

# REVISTA DEL ATENEO ARGENTINO DE ODONTOLOGIA

## República Argentina

Islas Malvinas: se ve la iglesia y el edificio donde funcionan el correo y la biblioteca de Puerto Argentino



V. 17

VEMOS, EN ESTA FOTO, UNA  
AMPLIA ZONA DEL PUERTO

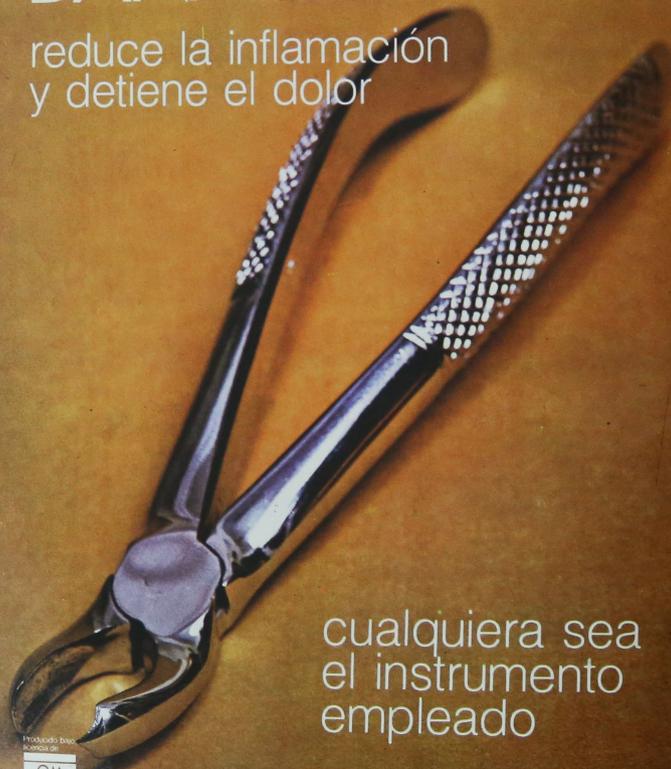


1082 Abril Agosto 1982



# DANALON<sup>OM</sup>

reduce la inflamación  
y detiene el dolor



cualquiera sea  
el instrumento  
empleado

Prodotto bajo  
licencia de



Intervención

Distribución y venta en Argentina S.A.C. el 1981

1981, agosto de 1. de 2000 de 1981  
DANALON<sup>OM</sup> 4 x 20 Capítulos \$ 29.662  
DANALON<sup>OM</sup> 8 x 40 Capítulos \$ 54.000

Establecido por  
**Johnson-Johnson**  
Argentina S.A. (Argentina) S. de Distribución  
Buenos Aires - República Argentina

## SUMARIO

<b>EDITORIAL: PAZ Y SOBERANÍA</b>	<b>3</b>
<b>INTERACCIÓN DISCIPLINARIA EN EL TRATAMIENTO INTEGRAL DEL NIÑO*</b>	
<b>DOCTORES B. FRANCIA, H. RAPAPORT, M. D. TORRES, S. WEI Y A. B. DE ZIELINSKY</b>	<b>5</b>
<b>INTERACCIÓN DISCIPLINARIA EN EL TRATAMIENTO INTEGRAL DEL ADOLESCENTE*</b>	
<b>DOCTORES A. F. ALVAREZ, M. CAPURRO, S. L. DE FERRER, I. ISHIKAWA, B. LEWKOWICZ Y H. PERRY</b>	<b>13</b>
<b>ALGO SOBRE LA TÉCNICA DE RICKETTS*</b>	
<b>DOCTORES E. BESZKIN, G. O. GRINSPON Y A. RIZZUTTI</b>	<b>35</b>
<b>TUMOR ADENOMATOIDE ODONTOGÉNICO (ADENOAMELOBLASTOMA)</b>	
<b>DOCTORES E. ROMERO DE LEÓN, S. LÓPEZ GARZA Y SRES. S. LÓPEZ GONZÁLEZ Y R. CATILLO DE LEÓN</b>	<b>39</b>
<b>INFORMACIONES: ACTO POR LA PAZ, LA JUSTICIA Y LA SOBERANÍA</b>	<b>47</b>

\* Resúmenes y transcripciones de relatos y trabajos presentados en el Primer Congreso Interdisciplinario en Odontología (Buenos Aires, setiembre de 1981).

DIRECTOR:

Alfredo Fermín Alvarez

CUERPO DE REDACCION:

Carlos Guberman,  
Ana María Rodríguez,  
Silvia Rudoy,  
Diana Kaplan.

Diagramación y dirección técnica:

Antonio Tarsitani

Correspondencia: Anchorena 1176/78  
(1425) Buenos Aires  
Teléfonos: 821-7349 y 0394  
República Argentina

Ateneo Arg. de Odontología — 1

## COMISION DIRECTIVA

PRESIDENTE: Miguel J. Stratas  
VICEPRESIDENTE: Mario Daniel Torres  
SECRETARIO: Mario J. Beszkin  
PROSECRETARIO: Edith Losoviz  
TESORERO: Carlos Guberman  
PROTESORERO: Alberto Baggini

## VOCALES TITULARES:

Catalina Dvorkin Saúl Merlin  
Diana Kaplan Luis Zielinsky  
Beatriz Lewkowicz Alfredo F. Alvarez

## VOCALES SUPLENTE:

Oscar Siscar Liliana Doctorovich  
Eva Schilman Ricardo Pomeraniec  
Clara Szteinberg Sofía Vinograd

## COMISION FISCALIZADORA

## TITULARES:

Elias Beszkin Henja Rapaport  
Jaime Fiszman

## SUPLENTE:

Noemi Lisman Natalio Schesak  
Silvia Rudoy

## TRIBUNAL DE HONOR:

Angel Lagorio Sara Sneibrun  
Elias Samailovich Lea Casoy  
Leonardo Voronovinsky Susana Varan  
Ruben Raccagni Nora Kotler  
Teresa Israelson

LAS OPINIONES expresadas en esta publicación no reflejan el punto de vista del ATENEO ARGENTINO DE ODONTOLOGIA, a menos que hayan sido adaptadas por el mismo.

Serán considerados como trabajos originales los que no hayan sido publicados ni estén en vías de publicación.

Estarán escritos con máquina de un solo lado y en doble espacio. Llevarán, asimismo, el nombre completo del autor, sus títulos, cargos y su domicilio.

No se devuelven originales.

**Intercambio internacional:** deseamos canje con revistas similares.

Nous désirons établir l'échange avec les revues similaires.

Desideriamo intercambio con rivisti simili.

Deseamos permutar con as revistas congeneres.

We wish to exchange with similar magazine.

Un austausch Wird gebeten.

# Paz y Soberanía

Los acontecimientos bélicos en el Atlántico Sur, motivaron la siguiente declaración del Ateneo: "Ante las graves circunstancias que vive el país, y rescatando la necesidad de participación ciudadana, la Comisión Directiva del Ateneo Argentino de Odontología, quiere sumar su voz a las distintas expresiones nacionales que reivindican el derecho soberano del país sobre las islas australes.

Se sostuvo la necesidad de agotar las vías que permitan la solución pacífica del conflicto tomando como punto de partida las resoluciones de la Naciones Unidas sobre territorios que deben ser descolonizados y se consideró, por lo tanto, a ese foro internacional, el marco natural de las negociaciones.

Como profesionales argentinos, apoyamos los actos en defensa de nuestra soberanía en todos sus aspectos: territorial, económico y, particularmente, la generada en la auténtica participación democrática; tal como lo ha expresado la Confederación General de Profesionales, cuya declaración del 16 de abril apoyamos."

Buenos Aires, mayo 3 de 1982

A propósito de esta honda preocupación, el 7 de mayo el Ateneo realizó en su sede, una mesa redonda con el lema que da título a este comentario editorial: PAZ Y SOBERANIA, con una cantidad de público que rebasó las dependencias habilitadas, y sobre cuyo desarrollo se informa en otras páginas de la Revista.

En esta entrega se continúa con la publicación de trabajos y relatos presentados en el PRIMER CONGRESO INTERDISCIPLINARIO EN ODONTOLOGIA, que en su momento fue anunciado como un esfuerzo de la institución al servicio de la Nación, de la Salud, del Bienestar y de la Paz. En eso estamos.

**SIEMPRE CON LOS  
MEJORES  
PRECIOS DE  
MATERIALES E  
INSTRUMENTAL  
ODONTOLÓGICO**

**PERO, POR FAVOR,  
NO NOS CREA  
Y VENGA A:**



**emporio  
dental s. a.**

**JUNIN 1007**

**(COD. POSTAL 1113)**

**T. E. 83-9340/9372**

**BUENOS AIRES**

## *Interacción Disciplinaria en el Tratamiento Integral del Niño*

**Dictantes:**

doctora Beatriz Francia,  
doctora Henja Rapaport,  
doctor Mario Daniel Torres,  
doctor Stephen Wei y  
doctora Ana B. de Zielinsky.

**Coordinadora:**

doctora Haydée Strusberg Furer de Fligler.

Durante esta reunión se desarrolló un completo análisis del tratamiento interdisciplinario del paciente niño teniendo como meta final llegar a una feliz organización de su oclusión.

Formaron esta mesa deliberativa, por orden de exposición, los doctores Beatriz Francia (ortodoncista y ortopedista), Mario D. Torres (cirujano), Henja Rapaport (odontopediatra y ortopedista), Ana Zielinsky (fonoaudióloga) y Stephen Wei (odontopediatra).

La mecánica de la mesa se desarrolló con una tónica particular. Cada panelista desarrolló, en su revisión, la contestación a preguntas elaboradas por él mismo, con anticipación, que fueron leídas a la audiencia antes de la disertación.

Para dar al lector una más acertada síntesis de esta mesa deliberativa, se transcriben las preguntas leídas y a continuación una síntesis de la exposición correspondiente.

*Doctora BEATRIZ FRANCIA*

Ortodoncista y ortopedista.  
Docente del curso de posgrado en ortopedia  
y ortodoncia y jefa de clínica del  
Servicio de Ortopedia del Ateneo Argentino  
de Odontología.

Tema: Control de la erupción dentaria.  
Preguntas:

- 1º) ¿Por qué existe la necesidad de un control de la erupción dentaria?
- 2º) ¿Cuales son los elementos biológicos que intervienen en el desarrollo de la oclusión?
- 3º) ¿Cuales son los elementos de diagnóstico para detectarlos precozmente?
- 4º) Qué actitud tomamos frente a los problemas que se nos plantean en el control del desarrollo de la oclusión?

Las alteraciones que se producen en el ritmo del desarrollo de la oclusión suelen estar íntimamente relacionadas con la pérdida de espacio y con la formación de una incorrecta curva oclusal.

Los preceptos biológicos que intervienen en la oclusión son:

En primer lugar, el perímetro del arco, distancia que va del primer molar permanente de un lado pasando por las cúspides vestibulares a primer molar del lado opuesto del arco, y que disminuye de 2 a 3 mm entre los 10 y 14 años. Esta disminución sería atribuida a 3 causas fundamentales:

- 1º) Ligero desgaste interproximal entre los 10 y 26 años.
- 2º) Migración mesial temprana: es la posición en clase I de los molares definitivo, usando para su situación los diastemas obtenidos en la dentición temporaria, es lo que conocemos con el nombre de migración mesial temprana y es causante del acortamiento del perímetro del arco.
- 3º) Migración mesial tardía: usando la diferencia de tamaño que existe entre los molares temporarios y los pre-molares definitivos, la migración mesial del 6 permite su colocación en clase I sin que medien diastemas en la zona anterior.

En cuanto a la 3º) pregunta, que se refiere a los elementos de diagnóstico para detectarlos precozmente, la doctora Francia aclaró que el estudio cefalométrico, el estudio radiográfico y el estudio de modelos son 3 factores indispensables para el real diagnóstico de situación.

Del estudio cefalométrico, aclaró que el conocimiento precoz del equilibrio incisivo orientará con mayor precisión al tratamiento.

Los índices de Steiner, Schwartz y Halloway fueron explicados a continuación, como elementos fundamentales de un diagnóstico diferencial.

Con respecto a la radiografía como elemento de diagnóstico aclaró que el uso de una seriada radiográfica es fundamental para la detección de agenesias, dientes supernumerarios, cuya incidencia es mayor en el maxilar superior que en el inferior y, sobre todo, en la zona de premaxilar; el tamaño y forma de las piezas de recambio, el número de caries, la reabsorción de la cara mesial del canino temporario, en caso de una disrelación hueso-diente y para observar la calcificación de la raíz de los dientes permanentes.

Mediante este importante elemento de diagnóstico, tendremos acertadamente aclarados los elementos de la erupción dentaria del paciente, su frecuencia y ritmo.

Con respecto al último punto, que es el estudio de modelos, la doctora Francia aclaró que el estudio del índice de Moyers, que se realiza sobre estos modelos, nos permitirá predecir, dentro de límites bastantes cercanos, la cantidad de espacio requerido y determinar el espacio disponible. En cuanto a la actitud que tomamos en el manejo del espacio deben tenerse en cuenta cuatro factores muy importantes:

- a) Mantener el espacio,
- b) Recuperación del espacio,

- c) Supervisión del espacio,
- d) Casos de discrepancias muy marcadas.

