

ISSN 0326-3827

REVISTA DEL ATENEO ARGENTINO DE ODONTOLOGIA

Algunos episodios en las luchas por el orden y la libertad

BIBLIOTECA A. A. O.
HEMEROTECA
N° UBICACION: 033
FECHA:



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

Ateneo Argentino de Odontología

COMISION DIRECTIVA

Presidente	Dra. Beatriz Lewkowicz
Vicepresidente	Dra. Edith Losoviz
Secretario	Dr. Mario Beszkin
Prosecretario	Dr. Eduardo Muñio
Tesorero	Dra. Clara Sztainberg
Protesorero	Dr. Miguel Stratas

VOCALES TITULARES

Dra. Liliana Doctorovich

Dr. Eva Schilman

Dr. Isaac Rapaport

Dr. Alfredo Fermín Alvarez

Dr. Elías Beszkin

Dr. Luis Zielinsky

VOCALES SUPLENTE

Dra. Liliana Periale

Dr. Juan Meer

Dr. Carlos Guberman

Dr. Noemí Lisman

Dra. Marta Goldenberg

Dra. Haydee Fligler

COMISION FISCALIZADORA

TITULARES

Dr. Jaime J. Fiszman

Dra. Catalina Dvorkin

Dra. Henja Rapaport

SUPLENTE

Dr. Mario D. Torres

Dr. Ricardo Pomeraniec

Dr. Jorge Herskovits

TRIBUNAL DE HONOR

Angel Lagorio
Juan Racagno
Silvia Rudoy

Elías Samoilovich
Teresa Israelson
Natalio Schesak

Leonardo Voronovinsky
Sara Sneibrum
Nora Koller

LAS OPINIONES expresadas en esa 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: Salud Mental	3
Noticia del Ateneo: Curso de Actualización e Integración	5
Antibióticos: Presentaciones y Dosis	7
Jorge Miguel García	7
Protocolo Cuantificado de Función	21
Luis Zielinsky	21
Conducta Terapéutica y Toma de Decisión en el Tratamiento de la Progenie:	
(Clase III). Beatriz Lewkowicz	31
Educación para la Salud: La Lucha contra la Diabetes	39
El uso Indebido de Drogas	42
Comentarios Bibliográficos: Arte y Ciencia de la Operatoria Dental.	
Técnica de Grabado Acido en Prótesis de Puentes	45
Normas para la Presentación de Trabajos	47

DIRECTOR, Alfredo Fermín Alvarez
CUERPO DE REDACCION: Mario Beszkin,
Haydée Fligler, Jorge Miguel García,
Carlos Guberman y Mario Daniel Torres

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

2 - Ateneo Arg. de Odontología

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

Volumen XXI - N° 1 Enero-Abril de 1986

EDITORIAL

SALUD MENTAL

El gasto total para nuestro país en atención psiquiátrica-psicológica puede ser estimado, en una aproximación gruesa, del orden de los 150 millones de dólares por año. Un 75 a 80% de ese gasto está constituido por la internación asilar en establecimientos públicos o privados de características manicomiales que no aportan proceso rehabilitador alguno.

Son aún aislados los proyectos de prevención o promoción comunitaria; incluso modalidades de atención que privilegian la atención ambulatoria con participación del grupo familiar frente a modalidades custodiales, no se han difundido en escala conveniente.

Los obstáculos por remover para producir el cambio son de distinto tipo:

1. El primero es, por cierto, concientizarnos acerca de la magnitud e importancia del problema y acerca de las alternativas o posibilidades para encarar su solución.
2. El segundo paso consiste en establecer procesos que produzcan los cambios deseados, esto es: modificación sustantiva de la estructura del gasto reemplazando un enorme monto en mantener desarraigados de la sociedad y en condiciones de progresivo deterioro a 25.000 argentinos aislados, por mayores erogaciones en prestaciones ambulatorias y la organización de actividades de prevención de patología y de prevención comunitaria.

Para la Dirección Nacional de Salud Mental del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, autora de lo dicho precedentemente, lo expuesto requiere establecer:

- a) Los mecanismos de valoración y retribución económica adecuados, hoy inexistentes o, mejor aún, contrapuestos a este propósito. O sea, definición de los tipos de prestaciones requeridas, con especificación correspondiente de su composición para posibilitar así su valorización.
- b) Organizar estructuras para el diseño y organización de estos procesos por áreas, para posibilitar la acreditación y auditoría de los prestadores, contratarlos en forma conjunta y aun organizar y desarrollar los procesos mismos de prestaciones de servicios.

Este segundo aspecto se hace especialmente obvio en el área de la seguridad social, por cuanto ninguna Obra Social puede abarcar por sí, salvo en relación con áreas muy restringidas, la totalidad de las prestaciones, y menos aún las que atañen a la prevención de patología y promoción de la salud mental, que son las de mayor eficiencia.

En función de estas ideas, la Dirección Nacional de Salud Mental ha elaborado y tiene en elaboración diversos proyectos en trabajo compartido con distintas áreas.

Los dos tipos de proyectos cuya ejecución se propicia, son:

- Modelo tipo "Río Negro" para integrar en una provincia el sistema estatal con el de las Obras Sociales y, eventualmente, la atención privada a través de la Obra Social provincial (en el caso de Río Negro, el IPROSS). —>

Volumen XXI - N° 1 Enero-Abril de 1986

Ateneo Arg. de Odontología - 3

— Área metropolitana: proyecto tendiente a obtener sucesiva o simultáneamente:

- Unificación de los criterios de acreditación y selección de prestadores.
- Aplicación de criterios comunes y/o integración de los procesos de auditoría.
- Coordinación o integración de la organización de la prestación de servicios por áreas.
- Empleo compartido de servicios propios.
- Empleo compartido de servicios de apoyatura social: hospitales, talleres protegidos, colonias, centros de educación, etcétera.

El Ministerio de Salud y Acción Social estableció las "Normas de Prestaciones en Salud Mental", como guía orientadora destinada a tipificar, a grandes rasgos, los distintos tipos de prestaciones de salud mental atendiendo a estos requerimientos:

1. Formular y homogeneizar las definiciones operacionales acerca de las prestaciones en Salud Mental. Esto significa disponer de un "diccionario" común para posibilitar la inteligibilidad de los diferentes programas.
2. Proponer pautas básicas acerca de los contenidos y objetivos correspondientes a cada tipo de prestación.
3. Facilitar la estructuración y valorización del Nomenclador, sobre la base de módulos globales en reemplazo de componentes aislados como actualmente ocurre.

A lo expuesto debe añadirse la revisión del Nomenclador en el capítulo pertinente, y los aspectos de salud mental incluidos en el "Informe sobre prestaciones básicas por desarrollar por las Obras Sociales", en elaboración final en el Instituto Nacional de Obras Sociales.

Estas propuestas y proyectos tienden a promover, desarrollar y profundizar los lineamientos básicos que fundamentan el Programa Nacional de Salud Mental.

N. del D.: El texto de esta nota editorial ha sido transcrito parcialmente y glosado de los siguientes documentos:

- "Recomendaciones generales para desarrollar programas y prestaciones de salud mental por parte de las Obras Sociales", Grupo Técnico Asesor. Resolución INT-INDOS N° 484/84 y 607/84.
- Seminario de Obras Sociales. Salud Mental. Setiembre de 1965.
- El Modelo Rio Negro. Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, 1985.
- Normas de prestaciones en Salud Mental. M.S.A.S., 1985.

Curso de Actualización e Integración

Comenzaremos hoy (*) un curso de actualización que es un intento de llegar desde la óptica de distintas especialidades a una visión más integradora de algunos aspectos de la práctica odontológica. Buscaremos a través de la discusión coloquial (un método no frecuente en nuestro medio) unir nuevos datos informativos y conceptuales con viejas experiencias. La integración que buscamos la concebimos en tres planos.

En primer lugar, el enfoque etario: los problemas que se suscitan en los dientes y el aparato masticatorio son evolutivos, los que cambian son los mecanismos compensadores biológicos.

Las decisiones que se tomen por acción u omisión en determinada edad, trascienden más tarde en forma desfavorable o positiva.

El segundo punto se basa en la exhortación de la UNESCO, de enfocar la enseñanza universitaria de postgrado en el contexto del medio cultural y sus peculiaridades y las posibilidades socio-económicas del destinatario del acto de atención profesional.

No se puede copiar únicamente métodos diagnósticos que conducen a decisiones tal vez desfavorables, sobre todo las basadas en la estética que no coinciden con el contexto de nuestras características antropológicas ni con la escala de valores socio-culturales.

Además, resulta frustrante entrenarse en técnicas reconstructivas de alta complejidad y costo asequible solamente a una infima minoría de pacientes, cuya verdad y necesidad es altamente controversial.

Más importante es formar criterio sobre las prioridades para la salud del paciente.

En tercer lugar, en la época de revolucionarios adelantos técnico-científicos, los mecanismos conceptuales del universitario odontólogo no deben permanecer ajenos a los principios de la informática; la multifactoriedad, multicausalidad y la interacción reciproca.

En la práctica no debe tomar decisiones sin tener en cuenta todos los factores operacionales vistos desde la óptica de distintas especialidades.

De otra manera la actividad profesional se transforma en un ritual de monótonos procedimientos reglados cada vez más esquemáticos y tediosos.

El propósito de nuestro CENTRO DOCENTE-ASISTENCIAL DE FORMACION DE POSTGRADO es ayudar a formar odontólogos con el concepto de AGENTE DE SALUD. Entendiendo por salud el

* 9-4-86

Curso de Actualización e Integración

bienestar físico y psíquico, con ausencia de enfermedad o malfunción.

Si bien el paciente demanda servicios por dolor, impedimentos o preocupación estética, el dentista agente de salud no debe limitarse a satisfacerla, sino que debe explorar la necesidad oculta en tejidos duros y blandos con un claro sentido de prioridades y posibilidades.

Motivar al paciente y hacerle comprender la importancia de su salud dental poniendo el acento en la prevención primaria y secundaria en todas las áreas, debe ser la preocupación de este profesional.

Históricamente hubo siempre dos tendencias en la formación del dentista: una, atiende a su artesanía aspirando a elevarlo al rango de artista, pero encierra el riesgo de que todo comience y termine allí.

La otra, en la intención de formar un estomatólogo con predominio de la base médica, pero que en el desprecio por la manualidad engendre torpezas y falencias técnicas.

Es menester tomar lo mejor de las dos, entrenarse bien en las destrezas, nutrirse de buenas bases teóricas integradas y capacitar-se para decisiones basadas en la realidad de cada paciente, en su contexto y proceso.

La realidad de nuestro medio es que casi todos hacen la práctica general más una especialidad, y si atiende a un niño o a un joven con una práctica estereotipada o unilateral terminará heredando sus propios errores o falencia de conocimientos.

Uno hace lo que ve y ve lo que conoce.

Digamos, citando a J. Bronowsky en "El ascenso del hombre":

"La mano es el filo cortante de la mente. La civilización no es una colección de artefactos terminados, es la elaboración de procesos. En último término, la marcha del hombre en ascenso es el refinamiento de la mano en acción bajo la guía de la mente".

Dr. Luis Zielinsky
Director de la Comisión
Docente-Asistencial del
Ateneo Argentino de Odontología

Antibióticos: Presentaciones y Dosis

JORGE MIGUEL GARCIA (*)

El objetivo de la presente comunicación es ofrecer una puesta al día de los antibióticos agrupados por droga, nombre comercial, presentaciones y dosis, basado en el trabajo "Infecciones Piógenas de los Maxilares", publicado en la Revista del AAO, Vol. XX, N° 5, págs. 13-29.

PENICILINA G: Se dispone de varias formas farmacéuticas para su administración parenteral. Estas difieren principalmente en las velocidades de absorción de la penicilina y en la duración de los niveles séricos terapéuticos. Las sales sódica y potásica de la penicilina G son sumamente solubles y rápidamente absorbidas después de la administración intramuscular. Los niveles séricos picos se producen dentro de los 15 a 30' y declinan hasta niveles apenas detectables dentro de las 3 a 5 hs. en adultos normales. Para su uso intramuscular puede administrarse 300.000 a 600.000 UI de penicilina G soluble potásica o sódica en solución fisiológica inyectable cada 3 ó 4 hs., siendo la dosis habitual en niños de 50.000 UI/Kg/día.

La sal procaína de la Penicilina G es muy poco soluble y se absorbe más lentamente produciendo niveles hemáticos prolongados (24 hs.). La dosis intramuscular habitual es de 300.000 a 600.000 UI de Penicilina G procaína cada 24 hs.

La Penicilina G Benzatina tiene una solubilidad extremadamente baja, pues mantiene niveles séricos por 15 a 30 días y son de administración exclusivamente intramuscular. Se encuentra en el comercio en inyectables de 600.000, 1.200.000 y 2.400.000 UI.

(*) Servicio de Cirugía Buco-Maxilo-Facial
Ateneo Argentino de Odontología.

PREPARADOS COMERCIALES: Penicilina G sódica o potásica.

	LABORATORIO	PRESENTACION
NR Penicilina G sódica Lepetit	LEPETIT	3.000.000 UI inyectable
NR Penicilina G Sódica ByK Liprandi	ByK LIPRANDI	Fco. amp. 500.000 UI " " 1.000.000 UI " " 2.000.000 UI " " 5.000.000 UI " " 30.000.000 UI

PENICILINA G BENZATINA

NR Benzetilicil L.A.

WYETH

Fco. amp. 600.000 UI
" " 1.200.000 UI
" " 2.400.000 UI

NR Benzetilicil 6.3.3.

WYETH

" " 1.200.000 UI

PENICILINA V.O. FENOXIMENTIL PENICILINA: Es resistente a la inactivación por el jugo gástrico, por lo tanto se puede administrar por vía bucal, siendo la dosis usual de 400.000 UI cada 6 hs., y en niños 50.000 a 100.000 UI/Kg/día.

NR Pentid V.K...

