

REVISTA DEL ATENEO ARGENTINO DE ODONTOLOGIA

SRA. DRA.
GANIEWICH; ESTHER
SAN MARTIN 1596 4o.
1416 BUENOS AIRES

1181 2A01AAS/

CONSTITUCIÓN DE LA NACIÓN ARGENTINA



EL ATENEO ARGENTINO DE ODONTOLOGIA
CELEBRA SU XXX AÑO EMPENADO EN UNA PERMANENTE PRE-
OCUPACION CIENTIFICA QUE SE DA EN EL MARCO DE UNA FELIZ
COINCIDENCIA, COMO ES EL HECHO HISTORICO DEL REEN-
CUENTRO DE LA REPUBLICA CON SUS INSTITUCIONES DEMOCRA-
TICAS AL AMPARO DE LA CONSTITUCION Y DE LA LEY SUMASE
NUESTRA VOLUNTAD JUNTO A LA DE TODOS "CON EL OBJETO DE
CONSTITUIR LA UNION NACIONAL, AFIANZAR LA JUSTICIA, CON-
SOLIDAR LA PAZ INTERIOR, PROVEER A LA DEFENSA COMUN,
PROMOVER EL BIENESTAR GENERAL Y ASEGURAR LOS BENEFI-
CIOS DE LA LIBERTAD PARA NOSOTROS, PARA NUESTRA POSTE-
RIDAD Y PARA TODOS LOS HOMBRES DEL MUNDO QUE QUIERAN
HABITAR EN EL SUELO ARGENTINO".

ernex

Nuevo concepto en terapéutica orofaríngea



Indicaciones:

ESTOMATOLOGIA:
estomatitis - gingivitis - aftas
muguet - glosodinia -
inflamación e irritación por
prótesis - cirugía
maxilofacial -
radiomucositis.

AFECCIONES FARINGEAS:
faringitis - amigdalitis viral y
bacteriana - rinofaringitis -
pre y postoperatorio en ORL
- faringodinia
postintubación.

ODONTOLOGIA: gingivitis -
estomatitis - osteritis -
paradentosis - extracciones
simples o complicadas -
tratamiento pre y
postoperatorio.

Fórmula:

Cada 100 ml contiene:
Benzidamina ClH₀ 300 g;
Excipientes c.s.p. 100 ml

Posología:

Utilizar en forma de
gargarismos, buches o
topificaciones 2 a 4 veces por día.

Se recomienda utilizar
1 medida (15 ml) de la solución
pura o diluida en partes iguales
de agua.

Presentación:

Envases de 120 ml.

Contraindicaciones:

No posee.

Bibliografía:

A disposición del cuerpo
médico.

 **CASASCO**

Sergio Trajtenberg

ARTICULOS DENTALES

Materiales - Equipos - RX - Turbinas

OFERTA DEL MES

Equipo odontológico con
compresor 3/4..... \$a 29.000

3 CUOTAS S/INTERES

Torno colgante 1/4.....	\$a	1.990
Turbina.....	\$a	1.500
Micromotor.....	\$a	2.568
Cavitador.....	\$a	3.168
Modelo completo c/2 sa- lidas para turbina y micromotor.....	\$a	11.000

Estos precios están sujetos a variantes

*Y como siempre, la comodidad
de una cuenta corriente muy flexible.*

Estamos todos los días de 8.30 a 12.30

en el Ateneo, Anchorena 1176

Radiollamado, Sistema Automático: 774-6636 y 2722.

Sistema Manual: 774-2892 y 2792 - 771-2888. Código: 23.654

Ateneo Argentino de Odontología

COMISION DIRECTIVA

Presidente	Dr. Miguel J. Stratas
Vicepresidente	Dr. Mario Daniel Torres
Secretario	Dr. Mario J. Beszkin
Prosecretaria	Dra. Edith Losoviz
Tesorero	Dr. Carlos Guberman
Profesorero	Dr. Alberto Baggini

VOCALES TITULARES

Dra. Catalina Dvorkin
Dra. Eva Schilman
Dra. Diana Kaplan
Dr. Luis Zielinsky
Dra. Beatriz Lewkowicz
Dr. Alfredo F. Alvarez

VOCALES SUPLENTE

Dr. Oscar Siscar
Dra. Liliana Doctorovich
Dr. Ricardo Chait
Dr. Ricardo Pomeraniec
Dra. Clara Szeinberg
Dra. Sofía Vinograd

COMISION FISCALIZADORA

TITULARES

Dr. Elías Beszkin
Dra. Henja Rapaport
Dr. Saúl Merlin

SUPLENTE

Dra. Noemí Lisman
Dr. Natalio Schesak
Dra. Silvia Rudoy

TRIBUNAL DE HONOR

Dr. Jaime Fiszman
Dr. Angel Legorio
Dr. Elías Samoilovich

Dr. L. Voronovinsky
Dr. Juan Raccagni
Dra. Teresa Israelson

Dra. Sara Sneibrum
Dra. Susana Varan
Dra. Nora Kotler

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

SUMARIO

EDITORIAL	4
EL ACTIVADOR	
DOCTORES ELIAS BESZKIN Y ABDON SANCHEZ CIFUENTES	5
SIALOLITIASIS DEL CONDUCTO DE WARTON	
DOCTORES ALFREDO FERMIN ALVAREZ, NESTOR JOSE BLANCO Y MARIO DANIEL TORRES	17
PLAN DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PARA LA CORRECCION DE LAS DEFORMIDADES DENTOFACIALES	
DOCTORES LEWARD C. FISCH Y BRUCE N. EPKER	27
LA FUNCION Y LA DISFUNCION MANDIBULAR: UN PROBLEMA DENTAL	
HAROLD T. PERRY JR.	40
METODO PARA MEDIR LA PROFUNDIDAD DEL SURCO PROFUNDO, SURCO REMINERALIZADO Y CARIES INCIPIENTE Y SU TRATAMIENTO	
DOCTORES NOEMI ALFARO, GRACIELA LIBONATTI, LIDIA DE MIZRAHI E HILDA DE GRINSPON	42
UN PROGRAMA DE SALUD PARA LA DEMOCRACIA	46

DIRECTOR, Alfredo Fermin Alvarez

CUERPO DE REDACCION: Carlos Guberman,
Ana Maria Rodriguez, Silvia Rudoy,
Diana Kaplan.

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

Diagramación y dirección técnica:
Antonio Tarsitani.
Producción publicitaria:
A.F.T.

Treinta Años de ATENEO

El 17 de agosto de 1953, un grupo de odontólogos interesados en el estudio de las alteraciones de la oclusión, fundó el ATENEO ARGENTINO DE ORTOPEDIA MAXILAR. Durante algunos años la joven institución creció a la vera de esa disciplina, aumentó el caudal del grupo inicial, cambió de locales en función de su expansión, incrementó la tarea de enseñanza y atención y se fue perfilando como una asociación profesional con un sesgo singular: la integración docente asistencial.

Con el crecimiento, advino la maduración. La característica monodisciplinaria inicial, comportaba un techo para el desarrollo polivalente que esa misma integración demandaba y que imponía la problemática de la odontología actual. El techo fue derribado.

Se incorporaron nuevos grupos, nuevas especialidades, nuevas clínicas, nuevos cursos. Se inició así la etapa multidisciplinaria que se tradujo en el necesario cambio de denominación: ATENEO ARGENTINO DE ODONTOLOGIA. A la etapa multidisciplinaria sucedió la etapa interdisciplinaria, donde las especialidades tienden a formular sus planes terapéuticos en forma mancomunada, con el objetivo de integrar un verdadero sistema, donde la labor de conjunto sea superior a la suma de las partes. En esa instancia fecunda, llegan los treinta años de la fundación del Ateneo, ubicado ya en el concierto de tantas y tan prestigiosas instituciones odontológicas del país. Si todo aniversario estimula el aplauso y la celebración, también debe incitar a la meditación sobre el camino recorrido y la labor cumplida. No es válido para ello la comparación con otras experiencias o con experiencias de otros. Nada es mejor que la comparación consigo mismo.

El Ateneo, retratándose en su propia historia, breve pero profunda, siente haber cumplido con su Patria y con su gente promoviendo la enseñanza, la salud y el bienestar. Siente, además, que lo seguirá haciendo con renovados bríos y multiplicada pasión.

El Activador

ELIAS BESZKIN Y

ABDON SANCHEZ CIFUENTES

En la génesis de las maloclusiones, debemos tener en cuenta las causas que producen modificaciones en la posición relativa de los maxilares y las que influyen en la conformación de los arcos dentarios, así como también en la erupción de las piezas dentarias que se hallan bajo la influencia de los distintos grupos musculares que sirven a la masticación, deglución, respiración, fonación, etc.

La misión de la ortodoncia interceptiva es la de establecer cuándo y porqué esas causas pueden producir maloclusiones, para así poder actuar a tiempo y lograr una oclusión favorable, siendo el activador uno de los medios más idóneos para tal propósito, sobre todo en las etapas en que se está desarrollando la oclusión, porque en este período el crecimiento es más activo y los cambios que buscamos responden más rápido y efectivamente. Los aparatos para corregir las maloclusiones deberían ser clasificados de acuerdo con su eficiencia para procedimientos específicos y su adaptabilidad a las diferentes etapas del desarrollo. Mientras que por un lado existen aparatos que suministran fuerzas contenidas en su propio sistema, o aplicadas sobre los dientes producen modificaciones en la alveolar, por otro lado, existen otros que transmiten fuerzas

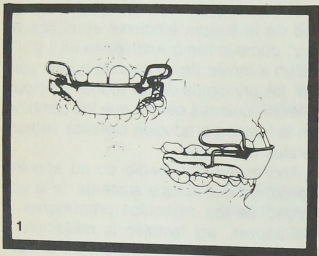
naturales al hueso para su modificación considerándolos por esta razón, funcionales, o dicho en otros términos, ejercen una terapia funcional. Uno de los aparatos de la terapia funcional es el activador, como lo llamó Andressen en 1930, quien a través de su aparato quería aplicar los principios de las teorías de Roux y Wolff, quienes decían que los cambios en la función producían cambios estructurales del hueso.

Andressen por medio de su aparato considera que induce aumento de la actividad de los músculos propulsores y elevadores, así también la relajación y estiramiento de los retrusores. Por tanto, los dientes se moverán por las fuerzas intermitentes de los músculos ocasionadas gracias a la presencia del aparato. Y una vez logrado los cambios funcionales y estructurales, es permanente y sin tender a las recidivas, por cuanto se logró un nuevo patrón de cierre basado en un cambio funcional y estructural.

El activador es un aparato de una sola pieza construido en acrílico, al que se le agregan elementos de alambre de 0,9 de espesor para que resulte lo menos elástico posible. Uno de estos auxiliares es el arco vestibular, al que distintos autores le dan diferente forma, pero en lo esencial tiene la misma función. A veces se le agrega un tornillo medio, cu-

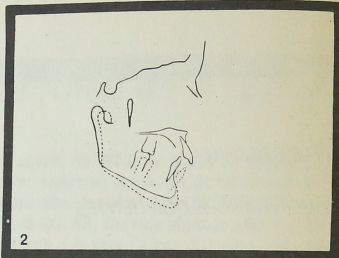
ya acción es pasiva, es decir: se lo activa sólo cuando el aparato produjo alguna modificación en sentido transversal haciendo que el mismo se afloje demasiado, siendo éste el momento oportuno para que el tornillo entre en acción y logre readaptarlo. (Fig. 1).

Cuando al paciente le resulta difícil retener el aparato en la boca, se le agregan unos ganchos Adams, o incluso un arco de tracción extraoral, pero sólo para el período de acostumbamiento, pasado el cual se pueden eliminar estos últimos aditamentos porque interfieren en la acción del activador.



El activador es un aparato construido fundamentalmente para modificar las relaciones máxilomandibulares en sentido vertical, ánteroposterior y lateral, lo que produce un desplazamiento de la mandíbula hacia abajo y adelante, como se ve en la figura de un trazado cefalométrico antes y después de colocar el aparato en la boca, la línea llena antes y la punteada después. Esta posición es temporal y gradualmente deviene de modo permanente y estable. (Fig. 2).

Como el generador de las fuerzas que transmite el activador es el músculo, es interesante que repasemos someramente algunas de las propiedades del mismo. Si el músculo es excitado se



contrae, y si al mismo tiempo las inserciones de este músculo no encuentran resistencia para acortarse, el mismo disminuye de longitud, pero el tono se mantiene igual, por lo que se dice que estamos ante una contracción isotónica. Pero si la resistencia que encuentra el músculo en las inserciones es grande, el músculo no se puede acortar, pero en cambio el tono se eleva, decimos que estamos en una contracción isométrica, igual longitud.

Como el activador lleva la mandíbula hacia abajo y adelante, más allá de su inoclusión fisiológica, estando el aparato suelto en la boca, produce un aumento en la frecuencia e intensidad de la contractibilidad de los músculos.

La mandíbula busca recobrar su posición de reposo, tratando de cerrarse, y lo logra en cierta medida, por supuesto muy pequeña en una primera etapa, con una contracción isotónica, es decir, acortándose y manteniendo su tono, pero muy pronto la mandíbula encuentra un elemento rígido, el activador, que no le permite que se cierre más, por lo que el músculo no puede acortar su longitud, y la contracción isotónica se transforma en isométrica, aumentando, por supuesto, su tono; y el tono muscular es de remodelador de los huesos.

Volumen XVIII — N° 2 — Julio-Diciembre 1983

Cuando el paciente come sin el aparato puesto, la actividad muscular es muy grande y hay una tendencia a volver a la maloclusión original, recomendándose por eso el uso del aparato por unos 10 minutos apenas deje de comer, para volver a ejercitar la musculatura a través de contracciones isométricas, que es, como dijimos antes, el modelador de los huesos, con la finalidad de erradicar viejos reflejos propioceptivos que ocurren durante el contacto oclusal para crear otros nuevos reflejos.

TOMA DE MORDIDA DE CONSTRUCCION

Para la construcción del aparato, la toma de mordida de construcción es un paso fundamental y con ella se establece el grado de activación de la musculatura.

Para la toma de la mordida se debe partir del estado de reposo de la mandíbula, o sea de la inoclusión fisiológica, que es el estado de menor tonicidad de los músculos.

