plano medio sagital, es entre 20° y 30°, se encuentran mal ubicados, pero no han cruzado la línea media.

Tratamiento: Se realizará seguimiento radiográfico, y en el momento oportuno el tratamiento de ortodoncia, dependiendo de la edad del paciente y del grado de calcificación del canino.

Caso Nº2:

Diagnóstico: Cuando el ángulo axial del canino con respecto al plano medio sagital es entre 30° y 50°, en su imagen radiográfica parece haber una superposición de las coronas de ambos caninos.

Tratamiento: Si la punta de la corona del canino no superó la raíz del lateral adyacente, podemos intentar primero el destrabe quirúrgico del canino, para luego, de existir las condiciones (edad del paciente, mantenimiento del espacio) realizar un tratamiento de ortodoncia para tratar de recuperar una pieza fundamental para la oclusión.

Caso Nº 3:

Diagnóstico: Cuando el ángulo del canino excede los 50°, seguramente cruzará la línea media.

Tratamiento: En este caso podemos a) extraer la pieza, b) extraer la pieza y si se mantuvo el espacio, intentar el trasplante, c) controlar radiográficamente en el tiempo a la pieza transmigrada, siempre y cuando no presente ninguna patología asociada.

CONCLUSIONES

Las causas de ésta anomalía pueden ser varias: herencia, trauma en la mandíbula a edad temprana, obstáculos aún pequeños (por ej: un fragmento de raíz , puede ser suficiente para desviarlo), etc.

El número de casos hallados es bajo. Los odontólogos que atienden niños y utilizan radiografías panorámicas tienen mayores posibilidades de detectarlos , realizar su diagnóstico y tratamiento precoz.

Dicha radiografía nos permite realizar el hallazgo de la anomalía y, una vez observada es conveniente complementarlo con una radiografía periapical que nos permite ver con mayor precisión la relación de la pieza retenida con los ápices vecinos.

Si la evolución fuera desfavorable debe extraerse el canino temporario, mantener dicho espacio y, si no existe un desarrollo favorable, realizar la liberación quirúrgica y corrección ortodóncica antes de que se instale una transmigración y no sea posible recuperar la pieza en la arcada. Si está transmigrado, se puede optar por dejarlo, controlándolo radiográficamente; extraerlo o, en condiciones excepcionales, cuando los otros dientes están en posición normal y si existe suficiente espacio para ubicar al canino migrado, el trasplante es un método posible de aplicar.

Las hipótesis con respecto a éste tema son varias:

- 1.- Que la transmigración de caninos mandibulares no erupcionados es extremadamente rara.
- 2.- Que no es tan rara, sino que no se informa de los casos porque los odontólogos no los perciben o no les parece pertinente hacer el informe del mismo.
- 3.- O que la transmigración no es rara, sólo que es difícil identificarla. La patología se sitúa por fuera del límite de las radiografías periapicales tomadas de rutina. Una combinación de las hipótesis 2 y 3 es lo más probable que suceda.

Sería aconsejable tomar como rutina radiografías panorámicas a todos los pacientes y veríamos que ésta anomalía no sería algo tan poco frecuente, y dientes que se consideraban congénitamente ausentes, no serían tales y podrían ser visualizados.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- TARSITANO JJ, WOTTEN JW, BURDITT JT. Transmigration of nonerupted mandibular canines. report of cases. J Am Dent Assoc. 82:1395-1397;1971.
- 2.- JAVID B. Transmigration of impacted mandibular cuspids. Int J Oral Surg 14:547-9;1985.
- 3.- JOSHI M.R. Transmigrant Mandibular Canines: A Record of 28 Cases and a Retrospective Review of the Literature. Angle Orthodontist 71:12-22;2001.
- 4.- M.R.JOSHI Y S.B. SHETYE. Migración de los caninos mandibulares: revisión de la literatura y presentación de 2 casos. Quintessence (ed.esp.)Volumen 9, Número 3, 1996.
- 5.- CALDWELL JB. Neurological anomaly associated with extreme malposition of a mandibular canine. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 8:484-487;1955.
- 6.- BRUSZT P. Neurological anomaly associated with extreme malposition of a mandibular canine. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 11:89-90;1958.
- 7.- STAFNE EC. Malposed mandibular canine. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 16:1330;1963.
- 8.- ANDO S, AIZAWA K, NAKASHIMA T, SANKA Y, SHIMBO K, KIYOKAWA K. Transmigration process of the impacted mandibular cuspid. J Nihon Univ Sch Dent. 6:66-71;1964.
- 9.- KAUFMAN AY, BUCHNER A. Transmigration of mandibular canine. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 26:405-406;1968.
- 10.- FIEDLER LD, ALLING CC. Malpositioned mandibular right canine: report of a case. J Oral Surg. 26:405-406;1968
- 11.- PRATT RJ. Migration of canine across the mandibular midline. Br Dent J. 126:463-464;1969.
- 12.- THOMA KH. Oral Surgery. 2^{ed} ed. St. Louis, Missouri: CV Mosby 1952
- 13.- BLACK SL, ZALLEN RD. An unusual case of tooth migration. Oral Surg. 36:607-608;1973.
- 14.- MIRANTI R, LEVBARG M. Extraction of a horizontally transmigrated impacted mandibular canine: report of a case. J Am Dent Assoc. 88:607-610;1974..
- 15.- HOWARD RD. The anomalous mandibular canine. Br J Orthod 3:117-21;1976.
- 16.- BARNETT DP. An unusual transposition. Br J Orthod 4:149;1977.
- 17.- SHAPIRA Y, MISCHLER W, KUFTINEC MM. The dis-

placed mandibular canine. J Dent Child. 49:362-364;1982.

- 18.- NODINE AM. Aberrant teeth, their history, causes and treatment. Dent Items of Interest. 65:440-451;1943.
- 19.- BENNETT S. Prehistoric specimen-inverted canine in mandible of a child. In: The Dental Record. 138;1931.
- 20.- MITCHELL L. Displacement of a mandibular canine following fracture of the mandible. Br Dent J. 174:417-418;1993.
- 21.- VICHI M, FRANCHI L, BASSARELLI V. Contributo clinico sulla trasmigrazione del canino inferiore permanente. Minerva Stomatol. 40:579-589;1991, and the Transmigration of the Mandibular Permanent Canine poster presented at the 68th EOS Congress, Venice-Lido, Italy, June 1992.
- 22.- DOORIA HS, SATHAWANE RS, MODY RN, SAKHARDE SB., Transmigration of mandibular canines. J Indian Dent Assoc. 58:348-351;1986.
- 23.- GREENBERG S, ORLIAN A. Ectopic movement of an unerupted mandibular canine. J Am Dent Assoc. 93:125-

128;1976

- 24.- SUTTON PRN. Migration and eruption of nonerupted teeth, a suggested mechanism. Aust Dent J. 14:269-270;1969.
- 25.- ABBOT DM, SVIRASKY JA, YARBOROUGH BH. Malposition of the permanent mandibular canine. Oral Surg Oral Med Oral Pathol. 49:97;1980.
- 26.- WERTZ RA. Transmigrated mandibular canines. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 106:419-427;1994.
- 27.- AL-WAHEDI EMH. Transmigration of unerupted mandibular canines: a literature review and a report of five cases. Quintessence Int. 27:27-31;1996.

Dirección de las autoras:

Bolivar 170 - Tel/Fax: (02326) 453158
San Antonio de Arco
Provincia de Buenos Aires.
Argentina.
C. P. 2760.



**DESDE 1988
FABRICANDO
EXCELENTES
PRODUCTOS
Y BRINDANDO
MEJOR
SERVICIO**

IMPLANTES * SUPRAESTRUCTURAS *

MICROMOTOR DE ALTO TORQUE

implant VEL

José E. Uriburu 1041 - 3B - (1114) Buenos Aires -
Tel/Fax 54 (011) 4824 - 5640 / 4821-2909
e - mail: implvel@fibertel.com.ar

**TRABAJA
ARGENTINO**

Inserción Laboral de los Graduados de la Facultad de Odontología, en el Nordeste Argentino

Dra. María Olimpia Lockett* ***
Dra. Nilda Sarnachiaro*

Resumen

El estudio revela la paradójica situación generada por la pérdida del modelo clásico de la práctica odontológica, que signado por la crisis económica se traduce en una sub-ocupación e insatisfacción de los ingresos profesionales. Frente a esta realidad, la problemática se acrecienta cuando se confronta con la ausencia de una planificación de distribución de recursos humanos desde los ámbitos públicos y gremiales y la imposibilidad de mejorar los índices de salud de la población.

Palabras claves

graduados- inserción laboral- insatisfacción con los ingresos- sub-empleo-

INTRODUCCION

Esta constituye la tercera nota de una serie publicada en las páginas de esta revista, que dan cuenta de los resultados de una investigación realizada en el ámbito de la Universidad Nacional del Nordeste en el período 1999-2002, aprobada por el Consejo Superior y subsidiada por la Secretaría General de Ciencia y Técnica en el marco del programa Proyectos Dedicados. La población seleccionada corresponde a los egresados de la FOUNNE, radicados en la región nordeste

MARCO TEÓRICO

El marco teórico fue construido desde diferentes perspectivas para abordar el fenómeno de las profesiones y la construcción del imaginario social a partir de distintos momentos históricos. Pacheco Méndez, expresa al respecto que la *consolidación de un modelo ideal de pro-*

Summary

The study shows a paradoxical situation caused by the absence of new paradigms in dentistry practice to replace the outmoded classical paradigm currently in use. This set in a context of economic stagnation, has resulted in subemployment and lower income for practitioners. This crisis has been aggravated by lack of human resource management policies by both public and labour union organizations, and the impossibility to improve the population health status.

Key words

graduate- unsatisfactory income- subemployment- labor insertion

fesión responde histórica y socialmente al predominio de un determinado ejercicio de la práctica, pero en nuestro país el modelo clásico aparece además fuertemente condicionado por el contexto socioeconómico.

Los procesos históricos delimitaron las exigencias trazadas por el nuevo orden internacional de final del siglo XIX, conformando un mercado laboral acorde con las características de la sociedad moderna donde, el modelo industrial de desarrollo originó formas de institucionalización y en consecuencia, de profesionalización. La base de aquel proceso asentaba en el paradigma corporativo de connotaciones meritocráticas; de ahí el prestigio que se asignó a ciertas profesiones llamadas liberales con la pretensión de monopolizar un ámbito particular de actividades en el *mercado ocupacional.*

Adultos".(UNNE)

*Profesora en Filosofía y C. De la Educación. Asesora Pedagógica FOUNNE

... En la actualidad la profesión es considerada como un fenómeno sociocultural en el que interviene un conjunto de conocimientos, habilidades, tradiciones, costumbres y prácticas que dependen del contexto económico, social y cultural en el que surge y se desarrolla una profesión u oficio'.

La institucionalización del campo profesional de la odontología, regido por las reglas del mercado, adquirió un perfil competitivo que intentó preservar la legitimidad de un campo social ya constituido, donde el concepto de profesionalismo engloba una serie de significados con base en los conocimientos particulares y creencia en la libertad y autonomía en el trabajo. El imaginario social de la profesión odontológica se construye así sobre la teoría del bien posicional, que atrae a los jóvenes que eligen la carrera sobre la idea de obtención de un prestigio social.

La escasez de estudios que aborden la problemática de la inserción laboral, deviene en una ausencia de planeación de recursos humanos y por ende en una pobre contribución al crecimiento económico de los profesionales, contexto en el cual no son satisfechas sus expectativas. Los fundamentos teóricos de la planeación de recursos humanos se apoya en la teoría de que una adecuada articulación entre la educación superior y el aparato productivo, evitaría la disparidad entre el flujo de egresados del sistema educativo y la demanda ocupacional.

Otro fenómeno observado es que, si bien en el ámbito privado los profesionales prefieren la forma de trabajo individual, existe una tendencia a la asociación de pares que permite disminuir las horas ociosas en los consultorios y compartir gastos de instalación, impuestos, materiales y mantenimiento.

Se evidencia también una desvinculación de las instituciones de educación superior con las de salud pública, lo que se traduce en una escasa incidencia de la formación médico-odontológica en la problemática de salud bucal de la población. Las nueve facultades de odontología (públicas y privadas) en nuestro país, generan un significativo número de profesionales por año, en tanto los índices de salud/enfermedad continúan invariables desde hace varias décadas. Considerando que en nuestra región, un elevado

porcentaje de egresados toma como primer puesto de trabajo los servicios públicos, esto resulta contradictorio.

Respecto de los niveles de empleo, existe un elevado número de profesionales sub-ocupados, siendo la mayor concentración en las ciudades. Los servicios ofrecidos no logran la cobertura que podría esperarse si existiera una planificación de distribución de odontólogos. Es difícil explicar el vacío que existe en este campo, sobre todo pensando en la cantidad de recursos humanos disponibles y predispuestos al trabajo social. Esta es una condición poco explotada y factible de ser mejorada con una oferta académica que contemple curricula⁴ flexibles, sin dejar de lado la articulación con los organismos públicos. Los intentos no llegan a cubrir las expectativas por que las instancia son aislada y no sólidamente articuladas.