Doctor MARIO DANIEL TORRES

**Cirujano buco-máximo-facial.  
Vicepresidente del Ateneo  
Argentino de Odontología.  
Docente y jefe de Clínica en el  
Servicio de Cirugía  
bucal-máximo-facial de la institución.**

Su tema: prevención en la organización de la oclusión bajo un enfoque quirúrgico.

Las preguntas fueron:

- 1º) ¿Qué actitud se toma ante la falta de erupción de dientes permanentes en edad oportuna?
- 2º) ¿Cuáles son las ayudas quirúrgicas en dientes no erupcionados? ¿Cuándo? y ¿Cómo?
- 3º) ¿Qué observar en el seguimiento en ubicación de dientes erupcionados con ayuda quirúrgica?

El doctor Torres comentó su disertación diciendo que del trabajo en equipo del cirujano con el ortodoncista-ortopedista resulta, en un mejor tratamiento, un acortamiento de los tiempos empleados en llegar a un feliz término y una disminución de lesiones mayores en los pacientes.

Por razones didácticas, el doctor Torres decidió contestar las 3 preguntas en un solo tema.

Ante un paciente con la ausencia de una pieza permanente en la boca, en una edad que debería haber erupcionado, con el homólogo ya en posición y el temporario presente, el diagnóstico de retención dentaria del permanente es lo correcto. Las causas de esta retención son muy variadas, y es necesario la utiliza-

ción de la radiografía como auxiliar de elemental importancia para el diagnóstico.

El doctor Torres comenzó aquí la explicación con diapositivas, donde se pudo observar retenciones dentarias por causas, tales como: falta de espacio para erupcionar, inclinación del germen, dientes supernumerarios, odontomas, quistes, etcétera.

En los casos antes mencionados, el doctor Torres destacó nuevamente la necesidad del trabajo en equipo con el ortodoncista, que permite elegir el momento de la oportunidad para descubrir la pieza retenida, ya que muchas de estas intervenciones sin programación previa con el ortodoncista, terminan en fracaso, con cierre de la brecha y necesidad de reoperar.

Mediante un nuevo grupo de diapositivas, el doctor Torres indicó las cualidades que deben tener las intervenciones de este tipo:

- a) Las incisiones deben ser correctas para evitar las fibrosis,
- b) de tamaño suficiente para descubrir la corona, previa extracción del temporario si fuera necesario,
- c) osteotomías adecuadas y eliminación de obstáculos,
- d) eliminación del saco pericoronario de la pieza retenida y colocación de gasa iodoformada bien profunda,
- e) los elementos de tracción podrían ser coronas, bandas, lazos de alambre y brackets de adhesión directa.

Mostró cómo se debe tener preparada y colocada previamente la aparatología en la boca del paciente para que se pueda comenzar el tratamiento ortodóncico inmediatamente después del acto quirúrgico.

Desde el punto de vista quirúrgico, la brecha controlada 2 veces por semana, permanecerá abierta con el manejo de la gasa iodoformada y el cemento quirúrgico.

El doctor Torres mostró varios casos de tratamientos terminados, y la última parte de su disertación estuvo dedicada a los casos en que dentro del acto operatorio se puede hacer "ortodoncia quirúrgica" para facilitar la erupción de las piezas retenidas modificando su posición por medio de maniobras quirúrgicas.

Sintetizando estos conceptos, menciono 4 factores que es necesario tener en cuenta si se practica ortodoncia quirúrgica, según Holland:

- a) Que exista lugar en la arcada, en forma natural o creado.
- b) para su conservación vital debe contactarse con un foramen abierto.
- c) no debe hacerse un giro de más de 90°.
- d) es necesario liberar la pieza del trauma oclusal.

Doctora HENJA RAPAPORT

**Odontopediatría y ortopedista,  
jefa de Servicio de Odontopediatría  
del Ateneo Argentino de  
Odontología. Docente del curso  
de posgrado en Ortopedia  
del A.A. de O.**

Su tema: Prevención de la oclusión, mantenedores de espacio y prótesis en niños.

Preguntas:

- 1º) ¿Cuándo, por qué y hasta cuándo está indicado un mantenedor de espacio?
- 2º) ¿Cuáles son los requisitos que debe cumplir?
- 3º) Ante una ausencia de dientes en la zona anterior, ¿cómo se debe actuar?
- 4º) ¿Cuál es la edad adecuada para la colocación de una prótesis removible y cuáles son las características que debe reunir?

8 — Ateneo Arg. de Odontología

Al comienzo de su tema, la doctora Rapaport dio pautas primordiales para la atención del paciente odontopediátrico que podemos sintetizar en 3 puntos, a saber:

- a) Se debe llegar a una oclusión donde haya una relación armónica entre morfología, función y estética.
- b) La oclusión debe ser de máxima cuspidación, con contactos simultáneos y simétricos.
- c) Los factores etiológicos para tener en cuenta en la organización de las arcadas dentarias, en la organización de su oclusión y del sistema estomatognático, son: el esquelético, el factor muscular y el factor dentario; en este último se debe considerar de importancia, el acortamiento del arco inferior por lingualización de los incisivos inferiores permanentes y corrimiento mesial de los 1<sup>os</sup> molares permanentes inferiores y la ligera tendencia a aumentar en el maxilar superior por la vestibulización de los dientes anteriores y laterales.

Todo tratamiento odontológico en niños debe evitar las extracciones prematuras, las giroversiones, las caries proximales no tratadas y estudiar las posibilidades de agenesias, supernumerarios, etc., que puedan ser factores condicionantes del acortamiento del arco.

Recapitulando, entonces en toda terapia interceptiva los odontopediatras deben tener en cuenta mantener las piezas dentarias, hacer correctas obturaciones proximales y oclusales, eliminar trabas e interceptar hábitos.

En caso de ser necesarias las extracciones prematuras debe ser colocado en su lugar la o las piezas que los reemplazan, mediante el uso de mantenedores de espacio o prótesis.

Estos mantenedores de espacio o prótesis deben tener en los niños, requisitos que son fundamentales y que, sintetizan:

Volumen XVII — No 2 — Abril - Junio 1982

do las palabras de la doctora Rapaport, son:

- a) Mantener en sentido ánteroposterior del perímetro del arco.
- b) Evitar en sentido vertical la extrusión del antagonista.
- c) Permitir y acompañar en sentido transversal el libre crecimiento de los maxilares.
- d) Su construcción y colocación no deben favorecer la retención de alimentos, ni dificultar la higiene bucal.
- e) No interferir en la fonación, favorecer la función masticatoria y ser estéticamente aceptable.
- f) En el caso de la prótesis deberá ser hendida en la línea media y los retenedores deben emerger desde mesial abrazando los caninos hacia distal y la zona vestibular no debe tener flancos.
- g) En caso de pérdida de dientes en la zona anterior, se debe colocar prótesis por razones estéticas, foniátricas y para evitar extrusiones del antagonista y para permitir el nuevo paso del ciclo masticatorio.

Antes de los 3 años y medio, las pérdidas dentarias deben ser repuestas por prótesis fijas, usando como pilares los primeros molares temporarios y con hendidura central palatina o lingual mantenida con doble tubo telescópico.

También la doctora Rapaport mostró en diapositivas casos de prótesis fijas con coronas fenestradas en caninos como retenedores.

Doctora ANA B. DE ZIELINSKY

**Fonoaudióloga. Profesora  
titular en la Universidad de Buenos  
Aires. Jefa del servicio  
de Fonoaudiología del Hospital  
Israelita de Buenos Aires.  
Docente del curso de ortopedia  
del Ateneo Argentino de  
Odontología.**

Volumen XVII — No 2 — Abril - Junio 1982

Su tema: la fonoaudiología y su relación con la atención odontopediátrica.

Las preguntas fueron:

- 1º) ¿Cómo se detecta la respiración bucal?
- 2º) ¿Qué importancia tiene la deglución y la masticación en el paciente odontopediátrico?
- 3º) ¿Cuál es el momento oportuno para la educación o reeducación de las alteraciones pesquizadas?

La doctora Zielinsky se refirió a los cambios orales que deben acompañar las modificaciones resultantes de los tratamientos ortopédicos-ortodóncicos, como son los cambios en posición de lengua, los cambios en los labios y la respiración.

La cara es un grande y variado impulso sensorial y las modificaciones fisiológicas y psicológicas que tienen lugar en ella son difíciles de identificar y separar.

El diagnóstico del respirador bucal es sumamente complejo y debemos tomar en cuenta una serie de factores para poder llegar a un feliz diagnóstico. Esos factores son:

- 1º) Su maduración en combinación con los centros corticales, que es eminentemente dinámica y sigue sus propias leyes de desarrollo.
- 2º) El aprendizaje opera en la relación individuo-ambiente.

Se vio luego los patrones de comportamiento oral, que tienen una influencia genética importante, y estos son los patrones de comportamiento de los dientes. Los tipos de maloclusión y su corrección, condicionan luego el importante trabajo fonoaudiológico en acondicionar de acuerdo con ello los tejidos circundantes.

Los problemas ambientales, tales como la alimentación y demás, pueden modificar los patrones de comportamiento. Luego podemos nombrar los hábitos, que son comportamientos motores que se ponen en marcha con independencia de la

Ateneo Arg. de Odontología — 9

voluntad, y la edad también es un factor de importancia. Y así la doctora Zielinsky afirmó que todo cambio del patrón de comportamiento debe estar dirigido al restablecimiento de los aspectos neuromusculares que ayudan a la función.

Las causas de un respirador bucal son variadas, y no todo niño que respira con la boca abierta puede ser rotulado como tal, sabiendo que el niño no tiene problemas de adenoides y tiene un buen pase de aire, el paciente que respira por la boca puede ser:

- 1º) Insuficiente funcionalidad
  - a) Todo niño operado de adenoides debe recibir reeducación para corregir su respiración nasal.
  - b) Los niños alérgicos pueden necesitar reeducación postratamiento.
- 2º) Los impotentes funcionales no son comunes, tienen que ser tratados neuropsicológicamente.
- 3º) El insuficiente mecánico genuino.

Las pruebas que pueden realizarse en el consultorio odontológico y que pueden servir de diagnóstico diferencial son:

- 1º) Prueba Rosenthal: hacer 20 inspiraciones por cada narina, y si no necesita de movimientos complementarios de ayuda, se verificará que el paciente es hábil.
- 2º) Los niños entre 1 y 6 años pueden realizar entre 25 y 36 respiraciones por minuto, sin movimiento complementario. A mayor edad se va disminuyendo la cantidad de respiraciones y va en relación inversa a las expiraciones, ya que a mayor edad la expiración es más larga.

No sólo la observación de la nariz es de importancia sino también la de los labios, y aquí debemos observar el tipo de cierre. Así lo demostró la doctora Zielinsky con una serie de diapositivas.

Si se pone atención a la voz, veremos que el respirador bucal al no hacer uso de su caja de resonancia y al tener un

uso incorrecto del músculo buccinador, tiene una voz más opaca.

Con respecto a la segunda pregunta, la doctora Zielinsky explicó, que se estudia la deglución de saliva y la deglución de alimentos, pero que es fundamental al estudio de la masticación. Mostró entonces diapositivas en las que se vio:

- a) la formación de bolo,
- b) la forma de deglución.

La lengua se debe estudiar: si sirve para hablar, masticar y tragar, y así se debe estudiar, si puede mover la punta y si puede vibrar. Si esto es satisfactorio se pasa al estudio la sensibilidad lingual, tocando puntos de la lengua, con el paciente con ojos cerrados y usando también formas de acrílico para su identificación.

Con respecto al lenguaje, la doctora Zielinsky aclaró que hasta los 5 años, es un plazo óptimo para llegar a una correcta fonación. Y a esta edad en caso necesario se debe verificar la audición.

Doctor STEPHAN WEI

**Titular de la cátedra  
de odontopediatría y jefe  
del departamento para estudios  
de posgrado de la Universidad de  
Iowa EE.UU. Miembro consultor  
del Veterans Administration  
Hospital (Iowa City).  
Editor en jefe del Journal of the  
American Academy of Pedodontics.**

Su tema: La estrategia para el control de las caries y las preguntas:

- 1º) ¿Cuáles son los principios de la prevención odontológica?
- 2º) ¿Cuál es el tratamiento mediante el uso de flúor en casos de caries rampantes en el adolescente?
- 3º) ¿Cuáles son las medidas que usted adopta para controlar bocas con severa incidencia de caries?

El doctor Wei comenzó con la contestación, por la segunda pregunta y así aclaró que en las caries rampantes en el adolescente se debe tomar en cuenta los factores psicológicos, hormonales, emocionales y de dieta. El trabajo en equipo con el médico es fundamental, dado que, generalmente, el uso de psicofármacos está indicado.

El programa deberá ser instituido en forma individual.

La prevención, de acuerdo con el doctor Wei, se divide en 3 estadios a saber: Prevención primaria, Prevención secundaria y terciaria.

A su vez podemos estudiar 5 niveles a saber:

1º Nivel: promoción de la salud, asesoramiento pre y posnatal, genética, alimentación, nutrición, y educación para la salud pública.

Para ser verdaderamente preventivo, las acciones deben comenzar con el dentista y su personal, y debe ser filosofía general del ejercicio de la odontología.

El dentista y su personal deben practicar lo que predicán y deben mostrar la importancia que la prevención significa en la odontología actual.