Llevando a los músculos y a la mandíbula a una posición más allá de la inoclusión fisiológica, la musculatura será activada por la alteración de su tonicidad.

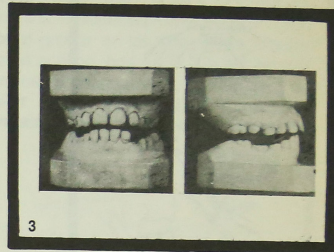
El grado de elevación de la mordida, según Hotz, es de alrededor de 4 mm más allá de la inoclusión fisiológica.

Si se pretende tomar la mordida de construcción con las medidas mucho mayores, lograremos obtener una mayor excitabilidad muscular, pero al mismo tiempo correremos el riesgo de que los músculos entren en cansancio, haciéndose intolerable para el paciente, que lo eliminará durante el sueño.

Hasta ahora hemos hablado de la medida que debe tener en sentido vertical, ahora debemos hablar del desplazamiento

Volumen XVIII — N° 2 — Julio-Diciembre 1983

que debemos producir en sentido ánteroposterior, y esto por dos razones:



1) Porque al hacer la apertura se produce un desplazamiento de la mandíbula hacia atrás provocando una ubicación distal de la misma con el riesgo de provocar o agravar una distocclusión.

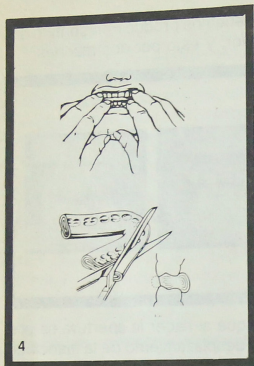
2) Por otro lado, el avance en sentido sagital lo debemos realizar en el caso de una distocclusión para llevar la mandíbula hacia adelante para corregir esa anomalía.

En el caso de una clase I, en la toma de mordida lo fundamental es tener en cuenta que la activación de los músculos debemos conseguirla sobre todo en sentido vertical, para no provocar una anomalía en sentido ánteroposterior que no tiene el paciente, y sólo avanzaremos en sentido ánteroposterior en la medida de compensar el retroceso que sufre la mandíbula cuando se desplaza en sentido vertical.

Cuando exista una anomalía en sentido lateral, la mandíbula es llevada para reubicarla en la línea media.

Todo lo que hasta ahora hemos descrito, lo debemos registrar en un rodete de cera (Fig. 3) interponiéndola entre ambos arcos dentarios y haciendo desplazar la mandíbula tomando en cuenta las consideraciones antes mencionadas. (Fig. 4).

Ateneo Arg. de Odontología — 7



Esto requiere cierta experiencia, pues el pequeño debe dirigir la mandíbula bajo nuestras instrucciones para que imprima un rodete de cera ablandado, que por lo general nos obliga a repetir estas maniobras varias veces hasta lograr una mordida satisfactoria. Una vez obtenida la mordida, ubicamos en ella los modelos, fabricamos un fijador (Fig. 5) que mantendrá rigidamente en su lugar, y con esa relación se hará el activador en cera, que luego es llevado a la mufa para hacerlo en acrílico.

Esta técnica adolece de algunos inconvenientes como ser:

1) Que para la toma de mordida, al paciente hay que entrenarlo para que dirija su mandíbula en la dirección y medida que deseamos.

2) Que al hacer el activador en cera y luego llevarlo a la mufa, en los sucesivos pasos del laboratorio puede sufrir alteraciones, modificaciones, que hará que no calce perfectamente el aparato en la boca.

Para solucionar en parte estos problemas Jorgensen recomienda hacer en

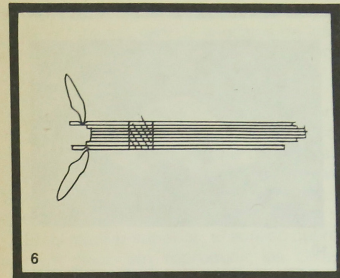
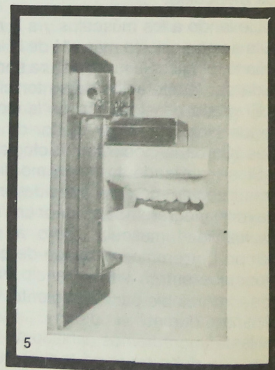
cada modelo unas placas de acrílico de autocurado, luego llevar a la boca interponiendo entre ambas placas un rodete de cera, con el cual se toma la mordida, se hace un fijador, se retira la cera de la mordida y se une a ambas placas con acrílico autocurable.

Si bien mejora en algunos aspectos la construcción del aparato, la toma de la mordida sigue siendo igual que en el caso anterior.

Harvold, por otro lado, recomienda tomar la mordida de la siguiente manera. (Fig. 6).

Con láminas de madera como los bajalenguas, los superpone hasta obtener la altura deseada y sobre este espesor ubica la mandíbula en sentido anteroposterior, dejando en las marcas de los bordes incisales, unas ranuras donde calcen los incisivos y los caninos.

Una vez obtenido eso, toma un rodete de cera en forma de herradura en cuya parte anterior inserta un manójo de bajalenguas (Fig. 7), que lo lleva a la boca, previo ablandamiento de la cera y puesta la mandíbula en posición de acuerdo con



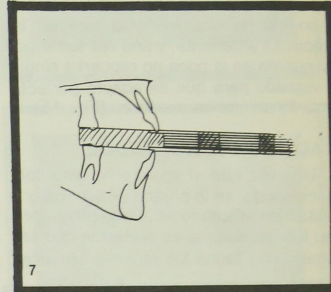
las ranuras que tiene la madera, el paciente marca la cera y sobre esta cera se ubican posteriormente los modelos y se confecciona el monoblock en cera; luego el acrílico, siguiendo los pasos del laboratorio como los casos anteriores.

En el **Ateneo Argentino de Odontología** preconizamos otra técnica, que la venimos practicando desde hace más de 30 años, que es mucho más sencilla y exacta que las técnicas antes descritas. Esta técnica fue creada por los doctores E. Beszkin, M. Lipsyc, L. Voronovskiy y Zielinsky, y es la siguiente.

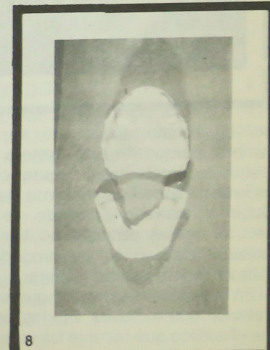
Una vez obtenido los modelos de ambos maxilares, sobre ellos confeccionamos los alambres necesarios, los pegamos al modelo con cera (Fig. 8), luego echamos sobre los modelos acrílico de autocurado, y nos da de esta manera dos placas con las siguientes características: sobre las caras oclusales, el acrílico los recubre, tiene un espesor de varios milímetros; esto, tanto en la placa superior como en la placa inferior (Fig. 9, 10 y 11).

Se las lleva a la boca, y por supuesto que el acrílico de las caras oclusales impiden el cierre de la boca y con papel de articular lo vamos rebajando hasta obte-

ner la altura deseada, sin el temor de que el paciente involuntariamente muerda demasiado o no la cera. Una vez obtenida la mordida en forma vertical, dado por el grosor de las superficies oclusales en acrílico, nos hace falta registrar el avance anteroposterior, que nos va a resultar más fácil de que el paciente



cerrando la boca sobre las dos superficies duras, vaya deslizando su mandíbula hacia adelante guiada por sobre las dos placas, una vez avanzada la mandíbula en la medida necesaria, hacemos

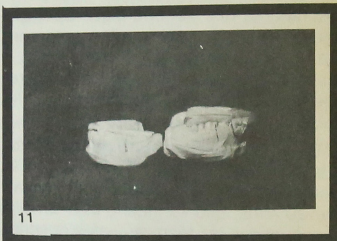
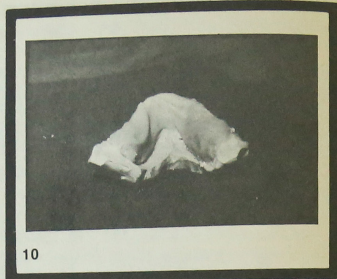
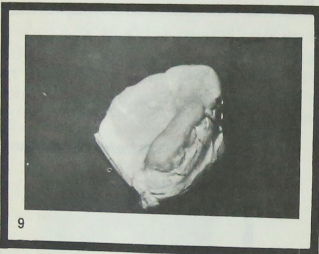


que mantenga el paciente esa posición, que es fácil hacerlo porque está apoyado en dos superficies duras (Fig. 12), y en esa posición, pegamos con acrílico de autocurado. Una vez duro el acrílico retiramos el aparato de la boca y hacemos los retoques finales (Fig. 13 y 14).

Como se podrá ver, la lógica indica que los errores que se pueda cometer son muchísimos menores que en las técnicas anteriores, y una vez terminado y puesto en la boca no requerirá ningún rebasado para que se adapte perfectamente en ambos maxilares (Fig. 15).

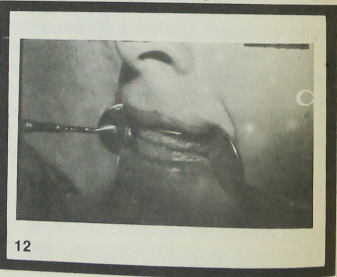
TALLADO DEL ACTIVADOR

Una vez que el aparato ha sido confeccionado, se lo prueba en la boca, y si está bien adaptado se puede proceder a su tallado, aunque es preferible que sea usado con todos los relieves oclusales



sales de las piezas laterales como muestra la Fig. 16.

Se libera el acrílico en contacto con las caras linguales de los incisivos y caninos superiores, como la Fig. 17. Las caras linguales de las piezas laterales



por un tiempo, hasta que se acostumbre, porque de esta manera el paciente lo siente más seguro cuando muerde la superficie triturante que produce el activador. Cuando se comprueba que el paciente no tiene dificultades para su uso, se procede a su tallado de la siguiente manera:

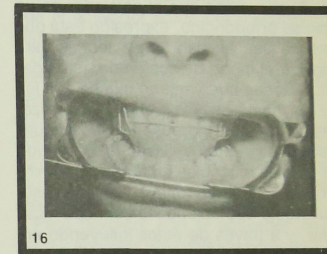
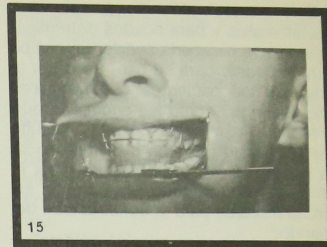
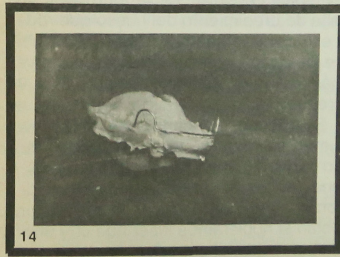
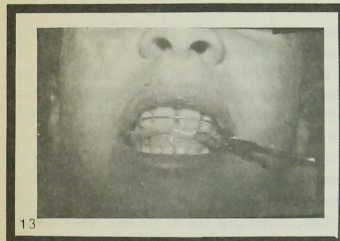
En la parte del activador que está en relación con el maxilar inferior, se elimina el acrílico que recubre las caras oclu-

son tocadas en el ecuador, además el acrílico toca los flancos linguales de las apófisis alveolares inferiores, que deben ser lo más largo posibles en sentido vertical.

En la parte del activador en relación con el maxilar superior se libera el acrílico que está en contacto con las caras palatinas de los incisivos y caninos y de las apófisis alveolares inmediatas a esas piezas.

En el maxilar superior, el acrílico cubre en un plano sin reproducir las caras oclusales, pero tocando las cúspides de las piezas laterales.

La razón por la cual no se permite en la clase I y en la clase II migrar el molar superior, es para que se produzca un contacto prematuro con el antagonista, que haría girar la mandíbula hacia abajo y

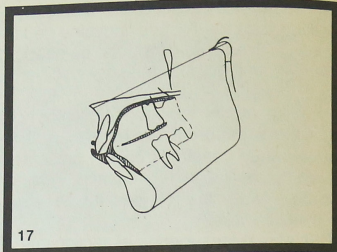


atrás, en sentido de la disto-oclusión, salvo en la clase III que se procede al tallado en sentido contrario, porque se busca girar hacia abajo y atrás.

MODO DE ACCION DEL ACTIVADOR

El activador es el aparato más viejo usado por la escuela europea de la ortopedia maxilar, y a partir de él se han hecho muchas modificaciones para hacerlo más confortable o más activo. Pero los fundamentos básicos los sigue manteniendo el aparato original, de manera tal que en los últimos años sus virtudes terapéuticas son reconocidas aun por la escuela estadounidense que la enriqueció con numerosas investigaciones.

Este aparato está indicado para ciertas anomalías y para edades determinadas, lo que parecería señalar un campo muy restringido para su uso. Pero por la edad de los pacientes que requieren asistencia, así como las anomalías que presentan la mayoría de ellos, resulta ser el aparato que con más frecuencia se puede utilizar, facilitando esto por la simplificación que introdujimos en la toma de mordida para la construcción del aparato.



Cunat, un investigador estadounidense, llegó a decir que el activador es un enigma ortodóncico, expresión ésta que justifica que existan tantas teorías para explicar el modo de acción de este aparato; teorías que varían mucho a la luz de las numerosas experiencias realizadas desde que Andressen y Häupl enunciaron sus puntos de vista, en el sentido de que los músculos en forma "intermitente y puramente refleja" actuarían estimulando o deprimiendo la actividad muscular, y a través de éstos influyendo en el crecimiento óseo, y que sólo se debería usar el aparato de "noche".

Los que sostienen que el crecimiento de nivel condilar puede ser modificado por intermedio de estos estímulos, lo basan en experiencias que muestran que, seccionando las inserciones musculares en los huesos, éstos dejan de desarrollarse. Pero hay otras experiencias que señalan que si estas secciones son realizadas sin interrumpir los vasos nutrientes del hueso, éstos siguen normalmente su desarrollo.

Es conocida la interrelación entre forma y función así como también las funciones de respiración, masticación, deglución, fonación que influyen en el patrón facial, en la oclusión y en las maloclusiones.

En estos últimos años estos conceptos fueron reelaborados por Moss con la

teoría de la influencia de la **Matriz Funcional** en el crecimiento facial.

