

REVISTA DEL ATENEO ARGENTINO DE ODONTOLOGIA



**¡SI, JURO:
MAS VIDA PARA
LOS ARGENTINOS!**

ernex

Nuevo concepto en terapéutica orofaríngea



Antiinflamatorio
Antialgico
de uso topico

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 -
paradentitis - extracciones
simples o complicadas -
tratamiento pre y
postoperatorio.
Formula:
Cada 100 ml contiene:
Benzidamina ClH 0.300 g;
Excipientes c.s.p. 100 ml
Posologia:
Utilizar en forma de
gargarismos, buches o
toplicaciones 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

Compresor 3/4... \$a 21.000

3 CUOTAS SIN INTERES

Equipo odontológico
con compresor 3/4
Torno colgante 1/4.
Turbina
Micromotor
Cavitador
Modelo completo c/2 sa-
lidas para turbina y
micromotor

Estos precios estan 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. Elias Beszkin
Vicepresidente	Dr. Mario D. Torres
Secretario	Dr. Jaime Juan Fiszman
Prosecretario	Dra. Edith Losoviz
Tesorero	Dr. Carlos Guberman
Protesorero	Dra. Clara Szeinberg

VOCALES TITULARES

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

VOCALES SUPLENTE

Dr. Ricardo Pomeraniec
Dra. Silvia Rudyoy
Dr. José Adonaylo
Dr. Oscar Siscar
Dra. Liliana Doctorovich
Dr. Ricardo Chait

COMISION FISCALIZADORA

TITULARES

Dr. Miguel Stratas
Dra. Henja de Rapaport
Dr. Saúl Merlin

SUPLENTE

Dr. Mario Beszkin
Dra. Sofia Vinograd
Dr. Eduardo Muiño

TRIBUNAL DE HONOR

Dr. Angel Lagorio
Dr. Rubén Racagni
Dra. Noemi Lisman

Dr. Elías Samoilovich
Dra. Teresa Israelson
Dr. Natalio Schesak

Dr. Leonardo Voronovinsky
Dra. Sara Sneibrun
Dra. Sara 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:

LA UNIVERSIDAD QUE QUEREMOS

4

ERUPCION DENTARIA,

DOCTORES MARIO BESZKIN, BEATRIZ LEWKOWICZ,
EDITH LOSOVIZ, EVA SCHILMAN Y MARIO D. TORRES

5

POSTOPERATORIO EN CIRUGIA CON ANESTESIA GENERAL

DOCTOR JORGE MIGUEL GARCIA

17

TERAPIA INTERCEPTIVA,

H.F. DE RAPAPORT

23

POLITICA DE SALUD,

PROGRAMA ALIMENTARIO NACIONAL

32

SEMINARIO,

PROBLEMAS DE LA ODONTOLOGIA ACTUAL:
ALTERNATIVAS DE SOLUCION

34

COMENTARIOS BIBLIOGRAFICOS

35

INFORMACIONES

36

DOCTOR NESTOR J. BLANCO

37

EN EL ATENEO

38

ATENCION EN CLINICA

40

DIRECTOR: Alfredo Fermin Alvarez
CUERPO DE REDACCION: Carlos Guberman,
Ana Maria Rodriguez, Silvia Rudyoy
Diana Kaplan, Jorge M. Garcia
y Haydée Fligler

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.

La Universidad que Queremos

EL ATENEO recibe alborozado la conquista de la democracia por el pueblo argentino y la designación de los doctores Ariel Gómez y Alberto Valente en los cargos de Decano Normalizador de la Facultad de Odontología y Director Nacional de Odontología respectivamente, deseándoles éxito en sus gestiones y sumando nuestro compromiso para la consolidación de esta etapa institucional.

Seria ingenuo suponer que los 7 años del Proceso (mal llamado de Reorganización Nacional) no han lesionado profundamente todas las estructuras de nuestra sociedad, y que el solo hecho de haber traspuesto el 10 de diciembre nos aseguró la reversión de la situación heredada. El grado de deterioro alcanzado, que se manifiesta por la elevada deuda externa y los compromisos que ello representa; la grave situación socio-económica, con los altos índices de analfabetismo; el deterioro de las condiciones de vida y de salud y la dificultad a su acceso; la desocupación, etc., así lo confirman. Revertir esta situación, más allá de las buenas intenciones, honestidad y capacidad de los funcionarios designados, requiere la suma de esfuerzos de la comunidad, actitud hacia la cual el ATENEO, modestamente, y como parte de ella se siente comprometido. Si entendemos que la Universidad debe tener como objetivo principal la formación del hombre en su total dimensión, insertado y comprometido en la realidad del país, es indispensable el despliegue de toda su potencialidad para ponerse al servicio del desarrollo económico, social y cultural.

Entendemos como tarea fundamental en esta etapa de normalización: **CONSOLIDAR LA DEMOCRATIZACIÓN DE LA VIDA UNIVERSITARIA.**

Lograr el objetivo de una Universidad pública, abierta, sin limitaciones ni discriminaciones, que brinde a todos los integrantes de la comunidad igualdad de oportunidades, con una enseñanza no solo científica sino también humanista con contenido social, esto supone dar pasos concretos en la destrucción de los mecanismos montados por las autoridades anteriores o creados a lo largo del proceso en la Universidad y neutralizar el poder político de aquellos que interfieran estos objetivos.

La democratización de la vida universitaria exige poner en marcha los mecanismos del Co-Gobierno y hacerlos funcionar a partir de una amplia participación de los tres claustros, con mecanismos de consulta regulares y profusa información de los temas que se deban discutir, para posibilitar el aporte de todos los sectores involucrados.

La otra tarea es la jerarquización del contenido científico del claustro docente que proporcione las herramientas para el mejor dominio de cada disciplina, porque sin capacidad no hay adelanto científico-técnico y sin éste no habrá desarrollo nacional.

Y por último, proponer un amplio debate sobre los contenidos curriculares y objetivos de la enseñanza e incorporar en cada una de las facultades la temática específica de los grandes problemas nacionales y regionales, como los planes de salud, desarrollo tecnológico, medicamentos y vivienda.

Consecuentes con el espíritu que animó nuestros treinta años de vida institucional, dejamos abiertas las páginas de esta revista a todas las opiniones en el camino de unificar ideas que aporten al avance democrático de nuestra Universidad y de la Nación.

Erupción Dentaria

MARIO BESZKIN, BEATRIZ LEWKOWICZ, EDITH LOSOVIZ, EVA SCHILMAN, MARIO TORRES

El presente trabajo encara aspectos diagnósticos y terapéuticos referentes al control de la erupción dentaria durante los períodos de dentición temporaria y mixta.

Partiendo de una revisión bibliográfica pretende transmitir la experiencia recogida en el trabajo interdisciplinario ortodóncico-quirúrgico del Ateneo Argentino de Odontología, en la relación "alteraciones de la erupción - maloclusión", "diagnóstico-predicción - toma de decisión terapéutica", recursos ortodóncico-quirúrgicos y funcionamiento de este equipo interdisciplinario.

1ra. PARTE

Partiendo de la concepción de que la oclusión es el resultante de la integración en el tiempo de los procesos de crecimiento y maduración, erupción y morfología dentaria y comportamiento neuromuscular, cualquier alteración no compensada de cada uno de estos factores dará origen a una maloclusión. Nos referimos en este trabajo al rol que le compete al factor dentario en la organización de la oclusión, la necesidad y forma de vigilancia durante el período de erupción y algunas propuestas terapéuticas para su consideración.

Podemos reconocer tres períodos de la oclusión: la dentición temporaria, la mixta (que marca el proceso de transición de la dentición temporaria a la permanente) y, por último, la permanente: culminación y espejo revelador de esta particular historia.

Pretendemos centralizar el enfoque en los dos primeros períodos, que son cuando las medidas preventivas o las de

tratamiento causal precoz están indicadas.

Queremos resaltar en estos dos estadíos la importancia de controlar los signos que vamos a describir, debido a la necesidad de encarar el tratamiento temprano de estas alteraciones como modo de que los mismos no sean el detonante de futuras complicaciones funcionales y/o de crecimiento.

ETAPA DE DENTICION TEMPORARIA

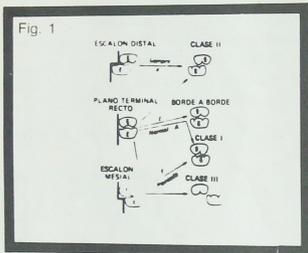
¿Qué hay que vigilar? ¿Cuándo se debe actuar?

Hay menos variables en las relaciones oclusales de la dentición temporaria que en la permanente. En términos generales, no hay problema de falta de espacio, los dientes anteriores pueden presentar diastemas interdentarios.

Algunos signos interesantes para ser controlados.

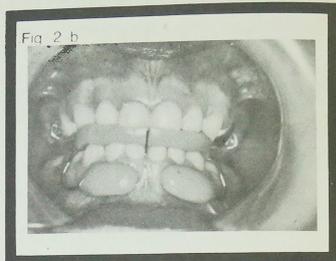
Plano terminal

Un plano terminal recto de las caras distales de los segundos molares temporarios va a asegurar una correcta relación de los primeros molares permanentes por corrimiento del inferior a expensas de la diferencia del ancho entre premolares y las piezas por reemplazar. Un escalón distal en la oclusión temporaria resultará seguramente en una relación molar de clase II, ya que casi siempre está ligado a un patrón de crecimiento de distocclusión. Un escalón terminal mesial puede derivar en una relación de clase I o III de los primeros molares permanentes (Fig. 1).

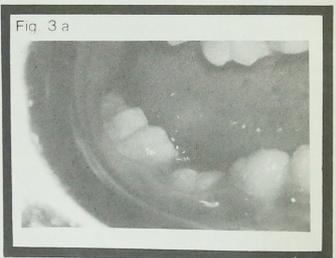


Posiciones posturales forzadas

El niño sin desgaste oclusal natural de los dientes temporarios, puede producirse una posición distal funcional tem-



poraria de la mandíbula en el momento del cierre por interferencias oclusales, en general en la zona canina, no descontándose un efecto posterior sobre el crecimiento mandibular. El desgaste de las interferencias y la propulsión mandibular con un activador, es un buen recurso terapéutico.



Asimetrías funcionales (Fig. 2).

La diagnosticamos por la desviación mandibular en el movimiento de cierre. Puede deberse también a interferencias oclusales por falta de abrasión de las piezas temporarias. El desgaste y el control periódico es la regla. El objetivo es, desde el punto de vista morfológico, evitar la instalación de una mordida cruzada lateral y por sobre todo el de asegurar centricidad en el movimiento.