El control de la placa, y si es posible de la dieta, sería de gran importancia; lamentablemente sólo el 20 % de los pacientes es realmente receptivo a esos cambios de conducta y es, en general, aquél 20 % que menos lo necesita.

El doctor Wei recomendó comenzar el tratamiento dental en niños desde la aparición de las primeras piezas dentarias, alrededor de los 6 a 7 meses, para ajustarse a un posible diagnóstico y curación precoz de las caries. También el uso del revelador de placa, el cepillado desde temprana edad, con el uso del hilo dental, así como una dieta adecuada son los pilares en que se basa hoy la prevención de enfermedades bucales.

En el caso del adulto, su motivación debe fundarse en:

- 1º) Creencia en la propia susceptibilidad de problemas odontológicos.
- 2º) La importancia que estos problemas acarrearán.
- 3º) Su eficacia en corregir los problemas ya planteados.  
Los factores, en general, que han llevado a evitar el tratamiento preventivo son:
  - 1º) Valoración negativa de muchos dentistas, actualmente.
  - 2º) Miedo al dolor por parte del paciente.
  - 3º) El costo del tratamiento.

Los tratamientos con agentes que contengan flúor, son de vital importancia, sobre todo, en aquellas comunidades cuyas aguas no lo contienen.

Las topicaciones semestrales, o aun más frecuentes, cuando esto sea necesario; enjuagatorios, sobre todo en pacientes en tratamientos ortopédicos u ortodóncicos; el uso de selladores de puntos y fisuras y el asesoramiento de la dieta; sobre todo de los alimentos entre comidas que, en general, son de alto poder cariogénico; son elementos fundamentales que permiten al odontólogo actual tener y hacer tomar a sus pacientes conciencia de las grandes ventajas que el total cumplimiento de las reglas de la prevención tiene en la salud bucal de hoy y en el futuro.

Ciertos factores genéticos pueden influir verdaderamente en el coeficiente de caries de un individuo, ellos son: la dureza de su esmalte, las posibilidades "buffer" de su saliva, la presencia en ésta de inmunoglobulinas, etcétera.

Los factores ambientales pueden ser modificados, no así los genéticos. Las dietas fibrosas o duras como, por ejemplo, las nueces, van a ayudar por el aflujo de saliva que generan a una mejor limpieza. Desde el punto de vista general, diremos que actualmente el estudio de vacunas y la existencia de saliva sintética, son elementos de gran interés, y sobre todo las vacunas, aunque aún fal-

ta algún tiempo para poder pensar en un uso masivo.

Sobre los tejidos duros, los tipos de flúor, los detriticos fluorados y los selladores permiten prever una gran disminución de la cantidad de caries.

El doctor Wei habló luego sobre la importancia de las técnicas de educación odontológica en el paciente en forma personal, tanto en el niño como en el adolescente. Explicó el uso de sedantes y ansiolíticos y su reducción, a medida que va adelantando o mejorando la relación odontólogo-paciente.

Sólo citó como necesario el uso de la anestesia general en paciente con grandes problemas y muy corta edad, o en ciertos tipos de discapacidad.

Luego el panelista volvió a explicar las bases de sus tratamientos de topificación diarios con gel de flúor en caso de caries rampantes.

El estudio comparativo de la cantidad de placa por medio de fichas para estudios longitudinales, que permite ver la disminución de placa, son muy importantes.

Con respecto al cepillado, su teoría es que sólo cuando el paciente odontopediátrico ya ha obtenido por su edad gran destreza física puede enseñársele técnicas sofisticadas. (El doctor Wei prefiere el cepillado circular).

Volviendo al tema de la dieta, el profesor Wei recomendó la explicación bien detallada de los problemas que ocasiona la ingesta de hidratos de carbono y la importancia de su frecuencia en los pacientes, especialmente en aquellos, que por su cantidad de caries, podemos llamar de alto riesgo.

Los alimentos con sorbitol y xylitol usados como edulcorantes serían poco cariogénicos, y en caso de xylitol podría, inclusive, tener un efecto protector.

Llegado ya al tratamiento odontológico propiamente, se trabajará por cuadrante. En caso de grandes cavidades, se tratará de eliminar el máximo de caries y, si es posible, llegar a hacer protecciones pulpares. El doctor Wei aclaró que en su universidad, una vez casi limpia la cavidad se hace una topicación con flúor estanofo al 10% dejándola por 5 minutos, luego se coloca un protector pulpar a base de calcio y la cavidad es sellada por 3 meses con un cemento de óxido de Zn reforzado. Al cabo de estos 3 meses se vuelve a limpiar ya en forma completa y se coloca la amalgama.

Como broche final, el doctor Wei repasó para la audiencia el uso de tópicos y buches fluorados, el uso de pastillas de flúor en zonas de aguas no fluoradas y aclaró la posible próxima aparición del hilo fluorado para disminuir las caries proximales.

## Interacción Disciplinaria en el Tratamiento Integral del Adolescente

Dictantes:

doctor Alfredo Fermin Alvarez, doctora Mabel Capurro,  
doctora Susana Lustig de Ferrer, doctor Ildefonso  
Ishikawa, doctora Beatriz Lewkowicz, doctor Harold Perry\*

Coordinadora:

doctora Noemí Lisman

Doctora

SUSANA L. de FERRER

Médica psicoanalista; miembro didacta de la Asociación Psicoanalítica Argentina; Profesora de la Universidad de Belgrano y ex presidente de la Sociedad de Psicología Médica, Psicoanálisis y Medicina Psicosomática (filial de la Asociación Médica Argentina).

—¿Quién es el adolescente como persona y paciente?

—¿Qué podemos esperar del adolescente como paciente odontológico?

—¿Cómo se logra su motivación?

Los conocimientos que hoy tenemos del ser humano nos obligan a enfocarlo en su totalidad y no sólo desde un punto de vista específico y localizado. Con los importantes conocimientos de psicología profunda que se fueron adquiriendo en el transcurso de este siglo, con el hallazgo del rol referente a la importancia del psiquismo inconsciente, por una parte, y con la comprensión de las características de las distintas etapas evolutivas, hace que debamos encarar en cualquier momento de la vida de una persona su personalidad con un enfoque integrado, teniendo en cuenta tanto su dolencia desde el punto de vista somático como la

forma en que la atención de la misma se inscribe en su psiquismo.

Si bien es verdad aquello que se ha dicho en cuanto a que "el mejor trabajo interdisciplinario es aquel que tiene lugar en una sola mente", también es cierto que la atención integral no puede ser ejercida por un solo profesional.

Creo importante señalar con cifras de la OMS, que en estos momentos la mitad de la población humana oscila entre el año y los 22 años; existiendo unos 500 millones de personas con edades que van de 15 a 24 años, y que para el año 2000 esta cifra se habrá duplicado. Estas cifras hacen bien valioso consi-

**Sr. Odontólogo:**



Somos especialistas en diseño y equipamiento de consultorios. Si Ud. está por instalarse o reequiparse avísenos. Le seremos más útiles de lo que supone.

Reparamos equipos de cavitación, insertos, turbinas, etc.

**INSTALACIONES Y SERVICIOS ODONTOLÓGICOS**

AV. JUAN DE GARAY 2876 (1256) CAPITAL FEDERAL - Tel. 942-0692

derar en las áreas en que actuamos las características del adolescente como paciente.

Veamos quién es el adolescente desde el punto de vista psicológico. Entendemos por adolescente el período evolutivo que media entre la niñez y la edad adulta. Esto se inscribe cronológicamente entre los 9 y los 10 años hasta los 21 o 22.

Es sabido que existe una tremenda anarquía semántica con respecto a lo que atañe al período adolescente, y les habrá, tal vez, llamado la atención que hago arrancar la adolescencia desde un período tan temprano. Esto se debe al hecho que desde el punto de vista psicológico, biológico y hormonal, que son las tres ópticas con las cuales vamos a enfocarlo al adolescente, vemos cambios sumamente trascendentes ya a partir de los 9 o 10 años, período en el cual los endocrinólogos y los pediatras nos señalan que hay un despertar hormonal sumamente significativo, y las gonadotrofinas coriónicas tanto en el varón como en la niña están enormemente aumentadas. Ese período entre los 9 - 10 años y los 13 - 14 años lo vamos a designar como período puberal, aunque no escapa a nuestra consideración que hay autores que lo designan como período prepuberal. Lo designamos como puberal porque estamos convencidos de los enormes cambios biológicos que acontecen en forma solapada tanto en la niña como en el varón, lo que tienen un corolario psicológico sumamente importante. Este es el período que podemos considerar como premenárquico en la niña y previo al desarrollo genital del varón.

Designaríamos como adolescencia temprana al período que media entre los 13 y los 15 - 16 años, y luego desde los 16 a los 21 - 22, el período de adolescencia tardía. Pongo énfasis sobre esta clasificación porque si bien en el período

puberal la atención de la niña y del niño está centrada narcisísticamente en torno de los cambios corporales, en la adolescencia temprana se trata de consolidar la incorporación psicológica de los cambios corporales y asumir la identidad genital en cada uno de los años. La adolescencia tardía se trata mucho más de una inscripción en el mundo exogámico o sea una búsqueda de relaciones que van más allá de la relación con las figuras familiares o las figuras primarias que estaban en torno del niño o de la niña en cuestión.

El corolario psicológico de estos cambios es de una enorme importancia. Cuando el niño o la niña pasan a la pubertad y sufren estos grandes y vertiginosos cambios corporales, su preocupación por el cuerpo es sumamente intensa, casi prevalece sobre los demás objetivos y atenciones que tienen. Imaginense la trascendencia de una acción, generalmente traumática, sobre el esquema corporal. Si tenemos en cuenta además que en ese período de crisis de identidad hay actitudes regresivas importantes, y la cavidad oral adquiere nuevamente significados históricos en la evolución de la persona, comprenderán ustedes el rol protagónico que el odontólogo desempeña con un ser humano que se está debatiendo en esa problemática. Lo que ocurre en la adolescencia temprana, cuando el perfil de la identidad genital se consolida, es también de una enorme importancia porque el significado simbólico que la acción del odontólogo cobra en la representación psicológica del adolescente temprano está muy ligada —aunque eso parezca un poco asombroso— a su identidad genital. Situaciones traumáticas impartidas en forma desprevénida o sorpresiva son vividas como incremento de las angustias castratorias y colocan al odontólogo en una situación de oposición a los intereses del paciente

en lugar de transformarlo en un aliado y un colaborador en la evolución ulterior del adolescente.

Esto se perpetúa en la adolescencia tardía, pero ya con una connotación más significativa todavía porque, como el adolescente tardío tiene un desempeño bastante autónomo, puede favorecer o boicotear la relación con el odontólogo según como se haya inscripto el vínculo en su psiquismo.

Si el profesional comprende lo que pasa más allá de la boca del paciente, aquél se inscribirá como un colaborador en los intereses de éste. Una experiencia odontológica es siempre precursora y está presente en experiencias ulteriores. De allí que es tan importante preservar ese vínculo, atendiendo y comprendiendo a la persona en su integridad así como los distintos momentos evolutivos en los cuales el paciente se encuentra.

El tiempo empleado para entrar en contacto global con el paciente, no es tiempo perdido; la motivación, la explicación de lo que se hará, la finalidad y las consecuencias ulteriores de la intervención son fundamentales para que el paciente pueda elaborar los distintos pasos. Esa elaboración puede llevar cierto tiempo, pero es eventualmente contraindicado encarar un tratamiento antes que el paciente dé su consentimiento y se encuentre en condiciones de colaborar, salvo casos límite de urgencia.

Para conocer al paciente, es necesario registrar una serie de datos de su historia evolutiva y de su constelación familiar para prever la relación y estimar cuál

será la estrategia del abordaje terapéutico. Es importante saber si hubo situaciones traumáticas orales o quirúrgicas, o de amedrentamiento o traumáticas de otra naturaleza que pudieron haberle acontecido.

Contando con una evaluación anamnéstica previa a una intervención odontológica, cualquiera sea ella, el profesional que comprende la situación evolutiva de su paciente está en mucha mejor condición para hacer el enfoque terapéutico de él se espera.

Si esto es importante para todo ser humano, adulto, geronte, niño, lo es especialmente para el adolescente quien, por la crisis vital que está atravesando, tiene mucha mayor sensibilidad para intervenciones sobre su cuerpo.

Para resumir, un adolescente está en una crisis de identidad por la enorme velocidad de sus cambios corporales y psicológicos, está expuesto a vivir toda situación levemente traumática con un incremento de sus angustias de castración y, por otra parte, a entablar relaciones de mucho amor o de mucho odio con las personas que se ocupan de él.

Quiero llamarles la atención también sobre el hecho de que muchos adolescentes presentan estructuras caracterológicas que pueden estar inscriptas en determinado tipo de psicopatías, a veces larvadas, que pueden exacerbarse ante una situación quirúrgica u odontológica de gran envergadura. Estos son los casos en los que una evaluación especializada puede ser de utilidad para determinar la estrategia de tratamiento adecuada.

**Docente de la Cátedra de Odontología Integral (Adultos) de la Facultad de Odontología de Buenos Aires. Dictante de cursos de Endodoncia de la A.O.A. y otras instituciones.**

—Tratamiento endodóntico en dientes  
incompletamente formados.  
—Pronóstico probable de nivel histológico y clínico.