Según esta teoría, la cara está compuesta de varios sectores de tejido blandos, agrupados para una determinada función, como ser la visión, la masticación, la respiración, etc. y a los cuales muchos autores denominan "matriz funcional"; y el esqueleto que la rodea tiene la función de proteger y soportar estas matrices funcionales.

La matriz funcional y las unidades esqueléticas están organizadas en su mayoría en forma capsular, y un ejemplo sería el neurocráneo, donde el hueso crece en función del desarrollo del tejido nervioso, y donde el tamaño y forma del hueso es secundario.

Otro ejemplo de lo dicho, es cuando se enuclea un ojo que es una matriz funcional capsular, se va a producir una falta de crecimiento del hueso que rodea a esa cavidad hueca, y que si en cambio se colocan prótesis oculares cada vez más grandes, esa cavidad no deja de crecer.

El activador ocuparía en la boca un volumen mayor que un aparato ortodóncico convencional y aun de una prótesis, y una vez insertado en la boca empieza a forzar el funcionalismo de la cavidad oral como si hubiéramos insertado una nueva matriz funcional capsular.

Volumen XVIII — N° 2 — Julio-Diciembre 1983

Como la mandíbula es trasladada, el tejido óseo comienza a responder, y la articulación témpomandibular comienza a remodelarse para compensar el desplazamiento mecánico hacia abajo y adelante de la mandíbula. Y otra unidad esquelética como el proceso alveolar responde cuando se le permite la migración selectiva de los grupos dentarios.

Por otro lado, es sabido que las relaciones entre los maxilares dependen de su tamaño y de los músculos que soportan la mandíbula.

Con respecto a los músculos, el activador actúa produciendo un aumento del ejercicio muscular, de su tono; hipertrofia su masa y, además, produce un cambio en sus inserciones, lo que a su vez produce un cambio permanente en las relaciones intermaxilares.

En investigaciones electromiográficas, Ahlgren, demostró que el uso del activador deprime la actividad del músculo temporal (cuya acción es retruir) mientras que el masetero es activado (cuya acción es protuir), es decir que los protractores son estimulados y los retractores deprimidos.

El mismo autor demostró que el activador durante la noche no aumenta la actividad muscular, y la aparente reactivación que se nota durante el sueño no es más que una recuperación elástica de los músculos retractores que fueron estirados por el activador.

Esto indujo a Eschler a decir que existía una aumentada actividad funcional de los músculos retractores, pero hay una diferencia entre la actividad funcional aumentada y una recuperación de su posición primitiva por elasticidad.

Cuando el activador es sacado de la boca después de haber sido usado por la noche, durante el movimiento de cierre, los músculos temporales son es-

timulados, mientras que los maseteros son inhibidos.

Clinicamente esto implica que cuando mejor engranen las piezas dentarias superiores e inferiores en posición adelantada (condicionada por el activador), mejor resultado se puede esperar. Por lo cual se recomienda expandir el maxilar estrecho, antes de usar un activador con el fin de evitar interferencias cuspidas.

También Ahlgren en recientes investigaciones neurofisiológicas demostró que el activador actúa por mecanismos distintos durante la vigilia y el sueño.

Durante la vigilia el activador es comprimido en la mayor parte del tiempo entre los maxilares debido al aumento de la tensión pasiva y tónica de los músculos estimulados por el aparato. Lo que da lugar a una fuerza continua intermaxilar, como las gomas de Clasell realizadas con aparatología fija.

Pero también, con el activador en la boca y en vigilia, se produce un aumento de la actividad deglutoria, la que incita a un aumento de la actividad muscular fálica, que es intermitente.

Es decir, durante la vigilia el activador produce principalmente una fuerza ortodóncica continua debido al aumento de la tonicidad muscular, y algo menos a una fuerza ortodóncica intermitente, por la actividad fálica.

Fuerzas ortodóncicas, que son transmitidas a través del activador a los dientes y estructuras alveolares.

Por otro lado, durante el sueño la actividad muscular con el activador en la boca, es despreciable. Las contracciones de mordida son mínimas y la frecuencia deglutoria es muy baja y sin significación clínica como fuerza ortodóncica. Durante el sueño ligero (el inicio del sueño) la tensión pasiva que produce una actividad muscular tónica, que produciría una

fuerza ortodóncica continua es muy reducida, pero cuando se pasa al sueño profundo, la actividad tónica es completamente abolida.

Por lo tanto la acción del activador durante el sueño debe ser atribuida a la posición forzada de la mandíbula, que provoca fuerzas intermaxilares contra los dientes debido al estiramiento de ciertos músculos y a la tendencia de recuperar su posición primitiva elásticamente. Esta tensión no es acompañada de actividad muscular, sino de un alargamiento pasivo de ligamentos y músculos. Lo que significa que el activador ubicado entre los dientes es sólo efectivo por la provocación de una leve y continua presión sobre los mismos.

Resumiendo: para aprovechar la eficacia del activador éste debe ser usado durante el día todo el tiempo posible.

En cuanto a la postura mandibular, es sabido que es continuamente reajustada durante el crecimiento.

Los dientes, los tejidos periodontales y el contacto oclusal son los elementos importantes en el sistema que controla la postura mandibular.

El activador puede influir también a través del control de la mayor o menor extrusión de las piezas dentarias, en la postura mandibular.

Para lograr este objetivo se diseña el aparato según lo hace Harvold, tallándolo de manera que frene la erupción de las piezas laterales superiores y permita la extrusión de las inferiores, esto en el caso de las distooclusiones, y que al mismo tiempo que la mandíbula crece alrededor de 2 mm por año, puede ser corregida la maloclusión.

El freno de la agrupación de los superiores en la distooclusión se hace con el fin de evitar la extrusión y un contacto prematuro con el antagonista que provocaría una rotación hacia abajo y atrás de

la mandíbula, agravando o provocando una distooclusión.

El crecimiento, término medio de 2mm por año de la mandíbula, es propio de dicho hueso y no es atribuible a ninguna excitación del activador, pues crecimientos parecidos se notan en mandíbulas-testigos, es decir, sin el uso de ningún aparato, como lo demostraron Björk, Harvold, Jakobson, entre otros.

En el caso de las mesiooclusiones, el tallado se hace a la inversa, es decir, se permite erupcionar a los superiores y se frena a los inferiores.

Hasta ahora hemos pasado revista al estímulo muscular que produce el activador y al control de la erupción de las piezas dentarias, pero al activador se le puede atribuir otra acción, como es la de frenar el crecimiento hacia adelante del maxilar superior.

Hotz explica esta acción a la fuerza intermaxilar producida por la mandíbula sobre el maxilar superior. Porque ante el desplazamiento a que es sometida la mandíbula a través de la mordida de construcción, los músculos retractores tienden a llevar a la mandíbula y con ella al activador hacia atrás, el que, a su vez, reaccionaría sobre las estructuras del maxilar superior distalándolo o, por lo menos, frenando su tendencia de crecimiento hacia adelante. Esto es corroborado por Jakobson, quien muestra que la distancia de la fosa glenoidea a la espina nasal anterior no es aumentada, permitiendo que el crecimiento natural mandibular pueda alcanzar al maxilar superior, corrigiendo la distooclusión.

Otro aspecto que debe tenerse en cuenta para obtener una respuesta muscular con el activador, es la altura del block de acrílico que se interpone entre las piezas dentarias.

La altura de este block de acrílico debe guardar cierta relación con el espacio

libre interoclusal individual. Si la altura del block de acrílico interpuesto entre los dientes es similar a la altura del espacio libre interoclusal, la actividad de los músculos mandibulares encargados de la postura mandibular se mantienen inalterados. Por lo cual la altura mínima de ese block debe ser mayor que el espacio libre interoclusal, consiguiéndose de este modo estimular a los músculos, es decir activarlos.

Agregamos a esta reseña de investigaciones relativas al modo de acción del activador, las referentes a los trabajos de Stökli y Willert, que observaron que la articulación temporomandibular de un mono *Macacus Irus*, revela una alta capacidad de adaptación a una fuerza ortodóncica que introduce a la mandíbula hacia adelante (como lo hace el activador).

El cartilago condilar en esas condiciones, así como la porción articular del hueso temporal, exhibe una marcada respuesta de tejido compensador, responsable de reestablecer la forma topográfica de la articulación temporomandibular.

Los cambios encontrados en los animales de experimentación, que usaron el propulsor mandibular, excedieron en mucho los límites de las variaciones normales.

Los resultados de estas investigaciones se pueden resumir de la siguiente manera:

1) Se observan cambios tisulares adaptativos en la articulación temporomandibular de un mono *Macacus Irus*, introducidos por estímulos mecánicos.

2) La respuesta tisular se inicia al poco tiempo del desplazamiento anterior de la mandíbula.

3) La nueva posición condilar exhibe una alta resistencia a la recidiva, aun cuando el aparato es retirado de la boca.

4) La ausencia de síntomas histopatológicos, revela el alto poder de compensación tisular de la articulación temporomandibular durante su período de crecimiento, básicamente por procesos fisiológicos.

No podemos dejar de mencionar los trabajos de Petrovic realizados con ratas jóvenes, a las que se les colocó un hiperpropulsor mandibular pasivo, desde 8 a 12 horas diarias, observándose una estimulación de la proliferación del precondroplasto del cartilago, y por consiguiente una estimulación del crecimiento del hueso mandibular.

Es decir, que para este autor la actividad muscular incita el crecimiento óseo. Esta investigación, no concuerda con lo expuesto más arriba, que no reconoce el aumento del crecimiento por estimulación muscular y nos hace volver al punto de partida de esta exposición y repetir las palabras de Cunat: que el activador sigue siendo un enigma ortodóncico.

Resumiendo, podemos decir:

1) Que el activador es un aparato que puede actuar como una matriz funcional.

2) Durante el día produce una fuerza continua intermaxilar como las gomas de clase II.

3) También de día produce una fuerza intermitente por la actividad deglutatoria aumentada.

4) Durante la noche no activa en forma significativa como para producir una fuerza ortodóncica. Por la noche condiciona la mandíbula hacia adelante y produce una leve y continua presión sobre los dientes.

5) El activador influye sobre la postura mandibular a través del control de la erupción dentaria.

6) El activador tiende a frenar el crecimiento hacia adelante del maxilar superior.

7) En el nivel del cóndilo se observa un alto poder de compensación tisular, básicamente por procesos fisiológicos inducidos por el activador.

INDICACIONES PARA SU USO

El activador está indicado para corregir o interceptar maloclusiones en las dentaduras mixtas, resultantes de los vicios de succión de dedos o labios y respiradores bucales.

Actúa también como mantenedor de espacios y dentro de ciertos límites, como expansor de los maxilares, por vía pasiva.

El activador puede ser el único aparato para un tratamiento total de clase II, y en otros casos constituir el paso previo a un tratamiento con aparatología fija, que soluciona las posiciones dentarias, aunque muchas veces mejora durante el período en el que se usó el activador.

El activador puede ser el aparato indi-

cado para la contención después de un tratamiento activo.

La edad más indicada para iniciar el tratamiento con este aparato, es alrededor de los ocho años de edad, o sea al principio de la dentición mixta.

Usarla a una edad más temprana, hará que el tratamiento se haga muy prolongado, aunque no pocas veces resultó muy útil usarlo a temprana edad para que el uso del aparato sustituya algún vicio que seguramente produciría alguna malformación.

Otro período sensible al uso del activador, es cuando se va a producir el empuje puberal de crecimiento, que podemos comprobar por el comienzo de calcificación del hueso sesamoideo del pulgar.

Una de las ventajas del uso del activador, es el que una vez instalada la frecuencia de las visitas de control puede ser espaciada y la duración de cada una de ellas es de pocos minutos.

BIBLIOGRAFIA

- Ahlgren J.: An electromyographic Analysis of the response to Activator (Andresen-Haupl) Therapy. *Odontol. Revy.*, 11: 125-151, 1960.
- Ahlgren J.: The neurophysiologic Principles of the Andresen method of functional jaw orthopedics. A critical Analysis and new Hypothesis. *Sven. Tandlak-Tidskr.*, 63: 1-9, 1970.
- Ahlgren J.: A longitudinal clinical and cephalometric Study of 50 malocclusion cases treated with activator appliances. *Trans. Eur. orthod. Soc.*, pp. 285-293, 1972.
- Björk A.: The principle of the "Andresen method of orthodontic treatment, a discussion based on cephalometric x-ray analysis of treated cases. *Am. J. Orthod.*, 37: 437-458, 1951.
- Björk A.: Prediction of mandibular growth rotation. *Am. J. Orthod* 55: 585-599, 1969.
- Eigoyen J.C.; Moyers R.E., McNamara J.A., and Riolo, M.L.: Craniofacial adaptation to protrusive function in young rhesus monkeys. *Am. J. Orthod.* 62: 469-480, 1972.
- Harvold E.P.: The activator in interceptive orthodontics. st. Louis, the C.V. Mosby Company, 1974.
- Petrovic A.: Recherches sur les mecanismes histophysiologiques de la croissance osseuse cranio faciale. *Ann. Biol.*, 9: 303-311, 1970.
- Pfeiffer J.P.; and Groberty, D.: Simultaneous use of cervical appliance and activator: an orthopedic approach to fixed appliance therapy. *Am. J. Orthod.* 61: 363 - 373, 1972.
- Scharz A.M.: Die wirkungsweise des aktivators. *Fortschr. Kieferorthop* 13: 117-138, 1952.
- Stokij P.W.; and Willert, H.G.: Tissue reactions in the Temporomandibular, Joint resulting from anterior displacement of the mandible in the monkey. *Am. J. Orthod.* 60: 142-155, 1971.
- Woodside D.G.: Some effects of Activator Treatment on the mandible and the midface. *Trans. Eur. Orthod. Soc.* pp. 443-447, 1973.

Volumen XVIII — N° 2 — Julio-Diciembre 1983

Sialolitiasis del Conducto de Warthon

ALFREDO FERMIN ALVAREZ, NESTOR JOSE BLANCO Y MARIO DANIEL TORRES

Las glándulas salivales constituyen un sistema que interviene directamente en el equilibrio hídrico del organismo, en la eliminación de sustancias tóxicas y en el proceso de la digestión. Normalmente, la cantidad de saliva secretada en las 24 horas oscila entre 1 y 2 litros, pudiendo alcanzar límites mucho mayores (sialorrea) por razones fisiológicas, psicológicas o reflejas. La hiposecreción salival es un síntoma concomitante de algunas enfermedades (fiebre tifoidea, enfermedad de Mikulicz, síndrome de Heferfordt, síndrome de Sjögren) o el efecto de determinados medicamentos.

