



Revista del ATENEO ARGENTINO de ODONTOLOGIA

Volumen XXXV • JULIO-DICIEMBRE '96 • Número 2

Sumario

Editorial.

Perimplantitis infecciosa. Propuesta de un plan preventivo. Prof. Dra. Marta Negroni y
Dra. María del Carmen Domenech

Periodontitis del fumador. Dr. H. Lavandeira, Dr. J. Ulfe y Dra. A. Massa

**Evaluación actualizada de los signos clínicos y radiográficos de las enfermedades
periodontales.** Dr. A. Bustamante y Dr. I. Rapaport

Biofísica. Principios de la mecánica del movimiento ortodóncico. Dr. E. Beszkin,
Dra. A. Rizzuti y Dra. G. A. Brizuela

Comportamiento interdisciplinario en lesiones de dientes en desarrollo.
Dra. A. Rizzuti, Dr. M. Torres, Dra. P. Doti y Dr. J. García

Atención interdisciplinaria del paciente con fisura. Dra. E. Losoviz y Dra. E. Ganiewich

Cáncer bucal. Es mortal ignorarlo. (traducción) Dr. John Anderton

La salud en los tiempos de la convertibilidad. Dr. Héctor M. Ziegler

Revista del
ATENE ARGENTINO
 de ODONTOLOGIA

Editor

Responsable:
 Comisión Directiva
 del Ateneo
 Argentino de
 Odontología

Comité de

Redacción:
 Mario Beszkin,
 Jaime Juan Fiszman,
 Beatriz Lewkowicz,
 Juan Meer
 Mario Daniel Torres,
 Héctor Ziegler,

Diagramación:

Prototipo

Composición

y armado:
 Gráfica Libra

Impresión:

C.O.G.T.A.L.

Anchorena 1176
 (1425), Buenos Aires.
 Tel.: 961-0394
 961-7349
 962-2727
 Fax: 963-2705
 Correo electrónico

Volumen XXXV
 N° 2 - Julio-Diciembre de 1996

COMISION DIRECTIVA

Presidente: Isaac Rapaport
Vicepresidente: Armando Pollero
Secretario: Jaime Juan Fiszman
Prosecretaria: Ester Ganiewich
Tesorero: Miguel Stratas
Protesorera: Marcela Sánchez

VOCALES

Titulares	Suplentes
Stella M. Flores	Fabián Blasco
Beatriz Melamed	Alicia Aichenbaum
Carlos Vaserman	Patricia Zaleski
Luis Zielinsky	Ana María Caputo
Beatriz Lewkowicz	Moisés Gerszenszteig
Eduardo Muñio	Liliana Periale

COMISION FISCALIZADORA

Titulares	Suplentes
Carlos Guberman	Sofía Vinograd
Mario Daniel Torres	Graciela Resnik
Edith Losoviz	Héctor Ziegler

TRIBUNAL DE HONOR

Leonardo Voronovitsky	Sara Sneibrun
Elías Beszkin	Catalina Dvorkin
Henja F. de Rapaport	Silvia Rudyoy
María Rosa Valsangiacomo	Marta Dascal
	José Adonaylo

Sociedad de Ortodoncia de la República Argentina (SORA) Seccional del A.A.O. Comisión Directiva: **Presidenta:** Noemi Lisman. **Vicepresidente:** Eduardo Muñio. **Secretario:** Elías Beszkin. **Tesorerera:** Catalina Dvorkin. **Vocales Titulares:** José Adonaylo, Beatriz Lewkowicz, Ana María Kriguer, Beatriz Melamed. **Vocales Suplentes:** Adriana Pinar, Carlos A. Vaserman, Ester Ganiewich. **Sociedad Odontopediátrica Argentina (SOA) Seccional del A.A.O. Comisión Directiva:** **Presidenta:** Dra. Henja F. de Rapaport. **Vicepresidenta:** Dra. Raquel Kirzner. **Secretaria:** Dra. Diana Kaplan. **Tesorerera:** Dra. Marcela Sánchez. **Vocales Titulares:** Dra. Graciela Libonatti, Dra. Patricia Zaleski. **Vocales Suplentes:** Dra. Lia Tuchsztneider, Dra. Alicia Aichenbaum.

LAS OPINIONES expresadas en esta publicación no reflejan el punto de vista del ATENE ARGENTINO DE ODONTOLOGIA, a menos que hayan sido adoptados por el mismo. Serán considerados como trabajos originales los que no hayan sido publicados ni estén en vías de publicación. Estarán escritos a 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 échange avec les revues similaires. Deseamos permutar con revistas congeneres. We wish to exchange with similar magazines. Um Austausch wird gebeten.

Consultorio de Radiología Dento-Máxilo-Facial

36 años acompañando como especialidad a los
odontólogos y médicos argentinos

ARANCELES PREFERENCIALES A SOCIOS DEL ATENEO

RADIOGRAFIAS - TELERRADIOGRAFIAS CON ESTUDIOS
CEFALOMETRICO CONVENCIONALES Y COMPUTADOS
RADIOGRAFIAS PANORAMICAS - CONDILOGRAFIAS
IMPLANTEGRAMAS: INTRAORALES Y EXTRAORALES

Prof. Dr. Angel J. Vázquez
y Dr. E. R. Cura

Horario de lunes a viernes de 9.30 a 19.00 hs.
Sábados de 9.30 a 12.30 hs.

Corrientes 2362 1º "A" Tel.: 951-4532 (1046) Capital Federal

Dr/a:
LA PRIMERA
IMPRESION
EN SU
CONSULTORIO
ES LA QUE VALE

Whispers



- Chaquetas
- Ambos
- Bermudas
- Modelos variados
- Colores a elección

Tel.: 797-6146 / 794-6819

Revista del ATENEO ARGENTINO de ODONTOLOGIA

Volumen XXXV • JULIO-DICIEMBRE '96 • Número 2

Sumario

5. Editorial.
6. Perimplantitis infecciosa. Propuesta de un plan preventivo Prof. Dra. Marta Negroni y Dra. María del Carmen Domenech
10. Periodontitis del fumador Dr. H. Lavandeira, Dr. J. Ulfe y Dra. A. Massa
15. Evaluación actualizada de los signos clínicos y radiográficos de las enfermedades periodontales Dr. A. Bustamante y Dr. I. Rapaport
20. Biofísica. Principios de la mecánica del movimiento ortodóncico Dr. E. Beszkin, Dra. A. Rizzuti y Dra. G. A. Brizuela
25. Comportamiento interdisciplinario en lesiones de dientes en desarrollo Dra. A. Rizzuti, Dr. M. Torres, Dra. P. Doti y Dr. J. García
31. Atención interdisciplinaria del paciente con fisura Dra. E. Losoviz y Dra. E. Ganiewich
37. Cáncer bucal. Es mortal ignorarlo (traducción) Dr. John Anderton
39. La salud en los tiempos de la convertibilidad Dr. Héctor M. Ziegler
42. Noticias del Ateneo



Ateneo Argentino de Odontología

CURSO EXTRAORDINARIO DE ORTODONCIA

Dictante: **Dr. Thomas Mulligan**
"UNA ORTODONCIA PARA AQUI Y AHORA"

4, 5 y 6 de septiembre de 1997

Sede - Regente Palace Hotel - Suipacha 964 - Ciudad de Buenos Aires

ARANCEL	Hasta 30/4/97	Hasta 30/6/97	Hasta 4/9/97
Socios	120	135	150
Socios Adheridos a CORA	130	145	160
No Socios	180	200	230

Consultas en Secretaría del A.A.O.

Anchorena 1176 (1425), Buenos Aires. Tel.: 961-0394/7349 - 962-2727 Fax. 963-2705
 Sr. Odontólogo: Ficha de inscripción se adjunta.

LABORATORIO "Del Ateneo"

Aparatología de Ortopedia Funcional
 y Ortodoncia en toda su variedad

Ricardo N. Llanes - Eduardo H. Aguirre

Anchorena 1176 • Teléfono: 963-6802

LABORATORIO DENTAL



Jardent

Pje. B. Villafañe 2141
 Telefax: (01)584-9000
 582-6509 Cap. Fed. (1416)

Sr/a. Odontólogo/a:

Hoy una forma de llegar a Ud. es la propaganda; un folleto es otro medio de publicidad, donde se muestran cualidades y condiciones profesionales.

Pero lo mejor comienza cuando atendemos nuestros teléfonos y Ud. nos conoce.

En sus manos tiene la solución.

Llámenos

Editorial

La crisis del ejercicio profesional, constituye un tema que comienza a ser habitual en editoriales de publicaciones odontológicas, declaraciones institucionales, temarios de congresos y fundamentalmente en la vivencia cotidiana de los colegas.

Hasta quienes postulaban una odontología doctrinariamente liberal, individualista y aséptica entre las cuatro sólidas paredes de sus consultorios e instituciones, hoy reconocen que sobre esta dura realidad no sólo se debe hablar sino actuar.

En noviembre del 96 el Ateneo(*) convocó en torno a una mesa redonda a las más diversas expresiones del pensamiento odontológico. Se escucharon diferentes soluciones alternativas a nuestra problemática. Llamó la atención una coincidencia: la crisis del ejercicio profesional es una expresión para la odontología del modelo económico vigente, insensible a las consecuencias sociales que acarrea. La salud, un derecho, se transforma en un producto sujeto a las leyes del mercado disputado entre grandes grupos económicos y el odontólogo una variable de ajuste para quien sus honorarios, sus condiciones de trabajo y sus expectativas como agente de salud devienen en una quimera.

En el camino de las soluciones no descartamos aquellas propuestas que hablan del mejoramiento profesional, la modernización de los consultorios y la eficiencia. Son ideas a tener en cuenta. Muchos colegas ya lo hicieron. La experiencia es que no alcanza, porque el problema excede a nuestro esfuerzo individual, tiene que ver con la economía en general, con las políticas de salud, con las prioridades que establece el estado, es decir, con la realidad que viven nuestros pacientes y nosotros mismos.

Uno de los pilares en que se sustentó este proyecto para el país fue la destrucción de la trama solidaria social que era ejemplo para otras naciones, a saber: sindicatos, organizaciones gremiales profesionales, etc.

Pensamos como alternativa la búsqueda conjunta de soluciones en torno de nuestras instituciones. Existen propuestas en la profesión organizada. Propiciamos un espacio de discusión y acción donde, desde todos los sectores, ya sean Instituciones, o colegas no nucleados en ellas participemos colectiva y democráticamente.

Contamos en la Capital con una federación odontológica (F.O.C.I.B.A.) que, con sus dificultades y falencias, reúne a un importante grupo de colegas, representantes de las instituciones, que llevan 25 años de trabajo abnegado. Si la reforzamos con gente e ideas y así la enriquecemos y si ella genera las condiciones, puede ser el ámbito donde podamos trabajar sobre el problema.

(*) Al respecto recomendamos la lectura de la propuesta que presentó el Ateneo Argentino de Odontología la cual se encuentra publicada en este número de la Revista.

Perimplantitis infecciosa. Propuesta de un plan preventivo.

Dra. Marta Negroni* y Dra. María del Carmen Domenech

La presentación de 3 casos de perimplantitis infecciosa, alerta acerca de la oportunidad de establecer un plan preventivo.

Los implantes oseointegrados de titanio o de otros materiales y las membranas de politetrafluoretileno u otras se están usando desde hace varios años en odontología¹. Los primeros, para el reemplazo de piezas perdidas en desdentados parciales o totales y las segundas para estimular la regeneración ósea guiada².

Recientemente han comenzado a publicarse trabajos sobre el rechazo o la pérdida de implantes atribuidos algunos a causas mecánicas, pero en otros casos a diversos microorganismos causantes de perimplantitis.

El propósito de esta comunicación es presentar tres casos de perimplantitis infecciosa en enfermos portadores de implantes de titanio, divulgar esta patología aún poco conocida y contribuir al éxito de estas técnicas postulando medidas preventivas.

PACIENTE N° 1

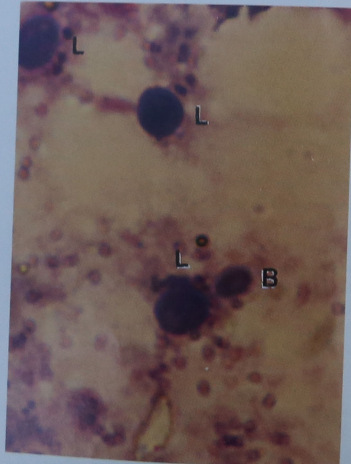
Sexo femenino, 61 años, argentina.

Estado bucal: desdentada desde hace varios años, usaba prótesis. Como tenía poco reborde alveolar las prótesis estaban adaptadas con material resiliente. Chupaba frecuentemente saquitos con miel. Se le colocaron implantes de titanio sobre hueso extraído de la cresta ilíaca (autoinjerto) y se fijó el conjunto en la zona de dientes anterosuperiores (12, 22, 23). Sobre la intervención se volvió a adaptar la prótesis. Como terapia preventiva se le inyectó Duodecadrón en el momento de la cirugía y se le prescribió Amoxicilina de 500 mg, cada 8 horas durante 7 días.

Estado general: era satisfactorio, no padecía hiperglucemia.

Examen oral en el momento de la consulta: presencia de una boca de fistula a nivel de la zona implantada por la que drenaba muy escasa cantidad de pus.

Evolución desde el momento del implante: seis meses.



Extendido con Giemsa, material obtenido del paciente N° 1.-X 1500. (L) levaduras. (B) brote.

Se le prescribieron frías con iodo-povidona tres veces por día, durante 15 días y desinfección diaria de las prótesis con solución de hipoclorito de sodio 1:10

durante 15 minutos y el control de dieta.

Evolución favorable, se cerró la fistula, los exámenes posteriores no permitieron visualizar el hongo.

PACIENTE N° 2

Sexo femenino, 72 años, argentina.