Nos referiremos a la conducta endodóntica frente al paciente adolescente, esto es a la actitud que podemos llegar a asumir frente a dientes que no han completado aún la formación radicular. El adolescente tiene dientes permanentes con diferente grado de maduración radicular; es decir dientes con paredes divergentes hacia apical, dientes con paredes paralelas y dientes con paredes convergentes hacia apical.

Los agentes etiológicos más frecuentes de la enfermedad pulpar son, tanto en niños como en adolescentes, las caries y los traumatismos que generalmente afectan los dientes posteriores y los anteriores, respectivamente.

La conducta terapéutica es diferente para dientes con desarrollo radicular completo que para dientes incompletamente desarrollados. En los dientes completamente desarrollados, es decir con constricción apical, pueden desarrollarse técnicas endodónticas convencionales.

En los dientes incompletamente formados, es necesario preservar la vitalidad pulpar para que el diente pueda completar el desarrollo radicular. Los tratamientos que pretenden conservar total o parcialmente la vitalidad pulpar son: la protección indirecta, la protección directa, en ambos casos con hidróxido de calcio, y la biopulpotomía parcial en la cual reseca una parte de la pulpa y protegemos el resto con hidróxido de calcio. Cuando toda la pulpa está comprometida, podemos hacer una pulpectomía total, protegiendo el muñón apical con una obturación de hidróxido de calcio que, a distancia, conseguirá la formación del ápice radicular. En estos dos últimos casos, obtenido el cierre apical, se debe

reemplazar el material con un tratamiento convencional. En otros casos, en dientes con paredes divergentes hacia apical, puede hacerse la obturación definitiva del conducto previa colocación en el sector apical de un tapón de hidróxido de calcio que estimulará la formación del ápice radicular.

¿Cuándo y cómo debe intervenir el conducto radicular de dientes incompletamente desarrollados? y ¿cuál es el pronóstico probable en el nivel histológico y clínico?

El tratamiento de dientes incompletamente desarrollados, con necrosis o gangrena pulpar sin o con complicación periapical, requiere dos tipos de tratamiento:

- a) un tratamiento de ápico-formación, utilizando como material el hidróxido de calcio, tratamiento temporario hasta conseguir la formación apical, y
- b) el tratamiento definitivo del conducto por medio de técnicas convencionales.

La obturación con hidróxido de calcio para promover la ápico-formación pretende también la reparación de las extensas lesiones periapicales y el cierre del ápice radicular con tejido calcificado y aun la elongación de la raíz.

Las pastas de hidróxido de calcio se pueden hacer de diversas formas. Se le agregan distintos materiales para mejorar sus condiciones físicas y químicas. Por ejemplo, el doctor Maisto, en 1964, publicó el primer trabajo sobre este tema y su pasta está compuesta por hidróxido de calcio, yodoformo y agua o en lugar de agua, metilcelulosa.

En EE.UU., Frank, en 1966, dio a conocer una pasta con hidróxido de calcio y paramonoclorofenol alcanforado.

En nuestro medio se suele utilizar la pasta del doctor Maisto, donde se mezclan porciones aproximadamente iguales en volumen de hidróxido de calcio yodoformo, y la pasta se consigue con agua o metilcelulosa. El yodoformo es radiopaco, totalmente compatible con el hidróxido de calcio y, además, ambos tienen idéntica velocidad de reabsorción.

En cuanto a la colocación del material en el conducto existen diversos procedimientos. En la actualidad utilizo un portaamalgama apical que, aunque fue diseñado para amalgama, es de gran utilidad para llevar pastas. Este portaamalgama tiene tres atacadores de diferente calibre: de 1, 1.2 y 1.5 mm. Se elige el portaamalgama cuya medida de atacar haga tope en el tercio apical del conducto, se carga con la pasta, y en una o dos maniobras se coloca el material en el extremo apical sin ensuciar las paredes. El hidróxido de calcio es perfectamente tolerado por los tejidos periapicales clínica e histológicamente. Radiográficamente puede comprobarse al cabo de determinado tiempo, la reabsorción del material y la reparación de los tejidos periapicales y el cierre apical. El cierre puede comprobarse también clínicamente con la introducción de un instrumento que hace tope y no puede atravesar el tapón de tejido calcificado.

Heithersay, en 1975, después de trabajos clínicos e histológicos, publicó un trabajo donde muestra distintos tipos de cierres apicales conseguidos con hidróxi-

do de calcio y paramonoclorofenol alcanforado. Se encuentran barreras calcificadas, histológicamente, osteocemento; en otros casos desarrollados radiculares casi normales o en otros, un verdadero "tapón" calcificado.

¿Cómo podríamos explicar la formación de un nuevo ápice radicular en un diente que aparentemente tiene su pulpa necrótica y una complicación periapical? Ham y colaboradores comprobaron en trabajos histológicos que en dientes jóvenes una amplia zona de rarefacción periapical no es prueba de claudicación pulpar.

También es interesante saber qué pasa con respecto a la vaina de Hertwig. Torneck, en 1973, afirma que el epitelio es resistente a los cambios inflamatorios. Es posible que la vaina de Hertwig pueda sobrevivir y ser capaz de continuar su rol de organizar el desarrollo radicular cuando el proceso inflamatorio se ha eliminado. Si son removidos los restos y se introduce un material que favorezca la reparación, puede ser que la vaina de Hertwig continúe su función más o menos normal. Las células de la región periapical de un diente en desarrollo pueden ser consideradas pluripotenciales y sujetas a diferenciación en células que pueden formar tejidos dentarios normales después que la reacción inflamatoria ha pasado. Otros autores dicen que a menudo la vaina de Hertwig no está intacta y puede haber desarrollo radicular atípico.

Doctor ILDEFONSO ISHIKAWA

Profesor Adjunto de la Unidad  
Funcional de Apoyo Asistencial de  
la Facultad de Odontología  
de Buenos Aires. Dictante de  
cursos de posgrado en la A.O.A.

—¿Cómo se reconstruye un diente joven  
con o sin vitalidad pulpar?  
—Valoración de nuevos materiales.

Me toca de alguna manera interrelacionar lo expuesto por las doctoras Ferrer y Capurro, ya que el adolescente que ha sufrido un traumatismo dentario plantea no sólo la necesidad de proteger el estado pulpar y el eventual tratamiento endodóntico, sino un alto grado de comunicación entre el profesional, el paciente y sus padres.

Al iniciar su relato el doctor Ishikawa con esos conceptos, mostró una secuencia de diapositivas con la metodología de explicación clínica y radiográfica de las características del traumatismo y las posibilidades de la restauración, dirigida al adolescente y a sus padres, en el marco del más amplio criterio preventivo.

Presentó luego la técnica de grabado ácido y el uso de composites, como un medio de solución rápida prestando es-

pecial atención a la salud pulpar, y actuando como un "vendaje". Insistió en la protección pulpar indirecta, apoyándose en series radiográficas de control de calcificación apical.

Se refirió después al sistema LUVA, de rayos ultravioleta; ilustrando con diversos casos con o sin refuerzos.

Abordó enseguida las reconstrucciones en dientes sin vitalidad pulpar, sin la utilización de aditamentos y con el uso de diversos anclajes: TMS, tornillos Dentatus, etcétera.

El relator desarrolló su tema con la presentación de una nutrida casística e insistió en la relación de las reconstrucciones con la salud periodontal, el control de la placa bacteriana y el cepillado adecuadamente prescripto y controlado.

**Ex presidente del Ateneo  
Argentino de Odontología.  
Presidente de la Comisión  
Científica del Primer Congreso  
Interdisciplinario en Odontología.**

—Actitud terapéutica ante desarmonías esqueléticas.  
—Importancia y determinación del empuje de crecimiento prepuberal.

—¿Es la erupción del tercer molar un factor de recidiva?  
—Factores que se considerarán en el planeamiento del tratamiento ortodóntico en esta etapa.

Trataré de expresar el pensamiento del Ateneo en cuanto al tratamiento en las desarmonías esqueléticas en el adolescente. Nada de lo que voy a expresar tiene el mérito o el defecto de ser mi pensamiento personal, sino que vengo a

aparecer como la voz trasmisora de una concepción forjada en el Ateneo Argentino de Odontología.

La naturaleza complicada de la oclusión, su desarrollo, mantenimiento y corrección es la razón primaria de la odon-

tología como una disciplina diferenciada dentro del campo médico. Como ortodontistas debemos tratar la oclusión en el momento de su organización, lo que plantea tener claridad en los objetivos que deben lograrse. En nuestra concepción, y sumándonos a las voces que van ganando terreno en el campo ortodóntico mundial, y que en nuestro país ha profundizado y divulgado el doctor Luis Zielinsky, el tratamiento ortodóntico de la oclusión tiene dos finalidades: 1º estética; 2º oclusión funcional que garantice la salud bucal, entendiendo por tal lograr eficiencia masticatoria y armonía en el sistema estomatognático. Ello se traducirá en función adecuada de la articulación temporo-mandibular y prevención de caries y enfermedad periodontal. En resumen, el objetivo del tratamiento es lograr armonía entre morfología y función. Entendemos por armonía morfológica el estado de equilibrio entre las partes constitutivas del aparato estomatognático (dientes, hueso y los elementos funcionales que vinculan la mandíbula con el macizo craneofacial), tanto en posición postural como en movimiento. Resumiendo el concepto, es un estado de equilibrio entre dientes, estructura esquelética, comportamiento muscular, ATM, sincronizados a través del SNC.

Llegar a este objetivo significa una planificación correcta en cada una de las etapas de la organización de la oclusión.

En la primera etapa de la organización de la oclusión, el objetivo es lograr un buen contacto en la zona incisiva, es decir overjet y overbite que signifique estabilidad en la dimensión vertical o de la profundidad de la mordida en la zona anterior. Por otra parte, necesitamos armonía entre las fuerzas que ejercen labios y lengua, tanto en posición postural como en funcionamiento, en forma tal que la contracción refleja que se produzca en la deglución y demás actividades

en que interviene esa musculatura, función autoperpetuando la oclusión lograda. Resumiendo, en la primera etapa del tratamiento buscamos estabilidad en sentido vertical y armonía morfológica partiendo del hecho concreto de que es la zona que primero se organiza en el período de recambio.

El objetivo en el segundo período es lograr una correcta relación canina, que significa un buen deslizamiento lateral.

En la última etapa del tratamiento el objetivo está centrado en la idea de lograr una correcta relación entre relación céntrica y oclusión céntrica, es decir una relación entre máxima intercuspul y relación céntrica tal que signifique una colocación de posiciones en sentido sagital sin deslizamiento lateral y una distancia máxima de 1 mm.

El concepto de armonía morfológica puede ser entendido como un proceso que se va logrando en el tiempo y que tiene características de individualizar cada oclusión. Este proceso de integración en el tiempo se va dando por tres factores importantes:

1. Factor estructural óseo, relacionado con los problemas de crecimiento y desarrollo.
2. Factores de comportamiento neuromuscular que constituyen la función masticatoria, deglutoria y postural y
3. Los factores dentarios.

Los tres, integrados en el tiempo, van a individualizar la oclusión.

¿Qué posibilidades tiene la ortopedia o la ortodoncia de controlar los procesos de crecimiento?

En términos generales, dice Moyers, que es posible esperar con el tratamiento ortodóntico cambios fundamentales e influencias en el proceso de crecimiento. Estos cambios, según distintos autores, significarían cambios de forma, del ritmo de crecimiento y de dirección.

Planteamos este problema del tratamiento de las desarmonías esqueléticas significa el análisis de cuatro factores que interfieren en el pronóstico.

1. Análisis de predicción del caso en estudio.
2. Oportunidad terapéutica.
3. Influencias mutuas entre tratamiento y crecimiento.
4. Limitaciones del tratamiento ortodóncico.

**Predicción:** cuando hablamos de predicción de resultados, debemos considerar el nivel que afecta la maloclusión (basal o alveolo-dentario) y el tipo rotacional de que participa esa oclusión.

Analicemos primero el tipo rotacional, que es la predicción de la relación que van a guardar mandíbula y maxilar superior. Los dos tipos más diferenciados que señala Björ son donde hay tendencia al crecimiento divergente, tendencia al crecimiento convergente. Aquí es fundamental el papel de la mandíbula, por cuanto en la mandíbula se dan más cambios de dirección que en el maxilar superior, y porque la mandíbula en su porción basilar tiene un gran componente genético. Además en la región condilar hay tendencias genéticas que marcan la relación intermaxilar.

Cuando tenemos crecimiento convergente encontramos una tendencia al crecimiento del cóndilo hacia arriba y adelante. En estos casos habrá también tendencia a una mordida profunda, tendencia a retrusión de la alveolar inferior, tendencia a extrusión de la alveolar inferior, tendencia al acortamiento de la arcada inferior, tendencia a menor reabsorción del borde anterior de la rama de la mandíbula, lo que supone dificultad para la erupción del tercer molar y gran posibilidad de su retención.

Por el contrario, en la tendencia al crecimiento del cóndilo hacia arriba y atrás, vamos a encontrar tendencia a mordida

abierta, o biprotusión, espacio libre interoclusal escaso en la zona posterior, mentón girado hacia abajo y atrás y mayor reabsorción del borde anterior de la rama ascendente y mejores posibilidades para la erupción del tercer molar inferior.