Definido el objeto de estudio, este trabajo presenta resultados acerca del perfil laboral y el índice ocupacional de los odontólogos de nuestra región, con el propósito de que los datos constituyan una fuente de conocimiento para imaginar alternativas que den respuestas a las necesidades existentes en este campo. Tomamos la idea de *campo* desde la lógica de Bourdieu, como técnica relacional de datos, cuya filosofía responde a lo que es la realidad del mundo social... Pensar en campos significa pensar en términos de relaciones...Un campo puede definirse como una red o configuración de relaciones objetivas entre posiciones de las instituciones o agentes, en un espacio social.⁵

DISEÑO METODOLÓGICO

Seleccionamos las variables que no han sido analizadas en etapas anteriores de esta investigación, traducidas a datos que pudieran ser interpretados a partir de la teoría. Desde una perspectiva exploratoria-descriptiva, se aplicaron técnicas cuantitativas y cualitativas, buscando una asociación de ambas a través de la triangulación metodológica. Mediante el cuestionario con preguntas estructuradas aplicado desde la primera etapa, se realizaron entrevistas en profundidad entre los graduados para complementar la información existente que permita

* Odontóloga (UNNE).

**Magister en Educación(UNER).

***Profesora Titular de la Cátedra "Odontología Integral

³Gómez Campo, V. Educación superior, mercado de trabajo y práctica profesional. Rev. de la Educación Superior, núm 45. 1983. México

⁴Curricula: en latín, plural de currículo.

trazar una perspectiva del perfil ocupacional en nuestra región. La muestra (75) estuvo representada por odontólogos radicados en diferentes localidades del nordeste; esta forma de recortar el objeto obedece a la información existente acerca de que la mayoría de los graduados de la FOUNNE residen en las provincias de Corrientes, Chaco, Formosa y Misiones. El mayor inconveniente de este tipo de estudios reside en la dificultad para obtener las respuestas a los cuestionarios, por lo que decidimos emplear una muestra pequeña para asegurarnos la totalidad de las devoluciones. A través, de los Coordinadores del Programa de Pasantías de la Cátedra Odontología Integral Adultos de la FOUNNE y los integrantes del equipo, previamente capacitados; la entrega y explicación personalizada, permitió enriquecer las respuestas y evitar que algunas cuestiones se esquiven contestar.

Con el objeto de esbozar algunos aspectos poco conocidos del escenario profesional y la inserción laboral de los odontólogos en la zona nordeste de nuestro país, se realizó un relevamiento de la distribución de profesionales matriculados en asociaciones intermedias como colegios o círculos, entrevistando a los responsables de las entidades gremiales.

El objeto modelo está representado por los atributos seleccionados para esta etapa como descriptores de la situación que decidimos analizar y sus dimensiones:

1) Tipo de práctica (ejercicio profesional)

Dimensiones

- práctica privada individual
- práctica privada en asociación
- en relación de dependencia (escolar, salud pública, empresa privada)
- a+c
- b+c
- no trabaja en la profesión.

2) Nivel de empleo (en relación al ejercicio profesional de la odontología)

Dimensiones.

- pleno empleo (mas de 40 horas semanales)
- medio empleo (entre 20 y 40 horas semanales)
- sub-ocupado (entre 10 y 20 horas semanales)
- desocupado

3) Nivel de ingresos

Dimensiones

- satisfactorio
- poco satisfactorio
- no satisfactorio

4) Distribución regional

El análisis cualitativo desde una perspectiva hermenéutica-interpretativa, se realizó a partir de entrevistas no estructuradas a informantes clave. El propósito fue indagar la percepción del modelo profesional por los propios actores. Desde el abordaje metodológico, la indagación de los procesos de inserción laboral plantea diferentes planos de análisis. Los datos fueron ordenados en matrices (Samaja) de manera que los componentes aparecieran claramente expuestos en un cuadro de relaciones, a fin de instrumentar la triangulación durante el análisis e interpretación de los resultados.

RESULTADOS

1) Tipo de práctica

Los valores encontrados en las distintas dimensiones de la variable Tipo de práctica, se muestran en la **Tabla N° 1** y su representación en el gráfico correspondiente.

TIPO DE PRÁCTICA	n	%
a) Privada individual	27	37,0 %
b) Privada en asociación con otros colegas	6	9,0 %
c) Relación de dependencia (organismo público)	16	21,0 %
d) a + c	17	22,0 %
e) b + c	8	11,0 %
TOTAL	75	100 %

a) Práctica Privada individual

Incluye esta categoría los graduados que no trabajan en relación de dependencia con instituciones públicas o privadas y el consultorio particular no lo comparten con otros colegas.

La categoría "privada individual" reemplaza en este estudio

a la que Cecilia Donnangelo denomina "liberal típica", dado que de los encuestados, solo tres(3) profesionales ejercen en forma exclusivamente privada, sin superediciación de obras sociales o intermediación de organizaciones como el Colegio de Odontólogos, Consejo o similar; no se consideran aquí las prácticas relacionadas con funciones como la docencia de grado o posgrado. El 21% trabaja en relación de dependencia con el Ministerio de Salud o de Educación (odontólogo escolar), cuya práctica tiene características particulares. Según se puede observar en el cuadro, si bien predomina la práctica individual(37%), existe una pequeña tendencia a la asociación compartiendo el consultorio con otros colegas (b+c= 9 %). Esta condición aparece entre los profesionales jóvenes, aunque algunos que comenzaron trabajando individualmente, han decidido sub-alquilar las instalaciones para aligerar el peso de los gastos de equipamiento, mantenimiento, locación e impuestos.

Solo uno de los encuestados manifiesta no trabajar en la profesión.

Agrupando las clases c, d y e, los odontólogos que trabajan en relación de dependencia constituyen el 80% de los graduados. Este dato pone de manifiesto la propensión a buscar una fuente segura de ingresos con salarios fijos mensuales, lo que implica ejercer la profesión en un ámbito que requiere de una práctica con características propias, tanto por la atención masiva como por el tipo de prestación que debe brindarse en un servicio público.

2.) Nivel de empleo

En la Tabla N° 2 se exhiben los resultados expresados en números directos y porcentajes sin fracciones, de la variable nivel de empleo.

Tabla N° 2

NIVEL DE EMPLEO	n	%
pleno empleo	43	57 %
medio-empleo	23	30 %
sub-ocupado	9	12 %
desocupado	1	1 %

En esta categoría, el índice mas alto se registra como pleno empleo, es decir profesionales que trabajan 40 horas semanales(57 %); los que perciben su tiempo de ocupación como medio empleo 20 a 40 hs/s), representan el 30%, en tanto que como sub-ocupados solo se manifiesta el 12%.

3) Nivel de ingresos.

Si bien los resultados muestran una muy pequeña franja de subocupación y solo un encuestado no trabaja en la profesión, el nivel de ingresos mensuales es poco satisfactorio para el 40% de los encuestados.

En la Tabla N° 3 se muestran los datos correspondientes a la categoría nivel de ingresos y sus dimensiones.

Tabla N° 3

NIVEL DE INGRESOS	n	%
satisfactorio	36	48 %
poco satisfactorio	30	40 %
no satisfactorio	9	12 %

Es posible observar que en esta categoría, el de ingresos satisfactorio (48 %) corresponde a profesionales que trabajan en la práctica privada y además reciben un salario fijo mensual o en relación de dependencia tienen dedicación exclusiva; algunos se declaran satisfechos con los ingresos provenientes solo de la práctica privada individual. En la última dimensión aparece un 12 % que califica sus entradas mensuales como no satisfactorias, estando comprendidos en la misma los que no trabajan en la práctica privada y en relación de dependencia reciben un salario mensual mínimo; el tiempo dedicado a la práctica es inferior a 20 horas semanales (sub-ocupado).

4) Distribución regional

Respecto de la distribución de odontólogos matriculados en las distintas asociaciones gremiales, la información empírica aportada confiada por los dirigentes o administradores permite delinear algunas situaciones. En el Colegio de Odontólogos de la provincia del Chaco, el número de matriculados es de 780 profesionales (dato de diciembre de 2000). Siendo 434 los que trabajan en forma

regular en la práctica privada (60%), 178 (40%) facturan por debajo de la línea de indigencia y sus honorarios no llegan a pesos trescientos mensuales. Otro nivel de infografía da cuenta que 80 odontólogos no están matriculados, pero en cambio se encuentran trabajando con profesionales que "prestan su identidad" o son contratados por empresas privadas, las que no cumplen con las obligaciones pautadas; ante esta situación, el odontólogo se encuentra imposibilitado de realizar algún reclamo legal, lo que genera una situación de injusta explotación pero a la vez de convivencia para subsistir.

En la provincia de Misiones, el Decreto Ley No 169/97, institucionaliza la matrícula obligatoria y estipula el arancel, siendo el número de profesionales 530.

El número proporcionado por el Colegio de Odontólogos Corrientes (capital) es de 178, en tanto que el Consejo Federativo que nuclea a 10 círculos solo proporciona una cantidad aproximada (137). Algunos profesionales no están incluidos en los padrones de estas organizaciones pero trabajan asociados a otras corporaciones constituidas bajo denominaciones diversas, lo cual dificulta una sistematización de la información.

El número total de egresados de la Facultad de Odontología de la Universidad del Nordeste, a la fecha de este estudio, es de 2.482; matriculados en las diferentes entidades intermedias de la zona se registran, aproximadamente, 1.898 profesionales a la fecha de este informe, en tanto que en actividad se conocen 1.756.

CONCLUSIONES

Los resultados expresan una importante subocupación de profesionales odontólogos con ingresos poco satisfactorios.

El número de profesionales en relación de dependencia con organismos públicos, lleva a reflexionar acerca de la necesidad de definir el perfil profesional que necesita el país y discutir formalmente los atributos de servicio que los mismos deben prestar a la sociedad junto con el perfil profesional esperado.

Otra reflexión expone la necesidad de una política de distribución y radicación de odontólogos. Los datos proporcionados por las diferentes organizaciones intermedias, permiten visualizar un espectro profesional que merece ser investigado. Estas instituciones aparecen en las provin-

cias del nordeste, bajo distintas figuras: Colegio de Odontólogos, Consejo Federativo, Círculo Odontológico, Las Asociaciones de Odontólogos, Clínicas y Sanatorios. Las características y normas son diferentes para cada una de ellas constituyendo una trama muy compleja de relaciones, que genera un inconveniente a la hora de construir la información.

Los afiliados, asociados o prestadores se inscriben voluntariamente en algunas casos y en otros están obligados por la Ley, de modo que no es posible ejercer la profesión, tanto en el ámbito público como privado, sin el pago correspondiente de la matrícula, que en estos casos es otorgada por la corporación respectiva. En otros, la matrícula la otorga el Ministerio de Salud Pública y los profesionales que deseen colegiarse deben abonar una inscripción o cuota de ingreso. Los montos varían entre \$2.000 y \$4.000 según la provincia, en pagos deducibles de sus honorarios o facturaciones mensuales, que en muchos casos resulta deficitaria por que lo percibido no alcanza a cubrir las obligaciones sociales o gremiales.

La legislación referida a la matriculación profesional y al costo que la misma tiene en los distintos distritos, se convierte en un instrumento restrictivo del ejercicio profesional que requiere ser analizado. Muchos egresados ven limitada su incorporación al campo profesional por no poder hacer frente a los gastos iniciales que demanda el importe de la matrícula obligatoria para desempeñarse en cualquier ámbito. Los ingresos que percibe un recién iniciado deviene en una serie de erogaciones que se suman a la mencionada, como los que demanda la adquisición del equipamiento, materiales, impuestos y pago de servicios.

Estas cuestiones abren el camino a futuras investigaciones, que alimenten la idea de la necesidad de una gestión y administración estratégica de recursos humanos en el campo profesional de la salud y de un marco regulatorio apropiado.

Es indispensable contrarrestar la reducida capacidad de absorción de profesionales frente al crecimiento exagerado de la matrícula universitaria, con un replanteo institucional caracterizado por procesos de modernización que den respuesta, no solo a las necesidades ocupacionales sino también a los requerimientos de la población. Todo Estado moderno debe aprovechar lo mejor posible sus

recursos e invertir el conocimiento en la identificación y resolución de problemas con herramientas analíticas, en las que la investigación es el instrumento mas eficaz.

BIBLIOGRAFÍA

- Ander Egg. "Técnicas de investigación social". Edit LUMEN. Bs. As 1995
 Duluc, S. Caracterización de la situación laboral y profesional de los egresados de la Facultad de Ciencias de la Educación. Trabajo original (sin editar)
 Espinola, B. Evaluación de los graduados respecto de la educación médica y el ejercicio profesional de la medicina. UNNE. 1994

Lockett, M.O. "Ejercicio profesional de la odontología y el mercado de trabajo.

Lockett, M.O. Los odontólogos y el campo laboral. (Primera nota). Revista del Ateneo Argentino de Odontología. Volúmen XXXIX. Nº 2. Mayo - Agosto 2000.

Pacheco Méndez, T. Díaz Barriga A. "La profesión. Su condición social e institucional. CESU. UNAM México. 19997

Serafini, O. Lafuente, C. Rivelli, A. La Universidad paraguaya y sus egresados. Un estudio de seguimiento. (SIDSEP). Paraguay

Recibido para su publicación Abril de 2003

Dirección de los autores:

San Martín 1576
 C.P. 3400 - Corrientes - Prov. de Corrientes
 e-mail: molockett@odn.unne.edu.ar

Estudio Rueda

ALBERTO RUEDA & ASOCIADOS

Abogados - CONTADORES PÚBLICOS

Florida 375 Piso 7º
 C 1005 AAG - Buenos Aires
 Rep. Argentina
 Tel. (54-11) 4393-5765 / 5766 / 5767
 Fax (54-11) 4393-5763

E-mail: estudio rueda@speedy.com.ar

Software de Gestión y desarrollos a medida
 Equipos Informáticos
 Diseño e instalación de redes
 Mantenimiento y reparación.



