

ISSN 0326-3827

REVISTA DEL ATENEO ARGENTINO DE ODONTOLOGIA

BIBLIOTECA A. A. O.
Hemeroteca
UBICACION: 033
Único EJEMPLAR



Dr. NICASIO ETCHEPAREBORDA

**Cien Años de Ciencia
e Historia de la
Odontología en la Argentina**

VOCO PRESENTA

LAS VENTAJAS DE LOS IONOMEROS
DE VIDRIO MISCIBLES AL AGUA.

El progreso en materiales
de obturación

Aqua Ionofil

Ahora en 6 colores diferentes:
U (universal) I (claro) LY (amarillo claro)
Y (amarillo) DY (amarillo oscuro) B (marrón)

- * Ninguna acidez excesiva
- * Mezcla fácil gracias a la baja viscosidad
- * Solubilidad baja; mejorada adhesión a dentina
- * Aplicación económica y no contaminante
- * Mayor resistencia a la compresión
- * Consulte el nuevo ionómero de vidrio para obturaciones con plata miscible al agua

ARGION

Representante exclusivo:

CASA BERNARD

Avda. San Martín 1463 - Capital - Teléfonos: 581-3043-3764 - 583-2538
(CP 1416) Fax (01) 583-8909 - Estos productos pueden ser adquiridos a su proveedor habitual

Ateneo Argentino de Odontología

COMISION DIRECTIVA

PresidenteALFREDO FERMIN ALVAREZ
VicepresidenteISAAC RAPAPORT
SecretarioELIAS BESZKIN
ProsecretariaLILIANA DOCTOROVICH
TesoreraSTELLA SUAREZ de FLORES
ProtesoreroMARIO BESZKIN

VOCALES TITULARES

EDUARDO MUÑO
BEATRIZ LEWKOWISZ
CARLOS GUBERMAN
RICARDO CUFRE
LILIANA PERIALE
EVA SCHILMAN

VOCALES SUPLENTES

BEATRIZ MELAMED
GRACIELA LIBONATTI
MOISES GERSZENSZTEI
ARMANDO POLLERO
GRACIELA RESNIK
JORGE COIMBRA

COMISION FISCALIZADORA

TITULARES

EDUARDO SUSSMAN
EDITH LOSOVIZ
MARIO DANIEL TORRES

SUPLENTES

LUIS ZIELINSKY
MIGUEL STRATAS
HENJA RAPAPORT

TRIBUNAL DE HONOR

Angel Lagorio
Rubén Racagni
Silvia Rudy

Elias Samoilovich
Teresa Israelson
Natalio Schesak

Leonardo Voronovinsky
Sara Snelbrum
Nora Kotler

LAS OPINIONES expresadas en esta publicación no reflejan el punto de vista del ATENEO ARGENTINO DE ODONTOLOGIA, a menos que hayan sido adoptadas por el mismo. Serán considerados como trabajos originales los que no hayan sido publicados ni estén en vías de publicación. Estarán escritos con máquina de un solo lado y en doble espacio. Llevarán, asimismo, el nombre completo del autor, sus títulos, cargos y su domicilio.

No se devuelven originales.

Intercambio internacional: deseamos canje con revistas similares.

Nous désirons établir l'échange avec les revues similaires.

Desideriamo intercambio con rivisti simili.

Deseamos permutar com as revistas congeneres.

We wish to exchange with similar magazine.

Un austausch Wird gebeten.

Portada: La tapa pertenece a la Revista del Museo de la Facultad de Odontología de Buenos Aires.

- 1 — *Comisión Directiva.*
- 3 — *Un Centenario con dignos epígonos:* **Alfredo Fermin Alvarez.**
- 4 — *Epidemiología de la Rubeola en Estudiantes de Odontología. Bioseguridad para las Odontólogas:* **Norberto Arancegui, Graciela Mancho Martín y Perla Hermida Lucena.**
- 11 — *La Ortodoncia, el Arte y la Estética:* **Eduardo Sussman y Beatriz Melamed.**
- 31 — *Tratamiento No Quirúrgico de la Deformidad Nasal en el Paciente Fisurado:* **Pedro Dogliotti, Ricardo Bennun, Edith Losoviz y Ester Ganiewich.**
- 36 — *Agencias Dentarias: Enfoque Diagnóstico y Terapéutico:* **Alcibiades González y Adriana Nicolás El Macdici.**
- 46 — *Educación para la Salud Bucal. Trabajo interdisciplinario con maestras especiales y de grado en la escuela primaria:* **Norma Cristina Fiorillo y Cristina Beatriz Morressi.**
- 55 — *Plano a Pog como elemento de referencia para la ubicación de los incisivos:* **Amanda Rizzutti, Leonor Acosta, Marta Aprile y Gema Brizuela.**
- 62 — *Exodoncia y Tratamiento Periodontal en Pacientes de Riesgo Hemostático:* **Alfredo Fermin Alvarez, Mario Daniel Torres, Jorge Miguel García, Claudia E. Jensen, Enrique Castemalle y Fabián C. Blasco.**
- 68 — *El Porqué y el Cómo de la Técnica de Arco Recto:* **Mario Santos G.**
- 83 — *Conservación o Extracción de Primeros Molares Permanentes Deteriorados en Edad Temprana:* **Noemí Alfaro, Graciela Libonatti y Lidia Dascal de Mizrahi.**
- 90 — *Problemas Legales y Sociales del Sida: ¿Qué hacer?:* **Raúl Trucco.**
- 96 — *El Torque en Ortodoncia:* **Rubén Gasti, Beatriz Melamed y Susana S. de Beszkin.**
- 102 — *Endocarditis Infecciosa:* **Javier E. Illescas.**
- 108 — *Prevalencia de Anomalías en Ortodoncia:* **Eduardo Muiño, Li-lián Pivetti y Julio Lalama.**
- 117 — *"Papageno en Libertad":* **Marcelo Arce.**
- 122 — *Salud Pública (Ley 23.798).*
- *26 — *Noticias del Ateneo.*

DIRECTOR: Alfredo Fermin Alvarez

CUERPO DE REDACCION: Mario Beszkin, Haydée Flieger, Jorge Miguel García, Carlos Guberman y Mario Daniel Torres

Correspondencia: Anchorena 1176/78
(1425) Bs. As. - Tel: 961-7349 y 0394
República Argentina

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

UN CENTENARIO CON DIGNOS EPIGONOS

TENGO EL AGRADO DE COMUNICAR AL SEÑOR DECANO QUE EN EL DÍA DE LA FECHA HE PROCEDIDO A LA APERTURA DEL CURSO DE ODONTOLOGIA, 23 DE MARZO DE 1892. NICASIO ETCHEPAREBORDA.

En este año, 1991, se celebra un centenario de la creación de la primera Escuela de Odontología del país, en Buenos Aires, que comenzaría a funcionar al año siguiente. La iniciativa del Decano de la Facultad de Ciencias Médicas, Dr. Mauricio González Catán, recogía la inquietud de su antecesor, el Dr. Cleto Aguirre, quien cuatro años antes había planteado la necesidad de la creación de esta carrera en el nivel universitario. Al año siguiente, el Profesor Nicasio Etchepareborda inicia el dictado de las clases correspondientes al primer año de los dos que por entonces abarcarían los estudios. En 1897, fue designado el segundo profesor, el Dr. León Pereira. En 1946, la ya antigua Escuela se transformó en la actual Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires. A partir de que ese primer instituto universitario de enseñanza de la odontología, nacería un movimiento creciente en el ámbito académico y profesional. Cinco años después de la creación, cuyo centenario celebramos, trece dentistas fundan la primera institución profesional, la hoy Asociación Odontológica Argentina; que constituyó el paso inicial de un movimiento asociativo multiplicado en todos los ámbitos del país. Otras universidades van incorporando Escuelas y Facultades de Odontología. Córdoba, Rosario, Tucumán, Corrientes, La Plata y Mendoza, componen con Buenos Aires el amplio abanico de formación profesional de pregrado y postgrado. Las instituciones profesionales, además de ejercer la defensa de los derechos gremiales de la profesión, se han erigido en centros de estudio y asistencia, con jerarquizados programas de mejoramiento profesional, actualización y especialización. El Ateneo Argentino de Odontología, a casi cuatro décadas de su fundación, tiene el orgullo de pertenecer a ese prestigioso movimiento asociativo, con el compromiso estatutario de "propender al mejoramiento moral y científico de la profesión; lograr mejores niveles de salud bucal; defender los intereses profesionales y culturales; y las condiciones y relaciones laborales de quienes ejercen la odontología". El centenario adquiere así trascendencia relevante, con la añadidura de sus epígonos multiplicados.

A.F.A.

Epidemiología de la Rubéola en Estudiantes de Odontología. Bioseguridad para la Odontóloga

NORBERTO ARANCEGUI *
GRACIELA MANCHO MARTIN *
PERLA HERMIDA LUCENA *

INTRODUCCION

La rubéola es una enfermedad infecciosa de etiología viral, similar al sarampión, de curso leve e inocuo en la infancia, con una alta prevalencia de anticuerpos en la población general¹. En 1951, Gregg, oftalmólogo australiano, realizó una descripción de cataratas congénitas luego de un brote epidémico de rubéola, que alertó sobre el potencial efecto teratogénico de este virus.²

La infección post-natal cursa con febrículas, faringitis y las adenopatías que nunca faltan y una erupción exantemático-macular, rosada, más pálida que la sarampiosa, confluyente patognomónica de la enfermedad, pero que puede estar ausente. Generalmente los síntomas clínicos en el adulto son más intensos: faringitis, enanema bucal, coriza, fotobobia, cefalea, signos digestivos y meníngeos, fiebre más elevada y persistente que en la niñez y acompañada en la mayoría de los casos con poliartralgias y síndrome artrítico característico.⁵

El riesgo mayor de esta enfermedad lo constituye la mujer embarazada seronegativa y fundamentalmente en los primeros meses del embarazo, ya que la probabilidad de infectar al embrión o al feto son altas, induciendo una infección generalmente no letal para éste, pero

con alto riesgo de lesiones irreversibles en los órganos afectados, convirtiéndose el niño en reservorio viral durante años. La magnitud de las lesiones al nacimiento es variable e impredecible, estando inversamente relacionado con el tiempo de gestación.⁴

Los trastornos congénitos más comúnmente encontrados en nuestro medio son: malformaciones cardíacas, defectos oculares, peso inferior a 2,5 k., sordera y alteraciones neurológicas diversas³; están descriptos daños renales, óseos y alteraciones esclerosantes progresivas.⁹

Es necesario tener en cuenta la posibilidad de un curso asintomático de consecuencia catastróficas en la gestante.⁸ La odontóloga en edad gestacional con serología negativa para la rubéola está altamente expuesta a adquirir la enfermedad al ser la cavidad oral del hombre el único reservorio del virus y sus secreciones infectantes; el lugar habitual donde ella realiza su actividad profesional. Otras profesionales con gran exposición son médicas, peditras y neonatólogas, enfermeras y docentes primarias y pre-primarias.

El objeto de este trabajo es realizar una encuesta clínica y serológica en un grupo etario

Este trabajo obtuvo el PRIMER PREMIO en el Segundo Concurso para los mejores trabajos organizado por el Ateneo Argentino de Odontología 1991.

NORBERTO ARANCEGUI, GRACIELA MANCHO MARTIN, PERLA HERMIDA LUCENA

de estudiantes de la Facultad de odontología de la U.N.R., con el propósito de evaluar el riesgo potencial, correlacionar los antecedentes clínicos con el laboratorio, aconsejar la vacunación a seronegativas y comparar dos variables posibles en la detección de anticuerpos por enzoinmuno análisis (E.I.A.), con el fin de medir sensibilidad, especificidad y costo de suma utilidad para la transferencia a otros grupos de alto riesgo.

MATERIALES Y METODOS

Se estudiaron 150 sueros de estudiantes de odontología de todos los niveles con edades que oscilan entre los 18 y 25 años, clínicamente sanos. En el momento de tomar la muestra se relevó en una ficha epidemiológica antecedentes clínicos de rubéola, vacunación antirubéolica y embarazo. El muestreo fue voluntario.

Los sueros se conservaron a -40°C hasta el momento del examen. Se trabajó por E.I.A., tanto con la variante comercial como con el equipo producido en nuestro laboratorio.

Técnica comercial de E.I.A.: el equipo comercial, Rubazime (Abbott) es provisto con todos los elementos y reactivos necesarios para llevar a cabo el ensayo, se siguieron las instrucciones del fabricante; el complejo antígeno-anticuerpo (C.Ag-Ac), se incubó 16 horas a 25°C.

Técnica de E.I.A. de producción propia: con el fin de abaratar costos y comparar la viabilidad de la reutilización, por única vez, de perlas de poliestireno, provistas como soporte de reacción comercial en distintas determinaciones de E.I.A., después de su primer uso procedimos del siguiente modo.⁶⁻¹⁰

Lavado de perlas comerciales:

- 1° Se sumergen en una solución de NaOH 5N, durante 24 horas para decontaminar y limpiar.
- 2° Lavado con agua destilada.
- 3° Incorporar a una solución de C1H O, 1N, 24 horas, para inactivar la alcalinidad.

- 4° Lavar con agua destilada e incorporar a una solución de detergente no iónico, en la dilución indicada por el fabricante.
- 5° Lavar repetidas veces con agua destilada estéril, dejando 24 horas en agua bidestilada estéril.
- 6° Se repite el paso 5.
- 7° Secado a 37°C envuelto en gasa estéril.

Las perlas así tratadas se conservan en frasco de vidrio estéril con tapa esmerilada, hasta el momento de su uso.

Sensibilización de perlas y selección de la concentración de Ag y suero a utilizar:

- 1° Se utilizó Ag hemaglutinante (HA) de rubéola (Flow Lab) título HA 1/32.
- 2° Se diluye el Ag en solución CO₃=/HCO₃=, pH 9,6 en concentraciones 1/100, 1/400, 1/800, 1/3200.
- 3° Se incuban las perlas con el Ag a 4°C durante 12 horas.
- 4° Se lavan las perlas 5 veces con H₂O destilada.
- 5° Se enfrentan las perlas a un suero control positivo de 10UHA diluido en PBS/suero fetal bovino 1%, en concentraciones 1/100, 1/200, 1/400, 1/800.

El mismo procedimiento se siguió con un suero control positivo de 50 UHA y un suero control negativo.

- 6° Sellar e incubar a 40°C, en baño de María, 30 minutos.
- 7° Lavar 5 veces con agua destilada.
- 8° Agregar conjugado Anti IgG humano (monoclonal de origen murino excedente de los equipos para detección de HIV, Abbott Lab, diluido 1/20 en PBST) con peroxidasas de rábano picante, incubando a 40°C, 30 minutos. Nota: en caso de no contar con conjugado excedente se lo debe titular y buscar la dilución más adecuada.

- 9° Lavar 5 veces con agua destilada y transferir a los tubos.
- 10 Agregar 300 ul de solución OPD en tampón de citrato-fosfato con 0,02 % de H₂O₂ incubando 30 minutos a 20-25°C.
- 11 Agregar 1 ml de H₂SO₄1N, leer en espectrofotómetro a 492 nm.

Desarrollo del ensayo:

Confeccionamos las curvas para elegir la combinación más adecuada y se eligió para realizar el ensayo diluciones 1/100 del Ag y de los sueros. Las perlas se sensibilizaron en forma similar a los pasos 2, 3 y 4, con el fin de comprobar la absorbencia en distintas concentraciones, se incuban juntamente con los sueros de pacientes, diluciones mayores de Ag y de los sueros control positivo y negativo en forma similar a los pasos 5, 6 y 7, usando diluciones 1/100, 1/400, 1/800, 1/3200 para Ag y para el suero control. Se incuban las perlas sensibilizadas con Ag 1/100 con 2 ul de suero incógnita y 198 ul de PBS durante 30 minutos a 40°C prosiguiendo con los pasos 7 al 11.

RESULTADOS:

De los 150 sueros estudiados por E.I.A. con la técnica comercial (Rubazime Abbott) se obtuvieron los siguientes resultados:

En 123 sueros (el 82%) fueron positivos para IgG y 27 (18%) fueron negativos.

Al investigar antecedentes de rubéola clínica en la infancia, vacunación y embarazo, se encontraron 39 encuestadas (grupo A) que reconocieron haber padecido la enfermedad y 111 (grupo B) que lo negaron, 12 habían recibido vacunas antirrubéolicas y 1 solamente presentaba antecedentes de embarazo.

Al correlacionar antecedentes de rubéola clínica y vacunación con estos resultados del laboratorio, encontramos que de los 39 sueros del grupo A ninguna había recibido vacuna antirrubéólica y realizado el control serológico, se encontraron 37 positivos para E.I.A. Rubéola IgG y 2 negativas.

CUADRO 1

RESULTADO DE LAS PRUEBAS DE LA CONCENTRACION DE ANTIGENO Y SUEROS

Dil Ag	Dil Suero	A 492
1/100	1/100	0,692
	1/400	0,588
	1/800	0,511
	1/3200	0,414
1/400	1/100	0,423
	1/400	0,358
	1/800	0,312
	1/3200	0,302
1/800	1/100	0,328
	1/400	0,271
	1/800	0,225
	1/3200	0,189
1/3200	1/100	0,129
	1/400	0,088
	1/800	0,082
	1/3200	0,076

Nota: se utilizó para la lectura espectrofotómetro provisto por el laboratorio Abbott con filtro de 492 nm:

La línea de corte fue establecida en 0,250.

De los 111 sueros del grupo B habían recibido vacuna antirrubéólica 12; de éstas, 10 fueron positivas para E.I.A. rubéola IgG y 2 negativas; de las 99 no vacunadas 76 fueron positivas para rubéola IgG y 23 negativas. (cuadro 2)

En el E.I.A. del laboratorio: las absorbencias obtenidas en el paso previo para la elección de la dilución más conveniente, se volcaron en papel milimetrado (graf.) calculando la línea de corte según técnica (10). Se estableció como línea por corte a una absorbencia 0,250 a 492nm, obteniéndose en la lectura del es-

CUADRO 2

CORRELACION RUBEOLA CLINICA EIA COMERCIAL

Rubéola clínica \ EIA com.			S/T
	+	-	
+	37	2	39
-	86	25	111
S/T	123	27	150

CUADRO 3

CORRELACION RUBEOLA CLINICA EIA LABORATORIO

Rubéola clínica \ EIA Lab.			S/T
	+	-	
+	37	2	39
-	87	24	111
S/T	124	26	150

pectrofotómetro 124 sueros que superaron el valor de corte (+) y 26 que no llegaron al valor del corte (-). (Cuadro 1) y (Cuadro 3)

Al comparar los resultados obtenidos con el equipo comercial y el producido en el laboratorio encontramos sólo 3 discordancias: 2 sueros (+) que fueron (-) con el equipo comercial y un suero (-) que fue (+) para el equipo comercial.

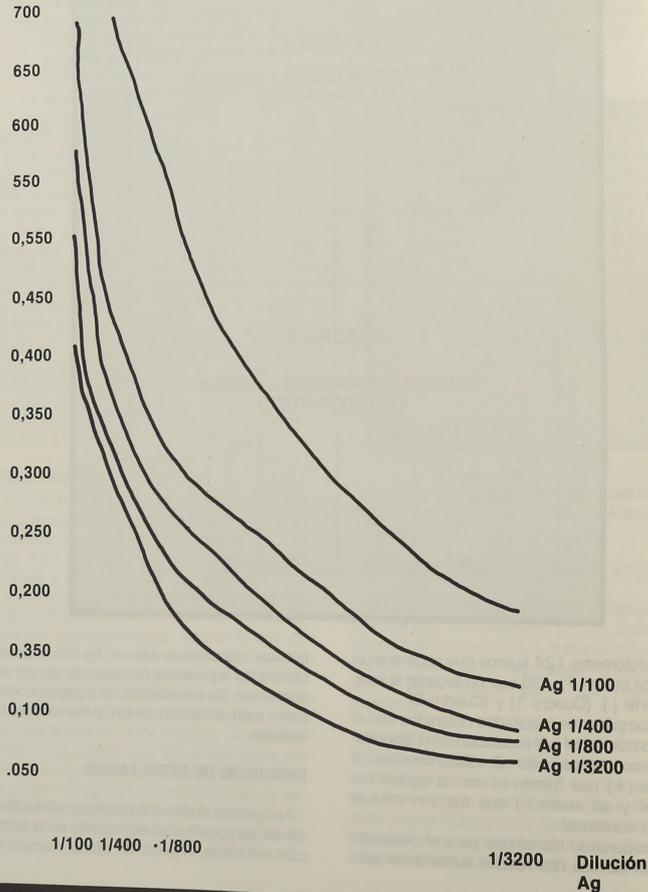
Considerando los costos para el desarrollo de esta técnica nos resultó sumamente eco-

nómica, adquiriendo sólo el Ag IHA y produciendo las soluciones reguladores de pH por contar con los excedentes de equipos comerciales para detección de HIV y marcadores de hepatitis.

DISCUSION DE RESULTADOS

No quedan dudas con respecto a la incidencia de seropositividad en rubéola en la población estudiada. A pesar de ello un número re-

GRAFICO



ducido está expuesto a la enfermedad, con la agravante de la tranquilidad del antecedente clínico de haberla padecido en la niñez, no encontrándose en las pruebas serológicas títulos protectores de anticuerpos. Por lo que resulta muy importante, en poblaciones de alto riesgo, efectuar controles serológicos de rubéola, con el fin de detectar a las seronegativas, aconsejándoles la vacunación antirrubéolica antes de la posibilidad de embarazo.

Por el escaso número de estudiantes vacunadas no fue posible juzgar el grado de confiabilidad que puede dársele al dato de antecedentes de vacunación, así como tampoco pudo seguirse un estudio de respuesta vacunal de las seronegativas.

Si tomamos en cuenta el bajo costo que representa hacer un sondeo serológico con la técnica de reuso de perlas comerciales, su sensibilidad muy cercana al equipo de EIA comercial, y lo simple que resulta el manejo de gran cantidad de sueros por técnicas inmunoenzimáticas, no quedan dudas de aconsejarlo para realizar estudios en poblaciones de alto riesgo, e incluso su potencial aplicación en exámenes prenupciales.

CONCLUSIONES

- 1) Hemos confirmado la alta tasa de seropositividad para rubéola en el grupo etario estudiado, acorde con los datos obtenidos por otros autores en otros grupos etarios en nuestro país.
- 2) No existe relación entre la anamnesis y el resultado de la serología, ya que sueros positivos correspondían en un alto porcentaje a estudiantes que manifestaron no haber padecido la enfermedad.
- 3) En el grupo que relató antecedentes clínicos de rubéola, se encontraron sueros negativos, lo que constituye un riesgo para la embarazada guiarse por su historia clínica.
- 4) Por la correlación entre sensibilidad y especificidad de la técnica E.I.A. comercial

y la producida en el laboratorio, puede utilizarse la técnica más económica que recicla perlas comerciales en aquellos casos en los que se manejen gran cantidad de sueros y se cuenten con excedente de equipos comerciales para otras determinaciones.

RESUMEN

Ante la importancia que tiene la rubéola como enfermedad profesional de la odontóloga en edad gestacional, se estudiaron 150 sueros de estudiantes de odontología, todas del sexo femenino, entre 18 y 25 años, por la técnica de E.I.A. producida en el laboratorio comparando su sensibilidad, especificidad y costo con una técnica de origen comercial. Se obtuvo un 82% de seropositividad, una falta de correlación entre los datos clínicos y el laboratorio y una concordancia entre el E.I.A. comercial y el E.I.A. del laboratorio.

Aconsejamos el uso de la técnica del laboratorio, por sus bajos costos, cuando se cuenten con excedentes de equipos comerciales y se procesen gran cantidad de sueros.

SUMMARY

As Rubella is a very important professional illness at the gestary age of the odontologist feme we haver studied 150 serum sample from odontology women students between 18 and 25 years old by commercial E.I.A. and laboratory technique E.I.A. production, comparyng sensibility specificity and costs.

82% of seropositivity; lackness of correlation between clinical data and laboratories results and a concordance between the two techniques, laboratory E.I.A. and comercial E.I.A. was found.

We advice the use of the laboratory technique because of low costs in cases of having comercial kits excedents and a great samples quantity.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Dulbecco, R.; Ginsberg, H.S.: Virus de la Rubéola, p. 973-978. En Davis, B.D.; Dulbecco, R.; Eisen, H.N.; Ginsberg, H.S. (ed) Tratado de Microbiología -3ra Edición Salvat Editores, S.A. Barcelona 1984.
- 2 Gregg, N.M.: Congenital cataract following German measles in the Mother Traus. Ophthalmol. Soc.Anst. 3: 35-46 (1951).
- 3 Grstein, S.; 1° Seminario Argentino de Enfermedades Transmisibles Congénitas. Concepción del Uruguay - Diciembre 1980.
- 4 Hermida de López Zamora, P.; de Torres, R.A.; Infectopatología de la gestante: Infección Rubéolica. Revista A.B.A. Año XLIV, 243: 192-214 (1980).
- 5 Hermann, K.L.: Virus de la Rubéola, p. 969-976. En Lennette, E.; Ballow, A.; Hausler (h); Shadomy, H.J. (ed) Manual de Microbiología Clínica, 4ta. Edi-

ción, Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires, 1987.

- 6 Kurstak: Progress in Enzime Immunoassays: production of reagents, experimental design, and interpretation. Bulletin of the W.H.O.; 63 (4): 793-811 (1985).
- 7 Margni, R.A., col. Inmunología e inmunquímica. Fundamentos 3ra. ed. Editorial Panamericana -Buenos Aires - Argentina.
- 8 Marquez, A.; Aporte al conocimiento epidemiológico de la Rubéola con relación al embarazo en la Pcia. de Córdoba U.N.C. Facultad de Ciencias Médicas. Tesis Doctoral.
- 9 Menser, M. et al, Renal lesions in congenital Rubella. Pediatrics 40: 901-904 (1967).
- 10 World Health Organization: Bench Manual of techniques for the preparation of immunological and immunodiagnostic reagents IMM/PIR 83:1.

Dirección de los autores:
Facultad de Odontología UNR
Santa Fe 3160 - 9° piso
Cátedra de Microbiología
2.000 - Rosario

Sergio Trajtenberg

Artículos y equipamiento para Odontología
Anchorena 1176, P.B., Capital, Teléfonos: 961-7349/0394

Radiollamada: 311-0056. Código 9372 Sr. Leonardo Schwartzman

CONSULTE
NUESTROS PLANES
DE FINANCIACION
EN 12 MESES FIJOS
E INAMOVIBLES

La Ortodoncia, el Arte y la Estética

EDUARDO SUSSMAN*
BEATRIZ MELAMED*

Los objetivos del tratamiento fijados en ese momento se cumplieron plenamente: función y alineamiento dentario, pero hoy en día y en el estado actual de la ortodoncia, podemos y debemos, como responsables, incorporar ese sentimiento de atracción que genera un rostro pleno.

ANTECEDENTES Y REVISION DE LA LITERATURA

No se encuentra en la literatura ortodóncica estudios profundos sobre tejidos blandos y perfil antes de 1950.

Riedel, estudió perfiles faciales por cefalogramas, en los cuales relacionaba las bases apicales, la convexidad del patrón esquelético y la influencia de la posición incisiva en los tejidos blandos.

* Docentes del Ateneo Argentino de Odontología

Este trabajo obtuvo el Segundo Premio en el Segundo Concurso a los Mejores Trabajos, organizado por el Ateneo Argentino de Odontología, 1991.

Las motivaciones de un tratamiento ortodóncico son, a menudo, la necesidad de un mejoramiento estético y la evaluación del mismo por el profesional, debería incluir un estudio imparcial de sus posibilidades.

Con el advenimiento de las técnicas estandarizadas, a menudo se confunden los objetivos estéticos con los funcionales.

Este trabajo pretende evaluar a pacientes tratados con esas técnicas y determinar hasta dónde, sin incluir un estudio a conciencia de tejidos blandos, realmente mejoramos la belleza y espontaneidad de un rostro, dentro de los parámetros 'normales' aceptados socialmente. También incluiremos en esta comunicación un índice que provee juicios confiables sobre una escala de validez estética algunos de cuyos valores, deberían ser incluidos en el diseño del plan de tratamiento.

Con ese propósito fueron evaluados los pacientes antes y después del tratamiento ortodóncico, con siete medidas angulares en su perfil, y se compararon con normas estéticas (arbitrarias) pero aceptadas como agradables en diversos estudios estadísticos con una aproximación notable al ideal de estética que prevalece en el arte griego.

De esas siete medidas angulares existe sólo una que no podemos modificar, pues es inherente a la herencia y el crecimiento. Demostraremos que las otras, de no tenerlas en cuenta, corremos el riesgo de desmejorar el perfil. De los pacientes evaluados, algunos mejoraron notablemente su estética; otros, no tanto.

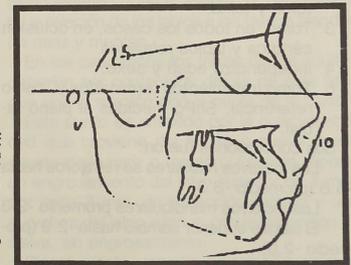


Figura 1: Línea H.

dos blandos.

Muchos años después, Holdaway² propuso un método de análisis del tejido blando incorporando la predicción del crecimiento como diagnóstico previo.

Proyectó la línea H (Fig. 1) tangente al labio superior relacionándolo con el mentón.

Burstone³ presentó métodos con medidas angulares y lineales de valores promedios para perfiles aceptables relacionándolos con las bas-

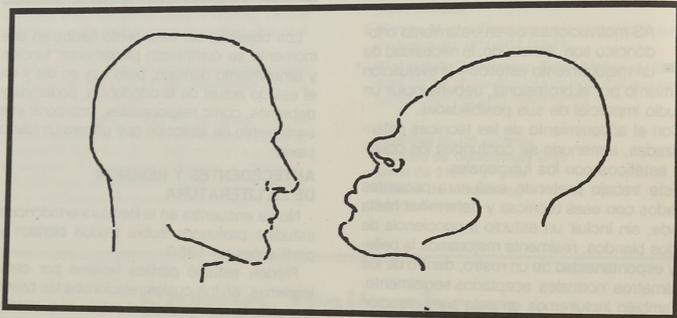


Figura 2: Diferencia racial en el perfil.

Rudee⁶ estudió en 1964, 85 pacientes de su práctica.

1. Sistematizó las tomas cefalométricas.
2. Dejó pasar como mínimo un año entre toma y toma.
3. Tomó, en todos los casos, en oclusión céntrica y labios relajados.
4. Independizó edad y sexo.
5. Tomó tratamientos terminados y, como referencia, SnPg medidas al plano facial.

Sus conclusiones fueron:

- Los incisivos maxilares se retrajeron hasta -5.8 (promedio -3.3).
- Los incisivos mandibulares promedio -2.3.
- El labrale superior cambió hasta -2.9 (promedio -2.0).

sales. Asimismo⁴, describió en detalle la importancia de la relajación labial en la toma de la cefalometría diagnóstica junto a un panorama completo de la posición labial.

En 1955 Tweedy y Wyllies analizaron 39 casos tratados por ellos en conjunto y relacionaron la posición del incisivo inferior y la estética. Concluyeron que aquel no influía en el cambio del perfil tanto como el crecimiento mandibular.

El labrale inferior cambió hasta -3.3 (promedio -1.9).

En definitiva, y como conclusión importante, hubo un ratio de 2:1 en el labio superior y de 1:1 en el labio inferior relacionados con la retrusión dentaria.

En cambio, O'Reilly⁷ estudió 25 casos de extracciones seriadas en la Universidad de Washington y sus resultados demostraron que los perfiles son a menudo alterados por la mecánica del tratamiento ortodóncico, pero la predictibilidad es pobre cuando, durante el diseño del plan de tratamiento, se trata de determinar qué cambios ocurrirán en el perfil.

Algunos estudios recientes como Hershey⁸ en 36 adultos femeninos, todos los cuales recibieron retracción de incisivos maxilares y

mandibulares, con 20 clase I, 15 clase II y 1 clase III.

Los hallazgos indican que los procedimientos de retracción, en promedio, reducen la protusión labial, pero de una manera impredecible. Lo más próximo fueron los incisivos inferiores en una proporción 1:1 en ratio de retracción. Pero el labio superior no es tan predecible. A conclusiones similares accedió Buchins.⁹

Rudee¹⁰ trabajó sobre este tema en niños de color (negros) para comparar el comportamiento racial, comenzaron a los 11 años y terminaron la contención a los 16 años. (Figura 2).

Las cefalometrías fueron evaluadas junto con los demás registros. Se tomó SN, superponiendo en N y tomando los registros en relación al plano facial del cefalograma original, concluyó: en promedio la retracción del incisivo superior fue -5.7 mm. La retracción del labrale superior fue en promedio -2.75mm.

En promedio, la retracción del incisivo inferior fue -2.4 mm, y la retracción del labrale inferior fue 2.7 mm.

Estos valores coinciden con las estadísticas de la población caucásica. Al igual que en aquella, se mezclaron ambos sexos a pesar de que en el masculino hay mayor crecimiento duro y blando de la nariz y mentón, donde aumentamos la variabilidad.

Hulse¹¹ determina la importancia de la sonrisa en la comunicación social, la expresión de las emociones y la visión frontal, pues es la primera impresión antes que el perfil.

Describe la ubicación del incisivo central superior como:

- a. Control de la línea media
- b. El soporte labial.
- c. La labioversión de los dientes.
- d. La composición de la línea de la sonrisa.

El lateral superior es el diente de la personalidad. Con la rotación del borde incisal, pone énfasis en las diferencias de sexos. El canino es importante en la línea de la sonrisa.

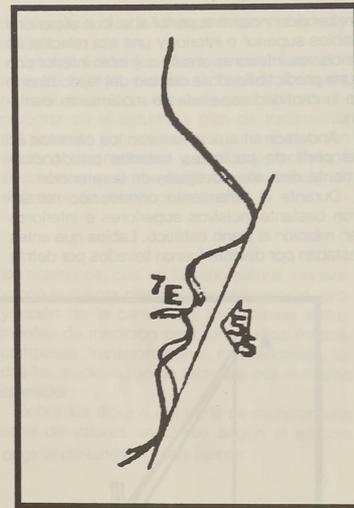


Figura 3: Línea E.

Como conclusión determina ratios en la relación de altura dentarias y bordes de tejidos blandos.

Ricketts¹² propuso una línea que llamó el plano estético (línea E, Figura 3), para describir la relación de los labios a los tejidos blandos de nariz y mentón.

En los caucásicos los labios de los adultos deberían ser contenidos detrás de esta línea que une el mentón con la punta de la nariz.

Este punto es criticado por la gran variabilidad que proviene del mayor o menor crecimiento de la nariz o mentón. Además reportó un engrosamiento del labio superior de 1 mm. por cada 3 mm. de retracción incisiva y una curvatura del labio inferior, con la retracción incisiva, sin engrosamiento.

Bloom¹³ notó una alta correlación entre la

retracción incisiva superior al sulcus superior y labios superior e inferior y una alta relación de incisivos inferiores al sulcus y labio inferior con una predictibilidad de cambio del tejido blando a la cantidad esperada de movimiento dentario.

Anderson et al.⁴ estudiaron los cambios en el perfil de pacientes tratados ortodómicamente diez años después de la retención.

Durante el tratamiento ortodómico retraerón bastante incisivos superiores e inferiores en relación al plano estético. Labios que antes estaban por delante fueron llevados por detrás

al finalizar el tratamiento mecánico.

Concluyó que todos los cambios en el tejido blando tuvieron el efecto de achatar el área dental por el continuo crecimiento de la nariz y mentón en la etapa de maduración. El labio se engrosó 1mm. cada 1.5 de retracción incisiva superior. A los diez años ese labio se adelgazó nuevamente pero no a sus valores originales. El grosor del labio inferior no fue afectado por el tratamiento ortodómico.

Dobroski et al.¹⁵ demostraron que la extracción de premolares no sólo no tiene efectos negativos en el perfil sino que entre 85 y 90%

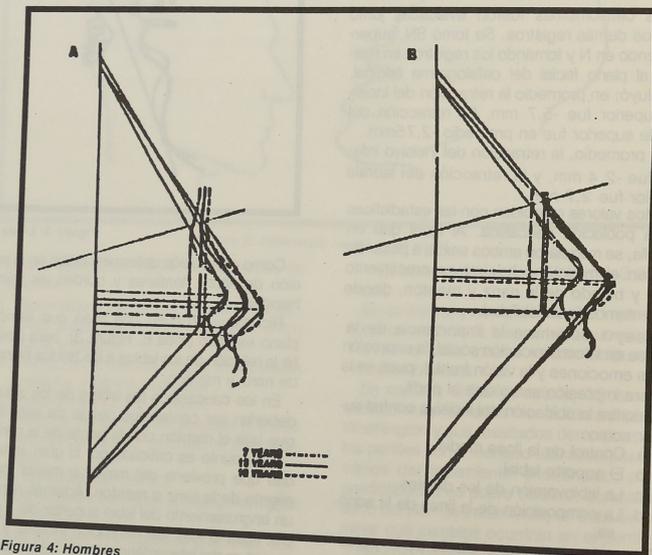


Figura 4: Hombres

Mujeres

Crecimiento relativo de la nariz a los 7, 13 y 18 años en hombres y mujeres. Referencia bibliográfica N° 16.

de los casos la mejora, independientemente de la gran variabilidad individual en los efectos del tratamiento.

Meng et al.¹⁶ concluyeron con sus estudios que el crecimiento hacia adelante y abajo de la punta de la nariz traen una retrusión relativa de los labios llegando en varones a continuar el crecimiento hasta los 18 años (16 en mujeres). (Fig.4).

Hubo intentos^{17, 18} de establecer escalas

MATERIAL Y METODOS

Se tomaron fotografías de frente y perfil del rostro, antes y después del tratamiento de ortodondia. Las fotografías fueron de buena calidad, y con técnicas estandarizadas, tratando de repetir la misma distancia de exposición, cantidad de luz, el mismo operador, la misma película, en posición natural de la cabeza y con la musculatura relajada. Los perfiles se proyectaron en cartulinas, donde se dibujaron

de 'atractividad facial' buscando confiabilidad y validez.

Nuestro punto de vista del problema e hipótesis de trabajo, y sintetizado en la presente comunicación, consiste en la posibilidad de incorporar en el estudio y plan de tratamiento del paciente con maloclusión, una evaluación estética sistemática y confiable, aceptada socialmente para mejorarlo no sólo funcional, sino también psicológicamente.

los contornos, casi en tamaño natural, conservando la misma distancia de proyección, proyección de la cartulina y los mismos instrumentos de medición para todos ellos (reglas, compases, transportadores, marcadores) y todas las medidas fueron tomadas por el mismo operador.

Sobre los dibujos del perfil se midieron una serie de valores angulares según el estudio original de Lines¹⁹, ellas fueron:

1. Prominencia relativa del mentón:

Bisectando la columella hacia labrale superior y hacia mentón (figura 5).

Rango 0 a 4°, en hombres más cerca de 4 y en mujeres hasta un grado.

2. Prominencia nasal relativa al mentón:

Se toma N-mentón con N-punta de la nariz (figura 6). El rango oscila entre 20 y 30°.

Se prefiere en varones más cerca de los 30 y en mujeres entre 20 y 25°.

3. Angulación (TIP) nasal:

Se toma el dorso y la base de la nariz (figura 7). El rango oscila de 60 a 80°. Se prefiere en hombres con el ángulo más cerrado (agudo) y mujeres más obtuso (narices más chicas).

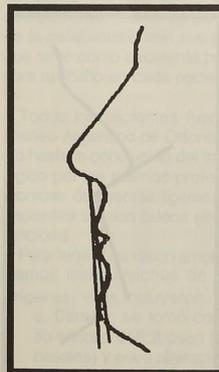


Figura 5:

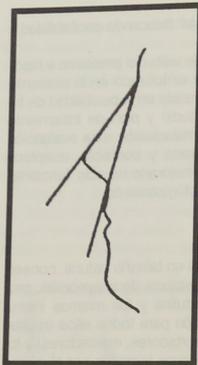


Figura 6:

4. *Sulcus labial inferior:*

Tomado desde el fondo del surco hacia labrarle superior y hacia mentón (figura 8). El rango oscila entre 130 y 140°. La preferencia en hombres es que se note más el surco (120 a 130) y en mujeres se note menos (130 a 140).

5. *Angulo naso-labial:*

Medido en la base de la columella y labrale superior (figura 9). El promedio es 98°. Hay muy poca diferencia entre sexos. En hombres las preferencias son las que sean más chicos y mujeres hasta 110°.

6. *Tamaño columellar:*

El rango oscila entre 20 y 25° y mide la saliente de la nariz. Hay una preferencia en las mujeres hacia las narices más pequeñas hasta 21 y en hombres alrededor de 24 a 25°.

7. *Prominencia interlabial:*

Base de la nariz al labrale superior y mentón labrale inferior (figura 11). El promedio es de 165°. En mujeres fluctúa entre 150 y 170. En varones entre 160 y 180°.

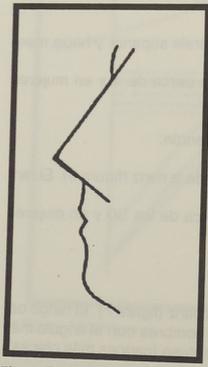


Figura 7:

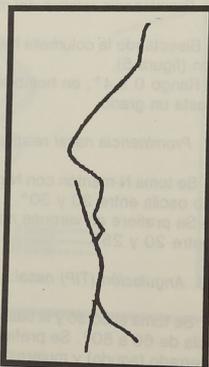


Figura 8:

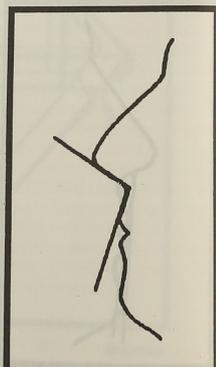


Figura 9:

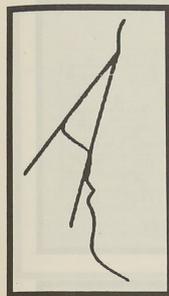


Figura 10:

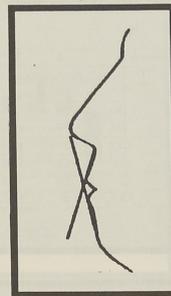


Figura 11:

En este trabajo estadístico tomamos esos valores sociales como estéticos, pero nadie discute la arbitrariedad de esas medidas, ni la variación racial, ni el tipo facial, ni la estética de un 'deckbiss', que más de uno de nosotros a veces no le hacemos tratamiento por la funcionalidad y personalidad que representa a ese paciente. Como tampoco la arbitrariedad de la cefalometría con sus valores promedios que sirve como excelente punto de referencia para aplicarlo en cada paciente individualmente.

Todos los pacientes fueron tratados en el Ateneo Argentino de Odontología desde el inicio hasta la conclusión del tratamiento aparatológico por los mismos profesionales utilizando técnicas de fuerzas ligeras. Descartamos los pacientes sin una buena alineación y oclusión funcional.

Para tener una visión amplia del problema tomamos maloclusiones de los más variados orígenes, ellas incluyeron:

a. **Clase I:** se tomó como referencia por su escaso déficit óseo (buenas relaciones basales) y poca alteración en la tensión labial, buena competencia y se realizaron

solamente movimientos dentarios.

b. **Clase II:** por la tensión labial superior que ella representa, nos sirve como comparación antes y después de la retrusión incisiva.

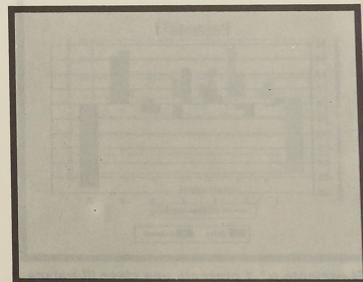
c. **Clase III:** por las mismas razones y para evaluar la diferencia de comportamiento del labio inferior respecto del superior.

d. **Mesioclusiones basales:** para controlar el comportamiento del tejido blando del rostro en los casos de tratamiento ortopédico.

e. **Biprotusión:** para comparar el comportamiento de los labios sobre un mismo tipo facial y muscular.

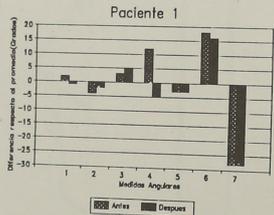
Los siete valores angulares obtenidos fueron clasificados individualmente en cada maloclusión y comparados con las normas estéticas arbitrarias llegando a interesantes conclusiones, donde vemos mejoras y deficiencias estéticas individuales. Posteriormente la data así obtenida se grafica estadísticamente en conjunto.