El otro problema por analizar en cuanto a predicción está referido a los problemas ánteroposteriores. Todo ortodoncista sabe que en cuanto a predicción tiene mejor pronóstico al tratar una relación oclusal de distoclusión con perfil convexo en período de crecimiento. Esta situación se da porque en la mayoría de los casos (un 60%), habrá mayor crecimiento de la mandíbula.

Por el contrario, en la mesioclusión, sumado a tendencia al crecimiento divergente, las soluciones del perfil y de la oclusión son bastante más difíciles.

El otro problema interesante de analizar desde el punto de vista predictivo, a esta altura de la organización de la oclusión, es el problema que plantean las piezas que faltan erupcionar, y muy particularmente el tercer molar, en especial el inferior.

Para predecir la erupción o retención del tercer molar inferior, debemos considerar tres factores esqueléticos: tamaño mandibular, dirección de crecimiento del cóndilo y dirección de la erupción dentaria. Cuanto más tardía es la erupción dentaria, mayores dificultades para erupcionar el tercer molar. Juegan su papel el tamaño de las piezas dentarias y la posición del germe del tercer molar. Por supuesto, estos factores pueden neutralizarse o potencializarse entre sí.

**Oportunidad terapéutica:** debemos analizar el ritmo de crecimiento y el empuje puberal. Y si contamos con elementos que nos ayuden a la determinación concreta de este momento.

Todos sabemos que el empuje puberal tiene relación directa con el ascenso del ritmo de crecimiento. En ese momento

crítico es donde vamos a encontrar mejores resultados en tratamientos que actúen excitando el crecimiento y, por el contrario, peores en terapéuticas que actúen inhibiendo crecimiento. Cuando pasa el momento de máximo empuje puberal, toda desarmonía debe ser tratada con movimientos dentarios para compensarla. Cuando las desarmonías son muy marcadas, debe pensarse en la corrección quirúrgica.

Para establecer el momento de crecimiento, tomamos como reparo al sesamoideo. En la iniciación de la calcificación del sesamoideo, controlada radiográficamente, podemos inferir probabilísticamente que el paciente está ingresando a un año del período de máximo crecimiento. Otro reparo es el cierre de la unión de la metafisis de la falange del dedo mayor, que indica que el crecimiento ha queda-

do agotado y que deben desecharse las posibilidades de tratamiento ortodóncico basadas en el crecimiento.

**Influencia del tratamiento sobre el crecimiento y viceversa:** en las distoclusiones en el momento de crecimiento usamos activador más tracción extraoral, entendiendo que las desarmonías esqueléticas son desarmonías entre las partes, y debemos influir tanto sobre mandíbula como sobre maxilar superior. En las mesioclusiones usamos habitualmente tracción extraoral pósterioanterior superior con casquete y mentonera, también tratando de influir sobre los dos maxilares.

**Limitaciones del tratamiento ortodóncico:** cuando las posibilidades de tratamiento ortodóncico están agotadas, debemos recurrir a la cirugía.

Doctor ALFREDO FERMÍN  
ALVAREZ

Ex presidente de la Asociación  
Odontológica Argentina y de la  
Confederación Odontológica de la  
República Argentina.  
Jefe de Clínica y docente  
del Servicio de Cirugía del  
Ateneo Argentino de  
Odontología.

*Progenie: —requisitos y fundamentos de técnica quirúrgica correctiva.*

*—Planeamiento compartido de la intervención ortodóncica antes o después de la cirugía.*

*—Interacción quirúrgico-ortodóncica en la prevención de la recidiva.*

Nuestro equipo de trabajo es ortodóncico-quirúrgico, por lo tanto es obvio que la interrelación disciplinaria es para nosotros esencial en todo el curso del tratamiento, desde las consideraciones diag-

nósticas hasta el seguimiento. Consideramos en forma conjunta y solidaria con el grupo de ortodoncia, el estudio clínico, el estudio radiográfico, el cefalométrico y el de modelos, la predicción de la oclu-

sión posoperatoria, la oportunidad de la intervención, el análisis de la salud temporomandibular preoperatorio para su comparación con el resultado posquirúrgico, la contención adicional posoperatoria que pudiere ser necesaria. Las superposiciones de trazados cefalométricos controlan el seguimiento. La fotografía debe ser considerada como un elemento más de seguimiento y evaluación del tratamiento.

Los requisitos y fundamentos que pretendemos de una técnica quirúrgica para la corrección de esta anomalía, son básicamente cuatro:

1. Abordaje preferentemente endobucal;
2. adecuada visibilidad;
3. asegurar el mayor afrontamiento óseo posible;
4. asegurar la mejor irrigación.

La última de las condiciones apuntadas ha adquirido cada vez más vigencia, en función de trabajos de investigación promovidos por la escuela de Dallas, con Bell y Schendel a la cabeza y efectuados en monos, comprobándose experimentalmente el colapso homodinámico en la zona de la intervención, variable según el diseño y extensión de los colgajos y la cantidad del desprendimiento del periostio. Debe considerarse que los déficit hemodinámicos en la zona operada, inducen a alguna forma de necrosis avascular.

Atento a los requisitos enumerados y tratándose de progenies auténticas, nos inclinamos por la osteotomía sagital de la rama ascendente a la manera de Obwegeser-Dal Pont, que además ofrece la posibilidad de corregir simultáneamente alteraciones asociadas como mordida abierta, láterodesviación, etc. Estamos prestando atención a la variación de la técnica propuesta por Epker para el retrognatismo y su grado de aplicabilidad en progenie.

El planeamiento compartido de la intervención ortodóncica antes y/o después de la cirugía es un punto esencial en la relación interdisciplinaria. Surge, desde luego, de los estudios conjuntos mencionados al principio, y encuentra su máxima expresión en el análisis de factibilidad quirúrgica, fundamentalmente con estudio de modelos. El análisis de los modelos ubicados en posición posoperatoria predictiva orienta el tratamiento ortodóncico preoperatorio, atendiendo a la oclusión que se desea obtener con la operación. La observación de las necesidades de tratamiento ortodóncico previo para lograr la mejor relación de línea media, relación canina y molar con el más adecuado engranamiento intercuspial, asegura el éxito morfofuncional de la intervención y ayuda a prevenir la recidiva. Es por ello que nos inclinamos a realizar en todo lo posible los tratamientos ortodóncicos preoperatorios, sin excluir correcciones posteriores a la cirugía. El análisis de factibilidad quirúrgica en modelos permite además establecer los desgastes oclusales que pudieren estar indicados. Los modelos en tal situación deben ser analizados frontal y lateralmente y, en especial, posteriormente, para observar la relación interdentaria desde una vista endobucal. En tales estudios no debe descartarse la eventual colaboración protética.

Por lo expuesto, insistimos en que el logro de la mejor relación oclusal posoperatoria es uno de los elementos preventivos de la recidiva, de alto contenido interdisciplinario. Otros elementos, quirúrgicos unos y ortodóncico-quirúrgicos otros, influyen en dicha prevención.

La edad, atendiendo al estado del crecimiento y desarrollo, como ya fue expuesto por la doctora Lewkowicz, es importante. Nos resistimos a intervenir pacientes en edad temprana, en contraposición a otras escuelas que así lo acep-

tan previendo una segunda intervención posterior, aduciendo razones psicológicas del portador. Conocemos bien las fuertes cargas psicológicas que sobrellevan muchos de estos pacientes, pero entendemos que deben canalizarse a través de un proceso psicológico antes que por un procedimiento quirúrgico de dudosos resultados. En tales casos, la interrelación disciplinaria jugará un alto papel, con el conocimiento claro y explícito por parte del paciente y su grupo familiar de los fundamentos de la espera y las posibilidades de resultados.

La posición adecuada del cóndilo en el acto operatorio y el mantenimiento de dicha posición para desestimar desequilibrios de nivel muscular que contribuyen a la recidiva.

Ya hablamos de la mayor superficie de afrontamiento óseo para asegurar mejor consolidación de la fractura quirúrgica y de la irrigación de la zona operatoria, atendiendo a los cambios hemodinámicos ya mencionados.

Otro elemento para considerar en la prevención de recidivas es el tiempo y la calidad de la fijación intermaxilar posoperatoria. Estimamos el tiempo de fijación adecuado en ocho semanas y procuramos que la fijación sea firme y controlada en ese lapso. Al hablar de fijación firme, nos referimos no sólo a las ligaduras intermaxilares sino especialmente a la estabilidad de los arcos en los que se asientan las mismas. Arcos con individualización frontal con acrílico, bandas brackets de adhesión directa y suspensiones o ligaduras circunferenciales de alambre son recursos que deben aplicarse según el caso.

Concluido el período de ocho semanas y retiradas las ligaduras intermaxilares, solemos indicar el uso de gomas nocturnas durante dos o tres semanas y, en algunos casos, otros elementos de contención adicional tales como arcos de Es-

chler, casquete y mentonera nocturna, aunque sólo excepcionalmente.

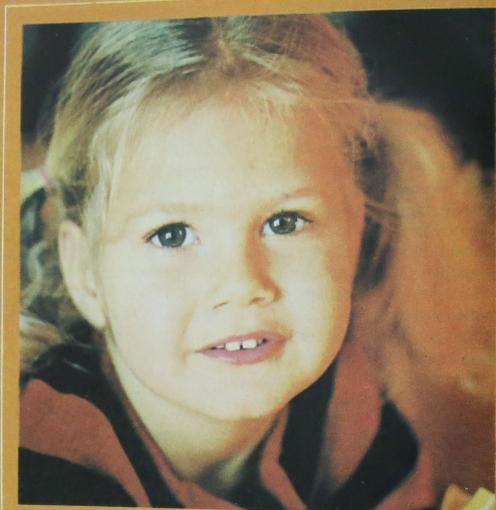
Todos los elementos apuntados, desde el diagnóstico, el tratamiento ortodóncico, la oportunidad de la intervención, la elección de la técnica quirúrgica y la fijación posoperatoria, contribuyen a lograr el mejor resultado posible y a enaltecer el mantenimiento de ese resultado.

El seguimiento posoperatorio se realiza también en forma conjunta con ortodoncia, mediante la observación clínica, el análisis oclusal y la cefalometría con sucesivas superposiciones de trazados.

En resumen, el grupo multidisciplinario que atiende a estos pacientes debe considerar la fuerte incidencia de los factores estéticos, funcionales y psíquicos, aceptar que la oclusión es el epicentro del tratamiento, y valorar las expectativas del paciente y de su grupo familiar.

\* La exposición del doctor Perry se integrará en un trabajo de próxima publicación.

prevención  
es el  
objetivo...



**Fluordent**   
FLUORURO DE SODIO

una manera práctica  
y segura de alcanzarlo

Departamento Odontológico  
**Laboratorios Bernabó**

# Chirana

complejo  
de empresas  
productoras  
de instrumentos,  
aparatos y equipos  
odontológicos



STARA TURA  
CHECOSLOVAQUIA



- Trabajamos con existencia permanente de toda la línea de aparatos, accesorios y repuestos.
- Nuestro departamento de service está formado por ingenieros especializados de la fábrica Chirana de Checoslovaquia.

**tar.s.a.**

IMPORTADOR Y DISTRIBUIDOR PARA LA REPUBLICA ARGENTINA:  
Av. Rivadavia 1936 □ C.P.1033 Buenos Aires □ Tel.47-2253 y 48-3282

**Sergio  
Trajtenberg**  
**ARTICULOS DENTALES**

**Materiales-Equipos-RX  
Turbinas**

**OFERTAS del MES:**

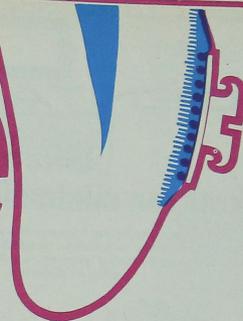
**Equipo de RX60Kw-10 M-A.  
\$ 24.000.000.**

**Equipo Dental Completo c/Compresor  
\$ 38.000.000.**

*Anticipo y 4 cuotas sin interés.*

**Turbina Starflite  
\$ 3.990.000.**

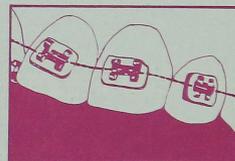
Y como siempre, la comodidad  
de una cuenta corriente muy flexible.  
Estamos todos los días de 8.30 a 12 en  
el Ateneo, Anchorena 1176 - ENTel. 772-9491 - 773-3357.



EFICIENTE Y DURADERO SISTEMA DE RETENCION

# Concise

ORTHODONTIC BOND SYSTEM



Tratamiento previo con  
sistema de adhesión  
al esmalte para fijación  
de brackets.

- Elimina la necesidad de bandas
- Provee la retención mas segura
- Evita la descalcificación del esmalte
- Los arcos pueden ser colocados 10 minutos después de fijado el bracket.
- Un sistema rapido, facil de usar y economico.

**3M**

**LABORATORIOS RIKER SA**  
División Productos Dentales

AVDA. DEL TRABAJO 5820 - (1439) BUENOS AIRES - TEL. 68-3126/3234/9401

AL SERVICIO DE LA ODONTOLOGIA

# D D DENTAURUM

## „Ultratrimm“ Brackets con minimalla p. Direct Bonding

Serie de nuevos brackets con bases reducidas en distal/mesial y aducsal/gingival, gracias a un nuevo método de producción, ofreciendo una segura retención con el adhesivo. El Orthodontic Bonding System está respaldado por nuestro extenso programa de brackets e instrumentos p. cementado directo.