COMPUTAR

Mucho más que una respuesta. Soluciones

TE.: 4836-1545/1971 - eMail: computar@sonria.com

NORBERTO RIGUET

REPARACIONES

TURBINAS - CAVITADORES - MICROMOTORES - ETC.
 ODONTOLOGIA - ELECTROMEDICINA
 SERVICE / INSTALACIONES

TE. 4521-5706

Exodoncia e Implantología Inmediata: Evolución y Confluencias Históricas.

Dr. Ricardo L. Pomeraniec *

Resumen

El objetivo de esta presentación es bucear en la historia de la extracción dentaria, seguir su evolución, sus avances técnicos e instrumentales hasta nuestros días, y describir en un imaginario "camino" —marcado por sus más destacados hitos—, la confluencia existente con la importante irrupción de la implantología dental, que deriva en la posibilidad actual de reemplazar inmediatamente la pieza extraída por medio de un implante de oseointegración. Se justifica entonces la incorporación de ésta y otras innovaciones, actualmente descriptas y reconocidas, en el mismo acto quirúrgico de la exodoncia, específicamente en su síntesis, incluyendo así su enseñanza en la instrucción académica.

Palabras claves

Exodoncia, Extracción Dentaria, Evolución Histórica, Implantología Inmediata, Enseñanza de la Exodoncia. Síntesis Quirúrgica

EVOLUCIÓN HISTÓRICA DE LA EXODONCIA

Tratar de encontrar los primeros indicios de la extracción dentaria, nos lleva a imprecisiones propias de la historia y los historiadores. Los autores han tratado de remontarse lejanamente en la búsqueda de papiros, grabados, leyendas y hallazgos paleontológicos y arqueológicos, que puedan demostrar inequívocamente los albores de la exodoncia y la primera descripción de una técnica quirúrgica.

Que se hayan dado a conocer distintas opiniones obliga casi a una toma de posición (como sucede generalmente con las acepciones históricas), mientras continúan los estudios de los orígenes, las costumbres, los medios físicos, los avances científicos, y todo cuanto supone el estu-

Summary

The goal in this presentation is to search in the history of the dental extraction and follow the evolution, the technical advances and the instruments used till today, trying to describe along an imaginary way how the most important hits are related with the beginning of dental implantology, who gives us the possibility to replace immediately the extracted tooth using an osseointegrated implant. So it is justified, the this one other new technics should be recognized in the extraction act, teaching them in the academical instruction.

Key Words

Dental Extraction, Exodontical Evolution, Immediate Implants, Quirurgical Synthesis

dio y las posibilidades de civilizaciones y pueblos del mundo que nos han precedido.

El resultado presupone siempre la posibilidad del error, en tanto y en cuanto implique aseverar que una acepción histórica sea verdadera, o que nuevos hallazgos nos conduzcan a nuevas conclusiones.

Podría afirmarse que no existen evidencias de pérdidas de piezas dentales producidas por "medios quirúrgicos" antes de la muerte, en los restos hallados hasta el presente desde los Australopithecus Afarensis (4 millones de años) hasta el hombre moderno de hace 40,000 años (1).

Los estudios antropológicos reconocen fracturas dentarias de diverso tipo, grandes reabsorciones de tablas óseas, afecciones oclusales y algunas ausencias producidas por enfermedades sistémicas, por el paso del tiempo, y/o el manejo de los técnicos, pero la simple observación de la gran cantidad de cráneos secos que describen hasta el preal, no encuentra la típica disminución de los procesos alveolares que comúnmente le sigue a la pérdida dentaria producida durante la vida. (fig. 1). En sus numerosos estudios hechos en maxilares del Hombre de la Edad de Piedra, Begg (2) también hace mención de este hecho.



Fig. 1
Maxilar Superior del Homo Antecesor, antigüedad 800,000 años. Encontrado en Gran Dolina - España en el año 1994

Algunas excepciones aún se discuten: En Chapelles-aux-Saints fue descubierto el cráneo de "el anciano", un neanderthal de aproximadamente 40 años, que habría sufrido una severa parálisis y artritis. Tenía la mandíbula rota y había perdido dientes. El grado de reabsorción ósea podría ser atribuido a una severa enfermedad periodontal. Puede destacarse este emblemático caso, ya que modernos estudios de paleopatología y paleomedicina, lo consideraron excepcional para el Hombre de Neanderthal terminando con una discusión que los considera poco inteligentes y de caminar flexionado (3). Fig. 2

Se hace imperioso entonces para nuestra búsqueda, remontarse a periodos más cercanos en el desarrollo de la humanidad y llegar hasta las culturas donde se comienzan a hallar vestigios de escrituras que definitivamente den comienzo a la Historia; su observador rápidamente "...comprende que tan pronto como se remonta hacia una época un poco alejada, existen muchos puntos de referencia de los que no se sabe absolutamente nada, excepto que formaban una gran parte del cuadro que trata penosamente de reconstruir"...(4)



Fig. 2: Restos del "abuelo" de La Chapelle-aux-Saints que estudió el arqueólogo Marcellin Boule, declarando que el Hombre de Neanderthal era un homínido bestial que no podía caminar erguido.

Lo que sigue será entonces una somera descripción de parte de esa historia —mojones de un largo camino recorrido— parcial por espacio y definición, y limitada por su inmensidad y por la reconocida imposibilidad de su conocimiento absoluto.

DE LOS EGIPCIOS

Los egipcios tenían todos los medios para realizar extracciones dentarias, cosa favorecida por sus avances en la anestesia que practicaban con mezclas de elementos naturales y también con la digítupuntura, como lo demuestran antiguos pinturas y grabados de la época. (5)

Distintos escritos hallados, con evaluaciones que datan mas allá de los 1500 años a.C. son verdaderos tratados de especialidades de la medicina y la odontología, donde se detallan propiedades curativas y medicinales de una gran gama de productos y plantas, y se mencionan etiologías de las enfermedades y en algunos casos sus tratamientos. (6) (7)

Entre los más antiguos debemos referirnos a los Papiros de Ebers y Shmidt, donde ya aparecen mencionadas las "enfermedades de la boca y los dientes". El primero suele ser citado (y también denostado) (8) como el lugar donde primeramente se menciona a la exodoncia. Las diferentes opiniones pueden justificarse, debido a que por lo general llegan hasta nosotros materiales traducidos de traducciones, que ciertamente tergiversan los originales.

* Dr. Ricardo L. Pomeraniec

Especialista en Cirugía y Traumatología Buco-Maxilo-Facial.
Jefe del Servicio de Cirugía II del Ateneo Argentino de Odontología.

Ex docente de las Cátedras de Cirugía I y II de la Facultad de Odontología de la U.B.A.
Recibido para su publicación Septiembre 2002

PAPIROS EGIPCIOS:	
P. KAHUN: (1900 a.C.)	Embarazo. Determinación del sexo. Estudio de la vagina y útero.
G. EBERS: (1550 a.C.)	Medicina Interna, Oftalmología, Dermatología, Ortopedia. Cabeza – lengua, dientes, nariz y oído. Libro de las Mil Recetas.
E. SMITH: (1400 a.C.)	Libro de las Urgencias, Heridas, Fracturas. Quemaduras y Absceso

Fue Hesi (Hezi-Ra, 2700 a.C.) el primer médico – dentista conocido y creador de buena parte de esos enunciados. El frente de su lápida y distintos tabloides tallados, contienen elementos que lo relacionan con las dos disciplinas. Visir del rey Imhotep, fue su "suno-ir" y *sehedí*" (médico de sus ojos y sus dientes) y recibió el trato de noble con que se lo reconoce por la portación de un pequeño bastón, dondequiera que su imagen aparece (9). Fig. 4.



Fig. 3 - Fragmento del papiro de Ebers. Combina la escritura jeroglífica con la hierática



Fig.4: Tabloide que representa a Hesi, primer médico y dentista reconocido 2700 años a.c.

Winter transcribe un interesantísimo escrito egipcio: *"...Manera de extraer un diente sin dolor: Se toman esos escarabajos sucios que se encuentran en los helechos, se calcan en un caldero de hierro y se preparan unos polvos. Se humedece el índice de la mano derecha y se inserta en el polvo aplicándole al diente con frecuencia, procurando no escupir y el diente caerá sin dolor. Es cosa probada..."*

DE LOS BABILONIOS

Los habitantes de la Babilonia antigua describían sus conocimientos en papiros; una madera tallada, encontrada en la ciudad de Nippur es considerada como una evidencia irrefutable. La misma es de 2.250 años a. C. época en que gobernaba el rey Hammurabi, y se considera que contiene un párrafo del que, traducciones y retraducciones mediante, se obtiene: *"...obturar la cavidad dolorosa del diente con un cemento preparado, mezclando simiente pulverizada de beleño y almáciga..."*(5)

LOS GRIEGOS influenciados grandemente por los pueblos geográficamente vecinos, realizaban sus extracciones con el *odontogo*, especie de gran tenaza, una de las cuales fue hallada en el Templo de Delfos dedicado a Apolo.

LOS FENICIOS

Un maxilar inferior –hallado en la ciudad de Sidón– que por estudios de antigüedad realizados posteriormente se atribuye a los fenicios (800 a. C.), tiene la particularidad de una ferulización con hilo de oro en el sector dentario anterior inferior aquejado de enfermedad periodontal. A la presencia de tártaro por lingual se le atribuye un tiempo prolongado de uso y el éxito de la inmovilización (10). Sin embargo hay antropólogos que opinan que muchos tratamientos se realizaban después de la muerte, ya que este pueblo le daba mucha importancia a la belleza del difunto. (11)

Los fenicios fueron considerados excelentes dentistas. Otro maxilar de la misma época se encuentra actualmente en el Museo Antropológico de la Universidad Americana

del Líbano; en él se denota la existencia de trasplantes dentarios con lo que se demuestra una elaborada técnica en la extracción. Más interesante es de destacar que se trata de dos premolares llevados a la zona de los incisivos superiores. (¿otro intento de resolución estética?).

LOS HUNOS

De los Hunos, que vivieron en las estepas del norte de Eurasia alrededor del siglo V a. C. se hallaron cráneos en excelente estado de conservación. Como característica dentaria sobresale solamente la presencia de sus incisivos centrales superiores, que conservan su proceso alveolar íntegro, y el resto de sus dos maxilares absolutamente desdentados con una marcada reabsorción ósea. Induce a presuponer una modalidad que identificara su crueldad y violencia. (12)



Fig. 5 Detalle del mural "Tianguis en Tenochtitlán" de Diego Rivera (Guanajuato, México 1887 – 1957) Palacio de Gobierno – D.F. – México

DE LAS CULTURAS PRECOLOMBINAS

LOS INCAS

En las Américas de entonces, los Incas ya disponían de instrumentos con los que practicaban no únicamente extracciones, sino que hacían también verdaderas cirurgías mayores; cráneos con trepanaciones lo certifican. (13) La civilización Chimú (800 d.C.) disponía de un cuchillo ceremonial denominado Timú y que según su tamaño era utilizado para distintas intervenciones, entre las cuales se cita la exodoncia. El operador masticaba hojas de coca y dejaba caer su saliva sobre la herida para producir anestesia.

Practicaban extracciones múltiples con carácter de *suplicio...* "sujetaban al individuo en forma firme con una cuerda en el diente y luego ejercían un enorme esfuerzo

sobre él",... (14)

DE LOS AZTECAS se describe su actividad odontológica en los Tianguis, especie de mercados donde compraban y vendían mercaderías y hacían todo tipo de transacciones. Se recuerda especialmente el de Tenochtitlán por ser el primero y más duradero. Diego Rivera, el gran pintor mexicano contemporáneo lo plasmó en uno de sus famosos murales. Un detalle de éste describe la relación dentista-paciente, medicamentos, la "mis en scène" general y la curiosidad de los feriantes y público. Fig. 5

DE LOS MAYAS (15)

Se guardan grabados que muestran la particular posición del paciente, el que era puesto en cuclillas, con el operador delante de él, en el momento de realizarle la extracción. Adoradores del jade, llegaron a incrustar esa piedra preciosa en dientes e implantarla en maxilares.

DE EUROPA Y ADVACENCIAS

Abundantes pinturas demuestran la práctica de la exodoncia ya remontados a la Europa Medieval. En ellos no solamente se destacan los instrumentos utilizados, frascos con medicamentos y algunas posiciones del operador y el paciente, sino también el ámbito en el que se realizaban. Las ferias populares, los mercados, las plazas de los pueblos (16) eran el lugar de demostraciones cuasi circenses de estos antepasados "profesionales", que plétóricos de sangre y aparatosis no dudaban en demostrar sus habilidades para la extracción "de partes humanas", y culminaban sus proezas enarbolando la pieza extraída.

En el año 1728 aparece en Francia el libro "Le Chirurgien Dentiste, Ou Traité des Dents" de Pierre Fauchard de Grandmesnier, que le valiera finalmente el nombre de Padre de la Odontología Moderna. Con dos tomos y 800 páginas es un verdadero hito en la historia de nuestra profesión. Un libro escrito para profesionales y pacientes con el objetivo de evitar justamente la denigración de la práctica de la dentisteria que propiciaban alguno de nuestros "colegas" antepasados.

