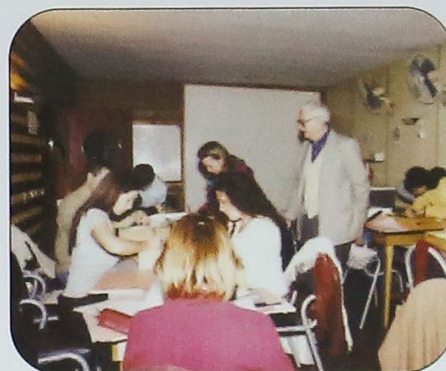




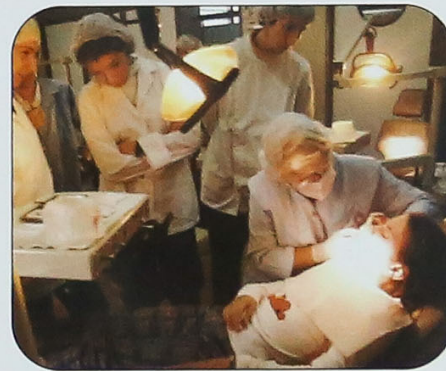
R.A.A.O.

Revista del Ateneo Argentino de Odontología

- *Editorial*
- *Cursos y Carreras 2005*
- *Ronquidos y Apneas del Sueño, su tratamiento con aparatología ortopédica*
- *Terapia pulpar indirecta en molares temporarios: Tratamiento restaurador atraumático (Art).*
- *Disfunción temporo-mandibular en niños.*



CURSOS Y CARRERAS 2005



- *Recursos ortodóncico en prótesis removibles en niños.*
- *FOCIBA Crónica de la Jornada.*
- *Agenda de Congresos y Jornadas 2005.*
- *Información para los autores.*

Unidad Operativa de la
UNIVERSIDAD
FAVALORO

Dirección:
Anchorena 1176.
(C1425 ELB) Cap Fed.

ISSN 0326-3827

R.A.A.O.*Revista del
Ateneo Argentino
de Odontología***Editor responsable**
Comisión Directiva
del Ateneo Argentino
de Odontología**Director**
Dr. Ariel Osvaldo Gómez**Consejo Editorial
de este número**
Dr. Ariel, Gómez
Dr. Liliana Periale
Dr. Henja Rapaport
Dr. Luis Zielinsky**Comité de Redacción**
Dr. Mario Beszkin
Dr. Carlos Guberman
Dr. Juan Meer
Dr. Mario Daniel Torres
Dr. Héctor Ziegler
Dr. 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
ateneo@ateneo-odontologia.org.ar
www.ateneo-odontologia.org.arVolumen XLIII • Núm. 3
Septiembre - Diciembre de 2004

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: descamos canje con revistas similares. Nous désirons établir échange avec les revues similaires. Descamos permutar com as revistas congengeres. We wish to exchange with similar magazines. Um Austasch wird gebeten.

FOTOS DE TAPA: Frente del Edificio del Ateneo, Clase Teórica, Jornadas, Práctica Clínica.**COMISION DIRECTIVA****Presidente:** Dra. Beatriz Lewkowicz - **Vicepresidente:** Dr. Carlos A. Vaserman
Secretaria: Dra. Liliana Periale - **Prosecretaria:** Dra. Lilian Pivetti
Tesorera: Dra. Marcela Sanchez - **Protesorera:** Dra. Rosario Santoro**VOCALES****Titulares:** Dr. Jose Adonaylo, Dra. Noemi Lisman, Dra. Beatriz G. Lombardo, Dr. Armando Pollero, Dra. Angela Vallone, Dr. Hector Ziegler
Suplentes: Dra. Ester Ganiewich, Dra. Diana Kaplan, Dra. Graciela Libonatti, Dr. Eduardo Muiño, Dr. Sergio Randazzo, Dr. Lucio Scalzo**COMISION FISCALIZADORA****Titulares:** Dr. Mario D. Torres, Dr. Jaime Juan Fiszman, Dr. Claudio Sklar
Suplentes: Dra. Sara Sneibrun, Dra. Mabel Landesman, Dra. Ana M. Caputo
TRIBUNAL DE HONOR: Dres.: Henja F. De Rapaport - Catalina Dvorkin
María R. Valsangiacomo - Marta Dascal - Luis Zielinsky - Leonardo Voronovitsky
Edith Losoviz - Silvia Rudyoy - Moisés Gerszenszteig
COMITÉ ACADÉMICO: Dra. Isabel Adler - Prof. Dra. Noemí Bordoni
Dr. Ariel Gómez, Dra. Beatriz Lewkowicz - Dra. Edith Losoviz**COMISIONES****Comisión Científica:** Dr. Luis Zielinsky
Comisión de Cursos: Dras. Stella Maris Flores De Suarez, Liliana Periale
Comisión de Clínicas: Dres. Juan Meer, Patricia Zaleski.
Comisión de Jornadas: Rosana Celnik, Ester Ganiewich, Vilma Guevara, Marcela Sánchez y Marta Sarfatis.
Comisión Docente-Asistencial: Dr. Eduardo J. Muiño
Comisión de Becas: Dra. Diana Kaplan
Comisión Gremial: Dres. Isaac Rapaport, Horacio Ziegler
Centro Documental: Dres. Marta Sarfatis, Carlos A. Vaserman
Extensión Cultural: Dr. Jaime J. Fiszman
Material Didáctico: Dra. Ana María Caputo
Medios Audiovisuales: Dr. Juan R. Farina
Revista y Publicaciones: Dres. Ariel O. Gómez**SORA (SOCIEDAD DE ORTODONCIA DE LA REP. ARGENTINA)
SECCIONAL DEL ATENEO ARGENTINO DE ODONTOLOGIA****Presidente:** Dra. Amanda Rizutti
Vicepresidente: Dra. Stella M. Flores De Suarez
Secretaria: Dra. Graciela Resnik - **Tesorera:** Dra. Ana María Kriguer**VOCALES****Titulares:** Dra. Ester Ganiewich, Dra. Gema Brizuela,
Dra. Marta Sarfatis, Dra. Beatriz Graciela Lombardo.
Suplentes: Dr. Luis Zielinsky, Dra. Edith Losoviz,
Dra. Beatriz Lewkowicz, Dra. Liliana Periale.**TRIBUNAL DE EVALUACIÓN PARA EL OTORGAMIENTO DEL
CERTIFICADO DE ESPECIALISTA EN ORTODONCIA,
SEGÚN RES. Nº 171/93 DEL MIN. DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL**
Dres.: Beatriz Lewkowicz - Noemi Lisman - Beatriz G. Lombardo
Edith Losoviz - Eduardo Muiño - Liliana Periale - Armando Pollero
Graciela Resnik - Amanda Rizzuti - Marta Sarfatis - Luis Zielinsky**R.A.A.O.***Revista del
Ateneo Argentino
de Odontología*

RAAO • Vol. XLIII / Núm. 3 • Septiembre - Diciembre de 2004

Sumario

- | | |
|----|--|
| 4 | Editorial. |
| 6 | Carrera de Especialización en Ortodoncia |
| 11 | Ronquidos y Apneas del sueño, su tratamiento con aparatología ortopédica
- Dra. Beatriz Lewkowicz |
| 24 | Terapia pulpar indirecta en molares temporarios: Tratamiento restaurador atraumático (Art).
Od. María L. Elizondo - Dra. Gabriela Lucas |
| 30 | Disfunción temporo-mandibular en niños. - Dra. Henja Rapaport |
| 36 | Recursos ortodoncicos en prótesis removibles en niños
Dra. Graciela J. Libonatti - Dra. Nora Olgiati |
| 46 | Crónica FOCIBA |
| 49 | Agenda de Congresos y Jornadas |
| 50 | Información para los autores |

Editorial

FOCIBA tiene como objetivo fundamental bregar por un ejercicio profesional desarrollado con dignidad. Eso requiere, por un lado, que sus dirigentes elaboren propuestas adecuadas para el cumplimiento de sus fines y, por el otro, que procuren llevarlas a cabo con responsabilidad y dedicación. Tal actividad, así como esta formulada, no puede merecer otra cosa que la confianza y el apoyo de los odontólogos a los que representa y protege.

¿Es así, en la realidad?

Hagamos una compulsiva. Tomemos 10, o 100 o 1000 odontólogos tomados al azar. Consultemos su opinión. Es un riesgo. Lo más probable es que ni se conozcan propuestas de FOCIBA y que la simpatía por FOCIBA sólo exista de parte de unos pocos.

¿Es justa esa valoración?. Lamentablemente es bastante justa, a pesar del esfuerzo de algunos de sus dirigentes actuales y del pasado. Veamos.

Los odontólogos se debaten desde hace tiempo confrontando con una realidad que los tiene sumidos en una gran preocupación, que en algunos casos es angustia. Y las instituciones que, nominalmente, deberían defenderlos no han hallado, hasta el momento, el modo eficaz para hacerlo con éxito.

Esto no es de hoy, viene de lejos.

En 1988, en ocasión de inaugurar un Congreso Internacional de la institución primaria a la que represento expresábamos "... no se recuerda un grado tan alto de exportación de odontólogos como el actual y, además, un alto número que envidia a los anteriores..." en relación a la cantidad de colegas que emigraba a España especialmente, como consecuencia de las dificultades con que ya se enfrentaba la profesión en nuestro medio.

Eso decíamos hace 16 años.

Mucho más acá en el tiempo, hace sólo 2 años, en ocasión de la 1ª Jornada sobre Ejercicio Profesional, el entonces presidente de la Comisión Organizadora y actual presidente de FOCIBA señalaba -en relación a las normas de trabajo establecidas por prepagos y obras sociales- "...está en juego la salud de la población y en esto el Estado debe ejercer su responsabilidad."

Entre uno y otro evento hubo un alto número de reuniones, asambleas y congresos donde esta problemática fue ocupando un lugar cada vez más destacado de las programaciones, casi siempre infructuosamente.

¿Qué hacer?

Cuando empezamos a preparar esta 2ª Jornada tuvimos en cuenta lo que señalamos en el principio de esta presentación: lo relativo a qué hace FOCIBA, con quién cuenta para hacer y cómo se valora. Pretendíamos no repetir recetas anteriores.

Y razonábamos...

Si el odontólogo desea un ejercicio profesional digno y algo se opone a ello ¿Cuál es ese algo?

Las razones pueden ser variadas pero en la Argentina 2004 hay una que es, en nuestra opinión, la madre de muchas otras: el empobrecimiento de la mayor parte de la población.

Pero -como hemos expresado en más de una ocasión- imaginemos que mágicamente desapareciera esta causa madre. Para el país sería maravilloso: cesaría la desocupación, se reduciría enormemente la inseguridad, aumentarían los niveles de salud y educación de la gente.

Pero para los odontólogos continuaría habiendo una espada de Damocles que seguiría impidiendo el tan buscado ejercicio digno de la profesión: nos estamos refiriendo a algo que, al parecer, Hipócrates no pudo imaginar y es la explotación que del trabajo de los odontólogos hacen algunas clínicas, las obras sociales pero, fundamentalmente, las empresas de medicina prepaga.

¿Cómo es posible que los prepagos funcionen como empresas de lucro a las cuales el Estado sólo les exige los requisitos exigidos a cualquier entidad comercial siendo que el producto ofrecido por los

prepagos, es decir la salud, excede lo comercial?

¿Por qué el Estado no regula el funcionamiento de los prepagos? ¿Qué se lo impide o quizás, quién se lo impide? Y cuando, de tanto en tanto, asoma el tema en los diarios, constatamos que sólo preocupa a algunos funcionarios controlar si la prepaga tiene sede conocida, si dispone de capital suficiente y otros aspectos sin duda importantes pero menores en relación con el cuidado de la salud de los asociados.

Y, en última instancia ¿cómo es posible analizar cualquier tema relacionado con la labor de las prepagas si quienes efectúan el trabajo de cuidar la salud y, en algunos casos, la vida de los pacientes, es decir, los prestadores, no sólo no son tenidos en cuenta para tomar decisiones sino que ni siquiera se los consulta?

Pero al mismo tiempo, nos formulamos interrogantes que exigen respuesta, por ejemplo,

Las facultades de Odontología, más allá de la formación científico-técnica, ¿instruyen al estudiante para ingresar al ejercicio profesional con la conciencia y la responsabilidad de ser agente de salud, o en su papel de ciudadano preparado, como cualquier otro trabajador manual o intelectual, para defender y participar junto a sus colegas ante el avasallamiento de sus derechos laborales?

¿Son justas las preocupaciones remunerativas de los odontólogos en el momento en que el salario de la gente se ha reducido a niveles nunca vistos en el país?

¿Las demandas reivindicativas de las profesiones universitarias fracasan siempre o esto les ocurre sólo a los odontólogos?. ¿Tenemos algo para aprender de otros?.

¿Cómo hacer para que muchos colegas provenientes de los más variados conglomerados de odontólogos de la Capital participen integrados a las tareas de FOCIBA o en forma paralela a ellas y podamos, coordinadamente, juntos, dar un vuelco a esta situación?

En estas cosas reflexionábamos al elaborar la programación de esta 2ª Jornada.

Y así, sabiendo que de ningún Congreso se sale con soluciones mágicas, que los congresos (o Jornadas, como en nuestro caso de hoy) tienen que servir para plantear los problemas, debatir democráticamente y, con el intercambio de ideas, ayudarnos a abrir mentes propias y ajenas, con la esperanza que después de hoy seamos más, y así, decíamos, elaboramos el programa que ustedes ya conocen.

Que quede claro: nuestra labor no finaliza hoy a las 18 horas.

Nuestra intención es que esta 2ª Jornada constituya el punto de partida de un nuevo esfuerzo por la revitalización de FOCIBA.

Todos nosotros oímos a diario que, para resolver los problemas que nos aquejan a los odontólogos debemos unirnos. Concepto excelente que compartimos totalmente. Pero en la práctica, nos parece que sólo se cumple en lo formal.

En este aspecto quisiera transmitir el pensamiento de un médico y escritor austríaco, Arthur Schnitzler, que leí el sábado pasado en el suplemento literario de Clarín.

No es textual pero es fiel en su contenido: "el progreso y la evolución no depende de los que creen o no creen. Sólo el hombre de acción puede hacer avanzar el mundo. Y tanto los creyentes como los no creyentes pueden ser hombres de acción, de modo que lo mejor es dejar a cada uno en el estado del espíritu en que puede ser más útil". Vale la pena trasladar el concepto a nuestra tarea.

Y una reflexión final que alguna vez escuché: La utopía no es un ideal imposible.

Lo imposible es conseguirlo sin trabajo, sin lucha y sin construcción de alternativas.

NUEVO !!!

Sistema de blanqueamiento dental



Peróxido de Carbamida

ALTO PODER DE ACCION

LIBERACION SOSTENIDA DE AGENTE BLANQUEADOR

GEL DE ADECUADA VISCOSIDAD Y ALTA ADHERENCIA

LA MEJOR RELACION COSTO/CALIDAD

APROBADO POR A.N.M.A.T.

PRESENTACIONES:

ENVASE CON 6 APLICADORES AL 37%

ENVASE CON 6 APLICADORES AL 16%

ENVASE CON 6 APLICADORES AL 10%

KIT (*) AL 37% - 16% y 10%

(*) El Kit contiene dos unidades de cada concentración.

Y PARA UN ADECUADO MANTENIMIENTO POSTERIOR...