### Sistema «Standard Edgewise Technique» Torque 0° Angulation 0°

MAXILAR		0.45 x 0.63 mm	0.55 x 0.71 mm
Dientes	Brackets	018 x .025"	.022 x .028"
1   1	Edgewise Bracket, ancho	705-0185	705-0225
11 - 21			
2   2	Edgewise Bracket, mediano	704-0185	704-0225
12 - 22	Edgewise Bracket, estrecho	703-0185	703-0225
3   3	Edgewise Bracket, contorneado, ancho	714-0185	714-0225
13 - 23	Edgewise Bracket, contorneado, estrecho	713-0185	713-0225
5   4   4   5	Edgewise Bracket, contorneado, ancho	714-0185	714-0225
15, -14 - 24 - 25	Edgewise Bracket, contorneado, estrecho	713-0185	713-0225

MANDIBULAR		0.45 x 0.63 mm	0.55 x 0.71 mm
Dientes	Brackets	018 x .025"	.022 x .028"
42 - 41 - 31 - 32	Edgewise Bracket, estrecho	703-0185	703-0225
2   1   1   2	Edgewise Bracket, extra estrecho	707-0185	707-0225
	Edgewise Bracket, super estrecho	701-0185	701-0225
43 - 33	Edgewise Bracket, contorneado, ancho	714-0185	714-0225
3   3	Edgewise Bracket, contorneado, estrecho	713-0185	713-0225
45 - 44 - 34 - 35	Edgewise Bracket, contorneado, ancho	714-0185	714-0225
5   4   4   5	Edgewise Bracket, contorneado, estrecho	713-0185	713-0225

Como estos brackets no tienen torque ni angulación, pueden ser usados tanto para los lados derecho e izquierdo como para el maxilar y la mandíbula.

Paraguay 2070 (1121) Buenos Aires - República Argentina 83-4185

Dentaureum Information-Service  
Postfach 440, D-7573 Pforzheim, Rep. Fed. Alemania

## Vaicrón®

ACRILICO PARA  
BASE DE DENTADURAS



## VAICEL

ACRILICO AUTOCURABLE PARA REPARACIONES



Producidos por

SOLICITELOS  
A SU PROVEEDOR HABITUAL

Vaiceril  
S.A.

Llavallol 1193 — Lanús Oeste — Tel. 241 - 1907

línea  
KAVO



EL EQUIPAMIENTO ODONTOLÓGICO  
MÁS COMPLETO  
LOS HALLARA EN:

## HERNANDEZ DENTAL



AL SERVICIO DE UNA MEJOR  
ODONTOLÓGIA

GRAL. PAZ 14 (ALT. AVDA. MITRE 1100)  
(1870) AVELLANEDA - TE 203-8449



turner  
dental

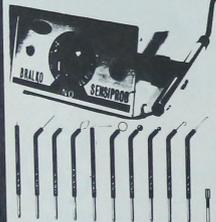
Unidades Dentales  
y Accesorios - Rayos X  
Materiales e Instrumental  
Compra - Ventá - Permuta y  
Consignaciones de  
Equipos Dentales e  
Instrumental

Junín 1036 (1113) - Capital - Teléfono:  
825 - 7095

## **BRALKO**

ELECTROMEDICINA ARG.

MOLDES 3827 - (1429) Cap. Fed.  
BUENOS AIRES - ARGENTINA  
☎ 701-9725



**BRALKO SENSIPROB**  
MEDIDOR ELECTRONICO  
DE VITALIDAD PULPAR



**BRALKO MULTIDONT**  
DETARTAJE POR ULTRASONIDOS Y  
ELECTROBISTURI POR ALTA FRECUENCIA



**BRALKO DENTOCORT**  
ELECTROBISTURI POR ALTA FRECUENCIAS



**BRALKO SINTOMATIC**  
DETARTAJE POR ULTRASONIDOS

SERVICIO TECNICO  
ESPECIALIZADO DE  
TODAS LAS MARCAS  
NACIONALES E  
IMPORTADAS.  
ENVIOS AL INTERIOR.

Impresiones en

**SILICONAS**

EL MATERIAL EXACTO E INDEFORMABLE

# **SICLONA**

AHORA EN LOS TRES TIPOS DE LA MEJOR SILICONA

**NUEVO**

**SICLONA MASA**

### **Siclona MASA**

Polímero de silicona  
en Masa para  
PREIMPRESION.  
Se amasa con el  
catalizador. Responde  
a Especificación  
N° 10 de A.D.A.  
Alta viscosidad.  
Envase 1.600 g.  
Color amarillo.

### **Siclona NORMAL**

Polímero de silicona.  
De perfecta precisión  
en base a la  
Especificación de  
A.D.A. N° 19.  
Media viscosidad.  
Envase 180 g.  
Color verde.

### **Siclona FLUIDA**

Polímero de silicona  
para REIMPRESION de  
absoluta fidelidad.  
Especificación de  
A.D.A. N° 19.  
Baja viscosidad.  
Envase 180 g.  
Color blanco.



**PROTHOPLAST S.A.C.I.**

Hubac 4735/7 • Tel. 69-6849/8426 - 67-2264 • Buenos Aires  
Direc. Telegráfica: Prothoplast • Buenos Aires • Rep. Argentina

# Laboratorio "DEL ATENEO"

Aparatología de  
Ortopedia Funcional  
y Ortodoncia en  
toda su Variedad

RICARDO N. LLANES  
EDUARDO H. AGUIRRE

32 — Ateneo Arg. de Odontología



**ANDRAK S.R.L.**

Importadora y Exportadora

presenta su APARATO DE RAYOS X PARA USO  
ODONTOLÓGICO ARGIDENT®



#### CARACTERÍSTICAS TÉCNICAS

- Potencia: 60 K.V. — 10 mA.
- Tubo de rayos X: procedencia italiana. Marca C.E.I. Grillado.
- Reloj electrónico: de alta precisión, con 11 tiempos de exposición, y seguro de repetición de disparo.
- Cabezal: refrigerado en aceite.
- Punto focal: 0,8 x 0,8.
- Modelos: mural o rodante.
- Trabaja con 180 a 220 volts. sin necesidad de elevador de voltaje.

Distribuye en el Ateneo: Sergio Trajtenberg

Fabrica, distribuye y garantiza:



**ANDRAK S.R.L.**

— San Lorenzo 360 (1874) Villa Dominico —  
— Provincia de Buenos Aires — T.E. 207 - 3118

Volumen XVII — N° 2 — Abril - Junio 1982



# Quintas Jornadas Internas del Ateneo Argentino de Odontología

Rosario, 19 y 20 de noviembre de 1982  
Sede de las deliberaciones:

Auditorio de la Asociación Médica de Rosario

## ANTICIPO DE ALGUNOS TEMAS

- Malformaciones genéticas.
- Patología ósea de los maxilares en niños y adolescentes.
- Ortodoncia interceptiva. Guía de erupción por desgaste.
- Coronas de acero en niños.
- Selladores de fisura.
- Tracción extraoral.
- Interacción disciplinaria en la organización del sector anterior de la oclusión.
- Actualización cefalométrica.
- Expansor de Ricketts.

### SECRETARIAS:

Anchorena 1176 (1425) Buenos Aires.  
ENTel: 821-7349/0394 y  
3 de Febrero 1274 (2000) Rosario.  
4-5813.

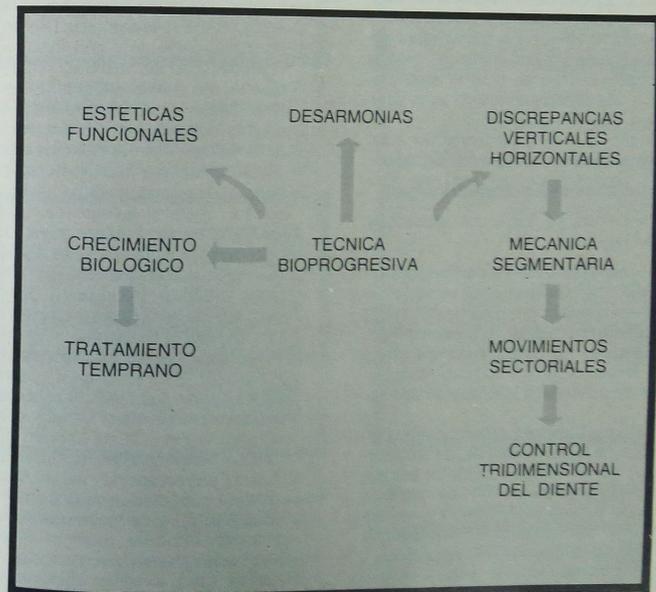
## Algo sobre la Técnica de Ricketts

Doctores  
Eliás BESZKIN,  
Gregorio O. GRINSPON,  
Amanda RIZZUTI

La Técnica Bioprogresiva es una técnica creada por Ricketts, la que nos permite trabajar a medida que se realiza el crecimiento biológico del individuo, resolviendo problemas funcionales, discrepancias en el arco y corrección de proble-

mas verticales u horizontales, a través de una mecánica segmentaria.

Esto sería una definición, pero de alguna manera debemos enunciarla porque creemos que sería más interesante poder ir desnudándola y explicando prác-



ticamente. ¿Qué entendemos por mecánica segmentaria? Es aquella que nos permite hacer correcciones sectoriales o sea trabajar en cada sector del arco independientemente, con movimientos individuales en distintos planos del espacio; es decir, tridimensionalmente y con un control preciso de las piezas dentarias, permitiéndonos movimientos independientes del:

- 1 - SECTOR INCISIVO
- 2 - SECTOR CANINO
- 3 - SECTOR PREMOLAR
- 4 - SECTOR MOLAR

Por ejemplo, podemos trabajar en el sector incisivo y molar sin tener que esperar la erupción del sector lateral (premolar y canino), lo que nos da la ventaja de la posibilidad de tratamientos en edad temprana. Ese sector lateral será conformado por la lengua y la musculatura perioral dándole las características propias del individuo y no de nuestro arco. Haciendo una síntesis de las ventajas de la técnica diríamos que son:

- 1 - Poder realizar tratamientos en edad temprana.
- 2 - La conformación del arco por sectores.
- 3 - Posibilidad de intruir los incisivos y caninos.

Para mostrar los elementos básicos de esta técnica, nos vamos a referir a un caso en particular como es una 2ª clase, I división (distoclusión), con extracciones, simplemente con fines didácticos, dado que, si bien la técnica es poco extraccionista, es aplicable a todo tipo de anomalía.

El primer paso que debemos seguir en la boca de nuestro paciente, es prepararlo con los elementos básicos de anclaje, para ello embandaremos los primeros molares superiores e inferiores; los **superiores** con tubos triples vestibulares, de los cuales dos son mas pequeños de luz rectangular, una en gingival para el arco base y otro oclusal para el arco ac-

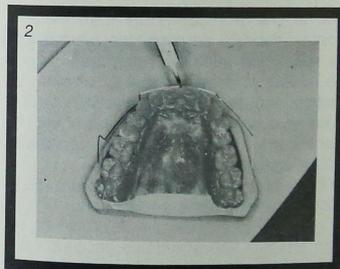
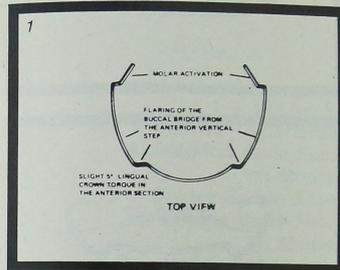
**cesorio (o seccional)**, por fuera de ellos un tubo de luz mas grande para recibir el arco intrabucal del arco para Tracción Extraoral. En los molares inferiores utilizamos doble tubo porque no usamos T.E., pero tiene un enganche para gomas para tener la banda preparada; en caso de necesitar el uso de las mismas con respecto al resto del arco dentario, se colocan brackets dobles de arco de canto. El alambre que se usa es cuadrado: 016 x 016, azul (BLUE ELGILOY), que es sumamente elástico y nos proporciona fuerzas ligeras y continuas asegurándonos una buena irrigación sanguínea, que a su vez suministra los osteoclastos necesarios para una adecuada reabsorción ósea.