ByK LIPRANDI

1.200.000 UI x 12 comp.
200.000 UI x 12 comp.

NR Pen oral

LEPETIT

200.000 UI comp.x12
500.000 UI comp.x12
1.000.000 UI comp.x12
1.500.000 UI comp.x12
Jarabe x60 g c/5 ml.
contiene 300.000 UI.

PENICILINAS ISOXAZOLICAS: Son resistentes a la penicilinasas y se administra por vía bucal, en dosis de 250 mg. a 500 mg. cada 6 hs., en casos graves esa dosis puede duplicarse. La dosis en niños es de 50 mg/Kg/día dividida en 4 tomas.

NR Soldak

ARISTON

250 mg cap. x 16
susp x 125 mg/5 ml.
IM. 250 mg inyect./1
IV. 250 mg. inyect./1

METICILINA: Se presenta en frasco ampolla, su potencia relativamente baja y su rápida excreción hace que se la administre en dosis altas y a intervalos cortos cuando se usa la vía IM. La dosis del adulto es de 4 a 6 g. por día repartida en intervalos de 4 a 6 hs. La dosis para niños es de 100 mg/Kg./día repartida también cada 4 a 6 hs.

NR Penaureus

ByK LIPRANDI

Fco. amp. x 1g/1

AMPICILINA: Tiene espectro ampliado y es estable en medio ácido. La dosis usual en adultos es de 250 mg a 500 mg cada 6 hs., siendo para niños 50 a 100 mg/Kg/día.

DRUGA	NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO	PRESENTACION
Ampicilina NR	Ampicilina Devege	DEVEGE	500 mg. comp. x 8 500 mg. comp. x 16 500 mg. F.A. x 1 1000 mg. F.A. x 1
NR	Ampicilina Fecofar	FECOFAR	500 mg. comp. x 8 500 mg. comp. x 16 jarabe x 250 cc.

NR	Ampicilina Ingram	INGRAM	500 mg. comp. x 8 500 mg. comp. x 16 500 mg. F. Amp. x 3 ml. 1/1 500 mg. F. Amp. x 3 ml. 3/3 500 mg. F. Amp. x 3 ml. 6/6 1 gr. comp. recub. x 8 1 gr. F. Amp. x 5 ml. 1 gr. F. Amp. 3 x 3,5 ml. 1 gr. F. Amp. 6 x 6,5 ml.
----	-------------------	--------	---

NR	Ampicilina Mertens	MERTENS	500 mg. cap. x 8
----	--------------------	---------	------------------

NR	Ampicilina Richet	RICHET	125 mg. inyect. x 1 F. Amp. 250 mg. inyect. x 1 F. Amp. 500 mg. inyect. x 1 F. Amp. 1000 mg. inyect. x 1 F. Amp. 125 mg. jarabe x 12 Ds. 250 mg. jarabe x 12 Ds. 125 mg. jarabe x 24 Ds. 250 mg. jarabe x 24 Ds. 250 mg. comp. x 8 250 mg. comp. x 16 500 mg. comp. x 8 500 mg. comp. x 16
----	-------------------	--------	---

NR	Aletmicina	ALET	500 mg. cap. x 16 250 mg. inyect. x 1 500 mg. inyect. x 1 1000 mg. inyect. x 1 250 mg. jarabe x 1
----	------------	------	---

NR	Cronopen	MONTPELLIER	250 mg. comp. x 8 250 mg. comp. x 12 500 mg. comp. x 8 500 mg. comp. x 12 Forte jarabe x 60 ml. 600 inyect. F. Amp. 4/4 1200 inyect. F. Amp. 4/4
----	----------	-------------	--

NR	Diampicicol	CETUS	250 mg. cap. x 16 Susp. oral x 100 ml. 500 mg. comp. x 16
----	-------------	-------	---

NR	Dotirol	WINTHROP	500 mg. cap. x 8
----	---------	----------	------------------

NR	Tranciclamina	ARISTON	250 mg. cap. x 8 250 mg. mg. cap. x 16 500 mg. cap. x 8 Susp. x 60 cc.
----	---------------	---------	---

NR	Grampenil	ARGENTIA	250 mg. Susp. x 60 ml. 250 mg. comp. x 16 500 mg. comp. x 8 500 mg. comp. x 16
----	-----------	----------	---

			500 mg. inyect. x 1 1000 mg. inyect. x 1 250 mg. susp. x 120 ml. 1000 mg. comp. x 8 1000 mg. comp. x 16
NR	Hostes simple	LANDO	Comp. x 16 Inyect. F.A. x 1 Inyect. F.A. x 5
NR	Penbritin	UNIFA	250 mg. cap. x 16 500 mg. cap. x 8 500 mg. cap. x 16 Inyect. 1/500 mg. Inyect. 1/1000 mg. 250 mg. jarabe x 60 ml.
NR	Principen	ByK LIPRANDI	250 mg. cap x 8 250 mg. cap. x 16 250 mg. inyect. 250 mg. susp. x 120 ml. 250 mg. susp. x 60 ml. 500 mg. cap. x 8 500 mg. cap. x 16 500 mg. inyect.
NR	Tolimal	BAYER	250 mg. comp. x 16 500 mg. comp. x 8 500 mg. comp. x 16 1000 mg. comp. x 6 1000 mg. comp. x 12 3 gr. jarabe x 60 ml. 6 gr. jarabe x 120 ml.
NR	Trifacilina	BAGO	250 mg. comp. x 16 500 mg. comp. x 8 500 mg. comp. x 16 1000 mg. comp. x 8 1000 mg. comp. x 16 1000 mg. inyect. 4/4 - 1/1 Jarabe 120 ml. Forte jarabe x 60 ml. Forte jarabe x 120 ml.
NR	Trifal	BAGO	Comp. x 7
NR	Viacilina - A	WYETH	500 mg. inyect. F. Amp. 1000 mg. inyect. F. Amp.
NR	Histopen	BERNABO	Cap. x 8 Susp. x 40 F. Amp. Comp. 1 g. x 8

PRO AMPICILINAS: tienen una superior absorción digestiva que la ampicilina, dando mayores niveles sanguíneos con iguales dosis y con administración más espaciada.

DROGA	LABORATORIO	PRESENTACION
BACAMPICILINA NR Bacacil	PFIZER	comp. 400 mg. x 12 800 mg. x 6 800 mg. x 12
TALAMPICILINA NR Talcilina	CELTIA	comp. x 8 comp. x 16

METAMPICILINA: Es una penicilina de espectro ampliado, resistente a la penicilinas estable en medio ácido. Dosis adulto 250 mg. a 500 mg. c/4 a 6 hs. Dosis en niños 25-50 mg/Kg/día.

NR Ocelina	ROUX OCEFA	250 mg. cap. x 8 250 mg. cap. x 16 500 mg. cap. x 8 250 mg. inyect. x 1 fco. amp. 500 mg. inyect. x 1 fco. amp. Ped. fco. x 2 g.
------------	------------	---

AMOXICILINAS: Al tener una mayor absorción gastrointestinal cuando se administra por via bucal, que las ampicilinas, permite la administración más espaciada. Dosis usual adulto: 250 a 500 mg. cada 8 hs. Dosis usual niños: 30-60 mg./Kg/día repartido en tres tomas.

NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO	PRESENTACION
NR Amoxidal	ROEMMERS	Cap. 250 mg. x 8 Cap. 250 mg. x 16 Cap. 500 mg. x 8 Cap. 500 mg. x 16 Comp. 1 gr. x 8 Comp. 1 gr. x 16 Susp. pediat. 125 mg. x 60 ml. Susp. pediat. 125 mg. x 90 ml. Susp. pediat. 250 mg. x 60 ml. Susp. pediat. 250 mg. x 90 ml. Susp. pediat. 500 mg. x 60 ml. Susp. pediat. 500 mg. x 90 ml. Inyect. 500 mg. x 1 Ds. Inyect. 1 gr. x 1 Ds. 250 mg. sobres x 16 Gotas x 15 ml.
NR Amoxipenil	MONTPELLIER	250 mg. cap. x 8 500 mg. cap. x 8 250 mg. cap. x 16 500 mg. cap. x 16 250 mg. susp. x 90 ml. 500 mg. inyect. F. Amp. x 1
NR Grinsil	ARGENTIA	250 mg. cap. x 8 250 mg. cap. x 16 500 mg. cap. x 8 500 mg. cap. x 16 250 mg. susp. x 60 ml. 250 mg. susp. x 90 ml.

NR	Laroclin	ROCHE	500 mg. cap. x 6 500 mg. cap. x 12 250 mg. cap. x 9 500 mg. amp. x 2 125 mg. x 45 ml. 250 mg. x 45 ml. 250 mg. x 90 ml.
NR	Fulicilina	SINTYAL	250 mg. cap. x 16 500 mg. cap. x 8 500 mg. cap. x 16 Pediátrica susp. x 60 cc. Pediátrica susp. x 90 cc. Inyect. F. Amp. x 5 ml.
NR	Optium	DISPROVENT	500 mg. cap. x 6 500 mg. cap. x 12 250 mg. F. Amp. x 1 500 mg. F. Amp. x 1 125 mg. susp. oral 250 mg. susp. oral
NR	Trifamox	BAGO	250 mg. comp. x 16 500 mg. comp. x 8 500 mg. comp. x 16 1000 mg. comp. x 8 1000 mg. comp. x 16 500 mg. inyect. x 1 1000 mg. inyect. x 1 250 mg. jarabe x 60 ml. 250 mg. jarabe x 120 ml. 500 mg. jarabe x 60 ml. 500 mg. jarabe x 120 ml.
NR	Penamox	ESSEX	500 mg. cap. x 12 250 mg. jarabe x 45 cc. 250 mg. jarabe x 90 cc. 1 gr. TAB x 9 500 mg. F. Amp. x 1
NR	Triamoxil	ByK LIPRANDI	250 mg. cap. x 16 500 mg. cap. x 8 500 mg. cap. x 16 250 mg. x 60 ml. 250 mg. x 120 ml.
NR	Moxiflux (amoxicilina + cloxacilina)	GADOR	500 mg. cap. x 16
NR	Pyopen	LABORATORIO UNIFA	Dosis Adulto 1 ó 2 gr. c/6 hs. Dosis Niños, 50 a 200 mg./kg/día cada 4 a 6 hs. Fco. Amp. X 1 g X 1 Fco. Amp. X 5 g X 1

CARBENECILINA: no se utiliza por vía bucal por se lábil en medio ácido.

CEFALOSPORINAS

PRIMERA GENERACION: Actúan sobre estafilococos, incluyendo las cepas productoras de penicilina y sobre estreptococos (excepto enterococos y neumococos) resistentes a la penicilina.

A) Empleados por vía parenteral

CEFALOTINA	NR Seffin Glaxo	1 g. fco amp. x 1	80 mg. a 160 mg./Kg/día 95 - 1g c/4 a 6 hs.
CEFALORIDINA	NR CEFLOMIN GLAXO	Fco. amp. 250 mg 500 mg.	30-50 mg/Kg/día
CEFAZOLINA		1 g.	0.5-1 g c/6 a 8 hs.
	NR Cefalomicina-Bagó	Fco. amp. 250 mg Fco. amp. 500 mg Fco. amp. 1000 mg	2 a 6 g x día x vía intramusc. cada 6 u 8 hs.
	NR Cefamezin Gador	Fco. amp. 250 mg. Fco. amp. 500 mg. Fco. amp. 1000 mg.	
CEFAPIRINA	NR Cefatrexil Mead John	Fco. amp. 500 mg. Fco. amp. 1 g.	50-100mg/Kg/día
CEFADRINA	NR Velocéf ByK inyectable Liprandi	250 mg. F. Amp. 500 mg. F. Amp. 1000 mg. F. Amp.	25-50 mg/kg/día

CEFACETRIL

B) Empleados por vía oral

CEFADRINA	NR VELOCEF ByK NR Velocéf ByK Liprandi	250 mg. cap. x 8 y 16 500 mg. cap. x 8 y 16 1 g. cap. x 8 250 mg. Susp. x 60 ml 250 mg. Susp. x 120 ml	
CEFALEXINA	NR Ceporexín Glaxo	comp. 250 mg. x 8 g. x 16 comp. 500 mg. x 8 g. x 16 Jarabe 125 mg. x 60 ml. 250 mg. x 60 ml.	
	NR Cefalexina Argentina Argentina	125 mg. susp. x 60 ml. y x 90 ml. Sobre Monodosis x 12 250 mg. comp. x 8 y x 16 250 mg. susp. x 60 ml. y x 90 ml. 500 mg. comp. x 8 y x 16 1000 mg. comp. x 8 y x 16 1000 mg. iny. x 1	25 a 50 mg/kg. peso/día en 4 dosis 250 a 500 mg. cada 4 ó 6 hs.

NR Cefalexina Richet	125 mg. susp. x 12 dosis 125 mg. susp. x 24 dosis 250 mg. susp. x 12 dosis 250 mg. susp. x 24 dosis gotas x 50 ml. 250 mg. comp. x 8 y x 16 500 mg. comp. x 8 y x 16 1000 mg. comp. x 8 y x 16	
NR Septilisin Bagó	500 mg. susp. x 60 ml 250 mg. susp. x 60 y x 120 ml 250 mg. comp. x 16 500 mg. comp. x 8 y x 16 1000 mg. comp. x 8	25 a 50 mg/ /kg peso en 4 dosis 250 a 500 mg. cada 4 ó 6 hs.
CEFALOGLICINA CEFADROXIL NR Cefacar Argentia	500 mg. comp. X 8 y X 16 susp. 250 mg. X 60 ml susp. 250 mg x 90 ml 1000 mg comp. x 8	25/100 mg/kg /dia. 3 veces X día. 500 mg. 3 x día

SEGUNDA GENERACION: Presentan un espectro de acción ampliado frente a los gérmenes gram negativos.