Fauchard abunda en técnicas propias y recopiladas de los conocimientos de antaño y de entonces, referidas a la prevención, la endodoncia, prótesis, ortodoncia, periodoncia, etc., y también la cirugía, considerándose la suya, la primera descripción minuciosa de la técnica quirúrgica de la exodoncia. Propone la sindesmotomía (desusada en la época), la expansión de las tablas óseas reglada, y su posterior compresión (todo un hallazgo) como forma de consideración por el paciente, en contraposición con la costumbre de considerar la pieza dentaria como un trofeo. Además del inmenso valor del libro y sus conocimientos, y del hecho desusado de la publicación de hallazgos propios, para el uso universal (en una época en la que cada cual usaba sus inventos en beneficio personal), que incluye instrumental y una placa de ortodoncia antecesora de la placa de Adams, es necesario destacar la inclusión

de un párrafo que ratifica su genio: ... "Es con pesar que me he decidido a extraer dientes... vacilo, eludo y difiero su extracción, en razón del énfasis que pongo en la importancia de su función". Fig. 6. Doscientos años después de su muerte, Francia, en homena-



Fig. 6
Pierre Fauchard
Bretagne - Francia
1678 - 1761

naje a Fauchard, publicó oficialmente una nueva edición de su libro. Desde aquellos lejanos días hasta los nuestros, la exodoncia ha progresado significativamente. En su evolución histórica han confluído numerosos autores, los que introduciendo nuevos conocimientos, técnicas quirúrgicas e instrumental han enriquecido esta intervención tan propia y cara de nuestra profesión. Solo nombrar a Esculapio, Eustaquio y su "Libello de Dentibus" del año 1564, Giovanni D'Arcoi (inventor del pelicano), Garargeot (con el aporte de su conocida llave) y el ya citado Winter (sus exolvères devienen en los conocidos elevadores) por nombrar a unos pocos, implica el reconocimiento de la importancia de la odontología universal resumida en los conceptos de Ries Centeno (8) y Laín Entralgo (17)

LA EXODONCIA EN LA CIRUGÍA

El criterio mismo de incorporar este acto al acervo de la operación quirúrgica, dio motivo también para regularla y así sistematizar su enseñanza. Los pasos operatorios de la cirugía general fueron incluidos y jerarquizaron la práctica. La incisión, el desprendimiento del colgajo, la cirugía propiamente dicha y la sutura de años recientes, fue entonces actualizada a la diéresis, exéresis y síntesis con

la cual se maneja hoy en día la cirugía general. Los ya nombrados pelicanos y las llaves, los dentótomos y finalmente los fórceps, las pinzas y los elevadores, son y finalmente los fórceps, las pinzas y los elevadores, son y finalmente los fórceps, las pinzas y los elevadores, son parte integrante de esta evolución en lo que hace específicamente al instrumento finalmente ejecutor del acto principal: pero la inclusión del bisturí, el periostótomo, escopical; pero la inclusión del bisturí, el periostótomo, escopical, los manuales, fresas e instrumento rotatorio en general, son una clara muestra de esta inclusión y de la importancia que se le ha dado. (18)

Un párrafo aparte merece la participación de distintas disciplinas que colaboraron para que técnicas suplementarias, accesorias o derivadas de la extracción dentaria puedan finalmente permitir la rehabilitación de la pieza. La coronaradectomía, la radectomía y la odontosección adquieren especial dimensión cuando la periodoncia, la endodoncia y los recursos y materiales protéticos colaboran interdisciplinariamente en la actitud conservacionista. Es asimismo difícil concebir un elaborado diagnóstico preoperatorio, como así también un control posterior, sin la radiología y sus avances, e impensado a la fecha planificar adecuadamente un trasplante dental, sin estos recursos.

La consabida reabsorción ósea que lenta y normalmente se produce en el proceso alveolar posextracción, constituye en cierta medida un impedimento para la consecución de una resolución estética satisfactoria en la mayoría de las restauraciones protéticas, hecho ciertamente agravado por la aconsejada compresión de tablas óseas, luego de la expansión que se produce en el momento de la avulsión de la pieza.

La aceptación de estas dificultades dan lugar a evitar esta maniobra, restringirla sólo a los casos en los que ciertamente estas paredes han quedado exageradamente por fuera de su límite inicial (19), o dirigirla solamente a un acercamiento de los bordes de la herida. Este cambio y la inclusión universal de la sutura, pueden considerarse también parte de la aludida evolución a la que nos referimos.

BARRERAS Y RELLENOS PARA LA REGENERACIÓN ÓSEA

La regeneración ósea guiada, inicialmente aplicada a la periodoncia, ha sido incorporada dentro de las técnicas con que se concluye el acto quirúrgico de la extracción dentaria, con el objetivo de reconstruir el tejido óseo perdido y evitar así en lo posible, defectos de paredes que contribuyan a la afección de la estética o el soporte de esa futura zona desdentada. Es así como los distintos tipos de membranas, y los inductores y conductores del crecimiento óseo (20), naturales o sintéticos, son ya parte del bagaje de materiales con que contamos, y utilizamos en la técnica corriente de la extracción dental que mucho han contribuido al mantenimiento en mejores condiciones, de los tejidos blandos y duros que rodean a la pieza extirpada. (21) (22) (23) (24)

LA EXODONCIA COMO OBJETIVO

Con todos los avances científicos y tecnológicos descriptos se impone casi como conclusión que la evolución histórica que la exodoncia ha experimentado, hace imposible definirla a secas como un fin en sí mismo. Alejados estamos de aquellos tiempos en que con el "trofeo" en la mano se daba por concluida la intervención y se olvidaba del ser humano.

La inclusión de esta práctica en los niveles de prevención enunciados por Levell y Clark (25), la sitúan en los postulados de limitación del daño, y desde allí en más se abre un abanico de posibilidades que obligan a pensar desde el mismo momento de diagnosticar su indicación, en la futura rehabilitación de la zona potencialmente entrada en desdentación, planificando y llevando a cabo los múltiples recursos terapéuticos disponibles para el mantenimiento ad - integrum de todos los tejidos circundantes.

De esta manera entonces se proclama un cambio en la concepción del acto quirúrgico en cuestión, y se lo transforma en una nueva acepción, casi la conclusión que ha adquirido el presente de una evolución de siglos: La extracción dentaria, primer paso para la restitución de la pieza.

DE INJERTOS, INSERTOS, REIMPLANTES Y TRASPLANTES A LOS IMPLANTES DENTALES

La medicina está plagada de ejemplos de precursores que han intentado reemplazar órganos en humanos (7) (11) (27) (28), algunas veces hasta en condiciones un tanto dudosas. Para no abundar en ejemplos, basta citar a los gemelos Cosme y Damián, que en el siglo III deambulaban por Siria, su país natal, pero también por Europa, y Asia, realizando beneficencia con sus curas cuasi milagrosas; de su autoría se cita el trasplante de un miembro inferior, (concretamente desde la rodilla hacia distal), de un moro a un noble, inmortalizado en varios cuadros, uno de los cuales lleva por título "Milagro de los Santos Cosme y Damián" de Fernando del Rincón, que se encuentra actualmente en el Museo del Prado, Madrid. Este "milagro" les valió el título de santos, y a posteriori el de patronos de la Medicina y la Cirugía. Fig. 7.

DE LA IMPLANTOLOGÍA DENTAL

Desde los ya citados fenicios hasta hoy, son varios los ejemplos de trasplantes de piezas dentarias, e incluso de otros elementos colocados en su reemplazo como madera, piedras preciosas, marfil, nácar tallado, caucho y oro (27). El mismo Fauchard en una de sus "Observaciones Singulares", describe el trasplante de un canino superior, de un marinero de la Armada Francesa a su Capitán, y otros intentos con dientes de animales.

Innumerables también fueron los esfuerzos por lograr



Fig. 7: Detalle inferior de "Milagro de los Santos Cosme y Damián" de Fernando del Rincón Museo del Prado, Madrid - España. (nótese que la pieza fracturada del noble fue transplantada al moro y viceversa)

implantaciones de distintos materiales en búsqueda de la compatibilidad biológica.

En el siglo pasado comienzan a publicarse gran cantidad de experiencias con metales biocompatibles (28). En 1938, Alvin Strock (29), inserta su implante con forma de tornillo roscado de cromo-cobalto-molibdeno en un ser humano, luego de haber experimentado con perros; en 1962 Stéfano Tramonte da a conocer su tornillo autoroscante de titanio y Leonard Linow en 1967 presenta su implante endoóseo a lámina para extender la superficie de contacto hueso-implante en alvéolos atrofiados.

Pero es recién en los primeros años de la década de 1970, en que Branemark describe sus hallazgos en la Universidad de Gotheburg - Suecia, que le permite a la odontología contar con un protocolo para el reemplazo de una pieza dentaria o su similar en función (30) (31) (32) (33). El valor de sus trabajos le han permitido obtener desde ya, el bien ganado título de Padre de la Implantología.

A partir de su protocolo, Schulte (34) describe en el año 1976, la posibilidad de reemplazar una pieza en el mismo acto quirúrgico, a través de la colocación de un implante de oseointegración de titanio puro en el alvéolo posextracción, abriendo una enorme perspectiva para la odontología. Su descripción pasa a denominarse internacional-

TITANTEC



Holder / Transfer / Carrier
Portaimplante Multifunción
Tornillo Protético.

Implante Ti-lock

Componentes Protéticos

Pilares Angulares

15°



25°



UCLA

Calcinable



Taponos

ciatriziales



Pilares Rectos cónicos



Ball Attached



- Espiras de dimensión ampliada.
- Flancos de perfil biomecánico.
- Sección inspirada óptima para inserción ósea.
- Anillo cervical con flancos lisos sobrelevados.
- Apice autorroscante.
- Titanio grado 4.

Diámetro (mm)	Longitud (mm)	Plataforma (mm)
3,25	8 - 10 - 11,5 - 13	3,4
3,75	8 - 10 - 11,5 - 13 - 15	4,1
4	8 - 10 - 11,5 - 13 - 15	4,1
5	8 - 10 - 11,5 - 13 - 15	5,0

Nuevas Oficinas:

Laboratorios: Av. del Libertador 8250 2º piso • of. 2113/18 • CP (C1429ABN) • Capital Federal • Argentina.
 Administración y Ventas: M.T. Alvarez 2181 • 1º p. - Of. 5 (C1122AAG) • Capital Federal • Argentina.
 Tel.: (011) 4826-9082 • 4822-5800 • Tel./Fax: (011) 4877-3320.

mente *Implantología Inmediata Posextracción* (35) (36) (37), y rápidamente es incorporada a la práctica habitual de la cirugía dental por sus enormes ventajas comparativas.

DE LA SÍNTESIS QUIRÚRGICA

Si bien es cierto que ya se han descrito técnicas que sugieren un tiempo de espera posterior a la extracción, menor que la habitual a la colocación de un implante convencional, con el objeto de basar el trabajo en tejido óseo ya neoformado (*Implantología Inmediata Diferida* y *Tardía*) (38) (39), el protocolo utilizado implica como ya se ha dicho un alvéolo posextracción inmediato (40), y ello conlleva a prolongar el concepto técnico de síntesis quirúrgica posterior a la avulsión.

Es en este último paso de la cirugía donde se lleva a cabo el trepanado final necesario para la estabilidad primaria del futuro implante, previo a la sutura de los tejidos blandos ulteriores.

Puede coleirse entonces que el reemplazo inmediato posible de una pieza recién extraída, forma parte integrante de la misma exodoncia y como tal debe ser incluida en la enseñanza académica de grado del acto quirúrgico en cuestión, al igual que la regeneración tisular guiada en todas sus formas. Resulta el epílogo a la excelencia del sentido común, de una maniobra destinada a la limitación del daño y es independiente de las posibilidades económicas de pacientes, seguridad social, etc. que impliquen o impidan su universalización. Finalmente, y como lo describiera Alfredo Fermín Alvarez, contribuye a la *calidad de la atención, concebida como... "la aplicación de todos los servicios de que disponen las ciencias de la salud, a las necesidades de toda la gente"...* (41)

CONCLUSIONES

Puede concluirse que la exodoncia ha recorrido un largo camino de más de 3.500 años, donde su permanente evolución ha sido una constante, y que los avances incorporados en materia tecnológica y científica, la han llevado a constituirse en una práctica que aunque cotidiana, está plétores de jerarquía y riqueza.

La posibilidad de guiar y regenerar la formación de tejidos, y la de colocar un implante simultáneamente con la extracción en el alvéolo vacío, significan felices "confluencias" en ese extenso derrotero e implican importantes logros para nuestra profesión.

Se completa entonces la visión panóptica de la evolución histórica de la exodoncia, y esta contribuye a su entendimiento y jerarquización, porque... "no somos independientes del tiempo, sino que estamos profundamente

inmersos en una historia que progresa irreversiblemente cada día"... (4)

En la gran mayoría de los casos donde debe ser indicada, la exodoncia es considerada actualmente como último recurso. Aún así podría plantearse y pese a lo expuesto, si a la luz de los conocimientos actuales y en relación al grado de desarrollo que ha adquirido la humanidad, no debería considerarse un fracaso de la odontología.