Dientes sumergidos

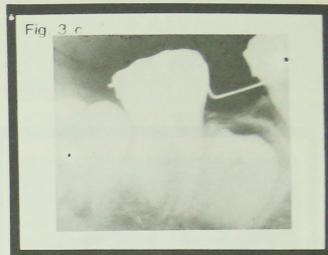
También en la dentición temporaria es frecuente encontrar anquilosis alveolo-dentaria, mal llamada diente sumergido, en particular en los molares mandibulares. Esta situación requiere vigilancia para indicar la extracción, seguida o no de mantenedor de espacio, para evitar su complicación habitual que son rotaciones y modificaciones en la dirección de erupción del premolar de reemplazo con volcamiento de primeros molares permanentes y extrusión del antagonista. (Fig. 3).



ETAPA DE DENTICION MIXTA

Esta etapa de transición comienza con el recambio del sector incisivo y erupción de primeros molares, proceso que se desarrolla aproximadamente en dos años. A continuación, un intervalo de 18 a 24 meses sin cambios aparentes es seguido por el reemplazo de caninos, premolares y erupción de segundos molares que se completa generalmente en 14 meses.

Surge como corolario natural, la necesidad de organizar el tratamiento en la dentición mixta, guardando correspondencia con estos periodos biológicos. Por eso planteamos el tratamiento de la dentición mixta en etapas: el primer objetivo es la organización del sector ante-



rior y la relación de los primeros molares, seguido en muchas oportunidades de un simple control hasta el momento de la erupción de los sectores laterales.

Entendemos por erupción el proceso de desarrollo que mueve a un diente desde su lugar de génesis hasta su posición funcional en la oclusión, siendo este proceso el resultado de una simultaneidad de fenómenos genéticamente controlados; ellos son la reabsorción ósea alrededor de la superficie oclusal, la formación de las estructuras de soporte alrededor de la porción radicular, la rizolisis del temporario, todos ellos iniciados y coordinados por una serie de factores locales relacionados con el folículo dental. Todas las estructuras dentarias fueron señaladas como responsables del proceso de erupción, pero la comprobación clínica de que dientes totalmente formados pueden quedar impactados, así como qué dientes sin raíces pueden erupcionar, descartan esa posibilidad (Fig. 4).

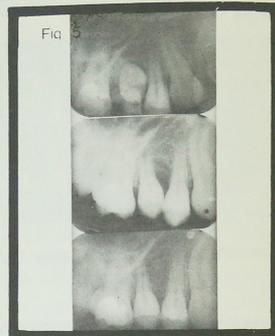
La formación radicular es producto de la erupción, hecho que avala nuestra idea de tratar tempranamente, con métodos ortodóncico-quirúrgicos, las piezas con desviaciones en la dirección de la erupción, evitando su impactación, injuria de dientes vecinos, dilataciones radiculares, etc. (Fig. 5)

Si siguiendo a Van der Linden, describiremos tres fases en la erupción dentaria: fase preeruptiva, eruptiva hasta la irrupción en la cavidad oral y erupción hasta lograr el contacto con las piezas antagónicas.



FASE PREERUPTIVA

Que un diente llegue correctamente a la oclusión depende de una serie de circunstancias que comienzan en la etapa preeruptiva con su sitio de morfogénesis, forma y tamaño de la región apical y dimensión coronaria. Estas circunstancias, si bien son inmodificables por tratamiento, deben ser reconocibles para poder hacer una correcta evaluación del caso clínico por tratar, particularmente cuando la iniciación terapéutica es temprana y la toma de decisión en el manejo del espacio es dudosa.

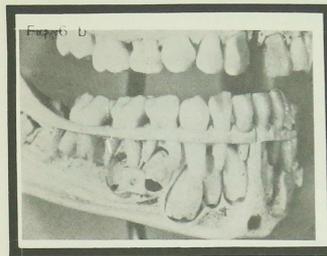


La conducta por seguir depende de la relación germen-región apical en cuanto a posición y tamaño.

- Con espacio importante no requiere particular vigilancia.
- Con valores críticos el control y medidas interceptivas están indicadas.
- Frente a una manifiesta desarmonía, indicar el tratamiento ortodóncico con o sin extracciones.

Entendemos como región apical en la dentición mixta aquella que comprende los ápices de los dientes eruptivos y la zona de los gérmenes dentarios.

La frecuencia de determinados problemas en la erupción dentaria están íntimamente ligados a las características



de cada una de las zonas de la región apical de los maxilares, que pasaremos a describir (Fig. 6).

Zona anterior

La fase de reemplazo de los dientes anteriores ofrece pocas posibilidades de intervenir. Es frecuente encontrar rotaciones de los incisivos inferiores en el momento de erupción. Esta situación está ligada al sitio de morfogénesis.

En el maxilar superior, el espacio disponible para los gérmenes de los incisivos permanentes es mucho más restringido que en la mandíbula; también la diferencia de diámetros entre permanentes y temporarios es más acentuada. Sin embargo el hecho de la posibilidad de un desarrollo posterior con o sin tratamiento por la actividad de la sutura palatina, que conserva potencial de crecimiento hasta el final del proceso de erupción, hace que la situación del espacio pase en términos generales a ser más dramática para la mandíbula.

La consideración de medidas terapéuticas interceptivas en los casos de espacios críticos debe tener en cuenta para el sector incisivo superior, primero, que la existencia o no de diastemas interincisivos en la dentición temporaria no guarda relación directa con la obtención de espacio suficiente para el recambio.

Segundo, en general, no es conveniente el desplazamiento de los incisivos laterales en la búsqueda de mayor perímetro anterior, ya que pueden perturbar la erupción de los caninos por proximidad de sus raíces a la corona.

Otra cuestión interesante para discutir, es la indicación de extracciones de caninos temporarios para solucionar los apiñamientos inferiores. En general, nadie discute los beneficios iniciales de esta técnica; sin embargo, en el tiempo es responsable de una disminución de la distancia intercanina, ya que la erupción de los incisivos laterales en contacto con las raíces de los caninos temporarios provocará un desplazamiento hacia distal de los mismos y, como consecuencia, un aumento de la distancia intercanina. La perturbación ocasionada por la extracción de caninos previa a la erupción de los laterales, no es compensada en etapas posteriores del desarrollo. Otra de las consecuencias es la tendencia a la linguoversión y apantallamiento de los incisivos cuando no es acompañada con aparatología conveniente, se produce la extrusión de este sector. Nosotros preferimos, siempre que sea posible, el desgaste mesial de las coronas de los caninos temporarios como procedimiento guía de la erupción en los casos en que no están previstas extracciones futuras. (Fig. 7)

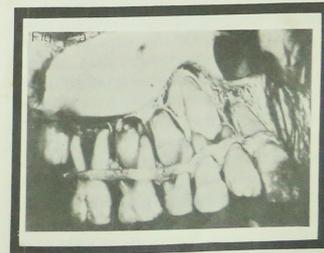


Fig 7 h

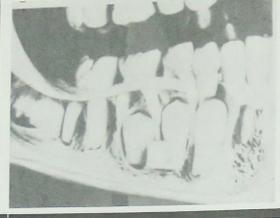


Fig. 7 bis



Zona lateral

Uno de los problemas más frecuentes vinculado con el tamaño de la región apical es la rotación de premolares inferiores como consecuencia de la estrechez intercortical. Esta giroversión premolar puede provocar rizolisis asimétricas de los molares temporarios, que a su vez consolidan la rotación y/o alteran la senda de erupción.

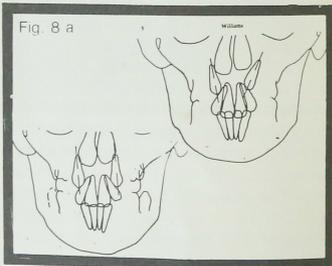
La diferencia de diámetro entre premolares y molares temporarios, permite la utilización del espacio residual. La reducción selectiva del ancho de las coronas de los segundos molares temporarios puede ser utilizada para mejorar la situación incisiva-canina. Los resultados son más favorables para la arcada inferior porque el espacio diferencial es más importante.

En los casos límites es imprescindible

obstaculizar la mesiogresión de los primeros molares permanentes, en particular los superiores donde esa tendencia es más marcada. Cuando la erupción de los segundos molares antecede a la completa erupción de segundos premolares, se acentúa la migración mesial de los primeros molares. Contrariamente a la arcada mandibular, los molares superiores pueden ser distalados y mantenidos en ese lugar siempre que exista una buena intercuspidación.

En la arcada superior podemos esperar aumento de la distancia intercanina por distalamiento de los caninos, aumentando el espacio apical del sector incisivo. La dirección del canino superior con sus coronas hacia mesial y los ápices inclinados a distal, parece contribuir a estabilizar la nueva posición. Por el contrario, en la arcada inferior hay tendencia de recidiva, uno de los motivos es la dirección perpendicular de los caninos.

Fig 8 a



En general la situación del espacio es mucho más crítica para la arcada inferior que para la superior, que tiene condiciones de mejor adaptación ya sea por tratamiento o por crecimiento.

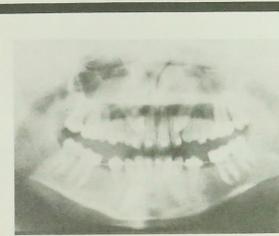
Para el canino superior, la circunstancia de que sea el diente más alejado del plano oclusal desde el sitio de su morfogénesis, sumado al hecho de que es la

Fig 8 b



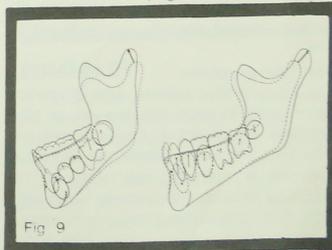
última pieza por erupcionar de la zona lateral, hace que tenga que recorrer un largo y tortuoso camino de erupción, con no siempre una feliz ubicación en la

Fig 8 c



arcada dentaria por falta de espacio disponible. De allí la importancia de detectar tempranamente su situación en la zona apical y la dirección de erupción, dada generalmente por la inclinación radicular. Clínicamente, a la edad de ocho años un bulto será palpable a la altura del canino temporario; si no hay evidencia, el diagnóstico radiográfico es lo indicado (nosotros usamos la radiografía panorámica). En esta edad el canino está inclinado ligeramente hacia mesial con la corona debajo del nivel de los ápices de los incisivos laterales y bien debajo del borde lateral de la cavidad nasal. Las raíces yacerían lateralmente al borde lateral de la cavidad periforme (Fig. 8).