La saliva es un líquido incoloro, inodoro, viscoso y de reacción alcalina, que contiene un fermento, la ptialina, que transforma el almidón en azúcar. Las características de la saliva varían según el tipo de glándula que lo produce.

Las glándulas salivales se dividen habitualmente en principales y accesorias. Las principales son parótidas, submaxilares y sublinguales, y las accesorias son las que tapizan el paladar, la mucosa vestibular y el piso de la boca. Las glándulas accesorias segregan fundamentalmente mucus; la submaxilar, saliva seromucosa y la parótida saliva serosa.

Las glándulas salivales son escenario de múltiple patología, de tipo inflamatorio, obstructivo, traumático y tumoral, con mayor o menor selectividad de asiento para cada tipo de glándula en cada uno de los rubros mencionados.

Por las características de habitualidad en su presentación, y por el contacto que el odontólogo tiene con frecuencia con el cuadro, nos referiremos en este trabajo a los cálculos salivales del conducto de Warthon, correspondiente a la glándula submaxilar.

Un cálculo, o sialolito, se produce por precipitación de fosfatos y sales de calcio alrededor de un núcleo de sustancia orgánica que puede provenir de un proceso inflamatorio intracanalicular, desecación celular, bacterias, etc. Toda situación que dificulte la expulsión rápida del contenido del conducto, es propicia a la formación de cálculos, cuyo trámite es lógicamente lento. De tal ma-

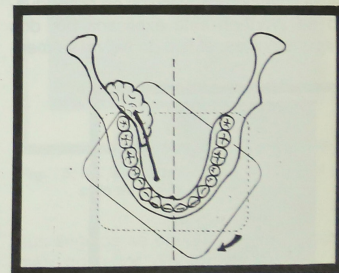


Fig. 1: Sialografía en la que puede observarse el giro brusco del conducto de Warthon.

nera, las características anatómicas y de posición de las glándulas productoras

de saliva influyen en la formación de sialolitos.

Las glándulas accesorias y las sublinguales tienen conductos excretorios y extremadamente cortos, y consecuentemente no se producen estados inflamatorios con estenosis salival en ellos, por lo cual los sialolitos no integran su patología. En estas glándulas, la inflamación o el traumatismo provoca el cierre de la desembocadura del conducto, y la expresión patológica consecuente es el mucocèle o la ránula.

Las glándulas parótida y submaxilar tienen conductos largos, más anchos en su trayecto que su desembocadura. En ambos casos los conductos hacen un giro importante en su curso. El conducto submaxilar gira en el nivel del borde posterior milohioideo; (Fig. 1). El parotídeo lo hace en el borde anterior del masetero. El giro descripto y la diferencia de diámetro en la extensión del conducto, determinan mayores posibilidades para la formación de cálculos en estas dos glándulas. La notable incidencia mayor en la aparición de cálculos en el conducto de Warthon está explicada por dos circunstancias: el tipo de saliva, ya men-



Fig. 2: Radiografía oclusal mostrando un gran cálculo en la porción anterior del conducto.

cionado, y la ubicación de la glándula. La glándula submaxilar está ubicada por debajo del nivel de la desembocadura de su conducto excretor, por lo cual la saliva debe remontar ese declive, con mayor tendencia a la estenosis salival.

CUADRO CLINICO

El paciente puede narrar la aparición brusca de un cuadro inflamatorio o una historia de exacerbaciones y remisiones. Analizar estos aspectos es muy importante desde el punto de vista semiológico para efectuar el diagnóstico diferencial entre un proceso de tipo netamente inflamatorio, tumoral benigno o maligno u obstructivo por cálculo.

En este último caso, la glándula aparece aumentada en su volumen, indurada, a veces dolorosa, signos y síntomas que recrudescen ante el estímulo gustativo o incluso visual de la comida. Debe determinarse la antigüedad del cuadro, con vistas a las alteraciones que pudieren producirse en la intimidad de la glándula y la expectativa de su conservación. Si el cálculo está ubicado en la porción terminal del conducto, éste aparecerá también aumentado en su volumen, turgente, con apariencia de un cordón. Las maniobras de palpación bimanual, levantando el piso de la boca desde la región suprahióidea y palpando el conducto por dentro de la boca, permiten detectar la presencia de la masa mineralizada en la medida de su tamaño y de su ubicación, siendo tanto más difícil cuanto más posterior y profunda sea ésta. No deben descartarse infecciones agregadas al cuadro inflamatorio.

EXAMEN RADIOGRAFICO

La radiografía oclusal informa sobre la presencia del cálculo, su tamaño, forma y aun su consistencia, cuando se asienta en el trayecto del conducto (Fig. 2).

Volumen XVIII — N° 2 — Julio-Diciembre 1983

Quando se encuentra en la porción más posterior del mismo, puede no detectarse con una oclusal normal, siendo en-

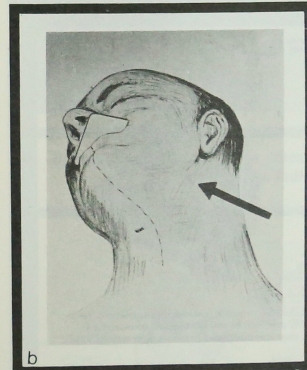
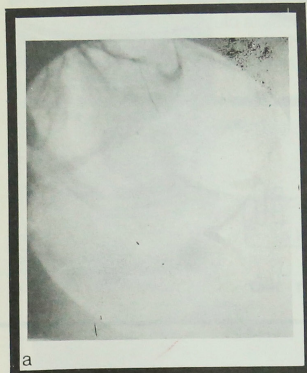


Fig. 3 Procedimiento disocclusal para glándulas y conducto submaxilares. a) posición oblicua de la placa oclusal. b) posición del paciente y de la placa y dirección del rayo central. (Tomado de Gómez Mataldi, R.)

tonces recomendable colocar la placa en forma oblicua, de modo que uno de los ángulos se oriente hacia la porción más posterior del conducto. Las radiografías extraorales (Figs. 3 y 4) laterales normales o con incidencia oblicua están indicadas cuando no se obtiene respuesta (Fig. 5) con la oclusal y ante la presunción clínica de la existencia de un sialolito. Estas radiografías y las sialografías permiten establecer la pre-



Fig. 4: Radiografía oclusal tomada por la técnica de la Fig. 3, con un cálculo en la zona posterior del conducto.

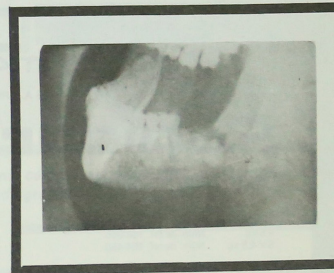


Fig. 5: Rx. lateral, incidencia oblicua del cálculo de la Fig. 4.

Ateneo Arg. de Odontología — 19

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



ALFREDO FERMIN ALVAREZ, NESTOR JOSE BLANCO Y MARIO DANIEL TORRES

sencia de cálculos intraglandulares (Fig. 6).

PROCEDIMIENTO QUIRURGICO

La extirpación del cálculo alojado en el conducto de Warthon consiste básicamente en la incisión sobre el mismo, la

exéresis y la posterior sutura. No obstante, es necesario hacer algunas consideraciones. Obviamente, la intervención es más dificultosa cuando el elemento que se va a extraer se halla en la porción más posterior y profunda del conducto. Es preferible actuar con anestesia local

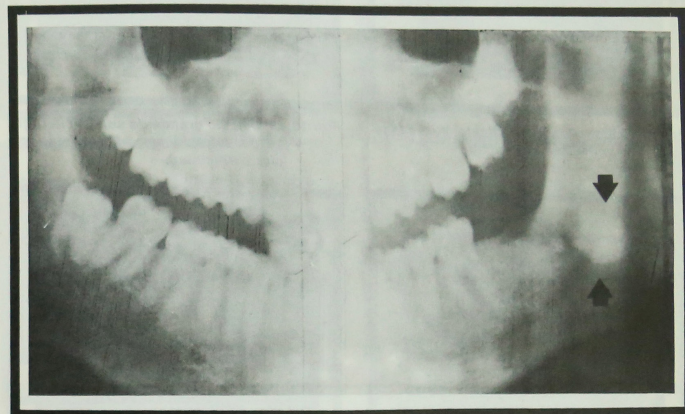


Fig. 6: Radiografía panorámica mostrando una cálculo superpuesto con la región molar. Se indica una radiografía oclusal.

D DENTAURUM

PARAGUAY
2070 CAP.
83-4185

LE OFRECE

S.A. ARGENTINA

Rapidur®

Yeso piedra sintético

Envases:

4,5 kg Núm. de ref. 164-045
6 x 4,5 kg Núm. de ref. 164-450

El yeso extraduro RAPIDUR® está hecho a base de composición sintética. No lleva impurezas minerales y es por consiguiente de calidad uniforme. No hay riesgo de formación de grumos ni de poros durante la elaboración de RAPIDUR®, mostrando el modelo después del fraguado una superficie lisa, dura, de un blanco nieve espléndido.

RAPIDUR® puede ser usado en todos los trabajos dentales de yeso piedra (modelo principal, colados de esqueléticos, retenciones para la técnica de metales preciosos. Por su color blanco nieve es muy apropiado para ortopedia, ortopedia maxilar y para cerámica.

RAPIDUR® ha sido ensayado de acuerdo con las normas DIN 13 911, y posee las siguientes características físicas:

Proporción de mezcla polvo / agua:	100 g : 22 ± 1 ml	Expansión lineal de fraguado:	0,12 % después de 2 horas
Tiempo de absorción:	20 segundos	Resistencia a la flexión y tracción al cabo de 24 horas:	7 N/mm ² (0,7 kg/mm ²)
Duración de mezcla:	30 segundos mecánicamente 60 segundos manualmente	Dureza después de 30 minutos:	150 N/mm ² (15 kg/mm ²)
Máximo contenido de agua en mezcla:	hasta 23 ml. 100 g	2 horas:	190 N/mm ² (19 kg/mm ²)
Fin del fraguado:	8 minutos aprox.	24 horas:	210 N/mm ² (21 kg/mm ²)

RAPIDUR® se suministra envasado en contenedores de plástico de 4,5 kg de cierre hermético, evitando así toda posible merma de calidad. Cada envase lleva marcados el número del lote de fabricación y el máximo tiempo de almacenaje.

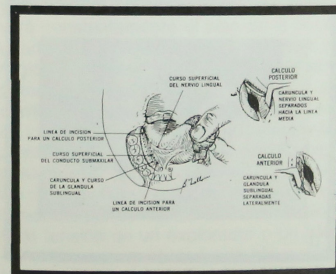


Fig. 7: Incisiones según la ubicación del cálculo. (Tomado de G. Kruger).



Fig. 8: Extracción de un cálculo. Obsérvese la ubicación del explorador.



Fig. 9: Extirpación de un cálculo. Véase la lazada posterior al mismo.

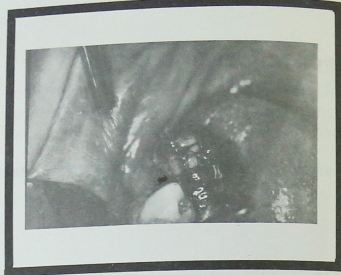
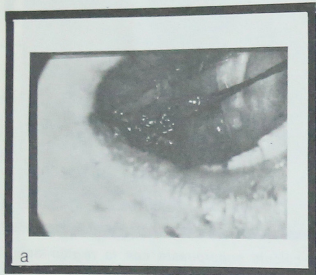
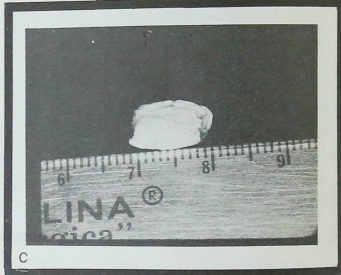


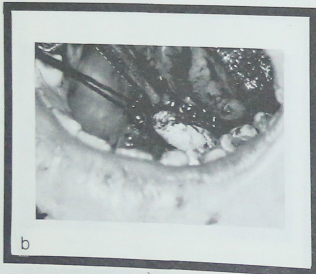
Fig. 10: Un cálculo grande de superficie rugosa es extraído con una cureta, con cierta dificultad.



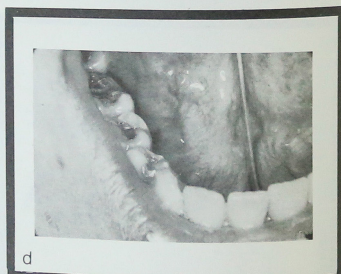
a



c

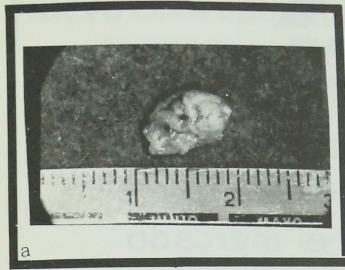


b

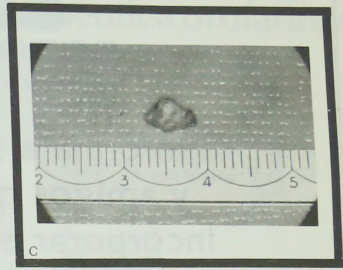


d

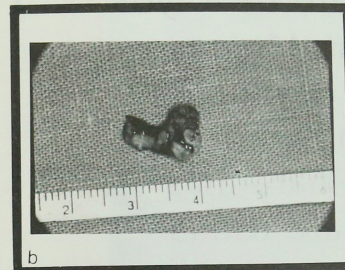
Fig. 11: Secuencia de la operación: a: incisión, b: extirpación, c: la pieza, d: posoperatorio a distancia.