Via parenteral:

CEFAMANDOL CEFOXITINA CEFUROXINÁ NR CEFUROX GLAXO	Fco. amp. 250 mg. 750 mg. 1,5 g	0,75-1 g IM c/8 hs.
---	---------------------------------------	------------------------

Via oral:

CEFACTOR

TERCERA GENERACION: Tienen un espectro de acción similar al observado con la cefalosporina de segunda generación. Se caracterizan por una marcada actividad frente a la AERUGINOSA y otras enterobacterias.

Empleados por
via parenteral:

CEFOTAXIMA NR CLAFORAN ROOSSELI

Fco. amp. 250 mg.
Fco. amp. 500 mg.
Fco. amp. 1 g.
Fco. amp. 2 g.

MOXALACTAM

CEFAPERAZONA NR Cefobid Pfizer

Fco. amp. 1 g.
Fco. amp. 2 g.

CEFTRIAXONA NR Acantex Roche

500 mg x 1 amp. IM-IV.
1 g. x 1 amp. IM-IV.

AMINOGLUCOCIDOS: Son de administración parenteral.

Druga:

ESTREPTOMICINA: Dosis del adulto 1 g. diario.
Dosis del niño 20 a 40 mg/Kg/día en 2 dosis.

NR Estrepto- micina Lepetit	LABORATORIO LEPETIT	IM iny. F x 1
NR Estrepto- micina Rontag	RONTAG	iny. F.A. x 1 g.

NEOMICINA: En odontología se usa en forma local asociada con polimixina B y Bacitracina.

KANAMICINA: Dosis adulto 500 mg c/12 hs.
Dosis niño 10 a 15 mg/Kg peso/día.

NR CRISTALOMI- CINA	ROEMMERS	1 g. F. x 1 ds.
------------------------	----------	-----------------

GENTAMICINA: Dosis adulto 80 mg. cada 8 ó 12 hs. por via parenteral.
Dosis niño 2 a 5 mg/Kg peso/día repartido en 2 ó 3 inyecciones.

	NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO	PRESENTACION
NR	Gentamicina Devege	DEVEGE	20 mg. a x 2 20 mg. a x 6 80 mg. a x 2 80 mg. a x 6
NR	Gentamicina Gador	GADOR	20 mg. a x 1 de 2 ml. 40 mg. a x 3 de 1 ml. 60 mg. a x 3 de 1,5 ml. 400 mg. a x 1 de 10 ml.
NR	Gentamicina Richet	RICHET	20 mg. iny. a x 1 de 1 ml. 20 mg. iny. a x 2 de 1 ml. 20 mg. iny. a x 6 de 1 ml. 40 mg. iny. a x 1 de 1 ml. 40 mg. iny. a x 2 de 1 ml. 40 mg. iny. a x 6 de 1 ml. 60 mg. iny. a x 1 de 1,5 ml. 60 mg. iny. a x 2 de 1,5 ml. 60 mg. iny. a x 6 de 1,5 ml. 80 mg. iny. a x 1 de 2 ml. 80 mg. iny. a x 2 de 2 ml. 80 mg. iny. a x 6 de 2 ml. 160 mg. F. Amp. x 1 de 4 ml. 160 mg. F. Amp. x 2 de 4 ml. 160 mg. F. Amp. x 6 de 4 ml. 240 mg. F. Amp. x 1 400 mg. F. Amp. x 1

NR	Gentamicina Essex	ESSEX	160 mg. iny. x 2 20 mg. iny. x 1 40 mg. iny. x 2 60 mg. a 2/1,5 cc. 80 mg. a 2/2 cc. 280 mg. a 1/2 cc. 400 mg. a 1/10 cc.
NR	Glevomicina	BAGO	20 mg. iny. a x 4 80 mg. iny. a x 2 80 mg. iny. a x 4 160 mg. iny. x 1 280 mg. iny. x 1 400 mg. iny. F.A. x 10 ml
NR	Sintepul	SINTESINA	80 mg. a x 2 de 2 ml. 80 mg. a x 4 de 2 ml.

MACROLIDOS

Eritromicina, se administra generalmente por vía bucal, de 1 a 2 g. por día, en 4 dosis en adultos, siendo la dosis para niños de 30 a 50 mg./Kg. de peso/día.

Via intramuscular: adultos 100 mg. c/8 a 12 hs., niños de mas de 15 kg., 50 mg. c/8-12 hs.

NOMBRE COMERCIAL	LABORATORIO	PRESENTACION
NR Pantomicina	ABBOTT	Comp. 250 mg. x 16 Comp. 500 mg. x 16 Pediátrica x 100 ml. Gotas x 10 ml. Masticables comp. x 16 F.Amp. 100 mg. x 3 F.Amp. 50 mg. x 3
NR Wemid	BERNABO	500 mg. comp. x 8 250 mg. comp. x 16 Susp. x 60 ml.
NR Eritrocina	ABBOTT	500 mg. comp. x 8 500 mg. comp. x 12
NR Ilosone	LEPETIT	Cap. 250 mg. x 16 Cap. 500 mg. x 8 Cap. 500 mg. x 16 Jarabe 125 mg. x 100 ml. Jarabe 250 mg. x 100 ml.

Espiramicina: dosis adulto, 1 g. cada 12 hs.

NR Rovamycine	RHODIA	compr. x 20.
<i>Oleandomicina</i> , dosis 250 a 500 mg. 4 veces por día.		
NR Tao	NEMI	compr. x 30
<i>Oleandomicina + tetraciclina</i> .		

NR	Sigmamicina	375 mg. tabletas x 16. 250 mg. tabletas x 16. Jarabe 125 mg/ml x 60 ml.
----	-------------	---

Dosis adultos 1 g. diario
Dosis niños 25/50 mg./kg/día en 4 dosis.

LINCOMICINA: dosis del adulto, via bucal: 500 mg. 3 ó 4 veces x día, via I.M.: 600 mg. c/12-24 hs.
Dosis del niño, via bucal: 30-60 mg/kg. peso/día, 3 ó 4 veces por día. Via I.M.: 10 mg./kg./día, c/12-24 hs.

NR	Frademicina	CILAG	300 mg. amp. x 1 ml. 300 mg. amp. x 1 ml. x 4 600 mg. amp. x 2 ml. 600 mg. amp. x 2 ml. x 4 2 gr. F.A. x 6 500 mg. cap. x 16 Jarabe x 60 ml.
----	-------------	-------	--

CLINDAMICINA.

Adultos: dosis habitual, 150 a 300 mg. c/ 6 hs.
Infecc. graves, 300 a 450 mg. c/6 hs.
Niños: Dosis habitual 8 a 16 mg/Kg./día.
Infecc. graves: 16 a 20 mg./Kg./día.

NR	Dalacin C Fosfato	CILAG	150 mg./ml. a x 2 ml. 150 mg./ml. a x 4 ml.
NR	Dalacin ST	CILAG	Sol. x 30 ml. Sol. x 60 ml.

RIFAMICINA. 5 V

Dosis del adulto: se utiliza por via intramuscular o endovenosa en dosis de 250 mg. cada 8 a 12 horas. Dosis para niños: 10 a 20 mg./Kg./día.

NR	Rifocina	LEPETIT	Spray x 30 ml. Uso local x 22 ml.
----	----------	---------	--------------------------------------

RIFAMPICINA.

Se administra por via bucal en dosis de 300 mg., dos veces por día; dosis del niño: 10-20 mg./Kg./día.

NR	Rifadin	LEPETIT	150 mg. cap. x 8 300 mg. cap. x 8 Jarabe x 50 ml.
NR	Rifampicina	ARMSTRONG	300 mg. cap. x 8 300 mg. cap. x 16.

POLIPEPTIDICOS: la polimixina B se administra en dosis de 1,5 a 2,5 mg/Kg peso/día, no pasando de una dosis diaria de 200 mg, cada 8 ó 12 hs. En el comercio se presenta en frasco ampolla en forma de sulfato de POLIMIXINA B que contiene 500.000 UI, es decir el equivalente a 50 mg. de POLIMIXINA BASE.

	LABORATORIO	PRESENTACION
NR Sulfato de Polimixina B	PFIZER	Inyect. x 500.000 UI.

COLISTINA O POLIMIXINA E: la dosis es de 1-2 millones de UI cada 8 hs ó 6 hs.
NR TOTAZINA ARGENTIA Inyect. x 1.000.000 UI.

La Bacitracina y la Tirotricina: se utilizan en forma local. (colurario, spray, solución, etc.)

TETRACILINAS

DROGA	LABORATORIO	PRESENTACION
CLORHIDRATO DE TETRACICLINA	NR Ciclotetryl	FORT Grageas x 20
	NR Acromicina	LEDERLE 15 mg GLAC 10
	NR Omnaze	RICHET 250mg comp x 12 100mg lof. Fco. amp. x 1 250mg. lof.
	NR Serianon	FADA Grageas x 10
	NR Steclim	ByK LIPRANDI 250mg. cap. x 16 250mg. cap. x 8 IMFco amp x 100mg
ROLITETRA-CICLINA	NR Reverin	HÖECHST IM Fco ampx 350mg Dosis adulto IV Fco ampx 350mg 350mg x día Niños: 10-15 mg x kg x día
DIMETIL-CLORTETRA-CICLINA	NR Ledermicina	LEDERLE 300mg comp x 8 Dosis: 150mg c/6hs. ó 300 mg c/12 hs.
OXITETRA-CICLINA	NR Terramicina	PFIZER 250mg TAB x 16 Dosis: 1 ó 2 g 1,5g Jar x 60 ml día dividida 500mg TAB x 10 c/6 hs. Niños: 25-50 mg/kg día c 6hs.
DOXICILINA	NR Vibramicina	PFIZER 100 mg. TAB x 10. Dosis adulto: 1er día 200 mg, luego 100 mg c/24 hs. Niños: 2-4 mg/kg/día, el 1er día, luego 2 mg/kg/día.

CLORAMFENICOL: Es aconsejable evitar este antibiótico. En odontología la dosis no excederá los 2 g en el adulto, ni los 10 días de tratamiento. La dosis pediátrica es de 50 mg./Kg. peso/día.

NR Chloromycetin	PARKE DAVIS	250 mg. cap. x 12 500 mg. cap. x 24 Palmitato susp. x 50 ml. Succinato inyect. F.amp. x 1 g.
NR Farmicetina	MONTEDISON	Jarabe x 50 ml.
NR Quemicetina	MONTEDISON	250 mg. grag. x 12. Jarabe x 60 ml. Succinato Fco./amp. x 1 g.
NR Sintomicetina	LEPETIT	Jarabe x 50 ml.
NR Bioticaps	RICHETS	250 mg. comp. x 12
NR Cloramfenicol	FECOFAR	Palmitato susp. x 50 ml.

RESUMEN

El autor presenta una actualización de los antibióticos disponibles en nuestro medio, agrupados según droga. Para cada grupo menciona las dosis y vías de administración, los nombres comerciales y las formas de presentación.

SUMMARY

The author presents a revision of antibiotics disponibles in Argentine, according to generic names of the drugs.

This paper is designed to facilitate its use by the dentist, including information concerning: trade names, dosage and accepted dosage forms.

BIBLIOGRAFIA.

1. AMERICAN DENTAL ASSOCIATION. Terapéutica odontológica aceptada. Ed. Panamericana, 1985.
2. BAZERQUE P. Farmacología odontológica. Ed. Mundi.
3. LITTER M. Farmacología experimental y clínica. Ed. El Ateneo.
4. MANUAL FARMACEUTICO. año XXV, N° 299; abr. 1985.
5. PINTO, J. y RORHLIN R. Temas de Farmacología. II: Antibióticos; 1985.
6. PFIZER Vademecum, 1984.

Dirección del autor:
F. M. de Anchorena 1176
(1425) Buenos Aires

REVELPLAC L

Solución reveladora de la placa bacteriana dental. Uso profesional. Cont. neto 20 grs. Cert. M.S.P. y M.A. 22081.

REVELPLAC

Comprimidos revelantes de la placa BACTERIANA. Presentación 30 comprimidos. Cert. M.S.P. y M.A. 194/80.

FLUOROGEL P

GEL con FLUOR y bajo PH para uso tópico profesional. Con FLUOR 1,23% PH 3,5. Presentación frascos por 250 grs.

FLUOROGEL

GEL para el cepillado diario PH 5,6 Cert. M.S.P. y M.A. 198/80.

con estas mismas características pero con sabor a MENTA.

FLUOROGEL M**NAF**
S.R.L.**COLABORA EN LA
PREVENCIÓN ODONTOLÓGICA**AV. MAIPU 2440/2 - OLIVOS (1636)
791-8263 791-9073

CONSULTORIOS DE RADIOLOGIA DENTO-MAXILO-FACIAL RADIOGRAFIAS

INTRAORALES
EXTRAORALES

TELERRADIOGRAFIAS CON ESTUDIO
CEFALOMETRICOS
RADIOGRAFIAS PANORAMICAS
CONDILOGRAFIAS

Profesor Dr. J.A Vázquez y Dr. E.R. Cura

Horario: de 9,30 a 12,45 y de 15 a 19,30. Sábados, de 9,30 a 12,30.
CORRIENTES 2362 - 2° C. T.E.: 47-4532 (1046) Bs. As.

Protocolo Cuantificado de Función

LUIS ZIELINSKY

La importancia de su existencia se basa en el hecho que cubre uno de los términos de nuestra definición de objetivos en el tratamiento de Ortopedia Funcional.

A nuestros entender, dicho tratamiento tiene por finalidad los cambios morfológicos necesarios para una apariencia estética agradable, inscrita en el marco de un deslizamiento funcional de la mandíbula sin ninguna interferencia.

Un protocolo cuantificado es un documento inicial que permite el control de las desviaciones existentes en la Oclusión Óptima Funcional y, además, cuáles son las modificaciones producidas desde el punto de vista de la función a consecuencia del tratamiento.

Las pautas elegidas para el control se refieren al movimiento, sus posibilidades, mecanismos de acción y de control.