La interpretación de los gráficos de los próximas páginas consiste en tomar el cero como valor promedio y, hacia arriba y hacia abajo, las variaciones estándar de cada ángulo. Un dato curioso es que en nuestra muestra el ángulo 7 (interlabial) nos da un valor promedio 20 menos que la población norteamericana.



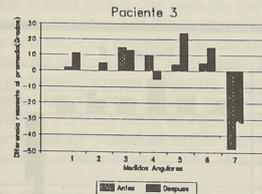
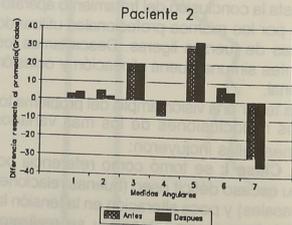
Paciente	1 (lámina 1)		2		3 (lámina 2)		4		5 (lámina 3)		
	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después	
1	Prom. 2	4	1	5	6	4	13	2	2	4	3
2	25	21	23	30	27	25	30	24	25	25	29
3	70	73	75	90	90	85	83	77	85	80	70
4	135	147	130	127	135	145	130	137	143	115	123
5	98	95	95	127	130	102	122	110	100	105	108
6	22	40	38	30	27	27	37	29	34	25	33
7	165	137	137	135	130	117	133	140	136	123	123

Paciente	6 (lámina 4)		7		8		9 (lámina 5)		10		
	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después	
1	Prom. 2	6	6	3	9	8	4	3	2	1	0
2	25	22	25	34	32	33	33	35	30	35	36
3	70	80	78	87	89	86	85	90	87	77	77
4	135	141	150	112	130	142	142	127	127	150	146
5	98	126	110	114	120	104	108	115	112	115	115
6	22	25	30	21	24	26	29	25	25	25	25
7	165	125	125	113	113	128	137	118	127	150	150



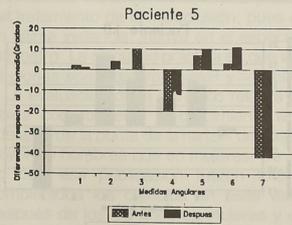
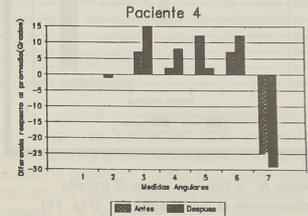
El paciente N° 1 presentó una clase III tratada ortopédicamente. De la lectura del gráfico se observa notable mejoramiento estético (Fig. 12).

El paciente N° 2 presentó una clase I tratada sin extracciones y aparatología removable. (Fig. 13).



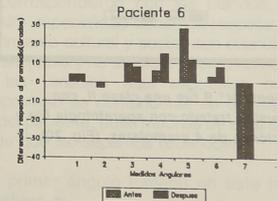
El paciente N° 3 presentó una biprotusión tratada con extracciones de los 4 primeros premolares. (Fig. 14).

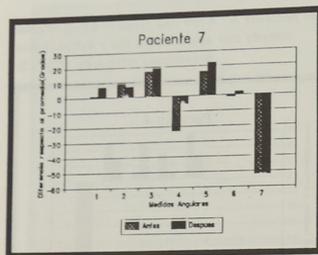
El paciente N° 4 fue una clase III basal inferior tratado con aparatología fija y extracciones premolares inferiores. (Fig. 15).



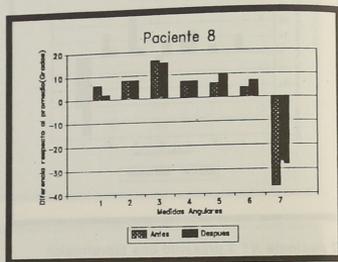
El paciente N° 5 fue una clase II tratado con aparatología fija y extracciones premolares superiores. (Fig. 16).

El paciente N° 6 fue una mesioclusión tratada ortopédicamente la basal superior. (Fig. 17).

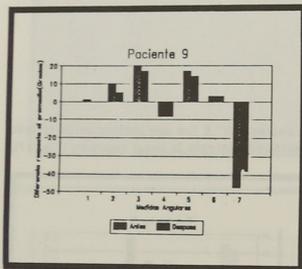




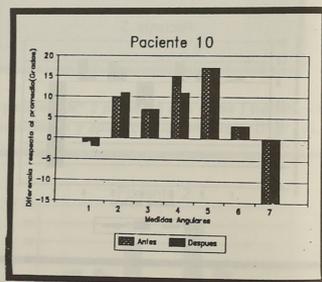
El paciente N° 7 fue una clase III tratado ortopédicamente la basal superior. (Fig. 18)



El paciente N° 8 fue una clase III tratado con aparatología fija y extracciones premolares inferiores. (Fig. 19)



El paciente N° 9 fue una clase II, con biprotusión tratado con aparatología fija y extracciones de 4 premolares. (Fig. 20).



El paciente N° 10 fue una clase I tratado con aparatología removible. (Fig. 21)

DISCUSION

Este trabajo evaluó una serie de perfiles de pacientes tratados ortodóncicamente. Todos ellos con técnicas ortodóncicas discutidas en Ateneo de profesionales, la hipótesis fue que se pudieran agregar algunos detalles a aquellas técnicas para mejorar el aspecto final del rostro. Por otra parte es necesario considerar el factor individual en el aspecto de "bello" que puede coexistir con una maloclusión.

Las diferencias raciales deben ser consideradas²⁰. Deberían mejorarse los estudios preliminares del rostro del paciente, y sus tejidos blandos, dedicándoles tiempos en sus mediciones.

Mejorar las técnicas de medición y evaluación de aquellos para dar una posibilidad de sistematizar esos estudios, para que en la medida de lo posible el ortodoncista tenga elementos concretos para implementar esas mejoras.

Otro aspecto fundamental es conocer más la influencia del crecimiento antes y después del tratamiento de la maloclusión, pues aquel, en última instancia, influye en el aspecto final del rostro. La dificultad práctica es que las predicciones son todas relativas²¹ y ²² arbitrarias.

La evaluación de la retrusión relativa de los labios con respecto al crecimiento abajo y adelante de la punta de la nariz²³ demostró ser mayor en hombres que en mujeres. De acuerdo con esa publicación fueron totalmente completados los cambios en esas variables después de los 16 años en mujeres y de 18 en los hombres.

Antes de esas edades es preciso contar con elementos (no muy complicados) para determinar en qué período de la curva de crecimiento, infantil, máximo o puberal²⁴ se encuentra. Está demostrado²⁵ un crecimiento facial antes de los 10 años: 11 años en niñas y 13 en varones, y entre ambos poco crecimiento.

El tipo facial extremo altera los valores estándar

dar y es difícil encontrar medidas promedio²⁶.

Asimismo, no es justo evaluar un rostro de perfil exclusivamente, pues la belleza del rostro está también representada por el aspecto frontal y pleno (foto final). Otro aspecto para tener en cuenta en la evaluación, es el movimiento natural (hablar, reír) imposible de evaluar fotográficamente.

CONCLUSIONES

Se resume un estudio perfilométrico, fotográfico, de pacientes con maloclusiones abarcando una amplia variedad clínica. Los resultados estéticos finales pos tratamiento figuran en las tablas, a cuyas conclusiones individuales nos referimos en el capítulo "resultados".

Dejamos establecido las diferencias de criterio de publicaciones anteriores de distinto origen y la discusión donde sugerimos las controversias y estimulamos, en alguna medida, la continuación y mejoramiento de este tipo de estudios.

Nuestras evaluaciones fueron hechas en base al perfil visto lateralmente, y para describir, podríamos tomar cualesquiera de los puntos blandos representados²⁷ en la figura 22.

Según este estudio comparativo, no todos los trabajos de armonización de tejidos duros se correspondieron con los blandos, y en nuestra especialidad debemos respetar el requerimiento cultural y social, aun cuando éste sea subjetivo y no sujeto a valores numéricos. De las variables aquí expuestas nuestro compromiso es contundente en el futuro social del paciente, pues muchas de ellas dependen de que las sepamos reconocer.

El primer ángulo tomado en este trabajo se refiere a:

1. *Prominencia relativa del mentón:* cuando el mentón protruye más de 4 delante de los labiales, el aspecto estético se agrava. En esto coinciden Burnstone²⁸, Riedel²⁹ y Stoner³⁰. En varones

con 4 demostró una característica masculina positiva en el aspecto viril. En nuestro estudio, el 50 % mejoró; el 30 %, empeoró y un 20 % permaneció sin cambio.

2. *Prominencia nasal relativa al mentón:* permite mayor margen de error con respecto al anterior. Al igual que el ángulo anterior, los valores femeninos tienden a ser menores para esconder la protrusión del mentón. Ver paciente Nro. 5 (lámina 3) para corroborar el deterioro estético al no tenerlo en cuenta. En general, casi todos los pacientes mejoraron o por lo menos permanecieron sin cambios.

3. *Angulación (TIP) nasal:* este ángulo es modelado por la herencia y crecimiento, casi no podemos influir (ver figura 4). Excepto que influye en la relación nariz-labio, pero podemos, a través del tratamiento, mejorar un aspecto nasal negativo con la posición del labio superior a través de la posición final de los incisivos. En nuestro estudio, el 40 % mejoró; el 30 % permaneció igual, y un 30 % sufrió desmejoramiento del perfil.

4. *Sulcus labial inferior:* es otro ángulo capaz de sufrir modificaciones en nuestras manos. Las diferencias de sexo demuestran la preferencia que en mujeres apenas se note y en varones un poco más. Este promedio no coincide con Burstone³, que prefiere 120. En este trabajo, un 50 % mejoró; un 30 % no tanto, y un 20 % permaneció sin cambios.

5. *Angulo naso labial:* es determinante nuestra actitud en el aspecto final del labio³¹. Un 60 % de los pacientes permaneció casi sin cambio; un 20 % mejoró su aspecto, y un 20 % no tanto.

6. *Tamaño columellar:* es prácticamente el único de los siete que no podemos modificar. Se prefiere en mujeres un ta-

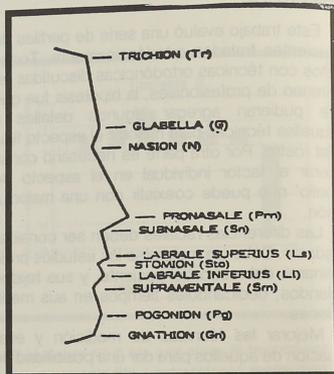


Figura 22

maño menor que en varones. En casi todos los casos hay un aumento por crecimiento.

7. *Prominencia interlabial:* este ángulo es el que más marca las diferencias estéticas por sexo, y depende fundamentalmente de la protrusión dentoalveolar. Mujeres con labios más prominentes y hombres menos protruidos. En este estudio, el 50 % permaneció sin cambios; un 20 % no mejoró, y un 30 % armonizó su perfil.

No es la pretensión de este artículo dar un "manual" donde converja la estética; por el contrario, demostrar que el tema es complejo aun cuando lo tenemos en cuenta.

Cada individuo, su raza, mejillas, forma de labios, mentón, frente, y sobre todo, su imagen corporal, condicionan la decisión final.

No podemos desconocer que en medicina el paciente es un "todo" y en nuestra especialidad así lo deberíamos mirar, en movimiento, en crecimiento, sin entender que con cuatro dientes alineados solucionamos

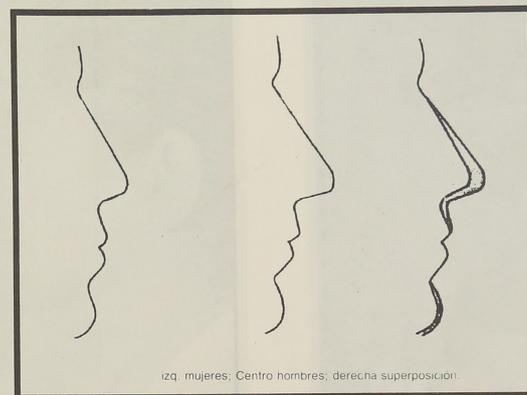


Figura 23: Resumen general de perfiles considerados mas esteticos

estadisticamente.

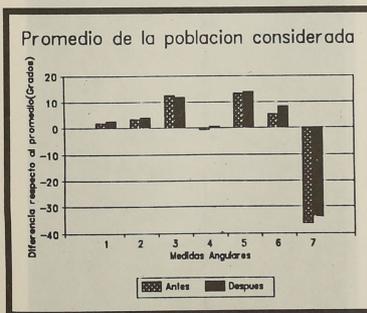


Figura 24: Promedio general de la población evaluada en este estudio.

una maloclusión y ayudamos socialmente al paciente.

La ortodoncia, el arte y la estética poseen un denominador común que es capacidad de crear. el artista con sus manos imprime movimiento, armonía. Sin una inspiración profunda, o una escuela adecuada su obra será incompleta.

¿Cuánto de artista tenemos?

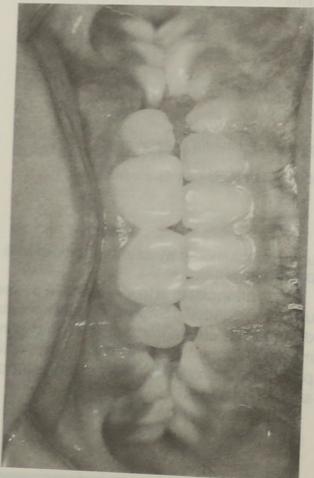


Lámina 1 Paciente 1

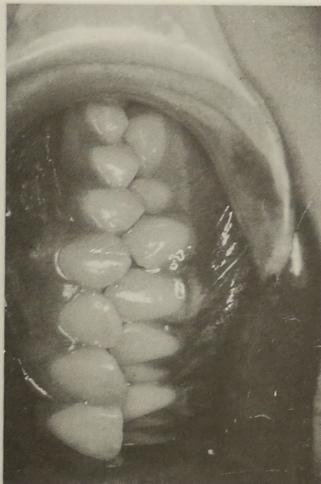


Lámina 2 Paciente 3

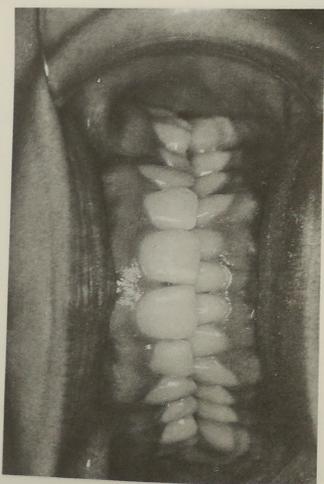
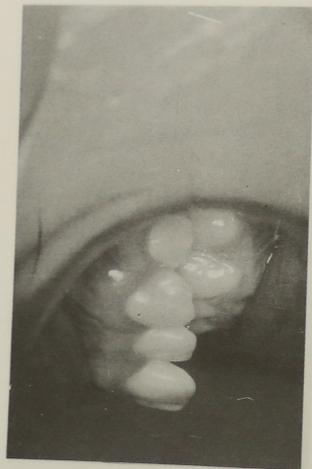
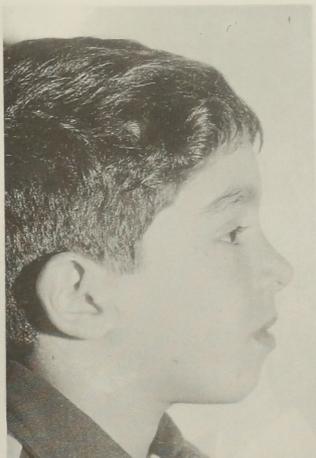


Lámina 3 Paciente 5



Lámina 4 Paciente 6

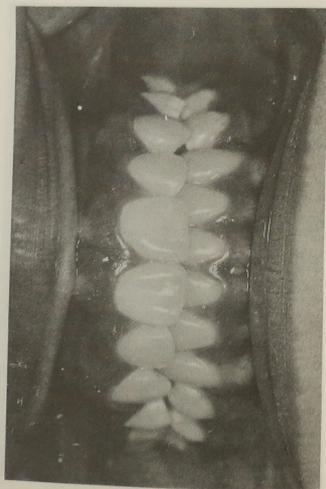
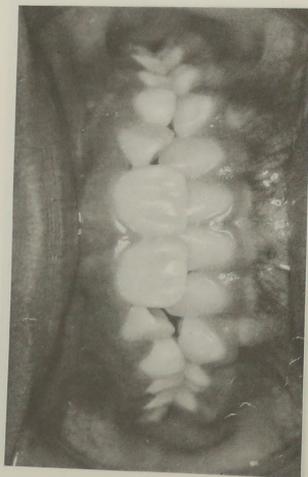


Lámina 5 Paciente 9



SUMMARY

In this paper are treated esthetics and its relations to orthodontics therapy. Profile changes and proportional changes of

hard and soft tissues; lip teeth relations; facial balance and harmony are discussed.

Orthodontics, art and esthetics have in common the capacity for create.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Riedel R. Esthetics and its relations to orthodontics therapy. Angle orthodontics 20: 168/178. 1950.
- 2) Holdaway R. Changes in relationship of points A and B during orthodontic therapy. Am. J. Ort. 42: 176/193 1956.
- 3) Burstone C. The integumental profile. Am. J. Ort. 44: 1/25 1958.
- 4) Burstone C. Lip posture and its significance in treatment planning. Am. J. Ort. 45: 738 1959.
- 5) Wylie W. Mandibular Icrisor. It's role in facial esthetics. Angle Orthod. 25: 32 1955.
- 6) Rudee D. Proportional profile changes concurrent With orthodontic therapy. Am. J. Ort. 50: 421/433 1064.
- 7) O'Reilly W. Proportional changes of hard and soft tissue profiles as a result of orthodontic treatment. Master's Thesis. Univ. of Washington 1957.
- 8) Hershey H. Incisor tooth retraction and subsequently profile changes in post adolescent female patients. Am. J. Ort. 61: 45 1972.
- 9) Buchins Bordeline extraction cases, facial esthetics and cephalometric criteria in extraction decision. J. Clin. Ort. 5: 421 1971.
- 10) Rudee D. A. longitudinal study of soft tissue facial structure and their profile characteristics defined in relation to underlying skeletal structures. Am. J. Ort. 45: 481 1959.
- 11) Hulse C. An esthetic evaluation of lip teeth relationships present in the smile. Am. J. Ort. Feb. 1970 pag. 132.
- 12) Ricketts R. Foundation for cephalometric communication. Am. J. 46: 330 1960.
- 13) Bloom L. Perioral profile changes in orthodontic treatment. Am. J. Ort. 47: 371 1971.
- 14) Anderson J. et al An cephalometric study of profile changes in orthodontically treated cases ten years out of retention. Angle Ort. 43: 324 1973.
- 15) Dobrosky O. et al Changes in facial profile during orthodontic treatment with extraction of four first profile during orthodontic treatment with extraction of four first premolars. Am. J. Ort. 95: 220 1989.
- 16) Meng H. P. et al Growth changes in the nasal profile from 7 to 18 years of age. Am. J. Ort. 94: 317 1988.
- 17) Albino J. Development of methodologies for behavioral measurement related to malocclusion. National Inst. Dent. Res.
- 18) Cox N. et al Facial Harmony. Am. J. Ort. Aug. 1971 pag. 175.
- 19) Lines P. et al Profilemetrics and facial esthetics. Am. J. Ort. 73: 648 1978.
- 20) Wuertel E. On facial balance and harmony. Angle Ort. 1936.
- 21) Ricketts R. Técnica bioprogresiva. Capitulo 3. Ed. Panamericana.
- 22) Holdaway R. Soft tissue cephalometric analysis. Part 1 & 2. Am. J. Ort. 84: 1 1983.
- 23) Bishara S. et al Longitudinal soft tissue profile changes. A study of threee analysis. Am. J. Ort. 88: 209/223 1985.
- 24) Karlberg J. Biologically orientated mathematical model for human growth. C. J. Quinteles Inc.
- 25) Bjork A. Variations in growth patterns of the human mandible longitudinal radiographic study by the implant method. J. Dent. Res. 42: 400 1963.
- 26) Downs W. Variations in facial relationships. Am. J. Ort. 34: 812 1948.
- 27) PECK H. A concept of facial esthetic. Am. J. Ort. 40: 284 1970.
- 28) Burstone C. Integumental contour and expansion pattern. Angle Ort. 29: 93 1959.
- 29) Riedel R. An analysis of dental facial relationship. Am. J. Ort. 43: 103 1957.
- 30) Stoner M. Photometric Analysis of facial profile. Am. J. Ort. 41: 543 1955.
- 31) Hinds E. Surgical treatment of developments jaw deformities. C. V. Mosby Comp.

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

Tratamiento No Quirúrgico de la Deformidad Nasal en el Paciente Fisurado

PEDRO DOGLIOTTI, RICARDO BENNUN, **
EDITH LOSOVIZ, ESTER GANIEWICH **

Existen numerosos trabajos que describen el modelado de las deformidades auriculares en el período neonatal temprano (1-2). Si bien el cartilago es blando y flexible en esa instancia, el mismo va ganando en consistencia y elasticidad con el transcurso del tiempo. La deformidad nasal se debe fundamentalmente a la falta de continuidad del labio por la presencia de la fisura y a la tracción de fuerzas mecánicas. Esta situación, establecida en el vientre materno, se torna más compleja cuando debemos realizar la reparación quirúrgica a los tres meses de edad. Al poseer el cartilago nasal las mismas propiedades que el auricular estimamos de suma importancia la corrección quirúrgica de la deformidad.

EN el período prenatal los tejidos son laxos para permitir el pasaje del feto por el canal de parto. En el período postnatal, especialmente en la primera semana los mismos guardan similares características, lo que permite la corrección de variadas malformaciones mediante el uso de férulas o tutores.

La deformidad nasal es producida por dos factores: la agenesia de tejidos por una falla embrionaria ectodérmica-mesodérmica y la tracción mecánica de los tejidos principalmente músculos y ligamentos. Este esquema establecido en la etapa embrionaria se agrava con el transcurso del tiempo complicando la reconstrucción qui-

** Dr. Dogliotti: Jefe del Servicio de Cirugía Plástica y Quemados del Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan; Dr. Bennun: médico Principal del Servicio de Cirugía Plástica y Quemados del Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan; Dra. Losoviz: área odontológica del Servicio de Cirugía Plástica y Quemados del Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan, jefa de Clínica de Ortodoncia del Ateneo Argentino de Odontología; Dra. Ganiewich: área odontológica del Servicio de Cirugía Plástica y Quemados del Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan, subjefa de Clínica de Ortodoncia del Ateneo Argentino de Odontología.

rúrgica y comprometiendo los resultados cosméticos.

Si al momento de la operación realizamos un examen de la nariz en el paciente con fisura labio-alvéolo-palatina, observaremos que el lado fisurado muestra un ángulo obtuso en la unión de la crus medialis con la crus lateralis del cartilago alar, con un acortamiento de la columela de ese lado, mientras que el lado no fisurado muestra un ángulo agudo con una columela más larga. A los tres meses de edad no sólo se encuentra comprometido el lado fisurado sino también el lado sano, por lo que la simetría es muy difícil de lograr.

El tercio inferior de la nariz puede ser dividido en dos capas: una externa, constituida sólo por piel y otra interna formada por fascia, músculo, cartilago y mucosa (piel del vestíbulo nasal).

Existe una malposición⁽³⁻⁴⁾ y deformación de estos elementos anatómicos que estimamos es corregida parcialmente con el uso de un tutor nasal que a nuestro criterio actúa sobre los dos mecanismos causantes: es decir, remodelando y reposicionando los distintos componentes y/o interfiriendo sobre las fuerzas que tiran inadecuadamente. Al producir una disrupción de las mismas evita la tracción externa indiscriminada del tendón conjunto del labio y la nariz que, mal insertado en la base alar y en el sector interno del ligamento septo-prevomeriano, arrastra la columela y el subtabique⁽⁵⁻⁶⁾.

METODO

Desde el año 87, hemos colocado este tutor en 80 pacientes con fisura labio-alvéolo-palatina unilateral; el mismo fue instalado durante las dos primeras semanas de vida y mantenido hasta el momento de la cirugía, a los tres meses de edad.

La seguridad del control periódico fue una de las condiciones impuestas, estimándose como ideal cada quince días.



Fig. 1

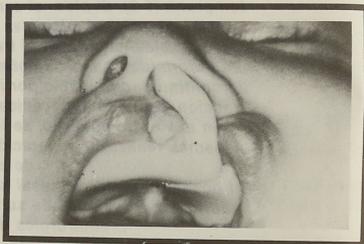


Fig. 2

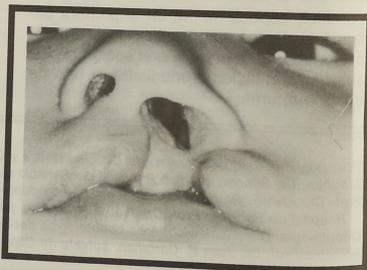


Fig. 3

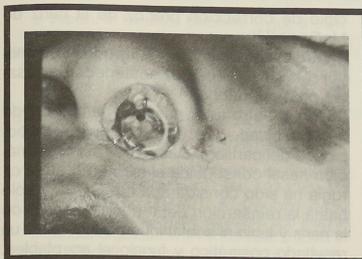


Fig. 4

El tutor nasal presenta tres secciones: base, conector y extremidad activa.

Base: se ubica en el sector anterior de la placa obturatriz, debiendo no interferir en el área correspondiente al desarrollo del borde alveolar.

Conector: vinculando la base a la terminación activa, debe tener un espesor mínimo que asegure su resistencia y no interfiera en el pasaje de la columna de aire. En sentido vertical la altura estará condicionada a la magnitud de la deformidad y a la elasticidad de los tejidos.

Extremidad activa: debe apoyar en la rodilla del cartilago nasal, reubicando al mismo. En sentido ánteroposterior tiene una longitud de 4mm, mientras su contorno brinda al domus nasal la forma deseada.

En los primeros controles se realizaron agregados progresivos de acrílico de autocurado hasta conseguir la centralización de la columela y la altura y conformación adecuadas.

Se diseñó, además, un soporte de acrílico transparente de contención post-quirúrgica. Fabricado a partir de la impresión con elastómero del orificio nasal reparado, fue utilizado por un período de tres meses.

RESULTADOS

Cuando la corrección se realizó dentro de los parámetros señalados, los resultados

fueron excelentes. Con un seguimiento que en algunos casos alcanza los dos años, observamos que la simetría obtenida es aceptable y no existen recidivas.

En cuanto a los beneficios en la cirugía, al no requerir una gran disección, se disminuye la agresión quirúrgica y la cantidad de cicatrices en una nariz en desarrollo, donde sólo continuamos realizando la reubicación del tendón conjunto de la nariz y el labio al subtabique según Técnica de Delaire. (7)

DISCUSION

El cartilago auricular está compuesto por condrocitos y materiales intercelulares, principalmente por colágeno, elastina y un compuesto de proteoglicanos. La elasticidad del cartilago depende de los materiales intercelulares y especialmente de los proteoglicanos. (7)



Fig. 5

Se supone que en el período neonatal temprano los materiales intercelulares están desconectados por la presencia de cantidades importantes de ácido hialurónico, el cual forma parte del compuesto de proteoglicanos. El ácido hialurónico es incrementado por el estrógeno produciéndose la pérdida de elasticidad⁽⁸⁻⁹⁻¹⁰⁻¹¹⁾.

En el período prenatal el estrógeno permite la relajación de ligamentos y tejido cartilajinoso y conectivo para permitir el pasaje del feto a través del canal de parto⁽¹²⁾

Al final del embarazo el nivel de estrógenos de la sangre fetal llega al máximo y después del nacimiento comienza a descender rápidamente.

Está generalmente aceptado que el tratamiento no quirúrgico post-natal de la luxación congénita de cadera⁽¹³⁾, del pie bot⁽¹⁴⁾, así como también de las deformidades auriculares⁽¹⁵⁾, resulta sumamente efectivo. Estamos igualmente convencidos que este mismo concepto es también positivo para la deformidad nasal.

Matsuo y col.⁽¹⁶⁾, en 1989, propone el uso de un modelador nasal que coloca luego de realizar una adhesión labial a los siete días de vida y concluye que sus resultados no son aún lo suficientemente buenos porque deben perfeccionar la técnica quirúrgica de recolocación del cartilago alar e incorpora a partir de ese momento el prin-

cipio de corrección precoz de la nariz de McComb⁽¹⁷⁾.

Otro grupo de Japón⁽¹⁸⁾ introduce sin mayor relevancia el uso de sostenedores nasales post-operatorios⁽¹⁵⁾.

Con nuestro tutor nasal no hemos tenido la necesidad de realizar amplias disecciones del cartilago alar ya que la conformación nasal conseguida al momento de la cirugía ha sido considerada adecuada y sólo basta la reinserción del tendón conjunto de la nariz y labio al subtabique para obtener un resultado cosmético y funcional aceptables. Además, como no realizamos adhesión labial, ahorramos etapas quirúrgicas con el consiguiente beneficio económico y social para el Hospital y el grupo familiar.

El uso del conformador nasal post-quirúrgico combatiría de manera efectiva la retracción cicatrizal evitando la presencia de recidivas.

agenesia and mechanic traction forces. This situation started from the embryonic period is more complex at the time of surgical repairation of the cleft lipnose (3th months). Nasal cartilage has the same properties than the auricular cartilage. For that reason we feel as a very important option, the presurgical correction of the nasal deformity.

SUMMARY

There are many papers about non surgical correction of auricular deformities, in the early neonatal period. The auricular cartilage is soft and lacks elasticity during the first weeks of life. The elasticity change takes place rapidly and then becomes slower. Nasal deformity is caused principally by soft tissues

BIBLIOGRAFIA

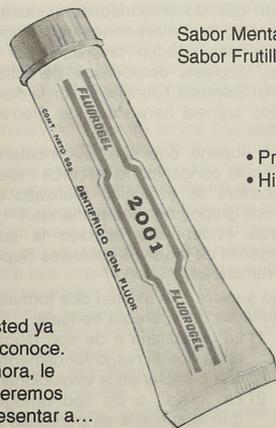
- 1) SCRIMSHAW, G. The 30 second otoplasty. Ann. Plast. Surg. 10:86, 1983.
- 2) HIROSE, T.; TOMONO, T. and YAMAMOTO, K. Non-surgical correction for cryptotia using a simple apparatus. In J. F. Ely (ed.) Transactions of the Seventh International Congress of Plastic and Reconstructive Surgery, Sao Paulo, Brasil, 1980.
- 3) TESTUT, L.; JACOB, O. Tratado de Anatomía Topográfica, Salvat Barcelona, 1920.
- 4) FARA, M. Anatomy and Arteriography of cleft lips in stillborn children. Plast. Reconstr. Surg. Vol. 42:1, 1968.

- 5) LATHAM, R. A. The pathogenesis of the skeletal deformity associated with unilateral cleft lip and palate. Cleft Palate J. 6:404, 1969.
- 6) PENSLE, J. M.; WARD, J. W.; PARRY, S. W. The superficial musculo-aponeurotic system in the upper lip: an anatomic study in cadavers. Plast. Reconstr. Surg. 75:4, 1985.
- 7) DELAIRE, J.; FEVE, J. et col. Anatomie et physiologie des muscles et du frein median de la levre superieure. Rev. de Stomatologie, No. 2, p93, Paris.
- 8) SHELDON, H.; ROBINSON, A. Studies on cartilage: II Electron microscopic observations on rabbit ear cartilage following the administration

- of papain. J. Biophys. Biochem. Cytol. 8:151, 1960.
- 9) HARDINGHAM, T. E.; MUIR, H. The specific interaction of hyaluronic acid with cartilage proteoglycans. Biochem. Biophys. Acta 437:94, 1976.
 - 10) SHINMEI, M.; GHOSH, P.; TAYLOR, T. N° 602 — Dibutylol adenosine 3'5' — monophosphate — stimulated release of proteoglycans from cultured immature rabbit ear cartilage. Biochim. Biophys. Acta 437:94, 1976.
 - 11) STACK, M. T.; BRANDT, K. Dibutylol cyclic AMP affects hyaluronate synthesis and macromolecular organization in normal adult articular in vitro. Biochim. Biophys. Acta 631:264, 1980.
 - 12) USUKA, M.; NAKAJIMA, K.; OHTA, S.; MORI, Y. The mechanism of estrogen-induced increase in hyaluronic acid biosynthesis, with special reference to estrogen receptor in the mouse skin. Biochim. Biophys. Acta 627:199, 1980.
 - 13) KENNY, F.; ANGSUSINGHA, K.; STINSON, D.; HOTCHKISS, J. Unconjugated estrogens in the

- perinatal period. Pediatr. res. 7:826, 1973.
- 14) WULKINSON, J. A. postnatal survey for congenital displacement of the lip. J. Bone Joint Surg. 54B:406, 1972.
 - 15) KITE, J. Some suggestions on the treatment of cleft foot by casts. J. Bone Joint Surg. 45A:406, 1963.
 - 16) MATSUO, K.; HIROSE, T.; TOMONO, T. et al. Nonsurgical correction of congenital auricular deformities in the early neonate. A preliminary. Plast. Reconstr. Surg. 73:1:38, 1984.
 - 17) MATSUD, K.; HIROSE, T. ET AL. Repair of cleft lip with nonsurgical correction of nasal deformity in the early neonatal period. Plast. reconstr. Surg. 83:1:25, 1989.
 - 18) Mc COMB, H.. Primary correction of unilateral cleft lip nasal deformity: A 10-year review. Plast. Reconstr. Surg. 75:791, 1985.
 - 19) NAKAJIMA, T.; YOSHIMURA, Y.; SAKAKIBARA, A. Augmentation of the nostril splt for retaining the corrected contour of the cleft lip nose. Plast. Reconstr. Surg. 85:2, 182, 1990.

Fluorogel 2001



Sabor Menta
Sabor Frutilla

- Prevención
- Higiene

Usted ya lo conoce. Ahora, le queremos presentar a...

El enjuagatorio fluorado diario



Presentación del producto:
—Envase plástico de 200 ml.
—Tapa dosificadora de 10 ml.

Laboratorio NAF-SRL
Lamadrid 1263/5 - (CP 1653)
Villa Ballester - Tel.-Fax: 767-3910

Agencias Dentarias: Enfoque Diagnóstico y Terapéutico

ALCIBIADES GONZALEZ
ADRIANA NICOLAS EL MACDISI

INTRODUCCION

El objetivo de nuestro trabajo es el de aportar un mayor conocimiento de las agencias dentarias para la práctica odontológica general y especializada. El diagnóstico precoz de las mismas permite la intercepción oportuna de sus consecuencias en niños. Asimismo, pretendemos señalar algunas orientaciones terapéuticas inspiradas en la búsqueda bibliográfica y en nuestra experiencia clínica. Nuestras propuestas se hallan bajo la influencia de la incorporación a la odontología de avances como los implantes óseos integrados.

DEFINICION

Agencia significa en griego "ausencia de generación"

"Se considera agencia de un diente la ausencia clínica y radiográfica del mismo en una edad en que su presencia sería lo esperado si no hay antecedentes de extracción o exfoliación de dicho diente"⁽¹⁾. Preferimos reservar el término Anodocia para sig-

nificar la ausencia total de dientes permanentes o primarios.

ETIOPATOGENIA

Algunos autores como L. Dellagardia, Brothwell, Salzman, Dolder, Grammen, estiman que las agencias obedecen a una causa hereditaria.⁽¹⁾

Otros, como R. Werther y F. Rothenberg dicen que las enfermedades virales (rubéola) y algunas alteraciones constitucionales endócrinas pueden favorecer las agencias: displasia ectodérmica hereditaria de Christ Siemens Touraine o bien la disostosis cleido craneal hereditaria de Pierre Marie Saiton.⁽¹⁾

Se supone que una alta incidencia de ausencia congénita de terceros molares es indicadora de evolución avanzada de modernos grupos raciales humanos^{(2) (3)}, como puede evidenciarlo también la ausencia congénita de Incisivos Laterales Superiores o Premolares.

Se sugiere que existen dos formas no relacionadas de agencia dentaria:

- 1) La hereditaria o de tipo filogenética en la que el rasgo fundamental sería una característica evolucionaria, y
- 2) La "nova" o de tipo ontogenética que aparecería en personas sin historia hereditaria previa a la condición.

ALCIBIADES GONZALEZ, ADRIANA NICOLAS EL MACDISI

Ambas, serían clínicamente irreconocibles, pero podrían diferenciarse sobre la base de la historia del paciente. Es posible que el tipo ontogenético pueda, si se perpetúa, dar lugar al tipo filogenético, pero no hay aún evidencias de este fenómeno.

La Agencia dentaria, aunque frecuentemente es la única anomalía presente, puede formar parte de una "displasia ectodérmica". Así al notar la condición deben buscarse alteraciones asociadas con el pelo, ojos, piel, uñas y desarrollo mental. Defectos en uno o más de estos rasgos están inevitablemente asociados con la exhibición de agencia dentaria en su forma más severa o sea ausencia total de dientes.^{(4) (5)}

El tiempo de comienzo de una anomalía ectodérmica podría ser instrumental para determinar el grado de "aplasia dental"; cuanto antes se desarrolla la interferencia más severa resulta la agencia dentaria. Así en categorías sucesivas de severidad, anodoncia total, ausencia de dientes permanentes solamente, o ausencia de unos pocos dientes de cualquier dentición sería un ejemplo de interferencia tardía progresiva en los patrones de desarrollo normal de la dentición.

La ausencia frecuente de los incisivos inferiores puede ser atribuida a su posición media. Esta línea media es el punto más remoto de provisión de sangre a la mandíbula, es la región más propensa a sufrir "oligüemia relativa". Esta precaria provisión de sangre durante el período formativo de los incisivos es probable que impida el desarrollo y aun resulte en su ausencia total.⁽⁶⁾

Evidencias recientes tendrían a implicar a enfermedades víricas y otros factores nocivos que operan durante el primer trimestre del embarazo como causa de anomalías congénitas.

Evans⁽⁶⁾ cita tres casos de agencia parcial en niños cuyas madres contrajeron rubéola en los primeros tres meses de em-

barazo y Stocker⁽⁶⁾ describe aplasia de todos los dientes permanentes en un feto afectado en forma similar.

Thoma⁽⁶⁾ cree que la escarlatina en la futura mamá puede dar lugar a la condición.

La sífilis congénita también puede influir en la producción de agencias.

Estos factores varios de enfermedad que pudieran producir anomalías en el desarrollo dental no son características normalmente hereditarias. Del mismo modo la agencia resultante podría ser considerada del tipo ontogenético.

Sin embargo, Berendt cree que una historia de enfermedad durante el embarazo no necesariamente implica una relación causante entre el estado de enfermedad y la presencia de agencia dentaria parcial.⁽⁶⁾

Considerando algunos factores necesarios, se requiere que cada uno actúe a un tiempo preciso y crítico en la organogénesis del embrión dental.

Algunas malformaciones resultan de un gen defectuoso que se expresa sólo bajo ciertas condiciones del medio ambiente, mientras defectos acumulados podrían simular alteraciones hereditarias con gran exactitud.

En la mayoría de los casos, las aberraciones son el resultado de una interacción compleja entre la constitución heredada y el medio ambiente.

El papel que juegan las hormonas al influir en el desarrollo dental en la vida temprana es aún desconocido. Aunque la agencia dentaria no se considera como característica patognomónica de ningún desorden endocrino postnatal, parecería que las disendocrinias tendrían alguna influencia al producir un número mayor de incidencias de dientes faltantes que el término medio de dientes faltantes en individuos que sufren estos desórdenes.

La falla de un embrión dental para desarrollarse puede ser atribuida a una determinación genética por herencia. La demostra-

ción de agenesia dentaria de patrones similares en varias generaciones constituirían la "forma filogenética" de la condición.

Hay evidencias de herencia en muchos casos reportados con genes deficientes, mostrando unión sexual de tipo recesivo. Sin embargo, Granhem cree que la agenesia está determinada por un gen autosómico dominante con penetración incompleta y expresividad variable.⁽⁶⁾

Otros autores ven en la agenesia, especialmente en la simétrica, una reducción filogenética (reducción del número de dientes por pérdida o fusión), en la cual la dentición actual de 2 I, 1 C, 2 Pm, 3 M, sería una fórmula de transición entre la anterior de 3 I, 1 C, 4 Pm, 4 M, y una dentición futura de 1 I, 1 C, 1 Pm y 2 M, pero no hay datos concluyentes al respecto.⁽⁷⁾

Por lo común, si está ausente uno o pocos dientes, el diente ausente será el más distal de cualquier tipo dado. Si la ausencia congénita es de un Molar, éste será siempre el Tercero, si el faltante es un Incisivo, casi siempre será el Lateral, y si el ausente es un Premolar, con más frecuencia estará ausente el 2° Pm. que el 1° Pm. Raramente hay agenesia de canino.⁽⁸⁾

Señala Proffit que en la actual población humana, la ausencia de Terceros Molares es tan frecuente que aparece como una reducción que se halla en progreso; y la variabilidad de Is. L. S. y 2° Pms. sugiere una presión evolucionista en estos dientes.⁽⁸⁾

Por último, diremos que también se atribuye a las dosis masivas de Rayos X la producción de agencias, pero su incidencia es mínima en relación a la prevalencia de agencias existentes.⁽⁷⁾

PREVALENCIA DE LAS AGENCIAS DENTARIAS

Los estudios realizados sobre pacientes tratados ortodóncicamente revelan que hay prevalencia del 6.1 % de agencias.

De cada 20 pacientes ortodóncicos, 1 presentaba agenesia.

Hay un ligero predominio de mujeres (64 %) que presentan agencias mientras que en varones el porcentaje es del 36 %.

PREVALENCIA DE AGENESIA DENTARIA EN DENTICION PERMANENTE

Es de 6.1 % - Las piezas que más frecuentemente están ausentes son: I L S.; 2° P. Inf.; 2° P. Sup.; I C Inf.; 1° P. Sup.; 1° P. Inf.; 1° M. Sup.; I L Inf.

FRECUENCIA DE PRESENTACION DE AGENESIA POR PIEZAS DENTARIAS

Son las siguientes:

2° P. Inf. =	2.61 %
I L Sup. =	2.55 %
2° P. Sup. =	1.33 %
I C Inf. =	0.46 %

La frecuencia del resto de las piezas ausentes fueron menor de 0.2 %.

DISTRIBUCION DE LAS PIEZAS DENTARIAS AUSENTES SEGUN SU LOCALIZACION EN EL MAXILAR SUPERIOR O INFERIOR

2° P. Inf. =	35 %
I L Sup. =	34 %
2° P. Sup. =	18 %
I C Inf. =	5.48 %

En conjunto se observa que hay más piezas dentarias agenésicas en el maxilar superior que en la mandíbula; más dientes ausentes en el lado derecho que en el izquierdo y considerando ambos sexos por separado, en los varones hay más dientes ausentes en el lado izquierdo que en el derecho.

La afectación de dientes homólogos es

predominante entre las diferentes combinaciones de dientes ausentes.

El diente más frecuentemente ausente en los casos con agenesia de una o dos piezas fue el incisivo lateral superior. El 2° Premolar es el diente que con mayor frecuencia se encontró ausente en los casos con agenesia de tres o más piezas.⁽⁹⁾

DIAGNOSTICO

Los recursos para diagnosticar agencias dentarias deberían ser del dominio del odontólogo general ya que su detección puede conducir al hallazgo de piezas en malposición o con una senda de erupción alterada y tomar las medidas preventivas para el logro de una oclusión equilibrada.

La oportunidad del diagnóstico no aporta solamente a la constatación de la ausencia de la pieza dentaria sino también al comportamiento de piezas vecinas y a las dimensiones y conformación del hueso y demás tejidos de la zona, por ej.: agenesia de un I.L.S. implica la mesialización del canino y de los premolares. Detectar oportunamente esta ausencia permite evitar este movimiento invasivo y una rehabilitación óptima de los mismos.

El tejido óseo alveolar se ve afectado en su espesor por la agenesia dentaria observándose una depresión de la tabla vestibular de nivel de la pieza ausente. En la terapéutica correspondiente quizá puedan tomarse medidas para que alcancen su tamaño adecuado.

El tratamiento oportuno y precoz de los mismos es nuestro objetivo.

MEDIOS DE DIAGNOSTICO

El primer medio de diagnóstico y el más importante es el examen clínico, el que debe ser minucioso, prestando especial atención, por ejemplo a: la presencia de diastema interincisivo superior, la mesialización

excesiva de un primer molar, la persistencia de una pieza temporaria fuera de la edad del recambio, la retención secundaria del segundo molar temporario, la bigeminación de un diente decíduo, etc.

Otro medio importante es la anamnesis de antecedentes familiares agenésicos.

La práctica clínica nuestra en pacientes agenésicos revela un porcentaje de 90 % de padres con agencias.