Estado bucal: Desdentada total desde hace varios años, usaba prótesis mal adaptadas, por excesiva reabsorción del reborde alveolar. El resto de la mucosa oral no mostraba alteraciones. Se le colocaron tres implantes de titanio en la zona inferior desde el canino al premolar (dientes 43, 32 y 34).

Sobre ellos se volvió a colocar la prótesis completa. Se le prescribió la misma medicación preventiva que al paciente 1.

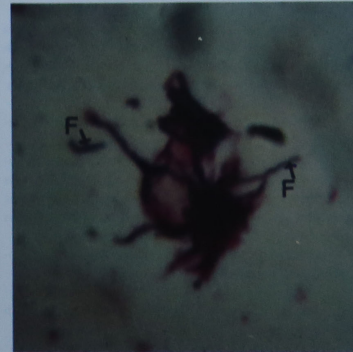
Estado general: era satisfactorio. No tenía hiperglucemia.

Examen oral en el momento de la consulta: presentaba lesiones de aspecto granulomatoso y algo friables en la zona intervenida.

Evolución: no sabe precisar.

Se obtuvieron muestras por raspaje de la lesión y de la cara interna de la prótesis.

En la coloración de Gram de ambos orígenes, se ven elementos bacilares, algo dilatados en sus extremos, con ramificación lateral en algunos, compatibles con Actinomyces sp. (fig. N° 2).



Extendido coloreado con Gram del paciente N° 2. X 1200 (F) filamentos Gram positivos de Actinomyces sp.

Se le indicó ampicilina 3g. por día repartidos en tres tomas y buches con clorhexidina al 0,5%, durante un mes. Evolución muy favorable.

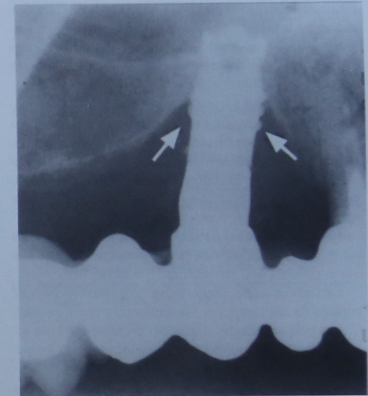
PACIENTE N° 3

Sexo masculino, 63 años, argentino.

Estado bucal: Desdentado parcial. Hace 8 años se le habían colocado implantes de titanio (importados) en zona de premolares superiores de ambos lados, (dientes 15, 23 y 25) y sobre ellos una prótesis fija que abarcaba toda la hemiarca superior.

Estado general: con posterioridad a la instalación de los implantes se detectó diabetes.

Examen oral en el momento de la consulta: Se comprobó movilidad de los implantes, y muy ligera supuración alrededor de los mismos. Radiográficamente se observaron reabsorciones óseas similares a las de una periodontitis. (fig. N° 3).



Radiografía del paciente N° 3, señaladas las reabsorciones a tipo vertical de las bolsas perimplantarias.

Se tomó material de las bolsas perimplantarias con curetas de Gracey y se realizaron dos extendidos que se colorearon con las técnicas mencionadas a propósito de los enfermos 1 y 2.

Se visualizaron formas bacilares Gram positivos, con características de Actinomyces sp.

Se le prescribió el tratamiento antimicrobiano y antiséptico local además de las medidas de control de higiene. Lo realizó durante una semana y experimentó ligera mejoría, pero el paciente decide sacarse los implantes, por temor de que su estado general no permitiera una buena evolución.

* Prof. Tit. Cátedra de Microbiología Facultad de Odontología, Marcelo T. de Alvear 2142, 2° B, 1122 Buenos Aires.

COMENTARIOS

Los tres pacientes estaban en el grupo etario de la tercera edad, pertenecían a ambos sexos, tenían implantes de titanio de distinta procedencia. Dos eran desdentados totales y uno parcial.

Todos presentaron complicaciones microbianas debidas a microorganismos de la flora indígena oral, que encontraron un ecosistema alterado por la introducción de elementos abióticos.

Los Actinomyces sp. conforman parte de la denominada flora dominante, mientras que Candida pertenece a la flora accesoria, por encontrarse en menor porcentaje¹.

La patogenización de esta flora depende de causas predisponentes y/o desencadenantes.

En el primer caso la causa predisponente fue probablemente la portación previa del hongo en la prótesis. Son conocidas las estomatitis prótesis, sin embargo son subdiagnosticadas. El cuadro que desencadenó adoptó otra característica pues influyeron también la dieta, el trauma quirúrgico y el tratamiento antibiótico preventivo.

En los otros dos pacientes, se supone que actuó el trauma quirúrgico y masticatorio posterior, las condiciones de anaerobiosis que brindan las prótesis, y posiblemente un insuficiente cuidado higiénico por el temor de desplazar los implantes. El tratamiento antibiótico preventivo tiene acción en el momento, pero no evita la colonización posterior como ocurrió en estos enfermos.

Llamativamente el paciente con diabetes no hizo una complicación candidiósica, probablemente debido a que usaba prótesis fija, sin paladar.

La Dra. La Corte (Venezuela), comunicó un caso de pérdida de implantes por sobreinfección con Candida².

Las bolsas perimplantarias del paciente N° 3, no tenían el contenido polymicrobiano que presentan las periodontales³.

Parecería que el trauma obra seleccionando aquellos microorganismos para los cuales esta causa desencadena es imprescindible.

Frente a casos como el de este enfermo, los profesionales en general prescriben la medicación antibiótica convencional, pero los Actinomyces requieren dosis diferente de antimicrobianos como queda consignado en la descripción del caso. Recién ante la falla terapéutica se solicita un diagnóstico etiológico.

Se realizaron sólo diagnósticos directos, pues el material era escaso. Para haber obtenido una muestra de mayor tamaño, en el segundo paciente se debería haber hecho una biopsia y tal vez se hubiera agravado el cuadro. En los otros dos se tendría que haber realizado un curetaje mucho más abundante con lo que se hubiera corrido el riesgo de avulsión de los implantes. En los dos primeros pacientes se pudieron mantener y afian-

zar los mismos. Woods y Washington⁶ y otros autores como Bayley Scott⁷ señalan que a nivel de cavidad bucal, debido a la variedad de flora que existe, lo más importante para hacer un diagnóstico es el examen microscópico directo. Para candidosis oral ya está establecido que lo que hace el diagnóstico de enfermedad es el examen microscópico.

Los Actinomyces por ser "fastidious germs"⁸, y carecer de medios selectivos de cultivos, el diagnóstico suele basarse en el examen microscópico unido al clínico y al éxito de la terapéutica⁹. Próximamente pensamos tomar material con puntas de papel absorbente para ver si logramos aislarlos. Opinamos que como en las vaginosis bacterianas inespecíficas el examen microscópico es el método diagnóstico más útil, debido a que son materiales procedentes de zonas muy parasitadas¹⁰.

Para los fines del tratamiento fue suficiente y la prueba terapéutica exitosa confirmó el diagnóstico; los cultivos habrían permitido establecer género y especie, lo que tendría valor epidemiológico.

Las coloraciones de Gram distinguen bien las morfologías y la afinidad tintorial de las bacterias mientras que con la de Giemsa se ven bien las levaduras y seudofilamentos.

Mombelli¹¹, relaciona la presencia de Actinomyces en la flora perimplantaria como un índice de éxito, pues según este autor son más patógenos los Gram negativos anaerobios. Creemos que en los enfermos en los que hay excesivo trauma estos gémenes se pueden tomar agresivos.

Opinamos que las técnicas de implantes pueden ser las de elección en algunos pacientes, pero como estas infecciones no dejan inmunidad proponemos un plan preventivo que debería estar encarado de la siguiente forma:

Antes de la cirugía:

- Exhaustivo examen clínico médico para detectar precozmente ciertas patologías como por ejemplo diabetes.
- Examen bucal, con las técnicas ya en uso; radiografías y tomografías óseas. Aconsejamos incluir tomas de muestras de distintas zonas y de prótesis si es que usan con las que se realizarán estudios microscópicos para controlar la portación de patógenos potenciales.

c) En caso de haber dientes remanentes, se debe proceder a una minuciosa preparación de la boca.

En el momento del acto operatorio, adecuada técnica quirúrgica respetando normas de bioseguridad con la protección antimicrobiana acorde al caso.

Una vez colocados los implantes:

- Controlar el trauma oclusal o masticatorio¹².
- Enseñanza de técnicas de higiene personalizadas según el tipo de implante y características de la boca. Esto debería incluir en algunos casos buches antisépticos.
- Control de la dieta para evitar ingesta frecuente

de hidratos de carbono.

d) Seguimiento microbiológico periódico.

RESUMEN

Se presentan tres casos de perimplantitis en pacientes de tercera edad, de ambos sexos, dos desdentados totales y uno parcial, que habían recibido implantes de titanio de distinto origen. El estado general de dos pacientes era satisfactorio y el de otro evidenció una diabetes posterior al acto quirúrgico.

Uno tuvo una infección debida a Candida sp. y otros dos presentaron complicaciones por Actinomyces sp.

Los diagnósticos se realizaron por técnicas microscópicas; el tratamiento fue exitoso en dos enfermos, mientras que un paciente, en quien se detectó diabetes, se decidió extraer los implantes. Se propone un plan preventivo de estas patologías.

SUMMARY

Three cases of perimplantitis are presented, all affecting third age patients, two female and one male; two were edentulous and the other was partially edentulous. All of them had titanium implants of different origins. Two patients were healthy, the third one got diabetes some years after the surgery.

The first had Candida infection; the other two presented Actinomyces sp. complication.

Diagnosis was made by microscopic techniques. The treatment was successful with two patients while the diabetic realized that his implants must be taken out. A preventive plan to these pathologies is proposed.

BIBLIOGRAFIA

- Buser D. - Probleme. Misserfolge und Komplikationen. Bericht ueber den 5. Muenchener Symposium fuer Wissenschaftliche. Osseointegration IV, Schweizerische Monatsschrift fuer Zahnmedizin 1992, -102-109.
- Buser D. - Guide Tissue Regeneration Berichte ueber der (SGI) vom Mai 1992 in Interlaken in Switzerland. Monatsschrift fuer Zahnmedizin Clinica 1993, 2, 38-40.
- Menaker L. - Bases Biológicas de la Caries Dental. 1986, pág. 295. Salvat Editores.
- La Corte E. - "Un caso de pérdida de implantes por sobreinfección por Candida albicans. Actas del XI Congreso Latinoamericano de Microbiología. Buenos Aires. 1991. Mesa Redonda: "Importancia para la Salud de la Flora Oral". Comunicado.
- Slots J. - Bacterial specificity in adult periodontitis. Journal of Clinical Periodontology 1986, 13: 912-917.
- Woods G. L., Washington J. A. - The Clinician and The Microbiology Laboratory: en: Mandell, Douglas and Bennets. - Principles and Practice of Infectious Diseases. 1995, pag. 172 Tomo I. - 4th Edition. - Churchill Livingstone Inc. U.S.A.
- Bayley Scott. - Diagnóstico Microbiológico 1991. - pág. 18. 7° Edición Finegold Baron. - Editorial Médica Panamericana.
- Slack J. M., Gerenser M. A. - Actinomyces, Filamentous Bacteria. Biology and Pathogenicity. 1975. Burgess Publishing Company.
- Fridus M. E., Maceri D. R. - Cervicofacial Actinomycosis in children. - Henry Ford Hospital Medical Journal. 1990 38 (1): 28-32.
- Smayevsky J., Bantar C., Fernández Caniglia L., Oundik M., Lanza A., Weltman G., Bianchini H. - Valor de la Coloración de Gram en el diagnóstico de la vaginosis bacteriana. - Comunicado en el 3er. Congreso Internacional de SADEBAC y Antimicrobianos. 1993. Setiembre, Buenos Aires.
- Mombelli A., Buser D., Lang N. P. - Colonization of osseointegrated titanium implants in edentulous patients. Early results. - Oral Microbiology and Immunology. 1988, 3: 113-120.
- Newman M., Fleming T. - Periodontal considerations of implants. - Journal of Dental Education 1988, 52 (12): 737-744.

Periodontitis del fumador.

Dr. Heriberto Lavandeira*, Dr. Juan Uffe**, Dra. Alejandra Massa***

Desde hace ya varios años, en Periodoncia se admite que en la iniciación de un proceso periodontal la placa bacteriana es necesaria, pero no es suficiente. Tanto es así, que numerosos clínicos e investigadores sostienen para esta enfermedad una etiología multifactorial.

La genética, el estado sistémico, la edad, algunos medicamentos, sus expresiones de propuestas rotuladas como factores agravantes o bien factores de riesgo.

El hábito de fumar no fue años atrás muy seriamente considerado, ya que se lo asociaba a pacientes que presentaban mala higiene bucal.

En el momento actual, las investigaciones han revelado que la participación del tabaco en la progresión de la enfermedad es un hecho cierto y con consecuencias serias en el desarrollo de la misma.

Un trabajo publicado en 1995¹ realizado en 889 pacientes, determinó que fumando un cigarrillo diario la pérdida de inserción aumenta 0,5%, más que en el no fumador.

Otros autores opinan que este hábito ejerce un riesgo de destrucción periodontal entre 6 y 14,1 veces mayor^{2,3}.

De las evidencias de los estudios epidemiológicos surge que⁴

a) los fumadores tienen mayor prevalencia, b) las lesiones son más graves y se desarrollan con mayor velocidad y c) la proporción de enfermedad ha disminuido a nivel general (7-15%), mientras que la atribuida al tabaco está en continuo aumento.

Por otra parte, estudios en adultos jóvenes con gingivitis, revelaron que la posibilidad de que ésta pase a periodontitis es de 2,8 a 3,9 veces más factible en fumadores que en no fumadores.

El conjunto de estos argumentos ha determinado que quien trata hoy a un enfermo con un cuadro periodontal deba considerar si el paciente es fumador, ya que se aprecian diferencias sustanciales con los

que no tienen el hábito, referidas a la imagen clínica, evolución y tratamiento.