Estas son las siguientes:

- 1° MOVILIDAD.
- 2° FUNCION DOLOROSA.
- 3° CENTRICIDAD.
- 4° ESTADO DE LA ATM.
- 5° DOLOR MUSCULAR.
- 6° OCLUSION CENTRICA.
- 7° RELACION CENTRICA.
- 8° CONTROL DE GUIA INCISIVA.
- 9° CONTROL DE MOVIMIENTO LATERAL.

1° MOVILIDAD

Lo que se busca es explorar la capacidad de trasladarse de la mandíbula en las 3 dimensiones del espacio libre de restricciones.

De acuerdo con el criterio de Helkimo, la apertura normal es de 40 mm., aunque en los niños puede aceptarse como normal 36 a 38 mm.

Los otros deslizamientos hacia la derecha, la izquierda y la protrusión deben ser no menores de 7 mm. (Helkimo).

Cuando estas cifras no pueden ser alcanzadas por la mandíbula, se la clasifica como Restricción de Movimiento. No importando tanto los mm. en que están limitados sino el número de movimientos restringidos.

Cuando uno de los movimientos está limitado, se califica con el guarismo 1.

Cuando son 2 ó más, se califica con 5, lo que significa marcada restricción de movimiento.

Cuando no existe ninguna restricción, se califica con 0.

2° FUNCION DOLOROSA

Durante las pruebas anteriores, se puede interrogar al paciente si experimenta molestia o dolor en el nivel de las Articulaciones Temporo-Mandibulares o, en la zona interna del ángulo goniaco (inserciones del Pterigoideo interno y el Masetero). Son las zonas donde más

frecuentemente se manifiesta la molestia.

Otra de las regiones que puede estar involucrada es la zona anterior del piso de la boca.

También aquí se cuantifica en función del número de movimientos afectados. La existencia de función dolorosa implica un grado de compromiso mayor de las estructuras musculares que en la restricción, puesto que en este caso están afectadas el área del movimiento y del dolor.

3° CENTRICIDAD

Esta prueba implica explorar la simetría del movimiento de apertura y cierre.

Se toma con el paciente en la posición más erguida posible en el sillón o sentado. Se observa el desplazamiento del centro de la línea media inferior con respecto al mismo punto superior durante la apertura y el cierre efectuados lenta y suavemente.

Se lo controla con una regla, y si existe un zigzagueo durante el movimiento se lo califica con 1 o sea una desviación de la normalidad producida por la incoordinación de los músculos del lado derecho e izquierdo.

La desviación del plano sagital en la máxima apertura significa una restricción del movimiento del cóndilo hacia cuyo lado se desvía.

Un deslizamiento lateral en el último par de mm. del cierre, es una interferencia importante en la simetría del movimiento, razón por la cual ambas son calificadas con 5.

4° ARTICULACION TEMPORO-MANDIBULAR

Se la evalúa por el movimiento de

apertura y cierre así como por auscultación y palpación.

La existencia de movimientos anormales en la ATM se nota fundamentalmente por la existencia de chasquido, que puede detectarse por la audición (con estetoscopio o sin él) o por palpación con los dedos en los conductos auditivos externos.

Un chasquido único en la ATM, o su equivalente, una desviación de la línea media en ángulo o bayoneta, al abrir o cerrar, es calificado con la cifra 1. Mucho más severo es cuando los chasquidos son múltiples o el sonido es un crujido (sensación de caminar sobre pedregullo), así como cuando existe una traba en el movimiento o luxación del cóndilo.

Todos estos síntomas determinan una calificación de 5

5° DOLOR MUSCULAR

La importancia del compromiso muscular se cuantifica por la cantidad de puntos dolorosos sensibles a la palpación en los músculos masticatorios.

Los músculos evaluados son: los Pterigoideos externos (por delante del tragus), los Maseteros profundos (un través de dedos delante del anterior), los Maseteros superficiales (región goniaca externa), los Pterigoideos internos (palpables en la región goniaca interna por adentro del borde inferior). El vientre posterior de los Digástricos (por detrás del ángulo goniaco y por delante del externo Cleido-Mastoideo, cuando la cabeza está lateralizada hacia el lado opuesto).

Los Temporales (palpables en las sienas y en el resto de la fosa Temporal). La existencia de 1 a 3 puntos dolorosos en cualesquiera de los la-

dos, se califican con 1. Cuando los puntos son 4 o más, ya se lo califica con 5.

6° OCLUSION CENTRICA

Esta es la primera de las dos pruebas de relaciones contactantes y dentarias. El paciente debe estar de pie o sentado, erguido sin apoyar su espalda y con el plano de Frankfort paralelo al piso.

Se lo instruye para que cierre con el mínimo de esfuerzo.

Si nota que el primer contacto dentario es bilateral y simultáneo, la posición del primer contacto muscular (PCM) coincide con la posición de Máxima Intercusación (PMI) estando por lo tanto en Oclusión Céntrica y el score asignado es 0.

Si al cerrar, siempre con esfuerzo mínimo y en posición erecta, el paciente responde que el primer contacto lo siente adelante, es porque existe un cierto grado de contractura en los Pterigoideos externos, que responde a un contacto prematuro en la zona posterior.

Esta contractura es muy frecuente y no aparta la mandíbula del plano sagital, pero como no permite aproximarse a la Relación Céntrica, la calificación del score es 1, porque significa un leve disturbio de la normalidad.

Cabe, sin embargo, hacer una excepción. Se trata de los casos de mordida cubierta o Deckbiss, en los que por estructura tipológica la cara palatina de los incisivos superiores está inclinada hacia atrás.

Estos pacientes, en el movimiento de cierre, contactan naturalmente primero en la cara palatina de los incisivos superiores, la que guía la mandíbula hacia la oclusión céntrica. En estos casos el contacto anterior debe consignarse como 0, pues es su forma natural de cerrar.

Quando el paciente identifica un contacto lateral antes que el otro, el disturbio en Oclusión de Máxima Intercusación es severo, pues no existe estabilidad en el plano sagital, ni horizontal para la mandíbula, bajo contacto cuspeideo.

Por ello calificamos como disturbio franco 5.

7° RELACION CENTRICA

Este test examina la vinculación existente entre la Oclusión Céntrica y la Relación Céntrica.

El paciente, inversamente al punto 6, debe estar colocado en posición supina, es decir lo más reclinado posible hacia atrás con el objeto de que la posición de la cabeza permita que la mandíbula caiga por su peso lo más atrás posible.

Buscando que el paciente esté lo más relajado posible, y colocado frente a él se toma su mentón colocando los dedos índice y mayor por debajo de los rebordes mandibulares derecho e izquierdo mientras que el pulgar se apoya firmemente contra la protuberancia mentoniana.

Con un solo esfuerzo dirigido hacia arriba y atrás se trata de llevar la mandíbula lo más atrás posible y arriba, para acercarse a la posición de Relación Céntrica de los cóndilos en la Articulación Témpero-Mandibular.

Tal como lo especifica Ramfjord es muy importante desarrollar con la experiencia, la sensibilidad táctil para saber cuando se ha llegado a la Relación Céntrica con la mandíbula relajada.

En ese momento se pide al paciente que apriete sus muelas (actividad física). Puede entonces que sucedan dos cosas: una de ellas es que se mantenga la misma posición, en cuyo caso coincide la Relación Céntrica con la Oclusión Céntrica.

DENTAURUM

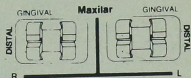
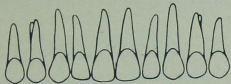
Brackets D.B. Ultratrimm * Técnica L.S.P. - Light Square Progressive (RICKETTS)

MAXILAR

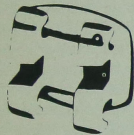
Brackets Edgewise L.S.P. para la Técnica de Ricketts / 0.48x0.76 mm/0.185x0.300
 Brackets Edgewise con aletas de retención anchas occluso-gingivales para fácil y rápida aplicación de varios accesorios, o también arcos suplementarios hasta 0.50 mm/0.20" p.ej. Para movimientos de rotación. Muy fáciles de aplicar las ligaduras gracias a la forma de las alas. La profundidad del surco permite el empleo de casi todas las dimensiones de alambres usados en esta técnica.

Surco recto o con inclinación de 7°, 14° y 22° - Angulación 0°

Brackets con torque, sin angulación:
 Lado estrecho de la base de la malla hacia gingival. Los brackets con torque llevan además una muesca sobre las alas (muesca hacia gingival).



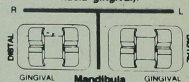
Para dientes	Forma del Bracket	Anchura mm	Torque	Angulación	Derecho / Izquierdo
1 1	L.S.P. Bracket, ancho	3.5	22°	0°	704-7835
2 2	L.S.P. Bracket, mediano	3.5	14°	0°	704-7845
	L.S.P. Bracket, estrecho	3.0			703-7845
3 3	L.S.P. Bracket, contorneado, ancho	3.7	7°	0°	714-7815
	L.S.P. Bracket, contorneado, estrecho	3.2			713-7815
5 4 4 5	L.S.P. Bracket, contorneado, ancho	3.7	0°	0°	714-6185
	L.S.P. Bracket, contorneado, estrecho	3.2			713-6185



MANDIBULA

Brackets Edgewise para la Técnica de Ricketts / 0.48x0.76 mm/0.185x0.300
 Presentación de brackets para maxilar y mandíbula

Brackets con torque, sin angulación:
 Lado estrecho de la base de la malla hacia gingival. Los brackets con torque llevan además una muesca sobre las alas (muesca hacia gingival).



Para 1 caso	20 brackets	Num. ref. 891-222
Para 5 casos	100 brackets	Num. ref. 891-206
Para 15 casos	300 brackets	Num. ref. 891-207
Para 50 casos	1 000 brackets	Num. ref. 891-208

Cajas de reposición de 10 piezas de los tipos brackets especificados

Para dientes	Forma del Bracket	Anchura mm	Torque	Angulación	Derecho / Izquierdo
2.1 1.2	L.S.P. Bracket, estrecho	3.0	0°	0°	703-6185
3 3	L.S.P. Bracket, contorneado, ancho	3.7	7°	0°	714-7815
	L.S.P. Bracket, contorneado, estrecho	3.2			713-7815
5 4 4 5	L.S.P. Bracket, contorneado, ancho	3.7	0°	0°	714-6185
	L.S.P. Bracket, contorneado, estrecho	3.2			713-6185



Y además con su línea completa de Arco de Canto y la más variada gama de materiales de su catálogo P (Protesis)

- DISTRIBUIDOR EXCLUSIVO EN LA REPUBLICA ARGENTINA

Paraguay 2070 - Cap. - Tel.: 83-4185 - Horario de atención de 9 a 18 (corrido)

Dentaurum Informations-Service
 Postfach 440 · D-7530 Pforzheim · Tel. 072 31 / 8711

Confíe en Confident.

La alternativa de mayor confianza en el tratamiento de la hipersensibilidad dental.

- Confident estimula el cumplimiento del tratamiento.
- Confident de baja abrasividad y alta efectividad.
- Confident reduce ampliamente la hipersensibilidad y con mejoría progresiva con el uso continuado.
- Confident con tamaños acorde con los hábitos y posibilidades de compra.
- Confident la actividad del nitrato de potasio en los túbulos dentinales garantiza una reducción significativa del umbral del dolor.

Confident

Hecho por quien más conoce de hipersensibilidad dental en el mundo.

CONFIDENT es un producto de Stafford Miller Argentina S.A. Especialistas en Salud Dental.

La otra posibilidad es que haya un deslizamiento hasta llegar a detenerse el movimiento en la posición de Máxima Intercuspación.

Es sumamente importante cómo se realiza este deslizamiento. Si la mandíbula en su adelantamiento se mantiene en el plano sagital y no se desliza más de 1 mm, habrá descripto una "Céntrica larga".

Tanto mantener la coincidencia de las dos posiciones como la céntrica larga son aceptables como conductos cinesmáticos normales y son calificadas en la misma columna correspondiente con un score de 0.

Pero si la trayectoria descripta en el plano sagital es mayor de 1 mm, ya no es una céntrica larga, expresión fisiológica de libertad en céntrica, sino una real discrepancia entre las dos posiciones, por lo que el score aplicable es 1, lo que significa moderado disturbio de la función.

La misma calificación de 1 merecen aquellos casos en que al efectuarse la maniobra del empuje hacia arriba y hacia atrás, la mano del operador tropieza con la resistencia de la contractura de los Pterigoideos externos que no permite llegar a R.C. En cambio, es muy distinto el cuadro cuando llegada la mandíbula a R.C. el trayecto hacia la posición máxima intercuspal se realiza con un desplazamiento lateral de la mandíbula; esto es, lisa y llanamente, la pérdida de la condición de centricidad, lo que tiene un alto índice de posibilidad de engendrar patología. Por esta razón el score asignado a estos casos es de 5; es decir, severo compromiso de la función.

8° CONTROL DE GUIA INCISIVA

Este test se refiere, como el que sigue, a las guías del movimiento mandibular

bajo la conducción propioceptiva de las relaciones contactantes.

El deslizamiento de los bordes incisivos inferiores en las caras palatinas de los incisivos superiores es lo que se denomina control de guía incisiva.

La importancia de este control es que conduce la mandíbula con seguridad a la posición de Máxima Intercuspación.

El paciente debe estar sentado en la forma más erecta posible, pues la posición postural influye en la realización del movimiento.

Se le pide que cierre lo más lentamente posible, y si en el movimiento se produce el deslizamiento deseable, el score es 0.

Si el borde de los incisivos inferiores está ligeramente fuera de contacto de la cara palatina superior, entonces el score consignado es 1.

Pero en aquellos casos que, ya sea en sentido horizontal (overjet), o en sentido vertical (overbite) el contacto está lejos de realizarse, el score es 5.

En los niños en los que todavía no se produjo la erupción de los incisivos superiores la prueba no se realiza.

9° CONTROL DEL MOVIMIENTO LATERAL

La ubicación del canino y su relación recíproca en el movimiento de lateralidad es el objetivo de este test.

El paciente siempre debe estar en la posición más vertical posible.