Puede alegarse que permanece indisolublemente atada a la pobreza, la marginación y la falta de recursos económicos y/o culturales.

Los países que han puesto énfasis en privilegiar políticas activamente preventivas, han dado sobradas muestras de la posibilidad cierta de disminuir significativamente las estadísticas de desdentamiento en su población (42), contrastando con aquellos otros donde la rehabilitación parece incentivarse como un indicador social.

Tras este "camino" recorrido y con sus confluencias recibidas, solo restaría aventurar para esta práctica, un futuro marcado por la eliminación de su necesidad, evitando los factores que contribuyen a aumentar las cifras de su incidencia.

Los odontólogos, como profesionales de la salud y parte integrante de la sociedad, tenemos un papel importante que cumplir en el logro de una premisa:

El final de la evolución histórica de la exodoncia debería estar marcado por la no realización de extracciones dentales.

BIBLIOGRAFÍA

- HOLIDAY T.: Evolution at the Crossroads: Modern Human Emergence in Western Asia. American Anthropologist. Vol. 102, N° 1, marzo 2000
- BEGG P. R.: Mi Teoría y Técnica de la Ortodoncia. Ed. Revista de Occidente, Madrid - España, 1967
- ARSUAGA J. L. Y COL.: La especie elegida. La larga marcha de la evolución humana. Ed. Temas de Hoy. 4ª Ed. Barcelona, España, 1998
- CARLES J.: Los Orígenes de la Vida. EUDEBA. VIª Ed. 1976.
- WINTER L.: Tratado de Exodoncia. Ed. Pubul. 1930
- DRIOTON E. y VANDIER J.: Historia de Egipto. EUDEBA. 1983
- BABINI J.: Historia de la Medicina. Ed. GEDISA. Enero 2000
- RIES CENTENO G.: Cirugía Bucal. 8ª Ed. Edit. El Ateneo. 1980

9) BARAIBAR J.: Personajes Históricas del Egipto Faraónico. Ed. Temas de Hoy. Madrid, 1998
 10) EDEY M. A.: Orígenes del Hombre. Los Fenicios. Ediciones Folio. Vol. II Barcelona - España, 1994
 11) PAPP D. - AGÜERO A.: Breve Historia de la Medicina. Ed. Claridad, 1994
 12) CARTER R.: El Origen de la Historia. Ed. Videorama. Barcelona-España, 1984
 13) MIURA F.: Estudio Antropológico Dental en los Indios Peruanos. Journal of Stomatological Society. Vol. 55, N° 4, Dic. 1988
 14) DOMINGUEZ DEL RIO G. Y PEREZ TORRES LLOZA R.: Historia de la Práctica Odontológica en el Perú. Preincanato e Incanato. Rev. Visión Dental, N° 15 Marzo-Abril 2001
 15) GUTIERREZ - ESTEVEZ M.: Plurality of Perspectives and Subjects in the Literary Genres of the Yucatec Mayas. American Anthropologist. Vol. 100, N° 2, Junio 1998
 16) SANZ SERRULLA J.: Historia General de la Odontología Española. Ed. Masson, 1999
 17) LAIN ENTRALGO P.: Historia de la Medicina. Ed. Salvat, 1978
 18) KRUGER G.: Cirugía Buco-Máxilo-Facial. 5ª Ed. Ed. Panamericana, 1986
 19) GARG A.: Implantes Dentales en Pacientes Geriátricos. Journal of Implant Dentistry. Vol. 4, N° 1, 1998
 20) VERGELI E. C. y Col.: Biomateriales. Rev. Implantotomática. N° 1, Mayo - Junio, 1997
 21) FURUSAWA T.: Propiedades Osteoconductoras y Eficacia del Cristal Bioactivo Reabsorbible como Material de Injerto Óseo. Journal of Implant Dentistry, Vol. 3, N° 4, 1997
 22) ARTZI Z., ZOHAR R. y TAL H.: Periodontal and Peri-Implant Bone Regeneration: Clinical and Histologic Observations. Int. Journal of Period. and Restorative Dentistry, Vol. 17, N° 1, 1997
 23) WILSON T. Jr.: Guided Tissue Regeneration Around Dental Implants in Immediate and Recent Extraction Sites. The International Journal of Periodontics and Restorative Dentistry, Vol. 2, N° 3, 1992
 24) BUSTER D. y Col.: Regeneration and enlargement of jaw bone using guided tissue regeneration. Clin. Oral Implants Res 1:22-32, 1990
 25) SMERILLI A. - GUBERMAN C. - POMERANIEC R.: Aetud Abstencionista o Resolutiva Frente a la Extracción Dentaria. Rev. del Hospital Nacional de Odontología, Año 4, N° 7, 1987
 26) RING M. E.: Historia Ilustrada de la Odontología. Ed. Doyña, Barcelona-España, 1989
 27) ARNAUDOW A. y Col.: Enossal Implantationsmethode Künstlicher Zahnwurzeln. Zahnärzt Welt 81: 313, 1972
 28) JAEF S. B.: Reflexiones 1987. Rev. Arg. de Implantología Oral y Maxilofacial. Año 1, N° 1, Mayo 1987
 29) STROCK A. E.: Experimental Work on a Method for the Replacement of Missing Teeth by Direct Implantation of a Metal Support Into the Alveolus. American J. Orthodont. 25: 467, 1939

30) BRANEMARK P. I. - HANSSON B. & col.: Osseointegrated Implants in the Treatment of the Edentulous. Ed. Almqvist & Wiksell. Stockholm, 1977
 31) ADELL R. - LEKHOLM V. - ROCKLER B. - BRANEMARK P. I.: A 15 year study of osseointegrated implants in the treatments of the edentulous jaw. Int. J. Oral Surgery, 1981;6:387-416
 32) BRANEMARK P.I. - ALBREKTSSON T.: Titanium Implants Permanently Penetrating Human Skin. Scandinavian Journal. Plastic Reconstr. Surgery, 16: 17, 1982
 33) ALBREKTSSON T. - BRANEMARK P. I. - HANSSON H. A. & LINDSTOM J.: Requirements for Ensuring a Long - Lasting, Direct Bone To Implant Anchorage in Man. Acta Orthop. Scandinav. Vol. 52, N° 1, 1981
 34) SCHULTE W. - HEIMKE G.: Des Turbinger Sofort - Implantat. Quintessenz, 17: 276, 1976
 35) PARR G. & COL.: Histomorphometric and Histologic Observations of Bone Healing Around Immediate Implants in Dogs. The Int. Journal of Oral and Maxill. Implants. Vol. 8, N° 5, 1993
 36) GELB D.: Immediate Implant Surgery: Three-Year Retrospective Evaluation of 50 Consecutive Cases. The Int. Journal of Oral and Maxillofacial Implants. Vol. 8, N° 4, 1993
 37) BARZILAY I. and col.: Immediate Implantation of Pure Titanium Implants Into Extraction Sockets of Macaca Fascicularis. Part. 1. The Int. Journal Of Oral and Maxill. Implants. Vol. 11, N° 3, 1996
 38) SPIEKERMANN H.: Atlas de Implantología. Ed. Masson. 1ª Ed. Barcelona - España, 1995
 39) WARRER K. et. Al: Guided Tissue Regeneration Allowing Immediate Implantation of Dental Implants Into Extraction Sockets. Clin. Oral Implant Res. 2: 166, 1991.
 40) WILSON T. - SCHENK R.: Implantes colocados inmediatamente en sitios de extracción. Un informe de análisis histológicos e histométricos de biopsias humanas. Int. Journal Oral Maxilofacial Implants. 13, 333-341, 1998
 41) ALVAREZ A. F.: El Discreto Encanto de la Calidad. Rev. del Ateneo Arg. de Odont. Vol. XXIII, N° 1, Abril 1998
 42) FEBRES - CORDERO F.: Acerca del Futuro de la Odontología. Rev. de la Facultad de Odontología -UBA. Vol. VIII, N° 17 - Nov. 1988

Dirección del autor:
 Olaya 1460 - Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Rep. Argentina
 C.E.: ricardopome@hotmail.com

DENTALVISION

CAMARA INTRAORAL COLOR



CAMARA INTRAORAL DV-2
 con Mango Anatómico
 y Mini Lámpara Highlight

US\$ 755.-

US\$ 295.-



CAPTURADORA DE VIDEO
 para PC con PEDAL
 ODONTOLÓGICO

US\$ 478.-



MINI CAMARA
 INTRAORAL DV-1

US\$ 945.-

Nueva



MINI CAMARA INTRAORAL DV-3
 Con Sistema de Luz Blanca y Nuevo
 Diseño Anatómico.
 Conexión a su PC, TV y Video Cassetera.
UNICA Cámara Intraoral
 con 480 Líneas de Resolución.

Financiación con cheques. Consulte a su Proveedor Dental más cercano.

www.camara intraoral.com

Edificio Callao Plaza. Callao 930 Piso 4º of. C (1023) Cap. Fed., Argentina. E-mail: info@camaraintraoral.com
 Tel: (54-11) 4813-5001 Fax: (54-11) 4815-6696 E.E.U.U. Fax: 1-775-415-1866



Ateneo Argentino
de Odontología

1953 - 2003

50° aniversario

ACTO ACADEMICO

AULA MAGNA de la FACULTAD
de ODONTOLOGIA - U.B.A.

PROGRAMA

Palabras:

- de la Sra. Presidente de las Jornadas 50° aniv. del A.A.O., Dra. Beatriz Lewkowicz
- del Decano de la Facultad de Odontología, Prof. Dr. Máximo J. Evaristo Giglio

DISERTACION

- "Rol de la Universidad y su proyección en la Sociedad", a cargo del Rector de la U.B.A., Prof. Dr. Guillermo Jaim Etcheverry

Entrega de distinciones a colegas Fundadores
• en su nombre, agradece el Dr. Luis Zielinsky

CIERRE

- a cargo del Sr. Presidente del A.A.O., Dr. Armando Pollero

Viernes 22 de agosto a las 11:00 hs.

Esperamos contar con su presencia para festejar juntos
50 años de trayectoria en Docencia e Investigación.

Auspicio: SERGIO TRAJTENBERG

Deflex®

LA PRÓTESIS DE CONTACTO

"dentaduras estéticas flexibles"

- liviana
- higiénica
- irrompible
- hipoalérgica
- estética
- funcional
- confortable

Laboratorios Autorizados Sistema Deflex

- Laboratorio Dental Daniel Perez Molenberg Tel. (03446) 425383 / Pcia. Entre Ríos / Técnico Protesista U.B.A. - M.N. 3068
- Laboratorio Dental Gijika Tel. (011) 4953-1198 / Av. Corrientes 2053 3° Pto. Dto. 54 - Capital Federal - Bs. As. (1049)
- Laboratorio Dental Héctor Hugo Palopelis Tel. (011) 4202-0545 / Las Heras 1388 - Lomas de Zamora - Bs. As. (1832)
- Laboratorio Dental Abel I. Pereyra Tel. (0221) 15-438-3156 / 15-456-3078 / Diagonal 78 N° 2730 - La Plata (1600)
- Laboratorio Dental Forin Tel. (0221) 464-1978 / Calle 14 N° 4101 - Berisso - Bs. As. (1123) atemuro@attemuro.com
- Laboratorio Dental Héctor Luis Barca Tel. (011) 4225-1928 / Pte. Avellaneda 529 Lomas Dto. Bs. As. (1183) M.N. 3219
- Laboratorio Dental Humeva Tel. (011) 4207-1033 / José Hernández 867 W/56 - Bs. As. (11875) humeva@ciudad.com.ar
- Laboratorio Dental JC Tel. (011) 4572-5719 / Ladrieros 3556 Capital Federal - Bs. As. (1419)
- Laboratorio Dental Jorge Omar Cuesta Tel. 430101 / Concepción del Bermejo 285 - Resistencia Chaco (350)
- Laboratorio Dental San Salvador de Guillermo Read MP 055 y Mario Gabriel Santa Cruz MP 057 Tel. 0388-4243897-156855361 / Dr. Padilla N° 533 B° Ciudad de Nevea - San Salvador de Jujuy
- Laboratorio Dental Prodent Tel. 425166 / Rafael Hernández 199 - Bulvar - Bs. As. (9550)
- Laboratorio Dental Jaime Tel. (011) 4829-1676 / Santa Fe 2130 1A - Capital Federal Bs. As.
- Laboratorio Dental Diego F. Losada Tel. (02964) 424644 / Los Canelos 1138 Dto. 2 - Rio Grande - Tierra del Fuego (1420) diegolosada@ciudad.com.ar
- Laboratorio Dental Liliana de Sury Tel. (011) 4981-8861 / Olaya 1065 1° Pto. Dto. 8 Parque Centenario - Capital Federal Bs. As.
- Laboratorio Dental Pedro Piarresteguy Tel. (03488) 15451815 / Gral. Miró 345 Escobar - Bs. As.
- Laboratorio Dental Sago Tel. (0221) 4213985 / Calle 1 N° 845 esq. 49 piso 1° - La Plata - Bs. As. Sago_dental@laboratorio dental@hotmail.com
- Laboratorio Dental Manzoni Tel. (011) 4200-0725 / Entre Ríos 2535 Quilmes Oeste - Bs. As. (1878) laboratorio dental manzoni@ciudad.com.ar
- Laboratorio Dental Modelo Tel. (011) 4307-8489/8408 4300-0146 / Tacuani 1537 Capital Federal Bs. As. (1139)
- Laboratorio Dental Mora Tel. (011) 4204-1814 Cel. 15-4422-6456 / Basavilbaso 854 Dto. 5 Sarandí - Avellaneda - Bs. As. (1872) mymoraa@platazen.com
- Laboratorio Dental Ricardo Galarza Tel. (03717) 435008 Cel. 156-85374 / Parrayguá 1588 Barrio Don Bosco - Formosa (3600)

Informes al (54 - 11) 4241 - 7762 / www.deflex.com.ar

Laboratorio Jaime

Laboratorio Dental Jaime
Av. Santa Fe 2130 1A - Capital Federal Bs. As.
Tel.: (011) 4829-1676 y rotativas

En el tercer milenio les ofrecemos

PRÓTESIS LIBRES DE METALES...