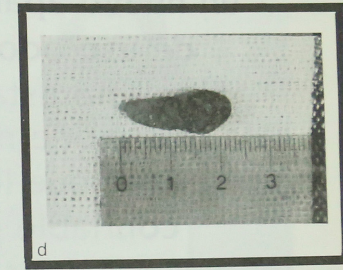
a



c



b



d

Fig. 12: a-b-c-d: cálculos de distintas formas y tamaños.

y el paciente sentado. Un ayudante elevará constantemente el piso de la boca desde afuera de ella presionando en la región suprahióidea. Otro ayudante separará adecuadamente la lengua y el carrillo. Una correcta hemoaspiración es de invaluable ayuda. Para evitar el deslizamiento del cálculo hacia zonas más posteriores, conviene, antes de iniciar las maniobras quirúrgicas, "bloquear" el conducto por detrás del cálculo mediante la tensión de un explorador o un hilo de sutura que lo abraza y lo eleva con firmeza.

El lugar de la incisión depende de la ubicación del cálculo. El nervio lingual dis-

curre por encima del conducto en la porción más posterior; luego se aleja hacia la línea media y la lengua (ver Fig. 7). Por lo tanto, se indica la incisión hacia afuera del conducto en la parte posterior para salvar el nervio lingual. En la parte anterior, con el nervio alejado, la incisión se hará más hacia adentro del conducto, para sortear el curso de las glándulas sublinguales (Fig. 8, 9 y 10).

La extirpación del cálculo puede dificultarse por el grado de adherencia que el mismo tenga con las paredes del conducto, determinada por su superficie muchas veces rugosa o su forma irregular.



Informa a sus clientes
y amigos que está por
incorporar en el mercado
un nuevo aparato de Rayos
de uso odontológico.

El mismo está dotado de
la más moderna tecnología,
por lo que lo hará más
confiable para todas
sus aplicaciones

ANDRAK cambia para usted,
cambie usted por ANDRAK

Comodoro Rivadavia 4047/51 (C. P. 1874)

Villa Dominco (Pcia. de BS. AS.) Entel: 207 - 3376

Bellelito promotor

Fabrica, distribuye y garantiza:



ernex

Nuevo concepto en terapéutica orofaríngea



Indicaciones:

ESTOMATOLOGIA:
estomatitis - gingivitis - aftas
muguet - glosodinia -
inflamación e irritación por
protesis - cirugía
maxilofacial -
radiomucositis.

AFECCIONES FARINGEAS:
faringitis - amigdalitis viral y
bacteriana - rinofaringitis -
pre y postoperatorio en ORL
- faringodinia
postintubación.

ODONTOLOGIA: gingivitis -
estomatitis - osteitis -
paradentosis - extracciones
simples o complicadas -
tratamiento pre y
postoperatorio.

Formula:
Cada 100 ml contiene:
Benzidamina ClH 0,300 g;
Excipientes c.s.p. 100 ml

Posología:
Utilizar en forma de
gargarismos, buches o
topificaciones 2 a 4 veces por día.

Se recomienda utilizar
1 medida (15 ml) de la solución
pura o diluida en partes iguales
de agua.

Presentación:
Envases de 120 ml.

Contraindicaciones:
No posee.

Bibliografía:
A disposición del cuerpo
médico.

En el momento de la incisión y/o de la extirpación del cálculo, es común el drenaje de saliva, pus y restos mineralizados menores. Una vez eliminado el cálculo, conviene presionar la glándula en forma sostenida para ayudar a la descompresión y el arrastre de partículas orgánicas o mineralizadas productos de la estenosis salival a veces prolongada.

Puede realizarse un lavaje suave del piso de la boca y la herida quirúrgica. No debe hacerse lavajes con presión dentro del conducto.

La sutura con hilos delicados será sólo de la tenue mucosa que tapiza el piso de la boca, sin incluir el conducto. Será con puntos separados y distantes para lograr

solamente aproximación de los bordes (Figs. 11 y 12).

POSOPERATORIO Y SEGUIMIENTO

El posoperatorio inmediato es generalmente benigno y el alivio del cuadro es la norma.

Las suturas se retiran alrededor del quinto día, no siendo de extrañar la eliminación espontánea de algún punto.

Debe controlarse durante tiempo adecuado el funcionamiento de la glándula y la permeabilidad del conducto, habida cuenta que en cuadros de larga data pudieron haberse producido afecciones glandulares que atenten contra la supervivencia del órgano, debiendo plantearse entonces su ablación.

RESUMEN

Se plantea en el presente trabajo los fundamentos de la aparición de cálculos en las glándulas salivales en general y en el conducto de Warthon en particular, atendiendo a su mayor frecuencia. Se describe el cuadro clínico y el diagnósti-

co semiológico y radiográfico. Se indican pautas para el procedimiento quirúrgico, derivadas de las características anatómicas, la ubicación y morfología del sialolito. Se consideran el posoperatorio inmediato y el seguimiento con vistas al futuro de la glándula submaxilar.

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

EN LA PRESENTE EDICION DE LA REVISTA, FINALIZA EL TRABAJO DE LOS DOCTORES LEWARD C. FISCH Y BRUCE N. EPKER (PLAN DE DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO PARA LA CORRECCION DE LAS DEFORMIDADES DENTOFACIALES), QUE FUE COMENZADO EN EL NUMERO ANTERIOR, Y CUYA SELECCION Y TRADUCCION ESTUVO A CARGO DE LOS DRES. A.F.A. Y M.D.T.

EVALUACION ESTETICA FACIAL

PROTOCOLO

I. Balance estético frontal de la cara

A. TERCIO SUPERIOR:

1. Forma del cráneo:
2. Forma del área temporal:
3. Forma del área frontal:
4. Cejas:

B. TERCIO MEDIO:

1. Ojos y órbitas:
 - a. Distancia intercantal (34 mm.):
 - b. Distancia interorbitaria (65 mm.):
 - c. Simetría de los "canti" externos e internos:
 - d. Párpados:
2. Nariz:
 - a. Glabella:
 - b. Dorso:
 - c. Punta:
 - d. Base alar:
3. Mejillas:
 - a. Simetría:
 - b. Bordes infraorbitarios:
 - c. Deficiencias:

C. TERCIO INFERIOR:

1. Labios:
 - a. Simetría:
 - b. Relación entre la semimucosa sup. y la inf.:
 - c. Distancia interlabial (0-4 mm.):
 - d. Patrón de la sonrisa:
2. Dientes:
 - a. Exposición de los superiores (mm.):
 - b. Exposición de los inferiores (mm.):
 - c. Línea media:
 - d. Simetría:
3. Mentón:
 - a. Simetría:
 - b. Forma:
 - c. Largo:
4. Angulos mandibulares.
 - a. Simetría:
 - b. Disminución:
 - c. Aumento:

BRAQUETS *Adhesivo AMD*

SU DISEÑO PERMITE UTILIZARLO EN LAS MODERNAS TECNICAS DE ALAMBRE CUADRADO RECTANGULAR (TECNICA BIOPROGRESIVA DE RICKETS) O CON ALAMBRE REDONDO EN LA TECNICA DE VARABAC, BEGG, MOLLIN, POSIBILITANDO CATALOGARLO COMO DE USO UNIVERSAL EN CUALQUIER TECNICA CON FUERZA LIGERA.

Precio sugerido a profes. \$a 9.50.-

ATENDEMOS SU CONSULTA

DISTRIBUYE Y GARANTIZA:

SUDAMERICANA DENTAL S.C.A.

T. E. 48 - 7817 / 1457 - 47 - 2440

... Y COMO SIEMPRE,
LOS MEJORES PRECIOS Y
CONDICIONES
DE COMPRA
EN



EMPORIO
DENTAL S.A.

Junín 1007 — C. P. 1113 — Bs. As. — Entel: 83 - 9340 - 9372

II. Balance del perfil facial

A. TERCIO SUPERIOR:

1. Declive de la frente:.....
2. Forma de la frente:.....
 - a. Normal:.....
 - b. Abultamiento frontal:.....
 - c. Hipoplasia supraorbitaria:.....
3. Bordes supraorbitarios (5-10 mm.):.....

B. TERCIO MEDIO:

1. Nariz:.....
 - a. Angulo glabellar:.....
 - b. Dorso (5-8 mm):.....
 - c. Punta:.....
 - d. Angulo naso-labial (90-110°):.....
 - e. Relación punta-subnasal-ala (2/3-1/3):.....
2. Mejillas:.....
 - a. Bordes infraorbitarios (+- 2 mm.):.....
 - b. Borde lateral orbitario (10 mm.):.....
 - c. Deficiencias:.....
3. Area paranasal:.....
 - a. Convexo:.....
 - b. Cóncavo:.....

C. TERCIO INFERIOR:

1. Labios:.....
 - a. Labio superior: a. protrusivo:.....
 - b. Retrusivo:.....
2. Surco labiomentoniano:.....
3. Angulo cuello-mentón:.....
 - a. Protrusivo:.....
 - b. Retrusivo:.....

B. EVALUACION SOCIO-PSICOLOGICA

El área social y psicológica es una de las más frecuentemente descuidadas en la consideración de la corrección quirúrgico-ortodóncica de las deformidades faciales, pero es de extrema importancia a causa de que los cambios producidos pueden llegar a ser dramáticos. Hemos advertido dos factores socio-psicológicos básicos altamente destacables: primero, el paciente debería esperar cambios, pero no transformarse en normal; segundo, la motivación para

la búsqueda de tratamiento sería interna, antes que externa.

El ejemplo más común de expectativas irreales y del deseo de ser "normal", ocurre en aquellos pacientes con una deformidad facial recientemente adquirida por trauma o enfermedad. Estos pacientes deben ser consolados en cuanto a que probablemente nunca volverán a observar semejanza con el estado anterior a su desgracia y que aun cuando se ponga el máximo cuidado y la mayor habilidad en el tratamiento, su cara nunca llegará a ser "normal". En caso que es-

tos pacientes no acepten este hecho, el tratamiento debe ser demorado hasta tanto —mediante apoyo psicológico— puedan aceptar cambios antes que el retorno a la normalidad absoluta.

Distinguir entre motivaciones internas y externas es importante. El paciente con motivaciones externas es apto para ser feliz con el mismo o con el resultado de su tratamiento, **indiferente de sus propias cualidades**. Un ejemplo de las motivaciones externas es el de aquellos pacientes que experimentan dificultades en sus relaciones sociales, usualmente matrimonio o profesión, y sienten que cambiando su apariencia facial su vida será mejor. Debe aclararse a esos pacientes que nada cambiará, excepto su apariencia facial y que ello no modificará sus problemas de vida. El tratamiento de estos pacientes debería ser encarado sólo después de estar seguros nosotros de que el paciente ha comprendido esa circunstancia. Sin du-

da, quizá estos pacientes no deberían ser tratados en ningún caso, porque frecuentemente están descontentos con los resultados aun cuando éstos se juzguen excelentes. A la inversa, las motivaciones internas existen en aquellos individuos que desean cambiar para sí mismos, no para otros. Los pacientes con motivaciones internas son excelentes.

Con el uso del siguiente formulario es posible consignar estos factores bastante exactamente. Este formulario no debe llenarse conversando con el paciente; pero los factores involucrados deben ser observados durante la conversación con el paciente y completado después de la entrevista. Una mayoría de respuestas positivas es indicación de motivaciones internas del paciente, mientras que una predominancia de respuestas negativas es indicación de un paciente que deberá ser sometido a una más cuidadosa evaluación psicológica antes de contemplar la posibilidad quirúrgica.

FORMULARIO DE EVALUACION SOCIO-PSICOLOGICA (+)

Respuestas positivas

1. Grado de la deformación facial:

marcada moderada leve

Comentarios:.....

2. Definición del paciente sobre su deformación:

definida con facilidad definida con ayuda definida con dificultad

Comentarios:.....

3. Duración del interés del paciente:

años meses semanas

Comentarios:.....

4. Naturaleza de la deformidad:

de desarrollo adquirida (cuando.....)

Comentarios:.....

Respuestas negativas

5. Estado de adaptación social:

estable cuestionable inestable

Comentarios:.....

6. Papel de la deformidad en la personalidad habitual:

mínimo moderado grande

Comentarios:.....

7. Causa de la motivación:

claramente definida definida con dificultad imposible de identificar

(válida)

Comentarios:.....

8. Expectativas respecto de la cirugía:

reales no claras irreales

Comentarios:.....

(+) Tomado de Peterson and Topazian: Psychological Evaluation of Cantidades for Dentofacial Surgery, in: Surgical Correction of Dentofacial Deformities, Bell, Proffitt and White; Sanders, 1981.

C. EVALUACION CEFALOMETRICA

La cefalometría es una excelente herramienta de cuantificación, clasificación y comunicación. Permite la predicción quirúrgico-ortodóncica planeando mecanismos ortodóncicos para obtener específicos mecanismos de anclaje. Debe notarse, sin embargo, que nosotros sostenemos como práctica en el tratamiento de los pacientes no la película cefalométrica por sí misma. Nos satisface cuando las medidas cefalométricas confirman nuestra impresión clínica. En caso contrario, nosotros procedemos con nuestro plan de modificación de la apariencia facial. Después de todo, es al paciente al que otra gente ve, no a su radiografía cefalométrica.

Después de haber revisado todos los análisis cefalométricos corrientemente utilizados, hemos adoptado el propuesto por Ricketts, pues se ajusta más a nuestra evaluación clínica y es más útil para nosotros en la mayoría de las situaciones. Los siguientes son los aspectos básicos del análisis de Ricketts. Hemos agregado algunos factores verticales esqueléticos y de tejidos blandos que creemos importantes.

NOTA: ES IMPORTANTE QUE TODAS LAS RADIOGRAFIAS CEFALOMETRICAS SEAN TOMADAS CON LOS LABIOS EN REPOSO, PARA QUE LAS MEDICIONES DE TEJIDOS BLANDOS Y LAS PREDICCIONES SEAN MAS EXACTAS.

D. EVALUACION OCLUSAL

Nosotros utilizamos el análisis oclusal como rutina, pero otra vez insistimos en que debe hacerse sistemáticamente para no olvidar ningún dato. Básicamente hay dos fases en la evaluación oclusal: funcional y estática. La primera se hace sobre el paciente y la última sobre modelos.