Fig 9



Cuando la inclinación es muy mesial es aconsejable una terapia interceptiva con la extracción de los primeros molares temporarios, el desgaste por mesial de los segundos molares temporarios puede ayudar a la ubicación más distal de los primeros premolares si es que no está prevista su extracción. En los casos de gran desarmonía germen-región apical, la decisión es la extracción de primeros premolares en edad temprana, y aunque nosotros no tenemos experiencia, algunos autores aconsejan para una situación de gran compromiso con marcada inclinación mesial de los caninos, la gertomía de los primeros premolares.

Las decisiones deben ser oportunas para evitar la impactación, dislaceración de la raíz y/o la reabsorción radicular de los incisivos laterales. Por último queda el recurso de liberación y tracción con fuerzas ortodóncicas.

Zona posterior

La impactación o erupción ectópica de los terceros molares, tanto superiores como inferiores, está generalmente en relación directa con la posición del germen en su lugar de origen y/o con la existencia de disponibilidad de espacio. Esta última circunstancia se ve con mayor asiduidad asociada con mandíbulas con tendencia de crecimientos condilar hacia adelante y escasa reabsorción del borde anterior de rama mandibular (Fig. 9).

FASE ERUPTIVA INTRAÓSEA

Senda de erupción

En general la senda de erupción de un diente está en relación con su orientación radicular. Habitualmente el trayecto de erupción de un diente permanente cambia en cuanto se aproxima a otro diente permanente. Las desviaciones de la trayectoria de erupción depende de las condiciones espaciales propias de las distintas zonas de los maxilares.

La erupción de un diente permanente está asociada con la reabsorción del precedente; simultáneamente con la reabsorción radicular los procesos alveolares se reducen de altura. Los años antes de la pérdida del temporario los procesos de reabsorción y erupción se han iniciado. La asociación de los fenómenos de erupción y rizolisis de los temporarios no son totalmente explicados, ya que también se da la reabsorción de los temporarios aun con agenesia del permanente de reemplazo. Normalmente no hay reabsorción de los temporarios adyacentes. Sin embargo, en los casos de falta de espacio es frecuente que la erupción de incisivos desplacen los caninos temporarios o provoquen su exfoliación precoz. Si esto acontece es necesario extraer el homólogo para mantener la simetría. Las influencias nutritivas sobre la calcificación y erupción son relativamente poco importantes porque sólo en los casos extremos se han constatado efectos sobre la erupción.

Ritmo de erupción

El ritmo es inconstante. Los procesos patológicos locales influyen en el plan genético de erupción. Las lesiones periapicales de los molares temporarios aceleran la erupción del premolar reemplazante así como también su extracción, si es que han comenzado los movimientos activos de erupción. Si el prima-

rio es extraído antes del comienzo de los movimientos activos de erupción. Si el primario es extraído antes del comienzo de los movimientos eruptivos del permanente, es muy probable que el permanente sea demorado en su erupción, ya que puede volver a formarse una reparación ósea, haciendo la erupción más difícil y lenta.

En resumen, la posición del germen está determinada por mecanismos genéticos, pero durante la erupción intraósea la posición del diente es afectada por la presencia o ausencia de dientes contiguos; el ritmo y características de la reabsorción radicular de los temporarios; pérdida precoz de dientes primarios y por cualquier factor que altere el crecimiento de los procesos alveolares.

También, durante este periodo, se comprueba una tendencia al movimiento mesial. En general, durante este trayecto están indicados todos los tratamientos quirúrgicos o quirúrgico-ortodóncicos tendientes a lograr la eliminación de obstáculos, redireccionamiento del germen o liberación y tracción del mismo.

FASE ERUPTIVA BUCAL

Ya antes de su aparición en la boca, pero marcadamente después de su erupción, los dientes están sometidos a presiones mecánicas producidas por la actividad neuromuscular. La lengua juega un papel importante en la posición de los incisivos; los labios y mejillas ejercen presiones centripetas sobre los dientes anteriores y laterales. Estas presiones son particularmente importantes para la posición de los incisivos.

Los dientes continúan su erupción hasta el momento en que una acción contraria frena el proceso, el contacto con los antagonistas provoca ese freno. En la región anterior, por ejemplo en la 2da. clase primera división, no se produ-

ce este contacto, los incisivos inferiores se extruyen junto con la alveolar hasta contactar con el paladar y los superiores hasta alcanzar el labio inferior.

Por último, cuando los dientes ocluyen con el antagonista, un sistema de fuerza determina su posición lográndose o no una buena intercuspidad. La erupción de premolares y molares es guiada en el último momento por el

Fig. 10 a



contacto precoz con el antagonista, donde el juego de planos inclinados guiarán la búsqueda de una máxima intercuspidad.

Cuando el ritmo de erupción de las piezas superiores e inferiores se da en diferentes tiempos y los premolares entran en contacto con los temporarios, la guía apropiada no se realiza y hay mayores dificultades para el logro sin tratamiento de una buena intercuspidad (Fig. 10).

El control vertical de la erupción debe ser cuidadosamente vigilado si a esta falta de simultaneidad en la erupción se agrega la pérdida de los molares temporarios antagonistas. El activador es un buen recurso para controlar el crecimiento vertical de dientes y alveolar.

El hecho de que la mandíbula preceda al maxilar superior en la erupción de la totalidad de las piezas dentarias es explicada por Van der Linden, considerando

que la arcada mandibular hace de molde para la conformación de la arcada superior.

RESUMEN

Queremos recalcar y centralizar en este trabajo la importancia del rol que le compete a la erupción dentaria en la organización de la oclusión, la necesidad de vigilancia durante los periodos de dentición temporaria y mixta y la indicación de terapias preventivas e interceptivas.

Otro concepto para puntualizar, es que las decisiones terapéuticas deben ser escalonadas en el tiempo, en correspondencia con los distintos momentos de la organización de la oclusión teniendo como objetivo evitar que cualquier alteración previsible o "predictible" sea desencadenante de futuras complicaciones que interfieran en la armonía morfofuncional de la oclusión.

Fig. 10 b



SUMMARY

The important role of the eruption of the permanent dentition in the organization of the occlusion, is being described in the report.

The signs and symptoms used for the planning of the preventive or interceptive therapy are being described in order to avoid futures complications.

BIBLIOGRAFIA

1. FINGEROTH M.M., TRIEGER N., MONTAHENI M.: Exposure of impacted teeth and orthodontic movement via transosseus forces. Oral Surg., dic. 1970: 10.
2. McBRIDE L.J.: Traction-A surgical-orthodontic procedure. Am. J. Orth., sept. 1979: 287.
3. FOURNIER A., TURCOTTE Y.Y., CERNARD Ch.: Orthodontic considerations in the treatment of maxillary impacted canines. Am. J. Orth., march 1982:236.
4. CAHILL D., MARKS S.C.: Tooth eruption: evidence for the central role of the dental follicle. J. Oral Path., sept. 1980:189.
5. WILLIAMS B.: Diagnosis and Prevention of Maxilla Cuspid Impaction. Angle Orth., jan. 1981:30.
6. LINDEN F. van der. De la denture temporaire a la denture permanente. Rev. Orthop. Dent. Fac. 1980:14.
7. MOORREES C.F.A., KENT R.L.: Interrelations in the timing of root formation and tooth emergence. Proc. Finn. Dent. Soc. 1981:113.
8. HARVOLD E.P.: The activator in interceptive orthodontic. Ed. Mosby, 1974.
9. SEREBNICKY S.J., SCHEIN B.: Dientes no erupcionados. Observación histológica pulpar. TESIS.
10. BISHARA S.E.: Treatment of unerupted incisors. Am. J. Orth., 1971:443.
11. HOTZ R.R.: Guidance of eruption versus serial extractions. Am. J. Orth. 1970.
12. LEWIS P.D.: Pre-orthodontic surgery in the treatment of impacted canines. Am. J. Orth., 1971:382.
13. BISHARA S.E. et al. Management of impacted canines. Am. J. Orth., 1976:371.
14. BJORK A., JENSEN E., PALLING, M.: Mandibular growth and third molar impaction. Acta Odont. Scand. 1953:231.
15. VEGO L.: A longitudinal study of mandibular arch perimeter. Angle Orth., 1962:187.
16. GRECO G.N.: A própos de l'etiologie de l'inclusion des canines supérieures. Rev. Orth. Dent. Fac. 1979:331.
17. MOYERS R.E. Manual de Ortodoncia. Edit Mundi. Pg. 209. 1976.

Vaicrón®

ACRILICO PARA
BASE DE DENTADURAS

VAICEL

ACRILICO AUTOCURABLE PARA REPARACIONES

SOLICITELOS
A SU PROVEEDOR HABITUAL

Producidos por

Vaicrit
S.A.

Llavallol 1193 - Lanús Oeste - Tel. 241 - 1907



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.

ATENDEMOS SU CONSULTA

DISTRIBUYE Y GARANTIZA:

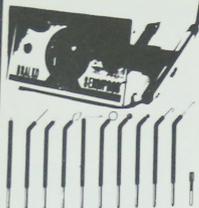
SUDAMERICANA DENTAL S.C.A.
T. E. 48 - 7817 / 1457 - 47 - 2440

BRALKO ELECTROMEDICINA ARG.

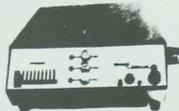
MOLDES 3827 - (1429) Cap. Fed.
BUENOS AIRES - ARGENTINA
701-9725

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

BRALKO SENSIPROB
MEDIDOR ELECTRONICO
DE VITALIDAD PULPAR



BRALKO MULTIDONT
DETARAJE POR ULTRASONIDOS Y
ELECTROBISTURI POR ALTA FRECUENCIA



BRALKO DENTOCORT
ELECTROBISTURI POR ALTA FRECUENCIAS



BRALKO SINTOMATIC
DETARAJE POR ULTRASONIDOS

dental medrano sca

NUEVA DIRECCION
PARAGUAY 3081
1425 BUENOS AIRES
ARGENTINA



TE

MENSAJES Y CONSULTAS AL

84-3883

Postoperatorio en Cirugía con Anestesia General

JORGE MIGUEL GARCIA

La anestesia general plantea situaciones de particulares características, que condicionan los cuidados postoperatorios.

Finalizado el acto quirúrgico, el anestesiólogo es quien tiene poder de decisión en cuanto al traslado del paciente de la sala de operaciones a la de recuperación o a su habitación, pero sin abandonarlo hasta que recupere la conciencia y los reflejos de defensa.

VIAS AEREAS

La permeabilidad de las vías aéreas puede comprometerse por diversos factores que enumeramos de inmediato.

1. Caída de la lengua: ocurre en pacientes que aún no han recuperado la conciencia, y se evita ubicando la cabeza en posición lateral, retirando la almohada, elevando la mandíbula y colocando una cánula orofaríngea.