Sistema Zirconia Vita In-Ceram



- Para:
- puentes posteriores
- coronas
- carillas e incrustaciones

con colores en 3D master, porcelana sin metal

Sistema Deflex®



Dentaduras estéticas flexibles
sin retenedores metálicos

La nueva alternativa que
combina estética y función en
Prótesis Removibles.

Y como siempre retenedores acetalíticos estéticos, ataches, cromos, prótesis convencionales fijas y removibles.



Autorizada provisionalmente por
Res. MC y E N° 1.246/92 y 1515/98

Actividad docente

Cursos que inician a partir de Julio 2003



Persepolis Jurídica 1232
Fundado en 1953

Anchorena 1176 (1425) Buenos Aires, Argentina • Tel.: 4962-2727
ateneoodont@millicom.com.ar • www.ateneo-odontologia.org.ar

BIOSEGURIDAD

•• **Bioseguridad e Infección** (teórico - dirigido a odontólogos y asistentes dentales)

Dictante: Carlos A. Vaserman - 3 sesiones - viernes de 9 a 13 hs. Inicia: 8 de agosto.

CIRUGIA

•• **Integral de Cirugía Bucal** (teórico con demostración práctica).

Dictantes: Mario D. Torres, Jorge M. García - 18 sesiones - sábados de 8.30 a 12.30 hs. Inicia: 16 de agosto.

DISFUNCION

•• **Integral de Oclusión, Disfunción, ATM y Dolor Crónico Orofacial. Desórdenes cráneo-mandibulares** (teórico)

Dictante: Luis Zielinsky - 4 sesiones - lunes de 8.30 a 11.30 hs. Inicia: 1 de setiembre.

ESTOMATOLOGIA

•• **Estomatología para el práctico general. Patología infecciosa de frecuente consulta** (teórico)

Dictante: Isabel Adler - 3 sesiones - lunes de 8.30 a 11.30 hs. Inicia: 11 de agosto.

FONOAUDIOLOGIA

• **Intensivo de actualización odontológica para fonaudiólogos** (teórico)

Dictante: Carolina O'Donnell - 1 sesión - 20 de setiembre de 8.30 a 12.30 hs, y de 14.30 a 18.30 hs.

ODONTOPEDIATRIA

•• **Prevención de las maloclusiones.**

Terapia interceptica (teórico)

Dictante: Henja F. de Rapaport - 3 sesiones - viernes de 2 a 15 hs. Inicia: 5 de setiembre.

ORTODONCIA

• **SORA Cursos de actualización y profundización para ortodoncistas**

Actualización de alambres en Ortodoncia (teórico-práctico)

Dictante: Marta Sarfatis - 4 sesiones - lunes de 9.30 a 12.30 hs. Inicia: 15 de setiembre.

Biomecánica de los movimientos dentarios y sus respuestas biológicas (teórico)

Dictantes: Elías Beszkin, Graciela Iglesias, Eduardo Muñio y Marta Sarfatis - 6 sesiones - miércoles de 8.30 a 11 hs. Inicia: 29 de octubre.

Cefalometría de Ricketts y Holdaway. V.T.O. (teórico-práctico).

Dictantes: Elías Beszkin, Gema Brizuela y Amanda Rizzuti - 11 sesiones - lunes y miércoles de 11 a 14 hs. Inicia: 25 de agosto.

Cefalometría estática y dinámica de Ricketts. Su interpretación para tejidos duros y blandos. Cefalometría de Holdaway para el perfil blando.

V.T.O., superposiciones y mini V.T.O. (teórico-práctico).
Dictantes: Elías Beszkin, Gema Brizuela, Amanda Rizzuti - 6 sesiones - martes de 8.30 a 11.30 hs., 2 veces por mes, en fechas prefijadas. Inicia: 9 de setiembre.

Cefalometría de Björk Jarabak y McNamara (teórico-práctico)

Dictantes: Liliana Periale, Stella M. Flores de Suárez - 3 sesiones - lunes y miércoles de 11 a 14 hs. Inicia: 10 de setiembre.

Montaje en articulador para diagnóstico ortodóncico (teórico-práctico)

Dictante: Graciela Resnik - 5 sesiones - martes y jueves de 9 a 12 hs. Inicia: 16 de octubre.

Técnica de Mulligan (teórico-práctico).

Dictante: Julio C. Lalama - 3 sesiones - martes de 11 a 13 hs. Inicia: 2 de diciembre.

PROTESIS

•• **Prótesis Completa y Removible** (teórico-práctico con práctica).

Dictante: Juan Ramón Farina - 16 sesiones - martes de 8.30 a 11.30 hs. Inicia: 12 de agosto.

Informes e Inscripción:

Anchorena 1176 (1425), Buenos Aires.
Tel./Fax: 4962-2727
E-mail: ateneoodont@millicom.com.ar
www.ateneo-odontologia.org.ar

Referencias:



FE DE ERRATAS

En la publicación anterior de la revista del A.A.O. Vol. XLI / Nº 1 Enero - Diciembre de 2002, en el artículo titulado: Disyunción Posteroanterior en Combinación con Expansión Maxilar Transversal Rápida. Clase III. Tratamiento Ortopédico, se ubicaron erróneamente las fotos preoperatorias de frente y perfil, figuras 29 y 30 al finalizar el tratamiento, mientras que las fotos postoperatorias del paciente, de frente y perfil, figuras 17 y 18, aparecieron al comienzo del mismo, desmereciendo totalmente los resultados logrados..

Dras. Bent Moira, Crossetti M. Elisa, Nicastro Noemí.

Buenos aires, Junio de 2003.

Consultorio de Radiología Dento-Máxilo Facial

39 años acompañando como especialidad a los odontólogos y médicos argentinos

- .radiografías
- .telerradiografías con estudios
- .cefalométrico convencionales y computados
- .radiografías panorámicas condilografías
- .implantogramas: intraorales y extraorales

aranceles preferenciales a socios del Ateneo.

Profesor Dr Angel J. Vázquez y Dr E. R. Cura
Horario: de lunes a viernes de 9.30 a 19 hs / sábados de 9.30 a 12.30 hs.

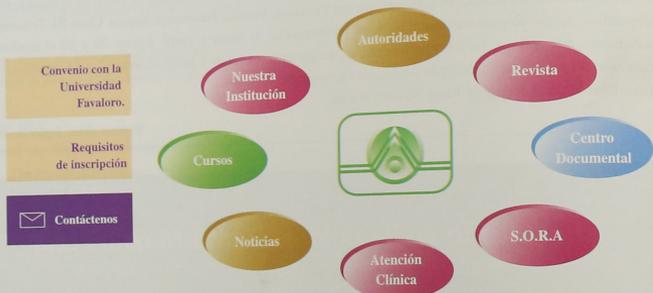
Corrientes 2362, 1° A (1046) Capital Federal. Buenos Aires | tel 4951 4532

Nuestra página en internet

Conéctese con:

www.ateneo-odontologia.org.ar
 e.mail: ateneoodont@millicom.com.ar • ateneo@ateneo-odontologia.org.ar
 jornadas@ateneo-odontologia.org.ar

Ateneo Argentino de Odontología



LABORATORIO "Del Ateneo"

Aparatología de Ortopedia Funcional y Ortodondia en toda su variedad

Ricardo N. Llanes - Eduardo H. Aguirre

Anchorena 1176. Capital Federal. Buenos Aires | tel. 4963 6802

nuevo **Ibuprofeno**



Rápida Acción
Actron

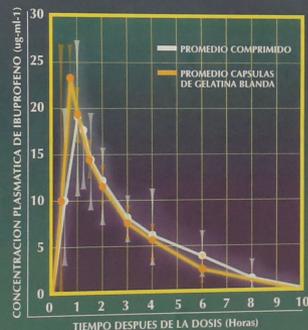


EL PRIMER IBUPROFENO 400 mg EN CAPSULAS DE GELATINA BLANDA.

La más nueva, inmediata y efectiva respuesta para los dolores corporales intensos.

Rápida acción

Las cápsulas de gelatina blanda se disuelven y absorben más rápido que los comprimidos tradicionales, logrando una acción inmediata.



Fuente: Patel MS; Morton FSS; Seager H. "Advances in Softgel Formulation Technology", Manuf Chem: 60: N° 7; 26-28; 1989



Estuches x 10 y x 20

Rápida Acción
Actron
Ibuprofeno



• Analgésico • Antiinflamatorio • Antifebril

ATENCIÓN DE PACIENTES EN LAS CLÍNICAS DEL ATENEO ARGENTINO DE ODONTOLOGÍA

ORTODONCIA

Lunes 8:30 - 10:00 (quincenal)
Martes 11:00 - 13:00 (quincenal)
Jueves 9:30 - 11:30 y 13:00 - 15:00
Viernes 10:00 - 12:00
Sábado: 8:30 - 11:00 (quincenal) y

ORTODONCIA EN ADULTOS

Miércoles 13:00 a 15:00 (Quincenal)

ODONTOPEDIATRÍA

Viernes 8:30 a 10:00

IMPLANTES

Viernes 9:00 a 11:00

PRÓTESIS

Martes 8:30 a 11:30

SIRIA

Lunes 8:30 a 11:00
Sábados 9:00 a 11:00

OPERATORIA

Lunes 13:00 a 15:00

OCCLUSIÓN Y DISFUNCIÓN

Lunes 9:30 a 10:30

ORTOPEDIA

Lunes 8:30 a 10:00 (quincenal)
Miércoles 8:30 a 10:30
Viernes 13:15 a 15:00
Sábado 9:00 a 11:00 (quincenal)

SINA

Miércoles 8:30 a 11:00 (quincenal)

CIRUGÍA I

Martes 8:30 a 10:30
Sábados 9:30 a 12:00

DEFORMIDADES DENTOFACIALES

Martes 12:30 a 15:30 (quincenal)

PERIODONCIA

Miércoles 9:30 a 11:00

ENDONCIA

Miércoles 12:00 a 14:30

CIRUGÍA II

Lunes 9:30 a 11:30

ESTOMATOLOGÍA

Jueves 9:30 a 11:30

ARCO RECTO

Sábados 9:00 a 11:30 (mensual)

Información para los autores

La revista del Ateneo Argentino de Odontología (RAAO), informa los tipos de trabajos que serán considerados por el Comité de Redacción.

1.- Artículos originales que aporten nuevas experiencias clínicas y/o de investigaciones odontológicas.

2.- Artículos de actualización bibliográfica sobre temas puntuales y que comprendan una revisión de la literatura dental desde un punto de vista científico, crítico y objetivo.

3.- Casos clínicos, serán considerados para su publicación casos clínicos poco frecuentes o que aporten nuevos conceptos terapéuticos que sean útiles para la práctica odontológica.

4.- Versiones secundarias de artículos publicados internacionalmente y que sean de actualidad y/o novedad científica, técnica de administración de salud, etc. Al pie de página inicial se deberá indicar a los lectores su origen, por ejemplo: Este trabajo se basa en un estudio de, publicado en la revista, (referencia completa).

5. Correo de lectores: este espacio será para exponer opiniones personales sobre artículos publicados u otros temas de interés del lector y/o lectores. Para el caso de trabajos publicados, el autor y otros, tendrá su derecho a réplica o respuesta. Este Correo de Lectores aceptará una redacción continua, sin apartados, de dos hojas tamaño carta acompañada de una sola figura o tabla y con cinco referencias bibliográficas como máximo.

6. Noticias institucionales y generales que refieran a la odontología, su enseñanza y/o su práctica y comentarios de libros.

7.- Agenda Nacional e Internacional de Congresos, Jornadas, Seminarios, etc. que expresen la actividad de la profesión.

8.- Presentación y estructura de los trabajos a publicar, según las siguientes normas:

8.1.- Los trabajos deberán ser presentados en diskette, zip o CD y 3 pruebas impresas en hoja blanca tamaño carta de un solo lado, con espacio entre líneas razonable y un margen de 2.5 cm (incluyendo la impresión de las imágenes)

8.2.- En la primera página se consignará:

8.2.1.- Título en letras mayúsculas.

8.2.2.- Autor(es), con nombre(s) y apellido(s). En caso de aclarar cargo o lugar de trabajo, colocar un asterisco a continuación del nombre del autor que corresponda, consignando la aclaración al pie de la página.

8.2.3.- El trabajo se iniciará con un resumen y palabras claves en castellano y un Abstract y Keywords en inglés. El resumen debe llevar como máximo 200 palabras y comunicar el propósito del artículo, su desarrollo y las conclusiones más sobresalientes.

Las palabras claves identificadas como tales (entre 3 y 10 palabras máximo) servirán para ayudar a los servicios de documentación a hacer el índice del artículo.