Si al desplazarse hacia el lado activo la cúspide del canino inferior lo hace deslizándose por la faceta mesial o, por lo menos, por la cara palatina del homólogo superior produciendo la disclusión de los molares del lado opuesto, estamos en las condiciones ideales, por lo tanto el score por consignar es 0.

En el caso que el contacto canino del

lado activo exista, pero no la disclusión molar (constatable con papel de articular), hay un disturbio en la función, por lo que el score por asignar es de 1.

En el caso en que al efectuar el movimiento lateral, el deslizamiento no se haga por el contacto de los caninos sino por piezas posteriores, es muy probable que no haya disclusión de molares del lado contralateral. En esta situación las fuerzas ejercidas sobre la ATM no serán las de una palanca de tercer género (las más favorables), sino de primer o segundo género; por lo que se marcará en la columna del score la cifra de 5.

En los niños en que por razones de edad no se haya producido la erupción de los caninos esta prueba no se realiza.

Pero una vez pasada la edad lógica de erupción, la pieza está ausente del arco dentario, ya sea por dificultad de erupción por retención y la evaluación se efectúa de acuerdo con las normas expuestas más arriba.

FORMA DE UTILIZACION

La planilla que contiene las nueve pruebas tiene en su extremo derecho tres columnas con el título común de fechas y están destinadas a efectuar 3 controles.

El primer control consigna la fecha del comienzo del tratamiento de Ortopedia u Ortodoncia y pone de relieve la existencia de problemas de función o no.

En el caso afirmativo, alerta al profesional y al paciente sobre la preexistencia de problemas funcionales sobre los

que conviene deslindar responsabilidades para no atribuirlos a la iatrogenia.

Conviene hacer todo el procedimiento instruyendo al paciente sobre las significancias de lo explorado; pues esto servirá para poner, por un lado en conocimiento y hacer conciencia en el paciente del papel de la función y, demás, hacerle participar de los progresos realizados.

Como bien lo señala Baumrind, no puede haber una secuencia rígida y preestablecida previa al tratamiento; por ello, al promediar el mismo, generalmente al año, debe hacerse un primer control de la marcha del tratamiento, para lo que se realiza toda la secuencia que se anota en la segunda columna. Esta comprobación, del mismo modo que la de los cambios morfológicos, proporciona pautas para verificar si la hipótesis diagnóstica, con la que se comenzó el tratamiento, coincide con resultados positivos o hay que efectuar cambios en la conducta terapéutica.

Los ajustes en el tratamiento que combinamos con los que muestra el análisis morfológico de Baumrind, dan una idea, así como los cambios en el ángulo X de Harvold, del cumplimiento o no de los objetivos propuestos.

La última columna está reservada para los resultados finales del tratamiento. De acuerdo con el planteo inicial de necesidad y demanda, la observación de los resultados estéticos y la verificación cuantificada de los cambios morfológicos y funcionales darán sentido real para hablar de éxitos y fracasos en el tratamiento.

CUADRO CUANTIFICADO DE FUNCION

Nombre del Paciente: FICHA N°
 Domicilio:
 Profesional a Cargo:
 Edad:
 Fecha N° Tele:

FECHAS	1 CONTROL	2 CONTROL	3 CONTROL
1°) MOVILIDAD			
— No restricción	0		
— Restricción de un movimiento	1		
— Restricción de dos o más movimientos	5		
2°) FUNCION DOLOROSA			
— Sin función dolorosa	0		
— Función dolorosa en un movimiento	1		
— Función dolorosa en dos o más movimientos	5		
3°) CENTRICIDAD			
— No desviación	0		
— Zigzagueo	1		
— Desviación máxima apertura y/o intercuspación	5		
4°) A.T.M.			
— Sin síntomas	0		
— Desviación en ángulo y/o chasquido simple	1		
— Chasquido múltiple, crujido, traba o luxación	5		
5°) DOLOR MUSCULAR			
— Sin puntos dolorosos	0		
— 1 a 3 puntos dolorosos	1		
— 4 o más puntos dolorosos	5		

	1CONTROL	2CONTROL	3CONTROL
6°) OCLUSION CENTRICA			
— Posición de primer contacto muscular (PCM) = Posición de la máxima intercuspación (PMI)	0		
— Primer contacto anterior (PCM) (no en mordida cubierta)	1		
— Primer contacto unilateral (PCM)	5		
7°) RELACION CENTRICA			
— Coincidencia o céntrica larga	0		
— Contractura o más que céntrica larga	1		
— Desviación lateral	5		
8°) CONTROL DE GUIA INCISIVA			
— Contacto anterior	0		
— Ligera falta de contacto anterior	1		
— Marcada falta de contacto anterior	5		
9°) CONTROL DE MOVIMIENTO LATERAL			
— Control caninos más no contacto lado de no trabajo	0		
— Control caninos más contacto lado de no trabajo	1		
— No control caninos más contacto lado de no trabajo	5		
Suma total			

RESUMEN

El autor presenta un protocolo cuatificado de función, como un documento inicial para controlar las desviaciones existentes en la oclusión óptima funcional y las modificaciones producidas en la función a consecuencia del tratamiento.

Las pautas elegidas son: movilidad, función dolorosa, centricidad, estado de la ATM, dolor muscular, oclusión céntrica, relación céntrica, control de la guía incisiva y control del movimiento lateral.

Para cada una de las pautas establece el modo de cuantificación y explica la forma de utilización.

BIBLIOGRAFIA

1. BAUMRIND S. et al. Superimpositional assessment of Treatment - associated changes in the Temporo - Mandibular Joint and the Mandibular Symphysis. Am. J. Orthod. 84, 6: 443; Dec. 1983
2. BEYRON H. optimal Occlusion. Dent. Clin. North. Am 13: 537-554; 1969.
3. CELENZA F. and NASEDKIN J. Occlusion: The State of the Art. Quintessence Books; 1984.
4. HARVOLD E. The Activator. Ed. Mosby.
5. HELKIMO M. Epidemiological Surveys of Disfunction of the Masticatory System. In Zarb & Carlsson Eds. Temporo - Mandibular Joint Function & Dysfunction. Munksgaard - Copenhagen, 1979: 175-192

SUMMARY

All the epidemiologic investigations have shown that symptoms and signs of Miofascial pain and abnormal mandibular movements are common in all age groups.

It's very important to make an accurate statement about the need and demand for treatment in orthodontic patient.

Patients fits their demand generally in esthetic aims but they are not aware of their functional needs, specially normal mandibular movements and pain absence.

A longitudinal tabulation is proposed, based in Helkimo quantified method.

The prevalence of signs and symptoms in three time-point founded in the investigations are based in one year or more differences.

Reported subjective symptoms are avoided because they have low reliability.

Pain is explored only on the basis of painful impaired mandibular movements and number of sites of painful palpated muscles.

Other variables explored are: restriction of movement; deviation, Temporo mandibular Joint sounds, locking or hypermobility, centric occlusion and centric relation, anterior guidance and cuspid guidance.

6. KROGH PAULSEN W. y OLSSON A. Manejo de la oclusión y de los dientes. En CHAYES C.M. y SCHWARTZ E. Dolor facial y disfunción mandibular. Ed. Mundi.
7. RAMFJORD S.P. Goals for an ideal occlusion and mandibular position. En Golberg and Glenn Clark (EDS), Abnormal Jaw Mechanics. Quintessence Books, 1984.
8. ZIELINSKY L. Bateria de nueve test de Krogh Paulsen para determinar la existencia de disfunción del sistema estomatognático. Rev. Ateneo Arg. Odont. 12-1: 37: ene. 1982.
9. ZIELINSKY L. Necesidad y demanda en el tratamiento odontológico. Rev. Ateneo Arg. Odont. 17-4: Oct. 1982.

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

Conducta Terapéutica y Toma de Decisión en el Tratamiento de la Progenie (Clase III)

BEATRIZ LEWKOWICZ

En términos generales todos tenemos éxitos y fracasos en el tratamiento de las mesiooclusiones, más allá de la aparatología elegida, de la capacidad operativa del ortodoncista o de la colaboración del paciente.

Sabemos que, justamente a los objetivos estéticos y funcionales en algunas mesiooclusiones, van a ser difíciles o casi imposibles de lograr con el solo tratamiento ortodóncico.

Sin embargo, nuestra experiencia clínica nos ha demostrado que esas mesiooclusiones definidas como auténticas, constituyen por su frecuencia una minoría dentro de la gran familia de las progenies, mientras que la mayoría restante son el resultado de una concatenación

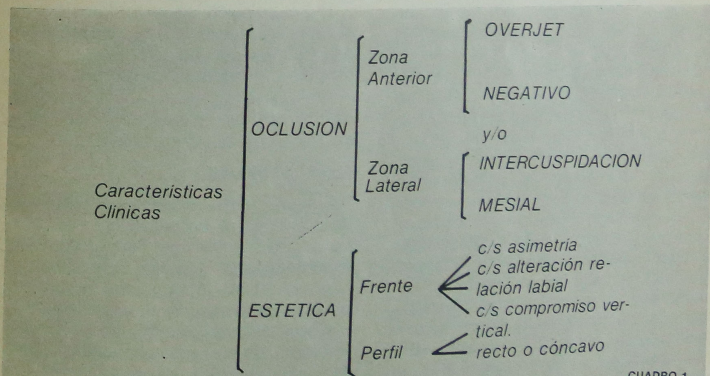
de factores que podrían interceptarse actuando oportunamente.

Las distintas escuelas ortodóncicas plantean diferentes conductas terapéuticas:

a) Algunas tratan las mesiooclusiones tempranamente, antes que la anomalía se proyecte en forma plena.

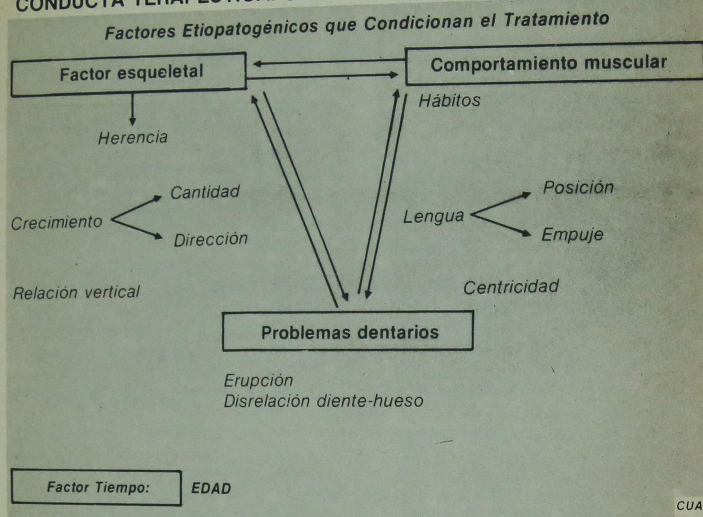
b) Otras postergan el tratamiento hasta el momento de alcanzar el punto máximo del crecimiento, reconociendo implícitamente a la cirugía como única posibilidad terapéutica.

Nosotros nos inclinamos por la primera conducta enunciada. Creemos que vale la pena correr el riesgo de atenderlas tempranamente, siempre y cuando hagamos un autorreconocimiento de



CUADRO 1

CONDUCTA TERAPEUTICA: CONDICIONANTES DEL TRATAMIENTO



las limitaciones terapéuticas, y que ese riesgo lo compartamos con el grupo familiar del paciente.

Una de las más severas dificultades, por lo del largo tratamiento, es la fatiga del paciente, por lo tanto es necesario tener claro los objetivos que nos proponemos en cada momento en la organización de la oclusión y, consecuentemente, realizar el tratamiento en etapas. Estos objetivos deben ser explicados al paciente y a su grupo, de quienes vamos a requerir amplia colaboración. Después de estas consideraciones de orden general, describiremos las conductas terapéuticas de esta gran familia de las mesiocclusiones, que podríamos definir como cuadros clínicos que participan de algunas de estas características.

32 — Ateneo Arg. de Odontología

Todos coincidimos en que las condiciones del tratamiento y de su éxito están enmarcados por los factores etiopatogénicos y la edad del paciente.

Analizaremos cada una de estas situaciones y su relación con las decisiones terapéuticas por tomar.

Factor esquelético

Si bien desde un punto de vista esquemático podríamos clasificar las progenies en aquellas con mayor compromiso del maxilar superior o de la mandíbula, a los fines terapéuticos, lo que importa es la existencia de una desarmónica entre ambos y que nuestro esfuerzo terapéutico va a estar concentrado en el maxilar superior, ya que la mandíbula es menos influyente por el tratamiento.

Volumen XXI — N° 1 Enero-Abril de 1986

Esta acción sobre el maxilar superior, que se concretaría en la búsqueda de ensanche transversal y/o tracción pósterior, ya que, tanto en sentido temprano, como ánteroposterior, el maxilar superior agota su crecimiento antes que la mandíbula.

Las expectativas de cambio en las zonas de hueso basal son bastantes restringidas, aun con la utilización de fuerzas extraorales.

En general, los resultados están más ligados a modificaciones en las zonas alveolodentarias. En sentido transversal nos queda siempre el recurso tardío de la disyunción, una vez agotado el crecimiento.

La influencia de fuerzas extraorales, tipo casquete-mentonera, sobre el crecimiento mandibular es escasa. Su modo de acción no es totalmente conocido, no existen trabajos que de-

muestren en forma terminante su eficacia para frenar el crecimiento mandibular en las progenies auténticas, o para modificar la estructura mandibular. Las características estructurales de la mandíbula responden a un alto contenido genético y tienen un rol significativo en el crecimiento rotacional mandibular, siendo un factor de gran importancia en el éxito o fracaso del tratamiento.

Cuanto más marcada sea la apertura angular entre rama y cuerpo mandibular, más limitadas son las posibilidades de éxito.

El diagnóstico temprano de estas características se hace imprescindible en la toma de decisiones terapéuticas. En las rotaciones marcadamente divergentes debemos considerar la posible necesidad de recurrir a la cirugía.