2. Secreciones traqueobronquiales: cuando el mecanismo de la tos está dificultado, estas secreciones obstruyen las vías aéreas, en especial si están espesadas, lo que sucede con frecuencia en la administración excesiva de atropina. El tratamiento consiste en una correcta aspiración de la cavidad bucofaríngea.

3. Aspiración de secreciones digestivas: el vómito es una contingencia que pone a prueba la capacidad y experien-

cia del anestesiólogo. En términos generales la evacuación del contenido gástrico se realiza en un lapso de cuatro a seis horas. Esto no garantiza que un paciente sin alteraciones de la función evacuadora tenga el estómago vacío en el momento de la inducción anestésica con el mencionado período de ayuno. La situación se agrava en el politraumatizado, ya que el accidente a menudo se produce después de una ingesta copiosa y exceso de bebidas alcohólicas. Estos pacientes no sólo presentan el riesgo en la anestesia, sino que muchas veces llegan con las vías aéreas parcialmente obstruidas por aspiración del vómito como consecuencia de la falta de reflejos por traumatismo craneano.

El peligro del vómito en el paciente que se someterá a anestesia general es la inundación de las vías aéreas por el contenido gástrico. Para dar una idea de esta complicación y de su frecuencia, basta consignar el estudio de Berson y Adriani sobre 926 pacientes preparados para cirugía electiva. Al finalizar el acto operatorio encontraron por broncoscopia que el 14% tenía alguna cantidad de contenido gástrico en la faringe y el 7% en la tráquea y los bronquios.

Si esto ocurre en la cirugía electiva con ayuno previo, es fácil deducir la gravedad de la situación en cirugía de urgencia.

Para esta emergencia, el anestesiólogo cuenta con tres recursos:

1. Colocación de una sonda naso-

gástrica previa al acto quirúrgico.

2. Uso de tubo endotraqueal con mango inflable.

3. Intubación traqueal con el paciente despierto.

El tubo endotraqueal constituye un gran recurso para evitar la aspiración pulmonar, pero desde el momento en que se realiza la inducción hasta la insuflación del manguito transcurre un lapso durante el cual el contenido gástrico puede ser aspirado. El único recurso de que se dispone para evitar esto es la sonda nasogástrica ubicada con anterioridad a la inducción.

4. **Espasmo glótico:** en general la causa es un exceso de secreciones y, con menos frecuencia, un edema de glotis. El tratamiento consiste en la administración de atropina por vía endovenosa y la aspiración de las secreciones alternando con oxígeno con presión positiva para ayudar a vencer el espasmo. Se puede administrar corticoides por vía endovenosa.

5. **Espasmo bronquial:** por lo general se presenta en pacientes que ya tenían una alteración patológica de tipo obstructivo previa a la intervención, como asma, bronquitis y enfisema. La administración de aminofilina endovenosa junto con oxígeno y máscara-bolsa con presión positiva supera el cuadro.

6. **Cuerpos extraños:** las prótesis odontológicas a veces no se retiran o se reinstalan con el paciente aún no consciente. Se retiran por laringoscopia.

CONVALECENCIA

Se llama convalecencia la respuesta del organismo a la agresión cuyo objetivo es devolverle la salud.

Después de la operación y al salir de la anestesia, el paciente yace tranquilo, con deseos de no ser molestado, con falta de interés por personas o cosas

que lo rodean. Dormirá más de lo corriente, y si le molesta el dolor de la herida tratará de buscar la posición que lo alivie y se resistirá a los esfuerzos que se hagan para moverlo. Una variante habitual del enfermo apático se encuentra en el individuo eufórico, hecho que se halla en relación con ansiedad preoperatoria; esto se observa en cirugía traumática u ortopédica máxilo-facial con fijación intermaxilar.

Hidratación: La cantidad de agua que se administra variará de acuerdo con la pérdida de sangre durante el acto quirúrgico. También es frecuente que el paciente presente hipertermia o sudoración abundante, en especial en meses de verano y alojados en habitaciones sin aire acondicionado.

Estos episodios ocasionan pérdidas hidroelectrolíticas, a veces importantes. Normalmente ingresan al organismo 2.500 ml. de agua y se elimina la misma cantidad por día. En ciertas condiciones fisiológicas la ingesta excede los requerimientos del organismo manteniéndose el balance por excreción renal en exceso.

Cuando no hay ingesta de agua continúan las pérdidas inevitables: alrededor de un litro por vaporización (piel y pulmones) y medio litro por orina (volumen obligatorio para excretar los productos de desecho), con un total de 1.500 ml. Quiere decir que el organismo pierde diariamente el 2% del peso corporal en agua; cuando esta pérdida alcanza alrededor del 15% se produce la muerte. El requerimiento mínimo de agua para un adulto es de 1.500 ml. diarios, pero en casos de fiebre, ambientes cálidos, etc. las pérdidas y los requerimientos son mayores, calculándose para enfermos quirúrgicos una necesidad diaria de 2.500 a 3.500 ml. de agua.

En cuanto al ion sodio, en el organismo existe un total de 100 g. o sea 4.200 mEq. Normalmente se ingieren 4 g. (170 mEq. o sea 10 g. de Cl. Na.). El organismo economiza el cloruro de sodio más eficientemente que el agua, pues si no se ingiere sal, el riñón disminuye mucho su excreción. En los pacientes quirúrgicos habitualmente se utiliza solución fisiológica de cloruro de sodio o solución salina isotónica al 0.9%. Generalmente se administran unos 3.000 ml. diarios, con un límite máximo de 5.000.

Para establecer la cantidad de gotas por minuto, en relación al consumo diario previsto, se utiliza la siguiente fórmula empírica: cantidad de frascos de 500 ml. necesarios en las 24 hs. multiplicado por 7. Por ejemplo:

3.000 ml. diarios = 6 frascos de 500 ml. c/u

$6 \times 7 = 42$ gotas por minuto.

Esa fórmula tiene valor orientador para rata goteo convencional.

Ingesta oral: está restringida por varios días, en especial en cirugía bucomáxilo-facial. No obstante, la actividad muscular respiratoria y el mantenimiento normal de las funciones cardíacas, cerebral y visceral, exigen una fuente de energía. Al no poder ser exógena, deberá provenir de la oxidación de sustancias del organismo con la consiguiente pérdida de peso.

El requerimiento energético proviene de tres fuentes:

1) la glucogenólisis; 2) las proteínas celulares; 3) los acúmulos de grasa.

Los hidratos de carbono en su mayoría se encuentran en forma de glucógeno en el hígado y en los músculos y como glucosa en el líquido extracelular. Se estima que en el término de 8 a 16 hs. después de un traumatismo grave o una

intervención quirúrgica mayor se quemaron estas reservas. Agotada esa fuente calórica en las primeras horas, quedan a partir de ese momento las otras dos: proteínas y grasas.

Hidratación oral: no hay criterio uniforme sobre el momento más adecuado para indicar ingesta líquida. El único criterio fisiopatológico seguro que nos permite iniciarla es la auscultación del abdomen; cuando renace el peristaltismo se puede hidratar por vía bucal.

El ileo paralítico es un constituyente normal en la primera etapa postoperatoria. Llamamos ileo a la intransitabilidad o dificultad del paso del contenido intestinal. El ileo puede ser **mecánico**, por causas orgánicas o anatómicas (tumores, estenosis, etc.), o **paralítico** también llamado funcional o dinámico, debido a la parálisis de la pared intestinal.

Toda perturbación en el tránsito digestivo, tanto mecánica cuanto paralítica, conduce a la hiperrreflexión del tubo digestivo con gases y líquidos; en consecuencia la sonda nasogástrica debe extraerse recién cuando reaparece el peristaltismo.

Micción: la dificultad para la micción en pacientes obligados a guardar cama suele deberse a inhibidores psíquicos, pudor o dificultad postural. El mecanismo de percepción del deseo de orinar no se altera por el reposo en cama. Es conveniente indicar al paciente, cuando sea posible, que se levante y efectúe el acto de la micción en posición normal, de pie los hombres y en cuclillas las mujeres. La sonda vesical debe instalarse en los casos realmente indicados, pues en la mayoría de las infecciones aparece como antecedente.

Infección: puede provocarse o subsistir la presencia de hematomas, cuerpos extraños, etc. Además de tener en



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

Boleto prometer

Fabrica, distribuye y garantiza



A

PROMEDICA INGENIERIA S.A.

le interesa el país!



cuenta la signología local compatible con la tetrad de Celso, se presentan signos generales como taquicardia, fiebre que se mantiene luego de 24 o 48 horas, a veces escalofríos, leucocitosis y, en algunas oportunidades, eritrosedimentación acelerada. Toda intervención quirúrgica, por aséptica que sea, está potencialmente contaminada y puede provocar una infección.

Como preventivo de infecciones usamos antibióticos tipo ampicilinas por vía parenteral, sobre todo si administramos corticoides.

Inflamación: la inflamación es una reacción de tipo de organismo contra la infección y debe ser combatida solamente cuando sus signos o síntomas (edema, dolor, etc.) se convierten en factores netamente negativos.

Cuando esperamos una reacción inflamatoria intensa prescribimos antiinflamatorios tipo corticoides. La acción de los corticoides no es específica; actúan sobre todo tipo de inflamaciones. Su acción antialérgica es debido al efecto antiinflamatorio; no interfiere en la reacción antígeno-anticuerpo ni impide la liberación de histamina.

Las acciones colaterales de estos medicamentos dependen de la dosis y, sobre todo, de la duración del tratamiento. Cuando la administración se prolongue sólo por unos días, siempre que se respeten las contraindicaciones, es poco probable que provoquen efectos adversos, excepto en dosis muy altas.

Para conseguir la acción antiinflamatoria es necesario una dosis aproximadamente cuatro veces superior a la segregada en el día.

El antiinflamatorio corticoide con mayor potencia antiinflamatoria es la dexametasona, que prácticamente no tiene acción mineralocorticoidea; pero, para-

lamente a su mayor potencia antiinflamatoria, aumenta su acción glucocorticoidea, con los efectos colaterales derivados de ésta.

RESUMEN

En este trabajo se repasan las situaciones particulares del postoperatorio con anestesia general. La permeabilidad de las vías aéreas puede comprometerse por diversas causas, tales como caída de la lengua, secreciones tráqueobronquiales, aspiración de secreciones digestivas, espasmo glótico, espasmo bronquial y cuerpos extraños. En cada caso el autor plantea el cuadro e indica el tratamiento. Al analizar la convalecencia se plantean diversos aspectos referentes a la hidratación por venoclisis y por vía bucal determinándose la oportunidad de pasar de una a otra la cantidad de líquido que se debe administrar según las implicancias del ileo paralítico y el momento de retirar la sonda nasogástrica. Se menciona a la ingesta oral, la micción, la infección y la inflamación.