El resumen y las palabras claves deben consignarse en castellano e inglés.

8.2.4.- A continuación, se transcribirá el trabajo, numerándose las páginas.

8.3.- Las referencias bibliográficas se señalarán en el texto con el número según la bibliografía, ubicado sin paréntesis por encima del autor o cita que corresponda. Por ejemplo, a) Petrovich16 dice...; b) ... la ubicación de los caninos según la técnica expuesta en otro trabajo11. Dichas referencias bibliográficas deben ser enumeradas en el orden en que ellas aparecen en el texto, con las siguientes normas y ejemplos:

8.3.1.- Autor(es): en mayúsculas, apellido e inicial(es).

8.3.2.- Título: a continuación, sin comillas, en minúsculas.

8.3.3.- Fuente:

8.3.3.1.- Si es libro: número de edición y editorial.

8.3.3.2.- Si es publicación en revista: título de la revista, volumen, páginas, mes y año.

Ejemplo:

1.- GRIFFITHS R.H. Report of the president's conference on the examination, diagnosis and management of temporomandibular disorders. Am. J. Orthod 35: 514 - 517; June 1983.
2.- KRUGER, G. Cirugía Bucal-Maxilo-Facial. 4ª ed. Ed. Panamericana, 1982.

8.4.- La remisión a las figuras se incluirá en el texto, por ejemplo: ... el estudio cefalométrico demuestra (Fig. 3) la existencia de una anomalía...

8.5.- No deberá dejarse espacio para las figuras.

8.6.- Los cuadros, gráficos y dibujos deberán presentarse cada uno en hoja aparte blanca, en tinta negra, listos para su reducción y reproducción.

8.7.- Las fotografías se presentarán en papel, con el número de la figura en lápiz suave en el reverso. No se admitirán diapositivas.

8.8.- La Revista consignará al pie de la página inicial la fecha de aceptación del trabajo independiente del momento de su publicación.

8.9.- Al final del trabajo, después de la bibliografía, el autor(es) debe consignar una dirección postal, N° de e-mail y/o fax.

8.10.- En hoja aparte, se incluirán los títulos para las figuras, en caso que corresponda.

8.11.- No se devuelven los originales.

9.- Proceso editorial: los artículos serán examinados por el director y el Consejo Editorial de cada número a publicar. La valoración de los revisores seguirá un protocolo y será anónimo.

En caso que el artículo necesitara correcciones, el autor y/o autores, deberán remitirlo a la revista antes de 30 días corridos de recibir el mismo.

10.- La Corrección de texto e imagen antes de entrar en prensa deberá ser aprobada por los autores, remitiendo cada página del trabajo firmada.

11.- Separatas. El autor o autores recibirán por artículo publicado 20 separatas en forma gratuita, pudiendo encargarse copias adicionales haciéndose cargo del costo correspondiente.

ORTHO HOUSE

Ahora puede hacer su pedido fácilmente comuníquese al tel./ fax: (5411) 4771-6168

IMPORTADOR DE PRODUCTOS DE ORTODONCIA PROCEDENCIA USA, ITALIA Y BRASIL



ASESORAMIENTO PROFESIONAL GRATUITO

DECLARACIONES **fdi** VIENA 2002

INTERVENCIÓN MÍNIMA EN EL MANEJO DE LA CARIES DENTAL

La Federación Dental Mundial de la FDI apoya los principios de la odontología de intervención mínima en el manejo de la caries dental.

Estos principios consisten en:

1. La modificación de la flora oral

La Caries dental es una enfermedad infecciosa, por lo tanto, el foco primario debe ser el control de la infección, el control de la placa y la reducción del consumo de hidratos de carbono.

2. La educación del paciente

Se debe explicar al paciente la etiología de la caries y la forma de prevenirla a través de medidas dietéticas y de higiene oral.

3. La remineralización de las lesiones sin cavitación del esmalte y de la dentina

La saliva tiene un papel crítico en el ciclo de demineralización y remineralización, por lo tanto es necesario evaluar su calidad y cantidad. Existe poderosa evidencia de que las lesiones de 'manchas blancas' del esmalte y las lesiones sin cavitación de la dentina pueden ser detenidas o invertidas. De esto se desprende que dichas lesiones deben ser manejadas inicialmente con técnicas de remineralización.

El tamaño de la lesión debe ser registrado en forma muy precisa de manera que si hay aumento este pueda ser detectado en la próxima visita.

4. La intervención operatoria mínima de las lesiones con cavitación

El enfoque operatorio (quirúrgico) sólo debe usarse cuando hay una indicación específica para ello, e.g., cuando la cavitación resulta en la imposibilidad de mantener la lesión en un estado libre de placa. Otras indicaciones para una intervención operatoria incluyen ciertos requisitos estéticos y funcionales.

La intervención operatoria debe enfocarse en la preservación de la estructura natural del diente y debe limitarse a la remoción del esmalte socavado y de la dentina infectada. Esto puede hacerse con instrumentos de mano, rotatorios, sónicos, ultrasónicos o láser, dependiendo de las circunstancias. De ahí que la preparación de cada cavidad sea especial. Ya no es apropiado usar diseños predeterminados de cavidades.

La preparación de cavidades mínimas permite su restauración con materiales adhesivos tales como los cementos de ionómeros vítreos y/o los composites de resinas. Algunos estudios sugieren que los cementos de ionómeros vítreos pueden contribuir a la remineralización de la dentina firme y libre de infección; sin embargo, se requieren mayores estudios clínicos para confirmarlo.

5. La reparación de las restauraciones defectuosas

La remoción de las restauraciones resulta en el aumento inevitable del tamaño de la cavidad debido a la remoción de estructura dental sana. En algunas circunstancias, y de acuerdo con el juicio clínico del dentista, la reparación puede ser considerada como una alternativa de la remoción.

DECLARACIONES **fdi** VIENA 2002

EL USO DE LA ACUPUNTURA EN ODONTOLOGÍA

Definición y antecedentes:

La acupuntura es una de las técnicas de la "Medicina Alternativa y Complementaria (MAC)" que se usa para tratar una variedad de enfermedades y afecciones. Se ha demostrado que hasta un tercio de la población de varios países consulta a un especialista en MAC por lo menos una vez al año.

La acupuntura se originó en China más de 3000 años atrás. Las enfermedades son tratadas insertando agujas en diferentes partes del cuerpo - los puntos de acupuntura. La acupuntura en la oreja, la electro-acupuntura y la estimulación transcutánea de nervios son técnicas relacionadas adicionales.

En odontología la acupuntura se usa especialmente en analgesia para diferentes procedimientos dentales y para el manejo de los síndromes de dolor crónico facial y miofacial, incluyendo aquellos con el componente adicional de un compromiso de la articulación temporomandibular. La acupuntura es uno de los métodos de la MAC que según la literatura es posiblemente beneficiosa en el control del dolor dental, aunque surgen dificultades cuando se trata de interpretar los estudios de eficacia debido a problemas en el diseño de dichos estudios, el tamaño de las muestras y la elección de placebo, además de puntos de acupuntura poco fidedignos.

Se considera que la acupuntura es uno de los métodos de la MAC que cuenta con procedimientos de regulación y preparación satisfactorios en varios países.

Recomendaciones

- I. Los dentistas sólo deberían intentar el uso de la acupuntura en sus pacientes después de haber asistido a cursos apropiados y de haber adquirido las destrezas necesarias dados por expertos reconocidos.
- II. La acupuntura sólo debería emplearse después de un diagnóstico completo del estado del paciente usando terapias convencionales aceptadas (ej. las infecciones deben ser diagnosticadas en forma apropiada y tratadas como tales).
- III. Es necesario establecer estrictos procedimientos para el control de las infecciones cruzadas. Deben emplearse agujas de un solo uso.
- IV. Es necesario mantener fichas detalladas con todas las indicaciones, procedimientos y resultados cada vez que se trata a un paciente.
- V. Hay que estimular las investigaciones sobre el uso de la acupuntura en odontología. Estas probablemente requerirán estudios en multi-centros para tener la fuerza suficiente y de preferencia deberían conducirse en conjunto con una sociedad nacional relevante o con una unidad académica.
- VI. La enseñanza y la obtención de experiencia en acupuntura deberían incluirse como parte de la educación dental de Pregrado, postgrado de la educación dental continuada.

DECLARACIONES **fdi** VIENA 2002

ACCION CONTRA EL EJERCICIO ILEGAL DE LA ODONTOLOGIA

1. Una de las cuatro Declaraciones de Misión de la FDI es la siguiente: "Promover una salud oral y general óptima para todos los pueblos"

2. En interés de la salud oral y general de la población, las autoridades y asociaciones dentales insistir que el ejercicio de la odontología sólo puede ser practicado por aquellas personas que están legalmente habilitadas para hacerlo y que hayan completado con éxito cursos de educación y de capacitación dental apropiados.

3. La condición esencial para lograr una salud oral óptima para toda la población es la de tener acceso a la mejor atención dental posible. Por lo tanto, la FDI recomienda a los Gobiernos de todos los países que regulen legalmente el ejercicio de la odontología, en base a principios de autorregulación y autoridad competente. El ejercicio de la odontología sólo puede ser confiado a aquellas personas con formación, educación y títulos/diplomas específicos, aprobados en cada país.

4. El ejercicio de la odontología por aquellos sin formación y título legal habilitante debe ser resistido.

5. La FDI recomienda a las autoridades competentes de cada país:

- Que elaboren y establezcan una estructura legal para toda la esfera de la práctica de la odontología.
- Que controlen la calidad de la educación y de la formación para ejercer la odontología.
- Que controlen el ejercicio de la odontología dentro del sistema legal establecido.
- Que identifiquen y prohíban el ejercicio ilegal de la odontología.

ASOCIACION ENTRE LA SALUD ORAL, CARDIOVASCULAR Y CEREBROVASCULAR

Antecedentes:

Existe una considerable cantidad de bibliografía publicada que confirma la asociación entre la prevalencia y la severidad de las infecciones periodontales con las enfermedades cardiovasculares (especialmente con el infarto de miocardio), con las enfermedades cerebrovasculares (especialmente con ataques de apoplejía obstructiva) y con los problemas relacionados con el nacimiento (nacimientos prematuros y con un peso subnormal).

La investigación continúa a ritmo acelerado en varios países y las profesiones médica y dental y el público en general muestran un considerable interés en el tema y en sus implicaciones. La FDI está consciente de éstas consecuencias y ha pedido informes sobre los avances en este tema. A la hora de ir a imprenta, la FDI adopta la siguiente posición:

Posición Actual:

1. Existe una fuerte evidencia circunstancial sobre dichas asociaciones, especialmente en relación con las enfermedades del corazón. Sin embargo, la literatura no es consciente.
2. Es probable que éstas asociaciones no afecten de la misma manera a todos los grupos raciales y socio-económicos.
3. Estas enfermedades sistémicas y bucodentales comparten factores de riesgo comunes tales como dieta inapropiada, tabaquismo, diabetes y una predisposición genética.
4. Existen mecanismos biológicos convincentes a través de los cuales las infecciones bucales podrían contribuir directamente a la patogénesis de algunas enfermedades cardíacas y cerebrales vasculares.
5. La FDI está a favor de que se lleven a cabo estudios más extensos, de intervención longitudinales para investigar más a fondo esta asociación.
6. La prevención primaria y el tratamiento eficaz de las infecciones bacterianas periapicales, pulpares y periodontales siguen constituyendo metas importantes de la profesión dental. Es necesario seguir estas metas para

favorecer la salud oral de nuestros pacientes, así como también por su probable efecto beneficioso en la salud general y en la calidad de vida.

DECLARACIÓN DE LA FDI LA ESPECIALIZACIÓN EN ODONTOLOGÍA

Preámbulo

Para los odontólogos ha sido siempre habitual buscar y adquirir educación avanzada, y experiencia y competencias complementarias centradas en algunas áreas odontológicas específicas. Esto se ha debido a las demandas concretas que los profesionales tienen de las poblaciones a las que sirven y por la excepcional destreza y tendencias evidenciadas por cada dentista. En consecuencia y como sucede con otras profesiones de salud, la especialización en Odontología surge como un proceso evolutivo natural que abarca varias disciplinas de la profesión dental.

La transición hacia la especialización en todos los campos de la atención sanitaria presenta a menudo problemas y desafíos a la profesión en desarrollo. La solución creativa de éstos problemas reforzará la integridad y cohesión de la profesión siempre y cuando se siga centrando la atención en el bienestar de los pacientes.

La FDI reconoce las vastas diferencias que pueden existir en la manera de abordar la especialización dental en los distintos países, que pueden ser consecuencia de reglamentaciones, legislación, historia, demografía o culturas diversas. Por lo tanto, la Declaración de la FDI con respecto a la Especialización en Odontología debe ser vista como una perspectiva general de los principios rectores del reconocimiento de las especialidades dentales.

1. Definición de la Especialización Dental

La especialización dental es la consecución formal, el mantenimiento sucesivo y la continua mejora de conocimientos y experiencias basados en la competencia de un dentista en una disciplina (especialidad) de la odontología.

2. Principios Generales de la Especialización

2.1 La creación de una especialidad dental debe tener como objetivo una necesidad de salud evidente. Cuando se designa/pone título a una especialidad dental para proporcionar atención en respuesta a una evidente necesidad sanitaria, la nueva denominación debe asegurar que el alcance de una especialidad no es subsumida por otra. Una especialidad dental debe ser solamente establecida por la profesión dental.