Nosotros, en el Ateneo, utilizamos el análisis estructural de Björk para la predicción del crecimiento rotacional de la mandíbula.

PREDICCION ESTRUCTURAL:

Crecimiento convergente Crecimiento divergente

1) Dirección del Cóndilo	Adelante	Atrás
2) Cond. Dent. Inf.	Curvo	Recto
3) Borde Inferior	Convexo	Escotado
4) 1/3 Inferior	Disminuido	Aumentado
5) Sinfisis	Ancha	Angosta
6) Anf. Interincisivo	Obtuso	Agudo
7) Ang. Intermolar	Obtuso	Agudo

En algunas mesiocclusiones, el **compromiso mayor está en la cara media**, siendo el factor etiológico desacompañado de la progenie. En estos casos, los rasgos sobresalientes son: microrri-

Volumen XXI — N° 1 Enero-Abril de 1986

nodisplasia, disminución de la distancia Nasion - Espina Nasal Anterior, lo que provoca rotación del maxilar superior hacia arriba y adelante. En los casos más severos, además del gran compromiso

Ateneo Arg. de Odontología — 33

estético en el nivel de la oclusión, se sumará a la mordida abierta a la mordida cruzada anterior.

Las expectativas de modificación de esta circunstancia están más ligadas al desarrollo de los senos maxilares y de la cara media, siendo poco influible por el tratamiento ortodóncico. Desde el punto de vista de la oclusión, se buscará compensación por crecimiento alveolar, mientras que los objetivos estéticos serán difíciles de lograr, aun recurriendo a la cirugía mandibular.

Factor del Comportamiento Neuromuscular

Queremos analizar dos ítems:

1) **La pérdida de centricidad en el movimiento de apertura y cierre** (asimetría transversal), en general, ligada a mordida cruzada unilateral, en muchos casos, ya manifiesta en la dentición temporaria, requiere tratamiento temprano teniendo como objetivo la armonización entre el arco dentario superior y el inferior, para evitar la perpetuación de esa asimetría funcional, factor de riesgo en el desarrollo de una disfunción de la oclusión. En este sentido, son más peligrosas las mordidas cruzadas unilaterales que las bilaterales.

2) **Función de lengua y posición buja:** debe entenderse en el marco de la relación estructura-función. Ambos factores se condicionan mutuamente desde la etiología hasta el pronóstico. El éxito de la reeducación de la posición y función de la lengua quedará restringido por las mismas condiciones que limitan la influencia terapéutica sobre el crecimiento, más allá de la utilización de recursos aparatológicos o de la indicación de la reeducación, métodos que, por supuesto, nosotros indicamos.

Factor dentario

La complicación más habitual en las mesioclusiones en el nivel dentario es la falta de espacio para la ubicación de los caninos superiores. Una correcta terapia preventiva debe evitar todo lo que pueda significar el acortamiento del arco superior.

Esta acción preventiva comienza con el **control de la erupción dentaria**.

El diagnóstico de situación lo hacemos con la radiografía panorámica que nos permite una visión generalizada del proceso de erupción.

Dos circunstancias deben controlarse muy detalladamente en el arco superior:

a) **En el sector posterior**, recordar que cuando la erupción de los segundos molares precede a la erupción de los segundos premolares, se agrava la tendencia a la mesiogresión de los primeros molares, manifestada desde la etapa eruptiva intraósea. En estos casos, se hace imprescindible la colocación de aparatología que impida la mesiogresión.

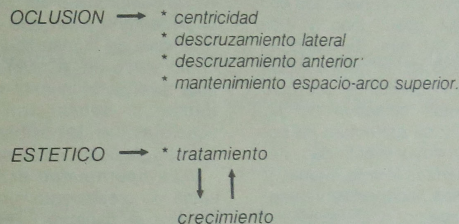
b) **En el sector lateral** debe verificarse la dirección de la erupción de los caninos. Hay que recordar que su alteración puede ser la resultante de una discrepancia entre el tamaño del germen y la región apical que lo aloja o una modificación en la secuencia de erupción dentaria o consecuencia de la anómala posición morfogenética del germen del canino.

Para hacer un **diagnóstico predictivo de erupción de los caninos** recomendamos una variante del método de Williams. Utilizando la radiografía panorámica debe observarse, a la edad de ocho años, la dirección del germen canino paralelo a la dirección de los incisivos centrales, con la parte radicular rozando

la fosa piriforme y la corona por distal de la raíz de los incisivos laterales. Si utilizamos la telerradiografía lateral para hacer esta predicción, debemos recordar que

la dirección del germen debe ser paralela a la dirección de los incisivos centrales. Ref.: Trabajo Publicado en el Ateneo Argentino de Odontología.

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO DURANTE LA ORGANIZACION DE LA OCLUSION



Desde el punto de vista de la oclusión:

1) Los objetivos del tratamiento están íntimamente ligados a la etapa de crecimiento y al momento de la **organización de la oclusión**.

a) **Centricidad de la función.** La pérdida de simetría funcional es una de las complicaciones habituales de las mesioclusiones, especialmente cuando están acompañadas de mordida cruzada unilateral. En el orden de prioridades, debe efectuarse primero el descruzamiento lateral antes que el anterior, si es que no admiten simultaneidad.

El tratamiento que indicamos es el desgaste de las piezas temporarias, en general caninos que puedan interferir en los movimientos de deslizamiento de lateralidad y que lleven a la mandíbula a posiciones forzadas. En relación a esto último, queremos remarcar que la te-

lerradiografía para analizar las relaciones intermaxilares, debe ser tomada luego de eliminar la posición forzada, ya que, si el examen cefalométrico lo evaluamos partiendo de posiciones de comodidad o mordida habitual del paciente, puede estar totalmente tergiversada la información recogida.

Si el desgaste no fue suficiente para dar centricidad a la mandíbula, porque han quedado piezas permanentes cruzadas o persiste la desarmonía entre los arcos, recurrimos a la utilización de las placas Björk para lograr el descruzamiento. Esta placa activa lleva **superficies oclusales cubiertas** en el sector lateral y posterior en forma tal que la activación del tornillo medio actúe traccionando sobre la sutura media palatina estimulando su crecimiento, y no por inclinación de los ejes dentarios. La superfi-

cie oclusal de la placa debe estar bien pulida sin registrar ninguna impresión del arco dentario inferior.

En esta forma se inhibirán los reflejos posicionales habituales de la mandíbula y se posibilitará su reubicación.

Por otra parte, debemos cuidar la altura de esta superficie oclusal que debe asegurar la simetría horizontal del plano oclusal.

b) Descruzamiento anterior. El descruzamiento de la zona anterior utilizando placa removible lo hacemos con resortes corbata doble loop y con alambre fino de 0,5 mm., buscando la modificación de posición de los incisivos superiores. Recordemos que para lograr movimientos dentarios sin lesionar al diente y su estructura de soporte y asegurar mayor efectividad, debemos utilizar fuerzas lo más livianas y continuas posibles, independientemente de haber optado por aparatología fija o removible.

c) Mantenimiento o recuperación del espacio en el arco superior. Este espacio debe hacerse tempranamente para facilitar la erupción de los caninos e impedir su impactación ectópica. Los pasos pueden ser: la extracción de los primeros molares temporarios, recurso que debe estar precedido por la instalación de aparatología que preserve el largo del arco; la protrusión del sector incisivo superior o la realización de desgastes interproximales, cuando la falta de espacio es escasa.

Las extracciones de piezas permanentes en las mesioclusiones deben ser decisiones tardías, reservando este recurso terapéutico al período pospuberal y a los sectores más posteriores de la oclusión cuanto más crecimiento rotacional divergente tenga el paciente.

2) Desde el punto de vista estético:

a) Las desarmonías esqueléticas se

manifiestan con mayor jerarquía en el perfil, por lo tanto debemos considerar que el resultado dependerá de las posibilidades y limitaciones para modificar con el tratamiento la cantidad y dirección de crecimiento de los maxilares.

Para analizar el problema de la influencia del tratamiento sobre el crecimiento, debemos considerar los siguientes aspectos:

a) **Predicción:** El porvenir de la mesioclusión del paciente depende del grado de compromiso del nivel basal y/o alveolodentario y del tipo de crecimiento rotacional de la mandíbula. Cuanto más compromiso en el nivel basal exista y más divergente sea el tipo rotacional, debemos pensar en limitaciones concretas y en la posibilidad de recurrir a la cirugía como única solución.

b) **La oportunidad** está referida a la etapa de crecimiento en el que se encuentre el paciente. Por supuesto, a mayor edad menor es la posibilidad de éxito.

Recordemos que la mandíbula conserva, por más tiempo, potencial de crecimiento en los tres sentidos del espacio, aumentando su ritmo durante el período puberal. Esta es la causa de la gran cantidad de recidivas, planteándonos la necesidad de control del paciente hasta el período postpuberal.

La aparatología que utilizamos para influir sobre el crecimiento es la de Openheim, que consiste en la utilización de fuerzas extraorales pósteroanteriores, que toman anclaje intraoral en la parte más distal de la aparatología fija o removible que usamos en el maxilar superior y el anclaje extraoral en dos vástagos insertados en la mentonera. Los cambios que pudimos apreciar en los casos tratados, respondieron más a cambios alveolodentarios que a cambios de nivel basal.

Las recidivas ánteroposteriores como las verticales (mordida abierta) también están relacionadas con la posición y función de la lengua.

Estas patologías las corregimos

empleando reeducación y parrilla, sin embargo por su relación de dependencia con la estructura esquelética, no siempre logramos modificar su comportamiento.

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO EN LA DENTICION PERMANENTE

OCLUSION → * Compensar con movimientos dentarios
* ¿Descruzar el sector lateral?
* Descruzar sector anterior

ESTETICO → * Quirúrgico-ortodóncico

Desde el punto de vista de la oclusión buscamos compensar con movimientos dentarios las desarmonías esqueléticas. Los límites de dichos movimientos están dados por una posición dentaria que asegure salud a la oclusión. Debemos evitar que el objetivo estético prime sobre los funcionales, y evitar llevar a las piezas dentarias a posiciones iatrogénicas.

Por supuesto que la aparatología fija es la de elección, porque permite un mejor control de los desplazamientos dentarios. En sentido transversal, en esta etapa podemos recurrir a la disyunción o Quad Helix o gomas cruzadas.

Sin embargo, en la toma de decisión debe primar la idea de evitar posiciones forzadas. En esta etapa, quizás condría dejar las mordidas cruzadas que

no alteren la centricidad del movimiento.

Si hay trabas en el deslizamiento lateral, es preferible el desgaste oclusal.

Desde el punto de vista estético, cuando la alteración es muy manifiesta y agotadas las posibilidades de modificar la estructura esquelética, el único gran recurso es el quirúrgico.

RESUMEN

Es objetivo de este trabajo establecer la correlación existente entre aspectos faciales del paciente con mesioclusión y la decisión por tomar para su tratamiento.

Se propone el tratamiento interceptivo lo más temprano posible, y una secuencia basada en objetivos precisos para cada estadio de la organización de la oclusión.

SUMMARY

The aim of this report was to establish a correlation between the facial form of the patient with mesio-occlusion and the decision to take for their treatment.

An interceptive treatment as early as possible and a sequence based on precise objectives in each stage of the occlusion organization, is proposed.

The therapeutic possibilities in the limits in the orthodontic treatment are being enlisted.

Key words: Mesio-occlusion - interceptive treatment - therapeutic possibilities - limits in orthodontic treatment.

BIBLIOGRAFIA

1. ALVAREZ A.F. y TORRES M.D. Pautas clínico-radiográficas en la movilización quirúrgica de caninos superiores retenidos. Rev. Circ. Od de Rosario 42 (4): 3-13

2. GRABER SWAIN - Ortodoncia - Conceptos y Técnicas.

3. MOYERS R.E. Manual de Ortodoncia. Ed. Mundi, P 209; 1976.

4. REVISTA DEL ATENELO ARGENTINO DE ODONTOLOGIA. Necesidad y Demanda en el Tratamiento ortodóncico. Vol XVII N° 4 Oc. Dic. 1982.

5. ZIELINSKY L. Oclusión y Ortodoncia. Rev. de Ortodoncia 1978.

6. ZIELINSKY L. El plan de tratamiento ortodóncico y la oclusión como objetivo Rev. de ortodoncia 1978.

7. ZIELINSKY L. Crecimiento, de desarrollo y maduración. Rev. Ateneo Argentino de Odontología Julio Diciembre 1980. Volumen XVI N° 2 p 13-15.

8. WILLIAMS B Diagnosis and Prevention of maxilla cupid impactation. Angle Orth Jan 1981:30.

9. REVISTA DEL ATENELO ARGENTINO DE ODONTOLOGIA: Vol XIX N° 1 enero/marzo 1984 (1ª parte) - Vol XIX N° 2 - abril/setiembre 1984 (2ª parte).

Dirección de la autora:
Rawson 775 - 6° piso
(1182) Buenos Aires

Pasado, Presente y Futuro en la Lucha contra la Diabetes

Es oportuno hacer un resumen de la historia de esta enfermedad.

En tiempos muy lejanos se escribía en láminas extraídas de las plantas llamadas papiros y el más antiguo conocido hasta ahora es el Papiro Ebers, que data desde 1550 años a.C., el cual lleva el nombre de su descubridor, Jorge Mauricio Ebers, escritor y egiptólogo destacado en el siglo pasado, nacido en Alemania. En este documento se mencionan algunos síntomas de la diabetes, que ya había descrito un médico griego 2000 años a C.

Transcurre el tiempo hasta que un siglo a C., Areteo de Capadocia, considerado el mejor observador después de Hipócrates, menciona la diabetes en la descripción de algunas enfermedades.

Aurelio Cornelio Celso, quien vivió en la primera centuria d.C. y se caracterizó por perseguir a los cristianos, siguiendo la concepción hipocrática en los varios libros que escribió o tradujo, refirió la diabetes.

En la India, en el siglo V, se descubrió que la orina de estos enfermos era dulce.