Los autores opinan que el hábito de fumar va más allá de constituir un factor de riesgo. Se trataría de un cuadro periodontal específico, como lo son las periodontitis de avance rápido, las refractarias y otras.

Seguidamente se hará una descripción del cuadro clínico, efectos del tabaco sobre la etiopatogenia y terapia periodontal.

Sólo haremos referencia al hábito de fumar cigarrillos, dejando de lado la costumbre de mascar tabaco, lo que ha demostrado producir recesión gingival sin relación con la profundidad de bolsa⁵.

ASPECTO CLINICO

Así como los periodoncistas pudimos distinguir desde hace muchos años una gingivo-estomatitis herpética, una GUNA, y más recientemente, un paciente fumador de marihuana, un cocainómano o un sidoso, en el momento actual reconocemos un fumador de cigarrillos.

Las encías del fumador poseen una gran carga colágena, (figura 1) lo que determina su aspecto clínico. El color es rosado y la consistencia firme. Son anchas y de márgenes redondeados. Esto es más frecuente en las zonas anteriores.

Muchos clínicos las caracterizan como "encías que ríen por fuera y lloran por dentro", haciendo referencia a su aspecto. Habitualmente no sangran espontáneamente o al cepillado.

La hemorragia al sondaje es tardía y aparece cuando las bolsas son de 8 mm. o más. La imagen clínica descrita no coincide con el alto grado de pérdida ósea que acompaña a esta patología. Las figuras 2 y 3 lo ejemplifican.

Las bolsas suelen ser más profundas por lingual que por vestibular. El índice de cálculos es alto y el grado de pigmentación dentaria importante.

En cuanto a la movilidad dentaria, el contenido



Figura 1: Corte histológico de encía con un alto contenido colágeno que enmascara la lesión inflamatoria. Material procesado en la Cátedra de Anatomía Patológica de la FO.U.B.A.

colágeno anteriormente descrito, hace que generalmente el grado de movilidad no guarde relación con la cantidad de pérdida ósea, ya que la gingiva con mayor espesor limita de alguna manera la excursión dentaria. Debemos reconocer que este sintoma es de relativo valor, ya que su apreciación es totalmente subjetiva.

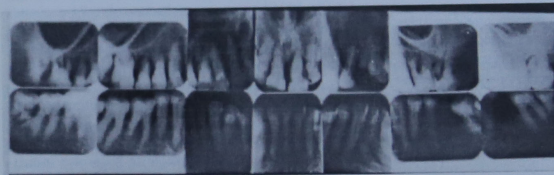


Figura 3: Seriada Rx de la figura 2. La severidad de la pérdida ósea no coincide con la imagen clínica.

Otra evidencia interesante, la representa el hecho de que la sintomatología descrita se acentúa con el mayor número de cigarrillos diarios.

EFFECTOS DEL TABACO EN LA ETIOPATOGENIA PERIODONTAL

Cuando se quieren describir los efectos en la etiopatogenia periodontal, se observa que el fumar cigarrillos, tiene incidencia en áreas de la problemática periodontal: placa bacteriana, fluido gingival, conjuntivo, hueso alveolar, cemento radicular y cálculos.

PLACA BACTERIANA

En un primer momento se pensó que estos pacien-



Figura 2: Cuadro clínico del paciente fumador. Nótese el aspecto y color casi normal de la encía.

tes presentaban una placa específica. Las evidencias actuales revelan lo contrario.

La presencia de presuntos patógenos periodontales como el Actinobacillo Actinomycetemcomitans, la Porfirinoma gingivalis y la Prevotella intermedia no difiere en el fumador del no fumador⁶.

Algunos autores sugieren que, a pesar que la flora

es la misma, la anaerobiosis causada por el cigarrillo alteraría el potencial de óxido-reducción favoreciendo el grado de patogenicidad de los microorganismos. Por otra parte, hay evidencias que la adhesión de la placa a los dientes es mayor en estos pacientes, por lo cual será más difícil su remoción a través de medidas de higiene bucal y las profilaxis profesionales.

TEJIDO CONJUNTIVO

Localmente la nicotina produce un efecto vasoconstrictor que lleva a un menor flujo gingival. La cantidad de nicotina absorbida está en relación con el PH del humo del cigarrillo (Ph: 5,3). Esto determina una falla en la respuesta inmune primaria lo cual fue demostrado en animales de experimentación. En cobayos la respuesta inmune al humo en pulmón, linfáticos y bazo fue reducida evidenciando una estrecha relación con la proximidad de la vía de entrada de la nicotina.

Estas experiencias explicarían el porqué de los efec-

* Profesor adjunto de la Cátedra de Periodoncia de la Escuela de Odontología / A.O.A. Universidad del Salvador.

** Docente de la Cátedra de Periodoncia de la Facultad de Odontología de la UBA / Docente de la Cátedra de Periodoncia de la Universidad del Salvador / A.O.A.

*** Docente de la Cátedra de Periodoncia de la Universidad del Salvador / A.O.A.

tos tan severos en las estructuras gingivo-periodontales.

Es conocido que los leucocitos P.M.N. son la primera barrera defensiva ante una injuria. Por lo tanto, su presencia en los tejidos gingivales están demostrando uno de los mecanismos defensivos de la encía más alerta y eficaz.

El consumo de nicotina ha mostrado producir sobre ellos³² reducción de la quimiotaxis y fagocitosis, acompañada por una disminución en su viabilidad y número (por efecto de la vasoconstricción).

Investigaciones realizadas in vitro demostraron que la nicotina reduce el metabolismo de los fibroblastos y su capacidad de adherirse a superficies sólidas³, (cemento radicular).

FLUIDO GINGIVAL

Es un líquido que baña la zona crítica del cuadro periodontal, ya que se encuentra en contacto con la interfase noxa (placa bacteriana) y defensa celular de la zona (P.M.N.). Este fluido es un exudado de origen vascular, que contiene inmunoglobulinas y enzimas defensivas. Por otra parte, al ser un fluido facilita el desplazamiento de los P.M.N. y contribuye a su nutrición.

El hábito de fumar ha demostrado producir, sobre este valioso mecanismo defensivo³: a) reducción de su flujo, determinado por la vasoconstricción presente; a) los 5 minutos después de haber cesado de fumar se nota un incremento de 2 veces en su volumen; b) presencia de nicotina y cortinina (metabolito de la nicotina) ejerciendo su efecto tóxico celular.

HUESO ALVEOLAR

Estudios comparativos entre fumadores y no fumadores mostraron una pérdida ósea mayor en aquéllos que tienen el hábito³.

Bergstraun et al.² haciendo el mismo planteo observaron que no había relación con la cantidad de placa. Es decir que la magnitud de la pérdida ósea no se correlaciona con el grado de infección (placa bacteriana).

CEMENTO RADICULAR

Parece interesante transcribir las conclusiones de un estudio¹⁶ realizado sobre superficies radiculares de fumadores con y sin tratamiento periodontal comparado con los dientes retenidos de adolescentes no fumadores. Ellas son: la nicotina está presente en las superficies radiculares de dientes con E.P. de fumadores.

Esta presencia se ve reducida mediante la terapia que incluye remoción de placa, cálculos, agentes tóxicos y cemento infeccioso. En la clínica el constante reaprovisionamiento de nicotina por el fumador podría volver inútil el efecto terapéutico en el corto plazo. La nicotina podría interferir la óptima curación y alterar la respuesta del huésped.

CALCULOS

Varias investigaciones^{4,8,7} han llegado a la conclusión que el mayor número de cálculos presentes en el fumador se debe a una mayor concentración de calcio en saliva fresca, acompañada por incremento en la secreción de la misma.

EFFECTOS SOBRE LA TERAPIA

Los resultados clínicos del tratamiento periodontal son habitualmente, en el mediano y largo plazo, muy inferiores en el fumador que en el no fumador. Esta clara evidencia se manifiesta a despecho de la modalidad terapéutica empleada (quirúrgica o no quirúrgica).

Un estudio publicado en el Journal Periodontology del año 1994¹¹ compara resultados sobre 74 pacientes con distintas opciones terapéuticas. Ellas son: raspaje y alisado exclusivamente o bien raspaje y alisado seguido de colgajos de Widman o colgajos con cirugía ósea resectiva. A la luz de los resultados se puede observar, que en todos los parámetros clínicos (profundidad de bolsa, pérdida de inserción, grado de hemorragia, etc.) se obtuvieron mejoras muy inferiores en los fumadores, sin distinción de la técnica utilizada.

En otras investigaciones¹², la terapia quirúrgica demostró el mismo resultado desfavorable. Tonetti¹³, et al, consideran que la instalación de membranas está contraindicada en estos pacientes. El escaso beneficio clínico, sumado al alto porcentaje de recidiva, con las terapias utilizadas, determina que los fumadores, sean hoy considerados como pacientes refractarios a la terapia habitual¹⁴, o bien incluidos en el grupo de alto riesgo¹⁵.

Evaluable lo analizado en este artículo, se observa un panorama muy desalentador en el tratamiento de fumadores, más aún si consideramos que el porcentaje de ellos en nuestros consultorios es muy alto.

Otros motivos que tampoco contribuyen a mejorar la situación en cuestión son:

1) según ha sido ampliamente difundido por Loesche, Ramfjord, Caffese y otros, el tratamiento periodontal exitoso no elimina el total de la infección. Se

ha calculado que entre el 70 y 80% de la misma es erradicada por la terapia, siendo el 20 o 30% restante controlado por el organismo.

2) Según se ha comentado anteriormente, en esta patología no existe una placa diferente sino que estamos en presencia de factores que alteran la respuesta a nivel de conjuntivo, hueso, cemento y fluido gingival. Por otra parte, no hay, en el momento actual, medidas terapéuticas a nivel farmacológico, que logren mejorar la respuesta tisular disminuida.

Estas evidencias nos hacen pensar que, al igual que en los pacientes refractarios, la terapia antibiótica podrá mejorar los resultados. La justificación para su utilización sería la intención de disminuir al máximo la infección residual posterior a una terapia mecánica correcta, ya que el huésped no está en condiciones de controlarla.

Debemos señalar que lo expresado es sólo una deducción de los autores no avalada por ninguna investigación específica.

Por último, es oportuno describir cuál sería en nuestra opinión la secuencia de tratamiento de una periodontitis del fumador, moderada o severa.

Como toda terapia periodontal, deberá iniciarse con una motivación e instrucción adecuada en técnicas de higiene bucal. La abundante producción de cálculos puede sugerir la utilización de pastas dentales anticálculo a base de pirofosfatos, los que tienen la propiedad de disminuir la transformación del calcio amorfo en fosfato de calcio. Cuando la remoción de placa no es óptima por dificultad manual del paciente o baja colaboración, se pueden utilizar buches precepillado o pastas dentales a base de triclosan, mientras dure el período de terapia activa.

Seguidamente se inicia un prolijo raspaje y alisado radicular, por sectores, bajo anestesia local. Una vez concluido el mismo, el pulido con brochita y la aplicación de fluor en gel finaliza la etapa de terapia básica.

Habitualmente se espera como mínimo un mes para evaluar los resultados de esta terapia.

Es habitual en pacientes fumadores, hallar varios sitios en los cuales la profundidad de bolsa se ha reducido menos de lo esperado y se mantiene la hemorragia al sondaje. Podemos optar en estos casos por: a) repetir el raspaje, en esos sitios, b) indicar una cirugía, c) medicar con antibióticos. Lo más frecuente es una combinación de las tres medidas.

Consideramos importante realizar algunos comentarios de cada una de ellas, ya que las limitaciones del resultado final las ubican fuera de la rutina que pertenece a la terapia de un no fumador.

La opción (a) no presenta grandes modificaciones

salvo por el hecho de que no deberíamos usar el ultrasonido en áreas radiculares que queden expuestas al medio bucal, ya que la rugosidad producida por el mismo, actuaría con un factor retentivo de placa y nicotina.

Si se decide la opción quirúrgica (b) el objetivo es realizar un raspaje a cielo abierto. No se utilizan técnicas regenerativas como injertos o membranas ya que se ha demostrado que el hueso se encuentra deprimido en su poder osteogénico. En estos casos, entonces, la cirugía se realiza para completar el raspaje y alisado, sobre todo en zonas de difícil acceso a la instrumentación o en lesiones estrechas y profundas.

A partir de numerosos trabajos se pudo demostrar que en los defectos óseos, rellenados con materiales biocompatibles, se obtienen índices clínicos (profundidad de bolsa, nivel de inserción) superiores a los defectos no rellenados.

Siguendo este principio se sugiere que en el fumador con lesiones verticales, playas y anchas, se utilice algún material biológico (hidroxipatita, fosforotricálcico, injertos) con el solo objetivo de lograr un cierre biológico más predecible.

Seguramente la medicación es la opción menos específica y comprobada. Las sugerencias se realizan a base de resultados obtenidos en pacientes refractarios y a evidencias clínicas no controladas.

En opinión de los que suscriben, su utilización en pacientes fumadores (20 cigarrillos diarios o más) es "casi" rutinaria. Luego de indagar si el paciente tiene antecedentes alérgicos y si ingiere habitualmente algún tipo de medicina, por razones no periodontales, consideramos que las opciones en el momento actual son:

1) Amoxicilina más ácido clavulánico de 500 mg. durante 10 días (1 cada 8 hs.) o bien 2) metronidazol durante 15 días (1 cada 12 hs.).

Los resultados obtenidos con las terapias descriptas deberán ser mantenidas con controles y profilaxis cada 2 o 3 meses.

Es importante hacer notar que, a pesar de ello, los retratamientos parciales son frecuentes. Por último, es fundamental informar al paciente que el dejar el hábito transforma los resultados en menos de un año, haciéndolos semejantes a los del no fumador.

RESUMEN

El efecto de hábito de fumar en pacientes con patologías gingivo-periodontales ha sido seriamente estudiado en los últimos años.