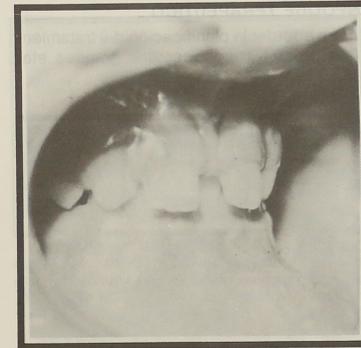


Fig. 1: presencia de un diastema interincisivo en un caso de agenesia de I.L.S.D. e I.

EXAMEN RADIOGRAFICO

Algunos autores preconizan el examen radiográfico sistemático de todos los niños para detectar agencias, criterios que no compartimos por considerarlo utópico y excesivamente costoso.⁽¹¹⁾

La sospecha hace que se tomen radiografías periapicales y una pantomografía.

En el examen radiográfico es preciso prestar atención a la morfología radicular de los dientes vecinos que puede verse altera-

da por las agenesias como en el caso de los ls. Cs. S. cuando hay agenesias de l. laterales, en la que se puede observar la dilaceración radicular hacia la zona de la pieza ausente. (Figs. 4 y 5).

También se observa escaso desarrollo y retroposición del maxilar superior en agenesias de I.L.S., disminución de la altura facial y alteraciones del perfil blando (disminución de la eversión de los labios y aplanamiento del surco labio mentoniano).

ENFOQUE TERAPEUTICO

Para abordar la planificación del tratamiento es preciso reconocer dos grandes etapas:



Fig. 2: persistencia de piezas dentarias temporarias más allá de la edad de su exfoliación natural.

- 1) Niñez y Adolescencia
- 2) Adultos

Los objetivos más frecuentes suelen ser:
 —reposicionamiento de piezas;
 —recuperación de la dimensión vertical;
 —conservación o recuperación de espacios;

La necesidad de reemplazar el diente por implantes ya contempla objetivos estéticos y funcionales.

El enfoque debe ser interdisciplinario pudiendo reunir a:

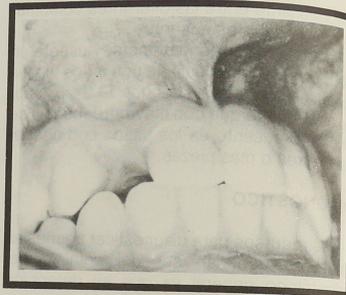


Fig. 3: agenesia de I.L.S.D. observándose la depresión de la tabla externa.

Ortodoncia,
 Cirugía,
 Implantología,
 Prótesis,
 Fonoaudiología,
 Genetista. y otros.

El enfoque terapéutico también depende del sector afectado por la agenesia. Se puede reconocer:

- 1) Análisis de acuerdo con el sector afectado.
- 2) Análisis de acuerdo con la simetría de las agenesias.
- 3) Por otras determinantes del estado bucal:
 - a) caries (curadas o no);
 - b) la oclusión.

SECTOR ANTERIOR: Las agenesias más frecuentes son la de I.L.S.

Rasgos característicos:

ENFOQUE TERAPEUTICO: Si tomamos al niño y adolescente, la posibilidad que la solución del caso contempla, es una recu-

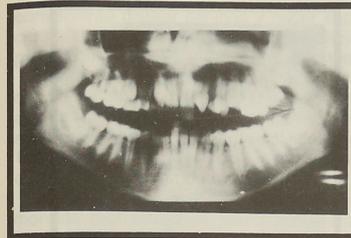


Fig. 4: paciente con agenesias de I.L.S.D. e l. de 13 años. Se observa migración de caninos y premolares superiores hacia mesial y persistencia de piezas temporarias. Asimismo, la dilaceración de las raíces de los ls. Cs. hacia el espacio del germen agénico.

peración estética dentaria y una recuperación estética del perfil.

Ganar espacio para reponer los ls. S. ausentes significa la conservación o la recuperación del perímetro del arco dentario y por ende la recuperación de la prominencia normal del 1/3 medio de la cara o de las estructuras blandas del perfil.

Desde el punto de vista funcional un enfoque polémico se suscita entre lo que hemos visto en la literatura con una orientación predominante a ubicar los caninos en el lugar de los I.L. ausentes en desmedro de la recuperación ad-integrum de las guías caninas para los movimientos laterales.

Quizás nuestra postura favorable a la recuperación de dicho espacio tenga que ver con los recursos modernos que nos permiten la reposición de los ls. laterales superiores en condiciones más favorables que las que podrían obtenerse en el pasado; ejemplo de ello son los implantes óseos integrados que en muchos casos son la alternativa prostodóntica a la ausencia de la pieza.

Indiscutiblemente recuperar espacio para

los ls. Laterales Superiores ausentes nos parece el mejor enfoque terapéutico tanto para lograr los objetivos estéticos como funcionales.

En lo que respecta a la ausencia de ls. Inferiores en general es preferible el cierre del espacio por la poca incidencia estética y porque funcionalmente puede provocar sólo una profundización de la mordida, característica ésta que puede ser compensada con aparatología ortodóntica.

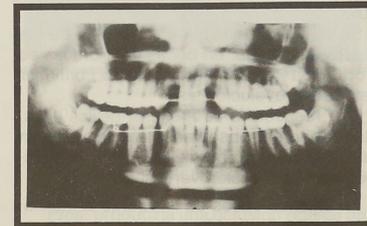


Fig. 5: panorámica del mismo paciente en la etapa de finalización. La dilaceración radicular de ls.Cs. dificulta la utilización de implantes para reponer los ls.

SECTORES LATERALES

La agenesia más común es la del 2do. Pm. Inf. Frente a la ausencia de 2dos. Pms. Inf. puede tener importancia si es uní o bilateral. Si hay un buen balance oclusal es conveniente conservar el espacio ya sea con el temporario si persiste o bien protéticamente. Si es bilateral y hay apiñamiento conviene cerrar el espacio. Si es bilateral y está acompañada con agenesias de superiores, conviene cerrar los espacios. Deberá también considerarse la biotipología del paciente para la toma de decisión de conservar o cerrar el espacio correspondiente. En lo que atañe a la ausencia del 1er. Pm. y Cs. lo más importante es mantener las guías de lateralidad y en caso de agenesias cani-

nas la estética del sector: simular la morfología anatómica de la pieza. En sectores posteriores las agenesias de 3ros. Ms. es lo más frecuente.

La persistencia de un 3er. M. en la boca depende de sus posibilidades de incorporarse a las arcadas dentarias en oclusión. Sin embargo, las agenesias, por ejemplo de un M.S. o Inf. que deja sin antagonista a su oponente, generalmente es aconsejable la extracción porque es frecuente observar extrusiones que afectan la dinámica mandibular.

Se puede afirmar que la agenesia de los cuartos 3ros. Ms. en bocas equilibradas es afortunada y realmente parece confirmar esta teoría evolucionista.

Con respecto a la agenesia de los 1ros. Ms. deben ser observadas atentamente en relación al efecto pernicioso de la disminución de la dimensión vertical posterior.

En algunos casos es frecuente la inclinación de los 2dos. Ms. sobre el espacio remanente, por lo que es aconsejable enderezar los 2dos. Ms. y reponer protéticamente las piezas ausentes. Asimismo, no se debe descartar la posibilidad de recurrir al trasplante de gérmenes de los 3ros. Ms. en lugar de los 1ros. Ms. agenesicos, siempre que la rizogénesis del 3ro. se halle en la etapa adecuada.

En agenesias de los 1ros. Ms. existen mayores posibilidades de que la ocupación de su espacio por el 2do. M., se realice en condiciones de un mejor paralelismo radicular o del eje mayor de la pieza.

Otro recurso es el stripping, en caso de cerrar el espacio en el superior y que haya apiñamiento en el inferior, porque difiere la longitud del arco dental.

Hasta aquí nos hemos referido particularmente a las posibilidades terapéuticas en el niño y el joven, y el enfoque brindado apunta a una concurrencia interdisciplinaria donde el odontólogo general, el odontope-



Fig. 10: haber recuperado los espacios para incisivos laterales y repuesto las piezas con implantes y coronas permite una recuperación estética óptima del perfil del paciente.

diatra, el ortodoncista, el cirujano y el protésista juegan un papel fundamental.

ENFOQUE TERAPEUTICO EN ADULTOS

La terapéutica depende de muchos factores, a saber:

- El grado de maloclusión;
- Cantidad y estado de las piezas dentarias;
- Salud periodontal.

En caso de agenesia de I.L.S. podemos encontrar los Cs. ubicados en el lugar de los ausentes. En esta circunstancia se alinean los Cs y se tallan procurando aparentarlos a los I.L., no siendo aconsejable el distaliamiento de piezas para recuperar el espacio perdido. Si se han perdido Pms. es

conveniente distalar caninos y hacer espacio para reponer los I.L. agenesicos ya sea protéticamente o por medio de implantes.

El incremento del desarrollo de la ortodoncia en adultos permitirá diversificar las alternativas posibles. En el adulto es preciso considerar el acortamiento del tiempo de tratamiento. Los factores psicosociales condicionan la toma de decisiones.

En agenesias múltiples: encontramos mordida profunda y el surco labiomentoniano muy profundo por falta de acción de los tejidos duros sobre los tejidos blandos.

Woodworth y otros realizaron un estudio sobre 43 personas, 22 de las cuales fueron tratados con cierre del espacio⁽¹⁰⁾. En estos 22 las conclusiones fueron las siguientes:

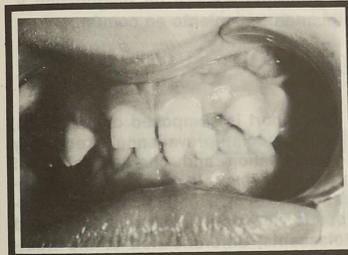


Fig. 6: otro caso de agenesia de Is.Ls.S.D.e I. al concluir el tratamiento ortodóncico del mismo paciente de la Fig. 1.

- 1) Tendencia a la clase III con 55 % de incidencia de ausencia de otros dientes y una media del 21 % de impactación.
- 2) Largo del arco, ancho del arco, overjet y overbite normales.
- 3) Significativas discrepancias del tamaño dentario en varios dientes anteriores y posteriores. Ej.: I. Inf. más pequeños

Fig. 7: implantes óseos integrados con sus pernos. (Los implantes y la reposición protética fueron realizados por el doctor Salvador Jaef).



en varones; Ms. más grandes en mujeres.

- 4) El análisis de Bolton reveló que en los casos que necesitaban extracciones inferiores, la extracción de los 1ros. Pms. produciría una oclusión óptima en el 85 % de los casos.
- 5) El maxilar superior, mandíbula, hueso nasal y base craneal anterior fueron significativamente más chicas que lo normal de ambos sexos.
- 6) Las dimensiones faciales verticales tanto anterior como posterior fueron significativamente menores.



Fig. 8: coronas instaladas.

Parece ser que el desgaste o reducción dentaria mesiodistal será necesario en la mayoría de los casos para lograr relaciones de tamaño normal de los dientes y por ende una oclusión óptima.



Fig. 9: aspecto estético de la boca.

CONCLUSIONES

El diagnóstico precoz de las agencias dentarias se puede lograr sobre la base del examen clínico minucioso y la anamnesis correspondiente. No debe demorarse la obtención de los necesarios medios de diagnóstico a fin de conocer la magnitud de la afección particularmente en niños y en adolescentes a fin de poder trazar una adecuada estrategia de tratamiento.

El enfoque terapéutico debe ser de calidad interdisciplinaria, abarcando principalmente al ortodoncista, el cirujano y el protésista, recurriendo al implantólogo en los casos indicados. Este enfoque debe tener en cuenta el sector de la arcada en que se da la ausencia de ls. Ls. S. recomendamos la recuperación del espacio y su reposición protética. Es de reconocer que existen muchas limitaciones para el tratamiento de agencias dentarias en adultos.

El haber incursionado en este tema nos

ha motivado para seguir investigando sobre el mejoramiento de los tratamientos a pacientes agénicos.

RESUMEN

El artículo se compone de la definición, etiopatogenia, prevalencia, frecuencia de presentación y rasgos característicos de las agencias dentarias. Se pasa revista a los recursos del diagnóstico y su oportunidad. Se sugiere un enfoque terapéutico orientado por un lado a niños y adolescentes diferenciándolo del tratamiento en adultos. Los autores propician en algunos casos el reemplazo de piezas del sector anterior por implantes. Se propugna la intervención de un equipo interdisciplinario que elabore un diagnóstico y un plan de tratamiento en común.

SUMMARY

This report is composed of definition, ethyopatogenia, prevalence, frequency of presentation and characteristics of dental agenesias. It describes the diagnostic and its opportunity. It suggests the therapeutic view orientated to children and adolescents, differentiated of the treatment in adults. The authors propose in some cases substitution of anterior teeth by implants. They recommend an interdisciplinary team for the diagnostic and treatment plan.

BIBLIOGRAFIA

- 1) M. LANGLADE: *Diagnostic Orthodontique*. Paris, Maloine, 1981. Pags. 127-129.
- 2) A. HRDLICKA: "Human dentition and teeth from evolutionary and racial standpoint". En *Dominion Dent. J.* 23: 403 - 421, 1911.
- 3) T. KEMP: Citado por Pedersen, P.O.: "The East Greenland Exkimo dentition". Copengahen,

- C.A. Reitzels Forlag, 1949.
- 4) A. G. BRODIE and B.G. SARNAT: "Ectodermal dysplasia (Anhidrotic type) with complete Anodontia" en *Am. J. Dis. Child.* 64: 1046, 1942.
 - 5) R. GRANT and H.F. FALLS: "Anodontia: report of case associated with Ectodermal Dysplasia or Anhidrotic Type". En *Am. J. Orthod. and Oral Surg.* 30: 661, 1944.
 - 6) G.H. SPERBER: "Anodontia. Two cases of different etiology". En: O.S., O.M. and O.P. Vol. 16, Nr. 1: 73 - 82, 1963.
 - 7) C.F. SALINAS: *Genética Craneo Facial*. Buenos Aires, El Ateneo, 1979. Pags. 85-100.
 - 8) W. R. PROFFIT: *Contemporary Orthodontics*. Saint Louis, The C.V. Mosby Company, 1986. Pags. 97-98.
 - 9) C. BARRACHINA, A. BRAVO Y M. CATALA: "Análisis epidemiológico de la agnesia dentaria en la comunidad Valenciana. Estudio sobre 6.000 pacientes ortodóncicos". En: *Rev. Esp. de Ortod.*, 16: 191-206, 1986.
 - 10) D. A. WOODWORTH, P.M. SINCLAIR AND R.G. ALEXANDER: "Bilateral congenital absence of maxillary lateral incisors: A craniofacial and dental cast analysis". En: *Am. J. Orthod.* Vol. 87, Nr. 4: 280 - 293, 1985.
 - 11) TOLLARO Y M. VICHI: "Individuazione e valutazione delle agnesie dentali nei riflessi dei problemi ortodontici". En: *Mondo Ortod.*: 31-40, 1980.

Dirección de los Autores: Avda. Pellegrini 28 ROSARIO - 2000 ARGENTINA.

Detenga la hipersensibilidad
y el Efecto Dominó...
en el Consultorio

Sensodyne® SEALANT
KIT

Desensibilizante Dental.

- Solución de Oxalato Férrico al 6%.
- Pincel Aplicador Descartable.
- SENSODYNE® - Crema Dental con sabor a Menta.
- SENSODYNE® - Cepillo Dental de Cabeza compacta.



EDUCACION PARA LA SALUD BUCAL:

Trabajo interdisciplinario con maestros especiales y de grado en la escuela primaria

NORMA CRISTINA FIORILLO;
ODONTOLOGA ESCOLAR
CRISTINA BEATRIZ MORRESSI;
PSICOLOGA

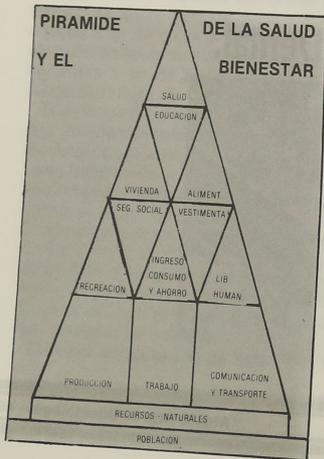
INTRODUCCION

En Julio de 1946 se funda la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el 7-IV-48 ("Día Mundial de la Salud") entra en vigor su carta Magna donde se define a la Salud.

"El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades".

Este concepto representó en su época un fundamental avance sobre el criterio fisiológico, organicista y somático, al añadirle lo psíquico y social, ampliando su campo de comprensión y por lo tanto de operación.

En 1961 un grupo de expertos de las Naciones Unidas (ONU) propuso los siguientes componentes del Bienestar.



Entonces, según este esquema, la Salud depende del desarrollo armónico de los demás componentes y nuevamente observamos que los esfuerzos de la comunidad en otros campos repercuten directamente en la Salud.

Si aceptamos lo planteado hasta el momento y consideramos que la enfermedad como "naturaleza pura" no existe, sino como el producto de manifestaciones de interacción entre los

componentes del cuerpo y el medio ambiente; es decir, que no hay enfermedad sin componente social, podríamos definir a la

SALUD como el hecho social producto de una circunstancia política, económica, cultural y social, que se da en una población en un tiempo y lugar. Es un fenómeno social que refleja el grado de satisfacción colectiva, de las necesidades vitales de una población.

Este preámbulo de definiciones tiene la finalidad de anticipar al colega nuestra filosofía de trabajo, centrada específicamente en nuestro niño-paciente dentro de un contexto socio-económico-cultural, haciendo Educación Para la Salud a partir del interés y la propuesta del niño y trabajando en grupos operativos en el ámbito escolar, donde las actividades grupales nos permiten construir una comunidad participativa y solidaria, donde debe darse lugar a todos los puntos de vista para comprender cómo las diferencias enriquecen tanto el proceso como el producto de nuestro aprendizaje.

En la escuela tradicional PARTICIPAR ha significado aceptar tareas asignadas por otros, colaborar en la ejecución, es decir, una participación simbólica. APRENDER A PARTICIPAR significa competir con los otros y no para otros un largo recorrido, redefinir, descubrir las necesidades o efectuar el diagnóstico cooperativamente.

Cuando los chicos reflexionan sobre su producción y pueden modificarla de acuerdo con las necesidades y los intereses del conjunto, aprender a participar, sin perder su identidad y afirmando su autonomía personal.

DESARROLLO DEL PROGRAMA

LUGAR DE TRABAJO

Ciudad de Rosario, Pcia. de Santa Fe, en escuela carenciada en un 95 %, marginal con una población de 1750 niños, con comedor escolar y con copa de leche. Reúne 42 docentes de grado, 6 docentes especiales. Cuenta con consultorio odontológico dependiente de la Dirección Provincial de Odontología de la Pcia. de Santa Fe con su Departamento de Prevención.

PARTICIPAN

Profesionales odontólogos, 28 docentes de grado y actividades prácticas, dibujo, música y gimnasia, padres, alumnos.

FECHA de INICIACION: Marzo de 1989 con continuidad en la actualidad.

OBJETIVOS GENERALES

1. Abrir las puertas de nuestro

consultorio hacia las necesidades de nuestra comunidad educativa.

2. Transmitir conceptos de Prevención para el mantenimiento de la Salud Bucal.

3. Formar PROMOTORA/ES de SALUD dentro de la comunidad (ej.: madres).

4. MEJORAR LA CALIDAD DE VIDA de NUESTROS CHICOS.

1. OBJETIVOS ESPECIFICOS

1. Fijar el concepto de la importancia del cepillado en el cuidado de la Salud B. (maestros de Act. Prácticas).

2. Asimilar a través de su propia experiencia el conocimiento de una alimentación sana, simple y no cariogénica. (Act. prácticas, docentes de grado).

3. Aprender JUGANDO didácticamente (con maestros de gimnasia).

4. Expresar su conocimiento a través de la teatralización y musicalización (Profesores de Música).

5. Preparación de la JORNADA ANUAL de Salud Bucal con exposición de toda la producción escolar. (Participa toda la comunidad educativa).

6. Evaluación final a través de un cuestionario o redacción.

Previo al desarrollo de este programa realizamos una ACTIVIDAD de INDAGACION donde establecemos el primer contacto con el alumno, en los tres ciclos de la escuela primaria. La actividad consiste en el siguiente Cuestionario:

1. ¿Qué necesitan los chicos para estar sanos?
2. ¿Qué necesitan los chicos para crecer?
3. ¿Qué necesitan los chicos para estar contentos?
4. Si tuvieras que ir a otro planeta y pudieras pedir todo lo que te hace falta para vivir bien, ¿qué pedirías?
5. ¿Qué necesitan los chicos para tener los dientes sanos?
6. ¿Qué cosas te gustaría hablar con el o con la dentista? ¿qué le preguntarías?

Esta serie de preguntas nos permite evaluar qué es lo que quiere, qué es lo que siente, cuáles son las necesidades que visualiza y qué requieren de nosotros.

EJ.: este trabajo previo realizado por primera vez en el período escolar del año 89, dio como resultado la necesidad por parte de los chicos de obtener conocimientos acerca del cuidado de su salud bucal. El mismo realizado a comienzos del 90 se centró en el siguiente interrogan-

te: qué relación hay entre los alimentos y tener salud bucal, el cual consideramos enriquecedor con respecto a su expectativa anterior, es decir, hubo un crecimiento en su necesidad de aprender.

Esta Actividad de Indagación la realizan los docentes de grado.

IMPORTANCIA DEL CEPILLADO

La tarea realizada por Maestros de Actividades Prácticas y Dibujo se divide en cuatro temas, que pasamos a detallar.

1. Conocimiento de placa bacteriana.
2. Tiempos de cepillado.
3. Conocimiento del cepillado correcto.
4. Conocimiento de la dentición primaria e importancia del molar de los 6 años.
5. Evaluación a través de un cuestionario o redacción.

MATERIALES UTILIZADOS: Cartulina, papel glacé, plastilina, plastilina para modelar arcadas dentarias y confeccionar el molar permanente con otro color; cartón para confeccionar el mango del cepillo correcto y punzón para marcar las tres hileras de cerdas, por donde pasarán los "penachos" elaborados en lana.

CONSIDERACIONES GENERALES: Esta serie de trabajos se desarrollan en forma casi continua con una duración aproximada de dos meses con gran entusiasmo por parte de los chicos. Por otra parte los maestros de Act. Prácticas consideran muy importante su tarea, ya que mientras los alumnos recortan, dibujan, modelan, hacen collage, trabajan con aguja, lana y modelan en plastilina, va incorporando conceptos de salud, en consecuencia, casi sin percibirlo, el docente se transforma en un educador sanitario.

Pedagógicamente consideramos que todo lo que realiza el niño con sus propias manos no lo olvida jamás.

2. DIETA - SALUD BUCAL

Para esta tarea se motiva a los niños invitándolos junto con su maestro y/o padre o madre a cultivar hortalizas. Para ello obsequiamos en cada aula semillas de distintas variedades para que sean sembradas en cajones, y siempre que la escuela cuente con terreno podrían transplantarse a la tierra para formar una HUERTA ODONTOLÓGICA. Esta debe ser una Huerta ORGÁNICA, es decir, no debe recibir ningún fertilizante o plaguicida, debe ser totalmente natural, ecológicamente reunir las condiciones para que su producción sea verdaderamente comestible. Esto provoca en los niños una gran conmoción. Se nombran responsables de la misma. El docente de grado aprovecha al máximo esta actividad epé las distintas áreas: Matemáticas, Lengua, Ciencias. Desarrolla en profundidad el tema de la NUTRICIÓN, VITAMINAS en Hortalizas y su relación con la Salud. También es el momento oportuno de impartir conocimientos sobre Dieta Cariogénica y no Cariogénica.

Los maestros de Actividades Prácticas reproducen hortalizas verdes y amarillas en distintos alimentos en cerámica que luego serán expuestos.

La HUERTA merece una consideración especial, constituye uno de los mejores laboratorios para ofrecer al niño una serie de experiencias tendientes a crear hábitos alimentarios, que conducen a un mejor estado de salud. Ej: comer hortalizas crudas y duras, estimulados por su propia participación en la producción y cosecha que es una de las mejores maneras de lograr la aceptación de estos alimentos bastante resistentes por los niños.

Además permite al niño trabajar en grupo adquiriendo conceptos de sociabilidad, responsabilidad y cooperatividad al proveer alimentos al comedor escolar.

Por otro lado, estas actividades permiten proyectarse en el hogar y la comunidad donde los padres tienen participación.

2.1. **EL TALLER DE ELABORACIÓN** constituye otro capítulo espe-

cial. Las niñas desarrollan todas las variedades conocidas a partir de la **LECHE DE SOJA** (usándolo como sustituto proteico) con su maestro de Actividades Prácticas, tratando de vencer la resistencia hacia la misma.

3. JUEGOS DIDACTICOS

Teniendo en cuenta el principio N° 7 de la Declaración de los Derechos del Niño (Aprobado por la Asamblea General de las Naciones Unidas el 20-11-59) que dice: "El niño debe disfrutar plenamente de juegos y recreaciones, los cuales deberán estar orientados hacia los fines perseguidos por la educación, la sociedad y las autoridades públicas se esforzarán por promover el goce de este derecho".

Y los conceptos de Florencio Escardó, que expresa lo siguiente: "El JUEGO es para el niño una función vital, debe jugar porque necesita biológicamente jugar. Es la forma que tiene para expresarse espontáneamente. A través de él se pueden conocer sus caracteres personales y se puede EDUCAR".

Es una fuente de ESTIMULOS para el APRENDIZAJE.

El chico APRENDE MIENTRAS JUEGA Y JUEGA MIENTRAS APRENDE.

"Facilita su integración y adaptación en el mundo. Es un medio idóneo para estimular el desarrollo de la creatividad, la espontaneidad, la expresividad y la comunicación."

"El juego es un producto cultural que tiene reglas, normas, formas que es menester cumplir y respetar para jugar."

Ej: Nosotros sugerimos a los chicos confeccionar una "vacca" tamaño natural con la supervisión de la maestra de Dibujo. Montada sobre Bastidor, sus "ubres" serán guantes de cirugía cargados con leche o agua con témpera blanca. Se organizan carreras para ver qué fila llena más rápidamente un vaso de leche. Es decir, el juego nos permite inducir subliminalmente, la necesidad de la ingestión de la misma para la salud dental y general. Además... se divierten muchísimo.

4. TEATRALIZACIÓN Y MUSICALIZACIÓN

Se trabaja igualmente con tarea grupal, junto con profesores de música. El texto, escenografía, máscaras, canciones, vestuario surge de la creación colectiva, cuyo punto de partida puede ser un cuadernillo sobre Educación para la Salud. Esta tarea es fascinante para los niños, les permite desarrollar toda su creatividad y tiene la particularidad que en ese microclima que se produce entre los actores y los espectadores niños donde la fantasía es el nexo de ambos, aprende mucho más que si escuchara una charla tipo tradicional.

5. PREPARACION DE LA JORNADA

Esta Jornada coincide con el Día de la Higiene Bucal, que en nuestra Provincia, se celebra el día 31 de agosto, para lo cual el Departamento de Prevención implementa actividades similares en otras escuelas.

Para ello, en nuestra escuela, alumnos del 3° ciclo, es decir, 6° y 7° organizan el desarrollo de la misma. Se forman guías, receptionistas de las delegaciones de escuelas visitantes y autoridades odontológicas y de la docencia.

Las maestras de dibujo organizan concursos para elegir logotipo de distintivo y Programa de Actividades. Se preparan los stands para exponer desde los productos de la Huerta, cerámicas reproduciendo alimentos, la elaboración de todos los productos de soja, las propagandas de contenido odontológico tipo Hombre sandwich, etc. Como se puede deducir son los protagonistas y responsables de estos "Congresos Escolares de Salud Bucal".

Esta actividad se refuerza con la participación de nuestras PROMOTORAS de SALUD BUCAL, madres preparadas desde el consultorio aptas para enseñar Técnica de cepillado, Test de detección de Placa Bacteriana, Buches Fluorados.

Otro grado trabaja con su docente sobre La Declaración de los De-

rechos del Niño, en especial, relacionado con la Salud y la Educación, en síntesis: se moviliza toda la comunidad educativa.

EVALUACION ESTADISTICA. Los datos se obtienen de las planillas anuales correspondientes al Servicio Odontológico de la Escuela 799, dependiente de la Dirección Provincial de Odontología, donde se desarrolla este programa.

Observamos que se produce una notable disminución en las extracciones que de un 54% pasamos a un 14,7%, que disminuyen ligeramente las obturaciones y que aumentan considerablemente los tratamientos preventivos que del 1,2% en el año 1988, pasamos al 41% en el año 1989, cifra que mantene mos en el año 1990 y en lo que va del 91.

Estos métodos preventivos consisten en buches fluorados quince-diales, enseñanza de técnica de cepillado, test de revelado de placa bacteriana, topiaciones con flúor.

Por supuesto, aumentan las consultas considerablemente en un 140%, las cuales son más tempranas. Clínicamente coinciden con la disminución de la pérdida por extracción del molar de los 6 años.

Los insusos odontológicos se han reducido prácticamente a la mitad; lo cual, el método de trabajo nos sugiere que es económico y que ganamos en calidad de vida ya que, hemos disminuido el porcentaje de extracciones, deducimos que reúne las expectativas esperadas, que es recomendable y beneficioso para nuestra población escolar.

ENFOQUE PSICO-PEDAGOGICO Teniendo en cuenta que los niños de esta escuela son emergentes en su mayoría de estructuras familiares carenciadas, fue necesario llevarlos a la enseñanza de una Odontología Preventiva centrada en el amor, el cuidado del cuerpo y la valorización de la salud.

Frente a la inquietud de Educar para la Salud se partió del niño como sujeto. Se organizaron grupos operativos en función de un tema en común "preservar la Salud". Surgieron múltiples tareas de taller interdisciplinario, todas en el marco

de la creatividad, se emplearon diversos recursos y cada uno desde lo elegido, desde sus posibilidades, debieron sortear conflictos, dificultades y la ansiedad lógica que subyace debajo de toda producción humana. Así se fue transitando por el camino del saber. Se fue aprendiendo, al mismo tiempo que analizando y revivando cada uno el esquema conceptual, referencial, operativo, que engloba elementos afectivos, intelectuales, ideológicos y desde el cual cada sujeto lee e interpreta la realidad.

Aquí pensar fue el eje del aprendizaje y ello implica la pérdida de la seguridad y da cabida al despliegue de todas las actividades creativas posibles.

Junto al sujeto, con sus historias personales, involucradas en la tarea, *Hacer y rever* fue una constante, *transformar y transformarse* llevó a culminar la tarea.

Se dio apertura a un proceso en espiral dialéctico y se rompió la disociación de la enseñanza donde uno es el que aprende y el otro el que sabe, acá todos aprendieron.

Se entendió que no se puede enseñar correctamente mientras no se aprende en la misma tarea. Profesionales y docentes cotrabajaron junto a las propuestas y copensaron con los chicos.

Se llevó a cabo una labor conjunta educativa como instrumento de trabajo donde la información científica transformada, se incorporó para operar dejando una modificación más o menos estable en cada uno de ellos, de pautas de conducta, donde el sujeto no pierde su condición de tal, donde todos participan y aprenden, donde la actividad es una constante.

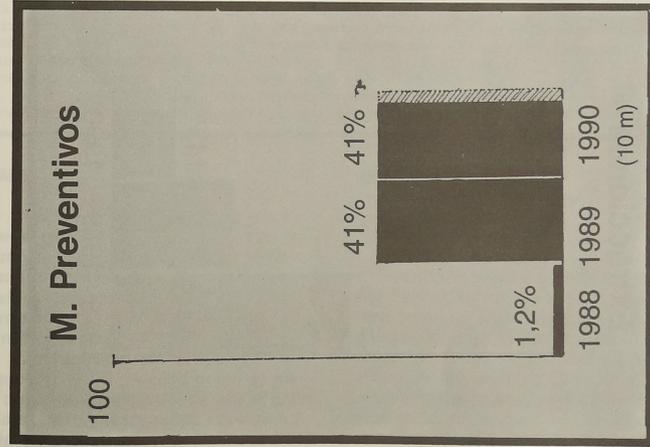
CONCLUSIONES FINALES

Para poder realizar este tipo de tarea, se requiere:

1. Un profundo afecto hacia el niño, sin él es casi imposible trabajar.
2. Un profundo respeto hacia el mismo.
3. Un cambio de actitud de parte del odontólogo, pudiendo ver a nuestro paciente inmerso

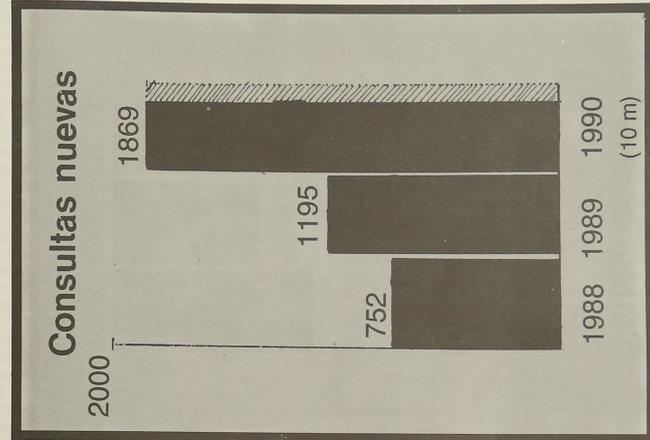
AÑO	EXTRACCIONES		OBTURACIONES		MET. PREVENT.		CONSULTAS N.	
	CANT.	%	CANT.	%	CANT.	%	CANT.	%
1988	1531	54%	1357	44%	95	1,2%	752	0
1989	1319	28,7%	1388	30,3%	1892	41%	1195	52%
1990 10 meses	591	14,7%	1149	27%	2279	41%	1869	140%

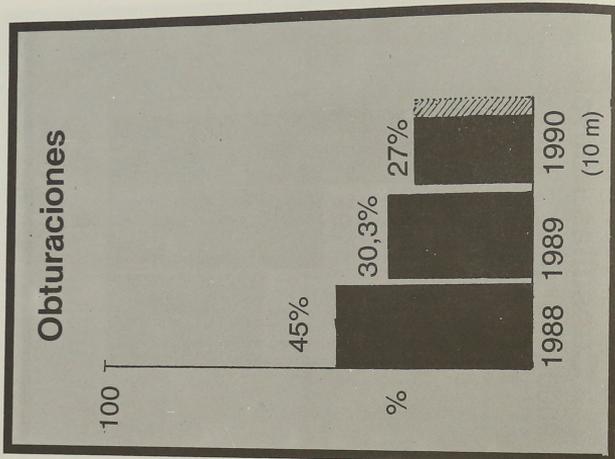
FUENTE: PLANILLAS ANUALES 1988, 1989, 1990. Serv. Odontológico Escuela 799, de la D.P.O.



FUENTE: PLANILLAS ANUALES 1988, 1989, 1990

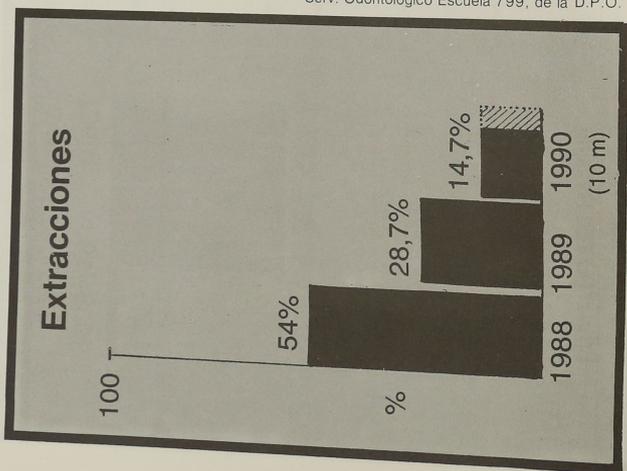
Serv. Odontológico Escuela 799, de la D.P.O.





FUENTE: PLANILLAS ANUALES 1988, 1989, 1990

Serv. Odontológico Escuela 799, de la D.P.O.



dentro de su entorno socio-económico y cultural. Y ese cambio se produce a partir de autocuestionarse lo siguiente: ¿Qué puedo hacer? ¿Qué necesita de mi el niño, la comunidad?

- Tener *creatividad*, lo cual tiene que ver con ser un *transgresor*, que significa ir más allá, atravesar, pasar al otro lado, buscar nuevos caminos, nuevas formas de vida y de expresión. Por eso, para ser creativo se requiere *coraje*, ya que es lo opuesto al sometimiento y a la resignación e implica siempre un desafío.
- Contar con el apoyo de los funcionarios, para poder desarrollar este tipo de programa, en un marco de amplia libertad de trabajo. También el apoyo financiero, exigiendo mínimamente cepillos para hacer una verdadera campaña preventiva.
- Tener bien en claro el objetivo, y si percibimos que lo que queremos transmitir es asimilado por aquellos a quien va dirigido, es *válido*. Entonces, es necesario sumar toda la energía para llevar a cabo ese propósito perseguido, aunque se presenten obstáculos.
- Es un método muy económico, se requieren muy pocos recursos, porque con muy pocos elementos hasta el de de-

dentro de su entorno socio-económico y cultural. Y ese cambio se produce a partir de autocuestionarse lo siguiente: ¿Qué puedo hacer? ¿Qué necesita de mi el niño, la comunidad?

- Los alumnos trabajan con mucho entusiasmo y alegría, son protagonistas de sus propias propuestas de trabajo.
- Es una tarea muy gratificante para quien la realiza, ya que mientras se hace asistencialismo como trabajador de la salud, se hace docencia junto con el resto de los educadores integrándose de esta manera a la comunidad escolar.
- En mi opinión, como profesionales odontólogos, como miembros individuales de la sociedad no vamos a combatir las causas que originan las caries, pero si actuamos interdisciplinadamente en las escuelas y en conjunto, fundamentalmente con el apoyo de los funcionarios en un Proyecto de Salud, seguramente vamos a contribuir a disminuir su incidencia en la población escolar.

"El niño tendrá derecho a crecer y desarrollarse en buena salud; con este fin deberán proporcionarse, tanto a él como a su madre, cuidados especiales, incluso atención pre y postnatal. El niño tendrá derecho a disfrutar de alimentación, vivienda, recreo y servicios médicos

adecuados." *Principio N° 4 de los Derechos del Niño*

Quien transite por el camino de la Prevención y la Educación para la Salud, se sentirá en paz con su espíritu, devolviendo a la comunidad en parte lo que ella hizo para posibilitar sus estudios universitarios, y por último conocerá el privilegio de sentir el calor y la energía que la misma transmite con su amor y reconocimiento hacia nuestra tarea.

NOTA: Este trabajo se documenta con 150 diapositivas que sirven como material didáctico para la escuela, como material ilustrativo para otros colegas. Con el apoyo del Colegio de Odontólogos se filma un video con dos copias que quedan a disposición de los colegas que lo necesitaran u otras escuelas por ser educativo.

AGRADECIMIENTOS (*)

Al personal directivo de la Escuela 799, a los docentes que participan silenciosamente en este programa, que hacen que el mismo exista.

Al Colegio de Odontólogos que confió en nosotros y financió el material de difusión. Al Ateneo de Odontología, Filial Rosario, por su apoyo moral a nuestra filosofía de trabajo.

A Estela Perino, psicóloga, quien contribuyó con toda la Bibliografía Psicopedagógica.

RESUMEN

Los autores a través de su trabajo quisieron transmitir al odontólogo la inquietud y la necesidad de insertarse en la comunidad a través de la Educación para la Salud. Trabajando interdisciplinariamente con docentes escolares, tomando al niño como sujeto dentro de su entorno, las actividades grupales enriquecieron tanto el proceso como el producto del aprendizaje y donde todos: profesionales, docentes y niños aprenden a participar.

SUMMARY

With their work, the authors wanted to transmit to the odontologist, the restlessness and the to introduce in the community the Education for the Health. Working interdiscipline with teachers taking the child as a subject into his area where activities in groups entiches the process so much as the learning product where all, professionals men, education teachers and children learned to participate with this way of work.

Aprender con los chicos. Propuesta para una tarea docente fundada en los Derechos Humanos. Klainer - López - Piera. Año 1988.

Los Derechos del Niño. Florencio Escardó. 1985, Terapia familiar con técnica de juego, 1980, Raquel Soifer.

Enfoques y perspectivas en Psicología Social. Ana P. de Quiroga. Desarrollos a partir del pensamiento de Enrique Pichon Riviere. Año 1986.

Programa Integrado de Nutrición Aplicada. Ahomá Sur y Arroyo Solis.

Módulo de Epidemiología General. Maurel Daniel Luis. Lic. Pepa Emilia. Lic. Alfej Beatriz. Año 1991.

El proceso grupal. (Del psicoanálisis a la psicología social 11) Año 1977.

Cuadernos de formación docente. 1. La

práctica docente: una interpretación desde los saberes del maestro. Elene Lebia Achili. 1987.

2. Apuntes para una psicología de la Educación. 1987. Raúl Mario Ageno.

“Apuntes para una teoría de la Inserción Social en el proceso Educativo”. Cheja, Reina y Greco.

Apuntes de Circulación Interna del IR. DES.

“Sobre los fines de la Educación Tradicional y en la Actual. Martha Blanco de Borghi

Psicología Educacional, un enfoque conductual. Kelly y Cody. Ed. Paidós.

Aprendiendo en la experiencia. Bion Ed. Paidós.

Huerta Orgánica. Centro de Educación Técnica de Chile.

Cuadernillo de Huertas familiares. INTA.

(*) A la Dirección Provincial de Odontología, a través del Departamento de Prevención (Dras. Suberville y Echevarría) por permitírnos trabajar con total libertad sobre este proyecto.

Dirección de las autoras:
Pasaje Di Pierri 2724
(2.000) Rosario

LABORATORIO “Del Ateneo”

Aparatología de Ortopedia Funcional
y Ortodoncia en Toda su Variedad

Ricardo N. Llanes - Eduardo H. Aguirre

Anchorena 1176 - Tel. 961-7349/0394

Plano a Pog Como Elemento de Referencia para la Ubicación de los Incisivos

AMANDA RIZZUTI, LEONOR ACOSTA,
MARTA APRILE, GEMA BRIZUELA

clínicos, de los cuales no analizaremos el problema funcional, estético, estudio de modelos ni radiográfico; el objetivo es que observen el perfil del paciente al iniciar el tratamiento, las arcadas dentarias en oclusión y ver cómo

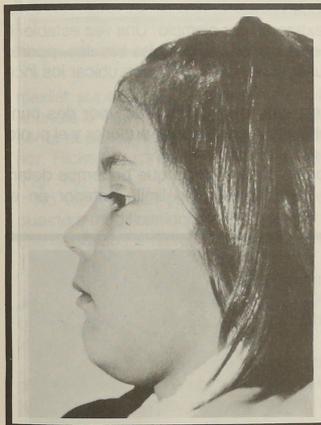


Fig. 1

ESTE Plano nos relaciona las bases apicales de los maxilares superior e inferior y, a su vez, la posición de los incisivos en sentido ánteroposterior, para lograr armonía en el Perfil Duro. Pero esta armonía también debe proyectarse en el Perfil Blando. Es así que cuando realizamos nuestro diagnóstico, debemos considerar que toda corrección de tejidos duros se verá reflejada en los tejidos blandos del paciente.

A continuación presentaremos dos casos



Fig. 2

mo queda el perfil blando al finalizar el tratamiento.

Primer Caso Clínico (Fig. 1): Paciente con tercio inferior del rostro aumentado, perfil convexo. Arcadas dentarias en oclusión (Fig. 2), donde vemos importante discrepancia hueso-diente, caninos permanentes superiores sin espacio para su correcta ubicación e incisivos muy rectos. (Fig. 3): Perfil armónico al final del tratamiento. Al realizar el diagnóstico, éste nos

demonstró que podíamos lograr armonía en ambos perfiles, sin realizar extracciones.

Segundo Caso Clínico (Fig. 4): Perfil muy convexo con biprotusión labial. (Fig. 5): Arca-



Fig. 3

das dentarias en oclusión, donde se observa biprotusión dentaria y mordida abierta anterior. (Fig. 6): Armonía alcanzada al final del tratamiento en el perfil blando. Antes de determinar el plano A POG, debemos estudiar si la posición de las basales es correcta.

Verificaremos la real convexidad del maxilar superior (Fig. 7): Sabemos que ésta está determinada por la distancia del punto A al plano facial N POG (normal $1,5 \pm 2,5$ mm), pero el POG nos puede enmascarar la real convexidad. Por eso, primero analizamos el ángulo de la profundidad facial (normal 87 ± 3 grados), pero si tiene un valor menor (por ejemplo, de 80 grados), la convexidad estará aumentada, porque el POG está en una posición distal.