Gel Dentífrico de Acción Blanqueadora Progresiva
Presentación: Pomo x 50 gr.


PHARMATRIX
COMPROMISO CON LA INNOVACION

ARENALES 259 RAMOS MEJIA
BUENOS AIRES. ARGENTINA
Tel./Fax: 54-11-4656-1816 / 4716
E-mail: odonto@pharmatrix.com.ar
www.pharmatrix.com.ar

RONQUIDOS Y APNEAS DEL SUEÑO, SU TRATAMIENTO CON APARATOLOGÍA ORTOPEDICA

* Dra. Beatriz Lewkowicz

Consecuentes con una vision global e integradora de la salud bucal, que incluye los distintos desordenes de las funciones del aparato estomatognático; deseamos acercar la problemática de la apnea del sueño a la practica dental. Su implicancia en la practica clínica odontológica, aumenta en la medida que los pacientes buscan informacion o manifiestan la necesidad de implementar aparatología intrabucal para tratar desordenes funcionales del aparato estomatognático, como son los ronquidos o apneas del sueño.

La apnea obstructiva del sueño (AOS) constituye la mas comun alteración respiratoria del sueño.

Esta caracterizada por múltiples episodios de cesación de la respiración (apnea), fragmentación del sueño, y desaturación de oxígeno, causada por obstrucción temporal de las vias aereas superiores durante el sueño (figura 1-2-3)

Esta clínicamente caracterizada por ronquido sonoro, somnolencia diurna y cansancio y puede ser factor concomitante en el desarrollo de enfermedades del sistema cardiovascular, hipertensión arterial, y arritmias, (figura 5) Se lo asocia a un incremento de accidentes de trafico, laborales y conflictos psicosociales.

Su prevalencia aumenta con la edad, con una preponderancia de 40% a 50% en personas mayores de 65 años con mayor frecuencia en personas obesas, pero tambien se presenta en personas delgadas y niños. Los niños manifiestan hiperactividad, irritabilidad, problemas de aprendizaje.

FISIOPATOLOGIA DE LA OROFARINGE

La orofaringe cumple funciones diferentes: (figura 1) (*1*)

Deglución: alimentos y bebidas desde la boca al estomago.

Respiración: transporte de aire de y hacia los pulmones.

La respiración no ocurre simultáneamente a la deglución.

Fonación: la articulación del habla, requiere una vía aerea colapsable.

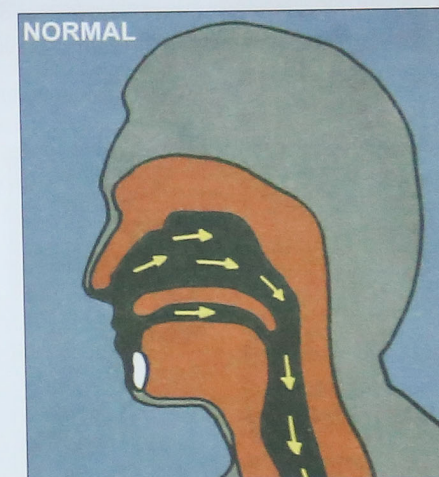
La faringe es el único segmento colapsable del tracto respiratorio.

La faringe debe permanecer abierto todo el tiempo, excepto durante la deglución, la regurgitación y el vomito.

La apnea obstructiva del sueño es la excepción.

En estos pacientes los músculos de la faringe se relajan durante el sueño; el músculo relajado obstruye las vias respiratorias, disminuyendo el flujo de aire produciendo desoxigenación sanguínea.

Definimos como *apnea obstructiva del sueño (AOS)* al episodio de interrupción de la respiración durante el sueño no REM, causado por un colapso de las vias aereas con cese de flujo aereo superior a 10 segundos y con una frecuencia minima de 5 episodios por hora (figura 2)

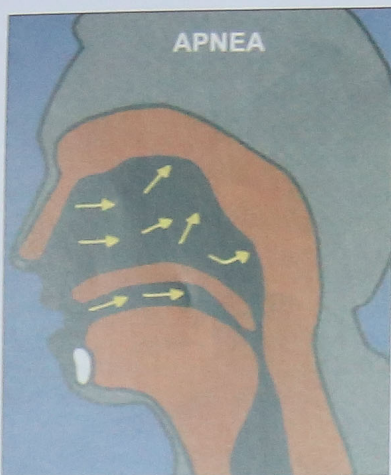


Vias aereas con flujo normal de aire (figura 1) (*2*)

Definimos como *hipoapnea obstrucción parcial de la vía aerea* a la reducción del 50% del flujo aereo con una duración mínima de 10 segundos y una frecuencia mínima de 5 episodios por hora.

Síndrome de resistencia de la vía aerea superior (SRVAS), caracterizada por ronquidos, es una disminución

del esfuerzo inspiratorio causado por falta de actividad muscular y reducción de la vía aérea, sin eventos de apnea (figura 3) (*2*) (*3*)



(figura 2) Asfixias - Cierre por segundos de las paredes orofaríngea (*2*)

- La apnea se producen cuando las paredes de la orofaríngea se cierran totalmente

ETIOPATOGENIA LA FARINGE PUEDE COLAPSAR

La etiología es multifactorial y no totalmente conocida; se describen como Factores Contribuyentes: (*3*) (*5*)

- * Mayor relajación de la actividad de los músculos durante el sueño. La actividad muscular controla la posición de paladar blando, lengua, aparato hiodeo y paredes posteriores de la faringe.
- * Disminución de la actividad del geniogloso.
- * La tensión del geniogloso disminuye con la edad (soporta la vía aérea retrolingual).
- * Disminución o cesación de la actividad muscular del constrictor faríngeo superior (*1*) (*6*)
- * Disminución o cesación de la actividad palatogloso y palatofaríngeo (elevadores del paladar durante el sueño) promueven el flujo aéreo nasal en posición supina.
- * Estrechez anatómica de la orofaríngea, la talla de la faringe disminuye con la edad.
- * Paredes relativamente delgadas de la faringe.
- * Aumento del tejido adiposo en las estructura faríngea.
- * Lengua grande, flacidez de la musculatura lingual.
- * Hiperplasia de los tejidos circundantes.
- * Inflamación de los tejidos circundantes.
- * Obesidad, la talla de la faringe disminuye con la edad.
- * Obstrucción nasal, tabique desviado.
- * Largo del velo, úvula grande.
- * Maxilares edéntulos, micrognatia.
- * Amígdalas, adenoides.
- * Alergias, edemas.

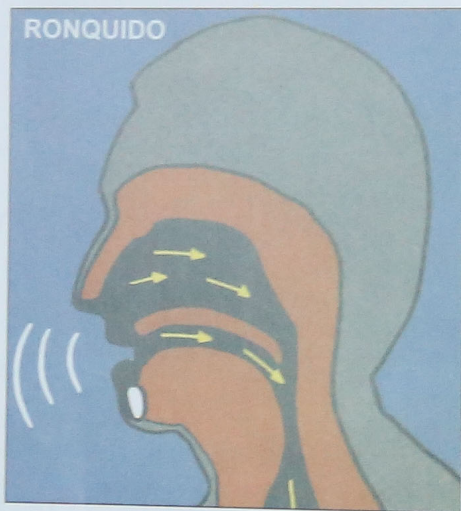
SINTOMATOLOGÍA CLÍNICA

Sintomatología Diurna (figura 4)

- * Somnolencia, y fatiga diurna.
- * Despertar con sensación de gran cansancio.
- * Trastorno de memoria, concentración y atención (por falta de oxígeno).
- * Cambios de carácter, irritabilidad, depresión.
- * Menor destreza psicomotriz.
- * Hipertensión arterial.
- * Arritmias cardíacas.

Sintomatología Nocturna

- * Ronquidos fuertes y pesados.
- * Paradas respiratorias, asfixias o apneas.
- * Dormir inquieto.
- * Transpiración excesiva
- * Numerosos despertares nocturnos.

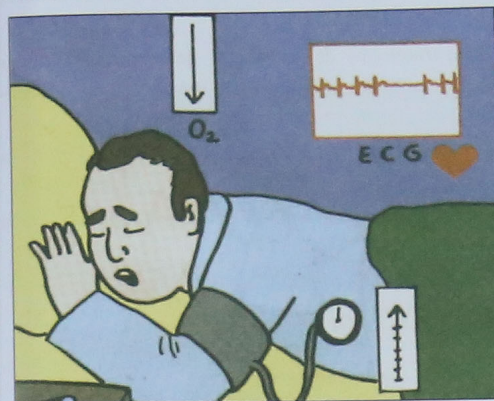


(figura 3)

El ronquido es un ruido inspiratorio que se produce por la vibración de las paredes de la orofaríngea que tienden a cerrarse durante el sueño.

Morbilidad (cuadro 5)

- * Riesgo de hipertensión. - * Riesgo de ataque cardíaco.
- * Incidencia de diabetes. - * Accidentes - Muerte durante el sueño.



(figura 4)

(**2*)

DIAGNÓSTICO

La Polisomnografía es el Estudio Definitivo para el Diagnóstico de Apnea.

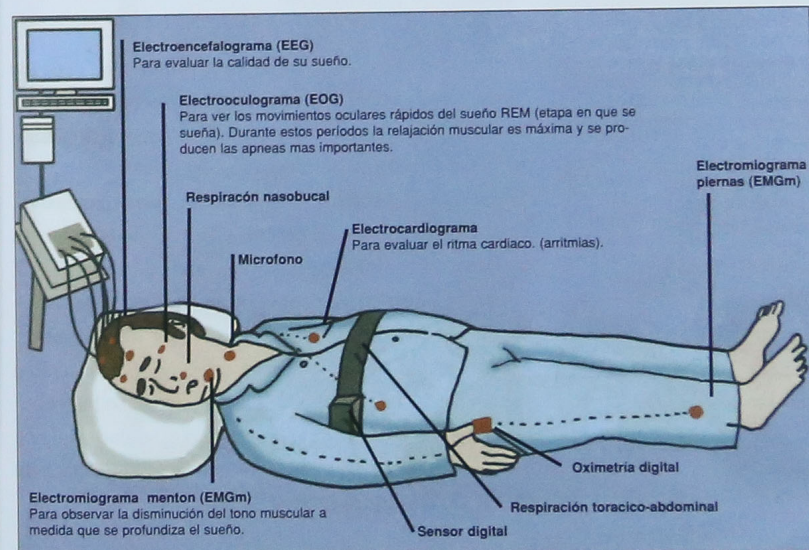
(figura 6) (*2*) (*3*)

Es un método que nos permite estudiar simultáneamente diversas variables fisiológicas durante el sueño:

- * Electroencefalograma (EEG)
- Para evaluar la calidad del sueño
- * Electrooculograma (EOG)
- Para ver los movimientos oculares rápidos del sueño REM (etapa en que se sueña)

Durante estos períodos la relajación muscular es máxima

se producen las apneas mas importantes



(figura 6)

(**2*)

APNEAS DEL SUEÑO

Sintomatología diurna

- Somnolencia y fatigas
- Despertar cansado
- Trastornos memoria, concentración y atención por falta de oxígeno.
- Irritabilidad, depresión
- Hipertensión arterial
- Arritmias cardíacas

Sintomatología nocturna

- Ronquidos fuertes
- Paradas respiratorias asfixias
- Dormir inquieto
- Transpiración excesiva
- Numerosos despertares

(cuadro 5)

y se producen las apneas mas importantes

* Control respiración nasobucal.

* Electromiograma menton (EMGm).

Para observar la disminución del tono muscular (sueño profundo REM)

* Electrocardiograma (ECG).

Control ritmo cardíaco (arritmias).

* Oximetría digital.

Concentración de oxígeno.

* Electromiograma piernas (ECG).

* Control respiración torácico-abdominal.

* Sensor de posición.

TRATAMIENTO

Rol del Odontólogo (*1*)

Previo a iniciar el tratamiento con aparatología de avance mandibular de pacientes con apnea, es imprescindible una evaluación medica que incluya diagnosticar la existencia de obstrucción vías aéreas, enfermedades cerebro-vasculares y cardíacas.

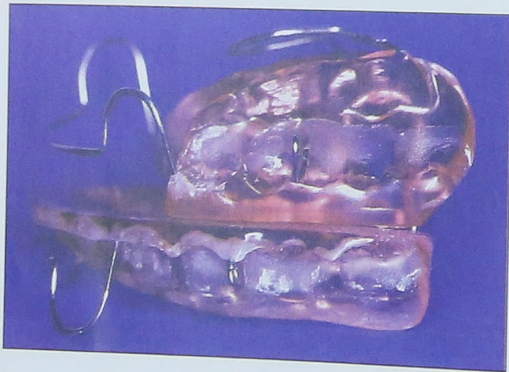
Si bien el medico o el especialista en alteraciones del sueño determinara el diagnostico, tratamiento y seguimiento adecuado, el odontólogo debe participar en la evaluación de la función respiratoria y demás funciones del sistema estomatognático, así como en el diagnóstico de las estructuras y relaciones entre los maxilares, orofaringe, lengua y músculos.

En general el tratamiento de estas afecciones enfocan una terapia integral, que incluyen los distintos factores etiopatogenicos, obesidad, tratamiento de las obstrucciones nasofaríngeas, modificaciones en la posición supina, cirugía de reducción del paladar blando, etc, etc, indicación de CPAP o aparatología ortopédica intrabucal.

La aparatología ortopédica es una opción terapéutica para el tratamiento de los trastornos respiratorios del sueño. El diseño de la aparatología de reposición mandibulo-lingual usado en el tratamiento de la apnea es en general derivada de la aparatología funcional. (figura 7)

Es un recurso simple no invasivo, pero demanda un correcto diagnóstico y seguimiento médico de la sintomatología clínica y parametros de las funciones cardiorespiratorias durante el sueño y la vigilia.

La indicación de su uso debe ser precedidas de un examen médico-clínico, y controlada periódicamente con polisomnografías (*4*) (*5*)



(figura 7)
Activador Karwetzky (*7*)
Avance mandibular 1/2 a 3/4 ancho premolar
Altura de 8 a 10mm.

MODO DE ACCIÓN DE LA APARATOLOGÍA ORTOPÉDICA

Indicaciones y Controles

La aparatología de avance y descenso mandibular AMPLIA Y CAMBIA LA FORMA DE LA OROFARINJE (*3*)

* Cambia la posición de la cabeza y cuello respecto de la columna.

* Levanta la posición habitual del hiodes en relación a la base del craneo.

* Previene el colapso lingual (la lengua avanza pasivamente con la mandíbula).

* Dilatación de la musculatura faríngea.

* Aumenta el espacio para la lengua.

Esta indicado en los casos de apnea leve a moderada (*4) (*5*) Puede indicarse en pacientes con apnea severa que no toleran o no aceptan el tratamiento de presión positiva de aire (CPAP).

La eficacia terapéutica de estas aparatologías ha sido comprobada en los tratamientos cortos (*4) (*5*)(*6*), pero su eficacia no ha sido totalmente comprobada en tratamientos prolongados.

La disminución de la cantidad y duración de los episodios de apnea es menor en los casos de apnea severa (*6*)

Avance y Descenso Mandibular

Mordida de Construcción

La magnitud del avance y descenso mandibular, depende fundamentalmente de la relación intermaxilar, de la existencia previa de dolor y o trastornos temporomandibulares y la capacidad de adaptación del paciente.

En muchos casos es recomendable un ajuste progresivo, en general asociado a la ausencia de dolor miofascial y a la desaparición de ronquidos y episodios de apnea.