Avicena, llamado el Príncipe de los Médicos, nacido en Persia a fines del 900 y que profesó el islamismo, hizo una magnífica descripción de la diabetes azucarada, a la que consideró que se originaba en los riñones.

Willis, por el 1600, en Inglaterra, describió el sabor dulce de la orina confirmando el hallazgo de los hindúes. Es necesario decir que por esa época algunos médicos a veces probaban el sabor de la orina para ayudarse en el diagnóstico.

Luego, Dobson y Cowles aislan el azúcar de la orina.

Años después, Creveul identifica el azúcar como glucosa.

La denominación de diabetes proviene de la raíz griega *dia*, que significa a través o de *diabaino*, que quiere decir *atravesar*, por el paso de abundante líquido a través del riñón. Cuando el líquido es azucarado, se dice *diabetes azucarada* o simplemente *diabetes*, y cuando no contiene azúcar, *diabetes insipi-*

da, la cual es otra entidad nosológica totalmente distinta, así como también la *diabetes renal*.

Posteriormente se la llamó *sacarina*, pero éste es un término impropio para este propósito, pues la *sacarina* no es azúcar, o sea, hidrato de carbono, puesto que es una sulfamida benzóica.

Por esta razón, Cullen y Sagar la designaron *mellitus*, que significa *azúcar*.

En el siglo anterior, el eminente fisiólogo francés Claudio Bernard, emitió la *teoría de que el hígado produce azúcar y su exceso causa la diabetes*; se la llamó la *teoría hepática*.

Si bien es verdad que el hígado produce azúcar puesto que libera glucosa mediante la transformación del glucógeno que contiene, el exceso de glucosa circulante no es la causa de la enfermedad sino su consecuencia.

En 1869, Langerhans, en Alemania, descubre en el páncreas los islotes que llevan su nombre.

Otro investigador, Naunyn, en 1873, atribuye la diabetes a que los tejidos se hallan imposibilitados de utilizar la glucosa que los inunda, formulando la *teoría de la falta de asimilación*.

Varios años después, Merhing y Minkowski descubrieron que la extirpación del páncreas en el perro produce la diabetes, lo cual dio origen a la *teoría pancreática*.

Otras opiniones son emitidas hasta que se llega a los investigadores Federico Banting y Carlos Best. Trabajando en el laboratorio del profesor Juan Macleod y superando numerosos problemas, como por ejemplo la búsqueda de perros para experimentar, marchando por los barrios de Toronto en su Ford T, tratan de encontrar la causa en el páncreas, que tal era el nombre con el cual Banting rebautizó a ese órgano.

Estos investigadores, empeñados en descubrir en el páncreas alguna hormona que lograra la combustión del azúcar y encaminarlogra la posibilidad del eficaz tratamiento de se así la posibilidad del eficaz tratamiento de

esta enfermedad, por la cual vieron sucumbir: Best a una tía y Banting a su condiscípulo; éstos anuncian, el 14 de noviembre de 1921, los resultados experimentales obtenidos con la *insulina*, sustancia que extrajeron de los islotes de Langerhans, sustancia primeramente llamada *insulina*, luego *isleta* y, finalmente, inducidos por Macleod, *insulina*. Dicha sustancia normalizaba la glucemia en el perro.

De aquí la institución en nuestro país del *Día del Diabético* durante el ministerio del doctor Oñativia, a pedido de la Sociedad Argentina de Diabetes, presidida por el profesor Landa, en el año 1964.

Las investigaciones de Banting y Best se habían desarrollado exclusivamente, hasta entonces, en el terreno experimental, por lo cual resolvieron conocer los resultados de la insulina en el ser humano. A tales efectos se la inyectaron recíprocamente, comprobando su tolerancia. En vista de esto, y en conocimiento del estado casi moribundo del niño Leonardo Thompson, de 14 años de edad, internado en el Hospital General de Toronto, le inyectaron insulina y obtuvieron el restablecimiento del enfermo compensando la diabetes. Fue el 22 de enero de 1922. La teoría pancreática recibió la confirmación.

En 1923, este descubrimiento le valió el Premio Nobel a Macleod y a Banting, dejando injustamente de lado a Best, por lo cual Banting compartió el dinero del premio con él.

Recibieron numerosos premios y distinciones y se dio el nombre de Banting a un instituto de investigación y de Best a otro.

En 1914, Banting, con el título de Sir y de mayor del ejército canadiense, un día de febrero había comprometido a Best para continuar trabajando juntos, pero a raíz de ocuparse por entonces de los problemas de la medicina aeronáutica, emprende un vuelo a Londres en un bombardero, pero el destino dispuso otra ruta al estrellarse el avión en un bosque de Musgrave, Terranova, en medio de una tormenta de nieve.

Banting sufre la fractura de varias costillas que le desgarraron un pulmón, y, sin embargo, impulsado por un sólido concepto deontológico, dedica sus últimos momentos a vendar las heridas del piloto, el único que sobrevivió, para luego acostarse sobre unas ramas de pino en la nieve, la cual fue su blanco sudario, salpicado de rojo.

Y así, heroicamente, vivió y murió Banting a los 49 años de edad. Best falleció en 1979, a los 80 años de edad.

Estudios posteriores encontraron en los islotes de Langerhans otras hormonas, reconociéndose actualmente las siguientes:

Glucagon en las células A, *insulina* en las

células B, somatostatina en las células O, y polipéptidos pancreáticos en las células PP o F.

En 1930, Bernardo Houssay, otro premio Nobel, demostró un antagonismo entre las hormonas hipofisarias y la insulina, llegando a producir la *diabetes metahipofisaria* en determinadas condiciones patológicas.

Los recursos tecnológicos han permitido recientemente inventar el *páncreas artificial* al doctor E. Pfeiffer y al ingeniero electrónico A.H. Cjemens, en Ulm, Alemania Federal. Consiste en una cánula que se coloca en una vena del brazo del diabético, la cual recoge periódicamente pequeñas cantidades de sangre sobre la que se determina la glucemia mediante un procedimiento automático, cifra que es inscripta por una máquina electrónica y registrada en una computadora. Esta última, según el nivel glucémico da órdenes a una bomba inyectora, conectada en otra vena del paciente, para que suministre cantidades adecuadas de insulina, o soluciones glucosada o salina, según las circunstancias.

De este modo, se mantiene constante el nivel fisiológico de la glucemia, habiéndose demostrado con este aparato que las variaciones anormales de dicha glucemia provocan las lesiones degenerativas vasculares, pero es un aparato que por su tamaño se utiliza tan sólo en las clínicas, debiendo el paciente, por lo general, internarse.

Resulta muy útil en los casos de pacientes quirúrgicos o en los partos.

También se han construido bombas inyectoras de insulina, pequeñas y portátiles, las cuales suministran insulina permitiendo al diabético realizar sus tareas; son externas.

Acaba de colocarse debajo de la piel del tórax en un paciente diabético, una bomba pequeña, de titanio, que lanza insulina a la circulación cuando la glucemia supera el nivel normal. Esta bomba tiene un tubo que comunica con el exterior y permite cada tantos días — se dice 12 — cargarla con insulina. Es un verdadero *páncreas artificial*.

Esta bomba ha sido inventada y colocada por el equipo que dirige el Dr. Henry Buchwald, del Hospital de la Universidad de Minnesota, Estados Unidos de Norteamérica.

También es reciente el invento de una pulsera detectora de hipoglucemia, por autores franceses, en Montpellier. Contiene un detector que es una película porosa y sensible que se coloca sobre la piel, y un pequeño cable que va a un aparato que contiene el bloque electrónico, la pila y el interruptor. El detector capta el sudor frío, síntoma que anticipa la crisis de hipoglucemia y activa un sistema sonoro, el cual alerta al paciente. Se procura mi-

niantrizarlo colocando todo en una pulsera pequeña.

De este modo se van obteniendo triunfos sobre esta enfermedad hasta que algún día se obtenga la curación, es decir, la desaparición total y absoluta al lograr la combustión normal de la glucosa impidiendo que se afecten las

células beta de los islotes de Langerhans o bien su recuperación a fin de suministrar su propia insulina.

(Tomado de la Revista "Educación para la Salud" del Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación).



EDITORIAL MUNDI S.A.I.C. y F.

PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE
SEGUN MCCrackEN

Sexta Edición

D. HENDERSON y V. STEFFEL

TRATAMIENTO PROSTODONTICO PARA EL PARCIALMENTE DESDENTADO
G.A. ZARB, B. BERGMAN, J.A. CLYTON y H.F. MCKAY
EN PRENSA:

COMPENDIO DE PERIODONCIA

Cuarta Edición

F.A. CARRANZA, J.J. CARRARO y NORMA G. DE SZNAJDER

PROTESIS FIJA

KEIT THAYER

ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE

Cuarta Edición

R.E. McDONALD y D.R. AVERY

EL NIÑO EN LA ODONTOLOGIA

ODONTOLOGIA PEDIATRICA

SAMUEL LEYT

EDITORIAL MUNDI S.A.I.C. y F., PARAGUAY 2100, CC. 47 - SUC. 53, 1453
CAPITAL FEDERAL, ARGENTINA, 83-9339, 83-9663

El Uso Indebido de Drogas

CRISIS DE LA ADOLESCENCIA

En forma muy general, se puede decir que la adolescencia es el período de la vida que separa la niñez de la adultez.

Es un fenómeno con implicancias físicas, psíquicas y sociales del que participan ambos sexos entre los 11 y 20 años de edad, aproximadamente.

Es importante tener en cuenta que la adolescencia es un estado de crisis y de ruptura. Se pasa de un período de extrema dependencia infantil a otro, a través del cual se procura lograr su individualización y autodeterminación.

Esta crisis, que es normal, trae aparejada una crisis también en los valores familiares y sociales. La crisis de la adolescencia que a veces se denomina "fenómeno de rebeldía" apunta a los deseos de lograr un mundo nuevo, donde sea más fácil crecer y lograr la propia identidad.

Consecuentemente ocurre que la visión "idealizada" de los adultos —sobre todo de los padres— como "todopoderosos", los que dan "toda la seguridad", se convierte en ver figuras a las que hay que aceptar tal cual son, con virtudes y con defectos. De ese modo se dan dos circunstancias importantes:

- a) la pérdida de esa seguridad respaldada por los padres "de la infancia", y
- b) el temor a tener que funcionar como un adulto, asumiendo todas las responsabilidades que ello implica.

Este cambio es muy intenso y configura una situación de crisis de la que, participa no sólo el adolescente sino también el grupo familiar y otros grupos, pues se refleja también en la escuela, el trabajo, etcétera.

A menudo pasa por un período de inactividad casi total, causada por no tener edad suficiente para acceder a trabajos que sean aceptables para sus padres. Este "ocio forzado" lo perjudica aún más.

¿Cómo aparece este fenómeno?

¿Cuáles son sus primeras manifestaciones?

En primer lugar son los cambios corporales: las modificaciones de la actividad de las glándulas de secreción interna, con el flujo de hormonas que repercutirán en la modificación de su aspecto físico general y sexual en particular.

También aparece la masturbación (con variantes para cada sexo, pero que es motivo de gran preocupación, a menudo por falta de información tanto en los jóvenes cuanto en los adultos) que significa en esta circunstancia un intento de probar el funcionamiento genital para sus posteriores relaciones. Va ligado también a la gran curiosidad que todo lo sexual origina en esta etapa.

Todo esto va acompañado de un crecimiento desarmonico de piernas, brazos, rasgos del rostro, cambio del tono de voz, que en suma crean una situación angustiante, de inseguridad y vergüenza para el adolescente.

Toda esta etapa está signada por sentimientos y actitudes contradictorias que llevan al joven, cualquiera sea su sexo, a marginarse o a tener una aguda necesidad de estar con los demás.

LA COMUNICACION

Hay generalmente un primer período, el de los comienzos de la adolescencia, con mayor tendencia al aislamiento. Este pe-

La carga de responsabilidades sociales aumenta sensiblemente en la adolescencia, etapa crítica de la vida, en la que el individuo trata desesperadamente de establecer su identidad. La forma que debe dar sus relaciones de amistad y el rumbo que debe imprimir a su vida futura.

riodo dura poco y se pasa a un tiempo donde el grupo de amigos adquiere importancia relevante, por lo siguiente:

- 1) Permite colocar ahí toda la idealización puesta en los padres en el período anterior.
- 2) Las circunstancias hacen que sientan que han dejado de ser niños y a la vez no se hallan aún en el mundo adulto.

Esta situación, contradictoria y confusa, la reafirman escuchando a menudo frases como las siguientes:

"...ya no soy un nene para hacer eso..."

"...aún no soy grande para hacer tal cosa..."

Esta angustiante situación los coloca en un estado de soledad y desubicación cuya única salida es la formación y participación en un grupo de iguales, en el que intentarán y ensayarán sus primeras conductas que los llevarán a la adultez bajo la comprensión y solidaridad de sus pares, alejados de la "sanción" adulta.

LA FAMILIA

La contrapartida de esta situación es directamente el ámbito familiar y por extensión el social.

El niño que crece dentro de su familia y se convierte de manera acelerada (como lo es esta etapa) en adolescente, vive "su" crisis y hace participe de ella a todo su grupo familiar.

Una familia con un hijo adolescente pasa a ser una familia en situación —en crisis— adolescente y de la que participan de distinta manera la totalidad de los miembros.

No son casuales ciertas conductas de los padres, como imposibilidad de dialogar con el hijo adolescente, pues de pronto éste maneja otros valores, que introduce a partir de su grupo, de la nueva "cultura adolescente" en que vive y todo ello está diciendo qué cosas tienen que cambiar, desafiando la estructura en que se crió hasta entonces y erigiéndose como el juez más implacable de sus adultos.

A propósito de la respuesta del sistema familiar a la crisis adolescente, es importante tener en cuenta que los padres reviven, con esta situación, la propia adolescencia y a menudo un hijo adolescente hace reflexionar sobre la "adultez" de los padres, su ubicación respecto de él en la vida y con la vida misma.