Però para corroborar este diagnóstico usamos la vertical de Mac Namara, que consiste en una línea perpendicular al Plano de Frank-

fort, que corta en Nasion y que, como no involucra al Pogonion, determina la real convexidad medida en milímetros desde el punto A hasta dicha vertical (Fig. 8), normalmente, 1 milímetro. Y si determinamos que el problema es inferior, deberemos trabajar en este maxilar adelantándolo, por ejemplo, con monoblok, gomas de clase 11, etc., hasta relacionarlo correctamente con la basal superior o bien puede ocurrir que el POG esté correctamente ubicado y sea el maxilar superior el que se encuentre adelantado, y por eso tendremos una convexidad aumentada, de modo que tendremos que retraer el maxilar superior con tracción extraoral, por ejemplo. Una vez establecida la correcta posición de las basales, podremos usar el plano A POG, para ubicar los incisivos.

Este plano, está determinado por dos puntos: el punto A en el maxilar superior y el punto POG en el maxilar inferior.

El punto A es el único que podemos determinar claramente como límite anterior en el



Fig. 4

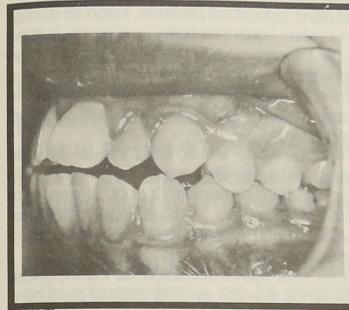


Fig. 5

maxilar superior; así tenemos a Ricketts que enuncia lo siguiente: (Fig. 9). Y el POG, representa el punto más anterior en el maxilar inferior. Ricketts expresa al respecto lo siguiente: (Fig. 10).

No elegimos el punto B porque está expuesto a modificaciones de tipo funcional. Por eso seguimos a Ricketts, que nos dice: (Fig. 11).

Además estudios publicados en la American Journal, demuestran que el plano A POG es el que mejor expresa la relación entre ambos maxilares.

La siguiente cita de Ricketts, nos habla del plano A POG, y de la ubicación del incisivo inferior (Fig. 12), y Holdaway también nos dice: (Fig. 13).

Ahora observamos en qué relación se encuentra el incisivo inferior con el Plano A POG. (Fig. 14). Si está protruido (normal $1 \text{ mm} \pm 2,5$) o retruido, en milímetro. Si están inclinado o recto (normal 22 grados). De acuerdo con ello podremos determinar cuanto podamos aumentar la longitud del arco, ya sea protruyendo o inclinando el incisivo inferior o si disminuirémos la longitud del arco al retraer o enderezar el incisivo.

Steiner dice que por cada milímetro que, cefalométricamente protruímos o retruímos el

incisivo inferior, aumentamos o disminuimos en dos milímetros la longitud del arco. Evaluamos así CEFALOMETRICAMENTE la discrepancia hueso-diente que, sumada a la discrepancia de los modelos, nos da la discrepancia total. Por ejemplo, si la discrepancia total nos da un valor de -6, en mi tratamiento no realizaré extracciones, por lo cual usaré otros procedimientos (desgastes). Pero si el valor obtenido es de -14, tendré que realizar extracciones.

Ahora Ricketts ubica el incisivo superior, trazando una línea (línea incisivo superior dura), paralela al eje facial y en buena relación de overjet y overbite con el incisivo inferior y que representará la nueva posición del incisivo superior.

Hasta aquí, podríamos establecer que el realizar o no extracciones, estaría relacionado con el logro de un perfil duro armónico.

Però Holdaway dice que no se pueden considerar solamente los tejidos duros, ya que con sólo esto nos puede dar un perfil blando deprimido.



Fig. 6

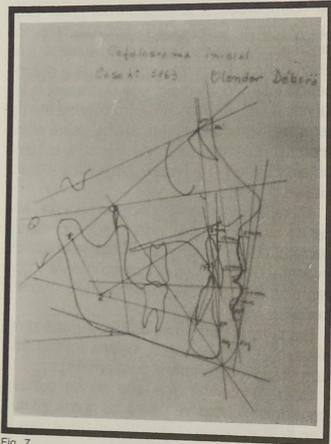


Fig. 7

del plano oclusal del paciente, luego se desliza en sentido horizontal hasta que desde la línea H del transparente a la parte más profunda del labio superior del trazado original exista una distancia de 3,5 mm. (Fig. 16). Esta será la nueva posición labial que se dibuja sobre el cefalograma.

Ahora suma la tensión labial y la cantidad de milímetros que el labio superior ha sido retraído de su posición original, y con esta nueva medida traza una línea (incisivo superior blanda), y que representará el eje de incisivo superior (Fig. 17).

Con esta nueva ubicación de los incisivos, evaluamos si existe armonía entre el perfil duro y blando. Si las líneas incisivo superior dura y blanda coinciden o están cerca, nos indica que hay armonía, de modo que corrigiendo el

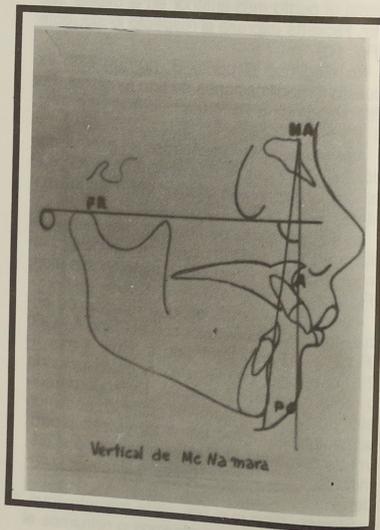


Fig. 8

Por eso él analiza el caso clínico y determina si hay o no tensión labial (Fig. 15). La tensión labial, es el grosor del labio superior medido en tres milímetros por debajo del punto A, y que debe ser igual a la medida que va desde la cara vestibular del incisivo superior a bermellón del labio superior, con una tolerancia de 1 mm. Si hay tensión labial realiza la predicción de labios, utilizando el template de Jacobson y Sadowsky, que consiste en un transparente con tres diseños de labios: largo, mediano y corto con su respectiva línea H (mentón blando a bermellón). Se ubica dicho transparente debajo del trazado cefalométrico y se elige el labio del mismo que más se asemeja al labio del paciente; se coloca la parte inferior de la línea H del transparente coincidiendo con el mentón blando del cefalograma y se desliza en sentido vertical hasta que la comisura de los labios del transparente esté ubicada 3,5 mm por arriba

Figura 9

Si preguntan por qué utilizamos el punto A en maxilar superior y objetamos el punto Ben la mandíbula, la respuesta es que no podemos encontrar una mejor determinación anterior del hueso basal en el maxilar superior.

Sabemos que el punto A está influido por los movimientos del incisivo superior, pero es el mejor punto de referencia que podemos determinar. El uso de estos puntos en el maxilar superior y en la mandíbula tienen distintas características y función.

Ricketts Am. J. Orthodontics Vol.50 n10 Oct/64

Figura 10

... el uso del plano facial N-Pog también es popular porque N representa el límite anterior de la base craneal anterior como el Pog representa este punto en la mandíbula.

Ricketts. Am J.Orthodontics Vol 50 n10 Oct/64

Figura 11

Las objeciones para la utilización del punto B como referencia para la ubicación del incisivo inferior se justifican por el hecho que el punto B es determinado por la posición de dicho diente. Relacionando el incisivo inferior con el punto B lo estamos relacionando con sí mismo.

Ricketts Am J.Orthodontics Vol.50 n10 oct/64

Figura 12

Ricketts ubica el incisivo inferior con respecto al plano oclusal y la línea A-Pog. La relación del incisivo inferior con el plano A-Pog medido en mm., en sentido ántero-posterior más que por su inclinación axial. Este plano es la llave para el plan de tratamiento, pues expresa una relación recíproca entre ambos maxilares.

Rev AAO Vol XX nov-dic/85

Figura 13

Holdaway dice: "La relación del incisivo inferior con la línea A-Pog es la mejor guía que se puede tomar del análisis de los tejidos duros informando cuánto se puede avanzar en los incisivos inferiores y todavía tener un resultado estable y una salud periodontal, lo que también confirma la decisión de proceder en una base extraccionista.

Rev AAO Vol XX nov-dic/85

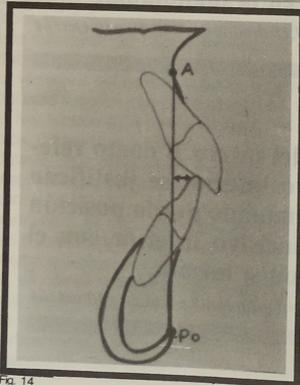


Fig. 14

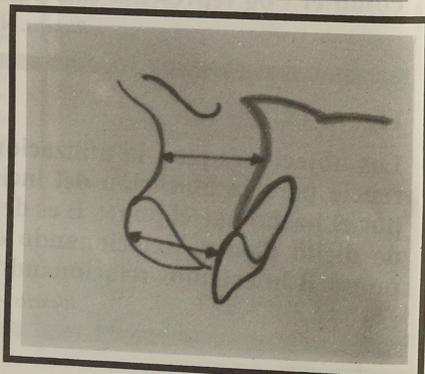


Fig. 15

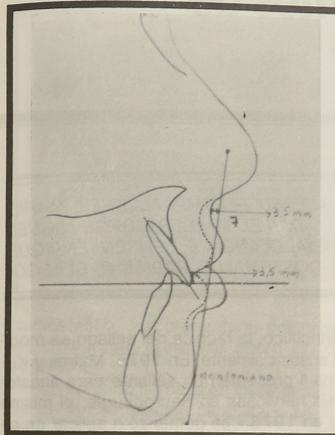


Fig. 16

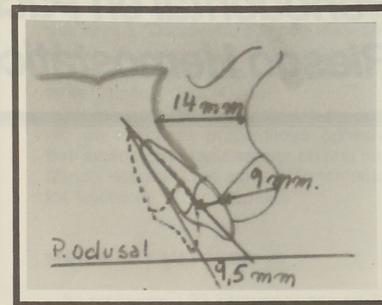


Fig. 17

The importance of the A Pog plane for the ubication of the incesives and as a guide to get the armony between the hard and soft si-de riew.

BIBLIOGRAFIA

1. BESZKIN E., GRUNSPUN G., RIZZUTI A., SUSMAN E. Propuesta para el planeo del tratamiento ortodónico: Objetivos visuales de tratamiento (O.V.T.). Ricketts Holdaway. Rev. A.A.O. Vol. XX N° 6. Nov. Dic. 1985.
2. HODAWAY A soft tissue cephalometric analysis and its use in orthodontic treatment planing Am.J.orthodontics. April 1984. Vol. 85 N° 4.
3. HOLDAWAY A soft tissue cephalometric analysis its use in orthodontic treatment planing. Am. J. Orthodontics. July 1983 Vol. 84 N° 1.
4. RICKETTS R. Plani treatment on the basic of the facial pahern and an estimate of its growth. Angle orthodontist 27. 14 January 1957.
5. RICKETTS R. The keystone triad. Am. J. Orthodontics Vol. 50 N° 4 April 1964.
6. RICKETTS R. The keystone triad. Am. J. Orthodontics Vol. 50 N° 10 Oct. 1964.
7. RIZZUTI A. Objetivo visual de tratamiento simplificado. rev. A.A.O. Vol. XXVI N° 1 Enero-Diciembre de 1990.
8. STEINER C. Cephalometries in Clinicas Practic. Angle Orthodontist 29 1,8: 29 January 1959.

perfil duro no se alterará la correcta distribución de los tejidos blandos. Pero si están alejadas, habrá que considerar qué consecuencias traería la corrección de los incisivos sobre el perfil.

Para finalizar, queremos decir que cuando programamos nuestro tratamiento con la decisión de realizar o no extracciones, esta decisión debe estar avalada por un correcto diagnóstico, dado que el mismo nos indicará si la armonía por conseguir en tejidos duros se proyectará en el perfil blando del paciente, porque es éste el que participa en la vida de relación del individuo como importante protagonista.

RESUMEN

La importancia del plano A Pog para la ubicación de los incisivos, y como guía para lograr armonía entre perfil duro y blando.

SUMMARY

Exodoncia y Tratamiento Periodontal en Pacientes de Riesgo Hemostático*

ALFREDO FERMIN ALVAREZ, MARIO DANIEL TORRES, JORGE MIGUEL GARCIA, CLAUDIA E. JENSEN, ENRIQUE COSTEMALLE, FABIAN C. BLASCO.

EN los pacientes con compromiso de la coagulación, el riesgo de hemorragia se acentúa ante procedimientos quirúrgicos bucales, aun en los de menor complejidad.

En los enfermos inmunodeprimidos portadores de oncohemopatías, si la intervención es urgente, deberá ubicársela en el mejor momento de su cuadro hemático, con indicación médica especializada, transfusiones de sangre entera, de plaquetas o de preparados adecuados al caso.

En los pacientes anticoagulados crónicos, habitualmente se indica la supresión de la medicación anticoagulante en período previo y posterior al acto quirúrgico, con el riesgo que esto conlleva, especialmente en el deterioro valvular.

La posibilidad de obtener hemostasia aceptable sin suspender la medicación anticoagulante fue ensayada con diversos elementos presentes en el mecanismo de la coagulación.

La fibrina fue usada desde 1915⁷ como agente hemostático en cirugía cerebral y, más tarde, en 1940¹⁶, como sellante tisular. Fibrinógeno y trombina fueron sucesivamente empleados para fijar injertos cutáneos (1944)⁴. Con el descubrimiento del Factor XIII y el uso de la aprotinina como an-

tifibrinolítico, la técnica del sellado se modificó sustancialmente. En 1975, Matras y Kuder⁸ presentan un sellante para anastomosis nerviosas en neurocirugía; el mismo que en 1978⁹ se comenzó a aplicar en cirugía buco-máximo-facial, mientras Nieckish¹⁰ lo usa con éxito en exodoncia en pacientes con diátesis hemorrágica. Se trata de un preparado comercial termostático que contiene fibrinógeno, trombina, calcio, Factor XIII y aprotinina (Tissucol - Lab. Immu-no).

Desde 1982¹¹⁻¹² se lo empleó como sutura biológica de colgajos periodontales. Diversos autores presentan casuística significativa sobre el cierre de comunicaciones buco-sinusales con este material²⁻¹⁴⁻¹⁵. En otro tipo de intervenciones quirúrgicas menores, tales como biopsias de piel o punción biopsia de hígado, ha sido utilizado con éxito¹³. También en cirugía abdominal, urológica y nefrológica¹⁷. En odontología fue aplicado en cirugía periapical como hemostático⁵⁻⁶. Su uso en exodoncia y tratamiento periodontal en pacientes de riesgo

* Experiencia realizada en la Policlínica Bancaria "9 de Julio" (Buenos Aires). Departamento Odontológico, Unidades Cirugía y Periodoncia.

ALFREDO FERMIN ALVAREZ, MARIO DANIEL TORRES, JORGE MIGUEL GARCIA, CLAUDIA E. JENSEN, ENRIQUE COSTEMALLE, FABIAN C. BLASCO



Fig. 1. El preparado se basa en imitar la última fase de la coagulación sanguínea. La activación del Factor XIII se realiza mediante el agregado de trombina y calcio. La actividad fibrinolítica de las enzimas proteolíticas se bloquea mediante el agregado de aprotinina, un inhibidor de las proteinasas. Con estos elementos se prepara el adhesivo-sellante biológico, con ayuda de un termo-agitador (Fig. 1) que mantiene una temperatura de 37° C y activa la dilución. Se utilizan jeringas y agujas descartables especialmente diseñadas para la mezcla de los componentes

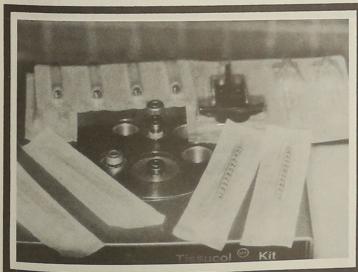


Fig. 2.

(Fig. 2). La aplicación se realiza mediante una jeringa "Duployet", con boquilla y cánula (Fig. 3) que permite unir las soluciones sólo en el momento de la colocación del material "in situ". (Fig. 4 y 5).

La solución Tissucol/Trombina es viscosa, de marcadas propiedades adhesivas que se convierte rápidamente en una masa blanda, elástica, que adhiere firmemente a los tejidos de la zona cruenta.

MATERIAL Y METODOS

Se realizaron 193 intervenciones en 110 pacientes, 69 hombres y 41 mujeres (62.7 % y 37.3 %, respectivamente), con edades que oscilaron entre 8 y 78 años.



Fig. 3

95 pacientes eran anticoagulados crónicos (86.4 %) y 15 presentaban diversos tipos de hemopatías (13.6 %).

Todas las intervenciones se efectuaron bajo la modalidad de paciente ambulatorio. Se realizaron 117 extracciones dentarias, 5 operaciones de cirugía mediana vinculada a exodoncia, 53 tratamientos periodontales y 17 casos combinados de exodoncia y tratamiento periodontal en el mismo acto. Se trató un caso de hemorragia gingival espontánea en un paciente oncohematológico. 39

pacientes fueron operados más de una vez y en 9 se instaló prótesis inmediata.

En todos los casos se interconsultó con el servicio tratante de la enfermedad de base y en los anticoagulados se programó la intervención sin suspender la medicación anticoagulante (Acenocumarol, SINTRON, Lab. Geigy).

En exodoncia se colocó el adhesivo dentro del alvéolo una vez suturado (Fig. 6). En los tratamientos periodontales se lo aplicó en toda la extensión del margen gingival operado (Fig. 7).

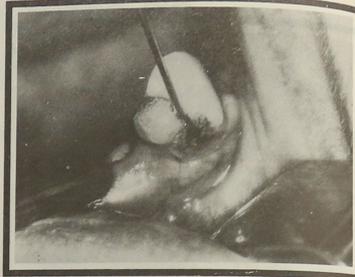


Fig. 4

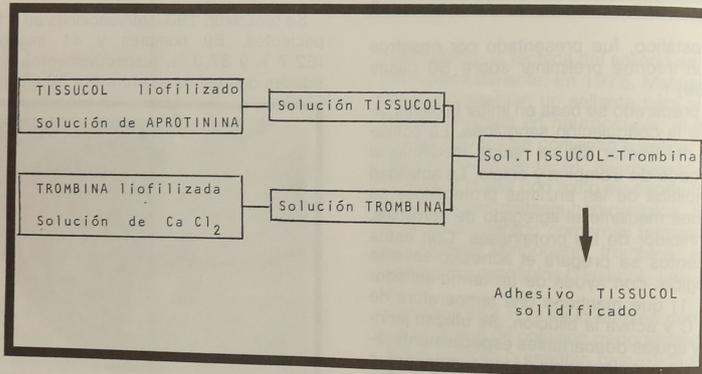


Fig. 5

RESULTADOS

Sobre las 193 intervenciones, 169 cursaron sin hemorragia en el postoperatorio (87,6 %); 24 (12,4 %) tuvieron un sangrado leve, controlado siempre en forma ambulatoria con tratamiento local: compresión placenta humana o nueva aplicación de Tis-sucol.

En el Cuadro I se muestra la distribución según tipo de intervención y resultado respecto de la hemostasia.

En los 39 pacientes operados más de una vez, en 7 casos hubo resultados dispares



Fig. 6

en el mismo paciente (4 casos con 2 intervenciones, 2 con 3 operaciones y 1 con 4 actos quirúrgicos). Las intervenciones entre sí en cada paciente no diferían significativamente en complejidad o magnitud para justificar las diferencias de comportamiento hemostático en el postoperatorio.

En 9 pacientes se instalaron prótesis inmediatas; en 2 (22,2 %) hubo sangrado leve, 1 con 11 extracciones. Otros, con alveolectomía y hasta 6 extracciones cursaron sin problemas.

DISCUSION

Los resultados expuestos demuestran que el modelo diseñado satisfizo las expectativas previas a su puesta en marcha. Un 87,6 % sin ningún tipo de complicación y un 12,4 % de sangrados leves, todos resueltos en forma ambulatoria, la gran mayoría en una sola consulta, confirman lo dicho.

Del análisis de resultados según tipo de intervención no surge mayor posibilidad de sangrado en las extracciones múltiples, pues si bien cuando se realizaron en el mismo acto 2 extracciones hubo un 29,6 % de sangrado y cuando se efectuaron 4 extracciones o más el sangrado fue del 29,4 %, al realizarse 3 extracciones ningún caso



Fig. 7

sangró en el postoperatorio. Los tratamientos periodontales han mostrado una muy baja incidencia de complicación (7,5 %). Cabe destacar que las cirugías medianas y los tratamientos combinados de periodoncia y exodoncia, no tuvieron complicación en ningún caso. Estas circunstancias inducen a pensar que el sangrado es independiente de la complejidad de la intervención. Igualmente, al comportamiento postoperatorio de los 9 pacientes en quienes se instaló prótesis inmediata, no inducen a atribuir a esta influencia significativa en uno u otro sentido.

CUADRO I
DISTRIBUCION SEGUN TIPO DE INTERVENCION Y RESULTADO HEMOSTATICO

Intervención	Cantidad de casos	Sangrado	
		Nº	%
1 Extracción dentaria	67	7	10,4
2 Extracciones dentarias	27	8	29,6
3 Extracciones dentarias	6	0	0,0
Más de 3 extr. dentarias	17	5	29,4
Tratamiento periodontal	53	4	7,5
Cirugia bucal mediana	5	0	0,0
Trat. periodont. exodonc.	17	0	0,0
Hemorragia gingival espont.	1	0	0,0
Totales	193	24	Fuente: directa.

RESUMEN

Se plantea un método de acción en exodoncia y tratamiento periodontal en pacientes de riesgo hemostático. Se analizaron 193 intervenciones en 110 pacientes, 95 de ellos anticoagulados crónicos y 15 con algún tipo de hemopatía. Las intervenciones fueron realizadas en todos los casos con aplicación de Tissucol en el alvéolo o en la encía operada, sin suspender la medicación en los anticoagulados. Un 87.6 % de los postoperatorios cursaron sin inconvenientes, y el 12.4 % restante presentó sangrados leves, resueltos ambulatoriamente. No se encontró rela-

ción entre la complejidad de la intervención y el resultado hemostático obtenido.

SUMMARY

A clinical experience in tooth extractions and periodontal treatments in patients with haemostatic risk are described: 95 patients anticoagulated and 15 blood disease carriers. Surgical procedures were accomplished with Tissucol placed in the wound without discontinuance of anticoagulant medication. 87.6 % were successful, and un 12.4 % a light bleed were ambulatory controled.

BIBLIOGRAFIA

1) ALVAREZ, A.F.; TORRES, M.D.; GARCIA, J.M.; JENSEN, C.E.; COSTEMALLE, E.; y BLASCO, F.C.: Exodoncia y Tratamiento Periodontal en pacientes de alto riesgo. Presentado en IX Jornadas del Ateneo Argentino de Odontología, 1-12-89.

2) AWANG, M.N.: Closure of proantral fistula. Int. J. Gral. Maxillofac. Surg., 1988; 17:110-115.

3) BOSCH, P. et al.: Experimental investigations of the effect of the fibrin adhesive in the Kiel heterologous bone grafts. Arch. Orthop. Surg. 96: 117; 1980.

4) CRONBITE, E.P. et al.: Use of thrombin and fibrinogen in skin grafting. J. Am. Med. Assoc. 125:976; 1944.

5) GOLDBERG, F., TORRES, M.D. and BOTTERO, C.I.: Thermoplasticized gutta-percha in endodontic surgical procedures. Endod. Dent. Traumatol., 1990: 109-13.

6) GOLDBERG, F., TORRES, M.D.; and BOTTERO, C.I.: Thermoplasticized gutta-percha in endodontic surgical procedures. Endod. Dent. Traumatol., 1990: 109-13.

7) GREY, E.G.: Fibrin as a Haemostatic in cerebral surgery. Surg. Gyn. Obstetr. 21:452; 1915.

8) MATRAS, H. and KUDERNA, H.: Gluing nerve anastomoses with clotting substances. Trans. 6th. Int. Cong. Plastic Reconstr. Surg. 134; 1975.

9) MATRAS, H. y col.: Aplicación del adhesivo fibrinico en la cirugía oromáxilo facial. (trad.) Osterr. Zeits. für Stomat. 75, 12: 1978.

10) NICKISH, R.: Adhesión con fibrina. Un nuevo método para el tratamiento de las heridas producidas por la extracción de piezas dentarias en pacientes con diátesis hemorrágicas (Trad.) Leit's für Stomat. 30:902; 1980.

11) PRINI PRATO, G.P. e MASSI, P.L.: Nuova tecnica di sintesi tissucalle senza sutura. Min. Stomatol. 31:755; 1982.

12) PRINI PRATO, G., GORTELLINI, P., AGUDIO G. and CLAUSER, C.: Human Fibrin versus Suture in Periodontal Surgery. J. Periodontol. 58:426; 1987.

13) RODRÍGUEZ FUCS, C. et al. Cirugía menor segura en pacientes anticoagulados. En prensa.

14) STAJCIC, Z., TODOROVIC, L.J. and Petrovic, V.: Tissucol in closure of oroantral communication. Int. J. Oral Surg. 1985; 14:444-446.

15) STAJCIC, Z., TODOROVIC, L.J., PESIC V., OBRADOVIC, O. and PETROVIC, V.: Tissucol, Gold Plate, the Buccal Fat Pad and the Submucosal Palatal Island Flap in Closure of Oroantral Communication. Dtsch. Zahnz. Z. 43:1332-4; 1988.

16) YOUNG, J.Z. and MEDAWAR, P.B. Fibrin suture of peripheral nerves. Lancet 2: 126; 1940.

17) 23 relatos sobre "Chirurgia addominale e chirurgia urologica e nefrologica". Atti del convegno multidisciplinare sul Tissucol. 1983.

Reconocimiento:

Los autores dejan constancia de su agradecimiento a todos los integrantes del Servicio de Hematología de la Policlínica Bancaria, y en particular a los Dres. Héctor Boubeta, Adriana Livio y Lucía Cebrin por su permanente adhesión al compartido trabajo interdisciplinario. Destacan, además, la inestimable colaboración de la Asistente Dental, Srta. Cristina Andreetti, quien participó con responsabilidad y eficiencia en la preparación del material.

Dirección de los autores:
Sánchez de Bustamante 1789 - 7° A
Buenos Aires

SR. ODONTOLOGO:

NUESTRAS PROTESIS SON IMPRESCINDIBLES EN SU CONSULTORIO

Ofrecemos Estudio, Calidad y Seriedad en Nuestras Realizaciones

- Prótesis Fija • Envíos al Interior • Trabajos Especiales
- Prótesis Removible • Entrega inmediata • Y mucho más

Pje. Villafañe 2191, Capital Federal - Teléfono 581-5021

Laboratorio Dental Jardent



EN ORTODONCIA,

la calidad tiene nombre:

GLENROE™

Brackets - Alambres - Botones - Adhesivos - Ligaduras
Consulte por las Novedades
Alatic Flúo. Cajas p/aparatos aromatizadas
Representante Exclusivo en la Argentina

Sergio Trajtenberg. Anchorena 1176, PB, Capital - Tel.: 961-0394/7349

El Porqué y el Cómo de la Técnica de Arco Recto

MARIO SALTOS G.

ALAMBRES

Consideraciones generales

El trabajo de un ortodoncista es corregir las maloclusiones y ubicar los dientes en posiciones tales que su propia dinámica funcional tratará de mantenerlos en una oclusión adecuada.

En vista de que el movimiento dentario se realiza en forma muy lenta, es necesario diseñar por adelantado las combinaciones correctas de fuerzas para efectuar el movimiento deseado en cada diente.

Las fuerzas se pueden efectuar a partir de un mecanismo o sistema determinado, para el ortodoncista este mecanismo estará conformado por un soporte o bracket, un arco de alambre que sería el elemento activo y por último los diversos accesorios que necesita para conformar todo el sistema.

Hablaremos sobre los elementos activos que conforman un aparato fijo. Los alambres representan la parte motora del aparato de ortodoncia, se activan para aplicar fuerzas que muevan al diente o se mantiene pasivo para resistir las no deseadas.

Propiedades

El comportamiento de un alambre en ortodoncia depende mucho de las propiedades

físicas y mecánicas que presente dicha aleación, las mismas son:

- Resistencia a la corrosión que provocan los fluidos bucales.
- Debe tener un alto grado de flexibilidad o elasticidad, es decir, actuar favorablemente a la acción de las fuerzas externas o deformantes; en otras palabras, recobrar su forma original cuando estas fuerzas dejan de actuar.

El límite elástico es la propiedad de un alambre de retomar su forma original sin deformación permanente al retirar la fuerza o carga máxima. El comportamiento plástico es la presencia de una deformación permanente. Es preferible tener un límite elástico algo más bajo que permita que un alambre se deforme de modo permanente y no que se rompa bajo una carga accidental.

Para entender mejor todo esto le explicamos por medio de un ejemplo: una aleación de Niquel-Titanio, tiene un temple muy alto lo que le da la característica de ser altamente elástico pero muy quebradizo; es decir, ha sobrepasado su límite elástico volviéndose plástico y quebradizo.

Para elegir un alambre determinado se verá también tener en cuenta la cantidad y longitud de alambre a utilizar.

MARIO SALTOS G.

Si el diámetro se aumenta, la fuerza lo hará de igual manera, aumenta también la rigidez.

A mayor longitud, la fuerza se reduce y viceversa.

Un 25 % de aumento en la longitud del alambre provocará un descenso en la fuerza de aproximadamente un 80 %.

- Deberá tener una rigidez adecuada. Se define como módulo de elasticidad a la "medida de la rigidez de un material", al actuar una fuerza determinada. Para comprenderlo mejor analizaremos la siguiente relación: un alambre entrelazado Respond que utiliza mucho el Dr. Ronald Roth al pregonar su técnica tiene un módulo de elasticidad de 0,07 y produce sólo 0,07 de la fuerza de un alambre de acero de 0,018 pulgadas.
- Tiene que ser altamente maleable, o lo suficiente para ser doblado o manipulado sin que este se fracture.
- Deberá tener afinidad con la soldadura, para permitir la incorporación de elementos accesorios. Hay que tener mucho cuidado de no sobrecalentar el alambre ya que puede provocarse una disminución en su límite elástico.

Alambres usados en Ortodoncia

Nos referiremos a las aleaciones más comúnmente usadas en la práctica diaria, que en los últimos tiempos se han incrementado favorablemente debido a la presencia de los alambres llamados con memoria de forma, de las cuales nos ocuparemos más adelante.

Acero Inoxidable

Existen muchas aleaciones de este tipo, todo depende de la casa comercial que fabrica y distribuye este alambre.

Se presenta también en forma de arcos preformados, o en forma de varillas de diferentes diámetros o calibres así:

Redondos de 0,014; 0,016; 0,018; 0,020 de pulgadas.

Cuadrados de 0,016 X 0,016; 0,017 X 0,017 de pulgadas.

Rectangulares de 0,016 X 0,022; 0,017 X 0,022; 0,017 X 0,025; 0,018 X 0,022; 0,018 X 0,025; 0,019 X 0,026; 0,021 X 0,025 de pulgadas.

Estas aleaciones están constituidas aproximadamente por un 18 % de Cromo, un 8 % de Niquel y 0,20 % de Carbono.

Dentro de sus propiedades físicas están poseer una buena elasticidad, pero sólo en pequeños diámetros, otras de sus propiedades es la buena formeabilidad o maleabilidad, lo que nos permite trabajarlo con mucha confianza al diseñar dobleces especiales como los usan muy a menudo en las técnicas de alambres ligeros.

Debemos mencionar también que estos alambres presentan una elevada rigidez. Dentro de este tipo de aleaciones, no se puede dejar de lado un alambre que es muy utilizado por los ortodoncistas y que merece especial atención, como lo son los alambres trenzados. Se los puede encontrar en el comercio con diferentes medidas dependiendo del número de filamentos que lo constituyen, es decir, de 3, 6 y 8 filamentos. Se presentan en tiras y arcos preformados de sección redonda y rectangular. Estos alambres presentan una elevada elasticidad, una baja maleabilidad y una muy baja rigidez.

Se los usa por lo general en las etapas tempranas del tratamiento, ya que provocan una rápida corrección inicial del desealiniamiento oclusal, porque permite ejercer fuerzas graduales.

El inconveniente con este tipo de alambres, es que su elevada elasticidad y muy baja rigidez impide usarlos en los sectores posteriores de la oclusión, es decir,

los dientes de anclaje para evitar movimientos no deseados en los molares, especialmente cuando se aplica una tracción elástica intra o intermaxilar.

Aleación Cromo (Cr) - Cobalto (Co) - Niquel (Ni)

Al igual que las aleaciones de acero se presentan individualmente en forma de varillas o en forma de arcos preformados de diversas medidas, con secciones de alambres redondos, rectangulares y cuadrados. Están constituidos por un 40 % de Cobalto, 20 % de Cromo, 18 % de Niquel, 7 % de Molibdeno, 6 % de Hierro y 1 % de Titanio.

Entre sus propiedades físicas podemos indicar que tiene una muy elevada elasticidad, buena maleabilidad y una alta rigidez.

Precisamente por la calidad de sus propiedades, permite construir figuras más complicadas sin peligro de fractura.

El tratamiento térmico aumenta el temple del alambre; en otras palabras, al calentarlo se endurece para mejorar sus propiedades elásticas.

Dentro de este grupo de aleaciones, encontramos 4 tipos de alambres con temple diferentes así:

El temple azul, es el alambre más suave del grupo, por ende el más utilizado.

El alambre amarillo es un poco más duro que el azul.

Para su uso se puede dar tratamiento térmico o usarlo como viene, al igual que el alambre verde o el rojo.

Aleaciones llamadas con memoria de forma

La utilización de temperaturas elevadas, puede provocar grandes transformaciones estructurales, lo que compete a la ortodoncia y su relación con las aleaciones llamadas con memoria de forma, al ser utilizadas en la boca y a una temperatura determinada provoca una recuperación de su forma

inicial, luego de haber sufrido una deformación aparentemente plástica.

En los últimos años fueron introducidas en ortodoncia dos nuevas aleaciones: Niquel-Titanio y Beta-Titanio.

Aleación Niquel-Titanio

Presenta una relación de 1 a 1 entre el contenido del Niquel 55 % y el del Titanio del 45 %.

Se presentan al comercio sólo en forma de arcos preformados, de diversos diámetros o calibres así:

Redondos de 0,014; 0,016; 0,018; 0,020 pulgadas.

Cuadrados de 0,016 x 0,016; 0,018 x 0,018 pulgadas.

Rectangulares de 0,016 x 0,022; 0,017 x 0,025; 0,018 x 0,025; 0,019 x 0,025 pulgadas.

Entre sus características físicas se puede anotar su excelente elasticidad y su bajo módulo de elasticidad (rigidez), lo que provoca una transmisión de fuerza leve, uniformes y duraderas con un mínimo de deformación permanente.

Su baja rigidez solamente 0,26 del acero, significa que un alambre de 0,018 x 0,025 pulgadas tiene la rigidez aproximadamente de un alambre de acero de 0,013 pulgadas.

Otra de las propiedades de este alambre es su poca maleabilidad lo que lo limita en la conformación de ciertas figuras, por eso tiene su aplicación más útil allí donde se encuentran fuerzas bajas y grandes deflexiones en alambres relativamente rectos.

Aleación Beta-Titanium

A pesar de tener una gran memoria elástica, que lo incluye dentro de los alambres con memoria de forma, presenta diferencias marcadas con respecto a la aleación Niquel-Titanio, así tenemos: su presentación, además de los arcos reformados, lo hace en barras de alambre, la soldadura no altera sig-

nificativamente las propiedades mecánicas del material, es fácil de doblar; es decir, tiene una maleabilidad muy buena, lo que provoca que no haya una deformación permanente en segmentos largos.

El Beta-Titanium de 0,018 x 0,025 pulgadas tiene una rigidez de 406,1 que equivale a la de un alambre redondo de acero de 0,018 pulgadas. En el comercio se lo encuentra en barras redondas de 0,016 y 0,018 pulgadas, además de barras rectangulares y cuadradas de 0,016 x 0,022; 0,016 x 0,016; 0,017 x 0,025; 0,017 x 0,017; 0,019 x 0,025 pulgadas. El ortodoncista deberá estar capacitado para saber elegir el material a usar en sus pacientes, en base a su intuición, experiencia clínica y por supuesto sus conocimientos, e ahí el éxito de un tratamiento ortodónico.

BRACKETS

Breve reseña histórica

A principios de siglo (1915) con la introducción del arco-cinta de Angle, empieza a tomar auge la terapia ortodónica.

Los elementos pasivos o brackets sobre los cuales vamos a referirnos en este capítulo, empiezan su desarrollo a partir de esta técnica.

Los soportes para la misma estaban constituidos por bandas-brackets, que tenían un pequeño hueco en ángulo recto donde entraría el arco-cinta, y además estaba perforado longitudinalmente para poder pasar un alfiler o ligadura y de esta manera fijar mejor el arco al bracket.

A partir de la técnica de arco-cinta, empieza una nueva etapa en la ortodoncia, basados en los conceptos promulgados por Angle; es decir, empieza la técnica de Arco de Canto con todas sus variantes. En un inicio esta técnica utilizaba un bracket simple o de ancho único (0,050 pulgada).

Tenía un inconveniente de que por su es-

caso tamaño era inefectivo para rotaciones dentales, a partir de este inconveniente se desarrollaron los brackets dobles o gemelos-siameses, con lo cual se resolvía este problema.

Luego este tipo de bracket fue perfeccionado, esto es, fue diseñado con una curvatura en la base para lograr una mejor adaptación a las superficies vestibulares de caninos y premolares, especialmente. La desventaja de los brackets gemelos, es que disminuyen el tramo interbracket y por ende se reduce significativamente la resistencia del alambre; es decir, aumenta la rigidez.

Lewis se valió de las ventajas y desventajas que ofrecían estos dos tipos de brackets y propuso un soporte de ancho único, con alas integrales revatidas hacia vestibular, con la finalidad de rotar la pieza dentaria y no provocar la disminución del espacio interbracket, luego este soporte fue mejorado añadiéndole una base curva para mejor adaptación a las superficies vestibulares de los sectores laterales.

Hoy en la actualidad existen bracket de Lewis con torque.

Las muchas variaciones de soportes para la técnica de arco de canto, se basan principalmente en los dispositivos antes mencionados, a excepción de la técnica de Begg que usa un soporte con una ranura mucho más angosta en sentido mesio-distal, donde se ajusta el arco por medio de un broche.

Retomando el tema de los brackets para la técnica del arco de canto sin angulación en su ranura, indicaremos que hoy en día existen en el comercio bracket con aleta incisal achaflanada, especialmente creados para los incisivos inferiores, y en los casos en que la sobremordida hace que el borde incisal de los superiores, golpee contra las aletas del bracket normal inferior provocando que se despegue continuamente.

Dentro de las muchísimas innovaciones realizadas en los soportes a consecuencia

del cambio, actualización o avances que experimentan las técnicas, debido a la necesidad de obtener resultados más favorables estética y funcionalmente, tenemos la facilidad de conseguir en un comercio brackets simples o gemelos con torque y angulaciones incorporados en las ranuras del bracket con respecto al cuerpo del mismo, existen distintos tipos de estos brackets con numerosas innovaciones, todo depende de la necesidad del tratamiento y de la técnica a usar.

A continuación se explicarán los brackets usados en las técnicas con arcos preajustados, especialmente en la técnica de Arco Recto.

FUNDAMENTOS DE LA TECNICA DE ARCO RECTO

Actualmente las técnicas preajustadas están influyendo cada vez más en la decisión de un tratamiento, los ortodontistas se están dando cuenta que se obtienen resultados más favorables y con un menor esfuerzo debido al principio de triple control incorporado a sus brackets.

Al hablar de Arco Recto no se puede dejar de mencionar al Dr. Andrews como el precursor de esta técnica en el año 1970, al realizar muchísimos estudios sobre modelos en pacientes que fueron tratados previamente, observó que los resultados eran iguales en todo el grupo de modelos estudiados, la diferencia podría radicar en la filosofía de tratamiento usada por el ortodontista o en los medios mecánicos utilizados.

Por medio de la aparatología de Arco Recto podemos lograr objetivos específicos en un tratamiento, basado en un esquema oclusal, estos objetivos serían las 6 llaves de la oclusión.

A pesar de ser objetivos estáticos son el camino para llegar a obtener una oclusión funcional.

La preocupación del Dr. Andrews y actualmente de todos sus seguidores, es co-

mo conseguir todos estos objetivos a través de una mecánica determinada, de esta manera se empezaron a trabajar e investigar sobre los vínculos o soportes para esta técnica.

Actualmente los brackets y en especial los de Arco Recto tienen un papel protagónico dentro de la mecánica de arcos preajustados, han reducido su papel de simples soportes o vínculos en un 50 % para convertirse en un elemento activo.

Para hablar de ellos, previamente debemos de tener en claro ciertos conceptos que son fundamentales para comprender como actúan: Torque - Movimiento de la raíz en sentido labiolingual o bucolingual con un mínimo desplazamiento de corona. Este movimiento se consigue por la interacción de un alambre rectangular en las ranuras rectangulares de los brackets.

Se provoca una fuerza rotatoria o cupla, es decir, 2 fuerzas iguales, paralelas y en sentido contrario que anula la una a la otra provocando una rotación pura del diente.

Al usar un bracket con una ranura torquada con respecto a la base del bracket, o la base del bracket puede estar torquada con respecto a la superficie del diente, conseguimos la acción de cupla y por ende el torque en una pinza dentaria, dependiendo de la estética y la función que cumpla cada pieza en la arcada.

Para que el torque sea expresado en toda su magnitud se deberá tener presente ciertas consideraciones, como la ubicación del bracket en el diente y la íntima relación del alambre en la ranura del bracket, con esto se quiere explicar que el alambre no deberá rotar dentro de la ranura, es por esto la conveniencia de no usar alambres redondos para efectuar torque y en general si se usan alambres rectangulares de menor dimensión que la ranura se pierde gran parte de la acción del alambre al sufrir rotaciones antes de apoyarse en la ranura del bracket.

Los trabajos de investigación han demostrado que, por ejemplo, un torque de 7

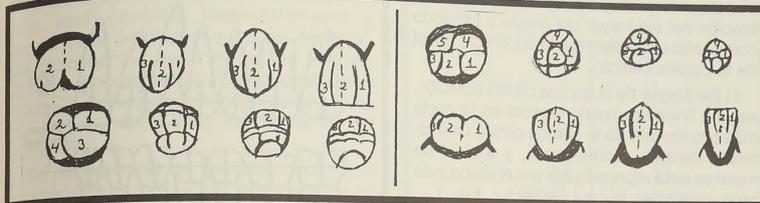


Fig. 1

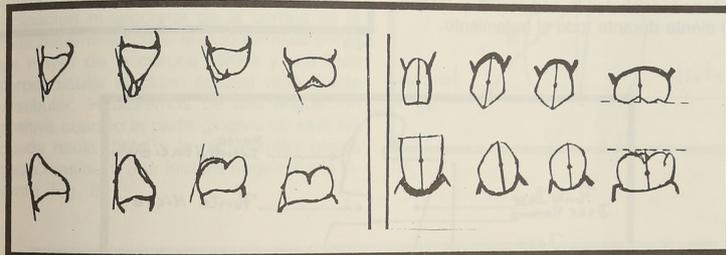


Fig. 2

grados construidos en la ranura del bracket provocan 20 grados de angulación en la raíz, para que esta relación se exprese completamente dependerá del ajuste total del alambre en la ranura.

Otra consideración a tener en cuenta, es la pérdida de anclaje en los sectores posteriores al provocar torque en la zona anterior, es decir hay una reacción a la fuerza de torque en el sector anterior, que se traduce con la mesialización de los sectores posteriores, de igual manera se provoca una inclinación excesiva hacia lingual de los sectores pósteroinferiores, a la fuerza de intrusión de un arco nivelador, todo esto se previene con el uso de un alambre que llene completamente la luz del bracket.

Otro concepto a tener en cuenta es la posición en sentido ánteroposterior de los

dientes; es decir, en una oclusión no tratada y que se acerca considerablemente a lo ideal, la posición de los ápices de las raíces son distales a sus respectivas coronas, esto nos conlleva a considerar la longitud del arco previa la realización de estos movimientos de inclinación ánteroposterior, pues la inclinación de las raíces hacia distal, provocará que necesitamos una mayor longitud en el arco para ubicarlas convenientemente. En definitiva los brackets a utilizarse deberán llevarnos los dientes a la posición mesiodistal correcta, a través de la angulación o inclinación que presenta la ranura del bracket lo cual provoca fuerzas reciprocas al interactuar el alambre.