La evaluación funcional se hace básicamente para determinar la función mandibular y la compatibilidad entre oclusión céntrica (OC) y relación céntrica (RC). Se mide la máxima distancia interincisal (45 mm) y se observa la asimetría en apertura bucal. Igualmente se evalúan los movimientos de protrusión y retrusión y se pregunta al paciente sobre la existencia de signos o síntomas asociados a la función masticatoria. Finalmente se evalúa la relación entre OC y RC, puesto que muchas clases II individuales y aquellas con asimetría facial tienen "oclusiones habituales". Esto es especialmente importante en cirugía maxilar, pues la omisión para apreciar alguna inconsistencia entre OC y RC llevará a un pobre resultado funcional.

La evaluación estática comienza con el análisis "intraarcadas", seguido del análisis "interarcadas", y la evaluación radiográfica.

El análisis "intraarcadas" se hace para los arcos superior e inferior. Se observa la línea media del arco referente al esqueleto y a los tejidos blandos de la cara. Forma del arco, simetría, dientes ausentes, dientes sobreerupcionados son observados. Algún declive en el pla-

no oclusal, referente a la línea interpupilar y a la línea de la sonrisa, es observado y se estudia la curva de Spee. Finalmente se estudian apiñamientos para determinar la necesidad de extracciones. Debe tenerse cuidado en incluir la forma deseada del arco, así como el movimiento ánteroposterior de los incisivos, la nivelación de la arcada, la expansión de los caninos, premolares y molares en la evaluación del apiñamiento cuando existe. A este respecto el uso de la predicción cefalométrica es invaluable.

Ahora debe observarse la relación entre las arcadas, que consiste de relaciones en los tres planos del espacio. Anteroposteriormente se examina la clasificación de Angle y el resalte incisivo. El entrecruzamiento incisivo es notable si existe alguna displasia vertical en el segmento bucal. Deben observarse las relaciones transversas incluyendo la coordinación de las líneas medias superior e inferior y las mordidas cruzadas bucal o lingual. El análisis de Bolton puede determinar discrepancias dentarias. Finalmente, se observa cuidadosamente si hay alguna discrepancia obvia entre RC y OC.

Después de determinar las relaciones de los dientes con los tejidos de soporte, se evalúan las radiografías periapicales o panorámicas para detectar caries, enfermedad periodontal u otra patología.

Esto completa la evaluación del paciente, durante la cual hemos examinado cuidadosamente la apariencia facial, el perfil psicológico, las radiografías cefalométricas y los dientes.

FORMULARIO DE EVALUACION OCLUSAL

I. Análisis funcional

Apertura interincisal (45 mm)

Protrusiva

Excursión derecha

Excursión izquierda

Oclusión céntrica - Relación céntrica

Dolor

Localización exacta

Abriendo la boca

Mordiendo a la derecha

Mordiendo a la izquierda

Mordiendo con incisivos

II. Análisis estático

En las arcadas

Dientes ausentes

Forma del arco superior

Forma del arco inferior

Simetría de los arcos

Relación de las arcadas entre sí

Anteroposterior

Vertical

Transversal

III. OBJETIVOS Y PROBLEMAS DEL TRATAMIENTO

Después de realizado el detallado análisis descripto, hemos encontrado útil consignar, en la forma más simple po-

sible, aquellos problemas que fundamentarán los objetivos del tratamiento. De tal modo, hemos desarrollado el formulario siguiente, donde incluimos toda la información con esa perspectiva.

1. ESTETICA FACIAL

General

Simetría

Balance

Forma

Específico

Problemas	Objetivos
Frente	
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.
Perfil	
1.	1.
2.	2.
3.	3.
4.	4.

2. EVALUACION SOCIOPSICOLOGICA

A. Hallazgos anormales

1.

2.

3.

- B. Recomendaciones** (circule una)
Se ajusta a lo normal
Referir a evaluación psicológica

3. ANALISIS CEFALOMETRICO
Problemas

A. Lateral

1.
2.
3.
4.

B. Vertical

1.
2.
3.
4.

C. Pósterior

1.
2.
3.

4. ANALISIS OCLUSAL
Problemas

A. En las arcadas

1.
2.
3.
4.

B. Relación de las arcadas entre sí

1.
2.
3.
4.

Con los objetivos del tratamiento ahora claramente definidos, se puede proceder a efectuar el plan definitivo de tratamiento.

IV. PLAN DE TRATAMIENTO

A. Las "herramientas" del plan de tratamiento

Para completar una cuidadosa y sistemática evaluación del paciente, hay dos "herramientas" que usamos rutinariamente

en el plan de tratamiento, cuyo cabal conocimiento es esencial antes de elaborar el plan definitivo de tratamiento. La primera es la cirugía de factibilidad sobre modelos, y la segunda el trazado cefalométrico de predicción.

1. Cirugía de factibilidad en modelos

La razón básica para estudiar la factibilidad quirúrgica sobre los modelos es para determinar si, con el procedimiento

quirúrgico indicado, se puede obtener una oclusión susceptible de perfeccionar simple y seguramente por una ortodoncia posterior. Si ello no es posible, el ortodoncista estudiará sobre los modelos la posibilidad de un tratamiento ortodónico previo a la cirugía.

Hay dos tipos de estudios de factibilidad: con los modelos enteros, o con cirugía segmentaria de los modelos. Con los modelos enteros, se los articula en la posición oclusal deseada, sin necesidad de articulador.

Para la cirugía segmentaria de modelos, usualmente se emplea un articulador simple que permita armar fácilmente las partes. El punto más importante es lograr un resultado "realístico" de lo que luego será duplicado en la cirugía. Los modelos deben ser recortados con criterio anatómico, en consonancia con la anatomía que luego se encontrará en la cirugía. Por ello es preferible que los cortes los realice el cirujano, quien luego reproducirá en la sala de operaciones lo que hizo en el modelo. Luego el modelo "operado" será observado por el ortodoncista, para decidir sobre la finalización del caso. *El ortodoncista es el responsable de la decisión de realizar la cirugía o postergarla.* Si la oclusión obtenida en los cortes no es satisfactoria, el ortodoncista deberá realizar movimientos dentarios antes de la operación. En tal caso se hará nuevamente la cirugía de factibilidad en modelos, y si el resultado es satisfactorio para el ortodoncista, el paciente estará listo para la intervención.

2. Trazado cefalométrico de predicción

Se usa para estudiar los resultados del perfil con la cirugía propuesta así como los mecanismos ortodónicos necesarios para el tratamiento. Es un método

que debe ser complementado con la observación cuidadosa de los resultados quirúrgicos para perfeccionar la técnica del trazado predictivo, que no es un método fácil. (N. del T.: Los autores publicaron "Surgical-Orthodontic Cephalometric Prediction Tracing" en el Journal of Clinical Orthodontics, vol XIV, N° 1, January, 1980).

B. Desarrollo del plan de tratamiento definitivo

Hay dos preguntas específicas para responder en el plan de tratamiento quirúrgico-ortodónico: 1) ¿Qué procedimiento o procedimientos son los más adecuados para este paciente? y 2) ¿Cuál es la secuencia que debe seguirse en la combinación de cirugía y ortodoncia?

La primera pregunta será mejor respondida con una cuidadosa y sistemática evaluación de la estética facial del paciente, junto al trazado cefalométrico de predicción. La segunda pregunta requiere conocimientos sobre el tipo de cirugía a realizar, con un cuidadoso examen de la oclusión del paciente sobre modelos.

1. ¿Qué procedimiento quirúrgico?

a. Decisiones estéticas

El tipo de procedimiento quirúrgico que se va a aplicar está determinado por un estudio cuidadoso del aspecto facial del paciente. Consideremos a un paciente cuyo único problema facial es su mentón retruido. Nuestro objetivo será aumentar la prominencia de ese mentón. Por lo tanto, sólo podemos considerar uno o dos procedimientos: avance de la mandíbula o genioplastia. Si el paciente tiene una buena oclusión, la genioplastia será el tratamiento de elección. Más frecuentemente, este problema se acompaña por una maloclusión de clase II y,

en tal caso, el avance mandibular es el tratamiento óptimo.

Consideremos a otro paciente cuyo problema estético contiene: 1) excesiva distancia interlabial (10 mm), 2) excesiva exposición de los incisivos superiores (8 mm), 3) tercio inferior de la cara alargado, 4) desequilibrio en las proporciones del tercio inferior y 5) mentón

retruido. Cuando esas condiciones existen, se puede considerar que la reposición del maxilar superior mejorará todas las facciones. Se podrá añadir un aumento del mentón por genioplastia.

La siguiente es una lista de los cinco procedimientos quirúrgicos más comunes y los cambios faciales que los acompañan.

CAMBIOS ESTETICOS POR AVANCE MANDIBULAR

I. FRENTE

Cambio de dimensión en el tercio inferior
Reducción de la eversión del labio inferior
Cambio en el pliegue del labio mentoniano
Reducción de la exposición de los dientes ánterosuperiores

II. PERFIL

Aumento de la prominencia mentoniana
Mejora en la posición del labio inferior
Aumento de la línea mentón-cuello
Mejora del balance mentón-labios-nariz

CAMBIOS ESTETICOS POR REPOSICION DE LA MANDIBULA

I. FRENTE

Aumento de las áreas paranasales
Ensanche de las bases alares
Reducción de la exposición de dientes anteriores
Reducción del largo del tercio inferior

II. PERFIL

Acentuación de las áreas paranasales
Eliminación de la incompetencia labial
Acentuación del mentón

CAMBIOS ESTETICOS POR RETRUSION MANDIBULAR

I. FRENTE

Reducción del largo del tercio inferior
Mejora de la posición labial

II. PERFIL

Reducción de la prominencia mentoniana
Reducción de la eversión labial inferior
Reducción de la línea cuello-mentón

CAMBIOS ESTETICOS POR AVANCE TOTAL DE MAXILAR SUPERIOR

I. FRENTE

Aumento de las áreas paranasales y de mejillas

Ensanche de las bases alares
Mejora de la relación labiodental superior
Aumento de la prominencia del labio superior

II. PERFIL

Acentuación de las mejillas
Acentuación de las áreas paranasales
Avance de la punta de la nariz
Acentuación del labio superior
Desacentuación del mentón

CAMBIOS ESTETICOS POR REPOSICION DE LA MANDIBULA

I. FRENTE

Alargamiento del tercio inferior
Normalización de la relación dentolabial superior
Normalización de la distancia interlabial
Estrechamiento de las bases alares

II. PERFIL

Reducción de la prominencia mentoniana
Normalización de la posición del labio
Reducción del ángulo agudo naso-labial

b. Decisiones en trazados de predicción

Una vez que ha sido seleccionado el procedimiento quirúrgico, el trazado cefalométrico de predicción puede utilizarse para determinar el efecto de la cirugía propuesta sobre la punta de la nariz, el ángulo naso-labial, la posición de los labios, la posición del mentón, la línea cuello-mentón, el equilibrio mentón-labio-nariz, las relaciones dentarias y los mecanismos necesarios para producir esas relaciones.

2. ¿Qué secuencia quirúrgico-ortodóncica?

Nuestra meta es hacer cirugía tan tempranamente como sea posible, pues esto no sólo mejora la apariencia facial sino que hace que el tratamiento ortodóncico sea más simple y más rápido. Con la cirugía de factibilidad en modelos

y los trazados de predicción, el ortodoncista se encuentra con dos tipos de pacientes: los que deben ser tratados ortodóncicamente antes de la cirugía y los que pueden ser operados directamente. En el caso en que la ortodoncia debe ser anterior a la cirugía, el ortodoncista habrá definido cuidadosamente las metas de su tratamiento prequirúrgico, y el tiempo de tratamiento se habrá reducido, pues sólo se realizarán los movimientos dentarios necesarios para la posterior cirugía.

V. MODELO QUIRURGICO DEFINITIVO

En ellos se determina con precisión la oclusión que resultará de la intervención. Hay dos tipos básicos: 1) modelos enteros y 2) modelos seccionados.

VI. PREPARACION PREQUIRURGICA DEL PACIENTE

A todos los pacientes quirúrgicos se

les entrega un folleto con informacion que lo ayudara a comprender mejor la experiencia que tendra en el hospital para la cirugia y para el periodo posoperatorio. He aqui el modelo que empleamos.

CORRECCION DE DEFORMIDADES DENTOFACIALES INSTRUCCIONES PRE Y POSTOPERATORIAS

Este folleto se ha preparado para ayudarle a lograr un alto grado de conocimientos sobre la cirugia que se le practicara. En el se describe la estada tipica en el hospital y el periodo posterior a su alta del mismo. Despues de leerlo, usted tendra preguntas que formular, y desde ya lo alentamos a que las haga a su doctor.

El dia de su ingreso, se hara una historia clinica y un examen fisico. Este primer intento de examen es para investigar potenciales complicaciones por enfermedades sistemicas. Si quedan dudas en este examen, se realizaran las consultas apropiadas. Se efectuaran exámenes de laboratorio, como analisis de sangre y orina, electrocardiograma y radiografias.

Anestesia

Despues de la medianoche del dia anterior a la cirugia, usted no comera ni bebera nada. Esto asegura que en la operacion su estomago estara vacio y previene vomitos despues de la intervencion.

Dado que sera necesaria anestesia general, y la operacion sera en la boca, es usualmente necesario pasar un tubo respiratorio a traves de la nariz para la traquea (tubo endotraqueal). Esto se hara cuando usted este dormido. Mientras usted esta dormido un segundo tubo sera pasado por la nariz para el estomago, que permitira mantenerlo va-

cio (tubo nasogastrico). A veces, se inserta un cateter (de Foley) en la vejiga para facilitar la salida de orina durante la operacion y en el postoperatorio inmediato. Terminada la operacion los tubos son removidos tan rapidamente como sea posible, en general antes de su despertar.

Dia de la operacion

Usted recibira medicacion preoperatoria. Esta medicacion, ademas de ser una preparacion para la anestesia, reduce la normal ansiedad preoperatoria. Cuando usted ingrese a la sala de operaciones, se le insertara un cateter intravenoso en su brazo o en su mano; esto es para proveer medio de administrar liquidos y medicamentos, eliminando la necesidad de inyecciones repetidas. En la sala de operaciones usted sera ubicado en una mesa de operaciones donde se lo dormira.