A pesar que la placa bacteriana no difiere en el fumador respecto del no-fumador, hay, en cambio efec-

tos perjudiciales en los mecanismos defensores de la encía, cemento radicular, formación de cálculos, etc.

Estas evidencias determinan una terapia con algunas diferencias en relación al tratamiento habitual y un riesgo de recidiva de la lesión más pronunciado que en un paciente no fumador.

SUMMARY

The effect of the smoking habit in patients in gingivo-periodontal pathology has been seriously study in the last years.

In spite that bacterial plaque doesn't change between smokers and the no-smokers, there are injurious effects in the defensive mechanism of the gums, radical cement, calculus development, etc.

This evidences determine a sort of therapy with some different according normal treatment and a risk of relapse of the lesion more remarkable than in a non smoking patient.

BIBLIOGRAFIA

- Martínez-Canut P., Lorca A., Magan, R.: Smoking and periodontal disease severity. *J. Clin. Periodontol* 1995; 22:743-749.
- Bridget, T.: Smoking and Periodontal disease. *Review J. of the New Zealand society of periodontology*. 1995-79:10-15.
- Grossi, S., Zambon, J., Hoa, Koch, G., Dunford, R.; Machette, Nordery, O. Genco, R.: Assessment of risk for periodontal disease. I. Risk indicators for attachment loss. *J. Periodontol* 1994; 65:260-267.

- Bergstrom, J. Cigarette smoking as factor in chronic periodontal disease. *Community dent oral epidemiol* 1989; 17:245-7.
- Poors, T.; Johnson, G.; Reinhardt, R.; Organ C.: The effects of smokeless tobacco on Clinical parameters of inflammation and original cervical fluid prostaglandin E2, Interleukin-10, and Interleukin-1B. *J. Periodontol* 1995; 66:177-183.
- Bergstrom, J.; Preber, H.: Tobacco use as a risk factor. *J. Periodontol* 1994; 65:545-550.
- Rivera-Hidalgo F. Smoking and Periodontal disease. *Arview of the literature. J. Periodontol* 1986; 57:617-624.
- Feldman, R.; Braucos, J.; Rose, C.: Association between smoking different tobacco products and periodontal disease indexes. *J. Periodontol* 1983; 54:482-487.
- Bergstrom, J.; Eliasson, S.; Preber, H.: Cigarette smoking and periodontal bone loss. *J. Periodontol* 1991; 62:242-246.
- Cuff, M.; Mc Quade, M.; Scheidt, M.; Sutherland, D.; Van Dyke, T.: The presence of nicotine on root surface of Periodontally diseased teeth in smokers. *J. Periodontol*.
- Baumert, M.; Johnson, G.; Kaldahl, W.; Patil, K.; Kalkwar, K.: The effect of smoking on the response to periodontal therapy. *J. Clin. Periodontol* 1994; 21:91-97.
- Preber, H.; Bergstrom, J.: Effect of cigarette smoking on periodontal healing following surgical therapy. *J. Clin. Periodontol* 1990; 17:324-328.
- Tonetti, M.; Pini-Prato, G.; Cortellini, P.: Effect of cigarette smoking on periodontal healing following GTR in infrabony defects. A preliminary retrospective study. *J. Clin Periodontol* 1995; 22:229-234.
- Mac Farlane, G.; Herzberg, M.; Wolff, L.; Hardie, N.: Refractory periodontitis Associated with abnormal polymorphonuclear leukocyte phagocytosis and cigarette smoking. *J. Periodontol* 1992; 63:908-913.
- Haber, W.; Crowley, M.; Josphipura, K.: Evidence for cigarette smoking as a major risk factor for periodontitis. *J. Periodontol* 1993; 64:16-23.

Evaluación actualizada de los signos clínicos y radiográficos de las enfermedades periodontales. Su valor diagnóstico y predictivo.

Dr. Alberto Bustamante* y Dr. Isaac Rapaport**

La alta prevalencia de las enfermedades periodontales en los seres humanos subraya la gran importancia que para el odontólogo general significa el conocimiento, la búsqueda y la evaluación de los signos clínicos y radiográficos de estas enfermedades a fin de capacitarse para el diagnóstico.

Como se ha señalado en publicaciones anteriores de esta Revista, las enfermedades periodontales son episódicas, es decir, que las lesiones periodontales cumplen el ciclo habitual de todas las enfermedades crónicas, con momentos de actividad, durante los cuales existe destrucción tisular, y otros de reposo o inactividad en los que puede hallarse reparación parcial de lo anteriormente destruido.

Una de las metas de la Periodoncia actual es establecer si las lesiones presentes en la boca de un paciente se encuentran en períodos de actividad o de reposo. Es éste uno de los aspectos polémicos en la especialidad: ¿cuáles son los signos de valor predictivo para determinar si la lesión es o no activa?

Imaginemos un volcán: ¿Qué sería más importante para los pobladores vecinos? ¿Contemplar la destrucción provocada por la erupción del volcán o conocer de antemano algún indicador que permitiese vaticinar con suficiente anticipación el momento en el que el volcán entrará en erupción y, consiguientemente, arbitrar las medidas pertinentes?

El objeto de esta comunicación es describir y evaluar los signos más comunes de estas afecciones y, a la luz de los conocimientos actuales, analizar su valor diagnóstico y predictivo.

CAMBIOS EN EL COLOR, ASPECTO Y CONSISTENCIA DE LA ENCIA

Reiteradamente se ha descrito el color de la encía normal como rosa pálido, su aspecto punteado y su consistencia firme, aunque ninguna de estas características tiene valor diagnóstico absoluto.

Muy frecuentemente, estas particularidades sufren alteraciones.

El color suele virar hacia un rosa subido con tendencia al violáceo, el puntillado desaparece y la consistencia puede ser más blanda.

Cuando aparece una o varias de estas manifestaciones estaremos en presencia de una inflamación gingival, cuya verdadera dimensión puede o no corresponderse con la magnitud de los cambios señalados. Inversamente, hay que consignar que, en algunas ocasiones, una encía gruesa, queratinizada, con aspecto saludable, puede enmascarar importantes cambios en los tejidos de soporte. En su tiempo, I. Glickman caracterizó esta situación con una recordada metáfora: "encías que rien por fuera y lloran por dentro".

PROFUNDIDAD DE BOLSA

La profundidad de bolsa se mide con la sonda periodontal. La sonda se introduce lentamente entre la pared dentaria y la encía, paralelamente a la raíz y con una suave presión de más o menos 20 gramos. En un momento, la sonda enfrenta una resistencia -no visualizable- que provoca su detención. ¿En qué lugar ocurre?

Debe tenerse en cuenta que la penetración depende de varios factores, entre ellos, el grosor de la sonda, el grado de inflamación de los tejidos, el ángulo de penetración y, fundamentalmente, de la presión ejercida. Estas razones determinan que el lugar donde la sonda se detiene no sea siempre el mismo, según sean los factores predominantes. De ahí, que resulte más atinado denominar a este parámetro como "profundidad de sondaje" o "profundidad de bolsa clínica" en lugar de "profundidad de bolsa".

Una auténtica "profundidad de bolsa" sólo estaría determinada por la medición histológica desde el margen gingival hasta la porción más coronaria del epitelio de unión. (Fig. 1).

La profundidad de sondaje, en cambio, se mide des-

* Profesor Titular de Periodoncia de la Escuela de Odontología de la Universidad del Salvador.

** Jefe de la Unidad Docente-Asistencial del Ateneo Argentino de Odontología.

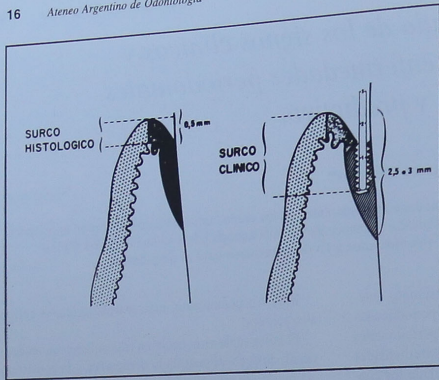


Figura 1: Profundidad de sondaje.

de el margen gingival hasta el lugar al que llegó el extremo de la sonda.

No es sencillo saber cuánta fuerza manual debe ejercerse para que equivalga a una presión de 20 gramos. Podría conocerse fácilmente si se utilizaran las sondas de segunda o tercera generación.

No obstante, su alto costo nos induce a sugerir el uso de algunas otras, un poco menos sofisticadas pero igualmente útiles y en venta en el mercado local, como las Vivacare T.P.S. Prove o la Sensor Prove (Fig. 2 y 3). Su utilización temporaria, permitirá al odontólogo no especializado obtener la sensación táctil que le permita graduar la presión necesaria.

Una vez conseguida, podrá continuar con las sondas periodontales habituales y repetir, periódicamente, la misma autoevaluación.

Históricamente la bolsa periodontal fue considerada como el signo más importante de la enfermedad periodontal. Pero debe agregarse que cuando se establece la profundidad de sondaje, se está midiendo y constatando un pasado, es decir, el daño producido, reciente o lejano, pero que no informa si la lesión, en el momento del sondaje, está o no en un período de actividad. Si se efectuase un estudio longitudinal a través de un cierto período de tiempo y de él surgiese un eventual aumento de la profundidad de sondaje, ello sólo indicaría destrucción de tejidos, pero sin precisar en qué momento del estudio ocurrió y qué pasará en el futuro.

SANGRADO AL SONDAJE

El sangrado al sondaje es uno de los signos más uti-

lizados para constatar la existencia o no de una lesión activa y, por ende, la evaluación de los resultados del tratamiento periodontal.

La determinación del sangrado puede efectuarse de varias maneras:

- 1) Introduciendo la sonda en la bolsa con presión suave y luego deslizando la sonda transversalmente en su interior.
- 2) Ubicando la sonda en la forma tradicional y esperando 10 segundos para determinar si existe o no sangrado.
- 3) Colocando un palillo, de los utilizados en higiene bucal, en el espacio interdentario, se realizan 3 o 4 movimientos de vaivén comprimiendo ligeramente la papila (Método de Eastman) y constatando la salida de sangre o no.

A pesar de su rutinario intento de detección, el sangrado tampoco es un indicador preciso de actividad periodontal y, menos aún, predictor de futura pérdida de inserción. Su valor se encuentra al utilizarse en forma longitudinal. Si se efectúan evaluaciones repetidas cada 4 meses y un sitio sangra en forma repetida, por ejemplo en 3 de cada 4 veces, ello constituirá un buen indicador de futura pérdida de inserción.

SUPURACION

La supuración de una bolsa periodontal debe explorarse comprimiendo la encía desde la zona apical hacia la corona.

La supuración es un buen indicador de riesgo; indica que en esa bolsa existe un proceso inflamatorio en desarrollo.

Cuando a pesar de la terapia básica efectuada, la supuración reaparece en un mismo sitio durante los controles periódicos se está ante un seguro indicador de enfermedad activa y, generalmente, expresa la necesidad de un cambio en el plan de tratamiento. Ya no bastará el raspaje y alisado radicular sino que habrá que orientarse a la realización de cirugía periodontal y/o el uso de antimicrobianos.

PERDIDA DE INSERCIÓN

La pérdida de inserción se mide desde un punto fijo del diente, p. ej. límite amelo-cementario, margen de una obturación, etc., hasta donde penetra la sonda. A esto se debe la denominación de "pérdida de inserción histológica" en la cual el límite apical lo constituye la primera fibra gingival insertada al cemento en el punto

más coronario de la raíz.

Al igual que en los parámetros anteriores su valor máximo lo alcanza cuando su verificación se constata en estudios longitudinales, es decir, en los controles periódicos a los que concurre regularmente el paciente.

Todo aumento de pérdida de inserción es un claro indicador de avance de la enfermedad. Se ha establecido que el registro del aumento de la pérdida de inserción precede en pocos meses a la pérdida ósea radiográfica.

Resulta interesante recordar los conceptos de Goodson y Haffajee:

- 1) La pérdida de inserción inicial puede tener valor predictivo para futuras pérdidas de inserción. En otras palabras, a mayor pérdida de inserción inicial, mayor posibilidad de sufrir nuevas pérdidas de inserción.
- 2) A mayor edad, mayor probabilidad de nuevas pérdidas de inserción.

MOVILIDAD DENTARIA

La existencia de movilidad dentaria es un signo que, aunque en distintos momentos, es percibido tanto por el paciente como por el profesional.

Su valor predictivo es también difícil de evaluar. Conviene recordar que la movilidad dentaria (hipermovilidad) puede ser el resultado de patologías variadas:

- 1) procesos apicales
- 2) factores sistémicos
- 3) procesos tumorales
- 4) fracturas radiculares
- 5) inflamación gingivo-periodontal
- 6) trauma periodontal (durante el período de injuria)
- 7) adaptación periodontal

En general puede aceptarse que, cuando existe bolsa periodontal y fuerzas excesivas actuando sobre las estructuras periodontales de soporte y se detecta un aumento de movilidad progresiva (que hay que diferenciar del aumento de movilidad estático o no progresivo), debe pensarse en la presencia de una lesión activa y ser considerada como un importante factor de riesgo.

Se trata de un signo que debe valorarse cuidadosamente y vinculado siempre con la presencia simultánea de enfermedad periodontal inflamatoria: la movilidad sin bolsa puede constituir sólo la evidencia de adaptación de las estructuras periodontales a requerimientos funcionales mayores y, en cambio, carecer de significado como indicador de riesgo periodontal mientras



Figura 2: Sonda periodontal "Vivacare T.P.S. Prove".

la bolsa no exista.

DIAGNOSTICO RADIOGRAFICO

El valor de la radiografía como elemento auxiliar para el diagnóstico periodontal es reconocido. No obstante, su valor predictivo es escaso debido a razones ya mencionadas: la observación de la pérdida ósea alveolar visible en la radiografía sólo muestra un pasado, pasado de enfermedad activa pero que no informa cuándo se produjo, qué está pasando en el presente y qué ocurrirá en el futuro.