Según los distintos autores (*8*) el avance promedio es de 4mm. a 6mm. y con un descenso promedio de 5mm.

Para prolongar su uso debe ser continuamente ajustado o reemplazada con mayor propulsión y descenso mandibular. La limitación anatómica de esta posibilidad obliga a buscar otra terapéutica, que en general es la indicación de CPAP, y o quirúrgica. (*8*)

**CASO CLÍNICO I
APNEA- BRUXISMO
Activador de Klamt**



figura 8

PLAN DE TRATAMIENTO

Aparatología Provisoria

Control progresivo avance mandibular

Activador de Klamt

Diagnóstico 28/11/02

- Obesidad
- Somnolencia y fatiga
- Despertar cansado
- Trastornos memoria
- Falta concentración
- Ronquidos fuertes
- Irritabilidad
- Numerosos despertares
- Dormir inquieto
- Cansancio diurno
- Duerme diurno
- Jaquaca
- Bruxismo
- Dolor cervical maseterino

Plan de tratamiento

- Gimnasia acuática - Dieta
- Terapia Psicológica
- Activador de Klamt

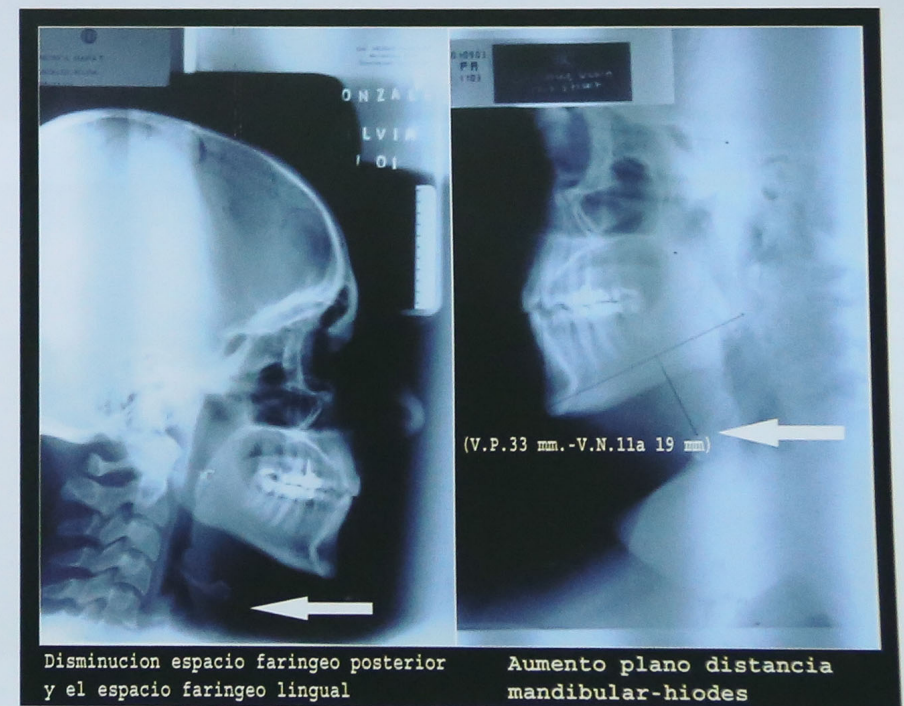
Control a los 6 meses 08/05/03

- Abandonó el régimen
- Disminución ronquido
- Duerme mejor con la aparatología
- Polisomnografía (PSG) con aparatología de avance mandibular

- Escasas apneas / hipopneas 5/hora
- Hipoventilación sueño REM
- Respiración sonora
- Ronquidos episódicos
- Indicación de mayor avance mandibular

Informe polisomnográfico
Apnea moderada 15/hora
Hipoventilación sueño REM

figura 9 - LISTADO DE PROBLEMAS-PLAN DE TRATAMIENTO-CONTROL A LOS 6 MESES CON ACTIVADOR KLAMT



Disminucion espacio faríngeo posterior y el espacio faríngeo lingual

Aumento plano distancia mandibular-hiodes

(figura 10)

Instalación de Aparatología Provisoria



(figura 11)

Placas oclusales unidas con adelantamiento mandibular de 4mm y una altura de 10mm

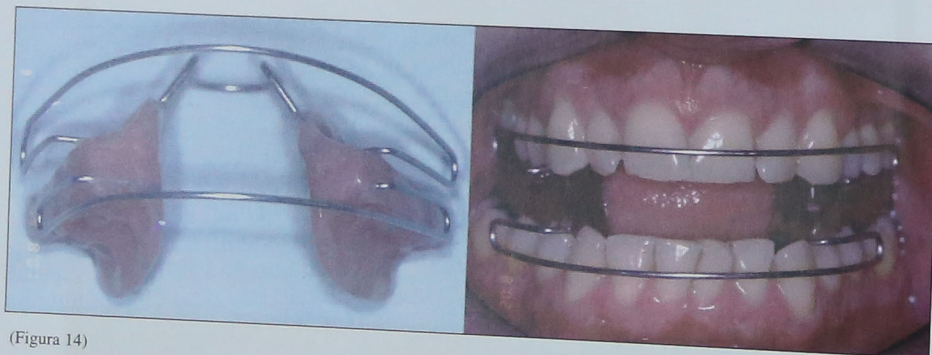


(Figura 12)

(figura 13)

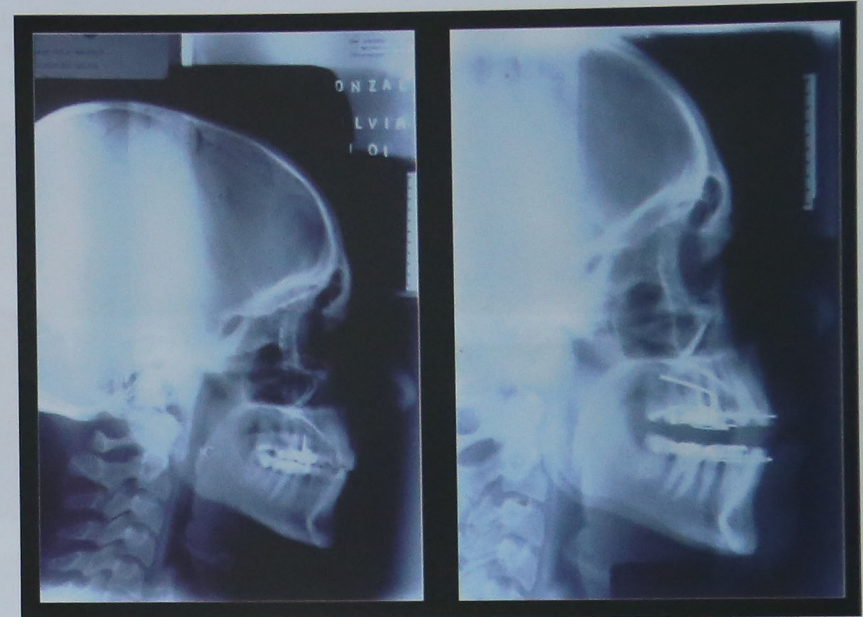
Se indica su uso por 3 o 4 semanas, para asegurar la ausencia de dolor en ATM y músculos

Instalación del Activador de KLAMT



(Figura 14)

Instalación del activador de KLAMT



(figura 15) Teleradiografía de perfil sin y con aparatología activador de KLAMT
ELEVACIÓN DEL HIODES - AUMENTO DIMENSIÓN VERTICAL - AVANCE MANDIBULAR

CASO CLÍNICO 2

APARATOLOGÍA DE AVANCE Y DESCENSO MANDIBULAR ADAPTADO A PACIENTE DESDENTADO

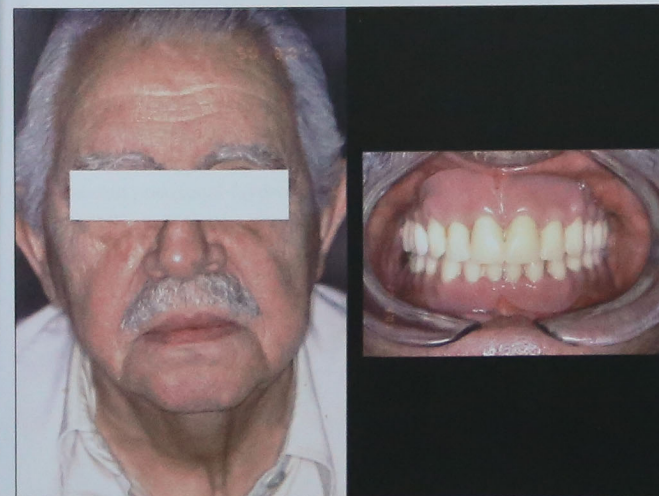


Figura 16

Diagnóstico 04/09/01

- Apnea moderada
- Pesadilla del sueño
- Múltiples despertares
- Agresividad en el sueño - despertares
- Infarto
- Hipertensión
- Angioplastia
- Desdentado superior inferior
- Prótesis completa

Plan de tratamiento 18/09/01

- Aparatología de avance y descenso mandibular
- Preparar rodetes de cera
- comenzar uso diurno

10/10/01

Uso nocturno

19/06/02

- Rebasado avance y descenso mandibular

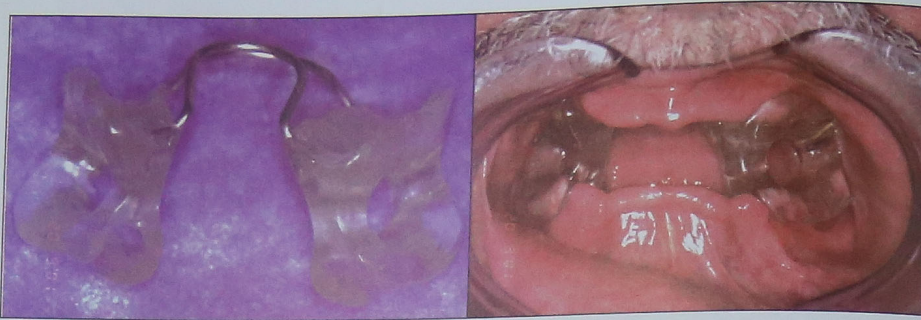


Figura 17

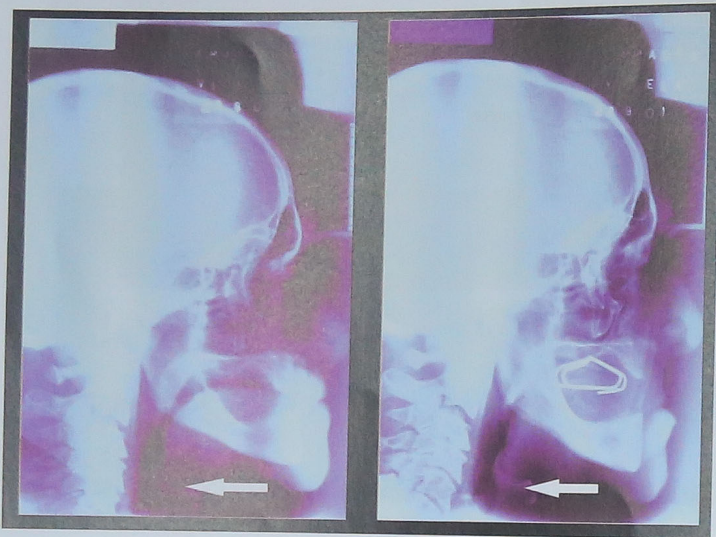


Figura 18

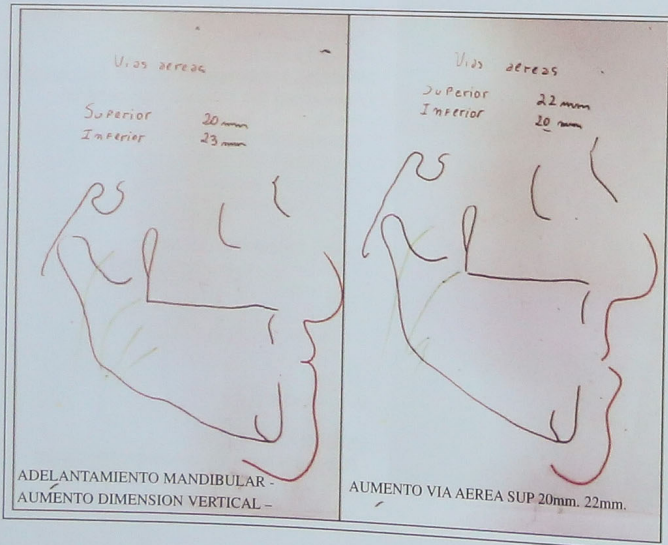


Figura 19

CASO CLÍNICO 3
APNEA MIXTA
 Paciente con Micrognatia - Activador de Klamt

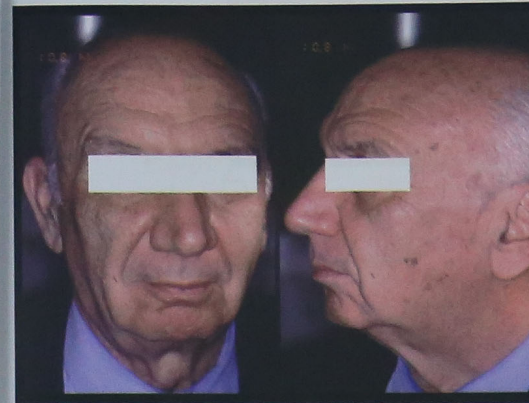


Figura 20 LISTADO DE PROBLEMAS

DIAGNÓSTICO

- Micrognatia
- Irritabilidad
- Somnolencia Diurna
- Despertares Agresivos
- Apneas Obstructivas-Mixtas 88-
- Índice Apnea/Hora 20
- Duración Max 47seg
- Caída Oximétrica 84%
- Caída Frecuencia Cardíaca Moderada
- Marcada Fragmentación y Privación del Sueño

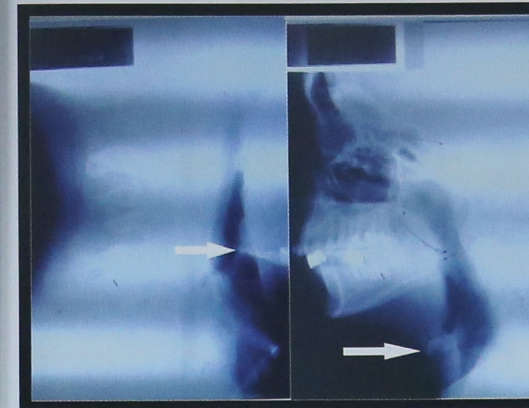


Figura 21

- * Distancia Plano Mandibular - Hiodeo 40mm.
- * (Vn 11mm A 19mm)
- * Sna 83° (V N 82°)
- * Snb 74° (V N 80°)
- * Anb 11° (V N 2°)
- * Distancia Plano Mandibular - Hiodeo 40mm. (V N 11mm A 19mm)

Conclusión Diagnóstico Cefalométrico - Retrognatia mandibular

Aumento de distancia entre mandíbula y hiodes corresponde a descenso laringeo (habitual en apnea del sueño)

Plan de Tratamiento

Tratamiento posicional favoreciendo el decubito lateral y/o decubito dorsal en 45-60° - examen funcional pulmonar control PSG periodico - ensayo terapeutico con nCPAP y/o adelantamiento mandibular



Figura 22



Figura 23



Figura 24



Figura 25

CAMBIOS CEFALOMETRICOS CON ACTIVADOR DE KLAMT
AUMENTO DEL ESPACIO AEREO SUPERIOR 10mm
 (sin aparatología 15mm - con activador 25mm.)
ELEVACIÓN DEL HIODES

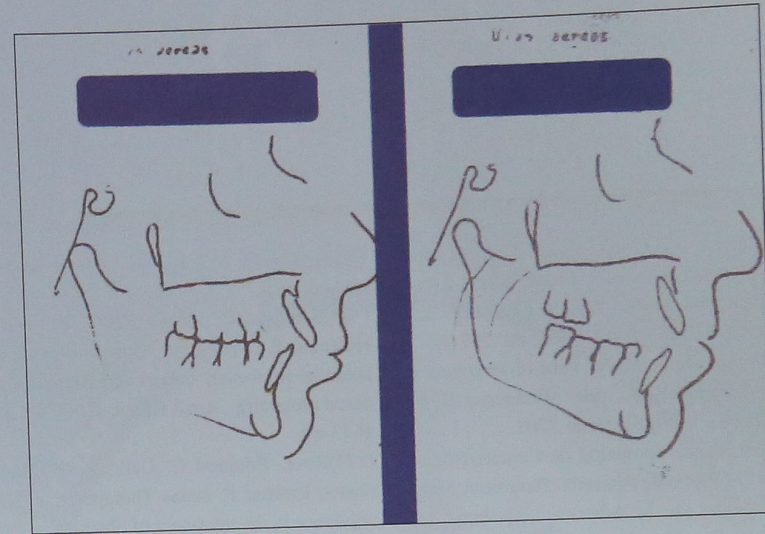


Figura 26

INFORME POLISOMNOGRÁFICO 18-6-1999-

Aumento del nº de arousales asociados a eventos respiratorios durante el sueño no REM y REM.
 Disminución de la eficiencia del sueño.
 Aumento del tiempo de vigilia intra sueño.
 Disrupción de ciclos de sueño NoREM -REM.
 Numerosos episodios obstructivos y mixtos asociados a caídas oximétricas y de la frecuencia cardíaca de grado moderado.