Periodo postoperatorio

Terminada la intervencion quirurgica, usted sera transferido a la sala de recuperacion, donde sera controlado por medicos y enfermeras. Dejará la sala de recuperacion cuando este lo suficientemente despierto como para ser transferido a su habitacion. Esto requiere generalmente de dos a cinco horas. Mientras este en la sala de recuperacion no habra familiares con usted.

Visitas

Debe tratarse que las visitas esten limitadas a los miembros mas directos de la familia, en poca cantidad.

Nausea y vomito

Usted puede tener nauseas y vomitos, que no amenazarán su vida si su estomago esta vacio. Por lo tanto, si se produce, mantenga la calma y dé vuelta su cabeza hacia el lado donde sea más fácil

Volumen XVIII — N° 2 — Julio-Diciembre 1983

evacuar su boca. Aunque siempre están preparadas tijeras para cortar alambres, para casos de emergencia extrema, es absolutamente inusual utilizarlas.

Edema

El grado de edema es variable de un individuo a otro, y puede aumentar aproximadamente en las 24 a 48 horas siguientes a la cirugia. Usted recibirá medicacion para ello, y se le recomienda mantener su cabeza elevada durante la primera semana siguiente a la operacion.

Pequeña hemorragia

Es común que haya una pequeña hemorragia despues de la operacion, así como por la nariz puede aparecer en un periodo de una a dos semanas despues de la intervencion.

Liquido

Sera importante que usted tome suficiente volumen de liquidos para suspender la hidratacion intravenosa. Podrá hacerlo con sorbos constantes. Conviene que practique antes de la operacion la toma de liquidos con los dientes apretados.

Dieta

Despues de la operacion, un dietista discutira con usted y su familia el manejo de la dieta. También le podrán ser indicados suplementos alimenticios que se expendan en las farmacias con distintos gustos.

Conversacion

No es predecible la facilidad con que usted podrá comunicarse y ser entendido. Generalmente los pacientes se comunican bien a las 24 horas de operaciones.

Dolor postoperatorio

El dolor sera controlado con medica-

Volumen XVIII — N° 2 — Julio-Diciembre 1983

mentos por ingesta oral casi siempre.

Secrecion nasal

La nariz suele atascarse de secreciones, ya por los tubos que se ubican en ella, ya por los procedimientos quirurgicos en el maxilar superior. Se maneja con limpieza de las fosas nasales y medicacion local. El problema suele resolverse en una o dos semanas.

Medicacion

Durante el periodo de hospitalizacion usted recibira antibioticos, analgesicos, spray nasales y descongestivos. Despues de abandonar el hospital, deberá seguir por unos dias.

Caminar

Usted sera alentado para que camine no bien sea posible, aun cuando se halla tomado hueso de su cadera para injertar.

Limpieza de dientes

Usted sera estimulado para limpiar sus dientes despues de cada comida. Puede utilizar un cepillo blando, tamaño como para niños. Además deberá hacer enjuagatorios. Se sugiere una solución de peróxido de hidrógeno. Despues de dos semanas, podrá usar aparatos del tipo del "water pic".

Alta

La mayoría de los pacientes son dados de alta dos dias despues de la cirugia. Se le darán indicaciones para la medicacion. El dietista le proveerá una cartilla alimentaria. Usted tratará de reasumir sus actividades en cuanto sea posible.

Dirección de los autores:
Center for the Correction of Facial
Deformities
John Peter Smith Hospital
Fort Worth, Texas.
EE.UU.

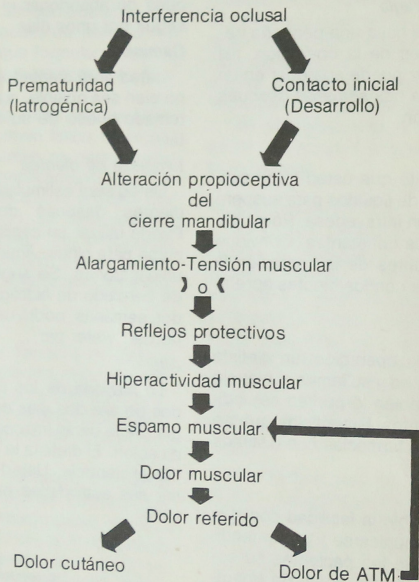
En el volumen XVII, N° 4 de esta Revista, se publicó el trabajo del doctor Harold T. Perry Jr., que formó parte del material que presentó en el Primer Congreso Interdisciplinario en Odontología que el Ateneo Argentino de Odontología realizó en Buenos Aires en setiembre de 1981.

A modo de conclusión y resumen de dicho trabajo original, el doctor Perry ha enviado tres cuadros que complementan sintéticamente lo expuesto, con referencia a los siguientes aspectos:

1. Dolor craneofacial relacionado con la articulación dentaria.
2. Dolor craneofacial relacionado con la alteración de la articulación temporomandibular.
3. Dolor craneofacial relacionado con los factores psicofisiológicos.

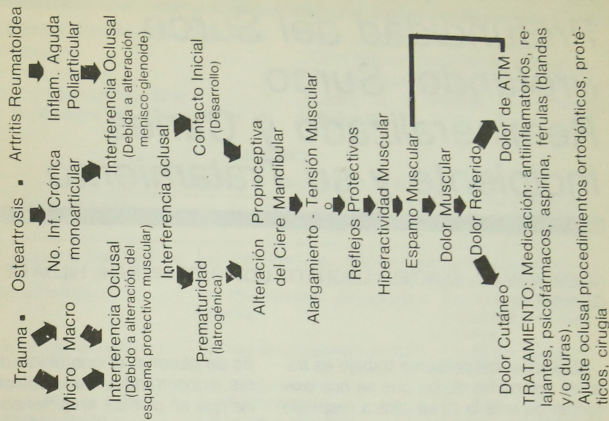
Al completarse así el trabajo del doctor Perry, cabe agradecer la traducción efectuada por las Dras. Graciela Encina y María Rosa Suglia.

DOLOR CRANEO-FACIAL RELACIONADO CON LA ARTICULACION DENTARIA



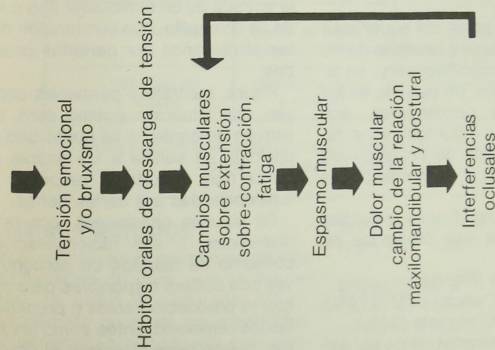
TRATAMIENTO: Férulas, ajuste oclusal, operatoria restauratriz-ortodoncia.

DOLOR CRANEOFACIAL RELACIONADO CON ALTERACION DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR



TRATAMIENTO: Medicación: antiinflamatorios, relajantes, psicofármacos, aspirina, férulas (blandas y/o duras).
Ajuste oclusal procedimientos ortodónticos, protéticos, cirugía

DOLOR CRANEOFACIAL RELACIONADO CON FACTORES PSICOFISIOLOGICOS



Método para Medir la Profundidad del Surco Profundo, Surco Remineralizado y Caries Incipiente y su Tratamiento

NOEMI ALFARO, GRACIELA LIBONATTI, LIDIA D. DE MIZRAHI, HILDA DE GRINSPON

El objetivo del presente trabajo es tratar de aclarar las dudas que se nos presentan durante la tarea clínica respecto de la diferencia diagnóstica entre surco profundo, surco remineralizado y caries incipiente, así como brindar una orientación respecto del método utilizado para la medición de la profundidad de cada una de estas entidades y su posterior tratamiento.

Las fosas y fisuras de las superficies oclusales, vestibulares y palatinas de los molares de ambas denticiones y, en algunas circunstancias, de palatino de los dientes anteriores permanentes, son consideradas fallas odontogénicas resultantes de una falta de coalescencia del esmalte durante el desarrollo de las cúspides.¹

Para Newbrum², las fisuras oclusales son invaginaciones muy profundas del esmalte.

Las hay de 5 tipos (Fig. 1):

1. En forma de "V" ancha o "U" (14%).
2. En forma de "V" angosta (34%).
3. Sinuosas y terminadas cerca del límite amelodentinario (19%).
4. Estrechas y terminadas en forma de bulbo (26%).
5. Otros tipos (7%).

Con microscopio electrónico de barrido

se observó el contenido de las fisuras, encontrándose ameloblastos y células que en dientes erupcionados permanecen muertos dentro de las fisuras. Además, hay restos de distintos tipos y una importante colonización microbiana.

Las fosas y fisuras (Fig. 2) son profundas y muy delgadas, 0.1 mm de ancho en el fondo de las mismas, lo que impide la entrada de un explorador fino o la ceda de un cepillo, con la retención de restos alimentarios por períodos prolongados.

Fisura, sustrato y gérmenes constituyen una situación óptima para el desarrollo de caries, a tal punto que en su etiología se señala a las fisuras como factor muy importante respecto de la susceptibilidad a la caries dental.

En algunas ocasiones³, por razones diabéticas, o sea racionalización del consumo de hidratos de carbono, salivaz con buffers disponibles para neutralizar la producción ácida o presencia de fluidos remineralizantes como los fluoruros, puede remineralizarse el contenido de la fisura autosellándose. Por eso consideramos a los tres primeros años del diente en la boca como un factor de alto riesgo.

El problema reside en el diagnóstico

Volumen XVIII — N° 2 — Julio-Diciembre 1983

NOEMI ALFARO, GRACIELA LIBONATTI, LIDIA D. DE MIZRAHI, HILDA DE GRINSPON

diferencia entre distintas lesiones. Para ello aconsejamos:

- 1° Lavar con presión.
- 2° Secar con aire comprimido.
- 3° Con explorador N° 5 examinar el

fondo de los surcos (Fig. 3).

Con este procedimiento podremos realizar el diagnóstico diferencial correcto (cuadro I) e indicar el tratamiento (cuadro II).

CUADRO I

Criterios clínicos para el diagnóstico diferencial entre

Surcos profundos	Caries de fosas y fisuras iniciales	Surcos remineralizados
a) Entra explorador más de 1 mm	a) Entra explorador más de 1 mm	a) No entra explorador más de 1 mm
b) No hay socavado	b) Hay socavado, aureola gris o blanca	b) No hay sombras de socavado ni aureola blanca
c) No hay desplazamiento	c) Hay desplazamiento transversal	c) No hay desplazamiento transversal
d) Se toca fondo duro	d) Fondo blando	d) Fondo duro
e) No hay cambio de color	e) Fondo blanco	e) Surco oscuro
f) Sin lesión radiográfica	f) Lesión radiográfica	f) Sin lesión radiográfica
		g) Se acompaña de esmalte muy compacto.

NECESITA CONTROL RADIOGRAFICO

CUADRO II

Surcos profundos	Caries de fosas y fisuras iniciales	Surcos remineralizados
Sellador de fisuras	Operatoria dental y sellador	Control

En los tres casos, medidas preventivas básicas: fluoruros, control de hidratos de carbono e higiene bucal

MATERIAL Y METODOS

Para realizar una correcta medición de la profundidad de cada una de las lesiones, se utilizó el explorador N° 5, con topes de goma de los empleados habitualmente en endodoncia para conductometría (Fig. 4). La medición se hizo con regla milimetrada (Fig. 5).

Se midieron los distintos surcos introduciendo el explorador hasta el fondo de las lesiones, y se ubicó el tope de goma

sobre la superficie oclusal del diente; se retiró y se midió.

RESULTADOS

Con las distintas mediciones observamos que el surco profundo mide más de 1 mm., el surco remineralizado menos de 1 mm., y la caries incipiente más de 1 mm. Con ello confirmamos lo expuesto en el cuadro I, completando el diagnóstico con el resto de las características de cada entidad.

RESUMEN

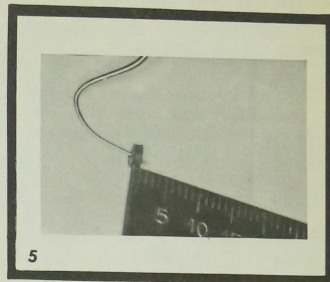
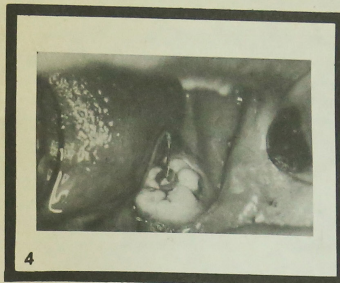
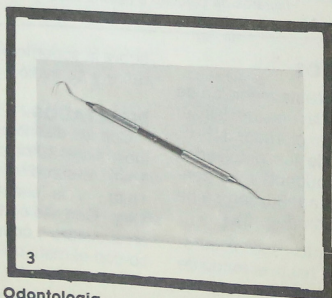
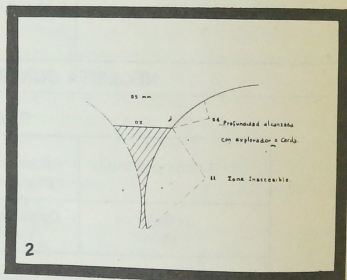
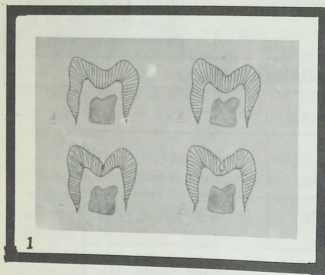
Se describe un método utilizado en la clínica de Odontopediatría del Ateneo

Argentino de Odontología para medir las profundidades de surcos profundos, remineralizados y caries incipiente e indicar su tratamiento.

BIBLIOGRAFIA

- 1 - MUÑOZ M.A. Sellantes de fosas y fisuras. 1er. Simp. Arg. Grab. Acido 97 - 114 77.
- 2 - NEWBRON Ernest. Cariology, Baltimore Williams & Wilkins Co 1978.
- 3 - BORDONI Noemi. Remineralización de caries de esmalte. Salud Bucal Año X N° 57 Abril-Mayo 1983.
- 4 - BORDONI Noemi. Programas de atención clínica preventiva a nivel individual Rev. Asoc. Odontol. Arg. 69: 71-85, Marzo-Abril 81.