Preparada la boca, describiremos los elementos activos en forma individual:

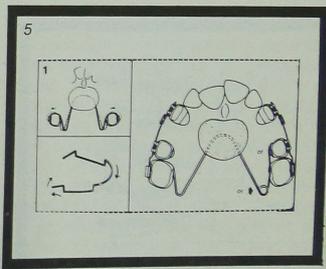
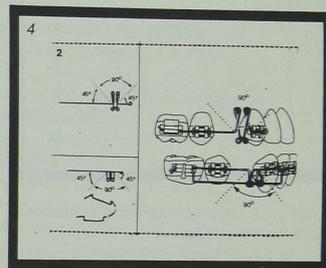
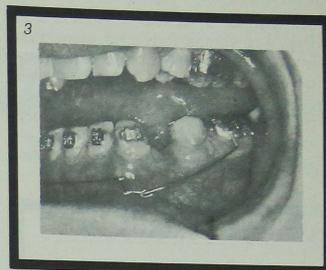
- 1 - ARCO BASE, básicamente sale del tubo molar. Sube de 3 a 5 mm, según la profundidad del vestibulo bucal (hablamos del maxilar superior, en el inferior descendería), recorre dicho vestibulo y desciende 3 a 5 mm por distal del incisivo lateral contorneando el sector anterior y repite el recorrido (Fig. 1) que nos muestra una vista oclusal, lateral y anterior del mismo. La Fig. 2 nos muestra uno tal como debe quedar en la boca, mostrándose que debe estar expandido en ambos lados antes de ser ligados. El arco está confeccionado en la zona molar con un ángulo de treinta a cuarenta y cinco grados en su extremo distal, llamado TIP BACK, la angulación del mismo esta dada por la necesidad del tratamiento, esto lo vemos también en la Fig. 1. Esta sección molar al ser introducida en el tubo molar nos da una inclinación del arco hacia gingival que, al ser ligado a los brackets (Fig. 3), por principio de acción y reacción, tiende a volver a su posición primitiva con lo cual ejerce una fuerza intrusora en el sector ántero-superior o ánteroinferior, éste es su-

mamente importante debido a que dicha fuerza se ejerce en forma independiente del sector lateral. Por otra parte, nos asegura el anclaje en la zona molar y provoca el enderezamiento del mismo en caso de volcamiento del molar.

- 2 - El segundo elemento activo es el retrusor de caninos (Fig. 4), lo más im-

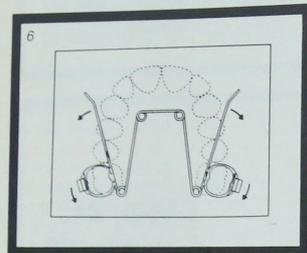


naciones secundarias. En la Fig. 4 vemos un retractor de caninos superior y uno inferior, la diferencia es porque el fondo del surco inferior es menos profundo y lastimaría si fuera más largo. El retractor pasa por el tubo molar, así que ligado al canino y trac-



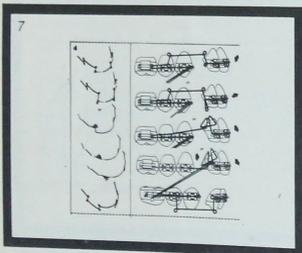
- 3 - Como elemento de anclaje mostraremos un arco interno con botón de Nance (Fig. 5) y un Quad Helix (Fig. 6) usado como elemento estabilizador

y expansor a su vez. Volvemos a la Fig. 4 y vemos todos los elementos en su lugar; el retrusor de canino superior, que en este caso se utiliza como únicos arcos en el maxilar superior sin embandar los incisivos, por lo que el paciente agradece. En maxilar inferior, el retrusor de canino infe-



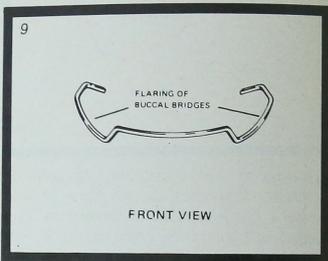
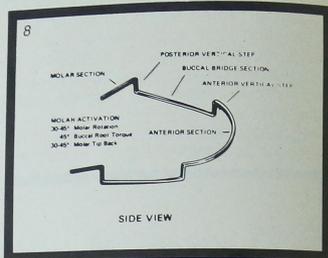
rior y un arco util colocado como elemento de anclaje.

En la Fig. 7 se ven los caninos ya retruidos y en posición; se colocan gomas



de clase II para corregir la clase y un arco base de contracción de construcción. Semejante al arco base, pero con Loops de contracción y un sector lateral construido de manera que sea más corto que la distancia incisiva molar, de modo

38 — Ateneo Arg. de Odontología



que al tirar por detrás del tubo molar y doblar (tieback) se producen fuerzas para retruir los sectores anteriores. Luego se realiza el desbandaje parcial con uso discontinuo de gomas de clase II en M.S. y un arco base con tip back en el inferior para cerrar los espacios que pudiesen haber quedado.

Esta es una descripción somera de la mecánica empleada por Ricketts.

Fuente:  
Los dibujos fueron tomados de  
BENCH, GUGINO et al  
J. Cl. Orth., 1978.

Dirección de los autores:  
M. T. de Anchorena 1176  
Buenos Aires (1425).

Volumen XVII — No 2 — Abril - Junio 1982

## Tumor Adenomatoido Odontogénico (Adenoameloblastoma)

Presentación de un caso en maxilar inferior

- 1 — Doctor Elías Romero de León: Jefe del Departamento de Patología. Secretario Académico de la Facultad de Odontología, U.A.N.L., en Monterrey, N.L., México.
- 2 — Doctor Sergio López Garza: Jefe del Departamento de Cirugía de la Facultad de Odontología, U.A.N.L., en Monterrey, N.L., México.
- 3 — Señor Sergio López González: Alumno del curso de cirugía en pregrado. Facultad de Odontología, U.A.N.L., en Monterrey, N.L., México.
- 4 — Señor Raúl Castillo de León: Alumno del curso de cirugía en pregrado, Facultad de Odontología, U.A.N.L., en Monterrey, N.L., México.

### INTRODUCCION

El Tumor Adenomatoido Odontogénico es una neoplasia benigna que se origina por la proliferación de restos de epitelio odontogénico.

A pesar que esta lesión es mencionada en la literatura por Falkson, en 1879, Thoma, en 1944, y Stafne, en 1948 (1-13), entre otros, son Bernier y Tiecke, en 1950 quienes establecen los criterios para definir la lesión como una entidad patológica (2).

### PRESENTACION DE UN CASO

D.C.F. (Número de expediente CAFD 621225), paciente femenino de 17 años

Volumen XVII — No 2 — Abril - Junio 1982

de edad que concurre en consulta al Departamento de Admisión y Diagnóstico de la Facultad de Odontología, el 5 de marzo de 1980, por presentar desplazamiento de la cortical vestibular en la región correspondiente al incisivo central inferior derecho hasta el primer premolar inferior derecho, asociada con movilidad acentuada de dichas piezas dentarias. La paciente relata que ella notó el aumento de volumen de esa región hace cuatro años y ha ido lentamente aumentando de tamaño.

El examen intraoral permite detectar, además de lo descrito, una desviación hacia distal de los incisivos central y lateral inferior derechos, así como también un aumento de volumen de la cortical lingual (Fotos 1-2-3).

Ateneo Arg. de Odontología — 39



1 - Se observa el aumento de volumen de la cortical vestibular y el desplazamiento hacia distal de los incisivos central y lateral derechos



2 - Nótese la inclinación de las piezas dentarias en la región de incisivos y canino derechos



3 - Vista oclusal donde se ve el desplazamiento de la cortical lingual

La paciente no presenta sintomatología dolorosa y el estado de salud general es satisfactorio.

El estudio radiográfico consistente en radiografías periapicales de la región afectada y una radiografía oclusal, ponen



4 - Radiografía periapical de la región anteroinferior en la que se observa un área radiolúcida relacionada con los ápices de los incisivos central y lateral inferiores derechos

de manifiesto una amplia área radiolúcida en la cual se observan pequeñas radiopacidades y circunscripta por una zona radiopaca que se extiende desde la sínfisis hasta el primer premolar inferior derecho. (Fotos 4, 5, 6 y 7). Radiográficamente se observa que los dientes vecinos a la lesión se encuentran desplazados.

Con el diagnóstico clínico y radiográfico de Quiste Paradentario, la paciente es intervenida quirúrgicamente por los alumnos de Cirugía Oral, señores Sergio

López González y Raúl Castillo de León, supervisados y asesorados por el jefe del Depto. de Cirugía de la Facultad de Odontología, U.A.N.L., doctor Sergio López Garza, quienes practican la enucleación completa de una masa redondeada y firme que medía aproximadamente 2 x 2 cms. (Fotos 8-9), colocandola en formol al 10 % y enviada al Departamento de Patología de la Facultad de Odontología, U.A.N.L., para su estudio histopatológico.



6 - Radiografía periapical de premolares, notándose que la imagen radiolúcida se extiende hasta el primer premolar

5 - Radiografía periapical del canino inferior derecho. Nótese las pequeñas radiopacidades dentro del área radiolúcida entre canino y lateral



7 - Radiografía oclusal, en la cual se observa en toda su extensión el área radiolúcida desde sínfisis hasta el primer premolar inferior derecho. La imagen está limitada por una zona radiopaca y causa el desplazamiento de piezas dentarias



## REPORTE MICROSCOPICO

El examen microscópico revela una pieza de tejido blando hemiseccionada, rodeada en su totalidad por una cápsula de tejido conectivo fibroso denso. Dicha cápsula encierra la proliferación de células epiteliales de forma polidrica o fusiforme que se agrupan formando un patrón Adenomatoide. (Foto N° 11). En algunas áreas estas células se agrupan formando estructuras ductiformes. (Fotos N° 12). Numerosas áreas calcificadas se encontraban entre células epiteliales. (Fotos Nros. 12-13).

## DIAGNOSTICO HISTO-PATOLOGICO

Tumor Adenomatoide Odontogénico (ADENOAMELOBLASTOMA) del maxilar inferior.

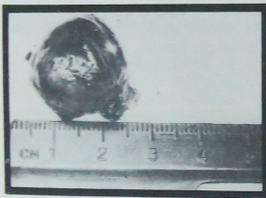
La paciente tuvo un posoperatorio sin complicaciones y fue rehabilitada protésicamente después. (Fotos 14-15-16-17).



10 - Parte de la cápsula fibrosa que rodeaba toda la lesión



8 - Lecho quirúrgico una vez estripada la lesión



9 - La pieza quirúrgica

## DISCUSION

Esta lesión ha sido descrita con varios nombres, y entre ellos podemos mencionar:

- 1 - ADENOAMELOBLASTOMA (7).
- 2 - AMELOBLASTOMA GLANDULAR (9).
- 3 - AMELOBLASTOMA ADENOMATOIDE (11).
- 4 - TUMOR ODONTOGENICO MIXTO (11).
- 5 - SEUDO ADENOMA ADAMANTINUM (9).

42 — Ateneo Arg. de Odontología

- 6 - TUMOR ADENOMATOIDE AMELOBLASTICO (7-8-11).
- 7 - ODONTOMA TERAOMATOSO (6).
- 8 - TUMOR DEL EPITELIO DEL ORGANNO DEL ESMALTE (1).
- 9 - ODONTOMA COMPUESTO COMPLEJO QUISTICO (1-5).

Pero el término más aceptado actualmente es Tumor Adenomatoide Odontogénico. (TAO).

## INCIDENCIA

De todos los quistes y tumores Odontogénicos, el TAO representa el 0.1 % (1) y el 3 % si (1) se toman en cuenta sólo los tumores Odontogénicos, de lo cual podemos deducir que no es una lesión frecuente.

## ETIOLOGIA

Se mencionan varias fuentes de origen del TAO, entre otras:

- 11 - Proliferación de células epiteliales en un patrón adenomatoide



Volumen XVII — N° 2 — Abril - Junio 1982

- 1 - Restos de la lámina dental (2).
- 2 - La proliferación del epitelio de un quiste dentífero (2).
- 3 - El estrato basal del epitelio de la mucosa oral en la variedad extraósea (3).
- 4 - Restos epiteliales de Malassez en el apice de dientes primarios (4).
- 5 - A partir de glándulas salivares accesorias (6).

Siendo los factores traumáticos (2) que favorecen la proliferación epitelial, cualquiera que sea su origen.

## EDAD

El 75 % de los casos se diagnostican entre los 10 y 19 años (1-6). En los 20 casos estudiados por Courtney y Kerr (4), las edades variaban entre 5 y 37 años, con el 80 % de los casos entre las edades de 10 y 21, la edad promedio fue de 16.5 años (4).

## SEXO

El sexo femenino es más afectado que el masculino en una proporción de 2 a 1 (2). De los casos de Courtney y Kerr, 15 fueron mujeres y 5 hombres (4). Shafer y Col. mencionan un 64 % en mujeres y 36 % en hombres (7).

## LOCALIZACION

El 75 % de los casos se presentan en la región anterior del maxilar superior en el nivel del canino (1-2). En un gran número de casos se observa el canino o lateral incluidos cuando se presenta en el maxilar superior o el primer premolar inferior cuando la lesión se localiza en la mandíbula (1).

El TAO puede presentarse como una lesión intraósea o extraósea. De 114 casos estudiados por Yazdi y Nowparast (3), sólo 5 fueron extraóseas.

## MANIFESTACIONES CLINICAS

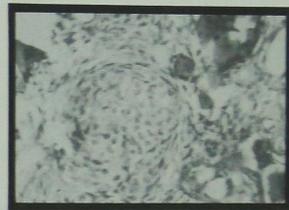
Podemos mencionar:

- 1 - Es de crecimiento lento (2-4).

Volumen XVII — N° 2 — Abril - Junio 1982



12 - Células epiteliales dispuestas en un patrón ductiforme



13 - Calcificaciones entre las células epiteliales



14 - Cicatrización postoperatoria

- 2 - Causa expansión de corticales (2-4). (Fotos 1-2-3).
- 3 - Por lo general, no hay sintomatología dolorosa (2-4).
- 4 - Ocasionalmente hay movilidad dental (4).
- 5 - No es una lesión agresiva (3).
- 6 - No tiene tendencia a la recidiva (3).
- 7 - Puede desplazar los dientes vecinos a la lesión (7). (Fotos 1-2-7).