Debe tenerse en cuenta, además, que para que la pérdida ósea se manifieste en la radiografía debe perderse más del 30% de las sales minerales del hueso, lo que significa que es posible una pérdida ósea importante sin traducción radiográfica.

La pérdida de la cortical de la cresta como indicador de Periodontitis ha perdido vigencia a la luz de lo señalado: puede haber periodontitis aún cuando en la radiografía se observe una cortical de la cresta con apariencia normal.

CONCLUSIONES

Las consideraciones hasta aquí expuestas ponen en evidencia las dificultades existentes para la realización de un diagnóstico preciso de las enfermedades periodontales.

Muchos autores han sugerido tener en cuenta la sumatoria de los distintos signos evaluados como una mayor posibilidad de aproximación a un diagnóstico predictivo más certero.

El diagnóstico podrá ser tanto más completo si a lo ya indicado se añade el análisis de la eventual presencia de "factores de riesgo periodontal". Entre éstos ha-

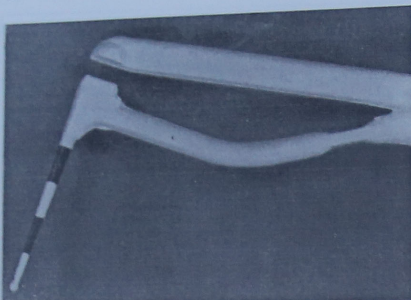


Figura 3: Sovaxa periodontal "Sensor Prove".

brá que considerar: edad (a mayor edad más pérdida de inserción), tabaco, antecedentes hereditarios, mala higiene bucal, presencia de lesiones de furcación, rehabilitaciones bucales extensas, ingestión de medicamentos, alteraciones sistémicas, estrés. Cada uno de estos factores, por diferentes vías, aumenta la severidad de la lesión periodontal y dificultará el éxito del tratamiento.

Existen, por otra parte, instrumentación y técnicas de mayor complejidad destinadas a mejorar las posibilidades diagnósticas. Se han mencionado ya las sondas de presión controlada (2ª generación) y computarizadas (3ª generación). A ellas pueden agregarse las técnicas radiográficas por sustracción digitalizada, pruebas microbiológicas, cultivos o pruebas enzimáticas o de DNA microbianos, determinación de enzimas o productos metabólicos en el fluido gingival, pruebas inmunológicas.

Los resultados de su utilización por los investigadores han sido, muchas veces, beneficiosos. Sin embargo, sea por su costo y complejidad, en unos casos, o investigaciones aún insuficientes, en otros, no han sido todavía incorporados a un uso rutinario de consultorio odontológico.

RESUMEN

Una de las metas en la Periodoncia actual es establecer si las lesiones periodontales se encuentran en periodo de actividad o reposo.

Se analizan los signos más comunes de la enfermedad periodontal y se considera su valor diagnóstico y predictivo.

Se evalúan: color, aspecto, consistencia de la encía, profundidad de bolsa, sangrado al sondaje, supuración, pérdida de inserción, movilidad y diagnóstico radiográfico.

Se remarcan las dificultades existentes para la realización de un diagnóstico preciso y, especialmente, poder determinar la evolución futura de las lesiones periodontales.

SUMMARY

One of the goals of present periodontics is to establish if periodontal lesions are in a period of activity or rest.

The most common signs of periodontal disease are analyzed and their diagnosis and prediction value is considered.

Colour, aspect, gum consistence, pocket deepness, bleeding at probing, suppuration, insertion loss, mobility and Rx diagnosis are estimated.

Existing difficulties to make an accurate diagnosis and to define future evolution of periodontal lesions are underlined.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

- Listgarten M.A. - Periodontal Probing, Wath do it Mean? J. Clin. Periodont. 7:165, 1988.
- Spray J. R., Garnick J. J., Doles L. R. and Klanitter J. J. Microscope Demonstration of the Position of Periodontal Probe. J. Periodont. 49:148, 1978.
- Viter R. M., Robinson R. J. and Lautenschlager E.P. - Development of a Force Controlled Periodontal Probing Instrument. J. Periodont. 14:93, 1979.
- Gibbs C. H., Hirschfeld J. N. Lee J. C. et al Description and Clinical Evaluation of a New Computerized Periodontal Probe - The Florida Probe. J. Clin. Periodont. 15:137, 1988.
- Haffajee, A. D., Socransky SS and Goodson J. M. - Comprison Of Different Data Analyses For Detecting Changes In Attachment Level. J. Clin. Periodont. 10:298, 1983.
- Polson A. M., Caton J. G. - Current Status of Aleding In The Diagnosis of Periodontal Diseases. J. Periodont. 56 sup. (special issue) 1, 1985.
- Engelberger T., Hefli A., Kallenderer A., and Rateitschak K.,

Correlations Among Papilla Bleeding Index, Other Clinical Indices and Histologically Determined Inflammation of Gingival Papilla. J. Clin. Periodont. 10:579, 1988.

- Haffajee A. D., Socransky S. S. and Goodson J. M., Clinical Parameters As Predictor of Destructive Periodontal Disease Activity. J. Clin. Periodont. 10:257, 1983.
- Badersten A., Nilveus R., and Egelberg J. - Effect of Non Surgical Periodontal Therapy (VII) Probing Attachment, Suppuration and Probing Depth in Sites with Probing Attachment Loss. J. Clin. Periodont. 12:432, 1985.
- Kelly G. P., Cain R. J. and Knowles J. W. - Radiographs in Clinical Periodontal Trials. J. Periodont. 46:381, 1975.
- Hausmann E. et al - Usefulness of Radiography in the Evaluation of Periodontal Therapy. J. Periodont. 56(suppl) 4, 1985.
- Badersten A., Nilveus R. and Egelberg J. - Scores of Plaque, Bleeding Suppuration and Probing Depth to Predict Probing Attachment Loss. 5 years of Observation Folowney Non Surgical Periodontal Therapy. J. Clin. Periodont. 2:102, 1990.
- Claffey N. et al. - Diagnostic Predictability of Score of Plaque, Bleeding Suppuration and Probing Depth for Probing Attachment Loss: 3½ years of Observation Following Initial Periodontal Therapy. J. Clin. Periodont. 2:108, 1990.
- Rapaport I. y Bustamante A. La enfermedad periodontal. - Revista Ateneo Argentino de Odontología. - Vol. XXII - 2:15, 1987.

Biofísica. Principios de la mecánica del movimiento ortodóncico.

Dr. Elías Beszkin, Dra. Amanda Rizzuti, Dra. Gema A. Brizuela

En el tratamiento de las maloclusiones, se encuentra cada día aparatología mas sofisticada y si ésta es bien aplicada, más eficiente. Es decir que con menos esfuerzo de parte del ortodoncista, se logran mejores resultados en cuanto a duración del tratamiento y confort del paciente.

mejores resultados en cuanto a duración del tratamiento y confort del paciente. Pero lo que no se puede dejar de comprender y analizar en cualquier tipo de técnica que se aplique, son los factores biológicos, (estructura periodontal, dinámica de crecimiento, estructuras musculares, las respuestas a nivel biológico, (estructura periodontal, dinámica de crecimiento, estructuras musculares, óseas, peribucales etc.) y a nivel mecánico.

La mecánica es una y siempre responde de una forma, pero el efecto variará de acuerdo con el terreno. La mecánica es una y siempre responde de una forma, pero el efecto variará de acuerdo con el terreno en que se aplica, por eso se debe tener bien en claro cómo es la realidad mecánica, para luego poder de transporlarla al terreno en el cual se aplica, en este caso no se debe olvidar que se trata de un ente de características biológicas.

Se recalca la importancia de estos conceptos físicos y biológicos (lo que se llama biofísica) pues ellos estarán presentes sea cual fuere la técnica que se aplique.

Teniendo claro estos conceptos se puede comprender y evaluar en cada caso en particular qué técnica es la adecuada y aún más se puede casi con certeza predecir los resultados a los que se arribará. Hay un procedimiento que siguiendo al Dr. Mulligan se llamará Método de Inspección Visual (M.I.V.) que casi rutinariamente se aplica. Este método lleva a graves equivocaciones, pues tiente al ortodoncista a una evaluación errónea sin tener en cuenta las leyes elementales de la mecánica.

LEYES DE LA MECANICA DE NEWTON

1ª Ley) Si la fuerza* externa resultante que actúa en un objeto es cero, entonces la velocidad del objeto no cambiará. Un objeto en reposo permanecerá en reposo, un objeto en movimiento continuará moviéndose con velocidad constante. Un cuerpo se acelera solamente si una fuerza no balanceada actúa sobre él. A esta ley se llama con frecuencia "ley de la inercia".

2ª Ley) Si la fuerza resultante (neta) F que actúa sobre un objeto de masa "m" no es cero, el objeto se acelera en la dirección de la fuerza. La aceleración "a" es proporcional a la fuerza e inversamente proporcional a la masa del objeto. Se denomina con frecuencia a esta "ley de la aceleración".

3ª Ley) Por cada fuerza que actúa sobre un cuerpo, existe otra igual, pero en sentido opuesto, actuando sobre algún otro cuerpo. Con frecuencia se le llama a esta "ley de acción y reacción". Note que las fuerzas de acción y reacción actúan en diferentes cuerpos.

LEYES DE NEWTON

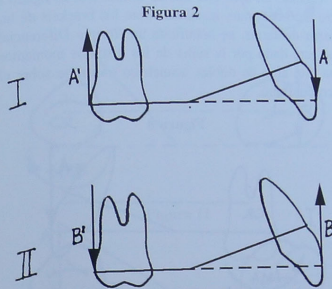
1ª) Ley de la inercia.

2ª) Ley de la aceleración.

3ª) Ley de la acción y reacción.

* Fuerza es una carga aplicada sobre un objeto que tenderá a desplazarlo a una posición diferente en el espacio.

sobre el fondo de surco, para ubicar el alambre en la zona incisal, se debe imprimir una fuerza hacia incisal (se almacena energía), aplicando la tercera ley de Newton se obtendrá una fuerza de igual magnitud y dirección opuesta en el otro extremo, es decir sobre el molar. (Fig. 2).



Cuando la energía almacenada comienza a liberarse en forma de fuerza intrusiva en el incisivo, generará una fuerza extrusiva en el molar (fuerza de reacción) que será igual y opuesta y por lo tanto se cancela, esto nos indicaría que el sistema en equilibrio no tendría ningún movimiento, no obstante en la observación clínica se comprueba que hay un movimiento dental, un cambio, y si no hay fuerza, ¿a qué se debe? Se debe a los momentos* que se genera; debe recordarse que se está frente a un sistema de fuerzas y momentos.

Al llevar el extremo libre del arco hacia el sector incisal, esta fuerza (A) actúa a una distancia del centro de resistencia del molar generando un momento horario (FxD) en el molar.

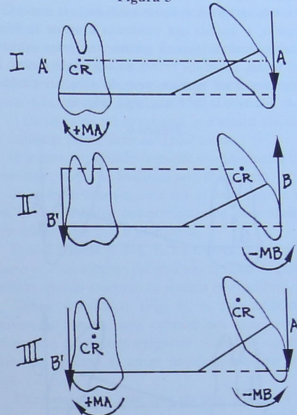
Cuando comienza a actuar la fuerza intrusiva sobre el incisivo (F.B.) se genera una fuerza extrusiva de reacción en el molar (F.B.) que actúa a una distancia del centro de resistencia del incisivo y produce un momento (FxD) sobre el incisivo de igual magnitud y sentido antihorario.

Como conclusión se puede, decir que: cuando se coloca un alambre con un doblez simétrico, no hay fuerzas presentes, sólo momentos de igual magnitud y sentido opuesto. (Fig. 3).

Clinicamente los dobleces simétricos en la aparatología

* Momento: es la fuerza que actúa a distancia. El momento se define como el producto de la fuerza por la distancia entre el centro de resistencia y la línea de acción de la fuerza.

Figura 3

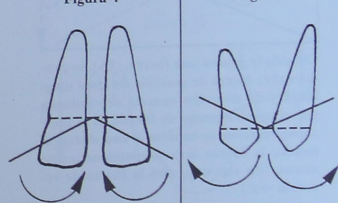


ortodóncica, tienen aplicación en aquellos casos de piezas dentarias con inclinación negativa de sus raíces. Por ejemplo en los casos de incisivos inclinados negativamente (Fig. 4), o luego de un cierre de espacio para paralelizar las raíces de los dientes. (Fig. 5).

Quando se coloca un arco con Doblez Asimétrico la situación a analizar es distinta, ya que se tendrá un arco con un brazo corto y otro largo, por lo tanto la respuesta no será la misma que en un arco con un doblez simétrico.

Figura 4

Figura 5



El brazo largo genera una fuerza de mayor magnitud e indica la dirección de dicha fuerza, en tanto el brazo corto imprime al sistema una fuerza de dirección opuesta y menor intensidad.

Colocado el arco con el brazo corto en el tubo molar,

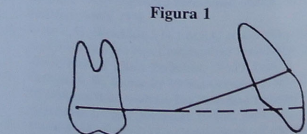
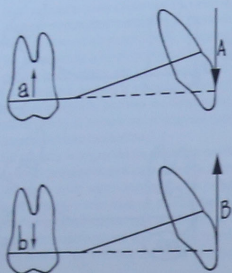


Figura 1

Al calzar el alambre con un Doblez Simétrico en el tubo molar, se observa que el extremo libre se ubica

el brazo largo yace a la altura de los incisivos en el surco mucogingival, al llevar a éste hacia la zona incisal y ligarlo, a medida que comienza a actuar la fuerza intrusiva en el incisivo, se genera una fuerza extrusiva en el molar, como los brazos no son equidistantes, las fuerzas van a ser opuestas pero de distinta intensidad, siendo la mayor la del brazo largo. (Fig. 6).