- 5 - KATZ Simón, Mc. Donald James L., Stokoy George K. Odontología preventiva en acción. Edit. Panamericana, 1982, 3ra. edición.
- 6 - BORDONI Noemi. Prevención de caries dental. Bol. Asoc. Arg. Odontol. Niños. 13: 7-17 N° 1 77.
- 7 - BEERNIER Joseph, MUHLER Joseph C. Medidas preventivas para mejorar la práctica dental. Edit. Mundi, 1977 1ra. Edic.
- 8 - Mc. DONALD Ralph. Odontología para el niño y el adolescente. Edit. Mundi, 1975.



EDITORIAL MUNDI SAICYF

ENFERMEDADES DE LA BOCA

TUMORES

(Primera y Segunda parte) Tomos IV y V

CLINICA, HISTOPATOLOGIA, DIAGNOSTICO Y TERAPEUTICA

DAVID GRINSPAN

El tema de los tumores encierra grandes dificultades para su desarrollo porque son variadas las apreciaciones de cada uno de sus aspectos y sobre todo del tratamiento de los cánceres. Si bien todo lo escrito va dirigido a los tumores bucales, no es posible separar este sector topográfico del resto del organismo. Por ello se trata, en todos los temas de la obra, cada uno de los rubros en forma general, para luego adentrarse en lo que ocurre con ellos en la boca.

2 tomos, 1.664 páginas profusamente ilustradas, 8 láminas en color formato 23 x 16 cm. encuadernación en cuero.

Periodicidad en la tradición de Orban y Gottlieb 5ª edición. Daniel A. Grant, Irving G. Stern y Frank G. Everet. *Periodoncía* es un libro de texto educativo. Está escrito para el estudiante de odontología y para el práctico general. Su objetivo es aportar el conocimiento necesario para tratar la enfermedad periodontal como parte integral de la práctica odontológica. Capítulos destacados tratan: anatomía, enfermedades periodontales generales y específicas, técnicas de tratamiento, terapéutica, con información totalmente actualizada, especialmente en lo referente a la inmunología, microbiología, recesión y atrofia y gingivitis descamativa.

REVISION DE DIAGNOSTICO, MEDICINA BucAL, RADIOLOGIA Y PLAN DE TRATAMIENTO.

Norman K. Wood.

El propósito principal de este libro es el de facilitar la preparación de los exámenes a todos los estudiantes de odontología. Sirve también para que el profesional se auto-evalúe rápidamente en forma adecuada. Trata las siguientes disciplinas: diagnóstico diferencial, patología, medicina bucal, radiología, plan de tratamiento integral y análisis de casos. El método es básicamente el de preguntas y respuestas, ilustrado con fotografías, radiografías y fotomicrografías de buena calidad.

UN PROGRAMA DE SALUD PARA LA DEMOCRACIA

El 10 de diciembre asumieron el gobierno de la Nación las autoridades electas el 30 de octubre, inaugurando para la República una etapa de fe y de confianza.

Las postulaciones que en materia de Salud figuran en la plataforma política del partido que ha ganado el gobierno nacional, aparecen ahora como un auténtico compromiso ético en su afán de reparar el deterioro de las condiciones de vida de la mayoría del pueblo argentino, que tiene una de sus más dramáticas expresiones en la creciente dificultad para acceder a la salud.

Continúa diciendo el documento: "El recrudescimiento de las enfermedades de la pobreza, tales como la desnutrición y las infectocontagiosas, así como las condiciones insalubres de trabajo, la pérdida de cobertura de obras sociales, el arancelamiento hospitalario, el costo inalcanzable del medicamento, constituyen la evidencia de la actual situación y del progresivo desentendimiento del Estado en el campo de la salud".

"LA ATENCIÓN DE LA SALUD ES UNA REponsABILIDAD PRIMORDIAL DE LA DEMOCRACIA QUE CONSTRUIREMOS"

En esta materia, el Estado tiene una atribución y deber indelegable para hacer que nuestro pueblo cuente con asistencia fácilmente accesible y que los servicios ofrecidos sean independientes de la condición social y económica de quien los utiliza.

Nuestra concepción, afirma la plataforma que glosamos, enfatiza la salud y no se restringe a la atención de los enfermos. Se preocupa por la acción preventiva, por el diagnóstico precoz, por la rehabilitación y por las condiciones del medio físico y social que afectan la salud del pueblo.

Para el área de la ciudad de Buenos Aires, se han previsto las siguientes medidas de emergencia:

— Supresión inmediata de los pagos directos de aranceles por parte de los usuarios de los hospitales municipales. Los servicios de salud en los establecimientos municipales serán igualitarios y gratuitos. Si la persona que utiliza esos servicios está protegida por cualquier cobertura, una vez concluida su atención, se requerirá de la entidad responsable el pago de la prestación.

— Eliminación de las trabas administrativas, sociales y económicas que restrinjan la asistencia hospitalaria. Los consultorios externos de los establecimientos asistenciales se organizarán de modo de eliminar los rechazos del

paciente por falta de turno o burocracia administrativa.

— Desarrollo urgente de programas de complementación alimentaria de familias con niños con riesgo de desnutrición. Creación de un centro de abastecimiento nutricional para neonatos y lactantes, cuya función será la de aportar nutrientes en forma gratuita, todo esto bajo el control de asistentes sociales.

— Replanteo inmediato, correcto y adecuado del presupuesto municipal para salud. Asimismo se ejercerá un permanente control de gestión a nivel central para asegurar la correcta formulación de necesidades y el manejo de

fondos en los establecimientos asistenciales. Se procurará el mejor y mayor aprovechamiento de la capacidad instalada y de todos los recursos disponibles para dar atención médica integral y continua, creando para este fin un centro fiscalizador.

— Incorporación de modalidades descentralizadas y no tradicionales de trabajo para acercar la atención de la salud al lugar de residencia o de trabajo del usuario, especialmente en el área más desprotegida. Los establecimientos hospitalarios deberán proyectarse a la comunidad de su área, manteniendo un contacto fluido con las entidades represen-

tativas de la comunidad y atendiendo los problemas que el vecindario quiera hacer llegar canalizándolos a través de los Consejos Vecinales.

— Revisión de normas administrativas, contables, legales y técnicas para las Obras Sociales y otros entes de cobertura. Se convendrá con los servicios e instituciones de otras dependencias oficiales, privadas, de obras sociales y otros entes el uso racional de los recursos, en especial de los equipos de alta complejidad. Se requerirá y controlará el cumplimiento de los convenios existentes a este respecto.

— Transferecia a la Municipalidad, concertando con Salud Pública de la Nación, de los hospitales nacionales polivalentes ubicados en la Capital Federal y que prestan atención, preferentemente, a esta población y a la del conurbano.

— Creación de áreas geográficas para la extensión de la responsabilidad social del hospital y funcionamiento pleno de los hospitales mediante la extensión de los horarios de atención. A cada área se incorporarán las unidades descentralizadas de atención, que funcionarán interrelacionadas con el hospital cabecera. Se revisará la actual distribución de los centros de salud para cubrir a los sectores más desprotegidos. Se jerarquizará la atención médica, odontológica y psiquiátrica primaria próxima a los lugares de residencia o de trabajo de los vecinos de la ciudad, en zonas alejadas del hospital o de los centros de salud. De esta forma se entrará en el concepto de REGIONALIZACIÓN HOSPITALARIA.

— Se pondrá énfasis en la labor de la asistencia social hospitalaria, a fin de orientar la solución de los problemas ocasionados por la afección y/o internación del paciente.

— Prolongación de los horarios de atención hospitalaria. Utilización de las modalidades con atención progresiva, donde el paciente recibirá la atención de acuerdo al grado que lo requiera y en el sitio

hospitalario que más se adapte a su estado clínico.

— Diferenciación y sistematización de los niveles de atención, según las necesidades del usuario. En este tipo de atención se diferencian varios niveles: a) cuidados intensivos; b) cuidados intermedios; c) cuidados prolongados para pacientes crónicos; d) autocuidados; e) atención domiciliar por parte de los profesionales del hospital; f) atención ambulatoria.

— Reparación edilicia y renovación de equipos en los hospitales municipales. Racionalización de la provisión de medicamentos para el tratamiento de los enfermos.

— Ampliación y mejora de unidades móviles para el tratamiento de las urgencias.

— Control de habilitación, acreditación y prestaciones dadas por instituciones en el área de la Capital Federal.

— Transformación de la atención psicológica de la población, orientada hacia el tratamiento domiciliario de la urgencia; la terapéutica ambulatoria del paciente y su núcleo familiar y una internación psiquiátrica integral. Se crearán servicios de psicopatología en todos los hospitales generales y se incorporará la atención de la salud mental en las unidades descentralizadas.

— Control de las intoxicaciones y adiciones mediante campañas de lucha contra el tabaquismo, el alcoholismo y la drogadicción con la participación activa de la comunidad. Se asegurará la atención del enfermo mediante equipos especializados en los hospitales generales.

— Se asegurará el seguimiento de la embarazada, atención del parto y control ulterior del niño, especialmente del proceso de crecimiento y desarrollo.

— Detección y tratamiento de las enfermedades o alteraciones de los niños en edad escolar y del adolescente comprendiendo además su tratamiento integral en sus aspectos psicofísicos, procurando para tales fines coordinar

las acciones de todos los servicios municipales y de otras dependencias.

— Coordinación con las áreas de vivienda, recreación y seguridad social para la mejor atención de los ancianos carenciados y los discapacitados.

— Control, prevención y tratamiento de las enfermedades infecciosas dentro del ámbito municipal, mediante programas de vacunación y provisión de medicamentos para el tratamiento de la tuberculosis y enfermedades venéreas. Los programas de vacunación se incorporarán a la atención integral de la salud, promoviendo su mayor cobertura. El control de la tuberculosis se efectuará a través de la atención en los hospitales generales, preferentemente en forma ambulatoria, con la provisión gratuita de medicamentos, y asegurando un adecuado seguimiento con la participación de los servicios sociales. Igual criterio se aplicará al programa de prevención y asistencia de enfermedades de transmisión sexual.

— Desarrollo de los servicios de rehabilitación en los hospitales municipales.

— Incrementar los servicios especializados de rehabilitación en los hospitales municipales, coordinando acciones con los otros organismos responsables.

— Intensificación de la acción de los servicios de hemoterapia municipales para aumentar la eficiencia de sus bancos de sangre. Se implementarán progresivos controles sobre los bancos de sangre privados.

— Se ampliará la atención de la patología buco-dental con especial énfasis en niños y embarazadas. Se normalizará sobre materiales y equipos de uso odontológico para disminuir costos.

— Creación del Vademécum Terapéutico Municipal, al que deberán adecuarse los profesionales dependientes de la Comuna, acorde con el Vademécum Nacional, a fin de lograr el uso de los medicamentos de mejor calidad al

menor costo, considerando a éstos como un bien social.

— Revalorización y ampliación del sistema de Residentes para las profesiones de la salud.

— Promoción de la investigación y de la enseñanza en el ambiente hospitalario y otros centros asistenciales, contemplando un sistema de becas para personal de escasos recursos.

— Estimular las actividades de investigación y docencia, integrándolas a todas las unidades asistenciales. Creación de becas para investigación científica con relación a la salud. Intensificación y replanteo de los cursos y becas de enfermería, para procurar la dotación necesaria y su permanencia. Jerarquización económica

y profesional de los cuerpos de enfermería.

— Jerarquización de los profesionales, técnicos y auxiliares de la salud, mediante la capacitación permanente, la remuneración adecuada y la estabilidad laboral.

— Se reordenarán las dotaciones de personal en los establecimientos de salud para mejorar su funcionamiento.
— Revisión exhaustiva de la actual carrera profesional hospitalaria, con la participación de las asociaciones profesionales correspondientes, como asimismo del sistema de concursos para acceder a cargos hospitalarios. Revisión de todo lo actuado en la materia desde 1976 hasta la fecha, incluyendo las cesantías sin sumario previo y/o injustificados.

— Difusión de programas de Educación para la Salud mediante actividades coordinadas con las autoridades educacionales y los medios de comunicación masiva para estimular la participación de la población en la protección de la salud.

— Estudiar la creación de un Banco Central de Datos que reciba la información de todos los hospitales, sanatorios o centros médicos, públicos y privados, comprendidos en el sistema, a fin de centralizar la información hospitalaria para la Capital Federal.

— Promoción de contactos fluidos de los hospitales con las entidades comunitarias (escuelas, sociedades de fomento, clubes de barrio, cooperadoras, consejos vecinales, etc.).



INDUSTRIA DENTAL ARGENTINA

Fabricación de Aparatos Odontológicos.

COMPRESORES

Silenciosos de 1/2, 3/4 y 1 HP.

MODULOS

Con una o dos Piezas de Mano con Micromotor Eléctrico o Neumático.

SALIVADERAS

Con uno o dos Eyectores.

FOCOS

De Iodo Cuarzo.

SILLONES

Relax - Pantográficos.

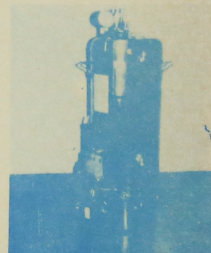
REPARAMOS SU

COMPRESOR

VERTICAL

SILENCIOSO

EN 48 HORAS



FABRICA, DISTRIBUYE Y GARANTIZA

I.D.A. - Industria Dental Argentina

Facilidades. Consulte Precios y Calidades

Fco. Beiró 254 (1602) Florida - Pcia. de Bs. As. (R. A.)

LABORATORIO "Del Ateneo"

Aparatología de Ortopedia Funcional y Ortodoncia en toda su Variedad

**RICARDO N. LLANES
EDUARDO H. AGUIRRE**

T. de Anchorena 1178 Tel. 821-7349

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

Squam®

la superioridad terapéutica



Una afirmación cuyos fundamentos encierran todo el significado de una trayectoria de seriedad y rigor científico al servicio de la odontología.

Squam®

Crema dental con EDS, PFC y Flúor
Impide la formación de sarro
Remueve la placa dental
Fortalece el esmalte
Dificulta la producción de caries
No altera las rehabilitaciones dentales

Crema dental con EDS y Flúor

Gador

Laboratorios Dr. Gador y Cia. S.A.C.I.
DIVISION PRODUCTOS ODONTOLÓGICOS
Florida 868, Buenos Aires
Administración y Comercialización,
Tel. 312-6333/35, 312-8481/85