APNEAS/HIPOPNEAS OBSTRUCTIVAS NO 88.
 DURACION MÁXIMA 47 SEGUNDOS
 CAIDA OXIMÉTRICAS MÁXIMA 84%
 INDICE TOTAL DE APNEAS /HIPOPNEAS/HORA 20
 Aumento de la actividad EMG de menton y miembros asociados a los episodios de esfuerzo respiratorio.

CON ACTIVADOR DE KLAMT 14-10-2001

Este estudio realizado utilizando una prótesis de avance mandibular exterioriza:
 Reducción de frecuencia y profundidad de los episodios obstructivos.

APNEAS/HIPOPNEAS NO 59, DURACIÓN MÁXIMA 27 SEGUNDOS.
 CAIDA OXIMETRICA MAXIMA 82%
 INDICE TOTAL DE APNEAS/HIPOPNEAS /HORA 11

CONCLUSIONES CLÍNICAS

- * El médico o el especialista en alteraciones del sueño determinara el diagnóstico, tratamiento y seguimiento adecuado.
- * Es imprescindible una evaluación médica de obstrucción vías aéreas, enfermedades cerebro-vasculares y cardíacas.
- * El odontólogo debe participar en la evaluación de la función respiratoria y demas funciones del sistema estomatognático.
- * La aparatología ortopédica es una opción terapéutica para el tratamiento de los trastornos respiratorios del sueño.
- * La indicación de su uso debe ser precedidas de un examen médico-clínico, y controlada periódicamente con polisomnografías.
- * Esta indicado en los casos de apnea leve a moderada
- * Para prolongar su uso debe ser continuamente ajustada o reemplazada con mayor propulsión y descenso mandibular.
- * El avance y descenso mandibular- produce.
 - aumento del espacio orofaríngeo.
 - estabilización del flujo aéreo.
 - aumento del tono músculos suprahiodeo.
 - este efecto decrece con el tiempo por adaptación de las estructuras blandas al avance mandíbula

* NO ES PREDECIBLE LA EFICACIA DE LA APARATOLOGIA ORTOPÉDICA EN EL TRATAMIENTO DE LA APNEA
* LA EVALUACIÓN OBJETIVA DE LA EFECTIVIDAD DEL TRATAMIENTO ES EL CONTROL POLISOMNOGRÁFICO PERIÓDICO

BIBLIOGRAFÍA

(*1*) Lavigne Gilles J., Goulet Jean-Paul, Zuconni Marco, Morisson Florence Lobbezoo Frank. Sleep disorders and the dental patient, Review Article. Oral surg Oral Med Oral Pathol Oral Radiol Endod 1999 ; 88 :257-72
(*2*) Fundación Dr. Jaime Roca, Para el Progreso y Desarrollo del Diagnóstico por Imágenes; N_6; Desordenes Del sueño y la Vigilia, junio 2002
(*3*) Moses Allen J... Incorporación de Características de Morgenetica en el Diseño de Aparatos Protésicos, 3ras. Jornadas Internacionales de la American Academy of Craneofacial Pain, Sección Latinoamericana ,29-30 Octubre 2004
((*4*) Schmidt-Nowara W, Lowe A, Wiegand L et al. Oral appliances for the treatment of snoring and obstructive sleep apnea: a review. Sleep 1995; 18:501-510
(*5*) Dae Fgun Jung, Hae Young Cho, Ronald R Grunstein, Brendon Yee. Predictive Value of Kushida Index and Acoustic Pharyngometry for the Evaluation of

Upper Airway in Subjects with or without obstructive sleep apnea

(*6*) Schwab RJ, Gupta KB, Geftner WB, Metzger L, Hoffman EA, Pack AI. Uppaer airway and soft tissue anatomy in normal subjects and patients with sleep-disordered breathing. Am J Respir Crit Care Med 1995; 152:1673-89

(*7*) Rose, Edmund C, Gabriele M. Barthlen, Richard Staats, Irmtrud E. Jonas Therapeutic efficacy of an oral appliance in the treatment of obstructive sleep apnea: A 2 year follow-up. Am J Orthod Dentofacial Orthop 2002; 121: 273-79

(*8*) Marklund Marie, Sahlin Carin, Stendlun Hans Persson Maurits, Franklin Carl A.. Mandibular Advancement Device in Patients with Obstructive Sleep Apnea Long-term Effects on Apnea and Sleep. Chest 2001; 120:162-9

Dirección de la autora:

Ateneo Argentino de Odontología
Anchorena 1176 - Capital Federal (1425)
beatriz_lewkowicz@yahoo.com.ar
ateneo@ateneo-odontologia.org.ar

Buenos Aires
2007
6 al 9
de junio

4° Congreso Internacional del Ateneo Argentino de Odontología
2° Encuentro Médico Odontológico



Ateneo Argentino de Odontología

Organiza

Ateneo Argentino de Odontología

E-mail: congreso@ateneo-odontologia.org.ar

Web-Site: www.ateneo-odontologia.org.ar



UNIVERSIDAD
FAVALORO

TERAPIA PULPAR INDIRECTA EN MOLARES TEMPORARIOS: TRATAMIENTO RESTAURADOR ATRAUMÁTICO (ART).

* Od. Elizondo, María Lidia. - ** Dra. Lucas, Gabriela.

Resumen

El Recubrimiento Pulpar Indirecto es un procedimiento de gran utilidad indicado en piezas dentarias temporarias con caries dentinarias profundas, cuyo objetivo es evitar la exposición pulpar permitiendo mediante la colocación de un material biocompatible la formación de dentina secundaria. Debido a su fácil realización constituye uno de los procedimientos que día a día se incorpora a la práctica odontopediátrica.

Palabra clave

Recubrimiento Pulpar Indirecto, Terapia Pulpar Atraumática, Ionómeros Vítreos, Dientes Primarios.

I. INTRODUCCIÓN

La caries dental es una de las enfermedades más comunes de la cavidad bucal. De acuerdo a datos del Banco Global Oral de la Organización Mundial de la Salud, la caries esta en aumento en muchas ciudades de América del Sur y Central, Asia, Africa y Medio Oriente, al igual que en muchas ciudades europeas¹.

Datos obtenidos de países del primer mundo han demostrado que el 17% de niños entre 1.5 y 4.5 años, el 40% de niños entre 5 y 8 años y el 50% de niños mayores de 8 años han tenido historia de caries en la dentición temporaria, calculándose que la caries alcanzara el tejido pulpar en 2.9 dientes², por lo que si extrapolamos estos valores a países como el nuestro vemos que el problema se ve inmensamente agrandado a pesar de los constantes esfuerzos que se realizan para disminuir su prevalencia³. Numerosas terapias pulpares han sido utilizadas constituyendo el recubrimiento indirecto, unas de las técnicas con gran auge en la actualidad, debido a su simple realización y a los muy buenos resultados clínicos reportados. El objetivo del presente trabajo es proporcionar información actualizada sobre el tratamiento restaurador atraumático y los materiales utilizados como tratamiento en la terapia pulpar indirecta

Summary

The Indirect Pulp Treatment is the procedure which only the gross caries is removed from lesion to avoid a clinical pulp exposure using a biocompatible materials to stimulate reparative dentin formation. It is an easy procedure and is being incorporated to the daily pediatric dentistry practice.

Key Words

Indirect Pulp Treatment, Atraumatic Pulp Therapy, Glass Ionomer, Primary teeth.

II. DESARROLLO.

El **Recubrimiento Pulpar Indirecto (RPI)** constituye un tratamiento pulpar de tipo conservador, muy valioso, realizarse en piezas dentarias asintomáticas temporarias permanentes con caries dentinarias profundas, cuyo objetivo es evitar la exposición pulpar, preservando la vitalidad dentaria. El Manual de Referencia de la Academia de Odontología Pediátrica, lo define como un "tratamiento consistente en la remoción incompleta de la dentina cariada a fin de evitar la exposición del tejido pulpar, tratando el proceso de caries mediante la colocación de un material biocompatible"⁴.

Este procedimiento se conoce hace más de 200 años. Fauchard (1746) recomendó la realización de un tratamiento conservador en dientes con caries extensas evitando la eliminación total de la dentina cariada a fin de producir una exposición pulpar⁵. Hacia finales de 1950 y principios de 1960 Massier y King respectivamente demostraron científicamente la efectividad de la terapia pulpar indirecta utilizando cemento de óxido de zinc-eugenol como material de restauración temporario, para lograr la remineralización dentinaria⁶.

La **Técnica Restaurativa Atraumática (TRA)** es un procedimiento clínico indoloro, que se basa en la remoción

parcial de la dentina cariada, mediante la utilización de instrumental de mano (Figura 1), y posterior restauración con cemento de ionómero vítreo convencional^{4,7,8} como se observa en la Figura 2. Su introducción, a mediados de la década de 1980, permitió disminuir el número de extracciones de piezas dentarias, la ansiedad y el miedo tanto en pacientes pediátricos como adultos, no requiriéndose el uso de instrumental eléctrico, aislamiento absoluto y de anestesia local pudiendo ser empleado en zonas rurales y suburbanas^{7,9}. Está indicada en lesiones de caries profundas, especialmente en áreas cercanas a la pulpa, no eliminándose la totalidad de la dentina cariada y evitándose de ésta manera la exposición pulpar, mediante la colocación sobre la dentina desmineralizada un material que tenga la propiedad de remineralizarla¹⁰.



Figura 1: Tratamiento Restaurador Atraumático realizado en un molar temporario.



Figura 2: Pieza dentaria temporaria 8.5 restaurada con Ionómero Vítreo mediante la ART.

Trabajos recientes de Fuks y Farooq^{11,12} han revalorizado estos tratamientos, demostrando éxitos entre un 84 a 100% en dientes temporarios, corroborado recientemente por Falster (2002)¹³. Estudios posteriores, han demostrado que los fracasos observados se debían a fallas en el sellado de la cavidad, que permitan la entrada de fluidos orales y el posterior crecimiento bacteriano, por lo que es sumamente importante la correcta elección del material restaurador de acuerdo al caso clínico¹⁴.

El material de elección ha de ser utilizado, debe tener la capacidad de esterilizar los túbulos dentinarios y promover la remineralización del tejido dentinario afectado⁵. Numerosos agentes han sido utilizados, el tricloruro de yodo, el bicloruro de mercurio, el peróxido de hidrógeno, aceite de clavos de olor, y nitrato de plata, cuestionándose la naturaleza cáustica y el potencial daño al tejido pulpar^{15,16}.

Distintos materiales han sido evaluados clínicamente, radiográficamente e histológicamente con éxito en el RPI, siendo los más utilizados el **hidróxido de calcio, el óxido de zinc y eugenol, el cemento de ionómero vítreo y el diamino fluoruro de plata**^{10,12}.

En 1930 Hermann¹⁷ introdujo el hidróxido de calcio, para ser usado en las pulpotomías, ampliándose su utilización, conjuntamente con el óxido de zinc-eugenol, en el tratamiento pulpar indirecto. Estudios tanto clínicos, bac-

teriológicos e histológicos demostraron su efectividad en el tratamiento pulpar directo e indirecto tanto en dientes permanentes como temporarios¹⁸⁻²⁰. El hidróxido de calcio ejerce acción bacteriostática y bactericida, y conjuntamente, con la alcalinidad que posee podrían jugar un rol importante en la detención del proceso de caries. Se cree que el contenido mineral del tejido dentinario cariado residual podría ser aumentado por el hidróxido de calcio, estimulando una leve respuesta inflamatoria asociada a la presencia del material lo que llevaría a la formación de dentina secundaria²¹.

Japón y Australia pregonan el uso del **Fluoruro de Diamino Plata -F(NH₃)₂Ag-** el cual en combinación con la hidroxiapatita del esmalte dentario es capaz de reaccionar rápidamente formando fosfato de plata insoluble (PO₄Ag₃), de tal forma que el flúor actuaría sobre el esmalte formando la fluorapatita y la Ag⁺ sobre las proteínas, aumentando de esta manera la resistencia a las caries^{10, 22-24}. Es una solución utilizada tópicamente, que inhibe la progresión de caries, disminuyendo el riesgo de exposición pulpar en caries dentinarias profundas, y permitiendo la posterior realización de la restauración definitiva¹⁰. Estudios histológicos, en molares temporarios, han demostrado la formación de un puente dentinario reparador en molares primarios tratados con F (NH₃) Ag²².

*Becaria de Investigación. Secretaria General de Ciencia y Técnica del Rectorado de la Universidad Nacional del Nordeste. Facultad de Odontología - Auxiliar de Primera Categoría por Concurso. Cátedra de Odontopediatria
**Profesora Titular. Cátedra de Odontopediatria. Facultad de Odontología - Universidad Nacional del Nordeste.
Recibido para su publicación Junio 2004

Los **ionómeros vítreos convencionales**, son ampliamente utilizados en niños y adolescentes, ya que presentan excelentes propiedades entre ellas la capacidad de liberar y tomar fluoruros del medio, un coeficiente de expansión similar a la pieza dentaria, biocompatibilidad y adhesión química tanto al esmalte como a la dentina²⁵, razón por la cual son utilizados en este tipo de tratamiento restaurador.

El Ketac® Molar es un ionómero vítreo convencional, que posee la capacidad de permitir un sellado marginal adecuado, previniendo la entrada de bacterias a la cavidad dentaria²⁶. Estudios recientes, han demostrado que además del fluoruro presente en el cemento de ionómero vítreo, el calcio y el aluminio promoverían también la remineralización dentinaria²⁷.