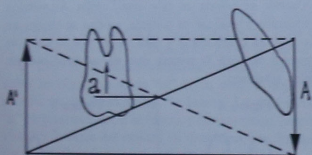
Figura 6



Esta diferencia de magnitudes de fuerzas, se comprende al aplicar el paralelogramo de fuerzas (Fig. 7).

Figura 7

PARALELOGRAMO DE FUERZA



Cuando se genera una fuerza, (FA), se produce otra fuerza de reacción de igual magnitud y de dirección opuesta determinada por el paralelogramo de fuerza. Si la fuerza de reacción se expresa a una distancia menos, la fuerza será proporcionalmente menor. (En este caso será la fuerza de reacción -Fa')

De resultado de éste se observa, que la fuerza (Fa) que se manifiesta en el molar, resulta de menor magnitud y de efecto despreciable.

La acción de la fuerza (FA) extrusiva sobre el

molar genera un momento (M.A) de gran magnitud y sentido horario (Fig. 8 I), en tanto que la fuerza (F.B), intrusiva genera sobre el incisivo un momento (M.B), de menor magnitud y sentido antihorario (Fig. 8 II).

Estos momentos se manifiestan en forma independiente en cada sector (Fig. 8 III).

Cuando un arco con doble asimétrico, es ligado a otro arco continuo, instalado sobre los brackets de las piezas dentarias, se manifiesta un Torque Diferencial que está dado por la suma de los distintos momentos que éste arco de doble asimétrico transmite sobre el arco continuo.

Figura 8

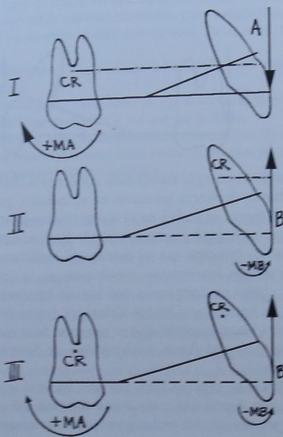
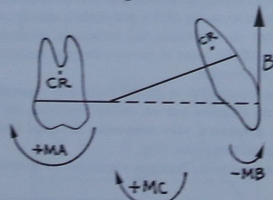


Figura 9



TORQUE DIFERENCIAL
(+MA) + (-MB) = +MC (de < magnitud)

Figura 10

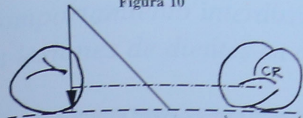
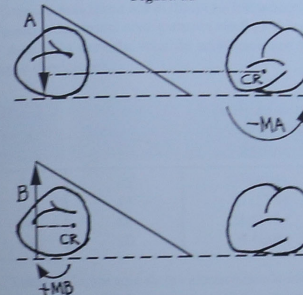


Figura 11



La suma estará dada por dos componentes, el momento horario (+M.A) que por convención se considera positivo y el momento antihorario (-M.B) considerado negativo. El resultado de la misma será un momento horario (+M.C) de menor magnitud. (Fig. 9). ¿Qué ocurre cuando se aplica un sistema de fuerzas en sentido horizontal? Se debe tener en cuenta los mismos principios y los resultados serán análogos (Fig. 10 y 11).

EQUILIBRIO ESTÁTICO

En ortodoncia el equilibrio se establece automáticamente cada vez que se calza un arco en los brackets y tubos, si bien no es en este caso importante considerar el como, se deben conocer las fuerzas y momentos (torque), que se producen para establecer el estado estático.

Conociendo estos se podrá elaborar un sistema de fuerzas y momentos para contrarrestarlos o no y pro-

ducir los movimientos deseados. Tres son los requisitos necesarios para establecer el equilibrio estático.

- 1) La suma de todas las fuerzas verticales presentes debe ser igual a cero.
- 2) La suma de todas las fuerzas horizontales presentes debe ser igual a cero.
- 3) La suma de los momentos que actúan alrededor de cualquier punto, debe ser igual a cero.

El primero y segundo requisito son fácilmente comprensibles, el que se analizará será el tercero.

Se ha dicho anteriormente que el equilibrio de fuerzas tendrá distintos comportamientos para alambres con doble simétrico o asimétrico.

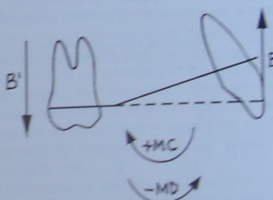
Doble Simétrico: (Fig. 3), los momentos que se producen en cada extremo del arco son de igual magnitud y sentido opuesto muestran un sistema en equilibrio.

Doble Asimétrico: (Fig. 8), la característica del mismo es que en cada extremo del arco presentan momentos de distinta magnitud y sentido opuesto y deberá cumplirse el tercer requerimiento del equilibrio estático.

Clinicamente se sabe que un arco comienza a actuar en el momento que es ligado a los brackets y tubos, pero ¿cómo funciona? En un primer momento se encuentra en equilibrio estático, se deberá analizar qué fuerzas y momentos se introducen automáticamente para lograr ese equilibrio.

Partiendo del esquema de torque diferencial (Fig. 9) se observa que hay un momento (+MC) y una fuerza intrusiva en el sector anterior (FB) que genera una fuerza de reacción de igual magnitud y sentido opuesto alejada del molar, (FB'), estableciendo un momento de cupla de sentido opuesto y magnitud igual al momento (+MC) es decir momento de cupla* (-MD) que equilibra el sistema. (Fig. 12).

Figura 12



* Par o cupla son dos fuerzas de igual magnitud, de sentido opuesto y no colineales. Producirán una rotación pura.

RESUMEN

Seguendo al Dr. Mulligan T. en su Mecánica del Sentido Común, se puede arribar a un mejor manejo de la aparatología ortodóncica, a través del conocimiento y aplicación de las leyes de la mecánica.

El propósito de este artículo es mostrar el comportamiento de los alambres para arcos, según las distintas activaciones impresas a los mismos.

SUMMARY

Following Dr. Mulligan's Common sense mechanics, it is possible to arrive to a better management of the orthodontic apparatus through the understanding and application of the laws of mechanics.

The purpose of this article is to show the behaviour of the arch wires according to the different activations impose to them.

BIBLIOGRAFIA

1. Bezkin, E. Grinspon, G. Rizzuti, A.: Principios Biomecánicos de la Retración Seccional Ricketts-Burstone. Rev. AAO, Vol XXII - N° 2 - Abril-Octubre 1988; 7-14.
2. Burstone, C.J.: Aplicación de la Biomecánica a la Ortodoncia Clínica. Graber-Swain, Principios Generales y Técnica. 1992; 227-265.
3. Burstone, C. J. Koenig, H. A.: Creative wire bending the force system from step and V bends. Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop. 1988; 93-99-67.
4. Jones, J. and Smith, R.: Adult Orthodontics 2nd De A. B. White Co, St. Louis, MO 1976.
5. Mulligan, T.: Common Sense Mechanics J. C. O. September 1979 Vol. XIII N° 9.
6. Mulligan, T.: Common Sense Mechanics J. C. O. October 1979 Vol. XIII N° 10.
7. Mulligan, T.: Common Sense Mechanics J. C. O. November 1979 Vol. XIII N° 11.
8. Proffit, W. R.: Ortodoncia Teoría y Práctica 1994. 266-315.
9. Smith, R. C. Burstone, C. J.: Mechanics of tooth movement. Am. J. Orthod. 1984; 85:294-307.
10. Smith, R. and Jones, J.: Adult Orthodontics J. Clin. Orthod. 10:650, 1976.
11. Thurrow, R. C.: Engineering in dental orthodontics. In: Edgewood Orthodontics St. Louis M. O.: C.V. Mosby 1982. 1-72.

Comportamiento interdisciplinario en lesiones de dientes en desarrollo

Dra. Amanda Rizzuti, Dr. Mario Daniel Torres, Dra. Paula Doti y Dr. Jorge Miguel García

La interdisciplina ha pasado a ser el comportamiento habitual en todas las ciencias y en Odontología, facilita la resolución de muchos casos, a través del seguimiento de los mismos por las distintas especialidades.

En la práctica diaria se puede observar, que muchas lesiones traumáticas en dientes temporarios, que a veces pasan desapercibidas, influyen en el normal crecimiento y maduración de los dientes en desarrollo, dejando una deformación permanente y ésta será más grave, cuando más joven sea el diente en formación; interfiriendo en la normal configuración morfogenética, esto se debe, a la estrecha relación anatómica que tienen ambas denticiones.

Edad en años	Número de dientes	Número de dientes con alteraciones del desarrollo
0-2	62	39 (63%)
3-4	43	23 (53%)
5-6	88	21 (24%)
7-9	20	5 (25%)

Tabla 1: Incidencia de las alteraciones de los dientes permanentes de acuerdo con la edad en que ocurrió la lesión en la dentición temporal. (Andreasen y Raun).

Según Andreasen J. O. se pueden clasificar en:

1. Decoloración blanca o amarillo marrón del esmalte.
2. Decoloración blanco o amarillo marrón e hipoplasia circular del esmalte.
3. Dilatación de la corona.
4. Malformación en forma de odontoma.
5. Duplicación radicular.
6. Angulación radicular vestibular*.
7. Angulación o dilatación radicular lateral.
8. Detención parcial o completa de la formación de la raíz.
9. Secuestro del germe de los dientes permanentes.
10. Alteración de la erupción.

De la clasificación anteriormente enumerada, se hará referencia al comportamiento interdisciplinario entre Cirugía, Ortodoncia y Endodoncia, en casos clínicos en

donde en la anamnesis se refirieron traumatismos a edad temprana, con la característica especial para estos casos, de presentar una angulación radicular vestibular, como indica el punto 6, donde la curva de la raíz en desarrollo, va sufriendo un cambio gradual sin un movimiento notorio del germe dental.

Stewart D. J. en un estudio de 29 pacientes con edades entre 7 y 14 años con un incisivo central superior dilacerado (angulación radicular vestibular), cuyas piezas fueron extraídas y comparadas macroscópicamente y microscópicamente con otras piezas dilaceradas, por otras razones, inclusive por trauma, llega a la conclusión que no es el trauma el causante de la dilatación, sino que esta deformidad es debida a un desarrollo ectópico del germe y se origina durante su formación.

En el estudio de estos especímenes sin causa aparente encontró:

a) Ausencia de signos por injuria mecánica: las piezas presentaban una morfología normal, sin manchas en el esmalte, sólo se observaba la curvatura de la raíz.

b) Solamente el incisivo fue afectado: generalmente cuando un diente en desarrollo es afectado por un trauma, las piezas vecinas presentan algún signo del mismo.

c) Dirección de la curvatura: al sufrir un impacto el diente primario ubicado por delante del germe del permanente, transmitiría una fuerza de desplazamiento hacia atrás a la porción calcificada del mismo y no en sentido bucal, lo que provocaría la curvatura de la raíz.

No obstante, en el caso clínico que se presentará y en otros casos similares, se ha encontrado que los pacientes con un incisivo central superior con una angulación radicular vestibular narraron un episodio traumático de la zona.

La frecuencia de aparición marca, que son los incisivos centrales prácticamente los únicos que presentan esta deformación, la edad promedio en que el traumatismo ya sea por luxación intrusiva o por exarticulación, deja este tipo de secuelas, varía entre los 2 y 5 años de edad.

En la bibliografía, se ha encontrado que en el estudio histopatológico, es frecuente observar un engrosamiento en el cemento de la zona de la angulación, hecho no corroborado en estos casos, dado que fueron tratados, sin realizar la extracción de los mismos.

La pérdida prematura de la pieza postraumática, puede ser un obstáculo en la erupción y el diente en desarrollo cambia su posición hacia una dirección vestibular.

Se supone que la vaina de Hertwig no es afectada por el impacto y por lo tanto permanece intacta creando una curvatura de la raíz. (Fig. 1).

Figura 1



Clinicamente, los pacientes con esta anomalía se presentan a la consulta con el retardo eruptivo de una pieza dentaria (incisivo central superior), cuando cronológicamente debería encontrarse erupcionado, es de rigor, en estos casos la toma radiográfica periapical, oclusal y el complemento de una radiografía panorámica.

En la lectura radiográfica, es muy característica la aparición del incisivo central con una angulación vestibular radicular, porque puede observarse la posición invertida del mismo. (Figs. 2, 3 y 4).

Figura 2



En la interconsulta quirúrgica ortodóncica, para el caso específico al cual se va a hacer referencia, se solicita una telerradiografía (Fig. 5) y se decide realizar el montaje ortodóncico, previo al acto quirúrgico



Figura 5

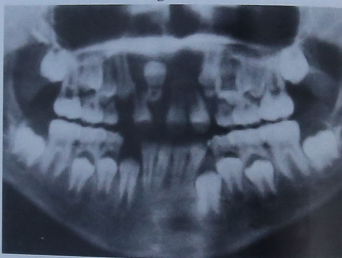


Figura 4

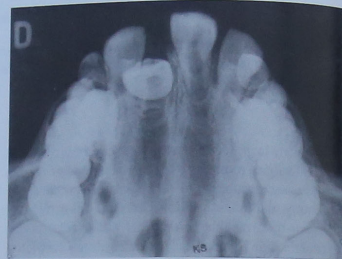
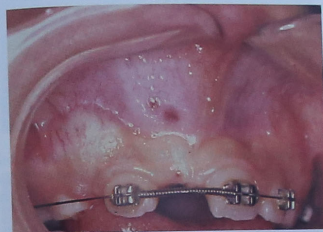


Figura 3

co con la colocación de un arco continuo ligado a la mayor cantidad de brackets posible, para preparar una unidad de anclaje resistente a las fuerzas, con las cuales va a ser requerido el mismo.

Es necesario lograr espacio, en caso que no lo hubiera, previo a la intervención, para permitir el libre descenso de la pieza retenida sin obstáculos, por lo general se utilizan resortes a espiras abiertas. (Fig. 6).

Figura 6



En el acto quirúrgico se realizó una incisión circular por vestibular eliminándose el tejido mucoperiostótico, quedando el tejido óseo al descubierto, este fue eliminado con escoplos y cinceles a impulsión manual.