Para especificar la mecánica usada en la aparatología de Arco Recto, se proponen ciertos cambios en la terminología conven-

cionalmente usada, una de ellas es la no utilización del eje mayor del diente y tomando como referencia siempre la superficie bucal de la corona clínica.

El Eje Mayor de la corona clínica (EMCC), es una línea imaginaria vertical en la parte más prominente de la corona clínica de incisivos, caninos y premolares, y a nivel de molares está representada por el surco más pronunciado en la cara vestibular. Fig. 1

Este eje se puede tocar y marcar con un lápiz y se ve directamente, de esta manera, podemos controlar la angulación y torque del diente durante todo el tratamiento.

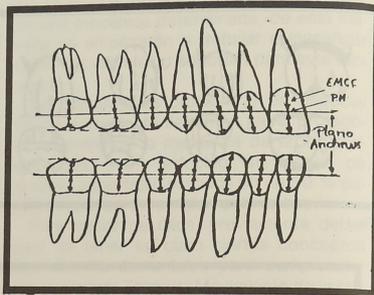


Fig. 3

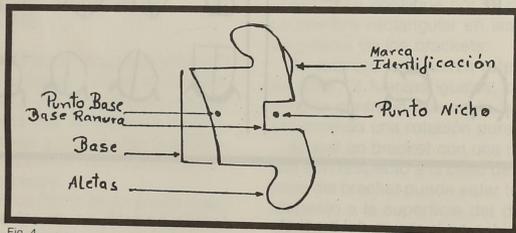


Fig. 4

Otra referencia importante para la ubicación del bracket es la localización sobre el Eje Mayor de la Corona Clínica, equidistante de oclusal y del borde gingival y donde el plano transversal de la corona clínica corta el EMCC, es en este sitio donde marcamos, el punto medio PM. Fig. 2

Anteriormente se habló sobre el plano de Andrews y se indicó que era un plano transversal imaginario que cruzaba la corona, ¿pero a qué nivel?, a la altura de sus puntos medios y separará simétricamente oclusal de gingival. Este plano también incluye el punto base y el centro del nicho o ranura. Fig. 3.

Se necesitan breves explicaciones sobre otros términos usados. Cuerpo del bracket, es la porción del mismo localizada entre la base del bracket y la base de la ranura, a la vez la base del bracket es la porción más lingual del cuerpo de bracket y que se encuentra en íntima relación con la superficie dentaria, esta relación tiene que ser detallada con más detenimiento, lo cual lo haremos más adelante.

El punto de base, es el sitio donde deberá caer una extensión del eje de la ranura sobre la base del bracket.

La base del nicho corresponde a la pared lingual de la ranura.

El eje del nicho es una línea imaginaria que está centrada mesiodistalmente y equidistante de gingival y oclusal del nicho. La prolongación hacia lingual de este eje incluiría el punto base y el punto medio de la corona y a la vez una prolongación del plano de Andrews hacia labial incluiría el eje del nicho. Fig. 4.

Se deberá recordar que anatómica y funcionalmente la inclinación axial correcta de un diente es siempre positiva, y aplicando algunos de los conocimientos expuestos anteriormente diremos que la angulación o inclinación mesiodistal de la corona se la mide determinando el ángulo formado por el eje mayor de la corona clínica y una línea perpendicular al plano oclusal visto desde vestibular. Hablaremos de una angulación positiva cuando la parte gingival de este eje queda hacia distal y la parte incisal queda hacia mesial, y una lectura negativa a la inversa. Fig. 5

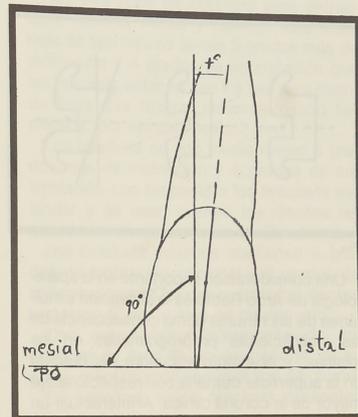


Fig. 5

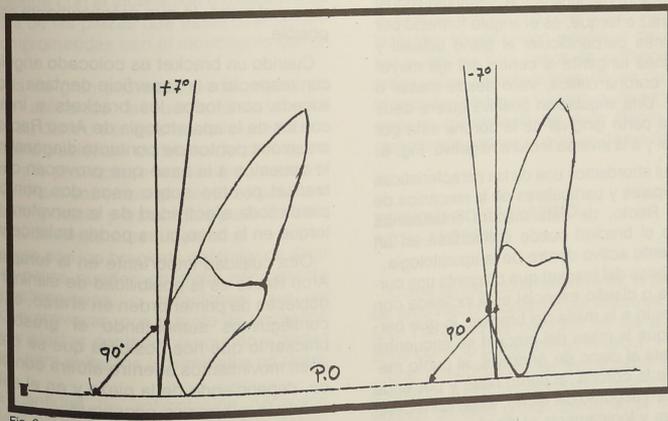


Fig. 6

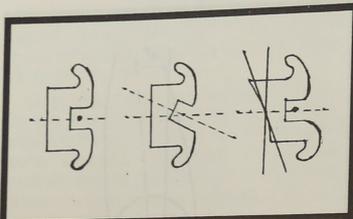


Fig. 7

Una consideración importante en la aparatología de Arco Recto es la alineación simultánea de las ranuras como consecuencia de las inclinaciones preprogramadas en las mismas, y el exacto encuadre del bracket en la superficie dentaria con respecto al eje mayor de la corona clínica. Al interactuar un alambre sobre piezas en malposición llevan los dientes a posiciones estables al igual que provocan el alineamiento de todos los nichos.

El grado de inclinación vestibulo-lingual de la raíz o torque, es el ángulo formado por una línea perpendicular al plano oclusal y una línea tangente al centro del eje mayor de la corona clínica, visto desde mesial o distal. Una angulación positiva quiere decir que la parte gingival de la corona está por lingual y a la inversa lectura negativa. Fig. 6.

Aquí abordamos una de las características principales y particulares de la mecánica de Arco Recto, de esta manera enfatizamos como el bracket puede convertirse en un elemento activo dentro de la aparatología.

La base del bracket que presenta una curvatura o diseño especial está inclinada con respecto a la masa del bracket, lo que permite que la masa del bracket se encuentre paralela al plano de Andrews, al punto medio de la corona, al punto base y por ende también al punto del nicho, estas consideraciones y lógicamente el diseño característico de la base hacen que al final del trata-

miento todas las ranuras estén alineadas unas con otras. Fig. 7

Si usáramos un bracket pretorqueado sin angulación en la base; es decir, la base del bracket paralela a la base del mismo no se obtendrían al final del tratamiento el alineamiento de cada uno de los nichos ya que el plano de Andrews no se encuentra paralelo a la misma altura del punto medio del nicho, esto se debe a que cada diente requiere de un torque específico al igual que en la aparatología de Arco Recto, pero la diferencia estriba en que los brackets pretorqueados sin angulación en la base tienen que ser colocados de una manera angulada en el diente para que pueda expresarse el torque, es decir, los nichos y en especial el eje del mismo no caen sobre el plano de Andrews, de tal manera que se requerirán dobleces de segundo orden para conseguir este paralelismo o en su defecto desgastar la pared axial del nicho hacia gingival para obtener la coincidencia entre el punto medio de la corona y el nicho, lo que prácticamente es imposible.

Cuando un bracket es colocado angulado con respecto a la superficie dentaria, como sucede con todos los brackets e incluso con los de la aparatología de Arco Recto se crean dos puntos de contacto diagonalmente opuestos a la base que provocan que el bracket pivotee sobre esos dos puntos y pierda toda efectividad de la curvatura y el torque en la base, pues podría balancearse.

Otra cualidad importante en la terapia de Arco Recto es la posibilidad de eliminar los dobleces de primer orden en el arco, esto lo conseguimos aumentando el grosor del bracket lo que nos posibilita que se provoquen movimientos adentro-afuera con el arco, dependiendo de la pieza y en el sector donde lo queramos conseguir.

Además tienen incorporados una determinada cantidad de grados en los tubos y

brackets, para provocar rotación de las cúspides distales de molares superiores.

Una innovación en estos brackets se presentan en las aletas, que sobresalen un poco más por gingival, lo que permiten ligar de una mejor forma el alambre, y además minimizar los problemas periodontales; facilitando el cepillado.

La importancia de las aletas es la referencia que nos dan al momento de ubicar el bracket en la cara vestibular, ellos deberán estar paralelos al eje mayor de la corona clínica.

Los brackets estándar de Arco Recto no poseen antirrotación ni antiinclinación, por lo que fue necesario desarrollar un tipo de bracket que presente estas cualidades para poder ser usado en los casos de extracciones.

Al llevar una pieza dentaria a través del sitio de extracción con una fuerza determinada, se provoca una reacción a esta fuerza, a nivel de la pieza que está siendo movida o a nivel del sector posterior o de anclaje, que se traduce con la inclinación o rotación exagerada de las piezas que están directamente comprometidas con el movimiento dentario.

Sería de gran provecho poder mover un diente aplicando la fuerza directamente sobre su centro de resistencia lo que provocaría una traslación uniforme del diente, es decir, sin provocarse movimientos secundarios. Pero sabemos que esto es prácticamente imposible y tratamos a partir de esta técnica de llegar a ese ideal.

Incluso con los brackets estándar de Arco Recto no se pueden controlar eficazmente las inclinaciones o rotaciones que se pueden provocar, por lo tanto es necesario realizar ciertos dobleces (segundo y primer orden) para evitar los movimientos no deseados.

La cantidad de antirrotación necesaria hasta 6 grados, es proporcional a la distancia que el diente debe moverse.

Hay tres tipos de brackets para extracción, mínimo, medio y máximo. Los brackets de tipo mínimo tienen 2 grados más de inclinación y 4 grados de antirrotación que los brackets estándar, se los usa para cuando haya que realizar movimientos no tan amplios, por ejemplo hasta 2 mm.

Los brackets de tipo medio tienen 3 grados más de inclinación y 4 grados de antirrotación con respecto a los brackets estándar y se usan cuando los dientes requieren un desplazamiento de 3 a 4 mm.

Los brackets máximos contienen 4 grados de inclinación adicional y 6 grados de antirrotación y se los usa cuando los dientes requieren 5 mm. o más de movimiento.

Otra característica interesante de los brackets de Arco Recto, en general, es su propia identificación según el tipo de diente.

En definitiva, estos brackets presentan propiedades muy especiales, preangulación, pretorque en todas las bases-posiciones dentro-afuera integradas, bases con contorno compuesto para la precisa ubicación de cada tipo de diente, referencia directa del bracket a la corona durante la colocación, identificación individual del bracket y variante para casos de extracciones, todas estas características hacen de esta técnica tan particular y efectiva; de esta manera la aparatología de Arco Recto está cumpliendo con los principios de su diseño.

ESTUDIO COMPARATIVO ROTH-ANDREWS

Como se explicó anteriormente, la técnica de Arco Recto propuesta por Andrews en el año 1970, no se mantuvo en los últimos años como lo pregonizó su creador.

Los ortodoncistas se empezaron a dar cuenta de la efectividad de la técnica, a la vez algunos de ellos profundizaron en la misma lo que provocó una serie de versiones, una

de ellas es la aparatología de Arco Recto de Ronald Roth.

Sería muy interesante hacer una comparación o diferenciación entre la técnica de Andrews u original de Arco Recto, con la técnica de Roth ampliamente difundida y aplicada en los últimos años.

La primera parte de este trabajo se refiere a las virtudes que presenta la aparatología de Arco Recto de Andrews. A continuación estudiaremos las ventajas de aplicar la técnica de Arco Recto de Roth, y de esta manera lograremos relacionar las dos versiones más importantes de Arco Recto.

Roth se valió de ciertas innovaciones para mejorar la técnica, así: la primera es la ubicación de los brackets ligeramente hacia incisal de lo indicado por la aparatología de Andrews, especialmente a nivel de los incisivos centrales y laterales superiores e inferiores, pero respetando las normas dadas para la ubicación correcta del bracket. Esta posición de los brackets posibilitará la no utilización de Arcos con curvas de compensación superior y curva reversa en el inferior para tratar de nivelar la curva de Spee.

En la aparatología de Andrews para ubicar los dientes en la posición deseada, es necesario utilizar al final de la mecanoterapia arcos con curvas de compensación superior y reversa inferior.

Ninguna de las dos aparatologías elimina la posibilidad de sobrecoregir los dientes para que éstos se ubiquen en su posición ideal al final del tratamiento. Roth se mantiene en la posición en que indica que no es necesario realizar compensaciones al arco para sobrecoregir las posiciones dentales, no importa cuán lejos fuesen movidos los dientes, todo depende de la buena ubicación del bracket, de llenar completamente la ranura con un alambre rectangular, y de una buena fijación del arco al bracket, para que

el diente se mantenga en una misma posición después de un tiempo dado.

Lo que no sucede con la aparatología de Andrews que hay que realizar las compensaciones anteriormente descritas e incluso la necesidad de incorporar más torque a los dientes anteriores si los retraemos, para obtener la sobrecorrección y por ende la posición final ideal del diente.

Como conclusión a todo lo anteriormente expuesto indicaremos que, no somos lo suficientemente hábiles ni la aparatología es la última maravilla del mundo para permitir dejar los dientes en una posición ideal, sin permitir que estos se muevan después de retirada la aparatología, lo importante es que se mantengan en esa posición ideal después de un tiempo dado, lo cual se consigue con una leve recidiva y sobrecorrección lo que permitirá al diente asentarse en una oclusión funcional correcta.

Otra diferencia importante entre estas dos versiones, es la manera como son desplazados los dientes, mientras que en la técnica de Andrews se trata de hacerlo con el mínimo de inclinación, es decir, con movimientos en traslación; esto se consigue con una acción de deslizamiento del bracket sobre el arco, lo que trae como consecuencia problemas friccionales y además se necesitan diversos tipos o series de brackets para conseguir el movimiento de traslación del diente.

En la versión Roth, lo importante no es un traslado en paralelo de la pieza, se permite la inclinación en forma suave de tal manera que ésta logre recobrase con un alambre continuo sin la necesidad de dobleses para mover gradualmente los dientes a sus posiciones finales, y que el alambre se ajuste correctamente en la ranura del bracket.

Como lo expresamos anteriormente, lo importante es la posición del diente al final del

tratamiento, y no la manera como éste llegue a esa posición.

Dentro de las innovaciones del montaje Roth, tenemos la adición de tubos dobles y triples para fuerzas extraorales y tubos rectangulares auxiliares, también se incorporaron ganchos adicionales para gomas cortas de clase II y III, de manera que estas gomas no provoquen las reacciones secundarias como lo hacen las gomas largas, como es la inclinación del plano oclusal y la consecuente creación de interferencias posteriores. A la vez estos ganchos nos permiten tratar de aplicar la fuerza lo más cercana posible al centroide del diente y provocar un movimiento en paralelo; posteriormente estos brazos largos fueron reemplazados por ganchos redondos cortos.

La última versión del montaje Roth en cuanto a brackets es un modelo totalmente transparente, son obtenidos a través de la alumina líquida (Zafiro) que es lo que le da esa apariencia cristalina única, estos brackets tienen un agente que se adhiere químicamente a la base del bracket y es también químicamente adherido a los adhesivos estándar.

A continuación se demostrarán los diferentes valores para inclinación, torque y rotación entre una y otra técnica.

Como se observan los valores varían entre una y otra técnica, esto responde a diversas características u objetivos trazados por cada autor para llegar a una oclusión funcionalmente estable, sin dejar de lado por supuesto los fines estéticos que consti-

TABLAS COMPARATIVAS

ROTH				ANDREWS			
ARCO SUPERIOR				ARCO SUPERIOR			
Pieza	Inclinación	Torque	Rotac.	Pieza	Inclinación	Torque	Rotac.
11	+ 5	+ 12	0	11	+ 5	+ 7	0
12	+ 9	+ 8	0	12	+ 9	+ 3	0
13	+ 13	- 2	+ 4	13	+ 11	- 7	+ 2
14	0	- 7	+ 2	14	+ 4	- 7	
15	0	- 7	+ 2	15	+ 2	- 7	
16	0	- 14	+ 14	16	+ 5	- 9	+ 10
17	0	- 14	+ 14	17	+ 5	- 9	+ 10

TABLAS COMPARATIVAS

ROTH				ANDREWS			
ARCO INFERIOR				ARCO INFERIOR			
Pieza	Inclinación	Torque	Rotac.	Pieza	Inclinación	Torque	Rotac.
41	+ 2	- 1	0	41	+ 2	- 1	0
42	+ 2	- 1	0	42	+ 2	- 1	0
43	+ 7	- 11	+ 2	43	+ 5	- 11	
44	- 1	- 17	+ 4	44	+ 2	- 17	
45	- 1	- 22	+ 4	45	+ 2	- 22	
46	- 1	- 30	+ 4	46	+ 2	- 26	0
47	- 1	- 30	+ 4	47	+ 2	- 31	0

tuyen demanda por parte del paciente y necesidad del ortodoncista, junto con los objetivos funcionales que en definitiva son los que deben primar en un tratamiento ortodóncico.

Hay una diferencia de 5 grados entre el torque propuesto por Roth y el de Andrews para los incisivos centrales y laterales superiores, esta posición determina una forma de arco menos angosta en el sector anterior lo que redunda en una adecuada guía anterior y no el caso de tener un arco anterior demasiado angosto lo que provoca una guía anterior bastante inestable, esto generalmente termina en apiñamientos o movimientos laterales limitados, después de haber concluido un tratamiento.

Esta posición de mayor torque en los incisivos, está compensada con un menor torque negativo en el canino superior, además en esta pieza tenemos 2 grados más de inclinación distal y 2 grados de rotación mesial, ya que este diente es retraído en la mayoría de los tratamientos. Los caninos supe-

riores deben tener suficiente inclinación mesioaxial, de esta manera la cúspide se asentará sobre la vertiente distoincisal del canino inferior lo que provocará una correcta función en lateralidad a expensas de una buena relación canina. En el sector lateral superior la innovación importante es la diferencia de 2 grados positivos de rotación mesial para evitar o compensar los efectos de rotación de este sector a causa de distalar o traccionar el canino y por supuesto el sector anterior.

En los sectores posteriores superiores hay una diferencia considerable entre los valores de inclinación, torque y rotación, se debe a la importancia que Roth le da al anclaje del sector posterior, al tratar de ubicar el molar un poco más derecho e incluso un poco inclinado hacia distal y con cierto aumento en la rotación, para de esta manera impedir la mesialización y rotación del sector posterior al tratar de traccionar el sector anterior.

Los valores para el arco inferior varían

muy poco, en el sector anterior prácticamente se mantiene igual, a excepción de una diferencia de 2 grados en la inclinación mesial del canino.

De igual manera el torque del sector lateral y posterior se mantienen casi idénticos pues sobrecorregir en estos sectores sólo llevan a problemas de interferencias, con las consecuencias graves que en un futuro

mediato se manifiestan sobre la articulación temporomandibular. Otra razón para mantener el torque en primeros y segundos molares inferiores casi idénticos, es la posición más sobresalida de estos en la arcada, especialmente a nivel de la cúspide mesiovestibular, lo que provoca que la aparatología se apoye a este nivel.

CONCLUSIONES

El objetivo de este trabajo ha sido sintetizar y demostrar los fundamentos de una técnica, que reforzada con los avances que cada día experimenta la tecnología en cuanto a materiales ortodóncicos se refiere, permiten obtener resultados más estables estética y funcionalmente.

Sin desmerecer el valor que tienen todas y cada una de las demás técnicas, proponemos de esta manera conjugar o amalgamar todas estas características o virtudes que harán que el ortodoncista obtenga resultados mucho más satisfactorios tanto para él como para su paciente.

SUMMARY

The object of this work, has been to join and demonstrate the fundament of a Technic, which reinforced with the advantages, that each day experiments the Technic, which reinforced with the advantages, that each day experiments the Technology on what to orthodontic materials refers, so these permits to obtain more

esthetic and functionally results.

Without diminish the value of the other techniques, we suggest in this way, to measure all this characteristics or virtues, that will make that the orthodontist be able to have more satisfactory results, for him and his patients.

AGRADECIMIENTOS

Quiero expresar mi agradecimiento sincero a la persona que de una manera desinteresada, y sin la cual no hubiese sido posible el desarrollo de este trabajo, la Dra. Amanda Rizzuti, gran maestra y, sobre todo, la amiga que supo brindarme todo su apoyo. A ella está dedicado este trabajo. De igual manera, mi agradecimiento al ATENEU ARGENTINO DE ODONTOLOGIA por todos los conocimientos brindados durante mi postgrado, y que me sirvieron de mucho en la elaboración de este trabajo. Por último, habrigo extensivo mi agradecimiento a todas aquellas personas que de una u otra manera participaron y me apoyaron en este trabajo, en especial, al Dr. Juan García y a la Lic. Claudia Licuadrí.

BIBLIOGRAFIA

1. Graber, T.M., y Swain B.: Ortodoncia. Principios generales y técnicos, 2ª reimpresión, Ed. Médica Panamericana, 1990.
2. Salaberry, M., y Iruzún L.: Alambres, Sociedad

Argentina de Ortodoncia. Mayo, 1989.

3. Flageul, F.: La utilización ortodóncica de aleaciones llamadas con memoria de forma. S.A.O.
4. Isaacson, K.G., y Williams, J.K.: Introducción a

- los Aparatos Fijos, Ed.2, El Manual Moderno, 1986.
5. Jaraback, J.R., y Fizzell, J.A.: Aparatología de Arco de Canto con alambres delgados, Ed.2, Mundi, 1972.
 6. Angle, Edward H.: Lo novísimo y mejor en mecanismos de ortodoncia, Dent. Cosmos 71:260-270, 1929.
 7. Thurow Raymond C.: Técnica y tratamiento con aparato de Arco de Canto, St. Louis, 1982, The C.V.Mosby Company.
 8. Dempster, W.T.: Adams, W.J., and Dukles, R.A.: Arreglo de las raíces de los dientes, J.Am.Dent.Assoc.67:779-797, 1963.
 9. Andrews, Lawrence: Las seis llaves de la oclusión normal, Am.J.Orthod. 61:297-309, 1972.
 10. Holdway, Reed A.: Angulación de brackets y su aplicación en aparatos de Arco de Canto, Angle Orthod. 22:227-236, 1952.
 11. Hatusaka, Harry: Un estudio radiográfico de raíces en sitios de extracción, Angle Orthod. 46:64-68, 1976.
 12. Roth, R.H.: Cinco años de Evaluación Clínica de la Aparatología de Arco Recto de Andrews, J.Clin.Orthod. 10:863-880, 1976.
 13. Andrews, L.F.: La Aparatología de Arco Recto, AAO Film Library.
 14. Andrews, L.F.: La Aparatología de Arco Recto, F.C.S.O. Boletín-1970.
 15. Andrews, L.F.: Silabo del Curso de Arco Recto.
 16. Lee, R.L.: Movimientos Bordeantes Mandibulares registrados en plástico para controles en articulador. 1989.
 17. Roth, R.H.: Mecánica de Tratamiento para la Aparatología de Arco Recto, en ortodoncia: Técnicas y principios comunes. C.V.Mosby Co., St.Louis, 1985.
 18. Andrews, L.F., DDS on the straight-Wire Appliance. J.C.O. Interviews. August 1990.
 19. Ricketts, R.M., Bench, R.W., Gugino, C.F., Hillgers, J.J., Schulhof, R.J.: Técnica bioprogresiva de Ricketts, 3ª reimpresión, Ed.Médica Panamericana, 1990.
 20. Dentaurem: Catálogo.

LABORATORIO INTEGRAL JADE

Altimari y Jaime
M.N. 2512 M.N. 2513

**NO CERRAMOS POR
VACACIONES**

Le brinda un estilo diferente

Porcelana - Isosit - Prot. Fija - Removable - Completa - Cromo Cobalto - Attachment.

Envíos al Interior

Sus pacientes agradecerán nuestra calidad

Prudan 1248 (altura, Avda. San Juan 3150) C.P. 1242, Capital. Teléfono: 93-8023

Conservación o Extracción de Primeros Molares Permanentes Deteriorados en Edad Temprana

NOEMI ALFARO, GRACIELA LIBONATTI,
LIDIA DASCAL DE MIZRAHI

Colaboradoras: Nancy Pachamé, Yolanda Martín

EL primer molar permanente es incuestionablemente la unidad de masticación más importante, siendo esencial para el desarrollo de la oclusión convenientemente funcional, ya que inicia el segundo levante fisiológico de la misma y de acuerdo con él se orientan los demás dientes, además de estimular el desarrollo craneo-facial.

Se constituye a partir de la lámina dental junto con los segundos molares temporarios; forma la curva de compensación, siendo por lo tanto un pilar muy importante en la función masticatoria. Sin embargo, en nuestra práctica diaria, es frecuente observar en pacientes jóvenes la presencia de los mismos deteriorados o extraídos.

Un censo epidemiológico realizado por Exbrajat determina que sobre un patrón de 61.504 sujetos, los primeros molares permanentes están tratados en el 28 % de los casos, extraídos en el 20 a 27 % y sanos sólo en el 20 % de las personas.

Un motivo del resultado de esta estadística suele ser el desconocimiento por parte de los padres y niños, de la edad de erupción y ubicación del mismo en la arcada dentaria. En general, es confundido con un

molar primario, y cuando reparan en él ya se encuentra afectado.

Knutson, Klein y Palmer creen que este molar es la pieza permanente más susceptible a las caries como resultado de fisuras oclusales profundas, cuyas bases presentan coalescencias incompletas, siendo allí frecuente el depósito de placa bacteriana. Es por ello que consideramos fundamental que el profesional como agente de salud brinde la información necesaria acerca de la importancia del mantenimiento de esta pieza en óptimas condiciones, indicando, además, flúor y selladores lo más precozmente posible.

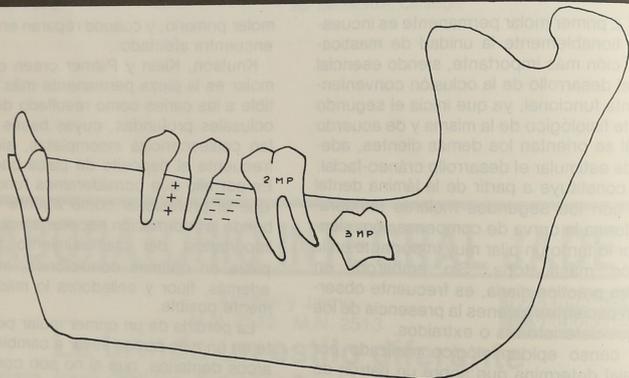
La pérdida de un primer molar permanente en un niño puede llevar a cambios en los arcos dentarios, que si no son controlados podrán rastrearse a lo largo de toda la vida del individuo.

Estos cambios, según Mc Donald, pueden agruparse bajo tres aspectos fundamentales:

- 1) Función local disminuida.
- 2) Migración de los dientes.
- 3) Erupción continua del antagonista.

1) *Función local disminuida:* Puede haber una disminución de la eficiencia masticatoria de hasta un 50 %. Los niños advierten la pérdida de la función normal; la misma es seguida a menudo por un traslado de la carga masticatoria al lado no afectado de la boca. Esto trae falta de higiene, inflamación gingival y trastornos en los tejidos de sostén del lado no usado y un desgaste desparejo de las superficies oclusales.

2) *Migración de los dientes:* Los segundos molares permanentes, hallan erupcionado o no, se corren hacia mesial; este hecho, puede favorecer en determinados casos, como veremos más adelante. (Esquema I)



ESQUEMA 1

En las mandíbulas con inclinación posterior la tasa de formación ósea es mayor en el lado distal y la de reabsorción es mayor el mesial.

3) *Erupción continua del antagonista:* En general el primer molar que con más frecuencia se pierde es el inferior y suele su-

Los premolares sufrirán un corrimiento hacia distal que será mayor en aquellos casos en donde el paciente presente una anteinclinación mandibular (Esq. 1), pues se ha lló una fuerte correlación entre la tasa de recambio alveolar y la variedad de inclinación de crecimiento de la mandíbula: tasas elevadas de formación y reabsorción ósea se hallan, en general, asociadas a una mandíbula, con inclinación anterior. En ellas, la tasa de reabsorción ósea es mayor en distal y la de formación ósea es mayor en mesial. Bajas tasas de reabsorción y formación ósea están en la mayoría de los casos asociadas a una inclinación de crecimiento posterior (Esquema II).

ceder que el antagonista junto a su alveolar sobreepcione, siendo además comprimido hacia vestibular. Para impedir que esto puede indicarse la extracción del antagonista. Si tenemos en cuenta los conceptos vertidos hasta el momento, el criterio conservador sería el más indicado, siguiendo el mis-

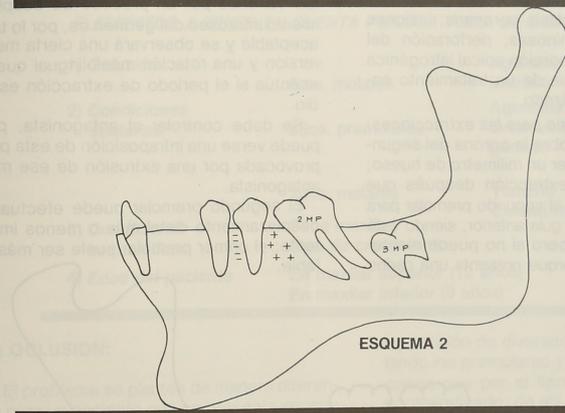
mo es común observar el mantenimiento de piezas con voluminosas amalgamas que en forma más o menos rápida sufren una fractura coronaria o lo que es peor, una fractura radicular. En estos casos se observaría la necesidad de una corona que, aunque haya sido bien realizada, colocada en un adolescente o en un joven adulto, nos preguntamos si persistirá toda la vida.

Lo que tratamos de transmitir es que existe otra posibilidad, quizá no muy explotada.

Teniendo en cuenta determinados factores que iremos exponiendo, la extracción

de uno o varios primeros molares seguida a veces de movimientos ortodóncicos destinados a cerrar los espacios, constituye una buena solución. Esta forma de proceder favorece la puesta en su lugar funcional de los terceros molares y otorga nuevamente al paciente una dentadura con ocho molares naturales. Esto permite obtener una oclusión equilibrada y no traumatogénica.

Esta opción no es nueva; ya qn 1803, Fox, indica sistemáticamente la extracción en molares deteriorados. Cincuenta años más tarde Mc-Lean, también aconseja la



ESQUEMA 2

extracción de los cuatro molares permanentes en mal estado. En 1888, Adrien habla de la reposición luego de la extracción de los primeros molares por los segundos. Es Schwarz, quien aclara, sin embargo, que el segundo molar no presenta las mismas características anatómicas del primero, ya que su corona es de menor tamaño tiene me-

nor potencial y no mantiene el mismo choque masticatorio que el 6.

Según Hotz basándose en principios ortodóncicos opina que el 7 se ubica en lugar del 6, y plantea cinco razones que justifican las extracciones:

1) Cuando hay caries profundas realiza la

extracción y no efectúa maniobras ortopédicas sino controles.

- 2) En casos de tendencia generalizada a las caries.
- 3) Cuando los molares temporarios se han extraído o exfoliado prematuramente y los 6 se mesializan impidiendo la erupción de los 5.
- 4) En caso de mordida abierta.
- 5) Por motivos socio-económicos.

PAATOLOGIAS QUE JUSTIFICAN LA EXTRACCION DE PRIMEROS MOLARES

Gran deterioro coronario con tres caras afectadas implicando ello una desvitalización; severa hipoplasia coronaria; lesiones periapicales voluminosas; perforación del techo pulpar; reabsorción apical iatrogénica como consecuencia de un tratamiento endodóntico mal realizado.

Momento oportuno para las extracciones: Hanser dice que sobre la corona del segundo molar debe haber un milímetro de hueso; Nawrath hace la extracción después que aparece en la boca el segundo premolar para que el 7 tenga una guía anterior, siendo ésta la situación ideal, pero si no puede mantenerlo en la boca porque presenta una caries

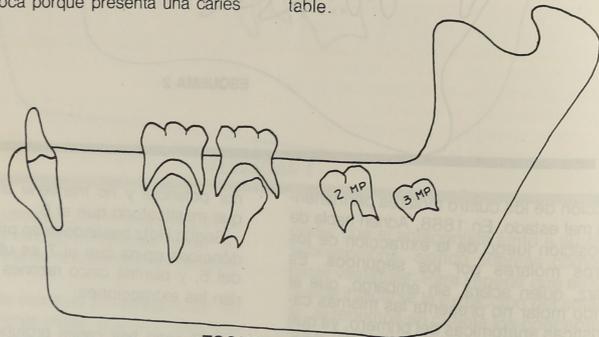
muy importante, igual lo extrae antes de la erupción del segundo premolar.

ANALISIS DEL DESPLAZAMIENTO ESPONTANEO DEL 7 Y 8 EN EL MAXILAR SUPERIOR

La más frecuente es que se produzca el desplazamiento espontáneo del 7 superior hasta contactar con la cara distal del segundo premolar en condiciones satisfactorias, observándose a lo sumo una rotación mesiolingual sobre la raíz palatina. Esta situación se puede ver hasta los 12 años de edad: la ubicación espontánea del molar de los 12 años por un proceso de desplazamiento intraóseo del germen es, por lo tanto, aceptable y se observará una cierta mesioversión y una rotación mesiolingual que se acentúa si el período de extracción es tardío.

Se debe controlar el antagonista, pues puede verse una infraposición de esta pieza provocada por una extrusión de ese molar antagonista.

El segundo premolar puede efectuar un desplazamiento distal más o menos importante; el primer premolar suele ser más estable.



ESQUEMA 3

EN EL MAXILAR INFERIOR

Mugnier observa en muchos casos un importante desplazamiento distal de los primeros molares quedando a veces un espacio de un premolar entre ambos (Esquema III).

La orientación inicial del germen del segundo premolar y la pérdida precoz del segundo molar temporario suelen ser factores determinantes en este proceso. Si efectuamos la extracción del molar de los 6 años antes de la erupción del segundo premolar es indispensable la conservación del segundo molar temporario, más aún si el germen

del segundo premolar se halla en distoverción. (Esq. III). La edad de extracción que más favorece para lograr una buena ubicación de los segundos molares inferiores es los 9 años; después de esta edad será necesario conservar los primeros molares hasta la ubicación funcional de los segundos. Se observa por lo tanto que las indicaciones de extracción precoz son limitadas sobre todo en el maxilar inferior, cuando los segundos molares están en su lugar el tratamiento ortodóncico, la mesialización o distallamiento debe seguir a las avulsiones.

ESQUEMA IV

ELEMENTOS A TENER EN CUENTA PARA LA TOMA DE DECISION

1) Oclusión	3ros. molares	Agenesia Inclusión
2) Condiciones dentarias	2dos. premolares	Agenesia Orientación del germen
3) Condiciones esqueléticas	2dos. molares Seno maxilar Tipo de crecimiento	Tamaño Curvatura radicular
4) Edad del paciente	En maxilar superior (12 años) En maxilar inferior (9 años)	

1) OCLUSION:

El problema se plantea de manera diferente para un paciente que no presenta anomalías ortodóncicas que para aquél que sí las tiene. Esto conduce a diferenciar dos indicaciones de extracción de molares de seis años: indicaciones no ortodóncicas e indicaciones ortodóncicas.

En el primer caso será necesario esforzarse en cerrar espacios hacia adelante, mesializando los segundos molares.

En el segundo caso, los espacios de extracción podrán ser utilizados para la

corrección de diversas maloclusiones distalando los premolares y los caninos, salvo en casos que por el tipo de crecimiento esté contraindicado; de allí la importancia del trabajo conjunto con el ortodoncista.

2) CONDICIONES DENTARIAS

a) *Terceros molares - Agenesia*

Según estadísticas recientes un 7 % de individuos tienen uno o dos terceros molares superiores ausentes y un 12 % uno o dos inferiores, por lo tanto la ausencia de estas piezas contraindica la extracción de los 6.

El germen del tercer molar se hace visible hacia los 8 o 9 años con grandes variaciones (de 7 a 14 y 15 años en casos excepcionales). Este retardo planteará problemas si los primeros molares deben ser extraídos precozmente. El examen de los ascendientes y la anamnesis permitirá valorar los riesgos de agenesia en la línea familiar; recomendamos recapacitar antes de hacer la extracción del primer molar si el germen del tercero no está todavía visible.

Según M. Chateau los retardos de dentición y una microdoncia generalizada constituyen igualmente signos en favor de una tendencia agenesia.

Inclusión y modo de erupción

Un giro inicial importante del germen del 8 inferior puede constituir una contraindicación a la avulsión del molar de los 6 años, aunque pudiera producirse un enderezamiento inesperado.

La angulación inicial del tercer molar es un indicador fiable para un pronóstico de evolución positiva. Es cierto que la extracción del primer molar favorece evidentemente la erupción de los terceros molares aunque esta regla no es siempre verificable, sobre todo en el maxilar inferior.

El paciente debe ser lo suficientemente informado de la necesidad absoluta de controles hasta la ubicación funcional de los terceros molares. Es habitual que la mesialización de los segundos molares en caso de extracción de los primeros acelere la erupción de los terceros.

La ayuda de la radiografía tomada con distintas angulaciones y sobre todo la radiografía panorámica suele ser de gran importancia para estos diagnósticos.

b) Los segundos premolares - Agenesia

A excepción de los terceros molares los segundos premolares son los dientes cuyos gérmenes se hallan ausentes con más fre-

cuencia; además, una agenesia debe hacer sospechar de otra y pensamos que la mutilación habrá si después de la extracción de un primer molar sin ningún control radiográfico, el segundo premolar y el tercer molar están ausentes en el mismo cuadrante. Si el germen está presente, puede sufrir retrasos en la formación o erupción, a veces demasiado importantes que deben tenerse en cuenta para la toma de decisión.

Orientación del germen

Una orientación distal del germen contraindicaría la extracción precoz del molar de los 6 años, en razón del distamiento espontáneo del segundo premolar inferior.

c) Segundos molares

Tamaño

Un volumen coronario muy reducido no nos induce en absoluto a colocar el segundo molar en el lugar del primero. Si el primer molar es de dimensiones reducidas, el segundo molar lo será más aún.

Curvatura radicular

Las curvaturas radiculares no presentan un obstáculo para el desplazamiento.

La desaparición del hueso alveolar no planteará problemas al segundo molar que se desplaza con su periodonto.

Esto será más fácil en pacientes jóvenes.

3) CONDICIONES ESQUELETICAS

Seno maxilar

La presencia del seno maxilar constituye un factor desfavorable y la altura del septum es particularmente reducida en ese nivel.

Tipo de crecimiento

Un tipo de crecimiento horizontal acompañado de una mordida profunda, constituye

una contraindicación a la extracción de cuatro molares aunque la dimensión vertical sea mejor mantenida por los premolares.

4) EDAD DEL PACIENTE

¿Hasta qué edad podríamos encarar con éxito una terapéutica de este tipo?

En maxilar superior hasta los doce años y en maxilar inferior hasta los nueve años.

CONCLUSION

Debemos tratar de mantener el 6 en óptimas condiciones ya que su pérdida produce alteraciones en los arcos dentarios que pueden ser rastreadas a lo largo de toda la vida del individuo.

Si esto no fuera posible, la edad favorable para realizar las extracciones y posterior ubicación del 7 y 8 son: el maxilar superior antes de los 12 años y el maxilar inferior hasta los 9 años, debiendo tener en cuenta que para lograr el éxito, será necesario evaluar distintos factores que incidirán en esta terapia.

Si el paciente presenta patología de oclusión, la resolución según el caso está en manos del ortodoncista quien decidirá tiempo, momento y oportunidad de la extracción.

RESUMEN

En el presente trabajo se evalúa la posibilidad de extracción del primer molar permanente deteriorado a temprana edad, su reemplazo por el segundo, teniendo en cuenta las ventajas y desventajas de esta terapéutica.

SUMMARY

In the following work is evaluated the choice of extraction of damaged first permanent molar at early age, its replace-

ment by the second considering advantages and disadvantages of this therapy.

BIBLIOGRAFIA

1. BAKAYOKO. L y R et. al.: Caries of the first permanent molar in Ivory Coast children. Odontostomatol. Trop. 1989. sep. 12 (3): 107-10.
2. BASSIGNY: Extraction of dents de six ans et possibilités orthodontiques. Actualité odont. 142; 259-282-1983.
3. CUDOVIC B.: Orthodontic treatment after extraction of 6 year molar. Inf. Orthod. Kieferorthop. 1988,20 (4) 479-95.
4. FERRO et al.: Extraction of first permanent molars, without treatment: effect on direction of growth. Arfch. Stomatol (Napoli) 1988. Nov. 29 (5) 1109-16.
5. FINN SIDNEY.: Odontología Pediátrica. Ed. Interamericana; cuarta edición. 1980.
6. GASCON SANCHEZ ANTONIO J.: La extracción en ortodoncia. Rev. Esp. Estomatol; 35 (4): 253-60, jul. ag. 1987.
7. HEISER W. Danger of 6 molar extraction from the viewpoint of joint-covered orthodontic. Inf. Orthod. Kieferorthop 1988; 20 (4) 497-510.
8. HERNANDEZ POZO MARIA ELENA, LLANO MONTANET MERCEDES, DIAZ MARVAEZ. VICTOR PATRICIO. Maloclusiones y su relación con la pérdida prematura de molares temporarios y del primer molar permanente. Rev. Cubana Estomatol; 23 (1): 25-32, ene. abr. 1986.
9. IONITA S., et. al.: dentation of the 6 year molar tooth clinical aspects and treatment. Rev. Chir (Stomatol) 1988. Oct. dec. 35 (4) 263-88 (48 ref.)
10. LAVEGNE JEAN, PETROVIC ALEJANDRO J.: Inclination de crecimiento mandibular y magnitud del movimiento distal en premolares luego de la extracción de molares permanentes (trad.) Ortod.: 51 (101): 7-55 mayo 1987.
11. MACDONALD RALPH E.: Odontología para el niño y el adolescente. Ed. Mundi, 2ª Edición 1975.
12. MORRIS BRAHAM. Odontología pediátrica. Ed. Panamericana 1984.
13. RUIZ MIKLLARES SILVIO, GUTIERREZ MUÑIZ JOSE A., RUBI ALVAREZ ANTONIO: La afectación del primer molar permanente en el niño cubano. Un problema epidemiológico. Rev. Cubana de Estomatología. Vol. 26 (1-2) 81-86, enero-junio 1989.
14. SAAVEDRA CRUZ ALEJANDRO: Tratamiento ortodóncico en pacientes con mutilación dentaria. Rev. Chil. Ortod., 3 (1): 4-14 ene. jun. 86.

Problemas Legales y Sociales del Sida, ¿Qué Hacer?

RAUL E. TRUCCO

INTRODUCCION

Una explosión del flagelo en esta última década ha significado la más honda expectativa para todos los investigadores del mundo. Virología, genética, diagnóstico, tratamiento, laboratorio, radiología, etc., llenan cientos de miles de páginas en las publicaciones científicas. Campañas por administradores de salud en todos los espectros de la sociedad, tratan de llegar a todos los sectores y rincones del Universo. Paliar la crisis con medidas coyunturales y/o posibles son instrumentadas, mientras las soluciones de fondo lejos están aún de ser logradas. Es esto una ciclopea tarea que atañe a la formación del Hombre en el desafío permanente de la salud física y moral. Los aspectos de la enfermedad médica insumen las investigaciones de miles de estudios del mundo. Esto se está haciendo con la velocidad y premura que exige, aunque todavía las respuestas no han sido halladas. Se está en el camino y aun siempre con la angustia de que todos los recursos son pocos, comparados con la diversificación de las inversiones en otras áreas. Se ha dado el caso de que el mundo en su total "cosmos" está haciendo un gran esfuerzo para ir al encuentro de las soluciones. Pero esta enfermedad médica se acompaña muy íntimamente con la enfermedad social que el HIV significa.

Este artículo pretende presentar un listado de hechos que han ocurrido ya en el cuestionamiento de las respuestas encontradas, bien, regular o mal, a los interrogantes que la sociedad ha planteado al comprobar tristes realidades.