BIBLIOGRAFIA

1. BAZERQUE Pablo. "Farmacología Odontológica". Ed. Mundi, 1976.
2. KATZ Ernesto y Col. "Pre y postoperatorio normal y patológico" EUDEBA, 1976. LITTER Manuel. "Farmacología". Ed. El Ateneo, 1975.
4. MICHANS Juan R. y Col. "Patología quirúrgica". Ed. El Ateneo, 1968.

Dirección del autor:
M.T. de Anchorena 1176
1425 - Buenos Aires.

Terapia Interceptiva

H. F. DE RAPAPORT

Nadie podría poner en duda, hoy en día, que la contribución que la Odontopediatría ha recibido de la ciencia y de la técnica ha dado lugar a un marcado vuelco en la cantidad y calidad de los tratamientos odontológicos en niños, respecto de lo que ocurría no hace muchos años atrás.

En algunos casos los aportes provienen de un mayor conocimiento de los fundamentos biológicos que sirven de soporte a nuevos criterios terapéuticos. En otros casos, lo que progresa es la técnica, que permite resolver dificultades hasta ayer insalvables.

Recuérdese lo que ha significado el uso del flúor, los selladores, el grabado ácido, el conocimiento sobre placa bacteriana y su control, etc.

Hasta qué punto el conjunto de la profesión aplica más o menos inmediatamente esos adelantos en su práctica cotidiana, es materia para la discusión, pero ello de ninguna manera disminuye el valor de esos hallazgos.

No obstante, reiteramos conceptos alguna vez expresados⁷ en el sentido de que, algunos capítulos de la Odontopediatría, como la prevención de maloclusiones, no han recibido aún la atención que su importancia requiere.

Obsérvese los programas de estudio de Odontología Infantil de pre y posgrado y se podrá notar una proporción satisfactoria de temas de prevención de caries y un incremento en las cues-

HABITO DE INTERPOSICION O SUCCION DE LABIO INFERIOR

tiones de prevención de afecciones gingivoperiodontales en niños y adolescentes. En cambio, es escaso el número de temas referentes a la organización de las arcadas dentarias y a los factores que influyen en la producción de maloclusiones.

Seguramente la mayoría de los ortodontistas conoce el problema. Pero ello no basta. Coincidimos con Leyt⁸ y otros autores¹ en que el odontólogo que atiende niños, en tanto agente de salud, deberá enfrentar los problemas bucodentarios de su paciente con una visión global, aportando las soluciones para los problemas presentes, pero con el pensamiento puesto en cómo deberá ser esa boca en el futuro.

Habíamos señalado en otras ocasiones² que "el odontopediatra tiene la posibilidad de acceder al niño en una edad temprana en cuyo transcurso se van produciendo en sus maxilares importantes cambios".

Es entonces cuando pueden no ponerse en evidencia algunas anomalías que, tratadas en ese momento, son relativamente fáciles de resolver mientras que de no actuar en forma inmediata se da lugar a la instalación de maloclusiones más severas, de tratamiento más laborioso, prolongado y costoso.

En la organización de la oclusión participan factores de orden esquelético, dentario y neuromuscular. El papel de los

dos primeros ya fue analizado en trabajos anteriores.

Numerosos autores, entre ellos Harvold, sostienen que existe una interacción biológica entre la actividad neuromuscular y la morfogénesis.

En sus trabajos de investigación, Harvold tuvo en cuenta la Ley de Wolf, según la cual la forma y estructura del hueso dependen de la presión ejercida sobre el hueso por la musculatura.

Los factores neuromusculares que intervienen en la producción de maloclusiones son numerosos. Pueden señalarse entre otros los hábitos de succión de lengua, interposición de lengua, interposición o succión de labio inferior, mala deglución, respiración bucal, mala masticación, defectos de dicción, etc.?

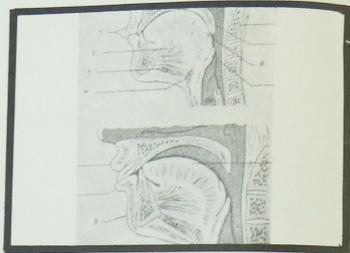
En este trabajo haremos algunas consideraciones acerca del hábito de interposición o succión del labio inferior.

Moyers³ describe a los hábitos como patrones aprendidos de contracciones musculares de naturaleza muy compleja.

Ciertos hábitos sirven como estímulo para el crecimiento normal de los maxilares, pero cuando estos hábitos son anormales pueden ser responsables de alteraciones en la organización de la oclusión.

Para que se produzca la deglución debe establecerse un cierre en la zona anterior, es decir, contacto del labio superior con el labio inferior y contacto de los incisivos superiores con los incisivos inferiores. La punta de la lengua debe apoyarse sobre la cara palatina de los incisivos superiores y el dorso de la lengua contactará con el paladar.

Este conjunto de acciones generará una presión negativa necesaria para que el bolo alimenticio caiga hacia la faringe (Fig. 1, arriba).



Tomado de Graber:

Fig. 1. Arriba: Esquema de la sección media sagital durante el proceso de deglución cuando existe equilibrio morfofuncional.

Abajo: Esquema de la sección media sagital durante el proceso de deglución, con equilibrio morfofuncional alterado

He aquí descripto sucintamente el proceso que ocurre cuando existe equilibrio morfofuncional. Cuando este equilibrio se ve alterado por la acción de algún factor, por ejemplo, la interposición o succión del labio inferior, aparece una anomalía durante la cual los órganos alteran su actividad habitual. El acto de deglución se modifica: el cierre anterior, en las nuevas condiciones, se obtiene a través del contacto de los dientes superiores con el labio inferior, la punta de la lengua se apoya en la cara lingual de los dientes inferiores y el dorso de la lengua ya no está en contacto con el paladar (Ver Fig. 1, abajo).

En esta nueva situación, el labio inferior se hace hiperactivo y tiende a retruir a los incisivos inferiores presionando al mismo tiempo sobre la cara palatina de los incisivos superiores. Como el labio superior, por su parte, se torna hipocativo, puede perder la capacidad de

LABORATORIO

“Del Ateneo”

Aparatología
de Ortopedia
Funcional
y Órtondoncia
en toda su
Variedad

RICARDO N. LLANES

EDUARDO H. AGUIRRE

T. de Anchorena 1178 Tel. 821-7349



PRESENTA SUS PRODUCTOS:

GASA
IODOFORMADA
PAPEL ARTICULAR
TIRAS DE POLIESTER
TIRAS DE CELULOIDE
YESO TALLER
YESO PIEDRA

DISTRIBUIDOR EXCLUSIVO

ALENIK S.A.

ECUADOR 822/4 - (1214) CAPITAL
TEL. 86-3838 - 87-9405

contrarrestar la acción del labio inferior sobre los incisivos superiores y éstos se protruyen.

El resultado de estos cambios es la aparición de un escalón anteroposterior (amplio aumento del resalte), el cual genera, a su vez, una tendencia a la extrusión dentaria en la zona anterior de ambos maxilares por falta de contacto entre los antagonistas (aumento del entrecruzamiento) (Fig. 1, abajo y Fig. 2).



Fig. 2. Véase el pronunciado resalte y la extrusión dentaria superior e inferior

En ocasiones, la actividad del labio inferior no se limita a producir retrusión alveolodentaria inferior sino que todo el maxilar inferior puede sufrir un desplazamiento distal, es decir, una distoclusión.

Además, debe señalarse que el desequilibrio neuromuscular mencionado produce una alteración en la actividad de los músculos de los carrillos que desarrollan una compresión sobre la zona lateral superior (zona de molares temporarios o premolares permanentes).

El siguiente cuadro resume las consecuencias del hábito de interposición o succión del labio inferior.

CUADRO 1

- a) Protrusión y extrusión dentoalveolar superior.
- b) Retrusión y extrusión dentoalveolar inferior.
- c) Compresión maxilar superior.
- d) Posición distal del maxilar inferior.

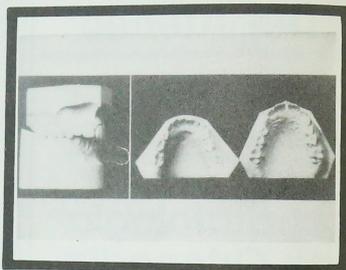


Fig. 3. Obsérvense las consecuencias del hábito de interposición o succión del labio inferior, descritos en el Cuadro 1

Si este proceso no se interrumpe lo más precozmente posible, la acción del labio inferior se torna aún más activa estableciéndose un círculo vicioso que va agravando el cuadro.

Las figuras 4 y 5 corresponden al caso de A., un niño de dos años y medio cuya madre, sensible a los conceptos preventivistas actuales, llevó a su hijo a la consulta odontopediátrica para familiarizarlo con la atención dental. El profesional efectuó un examen global, que incluyó el análisis de la oclusión y tuvo así oportunidad de detectar ciertas anomalías ya presentes a tan corta edad. El niño había adquirido el hábito de interponer el labio inferior y mostraba un pronunciado escalón anteroposterior. Si esta situación no hubiese recibido tratamiento inmediato, cabría esperar un

agravamiento de la situación con la presencia de todas las alteraciones antes mencionadas.



Fig. 4. Vista de perfil de un niño de 2 1/2 años, donde ya se nota protrusión de incisivos superiores y perfil convexo.



Fig. 5. El mismo niño de la Fig. 4. Puede observarse el pronunciado escalón anteroposterior entre ambos maxilares.

Las figuras 6 y 7 pertenecen a D., una niña de cinco años con hábito de succión de labio inferior donde ya se insinúa la aparición del escalón anteroposterior. Urge, pues, intervenir a corto plazo para impedir la consolidación de la anomalía.



Fig. 6. a y b. Vista de frente y perfil de una niña de 5 años con hábito de interposición de labio inferior. Nótese el labio inferior evertido y protrusión superior

Queda dicho, pues, que los hábitos neuromusculares deben ser tratados lo más tempranamente posible. Todos los autores, Moyers y Balters, entre ellos, coinciden con este criterio.

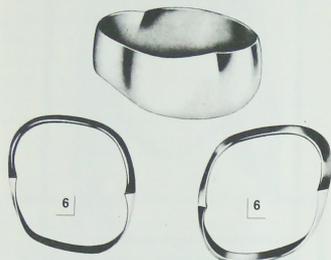
¿En qué dirección habrá que orientar el tratamiento?