En muchos casos los padres toman una actitud negativa, de cerrarse a la comprensión del cambio y otra, que suelen llamar "positiva", de acercarse al nivel de "otro amigo más". Lo importante es que cuando él o la joven necesitan de sus padres los puedan en-

contrar fácilmente como tales, en un papel claramente distinguible.

En la situación crítica de referencia tal vez resulte más fácil jugar el papel de "amigo" que asumirse como padre de un adolescente, siendo esto último lo que verdaderamente necesita el joven como marco de seguridad para su mejor desarrollo.

Si bien puede haber momentos de hostilidad padre-hijo, ellos son propios del proceso que ambos viven. A largo o corto plazo, el adolescente también "desidealizará" a su grupo de amigos: "los del alma" "los inseparables", para verlos como amigos adultos iguales a él; y de la misma manera necesitará tener a sus padres como tales, como a los padres de un joven adulto.

EL MEDIO SOCIAL

No sólo la familia y el adolescente están inmersos en este proceso sino que, como ya se dijo, el medio social también deberá tratar de dar respuestas coherentes a sus interrogantes a través de las diferentes instituciones que forman la sociedad.

Es decir, tanto la escuela, cuanto las instituciones de salud y de recreación de seguridad y, fundamentalmente, el trabajo, deberían facilitar la mejor resolución de esta crisis, que ayuda en definitiva al logro de adultos mejor capacitados para su desenvolvimiento en la vida.

Por lo expuesto, concluimos en este aspecto que la posibilidad de transitar positivamente esta etapa depende de tres factores fundamentales:

- 1) El factor individual.
- 2) La respuesta familiar.
- 3) La respuesta del medio social.

Generalmente se dan una serie de desajustes y otras anomalías que coartan una buena respuesta del medio social, lo que sumado a ciertas condiciones adversas de la familia recaen sobre la vulnerabilidad del adolescente y lo llevan a un proceso enfermante o aun manejo distorsionado de la realidad.

CRISIS SOCIAL Y LAS DROGAS

El desarrollo anterior habla más bien de las condiciones "ideales" de superación de la problemática planteada. En la realidad, la crisis alcanza a todos los sectores de la sociedad. Se dijo que la crisis adolescente afecta a tanto a los jóvenes cuanto a su familia y a tanto a las instituciones de las que participan. A otras instituciones no puede responder menudo el grupo familiar no puede responder adecuadamente, quedando el adolescente en

una situación de desprotección que también se repite en otros ámbitos. Esto los coloca en una situación muy dificultosa, no hallando con facilidad los mecanismos que les permitan una saludable resolución. De ahí que tratan de buscar modelos alternativos para paliar estas situaciones de angustia, desconocimiento, impotencia, soledad o incompreensión.

Buscar —y encontrar— un modelo que sea saludable, adecuado, para resolver esos problemas que afectan al adolescente, no es fácil.

En general, la historia del hombre parece demostrar una cierta tendencia a buscar formas que le permitan la resolución de sus conflictos de la manera más inmediata, sin reparar a veces en las consecuencias de esas elecciones. Suele ocurrir que lo llevan más bien a negar los problemas reales con la consiguiente imposibilidad para resolverlos.

También es cierto que el medio social, por razones muy profundas, permite la existencia de esos mecanismos a que el hombre recurre —erróneamente— buscando mitigar su dolor.

Así es como, por ejemplo, aparecen las drogas, con una utilización inadecuada. Ellas están destinadas básicamente al mejoramiento de las condiciones de salud del hombre, siempre que sean usadas debidamente.

En los últimos años, y en varios países, se observa un fenómeno que acarrea gran preocupación: es el uso *indebido de drogas*, tanto en adolescentes cuanto en adultos.

La experiencia parece demostrar un número mayor de adictos entre los adolescentes o bien tratándose de adultos, que la gran mayoría se inició en la adolescencia.

Es importante visualizar el uso indebido de drogas como un intento fallido, falso, de solucionar la crisis o problemas por los que se atraviesa. Esta elección lleva a una doble dificultad: la no asunción de la nueva realidad, para modificar activa y efectivamente la situación y el efecto de quedar "atrapado" por la droga, imposibilitando la realización de un proyecto de vida realmente adulto, sumiéndose así en una enfermiza marginación.

USO INDEBIDO DE DROGAS

El uso indebido de drogas es un fenómeno complejo en el que intervienen, como ya en parte se dijo, factores que hablan de la personalidad del sujeto, de la composición e historia de la familia a la que pertenece, de las características de los grupos de los que se participa y del contexto social y económico de que proviene y en el que se mueve, como asimismo de innumerables factores, a veces indirectos, pero de gran peso, como la publicidad, información irresponsable o inadecuada, y ciertas fallas en los mecanismos saludables de control institucional.

(Continuaremos en el próximo número)

COMENTARIOS BIBLIOGRAFICOS

ARTE Y CIENCIA DE LA OPERATORIA DENTAL

CLIFFORD M. STUDERVANT, ROGER E. BARTON,
CLORENCE L. SOWWELL, WILLIAM D. STRICKLAND.

Partiendo de la anatomía, histología, cariólogía y destacando la importancia que el estudio de la oclusión tiene en el caso clínico que se va a tratar, la metodología para el trazado de un correcto y minucioso diagnóstico y la propuesta de un plan de tratamiento con un detallado aporte de procedimiento técnicos, respaldados en serias comprobaciones científicas, acompañados siempre por una secuencia fotográfica donde los autores muestran con claridad lo expuesto en el texto.

Es meritorio destacar la tendencia a respetar las estructuras dentarias, indicando siempre el instrumental adecuado, rotatorio o de mano (uso y conservación) para la conformación cavitaria en sus formas de extensión, retención y resistencia para distintos materiales restauradores. Un capítulo referente a las resinas compuestas con grabado ácido, donde además de mostrar la preparación cavitaria, señalan los autores las distintas indicaciones y posibilidades clínicas que ofrece su aplicación.

En retenciones adicionales, alfileres (pins), ya sean cementados, por fricción o roscados, se presenta un amplio panorama sobre la utilización de los mismos. Las restauraciones rígidas, materiales para su impresión, registros y orificios completan el texto, ofreciendo al estudiante y profesional un didáctico aporte a la moderna operatoria dental.

Disciséis capítulos, setecientas sesenta y cinco páginas y dos mil trescientas veintiséis ilustraciones. La traducción pertenece al doctor Horacio Martínez.

Editorial Médica Panamericana. Segunda Edición, enero 1986.
C.I. Bottero.

TECNICA DE GRABADO ACIDO EN PROTESIS DE PUENTES.

Puente de Maryland

RICHARD SIMONSEN, VAN THOMPSON,
GERAL BARRACK.

Los autores presentan un claro, detallado y actualizado panorama sobre el diseño, construcción y prescripción de las restauraciones coladas-grabadas en diez capítulos, que abarcan desde su historia hasta indicaciones.

Volumen XXI — N° 1 Enero-Abril de 1986

Ateneo Arg. de Odontología — 45

variantes y posteriores evoluciones clínicas poniendo al alcance del práctico general los conocimientos básicos en el diseño del esqueleto metálico, los distintos procedimientos para su grabado y limpieza, las modificaciones o tallado de las piezas dentarias del sector anterior y posterior de la cavidad bucal, conceptos que los autores destacan para el logro del éxito estético y la permanencia de la restauración en la boca.

La diferencia en la cantidad de tejido dentario eliminado, tiempo empleado y costo, con la clásica prostodoncia parcial fija, hace que estos nuevos procedimientos correctamente prescriptos deban ser tenidos en cuenta por el odontólogo que, en determinados casos clínicos, pueden constituirse en una solución aceptable.

Es dable destacar la óptima calidad del material fotográfico, su detallada secuencia y la incorporación de un capítulo, el décimo, destinado a preguntas y respuestas sobre pasos de laboratorio y detalles de técnica.

Ciento sesenta y siete páginas, incluido el índice analítico y doscientas ocho figuras.

Traducción: Dr. Horacio Martínez.

Editorial Médica Panamericana.

C.I. Bottero

LABORATORIO

"Del Ateneo"

APARATOLOGIA DE ORTOPEDIA FUNCIONAL
Y ORTODONCIA EN TODA SU VARIEDAD

Ricardo N. Llanes
Eduardo H. Aguirre

M. T. de Anchorena 1178
Tel. 821-7349

Normas para la Presentación de Trabajos en la Revista del A.A.O.

- 1.- Los trabajos deberán presentarse escritos con máquina en un solo lado, en doble espacio, en hojas blancas tamaño oficio, con un margen izquierdo de 5 cm.
- 2.- En la primera página se consignará:
 - 2.1. Título, en letras mayúsculas.
 - 2.2. Autor (es); con nombre(s) y apellido(s). En caso de aclarar cargos o lugar de trabajo, colocar un asterisco a continuación del nombre del autor que corresponda, consignando la aclaración al pie de la página.
 - 2.3. A continuación se transcribirá el trabajo, numerándose las páginas.
- 3.- Las referencias bibliográficas se señalarán en el texto con el número según la bibliografía, ubicado sin paréntesis por encima del autor o cita que corresponda.
Por ejemplo, a) Petrovic¹⁶ dice...; b) ... la ubicación de los caninos según la técnica expuesta en otro trabajo.³
- 4.- La remisión a las figuras se incluirá en el texto, por ejemplo: ... el estudio cefalométrico demuestra (Fig. 3) la existencia de una anomalía...
- 5.- No deberá dejarse espacio para las figuras.
- 6.- Los cuadros, gráficos y dibujos deberán presentarse cada uno en hoja aparte blanca, en tinta negra, listos para su reducción y reproducción.
- 7.- Las fotografías se presentarán en papel, con el número de la figura en lápiz suave en el reverso. No se admitirán diapositivas.
- 8.- El trabajo concluirá con un resumen en castellano y otro en inglés.
- 9.- A continuación de los resúmenes se consignará la bibliografía por orden alfabético, con las siguientes normas:
 - 9.1. Autor(es): en mayúsculas, apellido e inicial(es).
 - 9.2. Título: a continuación, sin comillas, en minúsculas.
 - 9.3. Fuente:
 - 9.3.1. Si es libro: número de edición y editorial.
 - 9.3.2. Si es publicación en revista: título de la revista, volumen, páginas, mes y año.

Ejemplo:

- 1.- GRIFFITHS R. H. Report of the president's conference on the examination, diagnosis and management of temporomandibular disorders. Am. J. Orthod 35: 514-517; June 1983.
- 2.- KRUGER G. Cirugía Buco-Máxilo-Facial 1ª ed. Ed. Panamericana, 1982.
- 10.- A continuación de la bibliografía se consignará la dirección de los autores.
- 11.- En hoja aparte, se incluirá los títulos para las figuras en caso que corresponda.

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

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

Durafill® : la diferencia.



Fotocurado con
composite convencional ▲

▲ Fotocurado con Durafill®,
material restaurador
a base de Microfill

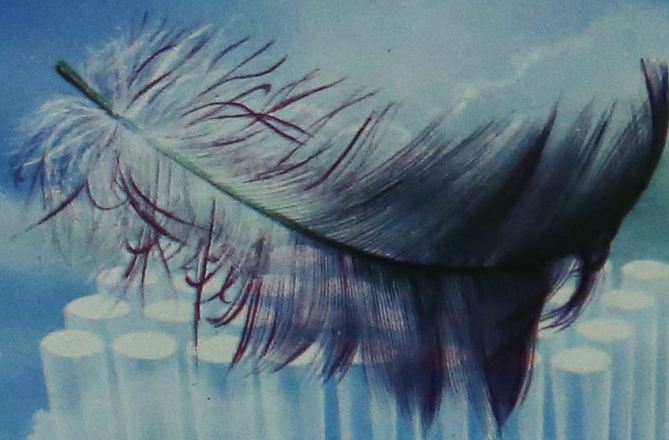
Kulzer: trabajar con lo mejor

Más de 1500 conjuntos Kulzer Durafill® vendidos en el país.

- Durafill® material para restauraciones en 12 colores.
- Durafill Bond. Laca adhesiva. ● Estilux posterior.
- Estilux color. Opacador 5 colores.
- Estiseal L.C. Sellador de surcos y fisuras.
- Dentin Adhesive. ● Unidad lumínica Translux.

Degussa Argentina S.A. División Dental Azcuénaga 787 (1029) Bs. As. Tel. 48-9881

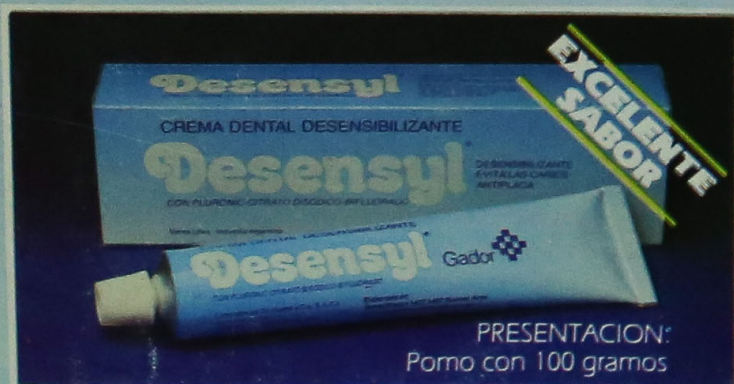
UNA PROPUESTA SENSIBLEMENTE DIFERENTE



Desensyl[®]

Con Pluronic F-127 - citrato disódico - Bifluorado.

Crema dental desensibilizante
Anticaries. Antiplaca.



PRESENTACION:
Pomo con 100 gramos

**PROFILAXIS Y TRATAMIENTO DE
LA HIPERSENSIBILIDAD DENTAL
BARRERA CONTRA LA CARIES
Y LA PLACA BACTERIANA
HIGIENE DENTAL PROFUNDA,
EFECTIVA Y PLACENTERA**



DIVISION PRODUCTOS ODONTOLÓGICOS