LOS HECHOS PUNTUALES

Una abuela, Carmen "Toy" Santiago, en New York (USA) 1982, es requerida por su hija internada en el hospital y ya en estado terminal por el SIDA, para que se haga cargo de sus tres nietos, de los cuales dos son enfermos y otro portador seropositivo, pero aún no manifiesta la infección. Sin medios económicos hoy recorre instituciones, políticos, administradores de salud y cuanto rincón cree que pueda acudir en su ayuda, pero sin respuestas. En su más que modesta vivienda aloja a sus nietos. Pero Toy es más que eso. En el hospital atiende el pedido de otra mujer en las mismas condiciones que su hija y acopla dos niños más que no tienen donde ir. Nadie quiere a esos seres humanos. ¡Rechazados con pocos meses para vivir y sin lugar para morir! En su desesperación solamente le falta el cenfero de los bíblicos leprosos trasladados al siglo XX. Con formidable y sobrecogedora entereza, con el aporte exclusivo de su magro seguro por desempleo, encuentra en una Funda-

RAUL E. TRUCCO

ción alguna respuesta favorable. Su familia muere dignamente. Toy sigue su obra y aloja a otros niños. ¡Cuántos casos con este estigma! ¿Qué hacer?

H.M., empleado ejecutivo de una corporación es dejado cesante de la noche a la mañana por ser sidósico. Sin ninguna explicación queda en la calle. Además debe abandonar su vivienda en donde es desalojado. ¿Qué hacer?

En algún Estado se vota la ley que establece compulsivamente que los homosexuales deben inscribirse en un registro especial. Respecto de los drogadictos ocurre lo mismo. Poseedores de jeringas sin justificación médica, son condenados a dos años de prisión inapelables y no excarcelables. ¿Qué hacer?

La Ley posibilita el allanamiento de domicilios particulares —por denuncias de terceros— de homosexuales, heterosexuales y drogadictos sin otro requerimiento. ¿Qué hacer?

En Islandia, en 1984, con dos casos verificados se discrimina el ingreso al país. Como antecedente en Francia, en 1496, se expulsa a todos los extranjeros sífilíticos. Varios países establecen la cuarentena para la radicación. Zaire expulsa de su territorio a todos los extranjeros con reacción seropositiva.

G.M., ciudadano argentino, muere en Japón por HIV, y a su familia se le entrega una urna con sus restos y efectos personales. ¿Qué hacer?

El 50% de los profesionales de salud encuestados no quiere atender y se niega a prestar servicios. Nadie quiere limpiar los cuartos, lavar la ropa interior y de cama. Cuando ingresó el primer enfermo en un hospital de USA no quedó nadie, pero nadie en el servicio para la atención del mismo. ¿Qué hacer?

Es una escuela, un niño de padres sidósicos es detectado. En otra escuela concurre un niño con patología: se exigió la expulsión

de los mismos y hubo retiro masivo de los alumnos. Gradualmente volvieron, pero no fue el total. ¿Qué hacer?

En una comunidad se realiza una encuesta entre los padres para permitir o no que maestros homosexuales o lesbianas puedan ejercer. La tabulación concretó la no aceptación siendo los cuestionados cesanteados. ¿Qué hacer?

Una línea aérea de renombre mundial eliminó a todo el personal de cabina masculino. Los motivos fueron los continuos viajes al exterior a zonas endémicas y el comportamiento. ¿Qué hacer?

Se verifica que un dador de sangre seropositivo procede a vender su sangre a un enfermo internado en emergencia ante el requerimiento público por los medios de comunicación. El paciente contrae HIV. Las autoridades del establecimiento son acusadas judicialmente con cargo de asesinato en primer grado. ¿Qué hacer?

Varios Estados y administradores de salud proceden a la distribución gratuita de preservativos y jeringas descartables para el uso. Se objeta el gasto y lo coyuntural de la disposición, además de sus aspectos morales y religiosos. En estos mismos países los presupuestos de salud recurren a cubrir los costos quitándolos de otras patologías tales como cáncer, tuberculosis, enfermedades locales, regionales y nacionales ya con carácter de endémicas. ¿Qué hacer?

En la contratación de servicios de salud tanto públicos como privados, HIV queda expresamente excluido en sus coberturas. La quiebra del sistema está supeditada a los elevados costos que rompen los equilibrios financieros y económicos. ¿Qué hacer?

La presencia de los heterosexuales en la transmisión de la enfermedad con la presencia incrementada en forma permanente en la mujer. La prostitución ocupa un lugar preponderante y adiciona más riesgos. Se promulgan leyes que "sine qua non" dictan prisión como único camino. ¿Qué hacer?

Se exigen certificados prenupciales con "test" de HIV. Es bien conocido el hecho de que la patología por sus características de retrovirus, está oculta a la prueba única de laboratorio por varios años. ¿Qué hacer?

La comprobada presencia de los "niños de la calle" que usan drogas y son ya adictos llevándolos a la explotación por venta de drogas, pornografía y prostitución infantil son hechos concretos y reales. ¿Qué hacer?

La transmisión perinatal que es la tercera avenida de contaminación, provoca la presencia de los bebés enfermos con determinadas evidencias de patologías diversas. La condición de las madres hace que los niños requieran cuidados especiales. Son los hijos de la droga y del "crak". ¿Qué hacer?

Hay países que pierden ingentes ingresos por turismo al ser caracterizados con altos índices de enfermedad. Incluso inversiones son acotadas y negadas. ¿Qué hacer?

La falta de conocimiento provoca la aparición del sensacionalismo comercial promoviendo la venta, con claros fines de lucro; por ejemplo, de tapas descartables de papel para cubrir inodoros de baños públicos. Además son publicitados otros enseres tales como vasos, cubiertos, guantes, etc., del tipo descartables. ¿Qué hacer?

En la práctica deportiva jueces de boxeo, jugadores de básquetbol y béisbol usan guantes de látex. ¿Qué hacer?

Un renombrado especialista en enfermedades infecciosas, de nivel de profesor de la materia, ocupa en un edificio de propiedad horizontal un local para su práctica profesional. La administración del consorcio reclama su desalojo. Sus pacientes habituales toman conocimiento que atiende enfermos de SIDA. La consecuencia es que la asistencia de pacientes se reduce prácticamente a nada, pues no quiere contraer la enfermedad. ¿Qué hacer?

Ante una emergencia en un accidente no se encuentra quién practique respiración

boca a boca. La necesidad de equipos resucitadores en contacto con sangre exige mayor infraestructura que es inexistente en establecimientos sanitarios y unidades ambulatorias. ¿Qué hacer?

Homosexuales y lesbianas se nuclean en sociedades de grupo que solicitan y exigen reconocimiento legal. El problema se ventila en los estrados judiciales. En muchos países los grupos son conocidos. En otros, no. En Estados con amplia libertad federalista, las reconocen leyes provinciales. Pero el concepto nacional inserto en la constitución en ningún caso se acepta la discriminación y el "apartheid". ¿Qué hacer?

Con la aparición del SIDA, y de acuerdo a estadísticas realizadas, el 50% de los profesionales de salud se niegan a atender pacientes seropositivos. ¿Qué hacer?

Pacientes embarazadas solicitan efectuar abortos por la posibilidad de transmitir la enfermedad al feto. ¿Qué hacer?

En grupos humanos cerrados, tales como prisiones, reformatorios, etc., las condiciones generales del hábitat hacen un medio apropiado a la promiscuidad. Se sabe que están dirigidos por "Jefes" inamovibles. La "iniciación" de un recién ingresado es un acto sexual. Muchas son las referencias al respecto. ¿Qué hacer?

LA LEY 23798

Declarada de interés nacional, establece:

- Respetar la dignidad de la persona.
- Prohíbe la marginación.
- Establece los mismos derechos humanos que el resto de la población.
- Confirma el criterio del secreto médico en toda su dimensión.
- Es obligatoria la codificación de la ficha e historia médica para evitar individualización del paciente.
- Deben definir un programa de divulgación de nivel de población.
- Capacitar personal de la salud.
- Integrar acuerdos internacionales.

- Usar todos los medios disponibles para el conocimiento de la enfermedad.
- Establecer política de bioseguridad.
- Denuncia obligatoria de todo enfermo.
- Las obras sociales deben denunciar "per se" los casos registrados.
- Establecer todas las pruebas clínicas y de laboratorio para un correcto diagnóstico.
- Informar al enfermo de su condición.
- Los actos u omisiones serán considerados como faltas administrativas.
- La autoridad sanitaria es el organismo con facultades legales para juzgar.
- Se establecen multas de 10 a 100 salarios mínimos a quienes no suministren información.
- Inhabilitación en el ejercicio profesional por lo menos de 5 años.
- Clausura parcial o definitiva del local donde se transgrede la ley.
- Las autoridades provinciales deben actuar en modo concordante con la ley.
- Se facultan los medios de controles necesarios donde se puede requerir el allanamiento con intervención de la autoridad judicial.
- Los gastos serán imputados a Rentas Generales.
- La Ley deberá ser reglamentada a los 60 días de su promulgación

CONCLUSION

A la luz de tanto conflicto real y potencial, queda claro que a la enfermedad física con todas sus alternativas se une el concepto de enfermedad social. Las reacciones que se han suscitado con imprevistas connotaciones que no tienen aún contestaciones concretas sino que han sido resueltas por la vía coyuntural. No puede negarse que han dado algún resultado, pero el problema de fondo subsiste. La sociedad tendrá que asumir todo este conjunto de problemas pendientes algunos y por venir otros. No se

puede realmente abrir juicio sobre posibilidades. Distintas son las condiciones socio-económicas y difieren desde la comunidad más pequeña hasta el Estado más grande y poblado. Constituye un gran desafío para quienes tienen la condición de administradores de salud, pero más aún para quienes integran todos los estratos de la Humanidad.

RESUMEN

Se presentan problemas colaterales de hechos ya ocurridos en diversos países como consecuencia de la aparición de la enfermedad. Debido a que la misma no tiene aún los años suficientes para sacar conclusiones definitivas, se va marcando la evolución social de la enfermedad. Este artículo está destinado a marcar hechos que ya han ocurrido y que no tienen concreta respuesta. Es más, se deben esperar aún casos inéditos que pueden escapar a cualquier previsión. Se abre un campo de experimentación y de observación. La Sociedad como tal tendrá que asumir su responsabilidad implementando medidas.

SUMMARY

Legal and social problem in relation with AIDS are presented, and international experience are related. Likewise is mentioned the recent Argentine law about the disease.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Silverman Sr. Migliorati CA, Lozada-Nur F, et al. "Oral findings in people with or at high risk for

- Aids: a study of 375 homosexual males". *Jada* 1986; 112: 187-92.
- 2) Schioldt, M. Pindborg J. "Aids and the oral cavity. Epidemiology and clinical oral manifestations of human immunodeficiency virus infection: a review". *Int - Orasi Maxillofac Surg* 1987; 16: 1-14.
 - 3) Jafai B, et al. "The natural history of Kaposi sarcoma in the acquired immunodeficiency syndrome". *Ann Inter. Med.* 1985; 103: 744-50.
 - 4) Lumerman R, Freedman PD, Kerpel SM, Phelan JA. "Oral Kaposi's sarcoma: a clinicopathologic study of 23 homosexual and bisexual men from the New York metropolitan area". *Oral Sur Oral Med Gral. Patn.* 1988; 65: 711-6.
 - 5) Centers for Disease Control. "Aids weekly surveillance report". *Adg*, 29, 1988.
 - 6) Robert Mw, Brahim Js, Rinne NF. "Oral manifestations of Aids: a study of 84 patients". *Jaua* 1988; 116: 863-6.
 - 7) Furio MM, widle PJ, Wordell CD, Liu HH. "Management of pneumocystis carinii pneumonia patient with Aids and other conditions: Experience in Philadelphia teaching hospital Pharmacotherapy" 1988; 8: 221-34.
 - 8) Weiss SH, Saxinger WS, Rechtman D. "HTLV-III infection among health care workers." *Jama* 1985; 254: 2089-93.
 - 9) News and Announcements: "Aids epidemic not spreading". *CDS Rev* 1988 Jan/Feb : 68.
 - 10) Verrusio AC, Neidle EA, Nash KD, Silverman S Jr, Horowitz AM, Wagner KS. "The dentists and infectious diseases: a national survey of attitudes and behavior". *Jada* 1989; 118: 553-62.
 - 11) Papper S. "The undesirable patient." *J Chronic Dis* 1980; 22: 777-9.
 - 12) Associated press. "Homosexual man in army rejected by appeals court." *New York Times* 1988 Feb 11 : 1.
 - 13) Lambert B. "For child with Aids, hospital is home." *New York Times* 1987 Dec 24: B 1.
 - 14) Gerbert B. "Aids and infection control in dental practice: dentists attitudes, knowledge and behavior." *Jada* 1987; 114: 331-4.
 - 15) Searle ES. "Knowledge, attitudes and behavior of health professionals in relation to Aids." *Lancet* 1987; 1: 26-8.
 - 16) Fackelmann K. "Health workers worry about Aids risk." *Med Health Persp.* 1987; June 15.
 - 17) Silverman S Jr. "Infection and sexually transmitted disease: implication for dental public health". *J Publ Realth Dent* 1986; 46: 7-12.
 - 18) Schade SG, Chairperson, Institutional Review Committee, University of Illinois at Chicago, Health Sciences Center, "Notice of exemption for experimental projects that involve human subjects". *IRGS J Med Sci* 1981 Sept 2: 103.
 - 19) McCarthy CR, Director, Office for Protection from Research Risks, USDHHS Notice of Compliance, March 11, 1982.
 - 20) Jacobson Jay, Stocking Carol, Gramelspacher Gregory. "Dental care experience of HIV-infected men in Chicago" *Jada*, vol. 119, Nov, 1989.
 - 21) David DR, Knapp JP. "The significance of Aids to dentists and dental practice." *J Prosthet Dent* 1984; 52: 736-8.
 - 22) Ashman S, Cohen A. "Aids alert (letter)." *Jada* 1985; 111: 712.
 - 23) USHA to police infection control. *ADA News* 1987; Aug 17, 1,2.
 - 24) "Dentists found at small risk of Aids." *Los Angeles task force. Ada News* 1985; Sept 2: 14-15, 19.
 - 25) Gerbert B, et al. "Changing dentists knowledge, attitudes and behaviors relating to Aids: a controlled educational interventions." *Jada* 1988; 116: 851-4.
 - 26) Moretti RJ, Ayer WA, Derefinko A. "Attitudes and practices of dentists regarding HIV patients and infection control". *Gen Dent* 1989; 37: 144-7.
 - 27) Jakush J. "Aids: The disease and its implications for dentistry." *Jada* 1987; 115: 395-403.
 - 28) American Dental Association. "Aids policy statement." *Jada* 1987; 115: 832-3.
 - 29) American Medical Association "Ethical issues involved in the growinf Aids crisis". Report of the Council on Ethical and Judicial Affairs 1987; pp 3-4.
 - 30) Yablon P, Spiegel RS, Wolf MC, Maykow KP. "Dentists attitudes concerning infection control and occupational health hazards." *J Am Coll Dent* 1988 55: 35-40.
 - 31) Wolinsky H, Brune T. "Dentists shun Aids patient." *Chicago Sun-Times* 1987. july 19: 5.
 - 32) Matas AJ, Hertel BF, Rosai J, et al.: "Post-transplant melingnant lymphoma" *Am J Med* 1976; 61: 716-720.
 - 33) Chaisson RE, Moss AR, Onishi R, et al.: "Human immunodeficiency virus infection in heterosexual

- intra. drug user in San Francisco" *Am J Pual Health* 1987; 77: 169-72.
- 34) Marmor M, Des Jarlais DC, Cohen H, et al: "Risk factors for infection with human immunodeficiency virus among intravenous drug abusers in New York City". *Aids* 1987; 1: 39-44.
 - 35) Des Jarlais DC, Friedman SR, Strug S: "Aids among intravenous drug users A sociocultural perspective", in Feldman D, Johnson T (eds): "The social Dimensions of Aids: Methods end Theory". New York: Pragger Publishers, 1986: 111-125.
 - 36) Boiley NTJ: "The mathematical theory of Infectious Diseases and its Applications". New York, Hafner Press, 1975.

Dirección del autor:
Rodríguez 1659
8000. Bahía Blanca
Rep. Arg.

El Torque en Ortodoncia

RUBEN GASTI, BEATRIZ MELAMED
Y SUSANA S. de BESZKIN

EN el mes de julio de 1928, Eward Angle publicó el primero de una serie de tres artículos describiendo el aparato de arco de canto; en el segundo artículo de la serie, él recomienda la angulación de los brackets posteriores para producir el movimiento dentario deseado, sin recurrir a los ajustes de los arcos de alambre.

Esto permite el uso del arco en su forma más simple, o sea que queda más libre de curvaturas, lo que, por supuesto, nos da más ventajas.

La idea de Angle fue más tarde desarrollada por otros ortodoncistas para incluir la inclinación de los brackets del sector anterior del maxilar y finalmente la angulación de las ranuras rectangulares de los brackets del sector anterior del maxilar. Junto con la inclinación de los brackets posteriores, la inclinación de los brackets anteriores y la angulación de las ranuras, obtenemos el movimiento deseado en los dientes sin ajustes en los arcos.

En 1971, un aparato de canto que representa la extensión lógica del concepto original de Angle, estuvo comercialmente disponible.

Todos los brackets tienen incorporado dentro de ellos el control del movimiento de los dientes en los 3 planos del espacio, produciendo de tal modo en conjunción con arcos de alambres la inclinación, el torque y un movimiento de entrada y salida en todas

las piezas dentales. Muchos fabricantes ofrecen ahora aplicaciones similares. El objetivo de todos estos aparatos es el mismo: producir el movimiento dentario deseado con una mínima cantidad de ajuste en los alambres. De manera que estos aparatos están ajustados, excepto por la forma del arco, y contienen dentro de ellos el potencial para producir los movimientos dentarios simultáneos: torque, inclinación y movimiento de in-out [adentro-afuera]. (Fig. 1)

Los preajustados fueron diseñados para producir la posición final ideal de los dientes. Además, cada brackets tiene su máximo ajuste desde el comienzo, ajustes incrementales son llevados a cabo por el aumento gradual del grosor del alambre. La posición final de los dientes resulta de la máxima expresión del aditamento preajustado y la máxima expresión de la ranura es alcanzada por el emplazamiento de alambres que llenan la medida del brackets (necesariamente debe ser la misma medida del alambre) y la de la ranura del bracket. Ejemplo: slot 0.22 y alambre de 0.22 X 0.22.

Si no son usados alambres en la última etapa del tratamiento que llenen por completo las ranuras del bracket no se lograrán los movimientos que el bracket tiene incluido en su masa, que son inclinación, torque, angulación e in-out (movimiento de ajuste adentro-afuera) y llegar así a una nivelación y alineación correcta.

RUBEN GASTI, BEATRIZ MELAMED Y SUSANA S. BESZKIN

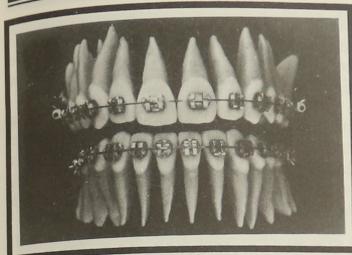


Fig. 1

Definición de Torque

Aquí abordamos el tema que nos interesa.

Como lo usamos en ortodoncia, simplemente significa una fuerza rotatoria en una dirección labiolingual o bucolingual. (Fig. 2 y 3).

Las fuerzas de torque son desarrolladas por la interacción de alambres rectangulares en las ranuras rectangulares del bracket. Torque, según los ortodoncistas, es jer-

tando en un buen bracket adaptado al diente y una ubicación de la ranura reproducible e independiente en relación a la corona. Corona clínica del diente y paralela al borde incisal, sin necesidad de uso de la estrella. (Fig. 5).

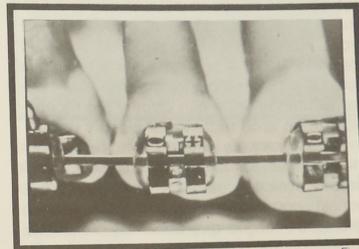


Fig. 3

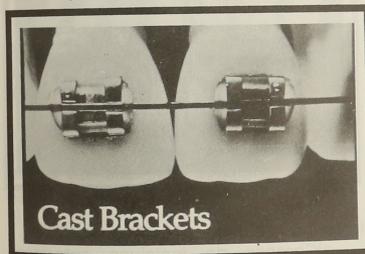


Fig. 2

ga. Un ingeniero mecánico objetaría nuestro uso equivocado del término, pero nosotros sabemos qué queremos significar con él:

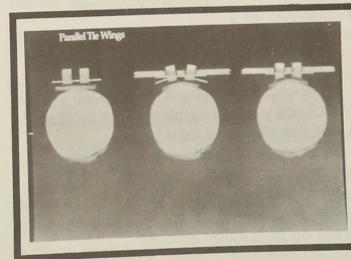
INCLINACION BUCOLINGUAL O LABIOLINGUAL

¿Cómo se obtiene el torque? (Fig. 4)

La base del bracket es contorneada verticalmente tanto como horizontalmente resul-



Fig. 4



La base con torque del bracket está inclinada en relación con la masa del mismo, permitiéndole a la masa estar paralela al plano de Andrews y al punto (EM).

Vamos a aclarar: plano de Andrews es una superficie imaginaria que interceptará las coronas de los dientes en oclusión normal a la altura de sus puntos EM. (eje mayor). Haciendo el torqueado un producto del diseño de la base permite a todos los nichos al término del tratamiento activo estar alineados unos con otros y ser rectos de un arco rectangular plano y recto.

En los brackets sin torque: no hay un íntimo contacto de la masa del bracket con la corona clínica, y es necesario utilizar arcos con su correspondiente activación y movimiento de torque que debemos considerar empíricos, ya que nos sabemos qué gra-

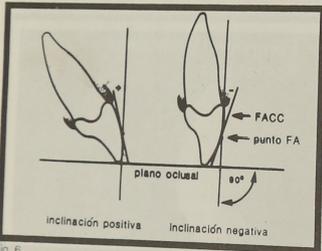


Fig. 6

Inclinación de la corona } torque labiolingual
 } torque bucolingual

Es el ángulo entre una línea de 90° al plano oclusal y una línea tangente a la mitad de la corona clínica labial o bucal.

Se expresa en grado más (+) o menos (-), positivo o negativo.

Lectura positiva: es dada si la porción gingival de la corona está por lingual (está hacia atrás) de la porción incisal.

Lectura negativa: cuando gingival está hacia

ducción de torque le damos con los consiguientes movimientos secundarios e indeseados que frecuentemente observamos. Ejemplo: caninos rotados, etc.

Los brackets pretorqueados o sea con ranuras torqueadas, ellos eliminan la necesidad del torqueo manual del arco, pero si los dobleces de 2° orden (aquellos que están en dirección vertical, son un movimiento de inclinación).

El método pretorqueado no puede producir alineamiento de los nichos al concluir el tratamiento activo por que cada masa de los brackets está en ángulo recto con respecto a la base. (Falta angulación y, por lo tanto, movimiento mediobasal). (Fig. 6). Pasemos a explicar prácticamente qué es TORQUE.

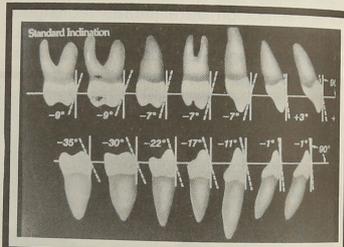


Fig. 7

labial (hacia afuera). (Fig. 7).

a) Coronas de incisivos anteriores (centrales y laterales):

En los incisivos superiores la porción gingival de la superficie labial de la corona es lingual a la porción incisal, por eso tiene torque +.

En todas las otras coronas la porción oclusal de la superficie bucal o labial es lingual a la porción gingival y por consiguiente los torques son negativos.

b) Las coronas superiores posteriores

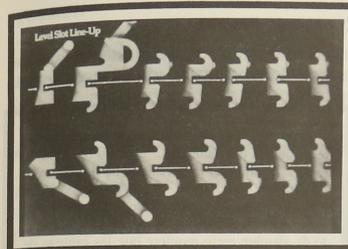


Fig. 8

(caninos hasta molares) pronunciada en los molares que en los caninos y bicúspides.

c) Las coronas posteriores-inferiores (caninos hasta molares) la inclinación lingual aumenta progresivamente. (Fig. 8).

Fuerzas de torque:

El emplazamiento del primer arco rectangular de alambre pone en juego inmediatamente fuerzas de torque anteriores y posteriores.

La naturaleza de las fuerzas desarrolladas depende de la medida de alambre y de su relación con la medida de la ranura. Si son usados alambres más pequeños el torque no será manifestado completamente. (Fig. 9).

Las bases con contorneo completo

Este elemento es muy importante para producir movimientos de torque.

La mayoría de las aparatologías convencionales tienen curvaturas horizontales simples en la base del bracket, la técnica de AR le agrega curvatura vertical, lo que nos hace llamarle de contorneo o curvatura completa y nos favorece en la última relación que logramos de la base del bracket con la curvatura de la cara vestibular de la



corona clínica, de manera de provocar con exactitud los movimientos deseados, ya que se logra un movimiento en un solo plano del espacio y siguiendo una misma línea nicho-slot, base de bracket y cara vestibular de la pieza dentaria con la cual no hay distorsión de la fuerza a realizar. (Fig. 10).

Instalar un bracket con base plana vertical contra la superficie verticalmente armada de un diente permite una variedad de posiciones nicho-diente.

No solamente es el torque afectado por cualquier deslizamiento durante la colocación del bracket, también lo es a la altura del nicho con respecto al plano de Andrews desvirtuando las relaciones adecuadas entre el punto eje mayor y el eje del nicho, por último, las variadas posiciones involucran distorsiones que afectan las posiciones bucolinguales (torque). (Fi. 11).

Por último:

Cuando en una pieza dentaria queremos lograr una correcta posición y trabajamos con brackets convencionales vamos a tener que imprimirle torque a nuestro arco para lograr ubicar a nuestra pieza dentaria en su correcta posición.

Mientras que usando bracket con torque en la base eliminamos a nuestro alambre toda clase de dobleces y manipulaciones del material, ya que la información está incorpo-

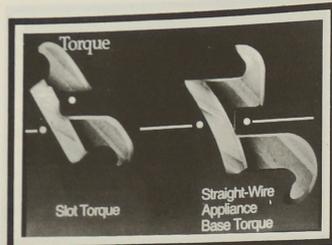


Fig. 10

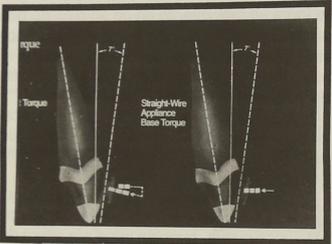


Fig. 11

rada dentro de la masa con la cual tenemos que destacar que con esta nueva aparatología el protagonismo que sustentamos con el arco con sus ángulos, dobleces, aristas, etc. y con la consiguiente incomodidad del paciente fueron reemplazados con el uso del bracket con su información dando comodidad y confort al paciente. (Fig. 12).

Con esto llegamos a la conclusión de que utilizar un aparato de alambre recto es eliminar la necesidad de doblar alambres o de tratar el dispositivo en sí. De esta manera nos dedicaremos a la maloclusión en sí y no a la confección de aparatología y arcos que no siempre actúan por construcción con la función para lo que fue diseñado.

Conclusión final:

Con esto podemos decir que construir el tratamiento en función de la aparatología

El propósito de utilizar un aparato de alambre recto que es realmente un "aparato de alambre recto", es eliminar la necesidad de doblar arcos de alambre para "tratar" el dispositivo. Si los brackets están adecuadamente ubicados sobre los dientes, la utilización de un verdadero aparato de alambre recto requiere que las ranuras de los brackets se alineen en tres planos y automáticamente el diente se moverá a la posición ideal. De esta manera, solamente la maloclusión es tratada y la necesidad de tratar al aparato mismo se elimina. También hay otras ventajas obvias.

Fig. 12

que se utilizará para mejorar los resultados o aliviar el trabajo del clínico, nos es un nuevo concepto.

Había sido hecho cuando Holdway y otros autores empezaron angulando brackets sobre las bandas. Lec introdujo el bracket con torque, y cuando Jaraback recomendó torque y angulación de los brackets. También podemos decir que ninguna técnica diagnóstica casos ni organiza el plan de tratamiento ni traza la mecánica necesaria para corregir la maloclusión. Ninguna aparatología puede reemplazar jamás a la sabiduría, experiencia y perspectiva del profesional, pero si sabemos que hay técnicas que no son las únicas ni las últimas, pero que bien utilizadas reducen el potencial de error, liberando al ortodoncista de trabajo que puede delegar para dedicarse de lleno a realizar buen diagnóstico clínico, cefalométrico, funcional, estudio de modelos, etc. que son los que, en definitiva, determinarán si debemos hacer extracciones o no según el caso lo requiera.

RESUMEN

Los autores plantean en este trabajo todo lo concerniente al torque en Ortodoncia y sus implicancias en el tratamiento.

SUMMARY

The authors explains in this paper the influence of torque in Orthodontics treatment.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Mc LAUGHLIN, R.P. and BENNETT, J.C. The transition from standard edgewise to preadjusted appliance systems. Am. J. Orth., 1989, 23: N° 3.
- 2) VARTIMON, A.D. and LAMBERTZ, W. Statistical evaluation of torque angles in reference to straight

wire appliance (SWA) theories. Am. J. Orth., 1986; 89 N° 1.

- 3) MEYER, M. and NELSON, G. Preadjusted edgewise appliances. Theory and practice. Am. J. Orth., 1978; 79 N° 5.
- 4) MAGNESS, B. The straight - wire concept. Am. J. Orth., 1978; 73, N° 5.

En Dos Días

TODO LO QUE USTED QUIERE SABER SOBRE SIDA

**Curso del Dr. Charles Barr
Director**

de Odontología del Beth Israel Medical Center

**Profesor de Odontología
de la Mount Sinai School of Medicine**

Octubre 23 y 24 de 1992

**Organizado por el
ATENEO ARGENTINO DE ODONTOLOGÍA
con el auspicio de
Laboratorios CAREIATRICS S.A.**

Endocarditis Infecciosa

JAVIER E. ILLESCAS*

Se considera hoy que el término Endocarditis Infecciosa (E.I.), en reemplazo del de Endocarditis Bacteriana, implica un criterio más amplio debido a que se han descubierto endocarditis no producidas solamente por bacterias. Es una enfermedad íntimamente relacionada con la odontología, ya que algunos autores estiman que un 66% del total de las E.I. tiene su origen en maniobras odontológicas (exodoncia, raspaje, curetaje, etc.). Estas maniobras producen siempre una bacteremia (diseminación de microorganismos en el torrente sanguíneo), que en el caso de un paciente con *patología cardíaca no tratada odontológicamente con criterio preventivo*, puede desarrollar la enfermedad. Esto podría evitarse si el odontólogo está convenientemente informado sobre la conducta a seguir con el paciente de riesgo.

El terreno cardíaco puede presentar distintos tipos de afecciones que pueden ser de bajo riesgo (By-pass coronario, marcapasos, aortitis sífilítica, prolapso de válvula mitral, seis meses a partir de la cirugía cardíaca no protésica, defecto atrioseptal), o de alto riesgo (hipertrofia septal asimétrica, "shunts" pulmonares, malformaciones congénitas, primeros seis meses de cirugía cardíaca, endocarditis anteriores, prótesis valvulares, estenosis o insuficiencia aórtica o pulmonar). Además, se considera hoy al paciente mayor de 60 años debido al envejecimiento cardíaco como susceptible a desarrollar E.I.

El otro elemento esencial para producir E.I.,

además del terreno cardíaco, es la bacteremia. Los agentes causantes más frecuentes de la E.I. son: estreptococo viridans, estafilococo dorado, enterococo, estafilococo epidermidis, estafilococo blanco, neumobacilo de Friedlander, neumococo y candida albicans. Otros menos frecuentes pueden ser el gonococo, *seudomona aureoginosa*, brucelas, salmonelas, estreptococo bovis, anaerobios, histoplasma, virus varios. El *streptococcus viridans* es un grupo heterogéneo de gérmenes que incluye *S. salivarius*, *S. mitis*, *S. sanguis*, *S. milleri*, *S. mutans*, etc.

El tiempo de aparición de la E.I. varía de 2 a 4 semanas para algunos autores y alrededor de 23 días para otros; esto significa que tal vez el odontólogo no llegue a enterarse que un procedimiento efectuado por él haya desencadenado la infección y quizá sea el cardiólogo quien descubra la causa asociada a una maniobra odontológica al interrogar al paciente.

Por ello, es obligación del odontólogo comenzar con un correcto interrogatorio del paciente, a partir del cual se decidirá qué tipo de medida preventiva debe utilizar.

Según encuestas publicadas, inclusive la que presentamos en este trabajo, el criterio preventivo de la mayoría de los odontólogos pasa casi exclusivamente por los antibióticos, sin tener en cuenta medidas de tipo local de muy sencilla implementación:

* Servicio de Cirugía del AAO. Comité de Infecciones del AAO.

JAVIER E. ILLESCAS

1. Evitar focos infecciosos iatrogénicos.
 2. Evitar procedimientos traumáticos o reducirlos al mínimo.
 3. Retrasar los procedimientos hasta que la encía se encuentre en condiciones óptimas.
 4. Indicar enjuagues antisépticos antes de cada sesión. (p.ej. Clorexidine 0,5 x 100).
 5. En la medida de lo posible, dejar 14 días de intervalo entre una sesión y otra.
 6. Realizar programas preventivos con revisiones frecuentes, topificaciones de flúor y control de dentadura.
- Con respecto a la terapéutica antibiótica, los conceptos han ido variando desde 1930. año en que comenzó a asociarse la E.I. con la odontología, hasta llegar en la actualidad a dro-

gas y dosis específicas para la prevención de la enfermedad. Es importante aclarar esto porque puede administrarse un antibiótico como la espiramicina, muy efectivo en problemas periodontales, pero de poca acción en la endocarditis. Debe suministrarse la profilaxis antibiótica adecuada a este caso.

Partiendo de esta premisa se cuenta con dos enfoques según las recomendaciones de la American Heart Association (Tabla I) o de la British Society for Antimicrobial chemotherapy (Tabla II). Si bien ambos son tratamientos de eficacia probada, es recomendable el que utiliza como droga base la amoxicilina, de amplia difusión en nuestro medio y probada eficacia bactericida frente al *estreptococo viridans*.

Además, la amoxicilina en dosis de 3 g.

TABLA I
RECOMENDACIONES DE LA AMERICAN HEART ASSOCIATION
PARA LA PREVENCIÓN DE LA E.I.

Cardiopatías de riesgo bajo-moderado

Penicilina V. oral.

- + Adultos: 2 gr. 1 hora antes + 1 gr. a las 6 hs.
- + Niños con menos de 30 kg. de peso, la mitad de la dosis.

Alérgicos a la penicilina, eritromicina oral.

- + Adultos: 1 gr. 1 hora antes + 500 mg. a las 6 hs.
- + Niños: 20 mg./kg. de peso 1 hora antes + 10 mg./kg. a las 6 hs.

Cardiopatías de alto riesgo

Ampicilina + gentamicina intramuscular o intravenoso.

- + Adultos: 1-2 gr. ampic. + 1,5 mg./kg. peso gentam. 30 minutos antes + penicilina oral 1 gr. a las 6 hs.
- + Niños: ampicilina 50 mg./kg. peso y gentamicina 2 mg./kg.

Alérgicos a la penicilina:

- + Adultos: vancomicina 1 gr. i.v. despacio 1 hora antes y durante 1 hora.
- + Niños: vancomicina 20 mg./kg. idem.

Fuente: Aguirre Urizar, J. M. et al.

TABLA II
RECOMENDACIONES DE LA BRITISH SOCIETY FOR ANTIMICROBIAL CHEMOTHERAPY PARA LA PREVENCIÓN DE LA E.I.

Cardiopatías de riesgo bajo-moderado

- Amoxicilina 3 gr. oral 1 hora antes.
- Alergicos a la penicilina 1,5 gr. oral 1 hora antes + 0,5 gr. a las 6 hs.

Cardiopatías de alto riesgo

- Amoxicilina 1 gr. + gentamicina, 120 mg. i.v. en el momento de la actuación, y repetir la dosis a las 6 hs.
- Alergicos a la penicilina: vancomicina 1 gr. + gentamicina, 120 mg. en el momento de la actuación.

Dosis pediátricas

- Niños entre 10 y 5 años, la mitad de la dosis oral del adulto.
- Niños menores de 5 años, la cuarta parte.
- Amoxicilina i.v., 50 mg./kg. peso.
- Vancomicina, 20 mg./kg. peso.
- Gentamicina, 2 mg./kg. peso.
- Todo ello sin que exceda la dosis del adulto.

Fuente: Aguirre Urizar, J. M. et al

mantiene su poder bactericida 10 horas después de la ingesta, teniendo la capacidad de inhibir la adhesión bacteriana al trombo, de importancia sustantiva en la diseminación de la infección.

Conforme a lo dicho, es obligación del profesional conocer y responsabilizarse de la prevención de la E.I., teniendo en cuenta:

1. Alteraciones cardíacas y nivel de riesgo.
2. Medidas locales.
3. Régimen antibiótico apropiado en tipo, dosis y duración.

MATERIAL Y METODOS

Se repartieron 210 cuestionarios para su reapuesta anónima, entre odontólogos de distintas clínicas del Ateneo Argentino de Odontología y docentes de la Facultad de Odontología de Buenos Aires, en ambos casos no pertenecientes a disciplinas quirúrgicas ni microbiológicas. Fueron devueltas 104 respuestas, lo que representa el 49,5 %.

El cuestionario constaba de siete preguntas, a saber:

1. ¿Conoce Ud. la E.I. y cómo se produce?
 2. ¿Qué papel cumple el odontólogo en la E.I.? - ¿Curativo o preventivo?
 3. ¿Cuáles son los pacientes de riesgo?
 4. ¿Qué actitud debe tomar el odontólogo ante un paciente de riesgo?
 5. ¿Qué medios locales pueden utilizarse en la profilaxis de la E.I.?
 6. ¿Qué antibiótico(s) pueden utilizarse como preventivo de la E.I. y en qué dosis los indicaría?
 7. ¿Cuáles son los procedimientos odontológicos de alto riesgo frente a la E.I.?
- La encuesta incluía el año de graduación universitaria.

CUADRO I
DISTRIBUCION DE LOS 104 PROFESIONALES ENCUESTADOS SEGUN AÑO DE GRADUACION

AÑOS	CANTIDAD	%
Antes de 1950	2	1.92
1951 a 1960	14	13.4
1961 a 1970	18	17.3
1971 a 1980	16	15.4
1981 a 1990	44	42.3
1991	10	9.6
TOTALES	104	100.0

Fuente directa.

CUADRO II
ANALISIS DE RESULTADOS DE 104 ENCUESTAS SEGUN GRADO DE CORRECCION

PREGUNTA	CORRECTO		APROXIMADO		INCORRECTO	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
1	36	34.6	10	9.6	58	55.8
2	98	94.2	0	0	6	5.8
3	42	40.3	44	42.3	18	17.3
4	2	1.9	62	59.6	40	38.4
5	4	3.8	48	46.1	52	50.1
6	0	0	8	7.6	96	92.3
7	84	80.7	6	5.7	14	13.4

Fuente: directa.

RESULTADOS. DISCUSION.

Tal como se consigna en el Cuadro I, más del 50 % de los profesionales encuestados tenía hasta 10 años de graduados.

El Cuadro II muestra la tabulación de resultados de las 104 respuestas, agrupadas en tres categorías: *correcto*, cuando la res-

puesta se ajustaba estrictamente a los conceptos actuales del tema; *incorrecto*, toda vez que la respuesta no tuvo ningún punto de coincidencia con lo *correcto*; *aproximado* siempre que hubo una contestación aceptable aunque incompleta o levemente incorrecta.

Puede observarse que sólo el 34.6 % co-

nocia bien la E.I. y su mecanismo de producción; un 9.6 % tenía idea aproximada y un 55.8 % la desconocía. Se advierte en la muestra un claro concepto del papel preventivo del odontólogo ante la enfermedad (94.2 % de respuestas correctas), pero se demostró una fuerte falencia en cuanto a los medios locales en la profilaxis, con un 3.8 % de respuestas correctas y un 51.9 % de incorrectas, que se acentúa en la selección de antibióticos: 92.3 % de respuestas incorrectas.

Un 82.6 % contestó correcta o aceptablemente sobre cuáles son los pacientes de riesgo, y algo más del 60 % sobre la actitud del odontólogo ante dichos pacientes.

CÓNCLUSION

Los resultados obtenidos en la presente encuesta, coincidente en términos generales con otras publicadas, indican la necesidad de plantear un programa de actualización en este tema, en el cual el odontólogo desempeña un papel de alta responsabilidad preventiva.

RESUMEN

El autor describe la endocarditis infecciosa, su etiología y la incidencia que las maniobras odontológicas han demostrado a la aparición de la enfermedad. Se subrayan con énfasis los aspectos relativos a la prevención de la E.I. en el tratamiento bucodental, tanto por medio de procedimientos locales, cuanto a través de una medicación antibiótica adecuada.

SUMMARY

The author describes the infective endocarditis, his etiology and the incidence of dental handiworks in the disease. Prevention of infective endocarditis by means of local procedures and adequate

chemotherapy in dental treatment are emphatically related.

BIBLIOGRAFIA

1. AGUIRRE URIZAR, J. M., ESTEFANIA CUN-DIN, E., ECHEBARRIA GOIKDURIA, M. A., VALLEJO IRASTORZA, G. y PERONA ALVARO, M. Prevención de la endocarditis infecciosa. Niveles de concientización y conocimientos. Rev. Act. Estomatol. Española, 1989; XLIX, 388: 43-48.
2. CATES, J. E. et CHRISTIE, R. V. Sub-acute bacterial endocarditis: review of 442 patients treated in 14 centres appointed by the Penicillin Trials Committee of Medical Research Council. Quart. J. Med., 1951; 20:93.
3. CHAMBERLAIN, F. L. Management of medical-dental problems in patients with cardiovascular disease. Mod. Conc. Cardio. Dis., 1961; 30:697.
4. DESCROZAILLES, Ch. et DESCROZAILLES, J. M. Infection focale d'origine dentaire. Encycl. Med. Chir. Paris, Stomatologie, 22043, 11-1979.
5. DURAK, D. T. and PETERDORF, R. G. Chemotherapy of experimental streptococcal endocarditis. I. Comparisson of commonly recommended prophylactic regimens. J. Clin. Invest. 1973; 52: 592.
6. LANG, S. and MORRIS, A. Infective endocarditis. Current recommendations for prophylaxis. Drugs, 1987; 34:279-288.
7. LAUFER, J. Septicémies aiguës et thrombophlébites cranio-faciales d'origine buccodentaire. Encycl. Med. Chir. Paris, Stomatologie, 22043; 3-1970.
8. LERNER, P. I. and WEINSTEIN, L. Infective endocarditis in the antibiotic era. New Eng. J. Med. 1966; 274:199.
9. NELSON, C. H., VAN BLARICUM, C. S. Physician and dentist compliance with American Heart Association Guidelines for prevention of bacterial endocarditis. JADA, 1989; 118:169-173.
10. NINORET, P., DEVAUCHELLE, B., DORE, P. R. et BERNASCONI, P. Prophylaxie de l'endocardite bactérienne chez les cardiaques lors des actes stomatologiques. Rev. Stomatol. Chir. Maxillofac., 1985; 86:398-403.
11. PERRIN, A., FLEURETTE, F., MATHIEV, L. et DROVIN, M. Les endocardites bactériennes de

cause dentaire. Masson et Cie. Edit., Paris, 1971.

12. SADOWSKY, D. and KUNZEL, C. "Usual and customary" practice versus the recommendations of experts: clinician noncompliance in the prevention of bacterial endocarditis. JADA, 1989; 118: 175-180.
13. TOMSETT, R. and SPRIKA, C. Reappraising clinical features of bacterial endocarditis. Postgrad. Med., 1967; 42:464.
14. TORINO, A. F., BALLESTER, A., MARTINEZ,

J., SUAREZ, L. y PEROXIO, A. Endocarditis infecciosa. EUDEBA, 1983.

15. TZUKERT, A. A., LEVINER, E. and SELA, M. Prevention of infective endocarditis. Oral Surg., 1986; 62:385-388.
16. WITCHITZ, S. Le coeurs dans l'endocardite bactérienne (à propos de 212 observations. Thèse, Paris, 1963; N° 987.

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

Prevalencia de Anomalías en Ortodoncia

EDUARDO J. MUIÑO, LILIAN PIVETTI,
JULIO LALAMA

La presente comunicación surge de revisar al azar protocolos de pacientes que concurren a servicios de ortodoncia del Ateneo Argentino de Odontología, reclamando atención ortodóncica, ya sea por derivación de distintos profesionales, por inquietud de sus padres (en edades tempranas) o bien por propio interés en casos de adultos.

Esta prevalencia abarca una muestra de Capital Federal y zonas de influencia del Gran Buenos Aires.