El objetivo fundamental ha de ser interceptar el hábito.

dentaform®

Bandas para 1ros. molares superiores, derechas e izquierdas

De contorno anatómico

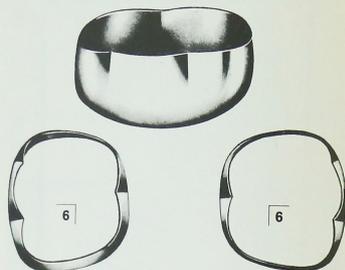


UR = derechas

UL = izquierdas

Bandas para 1ros. molares inferiores, derechas e izquierdas

De contorno anatómico



LR = derechas

LL = izquierdas

Características:

- Surtido seleccionado por estadística
32 tamaños para superiores derechos
= numeración roja
UR 1-32 con sello en lado mesial
32 tamaños para superiores izquierdos
= numeración roja
UL 1-32 con sello en mesial
- **Anchura creciente de la banda en proporción al tamaño del diente.**
Núm. 1-8 = altura bucal/lingual 4,30 mm
Núm. 9-24 = altura bucal/lingual 4,65 mm
Núm. 25-32 = altura bucal/lingual 5,00 mm
- **Espesor creciente de la banda en proporción al tamaño del diente.**
Núm. 1-8 = 0,12 mm
Núm. 9-24 = 0,15 mm
Núm. 25-32 = 0,18 mm
- Resistencia, ajuste y adaptación ideal
- Excelente retención lingual /bucal
- No hay interferencia de oclusión.

Características:

- Surtido seleccionado por estadística
32 tamaños para inferiores derechos
= numeración azul
LR 1-32 selladas por lado mesial
32 tamaños para inferiores izquierdos
= numeración azul
LL 1-32 con sello en mesial.
- **Anchura creciente de la banda en proporción al tamaño del diente**
Núm. 1-8 = altura bucal/lingual 4,30 mm
Núm. 9-24 = altura bucal/lingual 4,55 mm
Núm. 25-32 = altura bucal/lingual 4,80 mm
- **Espesor creciente de la banda en proporción al tamaño del diente**
Núm. 1-8 = 0,12 mm
Núm. 9-24 = 0,15 mm
Núm. 25-32 = 0,18 mm
- Resistencia, ajuste y adaptación ideal
- Excelente retención lingual/bucal
- No hay interferencia de oclusión.

sigue al dorso



Fig. 7. a y b. La misma niña de la Fig. 6. Tanto en los modelos en oclusión como la vista en perfil de la paciente revelan ya un escalón anteroposterior producido por la interposición del labio inferior.

Cuando el hábito por suprimir es la interposición o succión de labio, consideramos recomendable la utilización del clásico monoblock en el cual se introducen algunas variantes:

1) El monoblock se confecciona hendidado en sentido anteroposterior con el objeto de que cada una de sus partes podrá ir separándose a medida que el eventual crecimiento del maxilar superior en sentido transversal así lo exija. Esta separación podría obtenerse accionando un tornillo medio que vincula ambas mitades, labor que debería ser realizada periódicamente por el profesional. Para obviar la intervención del

odontólogo, en lugar del tornillo se utilizan pernos con tubos telescópicos. Es decir, si el maxilar superior se ensancha en sentido transversal, el monoblock acompañará ese crecimiento mediante la separación de sus dos mitades, separación que se produce por la acción automática de los pernos con tubos telescópicos (Fig. 8).

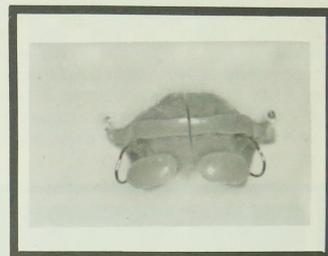


Fig. 8. Monoblock con hendidura anteroposterior. En la mitad del recorrido de la hendidura, insertos en el acrílico, se hallan los tubos telescópicos, los cuales permiten a ambas mitades del monoblock separarse en sentido transversal.

Conviene a esta altura efectuar una digresión teórica. Acabamos de mencionar el crecimiento del maxilar superior en sentido transversal. Pero, pasados los 3 años ¿existe tal crecimiento? Y de ser así: ¿en qué momento se produce? El tema es controvertible. Muy recientemente, en un curso para odontopediatras dictado en esta ciudad, el Dr. R. Lloyd, de EE. UU., negó tal crecimiento. Horas más tarde, en otro curso para ortodoncistas dictado en el mismo ámbito, el Dr. M. Riolo, de Detroit, consideró que tal crecimiento es factible.

Mientras tanto, y hasta que la cuestión quede dilucidada, la utilización de un monoblock con las variantes señaladas

como se dijo más arriba, será una solución satisfactoria, exista o no ensanche transversal del maxilar superior.

2) Al monoblock se le añaden dos pelotes en el sector anterior destinados a interponerse entre el labio inferior y la zona alveolodentaria inferior y evitar, de este modo, la múltiple acción del labio inferior sobre hueso y dientes, como fue descrito en el Cuadro 1. Debe señalarse que en vez de un pelote único hemos preferido dividirlo en dos, como lo muestra la Fig. 9. Así, cada uno de ellos acompañará el eventual desplazamiento de cada mitad del monoblock, si realmente se produce el ensanche por crecimiento transversal del maxilar superior.

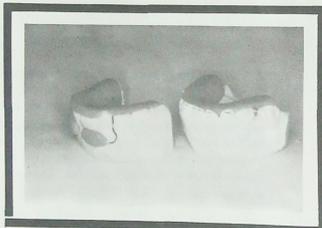
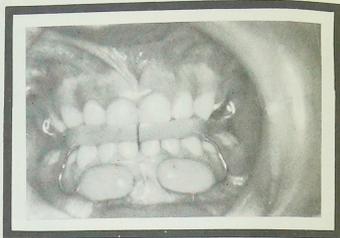


Fig. 9. Monoblock, en el cual, por razones didácticas, se han dividido las porciones correspondientes a cada maxilar. Obsérvense los 2 pelotes separados destinados a interponerse entre el labio inferior y el reborde alveolar inferior.

Agreguemos, por último, que en todos los casos el monoblock deberá cubrir los bordes incisales de los incisivos superiores e inferiores para evitar su extrusión (Ver Fig. 10).

Fig. 10. Monoblock modificado instalado en la boca. Los bordes incisales de dientes superiores e inferiores están cubiertos con acrílico para evitar su extrusión.



El siguiente cuadro resume la acción del monoblock modificado:

CUADRO II

- a) Interferir en el hábito labial
- b) Contener el desplazamiento de los incisivos superiores e inferiores en sentido anteroposterior y vertical; es decir, evitar el aumento del entrecruzamiento y resalte.
- c) No interferir en el eventual crecimiento transversal del maxilar superior.

En conclusión, aun a riesgo de resultar redundante, debemos señalar que el odontólogo que atiende a niños no puede desconocer:

- a) elementos de psicología infantil,
 - b) motivación,
 - c) manejo del dolor,
 - d) criterios de prevención de caries,
 - e) criterios de prevención de afecciones gingivoperiodontales,
 - f) diagnóstico radiográfico,
 - g) técnicas operatorias correctas.
- Pero, además:
- a) deberá estudiar exhaustivamente las cuestiones inherentes a la organización de la oclusión,
 - b) deberá saber detectar el comienzo de una maloclusión,
 - c) deberá conocer el momento oportuno para interceptar la maloclusión.

BIBLIOGRAFIA

- 1 - Bella E. y Perichon D. "Qué hay de la oclusión del niño de 3 a 6 años". Boletín de la C.I.O.R.A. N° 2 — 1983.
- 2 - Graber T.M. "Ortodoncia. Principios y práctica". Pág. 191. Edit. Mundi— 1965.
- 3 - Harvold "Simposio de Michigan 1982". American Journal of Orthodontic. Oct/Nov 1982.
- 4 - Hotz R. "Odontología Clínica". Pág. 28. Edit. Científico-Médica- 1961.
- 5 - Leyt S. "Odontología Pediátrica". Pág. 89. Edit. Mundi- 1980.
- 6 - Moyers R. "Manual de Ortodoncia". Pág. 252. Edit. Mundi- 1976.
- 7 - Rapaport H. y Kirzner R. "Guía de Erupción Dentaria por el Método de Desgaste". Revista del Ateneo Argentino de Odontología. Vol. XVIII, N° 1.— Enero 1983.
- 8 - Rapaport H., Kirzner R. y Luftman N. "Prevención de maloclusiones mantenedores del espacio". Revista del Ateneo Argentino de Odontología. Vol. XVI, N° 2— Julio 1980.

Programa Alimentario Nacional

EL 29 DE MARZO DE 1984, EL PODER EJECUTIVO NACIONAL ENVIO AL CONGRESO NACIONAL EL PROYECTO DE LEY DE IMPLEMENTACION DEL PROGRAMA ALIMENTARIO NACIONAL, DEL CUAL, A CONTINUACION, SE TRANSCRIBE EL MENSAJE QUE LO DEFINE Y FUNDAMENTA.

SEÑOR PRESIDENTE:

Tengo el agrado de dirigirme a Vuestra Honorabilidad a los efectos de elevar un proyecto de ley por el que se establece el Programa Alimentario Nacional.

La presente iniciativa encuentra la necesidad de sanción en la grave situación que exhibe el estado de carencia alimentaria a que han condenado a grandes sectores de población las políticas antipopulares ejecutadas años atrás

Reconocemos como una forma de violencia la que condena a morir o a vivir con impedimentos físicos y mentales permanentes a miles de niños; a tantísimos ancianos a una existencia apenas vegetativa en sus últimos años y a muchos trabajadores a serias limitaciones en su lucha por techo y sustento para su familia.

No dispone el país de cifras actualizadas respecto al número de personas por debajo del nivel crítico de pobreza. Sin embargo, la desocupación y la caída del salario han deteriorado la situación preexistente y sabemos que muchos argentinos encuentran en la insuficiencia de alimentos su mayor desamparo.

El derecho a la alimentación es uno de los derechos humanos primarios, reconocido y valorado por nuestra sociedad. Asegurar la vigencia de este derecho para todos los argentinos es uno de los compromisos asumidos por nuestro pueblo.

La profunda crisis que vive nuestro país es la resultante de políticas de inmoralidad social, por cuanto computaban al hombre como una variable de ajuste de la economía. Esto fue posible porque paralelamente nuestra sociedad fue agredida y atacada en sus valores solidarios y participativos, impidiéndose la expresión de su comportamiento democrático. La recuperación de estos valores es un imperativo del pronunciamiento popular y constituye la reparación moral de la nación.

El pueblo argentino en su conjunto debe afrontar ahora la tarea de la reparación material, que nos llevará a superar la crisis e iniciar un prolongado periodo de prosperidad en el marco de la democracia.