Llegado a este punto se observa, para este tipo especial de ubicación del incisivo, la cara palatina del mismo, con el borde incisal dirigido hacia el fondo de surco. (Fig. 7).

Figura 7



Se eliminó todo el saco pericoronario, dejando la pieza dentaria totalmente liberada y con un campo seco, logrado esto con la colocación de placenta humana desecada, lo que permitió la ubicación del aditamento por adhesión directa (bracket) en el momento operatorio y ser ligado al arco antes de la colocación del cemento quirúrgico, lo que facilita el trabajo posterior del ortodoncista. (Figs. 8 y 9).

Figura 8

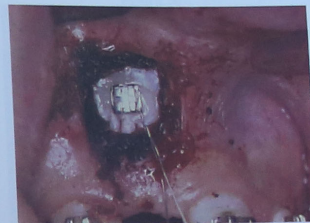
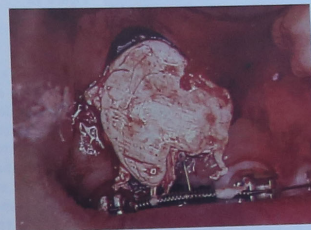
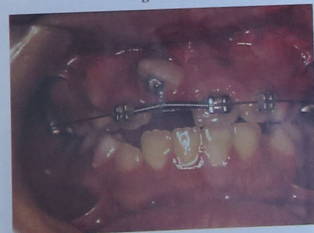


Figura 9



Luego del período de cicatrización y de la remoción del cemento quirúrgico, se comenzó con activaciones ligeras cada quince días. (Fig. 10).

Figura 10



Para este caso en particular el giro del incisivo inferior un tiempo de tratamiento de ocho meses, al cabo de los mismos, se cambió el bracket, colocándolo por vestibular de la pieza dentaria y se continuó con la tracción. (Fig. 11 y 12).

Figura 11



Figura 12



Cuando se pudo colocar el arco dentro del slot del bracket, se consideró que se estaba completando el giro y fue cuando apareció en la zona gingival una tumefacción con dolor a la presión, se realiza la inter-

consulta con cirugía determinándose que se trataba del ápice del incisivo, con la característica angulación radicular vestibular, en este caso tan marcada, como para hacer prominencia en el fondo de surco. (Figs. 13 y 14).

Figura 13



Figura 14



Se decide realizar el tratamiento endodóntico, obturando con conos de gutapercha y cemento de Grossman, con técnica de condensación lateral y conos accesorios, la longitud total del conducto es de 14 mm.

Posteriormente se efectuó la apicectomía de la pieza, utilizando instrumental rotatorio, colocando una obturación retrógrada de amalgama (Figs. 15, 16, 17, 18 y 19) y se continuó trabajando con fuerzas ligeras hasta llegar a la posición deseada y su posterior fijación. (Figs. 20 y 21).

Figura 15



Figura 16



Figura 17

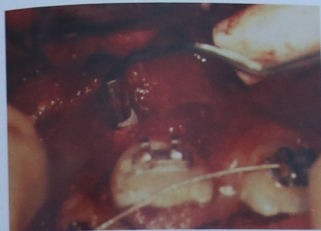


Figura 18

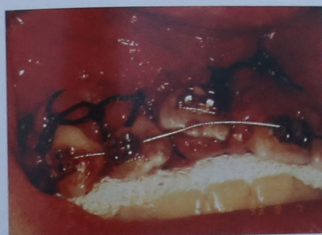


Figura 19

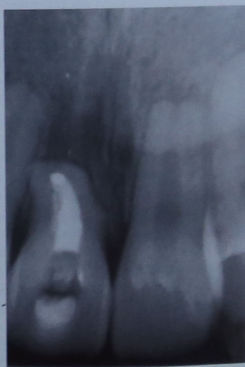


Figura 20



Figura 21



RESUMEN

El propósito de esta presentación es valorizar el trabajo interdisciplinario, en un caso donde la anamnesis refirió un traumatismo a edad temprana.

La resolución del mismo se logró a través del enfoque quirúrgico, ortodóntico y endodóntico con la finalidad de evitar la pérdida de una pieza dentaria permanente y lograr estética y función.

SUMMARY

The purpose of this article is to evaluate the results of an interdisciplinary work, in a case of early trauma diagnosed by the anamnesis.

Results were achieved through a combined surgical, orthodontic and endodontic treatment with the final aim of avoiding the loss of a permanent specimen and obtaining esthetics and function.

BIBLIOGRAFIA

1. Alvarez, A. F.; Torres, M. D.; Chudnosky, A. Cirugía en Alteraciones de la Erupción Dentaria. Colaboración Quirúrgico-Ortodóncica. Ortopedia maxilar XIV: 16-30, 1978.
2. Andreasen, J. O. Lesiones traumáticas de los dientes. Ed. Labor, Barcelona, 1980.
3. Andreasen, J. O. and Raun, J. J. The Effect of Traumatic Injuries to Primary Teeth on their Permanent Successors. Scand. J. Dent. Res. 79:284-294, 1971.
4. Beasim, M., Lewkowicz, B., Losoviz, E., Schilman, E. y Torres, M. D. Erupción dentaria. Rev. Ateneo Argentino de Odontología. XIX:5-14, Ene-mar. 1984 y XIX, 2:1-12, Abr-Set., 1984.
5. Bishara, S. E. Treatment of the Unerupted Incisor. A. J. O. 1971:443.
6. Broglia, M. L. y Dana, F. Manifestazioni Cliniche delle Lesioni Traumatiche Accidentali della Dentadura Decidua. Minerva Stomat. 16:623-635, 1967.
7. Pavlovsky, A.; Simonetti, C. y Dumas, L. Acción Coagulante de la Placenta Humana. El Día Médico. 18:260, 1947.
8. Proffit, W.; Fields, W. Ortodóncica Teoría y Práctica 2ª edición Bases Biológicas del Tratamiento Ortodóncico Cap. 9:266-315, 1994.
9. Stewart, D. L. Dilacerate Unerupted Maxillary Central Incisor. Br-Dent. J. 1978. 145:229-33.
10. Vanandall, R. L. and Corn, H. Soft-Tissue Mangement of Labially Positioned Unerupted Teeth. A. J. O. 53-72, 1977.

Un modelo de protocolo en la atención interdisciplinaria del paciente con fisura labio-alvéolo-palatina.

Dra. Edith A. Losoviz y Dra. Ester Ganiewich*

"La interacción disciplinaria debe actuar con criterio de sistema, hacia un objetivo común, donde el conjunto es más que la suma de las partes, se potencializa con permanente retroalimentación"

Dr. Alfredo F. Alvarez

La tarea de conjunto en equipos interdisciplinarios compuestos por neonatólogos, cirujanos plásticos, pediatras, odontólogos, fonaudiólogos, psicólogos, genetistas, asistentes sociales, etc. optimiza el resultado del tratamiento en beneficio del paciente, centro de la atención, ejerciendo un rol orientador de la familia, factor importante en la rehabilitación bio-psico-social.

El trabajo de equipo no significa la extensión de una orden de derivación sino la tarea conjunta que va desde el diagnóstico, el plan de tratamiento y el seguimiento compartido.

Un protocolo de atención interdisciplinaria debería permitir estandarizar la información de los distintos equipos los cuales, trabajando cada uno según su criterio, pero midiendo todos igual, facilite la posterior evaluación de resultados de tratamiento con parámetros comparables. Ello redundaría en la superación incesante en el camino de la optimización terapéutica, gozando de los beneficios que actualmente nos brindan la informática y las comunicaciones.

La revisión bibliográfica^{1,2-3-4-5} muestra cada vez una más franca tendencia mundial a la integración de la atención en equipos de salud. El tratamiento del paciente fisurado, que presenta gran cantidad de alteraciones asociadas, debe ser lo suficientemente abarcativo para optimizar los resultados terapéuticos. Las distintas disciplinas intervienen en tratamientos inmediatos o mediatos, algunos simultáneos, otros secuenciales. El éxito del tratamiento depende de cinco variables principales: el tipo de fisura, la experiencia profesional, las técnicas operativas, los tiempos de la reparación y el apoyo del equipo interdisciplinario.

Los procedimientos son mejorados, modificados o abandonados en el curso de los años. Los objetivos funcionales de la cirugía del paladar son el habla normal, la cicatrización y el crecimiento maxilofacial. Generalmente se piensa que el habla y la cicatrización son mejorados con la reparación temprana (antes de los 24 meses de edad), mientras que el cierre diferido (después de los 4 años de edad) ha sido asociado con un crecimiento casi normal de la cara media⁶.

Hoy en día no existe aun acuerdo entre importantes

centros de investigación. El disenso también se refiere a otros aspectos tales como validez del tratamiento ortopédico pre-quirúrgico, necesidad y oportunidad del injerto óseo 2^{da}, etc.⁷.

Nuestra experiencia interdisciplinaria se inició en el Servicio de Cirugía Plástica y Quemados del Hospital de Pediatría Dr. Juan P. Garrahan (1987-1993). A través de seis años de tarea conjunta, se definió con los cirujanos, la psicóloga y las fonaudiólogas una línea terapéutica a efectos de **sincronizar la atención y el seguimiento de los pacientes**.

El protocolo que publicamos es el que, de acuerdo a los resultados obtenidos en los tratamientos, por ahora nos resulta más adecuado. Es de esperar que el avance en la investigación básica y clínica abra nuevas posibilidades superadoras de la situación actual.

Dice Pruzansky⁸: "... *Nosotros no hacemos alarde de nuestros resultados finales son mejores o siempre buenos. Las razones del éxito o fracaso son multifactoriales y no siempre referidas al cirujano o al procedimiento quirúrgico empleado. Lo que nos concierne a nosotros aquí son los mecanismos biológicos por los cuales los éxitos y fracasos se producen. Solamente cuando nosotros lleguemos a entender estos mecanismos seremos capaces de prescribir el tratamiento sobre una base individual con gran seguridad de éxito y sin caer víctimas de la moda del momento*"...

* Las doctoras Edith Losoviz y Ester Ganiewich, Jefa y Subjefa del Servicio de Atención de Pacientes con Deformidades Dentofaciales del Ateneo Argentino de Odontología, Ortodoncistas del Equipo Interdisciplinario para la Atención de Pacientes con Deformidades Dentofaciales del Hospital Regional de Río Gallegos, Peña de Santa Cruz.

ETAPAS Y OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

Existe una amplia variabilidad clínica en cuanto a áreas de incidencia y magnitud de las fisuras⁵. El objetivo general del tratamiento está centrado en dos aspectos, ambos fundamentales: rehabilitación funcional y estética.

Este protocolo contempla la atención de pacientes con fisura labio-alveolo-palatina. Otras formas clínicas así como la presencia de otra patología asociada merecerán la individualización sobre el particular. Nuestra propuesta es la siguiente:

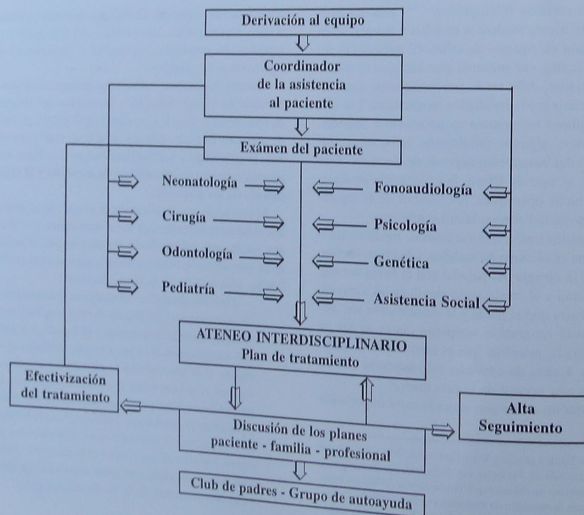
ETAPAS: Nacimiento hasta los 3 años

- De 3 a 5 años: Dentición temporaria.
- De 6 a 11 años: Dentición mixta
- De 12 a 16 años: Dentición permanente
- Más de 16 años: Terapéuticas post-finalización del crecimiento
- Tratamientos fuera de término
- Tratamiento de secuelas

PLANIFICACION INTERDISCIPLINARIA DEL TRATAMIENTO

- * Confección de Historia Clínica⁹
- * Adjudicación de turno provisorio para la quejiloplastia
- * Interconsulta con
 - Odontología
 - Cirugía
 - Fonoaudiología
 - Psicología
 - Genética¹⁰⁻¹¹
 - Otras especialidades
- * Tratamientos simultáneos o secuenciales
- * Seguimiento

ORGANIGRAMA DE ATENCION INTERDISCIPLINARIA



1ª ETAPA

Nacimiento hasta los 3 años

Nacimiento hasta la queiloplastia (0-6 meses)

OBJETIVO TERAPEUTICO

- * Estimulación general en el área fonoaudiológica.
- Conexión.
 - * Centricidad y altura nasal¹²⁻¹³
 - * Control del alineamiento de los segmentos maxilares¹⁴⁻¹⁵⁻¹⁶⁻¹⁷⁻¹⁸
 - * Reparación quirúrgica de labio y nariz.

TRATAMIENTO

- Fonoaudiología
 - Intervención temprana
 - Estimulación en el área personal-social, adaptiva, motriz y de la comunicación.
 - Indicaciones sobre alimentación.
 - Uso de chupete.
 - Control auditivo.

Odontología

- Impresión para modelo de estudio y trabajo¹⁹⁻¹⁹
 - Placa Obturatriz (P.O.): instalación e indicaciones de uso¹⁸
 - Confección del tutor nasal
 - Nariz Rebasado de tutor/es nasales
 - Segmentos maxilares (1)
 - Con alineamiento
 - Reposición de P.O.
 - Sin alineamiento
 - Aplicación de Técnica de McNeil
 - Técnica c/Tormillo de expansión
 - Técnica Mixta

- Eliminación del tutor nasal previo a la queiloplastia.