El Vitremer® constituye uno de los materiales de reciente aparición en el mercado. Es un cemento de ionómero vítreo resinoso utilizado, tanto como material de restauración como de base en áreas con alta incidencia de caries, por su habilidad de liberar fluoruros. Estos cementos han sido evaluados biológicamente con respecto a su efecto en la integridad del tejido adyacente²⁸. Estudios previos, tanto in vivo como in vitro, en cultivo de tejidos²⁹ y en animales como en humanos³⁰ han reportado una respuesta favorable del tejido pulpar en dientes permanentes. Farooq y colaboradores¹² han demostrado un 94% de éxito, tanto clínico como radiográfico, cuando es utilizado como material en la terapia pulpar indirecta en dientes temporarios.

III. CONCLUSION.

La posibilidad de brindarle a la pulpa la oportunidad de recuperarse de las toxinas liberadas por los microorganismos productores de caries, mediante la eliminación parcial de la dentina infectada y colocación de un material que permita su aislamiento de los fluidos orales, constituye un tratamiento aceptado actualmente en piezas dentarias con caries profundas, tanto en dientes temporarios como permanentes. Estudios clínicos han demostrado que cuando una pulpa esta afectada pero no infectada, la inflamación pulpar puede ser revertida, permitiendo la deposición de dentina secundaria o reparativa debajo de la zona afectada³¹.

Numerosos estudios^{32,33} concluyen que el TRA es un procedimiento clínico aceptable y satisfactorio, sobre todo en el uso de cavidades clase I tanto en piezas dentarias temporarias como permanentes. En cavidades clase II, III y IV se han hallado un menor éxito, con pérdida de las

restauraciones, debido a una inadecuada retención y propiedades mecánicas del ionómero vítreo utilizado. Por ello, actualmente la nueva aparición en el mercado de ionómeros vítreos reforzados, mejoraría las propiedades mecánicas del material ayudando a mejorar el éxito de tratamientos restauradores y cumpliendo además, la función de remineralizante dentinario.

IV. BIBLIOGRAFÍA.

- MANDEI I.D.: Caries Prevention: Current strategies, directions. JADA 127:1477-88, 1996.
- O'BRIEN M.: Children's Dental Health in the United Kingdom 1993. London: HMSO, 1994.
- DORRONSORO S.T., LUNA E.R., VIRGA C. et al. Experiencia de caries en niños de 3 años de edad. Estudio CLCYD, Córdoba, Argentina. Programa y resúmenes de trabajo la XXX REUNION ANUAL. Sociedad Argentina. Investigación Odontológica. 23, 24 y 25 de Octubre de 1997.
- American Academy of Pediatric Dentistry: Reference Manual guidelines for pulp therapy for primary and young permanent teeth. Pediatr Dent 21:62, 1999.
- MOHAMMED A.Z., STRAFFON L.H., FEIGAL R., WELCH K.B. Indirect pulp treatment of primary posterior teeth: a retrospective study. Pediatr Dent 25(1):29-36, 2003.
- EDELBERG M., BASSO M.L. Tratamiento restaurador atraumático. Rev. Asoc. Odontol. Argent. 88:43-47, 2000.
- YIP H.K., SMALES R., YU CH., GAO X.J., DENG D.M. Comparison of atraumatic restorative treatment and conventional cavity preparations for glass-ionomer restorations in primary molars: One-year results. Quintessence Int 33(1): 17-21, 2002.
- ROGER J.S., YIP H.K. The atraumatic restorative treatment (ART) approach for primary teeth: review of literature. Pediatr Dent, 22(4): 294-98, 1999.
- MICKENAUTSCH S., RUDOLPH M.J., et al. The impact of the ART approach on the treatment profile in a mobile dental system (MDS) in South Africa. Int Dent J 49(3): 132-8, 1999.
- GOTJAMANOS T. Pulp response in primary teeth with deep residual caries treated with silver fluoride and glass ionomer cement ("atraumatic" technique). Aust Dent J 41(5): 328-35, 1996.
- FUKS A.B., EIDDELMAN E. Pulp therapy in the primary dentition. Curr Opin Dent 1: 556-65, 1991.
- FAROOQ N.S., COLL J.A., KUWABARA A., SHELTON P. Success rates of formocresol pulpotomy and indirect pulp therapy in the treatment of deep dentinal caries in primary teeth. Pediatric Dentistry 22:4, 2000.
- FALSTER C.A., ARAUJO F.B., STRAFFON L.H., NOR J.E. Indirect pulp treatment: In vivo outcomes of an adhesive resin system vs calcium hydroxide for protection of the dentin-pulp complex. Pediatr Dent, 24: 241-48, 2002.
- RANLY D.M., GARCÍA-GODOY F. Current and potential pulp therapies for primary and young permanent teeth. Journal of Dentistry 28: 153 -61, 2000.
- MILLER, W.D. On the comparative rapidity with which different antiseptics penetrate decalcified dentine: or, what antiseptic should be used for sterilizing cavities before filling. Dent Cosmos 33:337-47, 1981.
- COOLIDGE D.E. The treatment of deep dental caries. Illinois Dent J. 1:363-73, 1931.
- HERMANN B.W. Dentinobliteration der wurzel kanal nach behandlung mit calcium zahnärztl rundscha. 39:888-89, 1930.
- TRONSTAD L., MJOR I. Pulp reaction to calcium hydroxide containing materials. Oral Surg 33: 961-65, 1972.
- NIRSCHL R.F., AVERY D.R. Evaluation of a new pulp capping agent in indirect pulp therapy. ASDC J Dent Child 50:25-30, 1983.
- SAWUSCH R.H. Direct and indirect pulp capping with two new products. JADA 104:459 -62, 1982.
- PAMEIJER C.H., STANLEY H.R., ALLEN A. Histological evaluation of regular Dycal versus Improved Dycal. J Dent Res 62: 251 (Abstract), 1983.
- HIHARA T., NISHINO M., YASUTOMI Y., et al. Effects of diammine silver fluoride on arrestment and prevention of caries in primary tooth. Dentistry in Japan 31: 93-95, 1994.
- GOTJAMANOS T. Unacceptably high levels of fluoride in commercial preparations of silver fluoride. Aust Dent J 42(1): 52-53, 1997.
- GOTJAMANOS T. Abnormally high fluoride levels in commercial preparations of 40 per cent silver fluoride solution: Contraindications for use in children. Aust Dent J 43(6): 422-27, 1998.
- BERG J. Glass ionomer cements. Pediatr Dent 24(5): 430-38, 2002.
- MICKENAUTSCH S., RUDOLPH M.J., et al. The impact of the ART approach on the treatment profile in a mobile dental system (MDS) in South Africa. Int Dent J 49(3): 132-8, 1999.
- NGO H., MOUNT G.J., PETRS M.C.R.B. A study of glass ionomer cement and its interface with enamel and dentin using a low-temperature, high resolution scanning electron microscopic technique. Quintessence Int. 28: 63-9, 1997.

28. CAO D.S., HOLLIS R.A., HICKEN C.B., CHRISTENSEN R.P. Fluoride release from glass ionomer, glass ionomer/resins and composite. J Dent Res 73:184. Abstract 657, 1994.

29. MUSTAFA D., ÜÇOK M., KÜÇÜKKELEÜS N., SOYDAN N. Pulp reaction to a tri-cure resin modified glass ionomer Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology 85(6): 712 -19, 1998.

30. CHEN R.C.S. Cytotoxicity of light cure glass ionomer cements on two cell culture systems. J Dent Res 73:133. Abstract 253, 1994.

31. KERKHOVE J.R., HERMAN S.C., KLEIN A.I., MC DONALD R.E. A clinical and television densitometric evaluation of the indirect pulp capping technique ASDC 34:192-201, 1967.

32. HO T.F., SMALES R.J., FANG D.T. A 2-year clinical study of two glass ionomer cements used in the atraumatic restorative treatment (ART) technique. Caries Res 33(6):437-40, 1999.

33. PHANTUMVANIT P., SONGPAISAN Y., PILOT T., FRENCKEN J.E. Atraumatic restorative treatment (ART): a three-year community field trial in Thailand-survival of one-surface restorations in the permanent dentition. J Public Health Dent 56 (spec N° 3):141-5, 1996.

DIRECCION DE LOS AUTORES:

I. Od. Elizondo, Maria Lidia.
DIRECCION: José Alsina 120.
3500, Resistencia (Chaco).

DIRECCION ELECTRONICA:
marialidiaelizondo@yahoo.com.ar

TELEFONO: (03722) 15546795.

II. Dra. Lucas, Gabriela Q.
DIRECCION: Av. Gral. Libertador San Martín 3355.
3503, Barranqueras (Chaco).

DIRECCION ELECTRONICA:
gvlucas54@hotmail.com

TELEFONO: (03722) 410172 - 15642940.

DISFUNCION TÉMPORO-MANDIBULAR EN NIÑOS

* Dra. Henja Rapaport

Resumen

El objetivo del presente trabajo es destacar la influencia de los hábitos en la génesis de los trastornos témporo-mandibulares, en la fonación y en el crecimiento desarmónico de la cara. Como ejemplo se describe un caso clínico de disfunción témporo-mandibular por hábito de succión de mamadera durante la noche.

Palabras claves

Disfunción, hábitos, succión, crecimiento, mamadera.

El sistema estomatognático se compone de un conjunto de estructuras, hueso de soporte, músculos, dientes y ATM, estrechamente relacionadas y que realizan diversas funciones.

El organismo humano es una máquina compleja de altísimo grado de perfección, con engranajes muy bien sincronizados. En consecuencia, es necesario que todos los componentes del sistema actúen armónicamente para que esté en condiciones de desarrollar normalmente sus funciones.

El sistema puede alterarse cuando una causa patógena altera a uno de los componentes. Esa modificación puede, a su vez, producir cambios en otro o en todos los demás componentes, lo cual puede derivar en un desequilibrio en el funcionamiento del sistema.

Si la causa patógena afecta a la ATM y a los músculos masticatorios, se produce una alteración en el complejo cóndilo – disco: estamos, entonces, en presencia de un síndrome que denominamos “ Síndrome de Disfunción Témporo – mandibular”

Entre los factores causales pueden mencionarse algunos tipos de maloclusiones, ciertos hábitos, algunas anomalías congénitas, razones psicológicas, etc.

Desde otro punto de vista, las causas pueden ser consideradas predisponentes, precipitantes o desencadenantes y perpetuantes.⁽¹⁾

Existe acuerdo más o menos generalizado entre los expertos en considerar que algunas alteraciones oclusales como las mordidas cruzadas unilaterales, las posiciones excéntricas de los cóndilos, los contactos indebidos, etc. constituyen factores predisponentes en la génesis de los trastornos témporo – mandibulares.

Summary

The aim of work is to emphasize the influence of habits on the genesis of temporomandibular disorders, phonation and disharmony in face growth. As an example, a clinical case of temporomandibular dysfunction due to sucking nursing bottle at night is described.

Key Words

Dysfunction, habits, sucking, growth and nursing bottle.

Hábitos como los producidos por los trastornos de la respiración (p.ej., respiración con la boca abierta) y otros causados por trastornos de la deglución, masticación, fonación y sorbición, pueden constituirse en el origen de una disfunción del sistema estomatognático.

Ciertas anomalías congénitas que afectan al cóndilo (hipoplasia condilar unilateral) producen asimetrías faciales.⁽²⁾

La sintomatología se relaciona con la fonación, los sonidos, el dolor y el movimiento mandibular⁽³⁾:

* En cuanto a la fonación: dificultad para pronunciar ciertos fonemas.

* En relación a los sonidos: chasquidos o crepitaciones de la movilidad mandibular, audibles directamente o con ayuda de medios auxiliares.

* Respecto al dolor: molestias subjetivas que se localizan en la misma articulación, dolores de oído, dolores de cabeza.

* Acerca del movimiento mandibular: Rigidez y desviación en los desplazamientos de la mandíbula.

Si estas alteraciones del movimiento (p. ej. en el caso de desplazamientos laterales de la mandíbula) se producen en niños, pueden ser la causa de alteraciones en el crecimiento de la cara (asimetría)⁽⁷⁾

El síndrome de la disfunción es complejo y puede iniciarse a temprana edad.

No pocos autores, entre ellos Ricketts sostiene que muchos síndromes de disfunción de la ATM en el adulto

son, simplemente, una extensión de los problemas de perturbación del crecimiento que comenzaron en una edad muy temprana⁽⁴⁾.

En la actualidad se observa en las clínicas una cantidad importante de niños con problemas de disfunción.

Como dice Canut, “la gran adaptabilidad biológica, la resistencia tisular y la psicología especial propias de la edad infantil y juvenil hacen que las alteraciones anatómicas o funcionales de la ATM en niños se desarrollen, con frecuencia, asintomáticas⁽⁵⁾.”

Por ello consideramos importante controlar el sistema estomatognático del niño, realizando un examen exhaustivo del mismo, lo que permitirá detectar precozmente tales alteraciones facilitando las posibilidades de prevención.

Vamos a ejemplificar con un caso clínico, en el cual el hábito de succión de mamadera durante toda la noche, condujo a la alteración del sistema estomatognático.

La mamá nos trae a la consulta a su hija de 4 años aduciendo que la niña no puede abrir ni cerrar la boca con facilidad y además oye ruidos tanto en apertura como en cierre.

Tampoco puede pronunciar correctamente algunos fonemas, motivo por el cual, se le estaba efectuando un estudio neurológico.

La niña estaba muy apocada, inhibida y se orinaba de noche.

En el examen clínico lo primero que pudimos observar fue la asimetría facial con protrusión y laterodesviación de la mandíbula.

En el examen de la oclusión notamos mordida abierta anterior con protrusión y laterodesviación del maxilar inferior, la línea media desviada cuando los maxilares estaban en oclusión y apertura máxima. (Fig. 1 y 2)

Durante los movimientos de apertura mandibular se percibían fácilmente ruidos articulares (chasquido) por



Fig. 1: Asimetría facial, protrusión y latero desviación de la mandíbula.

desplazamiento del cóndilo fuera de la cavidad glenoidea. Al cerrar la boca también se producía el chasquido.

Toda esta sintomatología fué causada, en nuestra opinión, por el uso de la mamadera durante toda la noche y durante varios años. Recordemos que la niña fue vista inicialmente a los 4 años.

El diagnóstico fue “Disfunción de ATM” por hábito de succión de mamadera durante toda la noche durante varios años.

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

- Eliminar el hábito facilitador de la disfunción (mamadera)
- Reubicar los cóndilos dentro de la cavidad glenoidea
- Procurar centricidad en la oclusión
- Procurar centricidad durante los movimientos de apertura y cierre
- Corregir la deglución y función

El éxito en los procedimientos mencionados crearía las condiciones para un crecimiento armónico de la cara y una fonación correcta.

SECUENCIA DEL TRATAMIENTO

El tratamiento fue realizado con criterio interdisciplinario con la participación de profesionales de Odontología, Fonoaudiología y Psicología.

El aspecto odontológico del tratamiento consistió en lo siguiente:

1. Colocación de una placa superior, con tornillo medio para expandir el maxilar superior, con gomas masticantes para corrección de la mordida abierta y un arco de Eschler para reubicar la mandíbula los condilos dentro de la cavidad glenoidea y retruir los incisivos inferiores protruidos. El aparato, en boca durante las 24 horas, fue utilizado hasta los 7 años de edad. (Fig. 3, 4, 5, 6 y 7)



Fig. 2: Maxilares en oclusión. Mordida abierta anterior con laétero desviación de la mandíbula. Alteración de la línea media y protrusión mandibular.