Podemos agregar como dato complementario que el nivel socio-económico se ubica en la clase media. Esto surge de los formularios llenados al comienzo del tratamiento.

El objetivo de este trabajo es mostrar prevalencia de anomalías por grupos etarios y sexo.

MATERIAL Y METODO

El grupo en estudio consistió en una muestra de 272 pacientes de un total de 2000 que concurren al servicio en el período 1980-1990. Correspondiendo 153 al sexo femenino y 119 al masculino. Sus edades oscilaban de los 5 a los 30 años y su media fue de 12.34.

Se los dividió en tres grupos etarios: 5 a 10 años, 10 a 20 y + 20.

Para extraer los datos requeridos se tuvo en cuenta:

- Protocolo.
- Modelos de yeso iniciales zocalados.
- Telerradiografía con estudio cefalomé-

trico según Schwarz-Steiner-Downs Downs y Harvold.

- Radiografía panorámica y/o seriada periapical.

La búsqueda del material se hizo calibrando al personal que participó, en cuanto a la terminología empleada en la clasificación de las entidades clínicas.

En las distoclusiones se tuvo presente la relación canina, el segmento propuesto por Jacobson llamado wits, el ángulo ANB y el de Harvold. No se consideró la relación molar de Angle.

A las progenies se las dividió en auténticas, con maxilar inferior aumentado de tamaño; pseudoprogenies, maxilar inferior normal y superior disminuido y las mordidas progénicas forzadas, de tipo funcional.

Las discrepancias hueso-diente se corresponden a la clase I de Angle. La llave canina en clase y el wits 0 para el sexo femenino y 1 para el masculino.

Por último, bajo la denominación de Varios agrupamos el resto de las anomalías dentoalveares teniendo en cuenta las características clínicas más relevantes.

RESULTADOS

La entidad clínica más frecuente (Tabla 1) es la discrepancia hueso-diente (DHD) 44%, seguida por la distoclusión 27%. En tercer término las mesioclusiones con el 14% y por último bajo la denominación de varios agrupamos las anomalías que constituyen en su conjunto el

EDUARDO J. MUIÑO, LILIAN PIVETTI, JULIO LALAMA

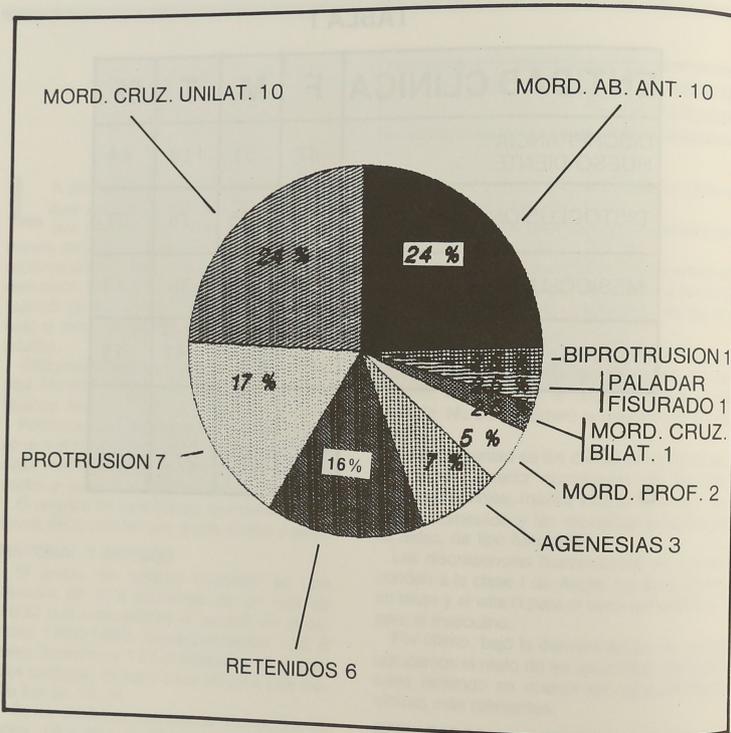
15%, y que por orden de frecuencia comprenden (Tabla 2): Mordidas abiertas anteriores (4%); Mordidas cruzadas unilaterales (4%); Protrusiones (2,5%); Retenidos con po-

sibilidad de ser reubicados (2%); Agencias (1%); Mordidas profundas (0,7%); Mordidas cruzadas bilaterales (0,3%); Paladar fisurado (0,3%); Biprotusiones (0,3%).

TABLA I

ENTIDAD CLINICA	F	M	T	%
DISCREPANCIA HUESO DIENTE	67	51	118	44
DISTOCLUSION	39	35	74	27
MESIOCLUSION	15	24	39	14
VARIOS	32	9	41	15
	153	119	272	100

TABLA 2
VARIOS



Nota: Porcentajes referidos exclusivamente a varios.
Los números que siguen a los nombres de las anomalias.
responden a la cantidad total de casos hallados.

TABLA 3
DISCREPANCIA HUESO DIENTE

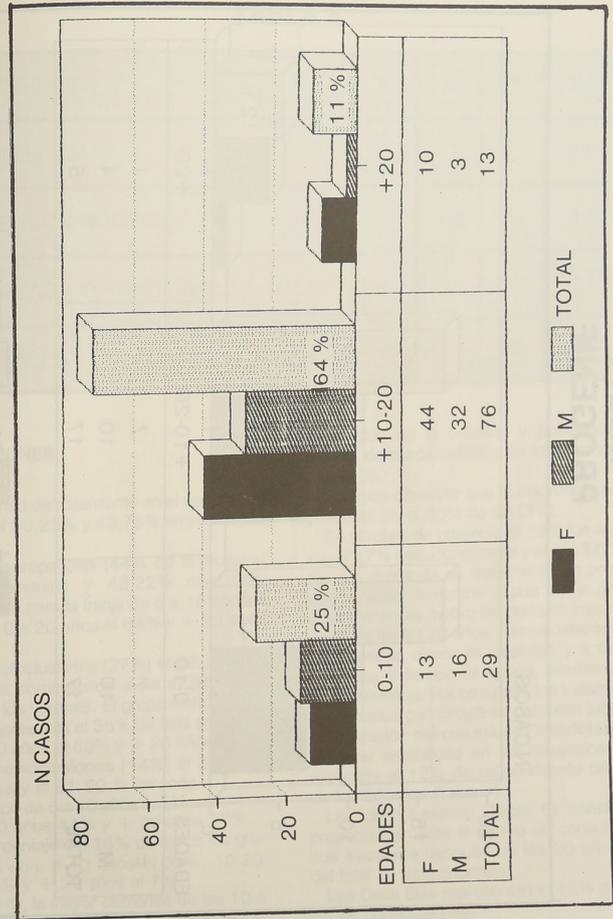


TABLA 4
PROGENIE

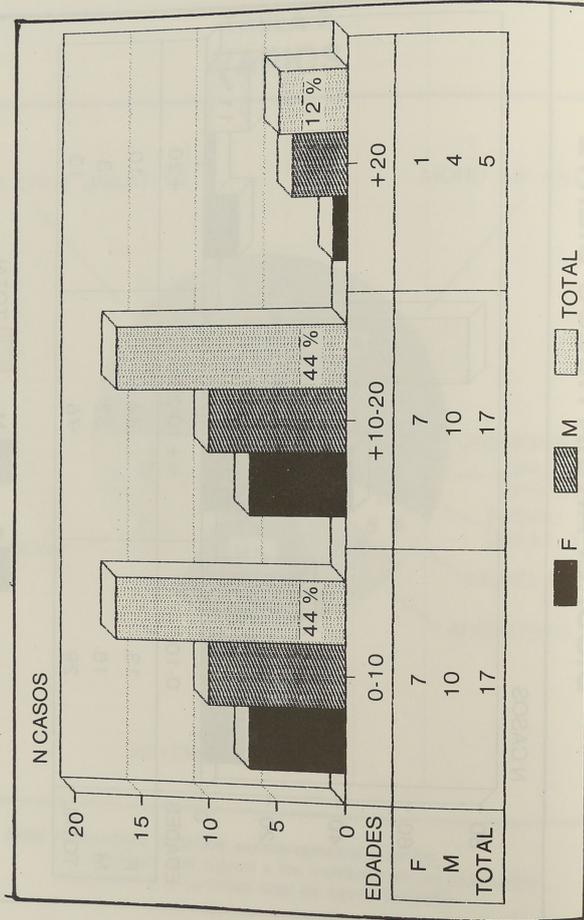


TABLA 5

PROGENIE	F	M	T	%
AUTENTICA	12	19	31	79
PSEUDO PROGENIE	3	4	7	17
FORZADA O FUNCIONAL	—	1	1	4
TOTALES	15	24	39	100

CONCLUSIONES

La demanda de tratamiento en el sexo femenino fue del 56,25% y 43,75% en el masculino.

En las discrepancias (44% de la muestra) 56,78% femenino y 43,22% masculino. Corresponde para la franja de 5 a 10 años el 25%; de 10 a 20 años el 64% y + 20 años el 11%.

En las distocclusiones (27%) el 52,70% de la demanda corresponde a las mujeres y el 47,30% a los varones. El grupo etario de 5 a 10 años representa el 35% de esta anomalía. De 10 a 20 años el 60% y + 20 años el 5%.

En las mesiocclusiones (14%) el 38,50% son mujeres y el 61,50% varones.

En el grupo de 5 a 10 años se ubica el 44%; de 10 a 20 años 44% y + 20 años 12%.

En el porcentaje del 15% de varios los grupo etarios son: 5-10 años el 39%; 10-20 años el 54% y + 20 años el 7%.

En las DHD, la mayor demanda de los 10 a 20 años estaría relacionada con la edad de or-

ganización de la oclusión y posteriormente con la demanda estética en la adolescencia (Tabla 3).

Pudimos observar que la macrodoncia está presente en el 35% de las DHD.

En el rubro de progenie el 79% fue auténtica, el 17% pseudoprogenie y el 4% funcional. La demanda de tratamiento se produce desde edad temprana (Tabla 5) y proporcionalmente es motivo de consulta importante después de los 20 años. Ello se debería a que esta entidad clínica es evolutiva y a medida que pasa el tiempo se agrava, afectando aún más la estética. Por otra parte los tratamientos combinados con cirugía se practican luego de la finalización del crecimiento mandibular para asegurar estabilidad en los resultados. Esto explicaría el 12% de requerimiento después de los 20 años (Tabla 4).

Las distocclusiones (Tabla 6) constituyen proporcionalmente el motivo de consulta menos frecuente después de los 20 años (5% del total de esta anomalía).

Los Deck Biss representan el 12% del total de las distocclusiones.

TABLA 6
DISTOCCLUSION

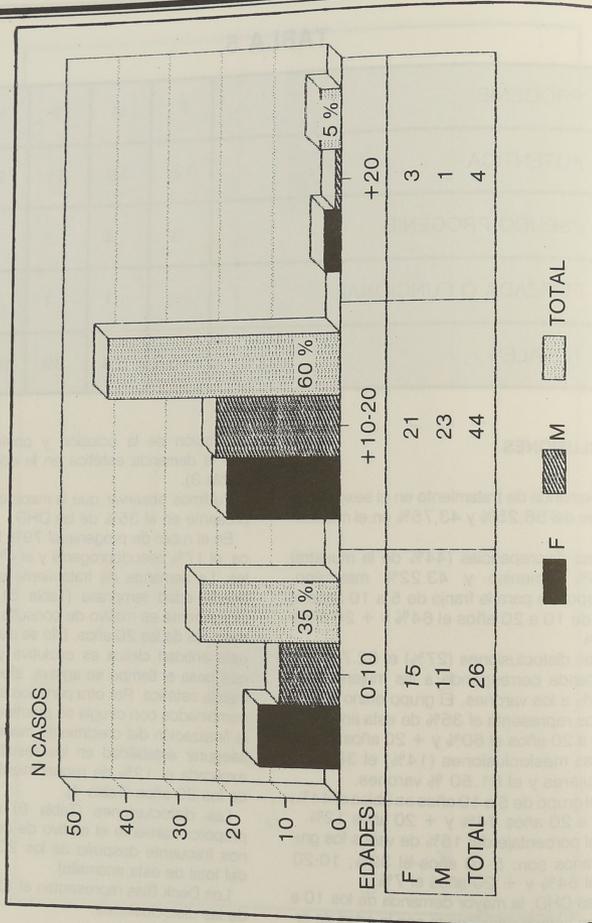
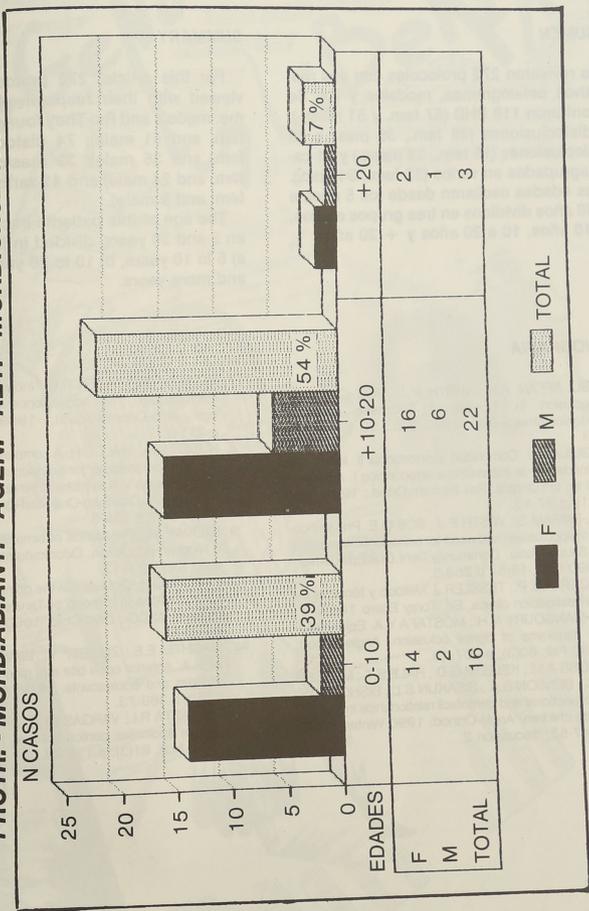


TABLA 7
VARIOS

PROTR. - MORD.AB.ANT. - AGEN. - RET. - MORD.CR.UZ.UNI - ETC.



RESUMEN

Se revisaron 272 protocolos con sus respectivos cefalogramas, modelos y Rx. Se encontraron 118 DHD (67 fem. y 51 masc.); 74 distoclusiones (39 fem., 35 masc.); 39 mesioclusiones (15 fem., 24 masc.) y 41 casos agrupados en varios (32 fem., 9 masc.).

Las edades oscilaron desde los 5 años a los 30 años divididos en tres grupos etarios, 5 a 10 años, 10 a 20 años y + 20 años.

BIBLIOGRAFIA

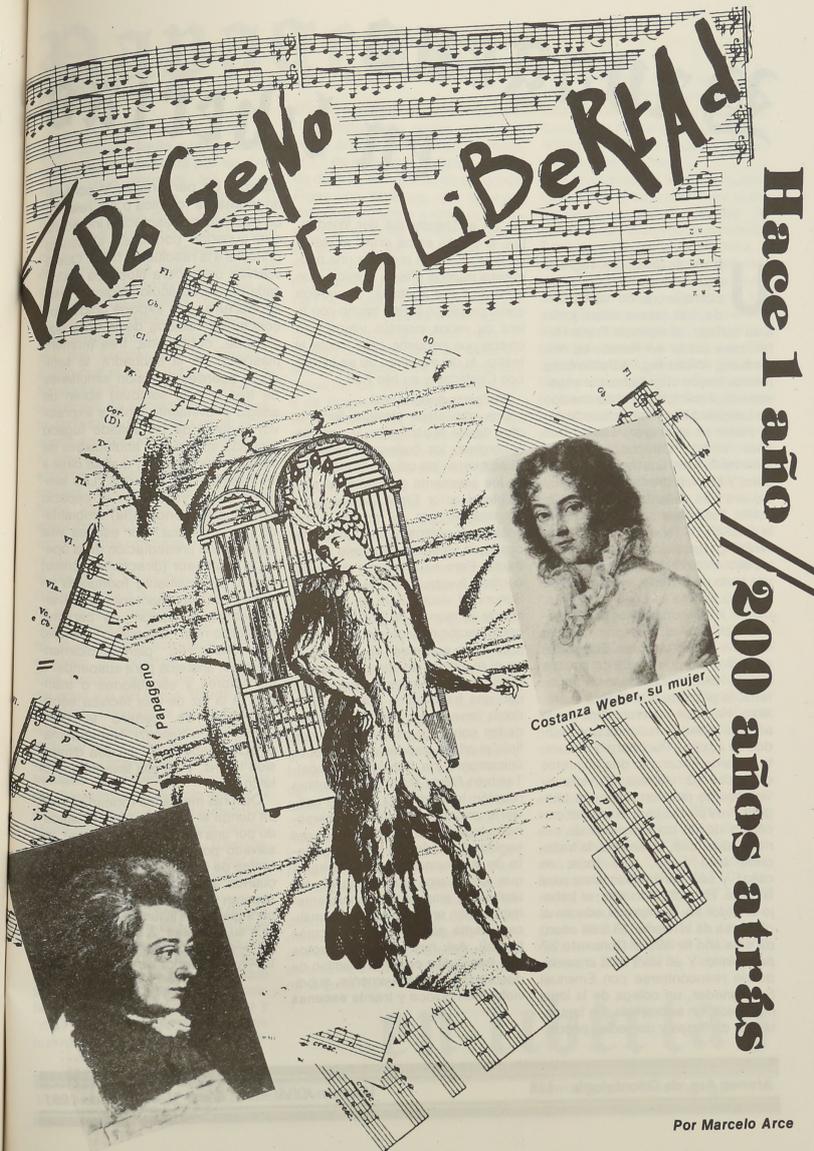
1. ABU AFFAN A.H.; WISTH P.J.; BOE O.E. Malocclusion in 12-year-old Sudanese children. *Odontostomatol-Trop*; 1990 Sep.; 13 (3); p.87-93.
2. AGUILA F.J. Comunidad y ortodoncia II. Índice de prioridades de tratamientos ortodóncico I. Alto riesgo en ortodoncia. *Rev.Iberoam.Orthod.*; 1989 Jun. 9(1); p.37-40.
3. AL-EMRAM S.; WISTH P.J.; BOE O.E. Prevalence of malocclusion and need for orthodontic treatment in Saudi Arabia. *Community.Dent.Oral.Epidemiol.*; 1990 Oct.; 18(5); p.253-5.
4. BAZERQUE P.; TESSLER J. Método y técnicas de la investigación clínica, Ed. Toray Enero 1982.
5. EL-MANGOURY N.H.; MOSTAFA Y.A. Epidemiologic panorama of dental occlusion. *Angle-Orthod*; 1990 Fall; 60(3); p.207-13.
6. GROSS A.M.; KELLUM G.D.; HALE S.T.; MESSER S.C.; BENSON B.A.; SISAKUN S.L.; BISHOP F.W. Myofunctional and dentofacial relationships in second grade children. *Angle-Orthod*; 1990 Winter; 60(4); p.247-53; discussion 2.

SUMMARY

For this article, 272 protocols were reviewed with their respective cephalograms, models and Rx. They found 118 BTD (67 fem. and 51 male); 74 distocclusions (39 fem. and 35 male); 39 mesiocclusion (15 fem. and 24 male) and 41 various cases (39 fem. and 9 male).

The age of this patients oscilated between 5 and 30 years, divided in three groups: a) 5 to 10 years, b) 10 to 20 years and c) 20 and more years.

7. HELM S.; PETERSEN P.E.; Individual changes in malocclusion from adolescence to 35 years of age. *Acta-Odontol-Scand*; 1989 Aug; 47(4); p.211-6.
8. HUBER M.A.; HALL E.H. A comparison of the sings of temporomandibular joint dysfunction and occlusal discrepancies in a symptom-free population of men and women. *Oral-Surg-Oral-Med-Oral-Pathol*; 1990 Aug; 70(2); p.180-3.
9. ISIEKWE M.; Prevalence of bimaxillary protrusion in a Nigerian population. *Odontostomatol-Trop*; 1990 Jan; 13(1); p.9-12.
10. KEROSUO H. Occlusion in the primary and early mixed dentitions in a group of Tanzanian and Finnish children. *ASDC-J-Dent-Child*; 1990 Jul-Aug; 57(4); p.293-8.
11. MACHTEI E.E.; ZUBERY Y.; BIMSTEIN E.; BECKER A. Anterior open bite and gingival recession in children and adolescents. *Int-Dent-J*; 1990 Dec; 40(6); p.369-73.
12. URQUIETA R.I.; VARGAS M.W. Análisis de mil casos de anomalías dentomaxilares. *Rev-Dent-Child*; 1990 Nov; 81(3); p.116-23.



Hace 1 año

200 años atrás

Papageno en libertad

UN día de diciembre, regresa aquí, a Viena, en peor posición que cuando había partido, tres meses antes, junto a su cuñado, el violinista Franz Höfer, para actuar en Ratisbona, Núremberg, Würzburg, Achaffenburg (donde fueron engañados por el posadero), Francfort (en la coronación de Leopoldo II, con el *Concierto para piano en re mayor*, escrito tres años atrás), Offenbach, Mainz, Mannheim (con una función del *Figaro*) y Munich (frente al Elector de Baviera y su visitante, el Rey de Nápoles). Para viajar tuvo que empuñar la platería y ahora vuelve a la Whirringergasse con mucho honor y poco efecto. Sobre la mesa hay una carta de O'Reilly, empresario de la ópera italiana en Londres, invitándolo a ir allí y componer por lo menos dos óperas. Por una razón u otra, no puede aceptar. Esa semana, Salomón, que vino a contratar a Haydn para conciertos en Inglaterra, le promete que él será el próximo. Hay que esperar. Otra vez la antigua miseria, matizada por pedidos de auxilio a Puchberg. Por suerte llegaron encargos: dos quintetos de arcos (2 violines, 2 violas y violoncello) para un mecenas húngaro; tres piezas para el órgano mecánico de un coleccionista de curiosidades (una, la fantasía, la transcribe para piano, para tocar en casa), y seis danzas alemanas para la corte. Este oficio lo irrita: el trabajo creador no, siempre puede en el olvidarse de sí mismo. El 5 de enero de este año termina el Concierto 27 para piano. Y en abril está encantado de reencontrarse con Emanuel Schikaneder, un colega de la logia masónica, un semiartista, un farsante que da farsas y comedias popula-

res en el Theater auf der Wieden, que lo dejaba entrar gratis al teatro en Salzburgo. Le propone una pantomima musical (*Flauta Mágica*, que llamarán *ópera alemana*), le entrega como propio un libretto hecho con tijera de varios cuentos viejos y le ofrece una pequeña casa frente al teatro. Al día siguiente allí se instala con Costanza y su hijo Karl.

Wolfgang duerme mal. Una atmósfera elevada llena la obra desde el comienzo, y a ella se subordinan los burlescos iniciales. Si se cierran los ojos a la música y se lee solamente el texto (más atribuible al actor Ernst Gieske y reconstruidos por el músico), los nobles conceptos no producen otra cosa que un efecto arbitrario y abstracto. Pero es la música quien les confiere fuerza, unidad y veracidad. Sonoridad visual. Este es el nuevo aporte al mundo de la ópera. Una confirmación más del genio creador (que debe probarse, ser tangible y no el resultado de una cursi aseveración de biógrafo trasnochado, que con una frase como apasionado lirismo "envuelve la obra en vaporosidades sobre cuyas nubes rosadas flota el artista dispuesto a obedecer únicamente los designios divinos). También *Flauta Mágica* trae la íntima relación texto-música, que se convierte en teatro-imagen. Los personajes exteriorizan su rol a través del sonido. Que además es el vincular de la idiosincrasia y de la trama que los abarca por medio de los símbolos empleados conscientemente y en orden a la línea dramática (**drama** significa teatro, acción teatral). Así, hay forma: dos **actos** con tres y diez **cuadros** (cambio de decorado), respectivamente, subdivididos en quince y treinta **escenas**

(cambio de personaje). Y contenido: **comedia** (cómica o no, relación de planteos de resolución inmediata que aunados conducen el asunto principal a la resolución final). Que la vuelven una ópera filosófica disfrazada de espectáculo mágico. Hasta la **obertura**, que expone unidos los conceptos básicos de la obra que precede, cobra vida: tres (número masónico de la escuadra; la sabiduría) **acordes** (emisión simultánea de tres o más sonidos) abren un adagio (movimiento lento y expresivo) seguido de un agitado fúgado (entrada sucesiva y acumulativa de varias líneas sonoras) que se dirige a los mismos tres acordes. Los símbolos se proyectan en el espacio escénico (**escenografía**) ambientado por la música. Por eso es vital que en cada presentación de la ópera, el **regisseur** (director escénico) siga lo estrictamente formulado en la partitura para mantener la universalidad de la acción, de carácter fantástico-real: escenario sencillo con bastidores, planos bidimensionales, aparatos para suspender a los actores y escotillones o trampas. A la luz de esa técnica escenográfica, se generó la obra (*progreso o fusión?*). Nuestra imaginación debe nacer en esa dimensión teatral, y en ella levantamos el telón.

Oscuras montañas rodean el valle en donde el príncipe **Tamino**, atacado por una serpiente (monstruo), es salvado por las **Tres Damas**, asistentes de la **Reina de la Noche**, que cuando aparece, las montañas se separan y el cielo nocturnal se abre para que luzca la luna que representa a su majestad. A su ruego, **Tamino** —enamorado por un retrato— y el cazador de pájaros, **Papa-**

Papageno

geno, con una flauta y unas campanillas mágicas, guiados por los **Tres Genios** que siempre les sobrevuelan, van al rescate de **Pamina**, la hija de la **Reina de la Noche**, prisionera del moro **Monóstatos** —que infructuosamente la desea— y que al mando de sus esclavos, el guardián del reino ilimitado (que es el cosmos) de **Sarastro**, representado por el Sol. (Hasta aquí la **exposición argumental**). Cuando el **Orador** del Templo de la Sabiduría (luego que el de la Verdad y el de la Naturaleza los rechazaron) presenta la realidad, es el momento culminante (**acmé**) al final del primer acto, donde se produce el desdoblamiento simétrico: los mismos elementos sonoros se transformarán. Los personajes modificarán su **ethos**: la **Reina de la Noche** (ahora en su acepción más literal y terrena) en la venganza (da un puñal a Pamina para que mate a...) Sarastro, sacerdote del amor y del perdón (que no correspondía a 'su majestad'). Pamina y Tamino, predestinados por los dioses para unirse, deben iniciarse en la secta purificándose por un sendero de pruebas guiados por **Tres Sacerdotes**: la del silencio, la del agua y la del fuego. (**Nudo argumental**). Triunfantes (el triunfo del amor), la pareja (únicos personajes reales y humanos) celebrada por el **coro de sacerdotas**, se une (**desenlace argumental**), consagrada por Sarastro en el Templo del Sol, al mismo tiempo que en los subsuelos, **Monóstatos**, la **Reina** y sus **Damas**, son derrotados por el **luz**. (Desaparecen en la noche eterna). Y por supuesto, Papageno ha encontrado a su **Papagena**.

La escena se convierte en un sol. Ocasionalmente duerme en casa de Leuzbeg. O come en la Puchberg o de otros amigos. (Schikaneder lo invita a sus cenas que terminan en bacanales). Costanza, fiel a su hábito, está embarazada y "muy cansada", por lo que viaja nuevamente a Baden. Cuando la vi-

sita, le encargan el motete *Ave, verum corpus* para cuatro voces, arcos y órgano. Trece días después, el 1° de julio, llega, delgado y vestido de gris, el mayordomo del conde Franz von Walsegg, que le encomienda un requiem y absoluta reservada, pues el conde lo estrenará como su autor. Le da un anticipo y comienza, al mismo tiempo que termina *Flauta Mágica*. El 26 de julio nace Franz Xaver Wolfgang. Así, que cuanto antes pudiera estrenarse el nuevo espectáculo, tanto mejor. A las tres semanas surge el pedido de una **ópera seria** para la coronación como rey de Bohemia de Leopoldo II de Praga, hacia donde partieron. Entre la diligencia y las posadas, en 18 días, completa y ensaya *La Clemenza di Tito*, libretto de Metastasio pulido por Caterino Mazzola con recitativos *secco* de su alumno Franz Süssmayr; estrena el 6 de setiembre (el 2 se ocupó de la representación de *Don Giovanni*). Vuelve con 200 ducados. Y extendido. El 28 termina el *Concierto para clarinete* que le había pagado el abate Stadler.

Por fin, el 30 suben a escena Benedikt (Tamino), Nannina Gottlieb (Pamina), Franz Gerl (Sarastro), Josefa Höfer (Reina de la Noche) y Schikaneder (Papageno). A pesar que el libro con dos grabados, al cobre se vende en la boletería a ¡30 kreuzers!, queda debiendo a Gayl, el pintor teatral y al decorador, Nesslerer, hasta que la "pantomima" llegó a las 24 funciones en octubre, cuando una vez más Costanza viaja a Baden. Continúa con el *Requiem*. Sufrir fiebre y desmayos. Cree que lo han envenenado. Seguramente el mayordomo era la Parca. Wolfgang es muy supersticioso.

El reino montañoso debe verse como el mundo exterior que choca contra las internas esferas de la luz, que conquistan la oscuridad, al final de la lucha entre los reinos del Sol y de la Luna. Es un drama psicomisti-

co. Desdibuja la noción del espacio (puede ser Egipto o la selva amazónica o nada) y del tiempo (pasa y retorna de la noche al día espontáneamente). Reconocemos el mundo de nuestros sueños.

La diversidad del lenguaje musical cuadrada con el contraste entre el espectáculo y su **significado** (lo burlesco de Papageno, la pasión de Tamino, la angustia de Pamina...) que se suma al **efecto** (el tartamudeo de Pa-pa-pa-pa-pa-pa-pa-pa asombrado frente a Papagena, los truenos que asustan, la luz lunar iluminando sólo el rostro de Pamina, que duerme en el jardín...) y al múltiple **movimiento escénico** (los tres Genios vuelan, las Tres Damas aparecen desde el suelo, Papageno es tragado por la tierra, Papagena que se estufa, Papagena que rejuvenece, una gran copa con vino tinto que emerge...) todo indicado en la partitura. **Parlamentos** (actuación sin música) eficaces para la síntesis, se desarrollan en **canciones arias** (solos, dúos, tríos, cuartetos y ensambles, virtuosos) que, imbricados en los **coros (escénicos e internos)**, impulsan la dinámica dramática.

Una orquesta igual a la de tantas obras anteriores (con **maderas**: 1 flautín, 2 flautas, 2 oboes, 2 clarinetes, 2 fagotes; con **metales**: 2 cornos, 2 trompetas; con **percusión**: timbales, bombo y campanillas, y con **arcos**: violines, violas, cellos y contrabajos) en una inusitada combinación de timbres.

Y una ópera tan distinta a las precedentes: *El castigo del primer mandamiento* K.35 (1766) *Apolo* za viaje a Baden. Continúa con el *Requiem*. Sufrir fiebre y desmayos. Cree que lo han envenenado. Seguramente el mayordomo era la Parca. Wolfgang es muy supersticioso.

El reino montañoso debe verse como el mundo exterior que choca contra las internas esferas de la luz, que conquistan la oscuridad, al final de la lucha entre los reinos del Sol y de la Luna. Es un drama psicomisti-

en libertad

Papageno

(1780). *Thamos, rey en Egipto* K.345 (1780). *Idomeneo, rey de Creta* K.366 (1781). *El rapto en el serrallo* K.384 (1782). *La oca del Cairo* K.422 (1783). *El esposo engañado* K.430 (1783). *El empresario* K.486 (1783). *Las bodas de Figaro* K.492 (1786). *Así hacen todas K.* 526 (1790) y *Don Giovanni* K.527 (1787). Esta última y *Flauta Mágica*, K.620 (una adaptación del cuento "Lulú" de la antología oriental 'Dschinnistan' de Wieland, 1786), son las únicas óperas, verdaderas óperas en estructura y sentido estético. Las restantes, son sólo el producto de una excelente técnica puesta al servicio de una época mediocre (siempre el público) con un objetivo económico. Nada artístico.

Como sus **obras rococó** (23 divertimentos, 2 casaciones, 12 serenatas, 183 danzas, 12 marchas, 1 ballet, 7 óperas y singspiels o juegos cantados), que mezclan el *Style galant* (fragante fraseo francés) con el **exotismo** (espantosa impregnación amanerada 'alla italiana' o 'alla turca'), pleróticas de absurda superficialidad. Dorados turbantes, rosados mirifaques, lacrimosos corazones, espadas de espejo, palabras de albaricoque, sonidos en almbir.

En cambio, madurez, originalidad y equilibrio formal, brotan de las **obras clasicistas**: *sonatas* (17 para piano, 6 para piano a cuatro manos, 1 para dos pianos, 14 para órgano y arcos, 37 para violín y piano), *tríos* (7 para piano y arcos, 1 para clarinete, viola y piano), *cuartetos* (20 para arcos, 2 para piano y arcos, 1 para flauta y arcos, 1 para oboe y arcos), *quintetos* (4 para arcos, 1 para piano y vientos, 1 para corno y arcos), *conciertos* (5 para violín, 1 para dos violines, 4 para corno, 1 para fagot, 2 para flauta, 1 para flauta y arpa, 1 para oboe, 25 para piano), *sinfonías* (38, excluyendo la 37 que hoy se sabe es de Michail Haydn), *sinfonías concertantes* (1 para violín y viola, 1 para flauta, oboe, corno y fagot), 55 recitativos

y arias para voz solista con orquestas, 36 canciones para voz y piano; 8 tríos, 2 cuartetos y 2 duos vocales con instrumentos; canzonetas; 1 oratorio; 6 cantatas para solistas, coro y orquesta; madrigales; 35 cánones para coro sólo; 4 óperas; mucha música sacra (17 misas, 7 ofertorios, 8 Kyries, antifonas, salmos, motetes, misereres, te deums), fantasías y variaciones y minués y piezas, para solos y diversas combinaciones instrumentales.

Hasta que florece el **creador**, el auténtico compositor: *cuartetos* 21, 22 y 23 y *quintetos* 5 y 6 para arcos; el *quinteto* para clarinete y arcos; los *conciertos* 26 y 27 para piano; el *concierto* para clarinete; las *sinfonías* 39, 40 y 41, *Flauta Mágica* (+). En fin, la música desde la muerte de su nefasto padre Leopoldo (68 años, al 28 de mayo de 1787; recuerda la imagen en que la gigantesca estatua del Comendador, destruyendo todo a su paso, arrastra al infierno a Don Giovanni?). Es la superación del estilo (pautas comunes a cientos de artistas; una caracterización epocal). Ahora tiene un **lenguaje**, un nuevo lenguaje para lo que vendrá. Y aquí reside su significación en la historia. El no es revolución; él es la **transición** desde el viejo mundo que ha culminado con Bach (*El arte de la fuga*, 1750) al nuevo universo que nacerá con Beethoven (*Sinfonía* 1, 1800). Modifica los valores estéticos: lo **brillante** (serenata, Una pequeña música nocturna) se convierte en **fuerza**, 'Strum' (obertura de *Flauta Mágica*); lo **dolce** (aria de Costanza en *El rapto en el serrallo*) en **dolor** (aria de Pamina, *Flauta Mágica*, acto II); la **tristeza** (*Concierto* 3 para violín, II mov.) en **angustia** (*Concierto* 23 para piano, II mov.); en **patetismo**, 'Drung' (*Sinfonía* 40, IV mov.). Ahora él es **Papageno** (sin el candado en la boca, porque no mentiría más).

No obstante, avanzará más allá del lenguaje. Fusionará, en un juego

ineluctable, todas estas innovadas **jerarquias**, en una misa de difuntos, **Requiem**, su primera obra maestra, su última obra, su humana visión ante la muerte. Dramatizada sonora de esa visión: los **solistas** son personajes que 'actúan' con la voz; desde la tierra y desde las alturas, el **coro** lo envuelve todo, son los espíritus, los hombres y mujeres; la **orquesta** usa planos sonoros y hasta incluye un solo de trombón —novedad a la formación orquestal clásica—, en el **Tubamirum** (mirada desde las profundidades), mutándolo en todo un símbolo que unifica lo teatral y lo filosófico de la obra. Inicia en la historia, las **tres dimensiones en música**, y a la vez, logra que la intención programática íntima del texto sacro se torne en una realidad común. Completado sobre los bocetos por Süssmayr —luego de inventarlo Eybler—, el **Requiem** se yergue como el vértice de las 626 composiciones (según catálogo de K., por Ludwig von Köchel).

A 200 años de interrumpida su **escritura** (ahora, el próximo diciembre 5), el **Requiem** (□) aparece como la prístina luz de su creador. **En libertad**.

Como despedida de su agitada vida, su **cuñada** Sofía viaja a Baden con Costanza en octubre, pues se casara el mes entrante. Schikaneder le da el texto para la **Pequeña cantata masónica** con coro masculino y orquesta. Y en el estreno, el 15 de noviembre, la dirige. No se lo ve enfermo, pero sí bastante desahogado. (Era cierto lo que comentaban: vestía sin peluca. Inadmisible). Después si está cada vez más débil: se le hinchan los pies y las manos; su cuerpo se pone rígido y tiene terribles ataques. Sofía resulta una buena enfermera. Por las noches, él tiene la manía de calcular con el reloj en la mano, qué escena de *La Flauta Mágica* ocurre en ese momento en el teatro. Con Süssmayr discute el **Requiem**. El alumno y algunos amigos lo ensayan cantando a cuatro voces y él los acompaña con el clave.

Ya hace dos semanas que falleció, a primera hora del 5 de diciembre, durmiendo de cara a la pared. Van Swieten, que se dice su protector, sólo le dio consejos a Costanza, que apresurada, por la in-

tensa lluvia, lo hizo sepultar en la fosa común. Ella ya no está en Viena; fue a Baden, y cuando regrese, seguramente se casará con Nissen. Wolfgang nunca se interesó por la Navidad.

(+) Recomendación: sólo la versión dirigida por Herbert von Karajan, en 1980.

(□) Recomendación: sólo la versión dirigida por Herbert von Karajan, en 1972.

PROFESOR DR. MARCELO ARCE

— **Docente y compositor, se ha desempeñado como asesor en diversas entidades públicas y privadas.**

— **Comentarista y organizador de ciclos de conciertos, ha escrito ensayos musicográficos y dictado un sinnúmero de cursos, seminarios y conferencias sobre estética, apreciación e historia musical.**

— **Desempeña una amplia labor pedagógica privada y pública (Facultades de Derecho e Ingeniería, Congreos Nacional, O.E.A., Museo de Telecomunicaciones, Sociedad de Arquitectos y otras entidades de Capital e Interior), destacándose "Hacia la Música" (premio Santa Clara de Asís).**

— **Miembro de distintos jurados y asociaciones (Música de San Martín, Sociedad Liszt, etc.).**

— **Sus obras de cámara y sinfónicas han sido estrenadas, algunas grabadas, otras premiadas (finalista Concurso Ginebra, 1985, por su ballet "El Corneta", premio Liszt, 1986, por "eletereo" para piano, etc.).**

— **Creador y director del conjunto "Músicos de Cámara" del Centro Argentino de Ingenieros.**

— **Dicta cursos en: Centro Argentino de Ingenieros (Hacia la Música, Música Comentada, Opera, Mahler, Las sinfonías de Beethoven); Sociedad Central de Arquitectos (Hacia la Música); Círculo Médico de Morón (Análisis Musical); Instituto Superior de Letras (Hacia la Música); Instituto Mallea (Estilos); Ateneo Argentino de Odontología (Hacia la Música II, Los instrumentos en vivo); Centro de Estudios Antropológicos (La Música del Siglo XX, Música Comentada), Opera en el Teatro Colón (L. p. r. a.) y en su estudio (Las sinfonías de Mahler, Obras Maestras, Formas, Instrumentos, Taller de composición, Organología y música de cámara).**



Marcelo Arce.

en libertad

SALUD PUBLICA

LEY 23.798

Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida. Declaración de interés nacional a la lucha contra el mismo, estableciendo medidas para la detección, investigación, diagnóstico y tratamiento. Aceptación de las modificaciones introducidas por el Honorable Senado (expedientes 92, 1.148, 1.781 y 3.295-D -87; Orden del Día N° 533/90). (Sanción: 16-8-90 -Diputados.

Artículo 1° — Declárase de interés nacional a la lucha contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, entendiéndose por tal a la detección e investigación de sus agentes causales, el diagnóstico y tratamiento de la enfermedad, su prevención, asistencia y rehabilitación, incluyendo la de sus patologías derivadas, así como también las medidas tendientes a evitar su propagación, en primer lugar la educación de la población.

Art. 2° — Las disposiciones de la presente ley y de las normas complementarias que se establezcan, se interpretarán teniendo presente que en ningún caso pueda:

- Afectar la dignidad de la persona;
- Producir cualquier efecto de marginación, estigmatización, degradación o humillación;
- Exceder el marco de la excepción legal taxativa al secreto médico que siempre se interpretarán en forma restrictiva;
- Incurcionar en el ámbito de privacidad de cualquier habitante de la Nación Argentina.
- Individualizar a las personas a través de fichas, registros o almacenamiento de datos, los cuales, a tales efectos, deberán llevarse en forma codificada.

Art. 3° — Las disposiciones de la presente ley serán de aplicación en todo el territorio de la República. La autoridad de aplicación será el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, a través de la Subsecretaría de Salud, la que podrá concurrir a cualquier parte del país para contribuir al cumplimiento de esta ley. Su ejecución en cada jurisdicción estará a cargo de las respectivas autoridades sanitarias a cuyos fines podrán dictar las normas complementarias que consideren necesarias para el mejor cumplimiento de la misma y su reglamentación.

Art. 4° — A los efectos de esta ley, las autoridades sanitarias deberán:

- Desarrollar programas destinados al cumplimiento de las acciones descritas en el artículo 1°, gestionando los recursos para su financiación y ejecución;
- Promover la capacitación de recursos humanos y propender al desarrollo de actividades de investigación, coordinando sus actividades con

otros organismos públicos y privados, nacionales, provinciales o municipales e internacionales;

- Aplicar métodos que aseguren la efectividad de los requisitos de máxima calidad y seguridad;
- Cumplir con el sistema de información que se establezca;
- Promover la concertación de acuerdos internacionales para la formulación y desarrollo de programas comunes relacionados con los fines de esta ley;
- El Poder Ejecutivo arbitrará medidas para llevar a conocimiento de la población las características del SIDA, las posibles causas o medios de transmisión y contagio, las medidas aconsejables de prevención y los tratamientos adecuados para su curación, en forma tal que se evite la difusión inescrupulosa de noticias interesadas.

Art. 5° — El Poder Ejecutivo establecerá dentro de los 60 días de promulgada esta ley, las medidas a observar en relación a la población de instituciones cerradas o semicerradas, dictando las normas de bioseguridad destinadas a la detección de infectados, prevención de la propagación del virus, el control y tratamiento de los enfermos, y la vigilancia y protección del personal actuante.

Art. 6° — Los profesionales que asistan a personas integrantes de grupos en riesgo de adquirir el síndrome de inmunodeficiencia están obligados a prescribir las pruebas diagnósticas adecuadas para la detección directa o indirecta de la infección.

Art. 7° — Declárase obligatoria la detección del virus y de sus anticuerpos en la sangre humana destinada a transfusión, elaboración de plasma u otros de los derivados sanguíneos de origen humano para cualquier uso terapéutico. Declárase obligatoria, además, la mencionada investigación de donantes de órganos para trasplante y otros usos humanos, debiendo ser descartadas las muestras de sangre, hemoderivados y órganos para trasplante que muestren positividad.

Art. 8° — Los profesionales que detecten el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) o posean presunción fundada de que un individuo es portador, deberán informarle sobre el carácter infectocontagioso del mismo, los medios y formas de transmitirlo y su derecho a recibir asistencia adecuada.

Art. 9° — Se incorporará a los controles actualmente en vigencia para inmigrantes que soliciten su radicación definitiva en el país, la realización de las pruebas de rastreo que determine la autoridad de aplicación para la detección del VIH.

Art. 10° — La notificación de casos de enfermos de SIDA deberá ser practicada dentro de las cuarenta

SALUD

ta y ocho horas de confirmado el diagnóstico, en los términos y formas establecidos por la ley 15.465. En idénticas condiciones se comunicará el fallecimiento de un enfermo y las causas de su muerte.

Art. 11° — Las autoridades sanitarias de los distintos ámbitos de aplicación de esta ley establecerán y mantendrán actualizada, con fines estadísticos y epidemiológicos, la información de sus áreas de influencia correspondiente a la prevalencia e incidencia de portadores infectados y enfermos con el virus de IDH, así como también los casos de fallecimiento y las causas de su muerte.