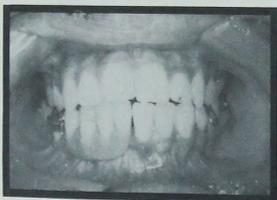
Ateneo Arg. de Odontología — 43



15 - Vista anterior de la zona operada



16 - Rehabilitación protética



17 - La prótesis en oclusión

## EXAMEN RADIOGRAFICO

La imagen radiográfica del TAO varía en forma y tamaño de acuerdo con la duración de la lesión (2).

Radiográficamente se presenta como un área radiolúcida unilocular bien delimitada estando asociada en un 70 % a un diente incluido (1-4-7), presentando además pequeñas zonas radiopacas en el interior de la lesión. (Foto 5).

## DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

En el examen clínico y radiográfico debemos incluir las siguientes lesiones en el diagnóstico diferencial con el TAO:

- 1 - Quiste de Gorlin.
- 2 - Quiste de Gorlin.
- 3 - Tumor de Pindborg.
- 4 - Dentinoma.
- 5 - Fibrodontoma ameloblástico.
- 6 - Un odontoma en formación.
- 7 - Fibrodontoma ameloblástico.
- 8 - Granuloma periférico de células gigantes (en la variedad extraósea del TAO).
- 9 - Odontoma ameloblástico.
- 10 - Hiperplasia gingival (en la variedad extraósea del TAO) (3).
- 11 - Quiste globulomaxilar (5-14).
- 12 - Quiste periodontal lateral (9).
- 13 - Quiste residual (14).

## HISTOPATOLOGIA

El tumor es encapsulado, predominantemente una proliferación de células epiteliales de forma cuboidal, columnar, poliédricas o fusiformes, que se agrupan formando un patrón adenomatoide quístico, sólido, ductal o en forma de rosetas, entre las cuales se encuentran calcificaciones y un material hialino eosinófilo (3) que corresponde a un mucopolisacárido ácido (9-11-13). El origen de este material hialino, eosinófilo, acelular no está bien establecido, pues algunos autores consideran que el tejido conectivo lo origina; otros lo relacionan con degeneración de células epiteliales y otro grupo piensa que es un producto de secreción de las células epiteliales columnares (3-5). (Fotos 10-11-12-13).

Con respecto a las calcificaciones, se piensa que sería el resultado de una acción introductora del epitelio sobre el tejido conectivo (3).

La actividad mitótica de las células epiteliales neoplásicas es rara (2); también se ha descrito la presencia de amiloide,

puesto de manifiesto con rojo congo (18). Debe de mencionarse que el tejido conectivo entre las células epiteliales es escaso.

## TRATAMIENTO

Un curetaje simple conservador es el tratamiento de elección del TAO.

## PRONOSTICO

El pronóstico es favorable ya que el TAO no se maligniza ni tiene tendencia a la recidiva.

## RESUMEN

Se presenta un caso de un Tumor Adenomatoide Odontogénico en el maxilar inferior en un paciente de 17 años de edad haciéndose referencia a los conceptos actuales sobre esta neoplasia de origen odontogénico.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 - Granados Fraire N. y Abraham Garza S.: Tumor Odontogénico Adenomatoide (Reporte de un caso), revista de la ADM., Volumen XXXV N° 2, Marzo-Abril 1978.
- 2 - Milobsky L., Milobsky S.A. and Miller G.M.: Adenomatoide Odontogénico Tumor (ADENOAMELOBLASTOMA) report of a case, Oral Surg. 40: 681, 1975.
- 3 - Yazdi I. and Nowparast B.: Extraosseous Adenomatoide Odontogénico Tumor with Special Reference to the Probability of the Basal-Cell layer of Oral Epithelium as a Potential Source of Origin. Report of a case. Oral surg. 37: 249-256, 1974.
- 4 - Courtney R.M. and Kerr D.A.: The Odontogénico Adenomatoide Tumor, Oral Surg., 39: 424-435, 1975.
- 5 - Spouge J.D. The Adenoameloblastoma, Oral Surg., 23: 470-482, 1967.
- 6 - Martínez Bravo J. y Costero C.: Tumor Odontogénico Adenomatoide o Adenoame-

**NOTA** Agradecemos la colaboración del doctor Francisco Hernández Batres, patólogo del Hospital Universitario, en Monterrey, N.L., quien tomó las microfotografías de la laminita histológica, así como también a los doctores Alejandro Morales y Alfonso Paniagua, integrantes del Depto. Audiovisual de la Facultad de Odontología de la U.A.N.L., en Monterrey, por obtener el material fotográfico de las radiografías originales; así mismo, a las señoras Maria Irelia López Ramírez y Myriam González B. quienes mecanografiaron el manuscrito original, secretarías de la Facultad de Odontología de la U.A.N.L.

Dirección de los autores: Facultad de Odontología, Universidad Autónoma de Nuevo León, Saltillo y Sialo, Monterrey (N.L.), México.

loblastoma. Odontólogo Moderno, p.p 18-24, octubre 1976.

- 7 - Shafer W.G.; Hine M.K. y Levy B.M.: Tratado de Patología Bucal, tercera edición - 1977, Editorial Interamericana, p. 263.
- 8 - Mallon H.L.; Sabes W.R. and Monaco F.: Ameloblastic Adenomatoide Tumor. Report of a case occurring in the mandible. Oral Surg. 25: 143-149, 1968.
- 9 - Lucas R.B.: Pathology of Tumors of the Oral Tissues. First Edition 1964. J. and A. Churchill Ltd. p.p. 56-61.
- 10 - Halperin V.; Carr R.F. and Peltier J.R.: Follow-up of Adenoameloblastomas. Review of thirty-five cases from the literature and report of two additional cases. Oral Surg. 24: 642-647, 1967.
- 11 - Tchertkoff V.; Daino J.A. and Ehrenreich T.: Ameloblastic Adenomatoide Tumor (Adenoameloblastoma). Oral Surg. 27: 72-82, 1969.
- 12 - Burzynski N.J.; Rosenberg C.; Crider R. and Martin T.H.: The Ameloblastic Adenomatoide Tumor. Oral Surg. 29: 880-882, 1970.
- 13 - Seymour R.L.; Funke F.W. and Irby E.B.: Adenoameloblastoma. Report of case and review of the literature. Oral Surg. 38: 860-865, 1974.
- 14 - Bedrick A.E.; Salomon M.P. and Ferber I.: The Adenomatoide Odontogénico Tumor. An unusual clinical presentation. Oral Surg. 48: 143-145, 1979.
- 15 - Ebling H. and Diniz Barbachan J.J.: Adenoameloblastoma. Report of a case Oral Surg., 26: 674-678, 1968.
- 16 - Hornova J.: Adenoameloblastoma in the wall of a Dentigerous cyst. Report of a case. Oral Surg. 19: 508-514, 1965.
- 17 - Regezi J.A.; Courtney R.M. and Kerr D.A.: Keratinization in Odontogénico Tumors. Oral Surg 39: 447-455, 1975.
- 18 - Meenaghan M.A.; Appel B.N. and Greene G.W.: Amyloid Containing Odontogénico Tumors of man. Oral Surg. 34: 908-919, 1972.
- 19 - Romero de León E.; Córdova Macías J. de J. y Mendoza Ayala J.: Tumor Adenomatoide Odontogénico (ADENOAMELOBLASTOMA). Reporte de un caso. Revista de la Asociación Dental Mexicana. Volumen XXXVII N° 5, septiembre-octubre 1980.

# Atención de Pacientes en las Clínicas del Ateneo Argentino de Odontología

## **ORTODONCIA:**

Martes, jueves y sábados de 8.30  
a 11.30.

## **ORTOPEDIA:**

Lunes, miércoles, viernes y sábados  
de 8.30 a 11.30.

## **ODONTOPEDIATRIA:**

Lunes, miércoles y viernes de 8.30  
a 11.30.

## **CIRUGIA:**

Martes, jueves y sábados de 8.30  
a 10.

## **ENDODONCIA:**

Miércoles, de 8.30 a 11.30.

## **PROTESIS:**

Martes, de 8.30 a 11.30.

## **DISFUNCION TEMPORO - MANDIBULAR:**

Miércoles, de 8.30 a 11.30.

## En la filial Rosario

Sábados, de las 8.30 a 11.30  
**3 de Febrero 1274, Rosario**

Correo Argentino Suc. 12	TARIFA REDUCIDA Concesión 2231
	FRANQUEO PAGADO Concesión 4760

# INFORMACIONES

## Acto Por la Paz, la Justicia y la Soberanía

El 7 de mayo Ppdo., se realizó en el salón de conferencias del Ateneo una Mesa Redonda sobre el tema del epígrafe, con la participación de destacados representantes de diversas áreas de la cultura, la ciencia, la política y la diplomacia.

La asistencia de público superó las posibilidades del recinto, y gran cantidad de personas siguieron el desarrollo de la Mesa desde ámbitos próximos a la sala.

Abrío el acto el presidente de la institución, doctor Miguel Stratas, quien destacó la participación y preocupación del Ateneo ante los momentos y expectativas que vive el país desde el 2 de abril; reiterando la vocación de paz, justicia y soberanía que siempre ha proclamado la entidad.

Fueron expositores, el doctor Leonardo Paso, historiador, quien reseñó las relaciones internacionales de nuestro país con Gran Bretaña y los Estados Unidos de Norteamérica; el doctor Gregorio Klimovsky, docente universitario, quien se refirió a la soberanía, a la ciencia y a la investigación; el doctor Conrado Storani, político, que precisó los alcances de la soberanía nacional en la riqueza energética y la economía;

y el doctor Francisco José Figuerola, docente y diplomático, quien trazó un panorama del futuro político de la Nación a partir de las actuales circunstancias.

El denominador común de todas las exposiciones fue la reafirmación de los derechos argentinos sobre las islas del Atlántico Sur, la responsabilidad de algunos miembros de la comunidad internacional en la postergada satisfacción de la justa demanda de nuestro país a lo largo de 149 años y en las actuales instancias, el fortalecimiento de la hermandad latinoamericana y la necesidad de extender el concepto de soberanía a todos los planos de las decisiones nacionales, siempre en el marco de una acendrada vocación de PAZ.

Al término de las exposiciones, hubo un animado debate con el público asistente.

# INFORMACIONES

*Doctor Leonardo Paso*, Director de la Revista "Cuadernos de Historia" y director del Ateneo de Estudios Históricos Manuel Belgrano. Autor de numerosos trabajos y libros, entre otros, "De la colonia a la independencia nacional", "Los caudillos y la organización", "Historia del origen de la colonia a la independencia nacional", "Los caudillos y la organización", "Historia del origen de la colonia a la independencia nacional", "Los caudillos y la organización", "Rosas, realidad y mito", etcétera, los partidos políticos argentinos", "Mayo, ejército y política", "Rosas, realidad y mito", etcétera. *Doctor Gregorio Klimovsky*, Profesor titular de la Facultad de Humanidades de la Universidad de Buenos Aires e investigador del Comité Nacional de la Unión Cívica *Conrado Storani*, Presidente de la Comisión de Energía del Comité Nacional de la Unión Cívica Radical. Fue diputado nacional por Córdoba (periodos 1958-60 y 1960-64), presidente de Agua y Radical. Fue secretario de Energía y Combustibles de la Nación durante la presidencia del doctor Arturo U. Illia. *Doctor Francisco José Figuerola*, Profesor titular de política exterior argentina en el Instituto de Servicios Exteriores de la Nación; de derecho constitucional en la Universidad de Buenos Aires y de derecho político en la Universidad Católica de La Plata. Director de la publicación "Temática 2000". Ha sido, además, embajador extraordinario y plenipotenciario, secretario de gobierno de la Presidencia de la Nación y subsecretario de Relaciones Exteriores y Culto.



*En la nota gráfica, vemos —de izquierda a derecha— al doctor Miguel Stratas, presidente del Ateneo, quien abrió el acto, al doctor Alfredo F. Alvarez, quien hizo la presentación de los disertantes, y a éstos en el orden en que intervinieron*



*Vemos una muestra parcial de la asistencia al acto y el interés demostrado por los temas expuestos*



*eurodent  
dentalmatic*

BOLOGNA (ITALIA)

# ISODENT



IMPORTADOR EXCLUSIVO:



INSTALACIONES ODONTOLÓGICAS INTEGRALES S.A.C.I.  
Marcelo T. de Alvear 2181 3° 11 y 12 - Tel. 825-3795 - Buenos Aires, Argentina

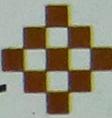


INFECCIONES  
ODONTOLOGICAS  
LAS MAYORES  
POSIBILIDADES  
DE EXITO  
DEPENDEN DE  
UNA ELECCION  
FUNDAMENTADA

**MOXIFLUX® 500**

EL ANTIBIOTICO  
PROTEGIDO  
Y POTENCIADO



**Gador** 

DIVISION PRODUCTOS ODONTOLOGICOS  
Laboratorios Dr. Gador y Cia. S.A.C.I. Florida 868, Buenos Aires  
Administración y Comercialización, Tel. 32-6333/35, 8481/85