* Especialista en Ortodoncia y Odontopediatría-Jefa del Servicio de Odontopediatría I del AAO.
Recibido para su publicación: Agosto 2004.



Fig. 3: Placa superior con tornillo medio, Arco de Eschler con masticantes de goma

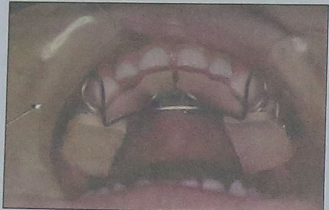


Fig. 4: Vista del mismo aparato con la boca abierta



Fig. 5: 7 meses después: la boca en oclusión, con la corrección de la línea media mejorando con leve mejoramiento de la mordida abierta.

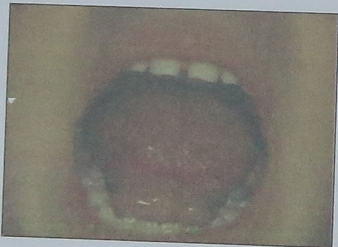


Fig. 6: En apertura se observa la desviación de la línea media mandibular hacia la izquierda



Fig. 7: Maxilares en oclusión con interposición lingual

2. Para optimizar los resultados que se logran con el aparato mencionado, en una etapa siguiente se colocó un monoblock de uso nocturno tendiente a centrar la mandíbula, reubicar los cóndilos, organizar la oclusión y – facilitando la labor del fonaudiólogo – mejorar la correcta posición de la lengua.(Fig. 8) Periódicamente se fueron realizando desgastes en el acrílico para permitir la erupción de los incisivos inferiores hacia el plano oclusal. (Fig. 9) Conviene recordar que la acción del monoblock cambia el modo en que la contracción muscular moldea la zona de inserción, guía la erupción dentaria y promueve la forma de los procesos alveolares y el crecimiento simétrico de la mandíbula (Fig. 10 y 11)



Fig. 8: Activador en boca. Nótese el desgaste en el acrílico para facilitar la erupción de los incisivos superiores e inferiores.



Fig. 9: Tras 12 meses de uso del activador. Reubicación del maxilar inferior. Corrección de la línea media. Los incisivos inferiores alcanzaron el plano oclusal.



Fig. 10: El momento de la figura 9 con la boca abierta



Fig. 11: Mejoramiento de los rasgos faciales

RESULTADOS

Como puede observarse en las fotografías, se logró simetría en el crecimiento, una oclusión armónica, funcional y estética. Al examen funcional hay simetría en la apertura y cierre bucal y desaparición total de ruidos y normalización de la fonación.(Fig. 12, 13, 14 y 15)



Fig. 12 y 13: Vista frontal y lateral a los 21 meses de uso del activador. Maxilares en oclusión armónica. Normalización de la línea media.



Fig. 14: Al comenzar el tratamiento



Fig. 15: Al finalizar el tratamiento

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Encina G. Mordida Cruzada unilateral, disfunción del sistema estomatognático. Rev. A.A.O. v. 22 (1) enero-marzo 1987
- Willamson E. and Simona M. D. Mandibular asymetry and its relation to pain disfunction. Am. J. Orthodontic 1979, v. 76 (6) p.612-627
- Ricketts H. M. Clinical implication of the TMA. Am. J. Orthod. v. 552 (6) p. 417-438. 1966
- Canut J. A. Ortodoncia y ATM.revisión critica. (1) Rev. Esp. Ortod. 1990 v.20 p. 78-87
- Moyers R.E. Manual de Ortodoncia. 4º edición. Buenos Aires. Pp. 112-113 y 548 1998.
- Rapaport H.F. de y Sánchez M. Un caso de asimetría facial. Rev. AOA. v.39 (4) 231 oct-dic. 1991
- Canut J. A. Articulación témporo-mandibular. Rev. Esp. de Ortod. 1978 : v.8 (3)
- Schroeder U. and Schroeder I. Early Treatment of Unilateral Posterior Crossbite in children with bilaterally Contracted Maxillae. European Journal of Orthodontics. 1984 v. 6 p. 65-69
- Marci F., y Mónaco A. Prevención de las patologías de la ATM. Journal of Orthodontics and Pediatric Dentistry. 1998 v. 3 (1)
- Alamoudi N. Correlation between oral parafunction and temporomandibular disorders and emotional status among Saudi children. Journal Clinical Pediatric Dentistry 2001 v.26 (1) p. 71-80
- Kirveskari P., Alanen P. and Jamsa T. Association between craneo-mandibular disorders and occlusal interferences in children. J.Prosthet. dent. 1992 v.67 p.692
- Schellhas, Pollei and Wilkes. Pediatric internal derangement of the temporomandibular joint: effect development. AJO-DO. Jul. (51-56)
- Isberg A. Stenstrom B. Isaacsson G. Frequency of bilateral temporomandibular joint disc. Displacement in patients with unilateral symptoms: A 5 years follow-up of the asymptomatic joint. A clinical and arthrotomographic study. Dentomaxillo facial 1991 v. 20 p. 73-76.
- Shore N. A. TMJ disfunction and occlusal equilibration. Lippincott. Filadelfia 1976
- Ingerwall B. Tooth contac on the functional and on-functional side on children and young adults. Arch Oral Biol. 1972 v. 17 p. 191-200
- Canut J. A. Perspectiva ortodóncica del diagnóstico oclusal. Rev. Esp. Ortod. 1980 v. 10 (3) p. 275-301
- Williamson E. H., Lundquist D.O. Anterior guidance: its effect on electromyogrphic activity of temporal and masseter muscles. J. Prosthet. Dent. 1983 v. 48 p. 816
- Ahlgren I. Pattern of chewing and malocclusions of teeth. Acta Odont. Scand. 1967 v.25 ; 3-10
- Magnusson T., Egermark-Ericsson and Carlson G. E. Changes in subjective symptoms of crano-mandibular disorders in children and adolescents during a ten years period. J. Orofacial Pain. 1993 ; v. 7 ; 76-82
- Carlson G. E. ; Ingerwell B. and Lewin T. Relation between Funcional Disturbances of the Masticatory System and some variables. Oral Rev., 1976 ; 3 305-310
- Wright D. M. and Moffet B. C. the post-natal development of the human T.M.J Am. Journal Anat. 14. 235-250
- Moffet B. The Morphogenesis of the TMJ. Am. J. Orth. 1966 v. 52 (6) 401-416.
- Alonso A. Albertini J. Bachelli A. Crecimiento, desarrollo y formación de la oclusión. Occlusion y diagnostico en rehabilitación oral. 1999. Rev. Internacional de odontología Restauradora y Periodoncia. 2001 v. 3
- Zielinsky L. Bruxismo y dolor orofacial. Rev. AAO, v. XLI (1) enero-diciembre. 2002 6-15
- Zielinsky L. Desórdenes cráneo-mandibulares. Clasificación bioaxial. Rev. AOA 1998 v. 48 (4) 332-335
- Posselt V. Range of movement of the mandible. J. Am. Dent. Assoc. 1958 10-13
- Ice y Nakazawa. Anatomic Atlas of the Temporomandibular Join. Quintessence Publishing 1991. Chicago
- Artur J. [et al.] Relationship between orthodontics treatment, condylar position and internal derangement in the temporomandibular joint. Am. J. Ortho / Dentof. Orthoped. 1992 : v. 101 48-53

Dirección de la Autora: Anchorena 1176 (1425) Capital Federal República Argentina

RECURSOS ORTODONCICOS EN PROTESIS REMOVIBLES EN NIÑOS

* Dra. Graciela J. Libonatti Dra. Nora Olgjati

Resumen

En el presente trabajo, se muestran distintos casos clínicos que se han resuelto, mediante la utilización de prótesis removibles en niños con el agregado de recursos ortodoncicos, para corregir tempranamente anomalías oclusales.

Se plantea la necesidad de que todo odontopediatra posea conocimientos, que le permitan realizar no sólo prevención de caries o enfermedad periodontal, sino también detectar tempranamente maloclusiones.

Palabras claves

Prótesis en niños, aparatología removible, maloclusiones

Summary

The present study has been presented to illustrate that many case reports can be successfully treated with prosthesis with the addition of removable attachments in order to correct in children occlusal abnormalities.

It is hoped that this case report will stimulate pediatric dentists to be able not only to prevent caries or periodontal disease but also to detect malocclusions in an early stage.

Key Words

Prosthesis in children, removable brace, malocclusion.

La prevención en odontología, no solo debe ocuparse de impedir el desarrollo, o de tratar tempranamente las caries o la enfermedad periodontal, sino también, todo odontopediatra debe estar capacitado para detectar a edad temprana las patologías oclusales. En nuestra práctica diaria, es común ver, que las mismas, observadas a tiempo e interceptadas, tienen una evolución mucho más favorables.

Si poseemos este conocimiento, cuando recibamos en nuestro consultorio un paciente que lamentablemente a perdido o presenta piezas dentarias irrecuperables, debemos implementar un tratamiento preventivo destinado a mantener en salud las piezas que aún la posean, devolviéndola a aquellas que no la tienen y evitar futuros daños.

Es por ello que en muchos casos debemos recurrir a la instalación de mantenedores de espacios en niños ya sean fijos o removibles.

La decisión de unos u otros dependerá de diversos factores, teniendo en cuenta fundamentalmente la edad del pequeño.

En el presente trabajo nos ocuparemos de la mantención del espacio con prótesis removibles en niños a las cuales en caso que la patología oclusal lo determine, agregamos distintos aditamentos de aparatología removible para ayudar a corregir tempranamente la maloclusión.

La mayoría de estos aparatos utilizan fuerzas musculares para efectuar cambios dentarios y óseos, desarticulan los dientes, estimulan una nueva posición mandibular y alteran selectivamente los trayectos eruptivos de los dientes (Moyers Manual de Ortodoncia pag. 527)

Requisitos de toda prótesis removible en niños: Fig.1 y 2

Requisitos de toda prótesis removible en niños:

1. No interferir en el crecimiento y desarrollo de los maxilares. *Por ello no deben tener flancos.*
2. Acompañar el crecimiento y desarrollo óseo. *Por ello deben ser hendidas y con perno-tubo.*
3. Permitir el corrimiento distal de caninos. *Por ello los retenedores deben ser confeccionados en estas piezas de mesial a distal.*
4. Ser retentivas..

Figura 1

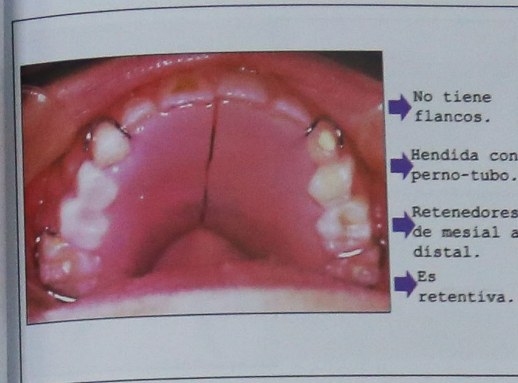


Figura 2

Diferentes aditamentos de aparatología removible que agregamos a las prótesis para ir corrigiendo maloclusiones: Fig. 3 y 4.

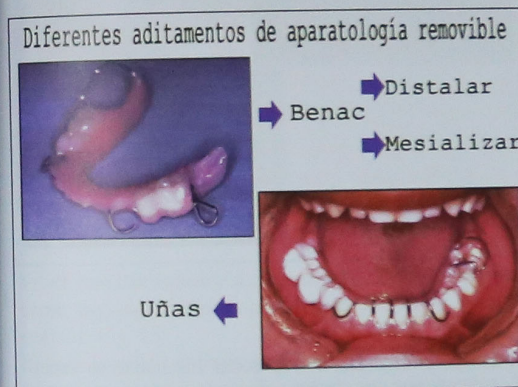


Figura 3

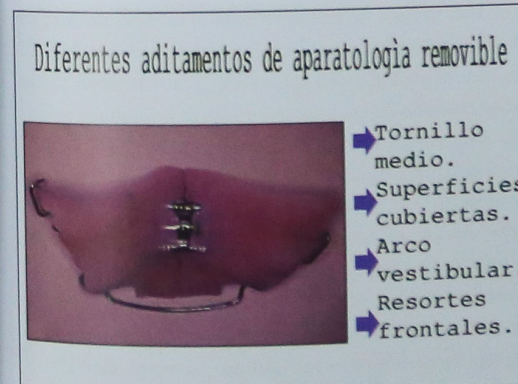


Figura 4

CASO N° 1

En el primer caso, se presenta a una niña de 6 años, donde vemos de frente una mordida cruzada superior derecha. diastemas ántero- inferiores con discrepancia hueso-diente Fig. 5.

Observamos una relación buco lingual anormal de varias piezas dentarias al cerrar ambas arcadas en oclusión céntrica. Como las líneas medias no están juntas a ocurrido una adaptación funcional.

Recordemos que las mordidas cruzadas pueden ser de origen dentario, muscular u óseas. Las mordidas cruzadas posteriores deben tratarse lo antes posible para que las arcadas dentales y las articulaciones témporomandibulares puedan tener un crecimiento y desarrollo normales.

La mayoría de las mordidas cruzadas son bilaterales, pero a menudo parecen unilaterales cuando los dientes están en posición intercuspídea plena. En tales casos, las líneas medias dentales no coincidirán al cerrar el maxilar inferior, que se desviará hacia un lado al final del cierre.

En la vista lateral, hay restos radiculares y vemos más claramente falta de espacio para los incisivos laterales inferiores y la mordida cruzada. Fig. 6



Figura 5

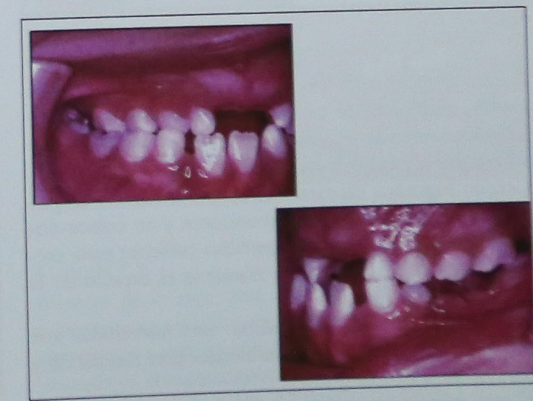


Figura 6

* Especialista en Odontopediatría-Jefa del Servicio de Odontopediatría II del AAO. Recibido para su publicación en Agosto 2004.