2.2 El proceso que lleva al establecimiento y reconocimiento de una Especialidad Dental debe ser una actividad claramente definida y referendada por la ley. Este proceso de reconocimiento será más efectivo si es preparado por medio de una colaboración estrecha entre los organismos reguladores, profesionales y educativos.

2.3 Las especialidades dentales (como la odontológica en general), deben ser reguladas por las autoridades legales, estatutarias o profesionales.

2.4 Para poder ser públicamente reconocida la denominación de una Especialidad Dental específica, la obtención exitosa por parte de cada dentista del conocimiento, experiencia y competencias requeridos debe estar basada en un programa de formación, educación y experiencia, que se identifica por el diploma o título de perfeccionamiento en esa especialidad que posee el dentista.

2.5 Las relaciones entre Especialistas Dentales, Odontólogos Generales y otros profesionales de atención sanitaria deben promover de manera armoniosa y aunada la enseñanza interactiva y a mejor atención posible de los pacientes a los que ellos sirven colectivamente. El establecimiento de especialidades dentales no limita el derecho del odontólogo general a ejercer toda la gama de competencias dentales pertinentes a la profesión.

Agenda de Congresos y Jornadas

Fuentes de información: A.D.A. (American Dental Association) A.A.O. (Ateneo Argentino de Odontología)
F.D.I. (Federación Dental Internacional)

EN EL 2003 EN EL EXTERIOR

JULIO

16th RIO DE JANEIRO INTERNATIONAL MEETING -

VIII WORLD MILITARY DENTAL CONGRESS

12 - 16 de julio de 2003

Lugar: Riocentro - Rio de Janeiro - Brazil

Idioma: Portugués

e-mail: mail.master@suvicion.com

Web: www.suvision.com

Teléfono: 39-06-7720-2945

Fax: 39-06-7049-5962

5th INTERNATIONAL CONGRESS OF DENTAL LAW AND ETHICS

31 de julio al 3 de agosto de 2003

Lugar: Omaha - Nebraska

Idioma: Inglés

e-mail: jwelie@crighton.edu

Web: www.ideals.ac

Teléfono: 1-402-280-2034

Fax: 1-402-280-5735

AGOSTO

NEW ZEALAND DENTAL ASSOCIATION REGIONAL CONFERENCE

7 al 9 de Agosto de 2003

Lugar: Queenstown - Nueva Zelandia

Idioma: Inglés

e-mail: nzdainfo@nzda.org.nz

Web: www.nzda.org.nz

Teléfono: 64-9-524-2778

Fax: 64-9-520-5256

28th ANNUAL ACAD DENTAL CONFERENCE

17 - 22 de Agosto de 2003

Lugar: Thredbo Alpine Village, Thredbo - Australia

Idioma: Inglés

e-mail: acad@acms.com.au

Web: www.icms.com.au/acad

Teléfono: 61-3-9682-0244

Fax: 61-3-9682-0288

VIII EUROPEAN ASSOCIATION OF DENTAL PUBLIC HEALTH EADPH E. V. SCIENTIFIC CONFERENCE

21 - 23 de Agosto de 2003

Lugar: Jyväskylä - Finlandia

Idioma: Inglés

e-mail: info@esdph.info

Teléfono: 358-14-339-8156

Fax: 358-14-339-8159

INTERNATIONAL CONGRESS OF DENTISTRY

21 - 24 de Agosto de 2003

Lugar: Paraná - Brasil

Idioma: Portugues

e-mail: abon.voy@zaz.com.br

Web: abonacional@uol.com.br

SEPTIEMBRE

IX CONGRESO DE LA ASOCIACIÓN

IBEROLATINOAMERICANA DE ENDONDONCIA

4 - 6 de septiembre de 2003

Lugar: Sheraton Convention Center

Asunción del Paraguay

Idioma: Español

e-mail: cop@quarta.com.py

Teléfono: 595-21-493-296

IADR WORLD CONGRESS IN PREVENTIVE DENTISTRY

7 - 10 de septiembre de 2003

Lugar: Liverpool United Kingdom

Idioma: Ingles

e-mail: gwynn@iadr.com

Web: www.dentalreserch.org

Teléfono 1-703-299-8095

Fax: 1-703-548-1883

GLOBAL DENTAL SEMINARS

18 -20 de septiembre de 2003

Lugar: Calgary - Canada

Idioma: Inglés

e-mail: infogds@globaldentalseminars.ca

Web: www.globaldentalseminars.ca

Teléfono: 1-888-333-9437

Fax: 1-403-264-1166

SYDNEY 2003 - FDI /ADA WORLD DENTAL CONGRESS

18 - 21 de septiembre de 2003

Lugar: Sydney Convetion & Exhibition Centre Darling

Harbour

Idioma: Inglés con traducción /Frances,Alemán, Español, Jap.

e-mail: congress@fdiworlddental.org

Web: www.fdiworldental.org

Teléfono 33-4-50-40-50-50

Fax: 33-4-50-40-55-55

OCTUBRE

INTERNATIONAL ORAL HEALTH CONFERENCE

INCORPORATING THE AUSTRALIAN DENTAL

PROTHESISTS ASSOCIATION 17th BIENNIAL

CONFERENCE

1 - 4 de Octubre de 2003

Lugar: ANA Hotel, Surfers Paradise, Queensland,

Australia

Idioma: Inglés

e-mail: iohc03@im.com.au

Teléfono: 61-7-3858-5567

Fax: 61-7-3858-5510

THE VIIth INTERNATIONAL CONGRESS OF THE NATIONAL UNION OF DENTISTRY ASSOCIATIONS (UNAS)

9 - 12 de octubre de 2003

Lugar: Bucharest - Rumania

Idioma: Rumano - Inglés

e-mail: office@unas.ro

Web: www.unas.ro/eng/main_events.php

Teléfono: 40-12-212-48-92

Fax: 40-212-48-48-92

FDI CONTINUING DENTAL EDUCATION 2003

12 de Octubre de 2003

Lugar: Hong Kong

Idioma: Inglés

e-mail: rcoll@pacific.net.sg

Teléfono: 65-737-3833

Fax: 65-733-2965

FDI - IRAN DENTAL ASSOC. THERAN CONTINUING EDUCATION PROGRAME 2003

12 - 14 de Octubre de 2003

Lugar: Iran Universytyn of Medical Sciences, Tehran,

Iran

Idioma: Inglés

e-mail: ida@neda.net

Teléfono: 98-218269591

Fax: 98-21-8269592

DENTECH CHINA 2003 - THE 7th INTERNATIONAL EXHIBITION & SYMPOSIUM ON DENTAL EQUIPAMENT, TECHNOLOGY & PRODUCTS

21 - 24 de Octubre de 2003

Lugar: Shanghai Mart - Shanghai

Idioma: Chino - Inglés

e-mail: info@showstar.net

Web: www.dentech.com.cn

Teléfono: 86-21-6294-6966

FAX 86-21-6280-0908

PRAGUE DENTAL DAYS 2003

22 - 25 de Octubre de 2003

Lugar: National House - Vinohraady, Prague

Idioma: Ingles

e-mail: stepankova@dent.cz

Web: www.dent.cz

Teléfono: 420-224-918-613

Fax: 420-224-917-372

144th ANNUAL SESSION OF THE AMERICAN DENTAL ASSOCIATION

23 - 26 de Octubre de 2003

Lugar: San Francisco - California

Idioma: Inglés

e-mail: annualsession@ada.org

Web: www.ada.org/goto/session

Teléfono: 1-312-440-2388

Fax: 1-312-440-2707

9th BIENNIAL CONGRESS OF THE INTERNATIONAL ACADEMY OF PERIODONTOLOGY

24 - 27 de Octubre de 2003

Lugar: Cape Town International Convetion Centre,

South Africa

Idioma: Ingles

e-mail: wpd@sun.ac.za

Web: www.sun.ac.za/iap2003

Teléfono: 27-21-938-9055

Fax: 27-21933-6330

**EN EL 2003
EN LA ARGENTINA**

AGOSTO

1º CONGRESO NACIONAL ODONTOLÓGICO SANLUISEÑO

1 al 3 de agosto de 2003

Lugar: Hotel Potrero de los Funes - San Luis

Idioma: Español

e-mail: cols@infovia.com.ar

Telefono: 02652-426636

VII JORNADAS LATINOAMERICANAS DE ODONTOLÓGIA

15 al 17 de agosto de 2003

Lugar: Centro de Congresos Emilio Civit - Mendoza

Idioma: Español

e-mail: jornadas.2003@aconcagua.uncu.edu.ar

Telefono 0261-42562389

SEPTIEMBRE

**JORNADAS ESTUDIANTILES DE LA ASOCIACIÓN
ARGENTINA DE ODONTOLÓGIA PARA NIÑOS**

13 de Septiembre de 2003

Lugar: Asociación Odontológica Argentina

Idioma: Español

e-mail: aaoon@aoa.org.ar

Telefono: 4961-6141

Fax: 4961-6141 int 222

**6º JORNADAS INTERNACIONALES- 70º ANIVERSARIO
1º CONGRESO DEL MILENIO DEL CÍRCULO
ODONTOLÓGICO DE MAR DEL PLATA**

18 al 20 de Septiembre de 2003

Lugar: Moreno 2860 - Mar del Plata

Idioma: Español

e-mail: compmpdp@lacapitalnet.com.ar

Telefono: 0223-494-6600

Fax: 0223-494-4217

VENÍ A INTEGRAR NUESTRAS COMISIONES DE TRABAJO

DEPARTAMENTO DE ENSEÑANZA Y ASISTENCIA PERMANENTE:

Directora: Dra. Beatriz Lewkowicz

COMISIONES Y SUS COORDINADORES:

JORNADAS 50º ANIVERSARIO: Presidente Dra. Beatriz Lewkowicz

REVISTA Y PUBLICACIONES: Dr. Ariel Gomez y Dra. Beatriz Lombardo

GREMIAL: Dres. Héctor Ziegler e Isaac Rapaport

ESTATUTOS Y REGLAMENTOS: Dres. Isaac Rapaport y Héctor Ziegler

CLINICAS: Dr. Juan Meer y Dra. Patricia Zaleski

EXTENSION CULTURAL: Dr. Jaime Juan Fiszman

SOCIALES: Dra. Esther Ganiewich

CENTRO DOCUMENTAL: Dres. Carlos Vaserman - Marta Sarfaty

INVESTIGACION Y ASESORAMIENTO CIENTIFICO: Dr. Luis Zielinsky

MEDIOS AUDIOVISUALES: Dr. Juan R. Farina

MATERIAL DIDÁCTICO: Dra. Ana María Caputo

CURSOS: Dra. Stella M. Flores de Suarez

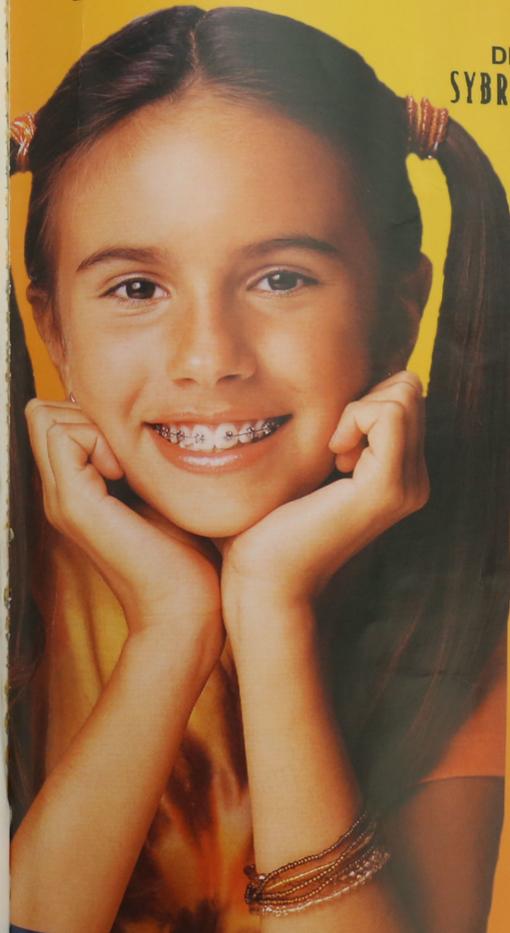
RELACIONES INTERINSTITUCIONALES: Dra. Beatriz G. Lombardo

BIOSEGURIDAD: Dr. Carlos Vaserman

**A COMPANY
ARGENTINA**



**DISTRIBUIDOR OFICIAL
SYBRON DENTAL SPECIALTIES**



Brackets



Bandas



Tubos

Arcos



Orthodontika

Marcelo T. de Alvear 2043 5º "A"
(C1122AAC) Capital Federal
(54-11) 4829-0313/4
e-mail: acompany@ciudad.com.ar




AmoxidalDúo
Comprimidos Recubiertos

OPTAMOX
DUO 1g
AMOXICILINA /
ÁCIDO CLAVULÁNICO

CIRIAX 500
CIPROFLOXACINA

Dorixina
CLONIXINATO DE LISINA

Dorixina
CLONIXINATO DE LISINA /
CICLOBENZAPRINA | *relax*



COMPROMISO CON EL PAÍS


ROEMMERS
CONCIENCIA POR LA VIDA
www.roemmers.com.ar