La causa del hambre y la mal nutrición en la Argentina no obedece fundamentalmente a la falta de alimentos. Una persona pasa hambre porque no puede comprar ni producir los alimentos que necesita y no porque exista una escasez real de los mismos. Las causas son, por lo tanto, políticas, económicas y sociales y en estos mismos campos están también las soluciones.

No cabe duda que en el mediano plazo el pleno empleo y el crecimiento económico, junto a una justa recuperación del salario real y

Política de Salud

una más adecuada distribución del ingreso, aportarán la solución de fondo a esta imperdonable discriminación que padecen millones de compatriotas, la mitad de los cuales son niños.

Pero no podemos esperar el efecto de estas políticas de recuperación. Un imperativo moral y los principios de justicia y solidaridad que sustentamos nos imponen una acción inmediata, para la cual comprometemos la gestión de nuestro gobierno y convocamos a los diversos sectores de la actividad nacional.

El Poder Ejecutivo Nacional entiende que la democracia sería una ficción para el niño, el hombre o la mujer con el cuerpo y la mente apagados por la insuficiencia de alimentos. Transformarlos en protagonistas de su propia vida y de la de su país exige un acto de reparación social que nuestra sociedad les debe, reparación de la que este Programa Alimentario Nacional es componente impostergable.

El cumplimiento del Programa Alimentario Nacional estará asegurado por el gobierno democrático, pero debe lograrse en base a la participación de todos los sectores de la comunidad, lo que permitirá canalizar la voluntad popular de ejercer activamente la solidaridad social y también reducir el costo fiscal del programa.

Asimismo, el gobierno deberá evitar cuidadosamente toda distorsión en los objetivos sociales del programa, la que podría producirse si motivaciones ajenas a los mismos interfirieran en su desarrollo.

Para garantizar tal precaución, el Poder Ejecutivo Nacional deberá integrar con amplitud la Comisión Asesora Honoraria que se propone, a efectos de que distintos sectores y corrientes políticas se encuentren representados y cuenten con un cabal conocimiento del desarrollo del programa.

La lucha en la emergencia contra el hambre cuidará especialmente que el programa no se transforme con su accionar en un elemento disgregador de la familia. No suplantará a los padres, sino que los ayudará en el sostén de la misma, respetando su condición de ciudadanos inmersos en una realidad social que no ha sabido garantizar sus más elementales derechos: trabajo, vivienda, acceso a la salud y a la educación, ni siquiera el más elemental de todos: poder alimentar a sus hijos.

El propósito del Programa Alimentario Nacional consiste en enfrentar la emergencia aguda que padecen las familias carenciadas, especialmente en las que existen mujeres embarazadas y niños, mediante la entrega de alimentos. El cumplimiento de este objetivo se efectuará a través de mecanismos que fortalezcan la relación familiar y el vínculo madre-hijo y aseguren la expresión solidaria de todo el pueblo argentino.

Dios guarde a Vuestra Honorabilidad

Seminario

Problemas de la Odontología Actual Alternativas de Solución

La Dirección Nacional de Odontología organizó un Seminario que se realizó en La Falda (Córdoba), del 3 al 5 de marzo.

yo pasado. Se invitó a los responsables del sector estatal nacional, provincial y municipal, a los decanos y secretarios

académicos de todas las facultades de odontología, a las autoridades de la C.O.R.A y a las entidades provinciales de la misma, al Cuerpo Intercolegial Odontológico Nacional (C.I.O.N.), a representantes del I.N.O.S. y de las obras sociales, a la Dirección Nacional de Saneamiento, a Sanidad Escolar, a la Escuela de Salud Pública y a Sanidad de las Fuerzas Armadas.

Sobre la base de un documento diagnóstico se discutió cuál puede ser el aporte de cada sector con vistas a alcanzar metas que son comunes.

La Dirección Nacional de Odontología se fijó como consigna: "VEJEZ CON DIENTES NATURALES", lo que de por sí marca una tendencia en la actividad odontológica. Para recorrer ese camino se buscará un aumento de la cobertura y una modificación en los perfiles de prestación a fin de disminuir los niveles de desdentamiento.

El documento diagnóstico consta de

datos epidemiológicos, recursos disponibles según cada subsector (estatal, seguridad social, privado), organización y financiamiento de los efectores, formación y capacitación del recurso humano, tecnología en insumos en odontología.

El Seminario funcionó con grupos multifactoriales a fin de planificar como metas perfectamente cuantificables y dentro de un cronograma de trabajo, no sólo el aporte sectorial sino también las posibles áreas de integración entre ellos.

La parte fundamental del Seminario constituyó la respuesta grupal a un cuestionario sobre "cómo aumentar la cobertura" y "cómo modificar el perfil de prestaciones" para disminuir los niveles de desdentamiento. Por último, se elaboró un informe consolidado con metas cuantificables y cronograma para su cumplimiento, que se publicará en la próxima entrega.

FISIOLOGIA ORAL

"La Fisiología Oral constituye un conocimiento nuevo, recientemente incluido en el currículum de pregrado de las escuelas de odontología. Cuando comencé a enseñarla, hace ocho años, los únicos libros disponibles eran demasiado detallados y avanzados, aptos únicamente para cursos de nivel de posgrado. Por lo tanto comencé a recopilar un conjunto de notas que finalmente constituyeron la base de este libro. "Al iniciar así el prefacio de su obra, el doctor Bradley explica las motivaciones que lo llevaron a publicarla; como fue fruto de su experiencia de profesor asociado de fisiología en la Escuela de Odontología de la Universidad de Michigan, en Ann Arbor.

En el mismo prefacio, el doctor Bradley consigna: "La Fisiología de la cavidad bucal es un tema particularmente excitante, dado que en ella interactúan sistemas sensoriales y motores con el objeto de regular funciones altamente complejas como la masticación, la deglución, la secreción de saliva y la fonación. Sin embargo, la boca es esencialmente un órgano alimentario, estando sus funciones designadas primariamente a la identificación, aprehensión y procesamiento del alimento. Por lo tanto, he organizado este libro tomando la ingesta de alimentos como un concepto unifi-

Robert M. Bradley
Ed. Médica Panamericana, 1984.

cadador, aunque no he descuidado las otras funciones."

Así es como en sucesivos capítulos se tratan los factores orales de la alimentación, el control de la ingesta de alimentos, la fisiología de los receptores gustativos, olfativos y táctiles, los receptores periodontales, la fisiología del dolor, la secreción de saliva, los movimientos masticatorios, la deglución, la fonación, etc.

La metodología de la obra trasunta un criterio eminentemente didáctico. Cada capítulo comienza con los objetivos tendientes a que al finalizar su lectura el lector sea capaz de comprender, explicar y describir los elementos y conceptos esenciales del tema. Luego sigue una breve introducción y, tras el desarrollo del capítulo, un resumen y las citas bibliográficas.

El tono es llano y directo, orientado hacia una lectura fácil y agradable a través de la traducción del Prof. Dr. Carlos E. Bozzini. Los gráficos y diagramas son claros, aun en la ilustración de mecanismos complejos.

La impresión es buena, y se presenta en 192 páginas incluyendo un prolijo índice analítico.

A.F.A.

PATOLOGIA BUCAL: DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO

Lewis R. Eversole.
Ed. Médica Panamericana, 1983.

El doctor Lewis R. Eversole es Jefe del Departamento de Patología de la Escuela de Odontología de la Universidad del Pacífico, San Francisco, California, Estados Unidos de Norteamérica.

En el prefacio de la obra que comentamos, manifiesta que "las enfermedades de la cavidad oral se han categorizado de acuerdo con los signos y síntomas que presentan teniendo como objetivo primario el desarrollo de un diagnóstico diferencial. Cada capítulo analiza las enfermedades según estos rasgos y se enumeran los distintos parámetros clínicos utilizados para diferenciar entre las lesiones de signos y síntomas comunes.

Los diez capítulos del libro tratan sobre lesiones blancas, lesiones rojas y pigmentadas, ul-

ceraciones y fistulas orales, lesiones vesículo ampollares y descamativas, tumefacciones de los tejidos blandos intraorales, tumefacciones de los tejidos blandos del cuello y de la cara, lesiones radiolúcidas de los maxilares, lesiones radioopacas de los maxilares, defectos dentales, alteraciones neurológicas y funcionales.

Se trata de un compendio en el cual, si bien no se analiza en toda extensión y profundidad cada tema, su lectura puede ser útil para una información sumaria susceptible de ampliar en textos más enjundiosos.

La traducción del doctor Roberto Jorge Porter otorga un estilo de lectura amena en una cuidada impresión de 333 páginas. Hay 352 figuras en blanco y negro y 17 en colores.

A.F.A.

Informaciones

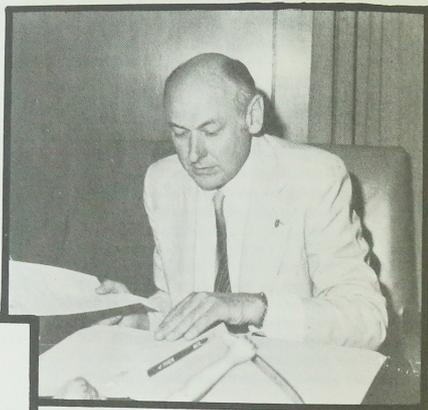
NUEVAS AUTORIDADES EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE BUENOS AIRES

El 12 de enero asumió sus funciones el Decano Normalizador de la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires, doctor Ariel Osvaldo Gómez.

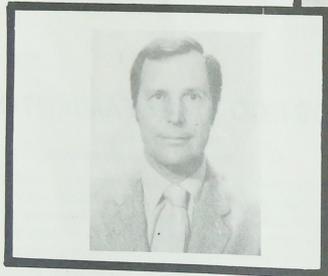
El doctor Gómez fue docente de Prótesis Clínica y ha desarrollado una extensa y fecunda labor dirigente como secretario y luego presidente de la Confederación

Odontológica de la República Argentina, secretario del Consejo Coordinador de Profesiones Universitarias de la Salud; director de la Revista "Salud Bucal" y vicepresidente de la Federación Dental Internacional.

Lo acompañan en su gestión la doctora Noemi Bordoni, como secretaria de Asuntos Académicos; el doctor Juan Carlos Jaite, en la Secretaría de Supervisión Administrativa y el doctor Luis Lajud, a cargo de la Secretaría de Bienestar Estudiantil y Extensión Universitaria.



Dr. Ariel Osvaldo Gómez
Izquierda: doctor Alberto P. Valente



El doctor Alberto P. Valente ha sido designado director Nacional de Odontología por resolución del señor Ministro de Salud y Acción Social, doctor Aldo Neri.

Diplomado en Salud Pública, el doctor Valente ha desarrollado una amplia tarea en el área, en la Confederación Odontológica de la República Argentina, en instituciones profesionales de todo el país, con cursos y publicaciones orientados

especialmente hacia prevención, educación para la salud y uso racional de los recursos.