La radiografía panorámica nos muestra cómo debido a la falta de mantención del espacio por la presencia de restos radiculares se ha producido la mesialización de las piezas 36 y 46, confirmando además la discrepancia inferior. Fig. 7. En el maxilar superior la pieza 65 debe ser extraída, al igual que los restos de 74, 75 y 85. Fig. 8

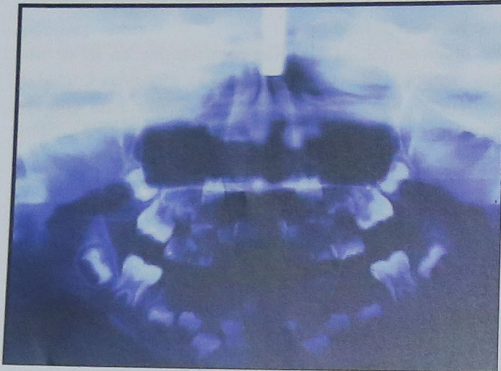


Figura 7

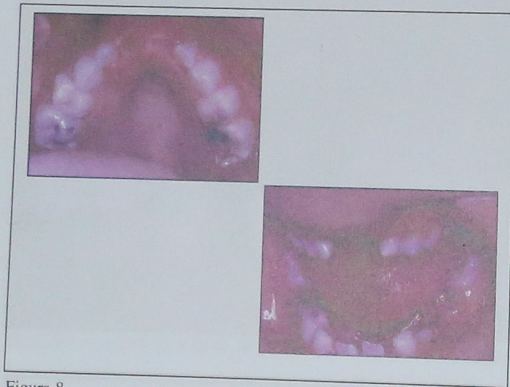


Figura 8

Luego de realizar un programa preventivo básico, efectuando, enseñanza de cepillado, topicaciones de fluor y selladores de fosas y fisura, hacemos la evaluación correspondiente mediante el Índice de O'Leary.

Cuando logramos disminuir el mismo a valores aceptables, se llevan a cabo las extracciones y se coloca una placa con tornillo medio y superficies cubiertas para corregir la mordida cruzada, se mantiene el espacio de la pieza 65, con acrílico.

En la placa inferior los espacios son mantenidos con dientes de acrílico y se colocan Benacs para distalar 36 y 46. Fig. 9.

El arco inferior va posicionando los incisivos. Fig. 10.

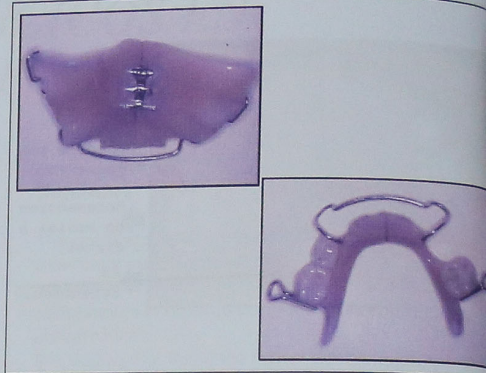


Figura 9



Figura 10

Al tiempo comienzan a erupcionar los incisivos superiores y se realizan las exodoncias de 73 y 83 para permitir la erupción de 32 y 42. Fig. 11

A su vez, se trata de ir recuperando el espacio perdido de 36 y 46 activando los resortes Benacs respectivos. Fig. 12

Un control posterior sin aparatología, nos permite ver la mejor posición de los primeros molares definitivos inferiores y la erupción de los incisivos laterales. Fig. 13

La vista de frente nos muestra que aún persiste el corrimiento de la línea media, pero hay una posición más correcta de los molares definitivos con la consecuente mejoría de la mordida cruzada y la ubicación de todos los incisivos laterales. Fig. 14

En este momento, cambiamos la aparatología, agregando resortes frontales para vestibular incisivos laterales y Benacs para cerrar diastema anterior.

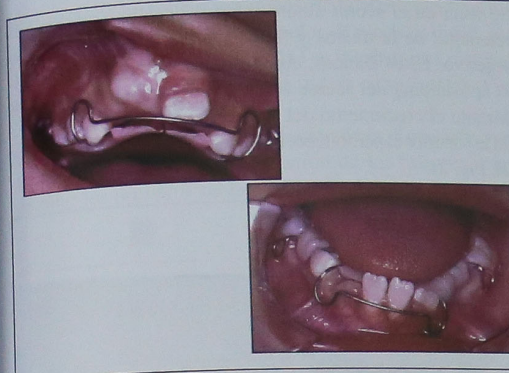


Figura 11



Figura 12

En el maxilar inferior agregamos resortes Benacs para cerrar espacios entre incisivos y recuperarlo a nivel de caninos. Fig. 15

Si bien la niña continúa su tratamiento, gracias al diagnóstico temprano y al uso de prótesis con aditamentos, ha ido mejorando su patología oclusal. Fig. 16

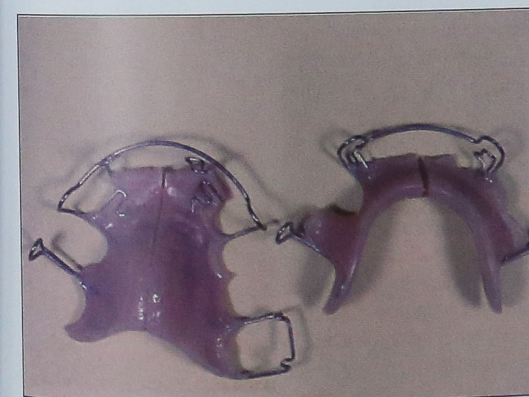


Figura 15

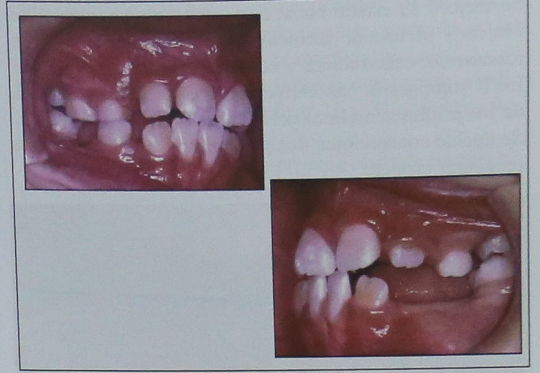


Figura 13



Figura 14

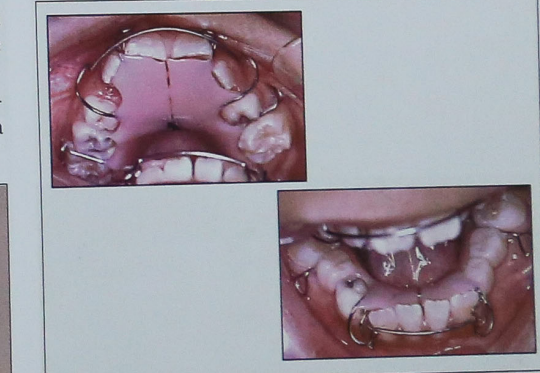


Figura 16

CASO N° 2

Paciente de 6 años, con patología dentaria y pérdida importante de espacios por múltiples extracciones a edad temprana, sin mantención del mismo, motivo por el cual se produjeron extrusiones dentoalveolares y pérdida de su dimensión vertical. Fig. 17

Se mejoró su estado bucal con un programa preventivo básico y el uso de técnicas atraumáticas. Se aplicaron ionómeros, cariostáticos y coronas de acero. Fig. 18
 En la radiografía panorámica se ven las mesializaciones de los primeros molares definitivos. Fig. 19
 Se decide confeccionar dos prótesis con aditamentos para recuperar espacio.

Se usan en el sector ántero-inferior uñas para mejorar la retención de la misma y flancos laterales con ese mismo objetivo. Estos flancos, como interfieren en el crecimiento to aposicional del sector vestibular deben ser desgastados durante el crecimiento del niño. Fig. 20
 En la superior el perno-tubo, acompaña el crecimiento transverso. Fig. 21

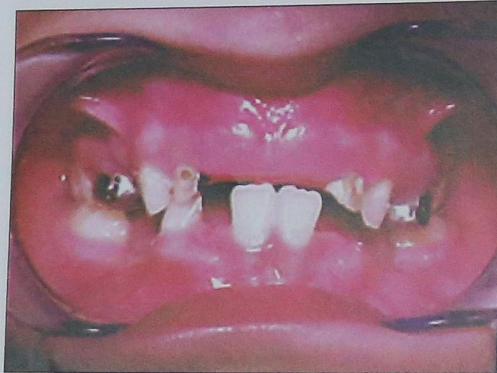


Figura 17

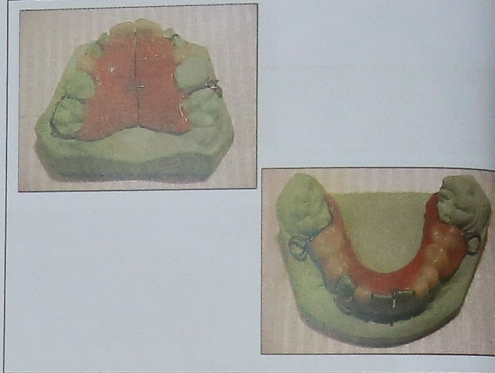


Figura 20

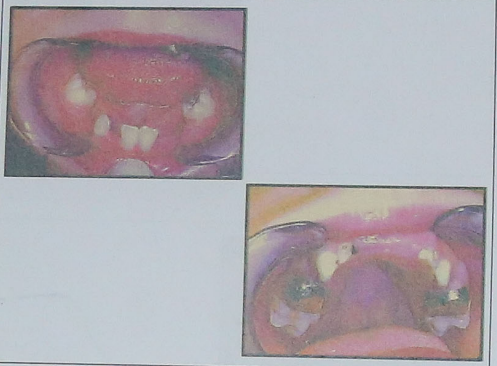


Figura 18

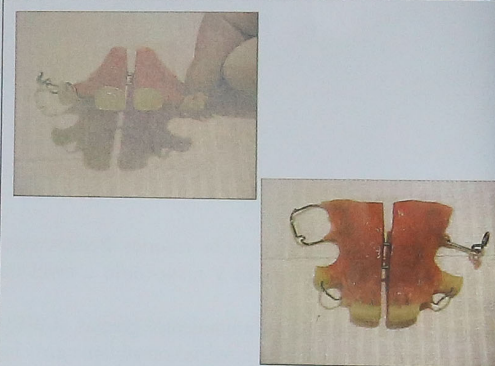


Figura 21

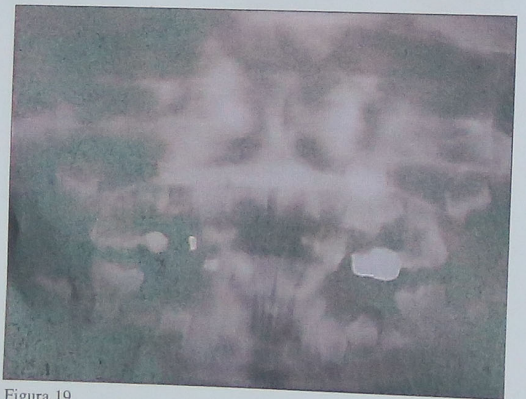


Figura 19



Figura 22

Las prótesis instaladas en ambos maxilares muestran los retenedores caninos confeccionados de mesial a distal, los Benacs para distalar y el desgaste en los distintos sectores para permitir la erupción de las piezas permanentes. Fig. 22, Fig. 23
 En la figura 24 se ve la recuperación de la dimensión vertical y se continúa en la activación de los resortes para distalar los primeros molares. Fig. 24

de su oclusión usar tempranamente todos los recursos a nuestro alcance para permitir la correcta erupción de las piezas 15, 12 y 22 y mejorar su mordida cruzada. Por ello confeccionamos una prótesis con tornillo medio y resortes Benacs para mesializar 11 y 21 y distalar 16. Fig. 27, 28 y 29
 Al cabo de tres meses, en esta primera etapa de tratamiento, se lograron los objetivos propuestos. Fig. 30, 31, 32 y 33.

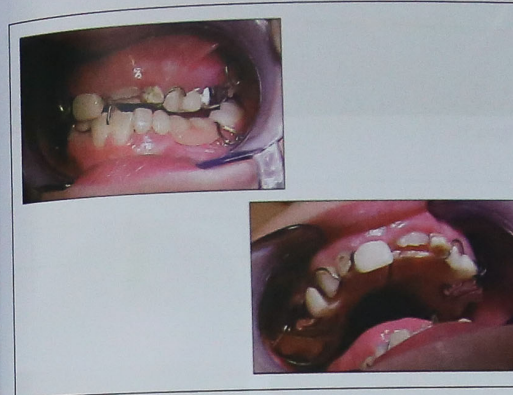


Figura 23

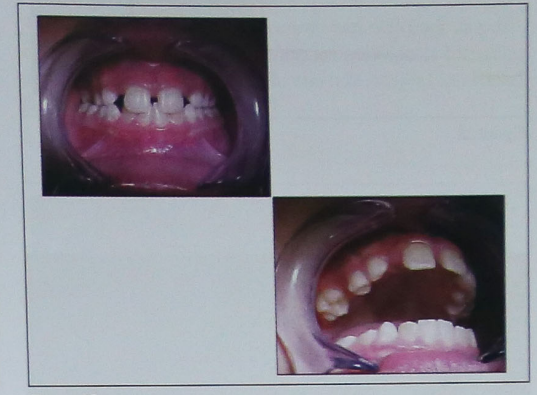


Figura 25



Figura 24



Figura 26

CASO N ° 3

Paciente de 7 años con importante diastema ántero-superior, mordida cruzada posterior de origen dentario pues solo había inclinación de las piezas, con mantenimiento de la línea media en oclusión céntrica y mesialización del 16 por extracción prematura del 55. La misma patología se observa en la radiografía panorámica. Fig. 25 y 26.
 Convencionalmente, colocaríamos un mantenedor de espacio fijo con el fin de preservar el espacio disponible. De acuerdo a nuestro criterio es importante para la salud

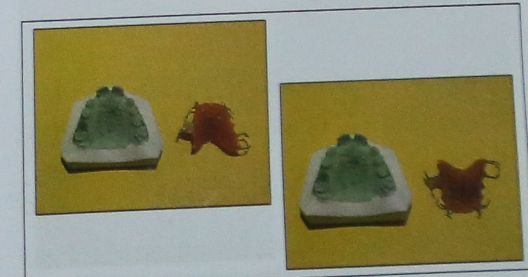


Figura 27

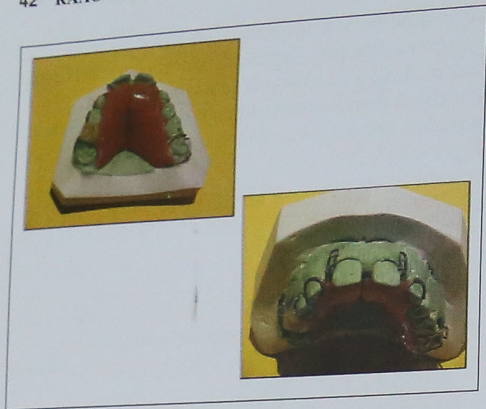


Figura 28



Figura 31

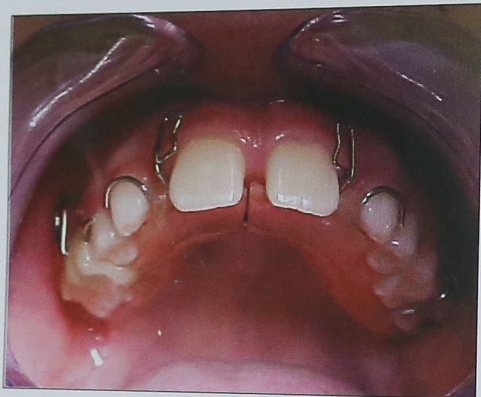


Figura 29



Figura 32

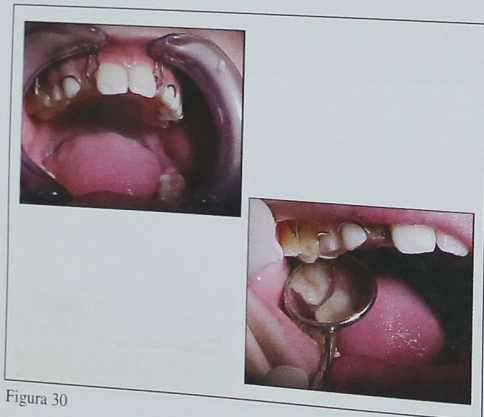


Figura 30

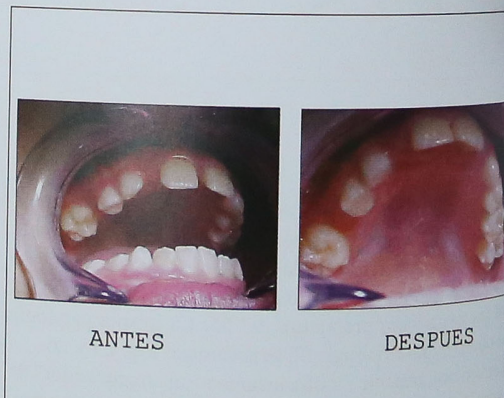


Figura 33

CASO N° 4

Paciente de 4 años, fisurada palatina. Los niños que presentan estas anomalías necesitan atención interdisciplinaria durante los primeros años: cirugía plástica, foniatría, odontología pediátrica, ortodóncica, cirugía bucal, apoyo psicológico y en algunos casos oftalmología y neurocirugía. Deben mantener la mejor salud oral posible. La conservación de las denticiones primaria y permanente permitirá un tratamiento quirúrgico y ortodóncico óptimo para poder mantener resultados satisfactorios a largo plazo.