Sin perjuicio de la notificación obligatoria de los prestadores, las obras sociales deberán presentar al INOS una actualización mensual de esta estadística. Todo organismo, institución o entidad pública o privada, dedicado a la promoción y atención de la salud tendrá amplio acceso a ella. Las provincias podrán adherir a este sistema de información, con los fines específicos en el presente artículo.

Art. 12° — La autoridad nacional de aplicación establecerá las normas de bioseguridad a las que estará sujeto el uso de material calificado o no como descartable. El incumplimiento de esas normas será considerado falta gravísima y la responsabilidad de dicha falta recaerá sobre el personal que las manipule, como también sobre los propietarios y la dirección técnica de los establecimientos.

Art. 13° — Los actos u omisiones que impliquen transgresión a las normas de profilaxis de esta ley y a las reglamentaciones que se dicten en consecuencia, serán consideradas faltas administrativas, sin perjuicio de cualquier otra responsabilidad civil o penal en que pudieran estar incurso los infractores.

Art. 14° — Los infractores a lo que se refiere el artículo anterior serán sancionados por la autoridad sanitaria competente, de acuerdo a la gravedad y/o reincidencia de la infracción con:

- Multa graduable entre 10 y 100 salarios mínimo, vital y móvil;
- Inhabilitación en el ejercicio profesional de un mes o cinco años;
- Clausura total o parcial, temporaria o definitiva del consultorio, clínica, instituto, sanatorio, laboratorio o cualquier otro local o establecimiento donde actúen las personas que hayan cometido la infracción.

Las sanciones establecidas en los incisos precedentes podrán aplicarse independientemente o conjuntamente en función de las circunstancias previstas en la primera parte de este artículo.

En caso de reincidencia, se podrá incrementar hasta el décuplo la sanción aplicada.

Art. 15° — A los efectos determinados en este título se considerarán reincidentes a quienes, habiendo sido sancionados, incurran en una nueva infracción,

dentro del término de cuatro (4) años contados desde la fecha en que haya quedado firme la sanción anterior, cualquiera fuese la autoridad sanitaria que la impusiera.

Art. 16° — El monto recaudado en concepto de multas que por intermedio de esta ley aplique la autoridad sanitaria nacional, ingresará a la cuenta especial "Fondo nacional de la salud", dentro de la cual se contabilizará por separado y deberá utilizarse exclusivamente en erogaciones que propendan al logro de los fines indicados en el artículo 1°.

El producto de las multas que apliquen las autoridades sanitarias provinciales y de la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires, ingresará de acuerdo con lo que al respecto se disponga en cada jurisdicción, debiéndose aplicar con la finalidad indicada en el párrafo anterior.

Art. 17° — Las infracciones a esta ley serán sancionadas por la autoridad sanitaria competente previo sumario, con audiencia de prueba y defensa a los imputados. La constancia del acta labrada en forma, al tiempo de verificarse la infracción, y en cuanto no sea enervada por otros elementos de juicio, podrá ser considerada como plena prueba de la responsabilidad de los imputados.

Art. 18° — La falta de pago de las multas aplicadas hará exigible su cobro por ejecución fiscal, constituyendo suficiente título ejecutivo del testimonio autenticado de la resolución condenatoria firme.

Art. 19° — En cada provincia los procedimientos se ajustarán a lo que al respecto resuelvan las autoridades competentes de cada jurisdicción, de modo concordante con las disposiciones de este título.

Art. 20° — Las autoridades sanitarias a las que corresponda actuar de acuerdo a lo dispuesto en el artículo 3° de esta ley están facultadas para verificar su cumplimiento y el de sus disposiciones reglamentarias mediante inspecciones y/o pedidos de informes según estime pertinente. A tales fines, sus funcionarios autorizados tendrán acceso a cualquier lugar previsto en la presente ley y podrán proceder a la intervención o secuestro de elementos probatorios de su inobservancia. A estos efectos podrán requerir el auxilio de la fuerza pública o solicitar orden de allanamiento de los jueces competentes.

Art. 21° — Los gastos que demande el cumplimiento de lo dispuesto en el artículo 4° de la presente ley serán solventados por la Nación, imputado a "Rentas generales", y por los respectivos presupuestos de cada jurisdicción.

Art. 22° — El Poder Ejecutivo reglamentará las disposiciones de esta ley con el alcance nacional dentro de los sesenta días de su promulgación.

Art. 23° — Comuníquese al Poder Ejecutivo. Dada en la Sala de Sesiones del Congreso Argentino, en Buenos Aires, a los dieciséis días del mes de agosto de mil novecientos noventa.

PUBLICA

SALUD PUBLICA

Decreto 1244/91

Apruébase la Reglamentación de la Ley N° 23.798.

Bs. As., 1/7/91
VISTO la Ley N° 23.798, y
CONSIDERANDO:

Que el artículo 22 de la mencionada ley establece que el PODER EJECUTIVO NACIONAL, reglamentará las disposiciones de la misma con alcance nacional.

Que consecuentemente con ello resulta necesaria la aprobación de dichas normas reglamentarias.

Que se actúa en uso de las atribuciones conferidas por el artículo 86, incisos 1) y 2) de la CONSTITUCION NACIONAL y por el artículo 12 de la Ley N° 16.432, incorporada a la Ley N° 11.672 (Complementaria Permanente de Presupuesto).

Por ello,

EL PRESIDENTE DE LA NACION ARGENTINA
DECRETA:

Artículo 1° — Apruébase la reglamentación de la Ley N° 23.798, que declaró de interés nacional la Lucha contra el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), que como Anexo I forma parte integrante del presente decreto.

Artículo 2° — Créase en el ámbito del MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL la Cuenta Especial N° 23.798 con el correspondiente régimen de funcionamiento obrante en planilla anexa al presente.

Artículo 3° — Comuníquese, publíquese, dese a la Dirección Nacional del Registro Oficial y Archivos. MENE M. Aveñino J. Porto.

NOTA: La Planilla Anexa al Artículo 2° no se publica.

ANEXO I DEL DECRETO NRO.
1244/91
REGLAMENTACION DE LA LEY
N° 23.798

ARTICULO 1° - Incorporáse la

prevención del SIDA como tema en los programas de enseñanza de los niveles primario, secundario y terciario de educación. En la esfera de su competencia, actuará el MINISTERIO DE CULTURA Y EDUCACION, y se invitará a las Provincias y a la Municipalidad de la Ciudad de Buenos Aires a hacer lo propio.

ARTICULO 2° incisos a) y b) - Para la aplicación de la Ley y de la presente reglamentación deberán respetarse las disposiciones de la Convención Americana sobre Derechos Humanos, llamada Pacto de San José de Costa Rica, aprobada por Ley N° 23.054, y de la Ley Antidiscriminatoria, N° 23.592.

Inciso c) - Los profesionales médicos, así como toda persona que por su ocupación tome conocimiento de que una persona se encuentra infectada por el virus HIV, o se halla enferma de SIDA, tienen prohibido revelar dicha información y no pueden ser obligados a suministrarla, salvo en las siguientes circunstancias:

1 — A la persona infectada o enferma, o a su representante, si se trata de un incapaz.

2 — A otro profesional médico, cuando sea necesario para el cuidado o tratamiento de una persona infectada o enferma.

3 — A los entes del SISTEMA NACIONAL DE SANGRE creado por el artículo 18 de la Ley N° 22.990, mencionados en los incisos a), b), c), d), e), f), h) e i), del citado artículo, así como a los organismos comprendidos en el artículo 7° de la Ley N° 21.541.

4 — Al Director de la Institución Hospitalaria o, en su caso, al Director de su servicio de Hemoterapia, con relación a personas infectadas o enfermas que sean asistidas en ellos, cuando resulte necesario para dicha asistencia.

5 — A los Jueces en virtud de auto judicial dictado por el Juez en causas criminales o en las que se ventilen asuntos de familia.

6 — A los establecimientos mencionados en el artículo II, inciso b) de la Ley de Adopción, N° 19.134. Esta información sólo podrá ser transmitida a los padres sustitutos.

guardadores o futuros adoptantes.
7 — Bajo la responsabilidad del médico a quien o quienes deban tener esa información para evitar un mal mayor.

Inciso d) — sin reglamentar.
Inciso e) — se utilizará, exclusivamente, un sistema que combine las iniciales del nombre y del apellido, día y año de nacimiento. Los días y meses de un sólo dígito serán antepuestos del número CERO (0).

ARTICULO 3° — EL MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL procurará la colaboración de las autoridades sanitarias de las provincias, como asimismo que las disposiciones complementarias que dicten tengan concordancia y uniformidad de criterios.

Se consideran autoridades sanitarias de aplicación del presente al MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL por medio de la SUBSECRETARIA DE SALUD, y a las autoridades de mayor jerarquía en esa área en las Provincias y en la MUNICIPALIDAD DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES.

ARTICULO 4°

Inciso a) — Sin reglamentar.
Inciso b) — Sin reglamentar.
Inciso c) — Sin reglamentar.
Inciso d) — Sin reglamentar.
Inciso e) — Sin reglamentar.

Inciso f) — A los fines de este inciso créase el GRUPO ASESOR CIENTIFICO TECNICO, que colaborará con la COMISION NACIONAL DE LUCHA CONTRA EL SIDA en el marco del artículo 8° del Decreto 385 del 22 de marzo de 1989. Su composición y su mecanismo de actuación serán establecidos por el MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL.

ARTICULO 5° — Las autoridades de cada una de las instituciones mencionadas en el artículo 5° de la Ley N° 23.798 proveerán lo necesario para dar cumplimiento a las disposiciones de dicha Ley y, en especial lo preceptuado en sus artículos 1°, 6° y 8°.

Informarán, asimismo, expresamente a los integrantes de la población de esas instituciones de lo dispuesto por los artículos 202 y 203 del Código Penal.

ARTICULO 6° — El profesional médico tratante determinará las medidas de diagnóstico a que deberá someterse el paciente, previo consentimiento de éste. Le asegurará la confidencialidad y, previa confirmación de los resultados, lo asesorará debidamente.

De ello se dejará constancia en el formulario que a ese efecto aprobará el MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL, observándose el procedimiento señalado en el artículo 8°.

ARTICULO 7° — A los fines de la Ley, los tejidos y líquidos biológicos de origen humano serán considerados equivalente a los órganos.

Serán aplicables al artículo 21 de la Ley N° 22.990 y el artículo 18 del Decreto N° 375 del 21 de marzo de 1989.

ARTICULO 8° — La información exigida se efectuará mediante notificación fehaciente. Dicha notificación tendrá carácter reservado, se entenderá en original y duplicado, y se entregará personalmente al portador del virus HIV. Este devolverá la copia firmada que será archivada por el médico tratante como constancia del cumplimiento de lo establecido por este artículo.

Se entiende por "profesionales que detecten el virus" a los médicos tratantes.

ARTICULO 9° — EL MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL determinará los controles mencionados en el artículo 9° de la Ley. EL MINISTERIO DEL INTERIOR asignará a la DIRECCION NACIONAL DE MIGRACIONES los recursos necesarios para su cumplimiento.

ARTICULO 10° — La notificación de la enfermedad y, en su caso, del fallecimiento, será cumplida exclusivamente por los profesionales mencionados en el artículo 4°, inciso a) de la Ley N° 15.465, observándose lo prescripto en el artículo 2°, inciso e) de la presente reglamentación.

Todas las comunicaciones serán dirigidas al MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL y a la autoridad sanitaria del lugar de ocurrencia, y tendrán el carácter reservado.

ARTICULO 11° — Las autoridades sanitarias llevarán a cabo programas de vigilancia epidemiológica a los fines de cumplir la información. Sólo serán registradas cantidades, sin identificación de personas.

ARTICULO 12° — EL MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL establecerá las normas de bioseguridad a que se refiere el artículo 12 de la Ley. El personal que manipule el material a que alude dicha nota será adiestrado mediante programas continuos y de cumplimiento

obligatorio, y se le entregará constancia escrita de haber sido instruido sobre las normas a aplicar.

ARTICULO 13° — Sin reglamentar.

ARTICULO 14° — En el ámbito nacional será autoridad competente el MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL.

ARTICULO 15° — EL MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL, como autoridad competente, habilitará un registro nacional de infractores, cuyos datos serán tenidos en cuenta para la aplicación de sanciones que correspondan en caso de reincidencia. Podrá solicitar a las autoridades competentes de las Provincias y de la MUNICIPALIDAD DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES la información necesaria para mantener actualizado dicho registro.

ARTICULO 16° — Sin reglamentar.

ARTICULO 17° — Sin reglamentar.

ARTICULO 18° — Sin reglamentar.

ARTICULO 19° — Sin reglamentar.

ARTICULO 20° — Sin reglamentar.

ARTICULO 21° — Sin reglamentar.

ARTICULO 22° — Sin reglamentar.

Noticias del Ateneo

APER

TURA

DEL

AÑO

ACADE

MICO

1991

La inauguración del Año Académico 1991 constituyó, además de una amable reunión, el digno marco para la entrega de los diplomas a los colegas egresados de los cursos de post-grado en Ortopedia y en Ortodoncia, realizados en el **Ateneo**.

La Presidenta de la Comisión de Cursos, Dra. Beatriz Melamed inició el acto destacando su importancia por tratarse de la entrega de diplomas a colegas que han trabajado durante años en la casa, algunos de los cuales decidieron quedarse en ella para seguir trabajando. Agradeció a los dictantes, al personal docente de todos los niveles, a los empleados asistentes y todo el plantel que conforma el **Ateneo**.

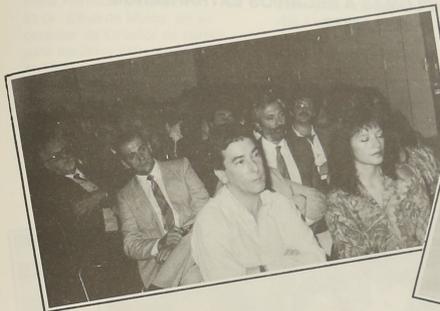
Inmediatamente después de entregados los diplomas, habló la doctora Adriana Pinar, en representación de los egresados, destacando la emoción que le produjo el haber sido seleccionada para hacerlo en nombre de sus compañeros. Puso de relieve los momentos gratos pasados en el tiempo de su perfeccionamiento y la dedicación de los docentes, agradeciendo al **Ateneo** la grandeza que encierra. El doctor Julio Lalama, becario de Ecuador, expresó su profundo agradecimiento a quienes hacen el Ateneo Argentino de

Odontología, en su nombre y en el de sus compañeros. Agradeció la profunda comprensión que tuvo el **Ateneo** hacia quienes llegaban de lejanas tierras, y a los docentes y miembros de la Comisión Directiva que siempre apoya a los extranjeros y no los deja sentirse solos. Terminó haciendo la promesa de saber llevar el nombre del **Ateneo** a su país, y que en todo lugar que le tocara visitar algún día sabrá representarlo dignamente.

Al cerrar el acto, el Presidente Dr. Alfredo Fermin Alvarez subrayó el esfuerzo históricamente permanente de la comunidad académica que constituye el **Ateneo**. Mencionó que el acto servía también para reafirmar la doctrina participativa, creadora, democrática e integradora de la institución. El acto de hoy tiene, afirmó después, una connotación históricamente sustantiva: este año se cumple un siglo de la creación de la primera escuela de odontología del país.

Terminó reafirmando los valores fundamentales para que la tarea docente asistencial tenga un sentido universitario y humanístico. "Trabajamos para la salud que es mucho más que un derecho, es un bien jurídico, irrenunciable como la libertad. Creemos en la Paz y creemos en el Trabajo y es por eso que preferimos el reflejo de los rayos del sol en la reja del arado que en el acero de la bayoneta; preferimos ver salir el humo negro de la chimenea de la fábrica y no el humo blanco del cañón del fusil. Creemos en la Justicia, asentada en el Derecho que hizo cambiar la tribu por el Estado. Por esos principios, por la salud, por la paz, por el trabajo, por la justicia y por el derecho, los invito a brindar juntos".

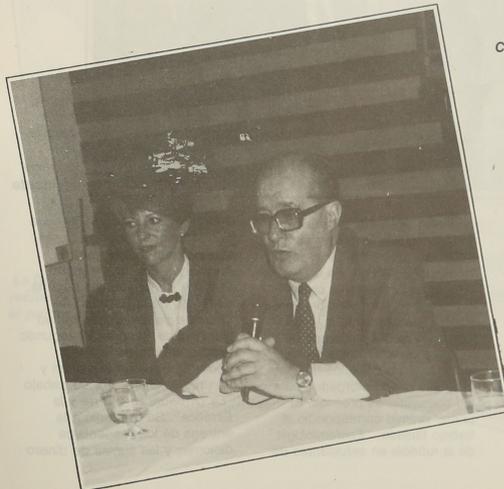
NOTICIAS...



Vista parcial de la concurrencia.



Abre el acto la Presidenta de la Comisión de Cursos, Dra. Beatriz Melamed.



Habla el Presidente del Ateneo, Dr. Alfredo Fermin Alvarez. A su lado, la Dra. Adriana Pinar.

ACTO ACADEMICO

ENTREGA DE PREMIOS DE CONCURSO A LOS MEJORES TRABAJOS 1991 Y DE DIPLOMAS A BECARIOS EXTRANJEROS EGRESADOS.



Vista parcial del público asistente

El 6 de diciembre se realizó el acto académico en cuyo transcurso se entregaron premios y diplomas. Abrió el acto el Presidente, Dr. Alfredo Fermin Alvarez, quien —luego de explicar los motivos de la convocatoria— cedió la palabra a la Dra. Edith Losoviz, integrante del Jurado para el Premio Estimulo a los Mejores Trabajos Científicos 1991 juntamente con los Dres. Luis Zielinsky y Mario Daniel Torres. La Dra. Losoviz reseñó la

intención del Ateneo Argentino de Odontología al realizar este Concurso, que para 1991 fue su segunda versión. En la primera se presentaron cinco trabajos y en esta ocasión siete. Explicó sucintamente la metodología que cada uno de los Jurados siguió para su análisis, y proclamó los que, por mayoría, fueron otorgados para los dos primeros premios. El primer premio correspondió al trabajo titulado: "Epidemiología de la rubéola en estudiantes de

odontología. Bioseguridad para la odontóloga" cuyos autores son los doctores Norberto Arancegui, Graciela Mancho Martín y Perla Hermida Lucena, docentes de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Rosario. El segundo premio fue otorgado a los doctores Eduardo Sussman y Beatriz Melamed, por su trabajo "La Ortodoncia, el Arte y la Estética". Se procedió a la entrega de los respectivos diplomas y las sumas de dinero

ACTO ACADEMICO

establecidas, agradeciendo en nombre de los premiados la Dra. Perla Hermida Lucena.

El Dr. Eduardo Muñío, en su carácter de Director de cursos para becarios extranjeros fue invitado a decir unas palabras. Puso de relieve el esfuerzo y dedicación de los becarios extranjeros que supieron superar todos los inconvenientes que genera el

desarraigo de su tierra, el trabajo de todo el personal de la casa y la vocación de servicio del Ateneo en esta empresa. Destacó la responsabilidad que cabe a estos becarios para la divulgación de los conocimientos adquiridos, devolviendo en su propia tierra el esfuerzo realizado por el Ateneo. Al despedirlos y expresar su emoción por la

prolongada relación que le tocó vivir, los exhortó a permanecer vinculados al Ateneo, creciendo y asimilando y difundiendo más y nuevos conocimientos. De inmediato se procedió a la entrega de los diplomas a los siguientes becarios:

Francisco Garrido Corporan (República Dominicana), Luis Raúl Delgado (Puerto Rico),

Mariana Cazar Gómez



Instante en el que la Dra. Hermida Lucena expresa su agradecimiento

La Dra. Perla Hermida Lucena recibe de la Dra. Edith Losoviz el primer premio.



ACTO ACADÉMICO

Foto 4: Reciben su 2° premio los Dres. Eduardo Sussman y Beatriz Melamed



Foto 5: En nombre de los becarios, habló el Dr. Luis Delgado

(Ecuador), Carmelo Voza Molina (Colombia), Hernando Gil Díaz (Colombia), Juan García Andrade (Ecuador), Mario Saltos García (Ecuador), Marisol Carrillo (Paraguay) y Sandra Pineda (Ecuador). En nombre de los becarios egresados, habló el Dr. Luis Raúl Delgado. Presentó sus saludos a la Comisión Directiva y autoridades presentes y se refirió a sus compañeros becarios que, procedentes de países distintos, se encuentran unidos por el motivo de haber sido seleccionados para su especialización al Ateneo Argentino de Odontología que "ha sido de 10-10", dijo.

Agradeció a la Institución y a los docentes que se esforzaron para otorgarles la enseñanza que vinieron a buscar. Extendió el agradecimiento a los Jefes de las Clínicas y de las Comisiones, así como al personal de asistentes dentales. Destacó el apoyo de las respectivas familias, a las cuales dedicarían este triunfo a su regreso. Mencionó a cada uno de sus compañeros becarios según sus respectivos países. Terminó agradeciendo a todos por compartir la noche de la despedida. Cerrando el acto, habló el Presidente del Ateneo, Dr. Alfredo Fermin Alvarez. Entre

algunos de sus conceptos, expresó:

Desde ya estoy comprometiendo a los amigos de Rosario para colaborar con el Comité de Infecciones creado en el Ateneo el año pasado. A los amigos latinoamericanos, que hoy terminan, les ha correspondido —entre otras cosas— cooperar con su trabajo y dedicación en la puesta en marcha del Servicio de atención del niño con malformaciones". "Esta noche está cargada de circunstancias controvertidas: alegrías, acaso alguna tristeza. A los amigos latinoamericanos que quedan "a bordo" les deseamos el mismo empuje y

los mismos éxitos de aquellos que hoy dicen que se van. A los amigos de Colombia, de Ecuador, de la República Dominicana, de Paraguay, de Puerto Rico, les decimos que comprenden un viaje de muchos kilómetros. No caeré en la ingenuidad de decir que esto no es una despedida. Acaso esto sea la bienvenida a una nueva

etapa de la vida. Volverán a su tierra pero no estarán lejos de nosotros; estarán tan solo a la distancia de un pensamiento". "Este es el último acto social de 1991. Corresponde entonces desear a toda esta comunidad académica lo mejor para estas tradicionales fiestas de fin de año y para el año próximo en esta difícil etapa en la evolución

de nuestros países. Desearles que contribuyan con su esfuerzo, devolviendo a la sociedad en su conjunto lo que ella aportó en nuestra formación, para luchar por la Paz, por la Justicia, por la Democracia, por la Soberanía de nuestras Patrias y por la Salud de nuestros Pueblos. Hasta siempre".

CALENDARIO DE CONGRESOS Y JORNADAS

- **SEGUNDAS JORNADAS ODONTOLÓGICAS DEL MAR**
Círculo Argentino de Odontología y Círculo Odontológico de Mar del Plata, Mar del Plata, 12 a 14 de setiembre de 1991.
- **VI JORNADAS 55° ANIVERSARIO**
Círculo Odontológico de Quilmes.
Quilmes, Bs. As., 17 a 21 de setiembre de 1991.
- **SIMPOSIO BODAS DE PLATA**
Ateneo Tucumano para el Estudio y Tratamiento de las Disgnasias.
Tucumán, 20-21 de setiembre de 1991.
- **XI JORNADAS DEL ATENEO ARGENTINO DE ODONTOLOGIA**
y PRIMER SEMINARIO DE LA SOCIEDAD DE ORTODONCIA DE LA REPUBLICA ARGENTINA (S.O.R.A.), SECCIONAL DEL ATENEO ARGENTINO DE ODONTOLOGIA
Buenos Aires, 20-21 de setiembre de 1991.
- **2° ENCUENTRO INTERNACIONAL DE ORTODONCIA DEL CENTRO DE LA REPUBLICA**
Sociedad de Ortodoncia de Córdoba,
Filial del Círculo Odontológico de Córdoba.
Huerta Grande, Córdoba, 29 de setiembre a 3 de octubre de 1991.
- **79° CONGRESO MUNDIAL DE LA F.D.I.**
Milán, Italia, 7 a 13 de octubre de 1991.
- **26° JORNADAS INTERNACIONALES**
95° ANIVERSARIO DE LA ASOCIACION ODONTOLÓGICA ARGENTINA
Buenos Aires, 3 a 6 de noviembre de 1991.
- **XI CONGRESO MUNDIAL DE CIRUGIA BUCO MAXILO FACIAL**
Buenos Aires, 8 a 12 de abril de 1992.
- **XII JORNADAS DEL ATENEO ARGENTINO DE ODONTOLOGIA**
Buenos Aires, agosto de 1992.
- **5° CONGRESO INTERNACIONAL DE ORTODONCIA**
Sociedad Argentina de Ortodoncia.
Buenos Aires, 14 a 16 de setiembre de 1992.
- **CONGRESO EDUCACIONAL ODONTOLÓGICO LATINO AMERICANO**
Miami, Flo., EE.UU., 8 a 10 de octubre de 1992.

XI JORNADAS Y PRIMER SEMINARIO DE ORTODONCIA



Personal del Ateneo en la entrega de credenciales

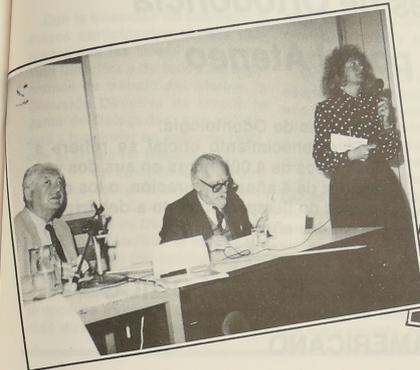
El Ateneo realizó, el 20 y 21 de setiembre de 1991, sus XI Jornadas y 1er. Seminario de Ortodoncia, con el concurso de la Sociedad de Ortodoncia de la República Argentina (SORA), Seccional del Ateneo.

Distintos grupos elaboraron sus temas, con varios meses de anticipación para el desarrollo del programa, que incluyó los siguientes tópicos: "Rol de las extracciones en la estabilidad del alineamiento dentario inferior", "Diagnóstico y conducta terapéutica en asimetrías faciales", "Endodoncia o extracción en primeros molares con caries penetrantes en edad temprana", "Extracciones en la técnica de Begg", "Diagnóstico y bases biológicas", "Plano Apg como punto de referencia para ubicar incisivos", "Factores condicionantes en la decisión de terapia guía", "Base apical y respuesta al tratamiento ortodóncico", "Selección de la pieza a extraer", "Arco recto: el objetivo es el arco funcional", "El torque y la importancia en la longitud del arco",

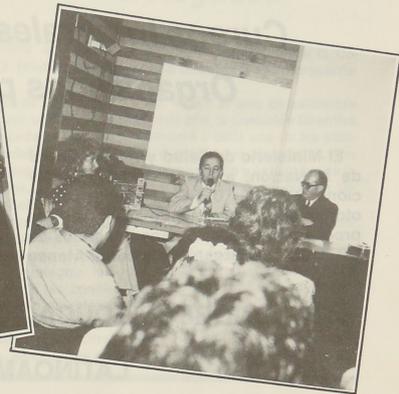


Un grupo de becarios latinoamericanos, autoridades y docentes

XI JORNADAS



Mesa de cierre del Seminario. La doctora Winograd presenta a los Dres. Luis Zielinsky y Elías Beszkin.



Acto de clausura. Habla el Presidente de las Jornadas, Dr. Eduardo Muño

"Las extracciones y el perfil", "Extracción de un incisivo inferior en ortodoncia", "¿Extraer o no extraer puede producir dolor y/o disfunción del sistema masticatorio?"

Como mesa de cierre, los doctores Luis Zielinsky y Elías Beszkin realizaron las "Reflexiones y proposiciones finales", englobando los temas discutidos en los dos días.

Cabe destacar la gran afluencia de asistentes que colmaron las salas previstas, y la atención con que fueron seguidos los distintos trabajos, además de una activa participación.

En dependencias del primer piso se ofreció una exposición de arte; pinturas y esculturas.

Tras el acto de cierre, la concurrencia prolongó en una amable reunión social estas Jornadas de intensa actividad.

Reconocimiento Oficial de los Cursos Integrales de Ortodoncia Organizados por el Ateneo

El Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, a través de las Disposiciones N° 76/91 DRHS y N° 89/91 DRHS, otorgó el reconocimiento oficial de los programas para los cursos integrales de ORTODONCIA organizados por el Ateneo

Argentino de Odontología.

El reconocimiento oficial se refiere a los cursos de 4.000 horas en sus dos versiones: de 4 años de duración, o los compactos de tiempo completo a desarrollar-se en dos años.

CONGRESO EDUCACIONAL ODONTOLÓGICO LATINOAMERICANO

Nuestro compatriota y consocio, Dr. Ariel Chudnovsky, nos informa que se realizará el Congreso Educacional Odontológico Latinoamericano en Miami, Florida, EEUU, del 8 al 10 de octubre de 1992.

Para mayor información, dirigirse a Armando F. Cobelo, DOS, 1400 SW 84 th Court, Miami, Florida 33144. USA.

Creación de la Junta de Delegados

Con la intención de estimular la mayor participación de los asociados con las tareas de la Comisión Directiva y de todos los organismos de trabajo del Ateneo, la Comisión Directiva ha creado la Junta de Delegados, que comenzará a funcionar en enero de 1992, con el siguiente Reglamento:

Art. 1° En cumplimiento de atribuciones conferidas por el Estatuto Social, la Comisión Directiva crea la Junta de Delegados, con la finalidad de facilitar la más fluida relación entre los asociados y los organismos directivos, una más amplia participación en todos los grupos de trabajo y la percepción más directa por parte de la Comi-

sión Directiva sobre las aspiraciones, críticas y propuestas de los asociados.

Art. 2° La Junta de Delegados estará integrada por uno titular y uno suplente por cada una de las clínicas de especialidades, que durarán un año en sus funciones y podrán ser reelectos.

Art. 3° Son deberes y atribuciones de los delegados: participar en las propuestas de candidatos para los organismos y comisiones del Ateneo, integrar los mismos con arreglo a las condiciones que el Estatuto establece en cada caso, asistir a las reuniones de Comisión Directiva con voz y sin voto, constituirse en

vehículo informativo entre la Comisión Directiva y sus representantes,

Art. 4° En el mes de setiembre de cada año, la Comisión Directiva convocará a cada una de las clínicas a elegir sus delegados, los que comenzarán a actuar desde la primera reunión de Comisión Directiva del mes de octubre.

Art. 5° Ante el pedido de los dos tercios de los integrantes de una clínica, la Comisión Directiva convocará a sus integrantes para la eventual sustitución de alguno de sus Delegados, sin que ello inhabilite para su permanencia en otras Comisiones para las que fuera electo o designado.

SORTEO DE BECAS BECARIOS PARA ESTUDIANTES DE 5° AÑO

ORTOPEDIA Y ORTODONCIA

- 1) GROBA FAVIO
- 2) BAULE KARINA
- 3) DELL'ANGELICA ANDRES
- 4) MARTINEZ RUBEN

PROTESIS

- 1) KUHNAST SILVIA

PERIODONCIA

- 1) REBOREDO OMAR
- 2) LUPA MARTA

ENDODONCIA

- 1) HEREDIA SILVIA
- 2) MARGALEJO GABRIELA

DOLOR OROFACIAL Y DISFUNCION

- 1) FISCHMAN GERARDO
- 2) TARZIA ANDREA
- 3) ROSELLO FABIAN

CIRUGIA

- 1) ASTENGO ROMAN

ODONTOPEDIATRIA BASICA

- 1) GOMEZ MONICA
- 2) TORRE PATRICIA

ODONTOPEDIATRIA PREVENTIVA

- 1) RUIBAL CLAUDIA
- 2) WORP PAULA

Premio Ateneo Argentino de Odontología en el Salón de Artes Plásticas de la Facultad de Odontología de Buenos Aires

En el marco de las celebraciones del centenario de la creación de la Escuela de Odontología, hoy Facultad de la Universidad de Buenos Aires, se organizó el X° Salón de Artes Plásticas por Odontólogos, en la semana de la Odontología Lat-

noamericana.

El Ateneo ofreció un premio con su nombre, consistente en una plaqueta, que el Jurado otorgó al Dr. José Fernández Seco, por su obra "Galicia I".

LA FEDERACION ODONTOLOGICA DE LA PROVINCIA DE RIO NEGRO INAUGURO SU SEDE PROPIA

El 3 de octubre de este año, en coincidencia con la celebración del Día de la Odontología Latinoamericana, inauguró su casa propia la Federación Odontológica de la Provincia de Río Negro.

La flamante sede, en la calle San Martín 482, de General Roca

(RN), permitirá un más amplio desarrollo de los programas de educación continuada de post-grad, al haberse instalado el equipamiento necesario para la actividad práctica en la clínica.

El Ateneo Argentino de Odontología, fuertemente ligado a la Fe-

deración en esa tarea de mejoramiento profesional, materializó su adhesión mediante la entrega de una placa alusiva, haciendo votos por que esta concreción marque un hito relevante en el constante crecimiento de la prestigiosa institución amiga.

CURSO DE LA DOCTORA BEATRIZ LEWKOWICZ EN GUA YAQUIL, ECUADOR

En Guayaquil, Ecuador, la Asociación Ecuatoriana de Investigación Estomatológica desarrolló sus VI Jornadas, del 7 al 10 de agosto de 1991.

Especialmente invitada, asistió en

representación del Ateneo la Dra. Beatriz Lewkowicz, quien dictó un curso sobre "Tratamiento de las maloclusiones".

Este nuevo encuentro ratificó la ya tradicionalmente fluida relación

entre el Ateneo y la Asociación Ecuatoriana, que se materializa, además, con la renovada presencia de becarios de ese país que concretan su formación de post-grad en nuestra institución.

Avances en el Tratamiento de la Fisura Labio-Alveolo-Palatina

La actualización en el tratamiento del paciente fisurado fue el objetivo central por el cual profesionales de distintas disciplinas asistieron a las primeras Jornadas realizadas por el Servicio de Cirugía Plástica y Quemados del Hospital de Pediatría "Prof. Dr. Juan P. Garrahan" del 21 al 25 de octubre.

Contó con la participación de cirujanos, pediatras plásticos y máxilo-faciales, odontólogos, foniatras, kinesiólogos, personal de enfermería y psicólogos de la Capital y del Interior siendo importante destacar el enfoque holístico con el que se abordó la temática.

Acorde con la diversidad de alteraciones que produce esta patología congénita, una y otra vez se exaltó la necesidad del trabajo en equipo para optimizar su rehabilitación.

El programa estuvo compuesto por demostraciones quirúrgicas, sesiones de video, conferencias y mesas de discusión contando con la participación de destacados profesionales de nuestro país.

- Normas para el manejo primario del paciente fisurado.
- Asesoramiento genético.
- Función del neonatólogo frente al

paciente fisurado.

- Estimulación temprana: su importancia.
- Tratamiento foniatrico integral: respiración, voz, articulación y lenguaje.
- Organización de la oclusión en severas alteraciones morfofuncionales.
- Crecimiento óseo.
- Tratamiento primero en la fisura unilateral y bilateral.
- Corrección cosmética de las secuelas.
- Club de Padres, fueron algunos títulos de las conferencias.

A su cierre fue unánime el deseo de reiterar este modelo de encuentro que no sólo brinda aportes en lo estrictamente científico sino que, además, promueve la necesidad de mejorar y multiplicar los equipos de atención interdisciplinaria existentes.

En este año se han acrecentado las manifestaciones de extensión cultural en diversos órdenes, que al concitar la creciente asistencia y renovado interés de colegas y público, en general, hacen de esta actividad una faceta de singular relieve en el quehacer social del Ateneo.

Se ha realizado un nuevo ciclo del curso de música, nuevamente a cargo del Dr. Marcelo Arce sobre "Panorama de los Estilos": el barroco, el clasicismo, el romanticismo.

Una serie de conferencias dictadas por el Prof. David Viñas acerca de "La literatura argentina en la década infame", se centró en el análisis de la obra de Roberto Arlt, Oliverio Girondo, Raúl González Tuñón y Raúl Scalabrini Ortiz.

El grupo teatral "La Letra", con la dirección de Héctor Minevitz, reeditó la puesta en escena en nuestra casa de "Gris de ausencia", de Roberto Cossa. A su término, el autor y David Viñas formalizaron una mesa redonda sobre la temática de la obra, que dio pie a la participación de los muchos asistentes.

A modo de "café-concert", una "Noche de tango" contó con el enjundioso relato y la ilustración musical de Ismael Spitalnik, en el aula mayor del Ateneo, engalanada para la ocasión con cuadros del pintor Pedro Gaetta, alusivos al tema.

En oportunidad de las XI Jornadas del Ateneo, se ofreció en dependencias del primer piso una muestra de artes plásticas, pinturas y esculturas. Las pintoras Norma Kantemiroff y Leonor Coifman donaron sendas obras para la institución que ya lucen en uno de sus salones.

Por primera vez las páginas de esta Revista se abren a un tema de extensión cultural, incorporando en este número un trabajo del Dr. Marcelo Arce, en ocasión del bicentenario de Mozart.

Es de estricta justicia destacar el entusiasmo y el esfuerzo de quien impulsa y coordina estas manifestaciones: el Dr. Jaime Juan Fiszman.

ACTIVIDADES CULTURALES 1991
EN EL ATENE ARGENTINO
DE ODONTOLOGIA

ATENEO ARGENTINO DE ODONTOLOGIA

Elección de Nuevas Autoridades

El 6 de diciembre se realizaron las **Asambleas Ordinaria y Extraordinaria** que marca el Estatuto, y la elección de las autoridades cuyos mandatos caducaban. La composición de los distintos organismos quedó conformada como sigue:

COMISION DIRECTIVA

Presidente: Alfredo Fermin Alvarez
Vice-Presidente: Isaac Rapaport
Secretario: Elias Beszkin
Pro-Secretario: Liliana Doctorovich
Tesorera: Liliana Periale (por un año)
Pro-Tesorero: José Mario Beszkin

Vocales titulares:

Ricardo Cufre
Eva Schillman
Beatriz Lewkowicz
Eduardo Muiño
Beatriz Melamed
Edith Losoviz (por un año)

Vocales suplentes:

Armando Pollero
Graciela Resnik
Ana Mari Caputo
Moisés Gerszenszteig
Esther Ganiewich
Fabián Blasco (por un año)

COMISION FISCALIZADORA

Titulares:
Eduardo Sussman
Mario Daniel Torres
Carlos Guberman

Suplentes:
Noemí Lisman
Jaime Juan Fiszman
Alberto Wainstein

TRIBUNAL DE HONOR

Angel Lagorio, Silvia Rudoy, Natalio Schesak, Leonardo Voronovisky, Sara Sneibrun, Nora Kotler, Miguel Stratas, Luis Zielinsky y Henja de Rapaport.

SOCIEDAD DE ORTODONCIA DE LA REPUBLICA ARGENTINA

(S.O.R.A.)

Seccional del Ateneo Argentino de Odontología

En diciembre de 1991, conforme a las prescripciones estatutarias, fue electa la **Comisión Directiva** que regirá los destinos de esta **Seccional del Ateneo**, quedando confirmadas las siguientes autoridades por el periodo correspondiente:

Presidenta:
Noemí Lisman
Vicepresidente:
Eduardo Muiño
Secretaria:
Clara Sztainberg

Tesorera:
Catalina Dvorkin
Vocales Titulares:
Elias Beszkin
Susana Sapir de Beszkin
Ana Maria Kriguer

Beatriz Melamed
Vocales Suplentes:
Beatriz Lewkowicz
Teresa Taborda
Edith Losoviz
Stella Flores de Suárez

ATENCIÓN DE PACIENTES EN LAS CLINICAS DEL ATENEO ARGENTINO DE ODONTOLOGIA

ORTODONCIA:

Martes, Jueves y sábados de 8,30 A 11,30.

ORTOPEDIA:

Lunes, miércoles, viernes y sábados de 8,30 a 11,30.
Martes de 11 a 13,30.

ODONTOPEDIATRIA:

Miércoles y viernes de 8,30 A 12.

CIRUGIA:

Martes y sábados de 8,30 A 12.

ENDODONCIA:

Miércoles de 11 A 14,30.

PROTESIS FIJA, ADHESIVA Y COMBINADA:

Martes de 11 a 13.

PROTESIS FIJAS:

Lunes de 8,30 a 11,30.

DOLOR ORO FACIAL Y DISFUNCION DEL SISTEMA MASTICATORIO:

Lunes de 8,30 a 12.

PERIODONCIA:

Miércoles de 8,30 a 12,30.

RADIOLOGIA Y CEFALOMETRIA:

Solicitar Turno.

TRATAMIENTO DE MALFORMACIONES CONGENITAS, TUMORES Y TRAUMATISMOS MAXILOFACIALES: *

Sábado de 8,30 a 12.

* *Equipo interdisciplinario integrado por odontología, cirugía plástica, fonoiatría, psicopedagogía, psicología y asistencia social, que funciona como centro de derivación del Hospital de Pediatría S.A.M.I.C. "Prof. Dr. Juan P. Garrahan."*

Compro Agencia Sud 12	TARIFA REDUCIDA Concesion 2231
	FRANQUEO PAGADO Concesion 4760

Ministerio de Salud y Acción Social

Subsecretaría de Salud

VISTO la solicitud de aprobación del Programa Avanzado en Ortopedia y Ortodoncia, organizado por el Ateneo Argentino de Odontología con personería jurídica N° 1232; y

CONSIDERANDO:

Que dicho Programa Avanzado en Ortopedia y Ortodoncia, que se desarrollará en dos años calendario, con una carga horaria de 4000 horas de clases teóricas y prácticas con atención de pacientes (períodos preclínicos y clínicos) abarca los aspectos concernientes a la formación de Ortodoncistas Clínicos;

Que los objetivos del Programa y su contenido curricular responden a la necesidad de capacitación de este recurso humano;

Por ello y atento a las facultades que le confiere la Resolución (M) N° 215/84,

EL DIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS DE SALUD DISPONE:

ARTICULO 1° - Aprobar el desarrollo del Programa avanzado en Ortopedia y Ortodoncia organizado por el Ateneo Argentino de Odontología, durante dos años calendario con una duración de 4000 hora teórico-prácticas.

ARTICULO 2° - Anótese, comuníquese a quien corresponda y archívese.
DISPOSICION N° 76/91 / D.R.H.S. Bs. As. 10/8/91

Dra. HAYDEE WALTER - Dirección de Recursos Humanos

Ministerio de Salud y Acción Social

Subsecretaría de Salud

VISTO la solicitud de aprobación del programa Regular en Ortopedia y Ortodoncia; que se dicta en el Ateneo Argentino de Odontología con personería jurídica N° 1232; y

CONSIDERANDO:

Que dicho Programa Regular en Ortopedia y Ortodoncia, que se desarrollará en 4 (cuatro) años calendario con una carga horaria de 4000 (cuatro mil) horas, en forma part-time de clases teóricas y prácticas con atención de pacientes, abarca los aspectos concernientes a la formación de Ortodoncistas Clínicos, orientada su formación integral e intensiva del tratamiento de las maloclusiones.

Que los objetivos del Programa y su contenido curricular responden a la necesidad de capacitación de este recurso humano;
Por ello y atento a las facultades que le confiere la Resolución Ministerial N° 215/84,

EL DIRECTOR DE RECURSOS HUMANOS DE SALUD DISPONE:

ARTICULO 1° - Aprobar el desarrollo del programa Regular en Ortopedia y Ortodoncia - Curso Integral e Intensivo del Tratamiento de las Maloclusiones; organizado por el Ateneo Argentino de Odontología, durante 4 (cuatro) años calendario con una duración de 4000 (cuatro mil) horas teórico-prácticas en forma part-time.

ARTICULO 2° - Anótese, comuníquese a quien corresponda y archívese.
DISPOSICION N° 89/91 / D.R.H.S. Bs. As. 25/10/91

Dra. HAYDEE WALTER - Dirección de Recursos Humanos

Familia de especialistas

NUEVOS POMOS
MULTILAMINADOS



TOTAL PROTECCION
BUGAL
LINEA
ODONTOLÓGICA
BIOSINT

• Nuevos pomos multilaminados **Squam** y **Desensyl** suman ventajas incorporando la más moderna tecnología manteniendo inalterables todas sus cualidades exclusivas.

Squam

El especialista antisarro. **Squam**, es la crema dental antisarro-anticaries que evita la formación del sarro, destruye la placa bacteriana y protege al esmalte.

Desensyl

El especialista en sensibilidad bucal. Por la acción combinada del citrato disódico y el Pluronic F-127, **Desensyl** brinda el más eficaz y permanente efecto desensibilizante.

BIOSINT