Al iniciar su gestión, ha orientado la acción con el lema "VEJEZ CON DIENTES NATURALES", lo que entraña toda una filosofía enraizada en la propuesta del Gobierno Nacional: "MAS VIDA PARA LOS ARGENTINOS". En otra página de esta entrega se informa sobre el Seminario que se desarrollará sobre el tema.

Volumen XIX — N° 1 Enero-Marzo 1984

Doctor Néstor J. Blanco

El 12 de enero falleció el doctor Néstor J. Blanco.

Nunca al Director le costó tanto escribir una frase. Más aún le cuesta escribir lo que razonablemente debe escribir.

El corazón, lo dijo Pascal, tiene razones que la razón no entiende. Por ello, la página prolongadamente en blanco, incapaz de llenarla con los propios pensamientos que desea y no puede expresar, ha convocado para hacerlo juntos a quienes convivieron los tiempos felices y compartieron la dura prueba, hasta el instante final.

"Quien ama a su hermano permanece en la Luz", dice el Evangelio. Esta es, decididamente, una crónica de amor fraternal.

El 12 de enero murió nuestro hermano Néstor.

Podemos afirmar que ocupó cargos relevantes de madurez profesional. Profesor adjunto de Microbiología, jefe del Servicio de Odontología del Instituto de Investigaciones Hematológicas Dr. Mariano R. Castex de la Academia Nacional de Medicina, presidente electo de la Sociedad Argentina de Cirugía y Traumatología Buco-Máxilo-Facial, también dictó cursos, participó en congresos, y actuó en la organización del Servicio de Cirugía del Ateneo Argentino de Odontología.

Afirmar esto y otras cosas que se nos escapan, no pasaría de una mera nota necrológica. No queremos eso.

Queremos evocar al Néstor de la sonrisa amplia y el ademán abierto, de la amistad profunda y verdadera. Queremos evocar a quien supo ocupar con igual prestigio el escenario, la cátedra y esa tribuna silenciosa y colidiana del trato cordial con el enfermo.

Queda en nuestra memoria, y en la de todos, la cadencia de su canto que alumbró tantas noches compartidas. Señor de una voz privilegiada.

Queda en nuestra memoria, y en la de tantos, la enseñanza transmitida con palabra serena asentada en su verdad y en su duda. Señor de la docencia.



Queda en nuestra memoria su circunstancia más trascendente: la preocupación, el respeto y el amor por el paciente. Señor.

El 12 de enero se apagó la vida de Néstor Blanco.

Quedará en nuestra memoria ese instante cuando, consciente de su destino, nos llamó a su lado. Podría haber dicho lo que Marquerite Yourcenar pone en labios del Emperador Adriano:

"Mínima alma mía, tierna y flotante, huésped y compañera de mi cuerpo, desahéndos a esos parajes pálidos, rígidos y desnudos, donde habrás de renunciar a los juegos de antano. Todavía un instante miremos juntos las riberas familiares, los objetos que sin duda no volveremos a ver. Tratemos de entrar en la muerte con los ojos abiertos."

Con los ojos abiertos Néstor, entró en la muerte. Fue en nuestros brazos.

A.F.A., M.D.T. y C.I.B.

Ateneo Arg. de Odontología — 37

Volumen XIX N° 1 — Enero-Marzo 1984

Renovación de la Comisión Directiva del A A O

Conforme con lo resuelto por la H. Asamblea Ordinaria reunida en diciembre pasado, fue renovada parcialmente la Comisión Directiva, según lo dicta el mandato estatutario, quedando constituida tal como figura en la página respectiva.

CURSOS CON VACANTES

DIAGNOSTICO CEFALOMETRICO

8 sesiones - 20 horas.
Inicia martes 10 de julio, de 8.30 a 11.
Dictantes: Dras. Beatriz Francia, Beatriz Lewkowicz, Edith Losoviz, Liliana Periale y Sofia Vinograd.

OCLUSION Y SU RELACION CON ORTOPEdia Y ORTODONCIA

5 sesiones - 8 horas.
Inicia jueves 24 de mayo, de 10.30 a 12.
Dictante: Dr. Luis Zielinsky.

ACCION INTERDISCIPLINARIA QUIRURGICO-ORTODONCIA

4 sesiones - 8 horas.
Inicia jueves 28 de junio de 10.45 a 12.45.
Dictantes: Dres. Alfredo Fermin Alvarez y Mario Daniel Torres.

CIRUGIA RADICULAR

3 sesiones - 9 horas.
Inicia martes 7 de agosto de 8.30 a 11.30.
Dictantes: Dres. Mario Daniel Torres, Carmelo I. Bottero y Alfredo F. Alvarez.

EXODONCIA, USO DE ELEVADORES, ACCIDENTES Y COMPLICACIONES

4 sesiones - 12 horas.
Inicia sábado 8 de setiembre de 8.30 a 11.30.
Dictantes: Dres. Mario Daniel Torres, Néstor G. Chudnovsky y Alfredo Fermin Alvarez.

PERIODONCIA CLINICA

12 sesiones - 36 horas.
Inicia miércoles 6 de junio, de 9.30 a 12.30.
Dictantes— Dr. Isaac Rapaport.

DOLOR OROFACIAL Y DISFUNCION DE A.T.M.

8 sesiones - 12 horas.
Inicia miércoles 27 de junio, de 11.30 a 13.
Dictante: Dr. Luis Zielinsky.

ENDODONCIA CLINICA

18 sesiones - 45 horas.
Inicia 1° de agosto, de 11.30 a 14.
Dictantes: Dr. Juan Meer y colaboradores.

GERONTOLOGIA

4 sesiones - 6 horas.
Inicia miércoles 23 de mayo, de 11.30 a 13.
Dictantes: Dres. Julio Diaz, Lia Daichman y Luis Zielinsky.

CURSO BASICO DE PROTESIS

10 sesiones - 20 horas.
Inicia martes 7 de agosto, de 11 a 13.
Dictantes: Dres. Ricardo Chait, Jorge Herskovits, Daniel Leivi y Alberto Rodestein.

El temario circunstanciado de cada uno de los cursos está a disposición de los interesados en la Secretaría de la institución, igual que los aranceles. Los egresados de los años 1981 a 1983 abonarán un 70% de los mismos.

CURSOS EN ROSARIO

Para 1984 se han programado los siguientes:
CURSO INTEGRAL DE ORTOPEdia MAXILAR (en desarrollo)
CURSO INTEGRAL DE ORTODONCIA (en desarrollo)
APARATOLOGIA.

CURSOS EN POSADAS, MISIONES

Para 1984/85, se han programado los siguientes cursos:

— CURSO INTEGRAL DE ORTOPEdia MAXILAR
— CURSO DE ORTODONCIA
— DIAGNOSTICO CEFALOMETRICO
— CRECIMIENTO Y DESARROLLO
— OCLUSION Y ORTODONCIA
— CIRUGIA Y ORTODONCIA
— CONOCIMIENTOS GINGIVOPERIODONTALES PARA EL ORTODONCISTA
— DOLOR OROFACIAL Y DISFUNCION DE A.T.M.

El Curso Integral de Ortopedia se inauguró en Posadas con la asistencia de 60 inscriptos.

DE GRAN INTERES

CONVENIOS SUSCRITOS POR EL ATENEO ARGENTINO DE ODONTOLOGIA

El Ateneo mantiene vigente el convenio con la Federación Argentina de Trabajadores de Luz y Fuerza para el uso de los hoteles de turismo, con aranceles especiales "para otros gremios" en Mar del Plata, La Cumbre, Bariloche y Río Hondo. Este beneficio se solicita con antelación en FATLYF, Callao 1764, oficina de Turismo, con la presentación del carnet social del Ateneo.

RECIPROCIDAD

Ha sido suscripto un convenio de reciprocidad institucional con el Circulo Odontológico de Zárate, que abarca a todos los socios de esa entidad, para la concurrencia a cursos, conferencias, debates y toda actividad científica y cultural en igualdad de derecho que los socios activos de nuestra institución.

Atención de Pacientes en las Clínicas
del Ateneo Argentino de Odontología

ORTODONCIA:

Martes, jueves y sábados de 8.30
a 11.30.

ORTOPEDIA:

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

ODONTOPEDIATRIA:

Lunes, miércoles y viernes de 8.30
a 11.30.

CIRUGIA:

Martes, jueves y sábados de 8.30
a 10.

ENDODONCIA:

Miércoles, de 8.30 a 11.30.

PROTESIS:

Martes, de 8.30 a 11.30.

DISFUNCION TEMPORO - MANDIBULAR:

Miércoles, de 8.30 a 11.30.

RADIOLOGIA Y CEFALOMETRIA:

Solicitar turno.

PERIODONCIA:

Miércoles de 8.30 a 11.30

En la filial Rosario:

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

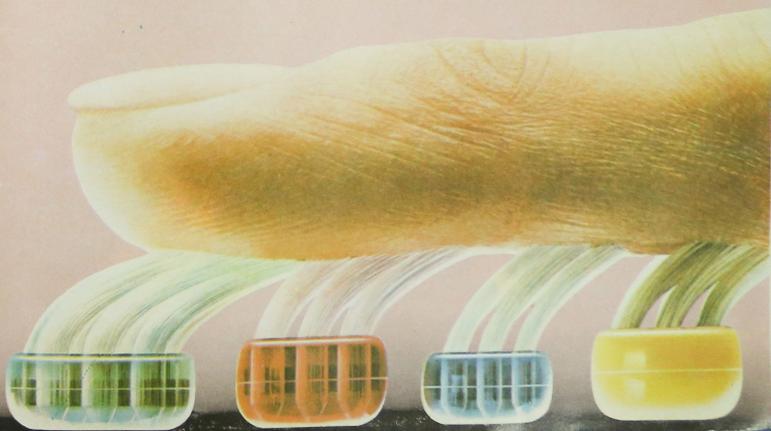
Cobro Aporte Sub 12	TARIFA REDUCIDA Concesión 2231
	FRANQUEO PAGADO Concesión 4760

Todo lo que usted exija
de un cepillo...
lo encontrará en

Py·co·pay[®]

(Cualquiera sea la técnica que convenga a su paciente)

- **Remueve** las placas, allí donde otros cepillos de filamentos más gruesos no pueden llegar: espacios interproximales, huecos, fisuras, etc.
- **Limpia** eficazmente el surco gingival sin lesionar el tejido gingival.
- **Elimina** la abrasión de los dientes.
- **Seguro**, no daña acrílicos ni fundas.



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

Gador

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

Crema dental con EDS y Flúor