Su rostro presenta de frente y perfil, el tercio medio disminuido, surcos labiales marcados y labio superior delgado, por hundimiento del mismo debido a la falta de soporte óseo. Fig. 34



Figura 34

tratadas y protegidas con coronas de acero a las que se le agregaron en vestibular, retenciones para la prótesis. Fig. 35, 36 y 37.

La misma se confecciona con importante flanco anterior, con la finalidad de recuperar la correcta posición del labio, tornillo medio y superficies cubiertas para descruzar el maxilar superior. Fig. 38

Los retenedores de las prótesis apoyan sobre las retenciones de las coronas. Fig. 39

Al año de tratamiento vemos como han mejorado la posición de los tejidos blandos como así también la fonación y la estética, colaborando todo ello a la integración social de la pequeña. Fig. 40, 41, 42

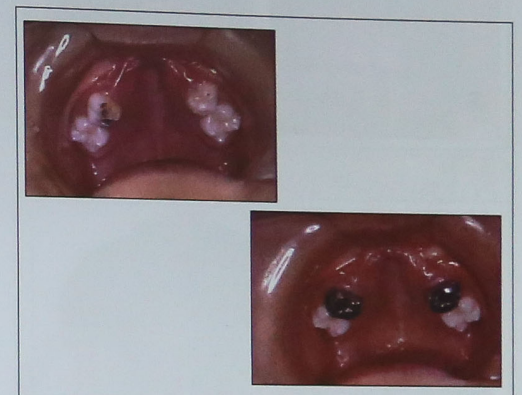


Figura 36



Figura 35



Figura 37

El labio inferior se encuentra evertido con alteración del plano facial de Ricketts.

Presenta además falta de piezas dentarias ántero-superiores y mordida cruzada bilateral por atresia del maxilar superior, con paladar ojival y caries en 54 y 64 las que son

Los odontopediatras, tenemos la posibilidad de ver más allá y restaurar, no solo la función, sino también recuperar la sonrisa de un niño. Fig. 43

Esta visión más amplia de la odontopediatría, permitirá que la misma no esté abocada exclusivamente a la prevención y al tratamiento de caries y enfermedad periodontal, sino también a detectar y revertir a edad temprana alteraciones funcionales y oclusales del niño.

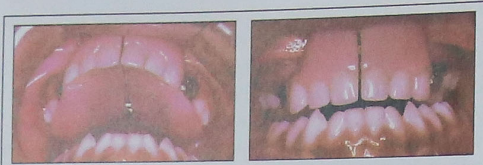


Figura 38



Figura 39



Figura 40



Figura 41



Figura 42



Figura 43

BIBLIOGRAFÍA

1. Braham Raymond- Morris Merle Odontología Pediátrica. Ed. Panamericana. (1994)
2. Cameron Angus, Widmer Richard. Odontología Pediátrica. Ed. Harcourt (1998)
3. Enlow Donald H. Manual sobre Crecimiento Facial. Ed. Intermédica (1982)
4. Finn Sydney Odontología Pediátrica. Ed. Interamericana (1998)
5. Moyers. Manual de Ortodoncia Ed. Panamericana (4ª edición)
6. Preconc. Curso 3 Mod. 3 Odontología Integral para Niños II. Oclusión. Organización Panamericana de la Salud. (1994)

Dirección de las autoras:

Dra. Graciela J. Libonatti
Av. Boedo 1579 1° B (1237) Buenos Aires
graciellalibonatti@hotmail.com

Dra. Nora Olgiati

Av. S. M. del Carril 3116 (1419) Buenos Aires
noraolgiati@hotmail.com

Nuevos Sistemas



Brackets

- Basados en aplicación CAE (Computer Aided Engineering)
- Más **ventajas, estabilidad** final y **rapidez** de tratamiento
- Optimización de la relación **costo-beneficio**
- Para tratamientos en niños, jóvenes y adultos.



• Arcos

• Máscaras

• Articuladores

• Elásticos

• Instrumental

• Nuevos Productos

• Sistem Trainer

MYOFUNCTIONAL RESEARCH CO. Australia

Brackets linguales

Diseñados especialmente para pacientes adultos.



Free Line
Asesoramiento y consultas

ORTOTEK
EN ORTODONCIA... TODO

sdsOrmco
SYBRON DENTAL SPECIALTIES

Artículos Odontológicos S.A.
Junín 967 – Buenos Aires – (C1113 AAC) Argentina
Tel. / Fax: (54-11) 4963-8501
e-mail: consultas@ortotek.net
www.ortotek.net

En Rosario: Moriena - Seisas - Tel. / Fax: (0341) 435-5156 - ortotekrosario@ortotek.net
En Mar del Plata: Alejandro Bary - Tel. / Fax: (0223) 471-2499 - ortotekmdp@ortotek.net
En Montevideo: sdsOrmco - Tel. / Fax: (514) 422-1111 - ortoteksalva@ortotek.net

2º JORNADA SOBRE EJERCICIO PROFESIONAL

El viernes 1 de Octubre se llevó a cabo en el Regente Palace Hotel de esta capital la 2º Jornada sobre Ejercicio Profesional organizada por FOCIBA.

El encuentro, que fue declarado "de interés de la Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires" contó con la presencia del coordinador de la red odontológica de la Secretaría de Salud de la Ciudad, Dr. Héctor Salinas, el Presidente de la CORA, Dr. Rubén Scholnicov, el Director del Hospital de Odontopediatría "Don Benito Quinquela Martín", Dr. Carlos Grinberg, el Secretario General de AGOCIBA, Dr. Alfredo Basovich, dirigentes de las instituciones primarias de FOCIBA y una nutrida cantidad de colegas, inusual en eventos de carácter gremial.

En la iniciación del acto hicieron uso de la palabra junto a los citados Dres. Salinas y Scholnicov, los Dres. Eduardo Devoto, Presidente de FOCIBA e Isaac Rapaport, Presidente de la Comisión Organizadora de la 2º Jornada.

Posteriormente, diversos oradores se refirieron a temas relacionados con las dificultades que los odontólogos enfrentan actualmente en material laboral, fundamentalmente las que surgen de las perversas condiciones de trabajo impuestas por las empresas de medicina prepaga, obras sociales y clínicas.

El Dr. Néstor Rubacha reseñó las gestiones efectuadas por las autoridades de FOCIBA en materia de habilitación de consultorios, recolección de residuos patológicos, registro de entidades de medicina prepaga y juicios por mala praxis.

El Dr. Miguel Larroque, ex presidente de la Sociedad de Anestesiología explicó las estrategias utilizadas por esa entidad para la defensa de los derechos laborales de sus colegas.

El Dr. Ricardo Macchi, profesor titular de la Facultad de Odontología de la UBA y el recién graduado Dr. Matías Lepera, analizaron, cada uno desde sus respectivas ubicaciones, las características de la formación que la facultad - más allá de lo técnico- brinda al estudiante perrechándolo para la defensa de un ejercicio profesional digno.

Por último, un panel de cinco especialistas, moderado por el Dr. Ricardo Pomeraniec, opinó respecto al estado actual del Nomenclador Nacional: su contenido desde los puntos de vista científico, social y económico, sugerencias para su mejoramiento y propuestas respecto a las vías más idóneas para lograr su actualización.

En todas las conferencias, los expositores tuvieron que responder a numerosas preguntas formuladas por el público. Por momentos, se suscitaban vehementes discusiones. A través de ellas se percibía la angustia de muchos colegas por lo que consideraban una conducta humillante por parte de los empleadores. Pero, al mismo tiempo, varios presentes consideraron que las entidades representativas de la profesión no efectuaban acciones para defender satisfactoriamente a los colegas.

Sin embargo, y aquí radica el éxito de la Jornada, flotó en el ambiente la idea que se iniciaba una nueva etapa en la vida de FOCIBA, que lo que se discutía en la Jornada tendría continuidad, a tal punto que varios de los presentes se acercaron a los organizadores ofreciendo su colaboración para futuras tareas.

En medio de un clima de gran camaradería, el encuentro finalizó con un ágape, en atención al "día de la Odontología Latinoamericana"

Dr. I. R.



Foto 1: Integrantes del panel que analizó el grado de actualización del Nomenclador Nacional. De izq. a der.: Dres. Mario Dufour (ortodoncia), Andrea Kaplan (operatoria dental), Efraín Gómez (periodoncia), Eugenio Henry (endodoncia), Cristina Deangelillo (odontopediatría) y Ricardo Pomeraniec (moderador)

Foto 2: De izquierda a derecha: Dres. Rubén Scholnicov (Pte. CORA), Eduardo Devoto (Pte. FOCIBA), Isaac Rapaport (Pte. Comisión Organizadora 2ª Jornada) y Héctor Salinas (Coordinador Red Odontológica Secretaría de Salud del Gobierno de la Ciudad A. de Buenos Aires).

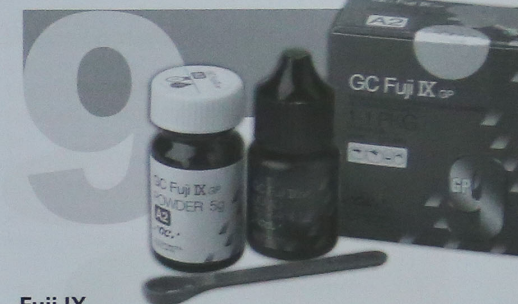
FUJI 'GC'

LIDER MUNDIAL EN IONOMEROS VITREOS



Fuji I
Ionómero de vidrio convencional
para cementación de metales,
metales con porcelana,
metales con resina y bandas
para ortodoncia. Radiopaco.

Presentación:
15 gr. de polvo,
10 ml. de líquido.



Fuji IX
Ionómero de vidrio convencional, radiopaco
de alta densidad para posteriores.
Se utiliza en pediatría, geriatría, técnica TRA,
base y obturación.

Presentación:
5 gr. de polvo,
2,4 ml. de líquido.



M. T. de Alvear 2081
(C1122AAE) Buenos Aires
Tel: 011-4821-4114
Fax: 011-4821-3229
0-800-44-Grimberg (47462)
www.grimbergdentales.com
ventas@grimbergdentales.com

ORIGEN JAPON

Atención de Pacientes en las Clínicas del A.A.O.

ORTODONCIA

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

ORTODONCIA EN ADULTOS

Miércoles 13:00 a 15:00 (quincenal)

ODONTOPEDIATRÍA

Viernes 8:30 a 10:00

IMPLANTES

Viernes 8:30 a 11:30

PRÓTESIS

Martes 9:00 a 11:30

SIRIA

Lunes 9:00 a 11:30
Sábado 9:00 a 12:00

OPERATORIA

Lunes 13:00 a 15:30

OCCLUSIÓN Y DISFUNCIÓN

Lunes 9:00 a 10:30

ORTOPEDIA

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

SINA

Miércoles 9:30 a 11:00 (quincenal)

CIRUGIA I

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

DEFORMIDADES DENTOFACIALES

Martes 13:00 a 15:30

PERIODONCIA

Miércoles 9:30 a 11:30

ENDODONCIA

Miércoles 12:00 a 14:30

CIRUGIA II

Jueves 9:30 a 11:30

ESTOMATOLOGÍA

Jueves 9:30 a 11:30

ARCO RECTO

Sábados 9:00 a 12:00 (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 ó CD y 3 pruebas impresas en hoja blanca tamaño carta de un solo lado, con espacio entre líneas razo-nable 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) Petrovic16 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 Buco-Máxilo-Facial. 9ª 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 en el reverso. Imágenes obtenidas de internet o scaneadas: en 300 dpi, jpg, CMYK. 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, Nº de e-mail 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 anónima.

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 encargar copias adicionales haciéndose cargo del costo correspondiente.



Es nuestro menester hacerle llegar para las fiestas que se aproximan anhelos de felicidad en que Ud. sea colmado de bienestar y prodigiosa evolución para que logremos caminar juntos la senda de la educación y formación permanente.

Diciembre 2004.-

LABORATORIO "Del Ateneo"

Aparatología de Ortopedia Funcional y Ortodoncia en toda su variedad

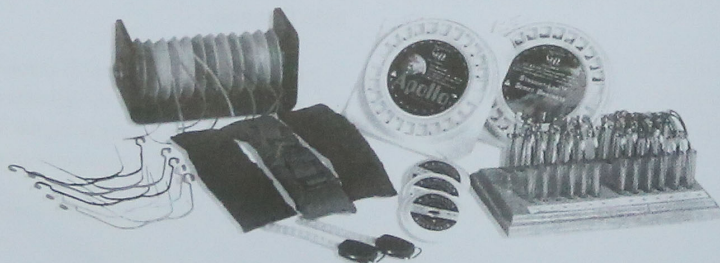
Ricardo N. Llanes - Eduardo H. Aguirre

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

ORTHO HOUSE

Ahora puede hacer su pedido al tel. / fax: (5411) 4771-6168 - cel. 15 5402-6469

IMPORTADOR DE PRODUCTOS DE ORTODONCIA PROCEDENCIA USA, ITALIA Y BRASIL







ASESORAMIENTO PROFESIONAL GRATUITO

Colgate®

Ahora
NUEVA!



ALIVIO CLÍNICAMENTE PROBADO CONTRA LA SENSIBILIDAD DENTAL

-  Efecto desensibilizante del Citrato de Potasio.
-  Protección anticaries del Flúor.
-  Agradable sabor a menta que motiva su uso diario.
-  Precio accesible para todos sus pacientes.



Protección Diaria contra la Sensibilidad Dental.

Usted ya conoce
la efectividad de **Actron**[®]
Ahora **Súmele MAS PODER**

NUEVO



» **Mayor efectividad.**

El ÚNICO ibuprofeno 600mg en
CÁPSULA DE GELATINA BLANDA del mercado.

» **Rápida Acción.**

Sus CAPSULAS DE GELATINA
BLANDA se disuelven y absorben más rápido
que los comprimidos tradicionales.

» **Venta Bajo Receta.**

Alto beneficio para pacientes con obra
social. Precio accesible para pacientes sin
cobertura.



**MAYOR PODER
ANALGESICO Y
ANTIINFLAMATORIO**