Frecuencia de la consulta: 15 a 30 días (según evolución clínica y posibilidades geográficas).

Cirugía

- Reparación de labio y nariz entre 3 y 6 meses

Hasta la palatoplastia (6 a 12-18 meses)

OBJETIVO TERAPEUTICO

- * Estimulación general en el área fonoaudiológica.
- Comunicación-habla.
 - * Contención postquirúrgica de la nariz.
 - * Corrección y/o estabilización de los segmentos maxilares (1).
 - * Reparación total o parcial del paladar.

TRATAMIENTO

Fonoaudiología

- Estimulación de la musculatura labial y velar.
- Alimentación.
- Creación de engramas corticales.
- Estimulación del habla y del lenguaje.
- Supervisión de la permeabilidad nasal.
- Nuevo control auditivo (de rutina).

Odontología

- Nariz: uso por tres meses de soporte nasal postquirúrgico
- Segmentos maxilares: ídem (1).
- Uso de placa post-operatoria de contención (durante 3 meses)¹².
- Control de la erupción de dientes temporarios.

Frecuencia de la consulta hasta la palatoplastia: 15 a 30 días (según evolución clínica y posibilidades geográficas).

Cirugía

- Reparación del paladar entre 12 y 18 meses

POST-PALATOPLASTIA A 3 AÑOS

Odontología

- Control de la erupción de dientes temporarios²⁰⁻²¹.

Frecuencia de la consulta Post-contención palatoplastia hasta los 3 años: cada 3 meses.

1º CONTROL EN ATENEU INTERDISCIPLINARIO CORRESPONDIENTE A LOS 2 AÑOS

2ª ETAPA

De 3 a 5 años. Dentición temporaria.

OBJETIVOS

- * Favorecer el desarrollo del lenguaje en los distintos aspectos.
- * Controlar la función respiratoria, postural y auditiva.
- * Reevaluar el tratamiento fonoaudiológico previo.
- Definir: continuación, alta temporaria o definitiva.
 - * Organizar la oclusión de la dentición temporaria (erupción, función y crecimiento)²²⁻²³⁻²⁴⁻²⁵.
 - * Implementar técnicas preventivas.
 - * Dar respuesta quirúrgica a tratamientos no resueltos en la etapa oportuna.

TRATAMIENTO
Fonoaudiología

Tratamiento fonoaudiológico propiamente dicho.

Odontología

* Control y/o tratamiento de la oclusión, función y crecimiento (mordidas cruzadas, hábitos, desarmonías esqueléticas)^{20,24-26,27}.

Frecuencia de la consulta: pacientes en tratamiento activo: 15 a 30 días - pacientes en supervisión: cada 3 meses.

Cirugía

Tratamiento de la incompetencia velo faríngea (L.V.F.).

Tratamiento tardío y secuencial.

2º CONTROL EN ATENEO
INTERDISCIPLINARIO
CORRESPONDIENTE A LOS 4-5 AÑOS

3º ETAPA

De 6 a 11 años. Dentición mixta

OBJETIVOS

- * Reevaluar el tratamiento fonoaudiológico previo. Definir: continuación, alta temporal o definitiva.
- * Organizar la oclusión de la dentición mixta: erupción, función y crecimiento¹⁶⁻²³.
- * Abordar la solución de continuidad a nivel óseo y mucoso.
- * Dar respuesta quirúrgica a tratamientos no resueltos en la etapa oportuna.

TRATAMIENTO

Fonoaudiología
Tratamiento fonoaudiológico propiamente dicho.

Odontología

- * Control y/o tratamiento de la oclusión de dientes permanentes (1ª molares, incisivos, caninos y premolares) crecimiento y función^{23,24-25,27}.
- * Evaluación de la erupción en el sector de la fisura.
- * Preparación ortodóncica previa al injerto óseo^{2,30}.
- * Alineamiento.

Frecuencia de la consulta: Pacientes en tratamiento: 15 a 30 días - pacientes en supervisión: cada 3 meses.

Cirugía

- * Injerto óseo^{2,30}.
- * Dar respuesta quirúrgica a tratamientos no resueltos en la etapa oportuna.

3º CONTROL EN ATENEO
INTERDISCIPLINARIO
CORRESPONDIENTE A 8-10 AÑOS

4ª ETAPA

De 12 a 16 años. Dentición permanente

OBJETIVOS

- * Reevaluar el tratamiento fonoaudiológico previo. Definir: continuación, alta temporal o definitiva.
- * Control erupción y/o tratamiento del sector molar (2º y 3º).
- * Planificación y tratamiento ortodóncico pre y post quirúrgico de grandes desarmonías esqueléticas²⁸.
- * Dar respuesta quirúrgica a las grandes desarmonías esqueléticas y problemas cosméticos no resueltos.

TRATAMIENTO

Fonoaudiología
Tratamiento fonoaudiológico propiamente dicho.

Odontología

Tratamiento generalmente con aparatología fija para el alineamiento dentario²⁹.

Cirugía³⁰⁻³¹⁻³²⁻³³

Rinoplastia: Se considera entre los 4-15 años.
Septumplastia: A partir de los 12 años.
Osteotomías maxilares: A partir de los 12 años.
Eventual revisión de la cicatriz labial.

4º CONTROL EN ATENEO
INTERDISCIPLINARIO
CORRESPONDIENTE A 16 AÑOS EN
ADELANTE

FISURADOS CON PATOLOGÍA ASOCIADA

Jerarquización de prioridades de atención de acuerdo a la situación clínica particular.

RELEVAMIENTO DE DATOS

¿Existe en nuestro país la posibilidad de realizar un

trabajo conjunto para que, aplicando el rigor científico necesario, pueda ayudarnos a evaluar resultados?

Dice el Dr. Bazerque³⁴: "Los descubrimientos científicos de la química, la física, la biología y todas las ciencias básicas de la medicina han aportado un fundamento sólido y un conocimiento indispensable sobre las causas, los mecanismos de producción y evolución de muchísimas enfermedades. Además la aplicación de la moderna tecnología para el diagnóstico, la prevención y la terapéutica han reeditado drásticos beneficios para la salud.

Sin duda la medicina moderna se sustenta en todos estos adelantos. Pero su progreso tiene su motor y su prueba final en ella misma: en el conocimiento derivado del ejercicio mismo de la medicina. Es el médico funcionando como tal el que planteará los problemas que deben ser resueltos y el que planteará en última instancia la bondad de una técnica o la eficacia de una terapéutica".

La aplicación del método científico en investigación clínica^{34-36,35} exige un alto grado de preparación y un orden máximos. Pensamos que sería importante en nuestro país generar la estructura capaz de desarrollar un proyecto y su aplicación con instituciones públicas y privadas para la posterior evaluación y discusión conjunta de los resultados obtenidos como método para el mejoramiento de nuestra tarea.

RESUMEN

El análisis conjunto de las diversas alteraciones que presenta el paciente con fisura con la participación simultánea de las distintas disciplinas reunidas para su discusión, la jerarquización de los trastornos en cuanto a la oportunidad del tratamiento, la puntualización de los objetivos a alcanzar en cada etapa de su evolución (crecimiento, desarrollo y maduración), el seguimiento y reevaluación permanente de los resultados, la participación activa del grupo familiar³⁶ son aspectos necesarios en el tratamiento de esta patología.

En el mundo distintas escuelas aplican diferentes criterios en cuanto a la oportunidad de las intervenciones y técnicas adecuadas. La controversia a favor o en contra del tratamiento ortopédico temprano aun continúa. Es decir que, actualmente, no existe unidad de criterio en cuanto a la conducta terapéutica³⁷.

Los objetivos del ortodoncista a lo largo de las distintas etapas de tratamiento invariablemente están referidos a la organización del sistema estomatognático con

referencia a la estética y a la función.

El protocolo propuesto, que es perfectible, serviría para ser discutido por los distintos grupos de trabajo existentes en nuestro país para que, estandarizando la información, permita conocer la situación actual y generar un proyecto futuro de trabajo conjunto en haras de la superación permanente.

En un artículo en el que disiente con algunos tratamientos sugeridos en forma enfática, el Dr. Samuel Pruzansky dice "...Los procedimientos propugnados podrían defenderse sobre la base de que la exploración continúa de nuevos y mejores métodos cuenta con garantías y merece un apoyo. Mientras tales investigaciones puedan justificarse, a pesar de los costos que representan, le incumbe al investigador documentar sus resultados de un modo científico. En cambio, hemos sido alimentados con opiniones, simples anécdotas, pensamientos voluntariosos y trivialidades empíricas".

SUMMARY

Different alterations in patients with clefting analyzed as a whole through the simultaneous participation of several disciplines gathered together for discussion, treatment opportunity established in accordance with disorders hierarchy, clearly detailed goals to be reached in each evolution stage (growth, development and maturity), permanent follow-up and reevaluation of results, active family involvement are all necessary aspects in the treatment of this pathology.

Different schools in the world apply separate criteria as to the opportunity of adequate interventions and technics. Controversy on the pros and cons of the early orthopedic treatment still goes on. It is to say that at present there is no agreement as to the therapeutic behaviour.

Along the different stages of treatment, orthodontist goals are invariably referred to the organization of stomatognathic system according to esthetics and function. The suggested protocol, which is perfectible, will serve to be discussed by different work teams in our country in order that, through information standardization, it may allow to know the present situation and to produce a future joint work project towards excellence.

In an article dissenting with some emphatically suggested treatments, Dr. Samuel Pruzansky says...". The procedures advocated might be defended on the basis that continuous exploration for new and better methods is warranted and deserves support. While such research may be justified, despite the costs incurred, it is incumbent upon the investigator to document his results in a scientific manner. Instead, we have been fed opinion, anecdotal pap, wishful thinking, and empirical trivia".

BIBLIOGRAFIA

1. Mølsted, K.; Asher-McDade, C.; Brattström, V.; Dahl, E.; Mars, M.; McWilliam, J.; Flint, D.A.; Prah-Andersen, B.; Semb, G.; Salow, W. C.; The, R. P. S. A Six-Center International Study of Treatment Outcome in Patients with Clefts of the Lip and Palate: Part 2. Craniofacial Form and Soft Tissue Profile. *Cleft Palate-Craniofacial J.* Vol. 29, Nº 5, 398-404, September 1992.
2. Mars, M.; Asher-McDade, C.; Brattström, V.; Dahl, E.; McWilliam, J.; Mølsted, K.; Flint, D.A.; Prah-Andersen, B.; Semb, G.; Shaw, W. C.; The, R. P. S. A Six-Center International Study of Treatment Outcome in Patients with Clefts of the Lip and Palate: Part 3. Dental Arch Relationships. *Cleft Palate-Craniofacial J.* Vol. 29, Nº 5, 405-408, September 1992.
3. Payne, E. T.; Wilson, B.M.; Jordan, W.J. Improved Patient Compliance with Cleft Palate Team Regimes. *Cleft Palate-Craniofacial J.* Vol. 30, Nº 3, 292-301; May 1993.
4. Bardach, J.; Morris, H.L.; Olin, W.H.; Gray, S. D.; Jones, D. L.; Kelly, K. M.; Shay, W. C.; Semb, G. Results of Multidisciplinary Management of Bilateral Cleft Lip and Palate at the Iowa Cleft Palate Center. *Plastic and Reconstructive Surgery.* Vol. 89, Nº 3; 419-435, March 1992.
5. Shaw, W. C.; Dahl, E.; Asher-McDade, C.; Brattström, V.; Mars, M.; McWilliam, J.; Mølsted, K.; Flint, D. A.; Prah-Andersen, B.; Roberts, Christopher; Semb, G.; The, R. P. S. A Six-Center International Study of Treatment Outcome in Patients with Clefts of the Lip and Palate: Part 5. General discussion and Conclusions. *Cleft Palate-Craniofacial J.* Vol. 29, Nº 5, 413-418, September 1992.
6. Rohrich, R. J.; Byrd, H. S. Optimal Timing of Cleft Lipate Closure. *Clinics in Plastic Surgery.* Vol. 17, Nº 1; 27-36, January 1990.
7. Pruzansky, S. Pre-surgical orthopedics and bone grafting for infants with cleft lip and palate: A dissent. *Cleft Palate Journal* Nº 1, 1964.
8. Kawamoto, H. K.; Mark, K. H.; Macomber, W. B. Rare Craniofacial Clefts. The head and Neck. 216-2161.
9. Friedman, H. I.; Sayetta, R. B.; Coston, G. N.; Hussey, J. R. Symbolic Representation of Cleft Lip and Palate. *Cleft Palate-Craniofacial J.* Vol. 28, Nº 3; 252-259, July 1991.
10. Hofstee, Y.; Kora, N.; Hennekam, R. Genetic Survey of a Group of Children with Clefting: Implications for Genetic Counseling. *Cleft Palate-Craniofacial J.* Vol. 30, Nº 5, 447-451, September 1993.
11. Rollnick, B.; Pruzansky, S. Genetic Services at a Center for Craniofacial Anomalies. *Cleft Palate Journal.* Vol. 18, Nº 4, 304-313, October 1981.
12. Deglioni, P.; Benmar, R.; Losoviz, E.; Ganewich, E. Tratamiento no quirúrgico de la deformidad nasal en el paciente fisurado. *Rev. del Ateneo Argentino de Odontología.* Vol. XXVII, Nº 1, 31-35, Diciembre 1991.
13. Matsuo, K.; Hirose, T.; Otogiri, T.; Norose, N. Repair of Cleft Lip with Nonsurgical Correction of Nasal Deformity in the Early Neonatal Period. *Plastic and Reconstructive Surgery.* Vol. 83, Nº 1, 25-31, January 1989.
14. Delaire, J.; Chateau J. P. Comment le septum nasal influence-t-il la croissance premaxillaire et maxillaire. *Revue de Stomatologie.* 241-254 Paris, 1977-78.
15. Delaire, J.; Precious, D. Influence of the Nasal Septum on Maxillofacial Growth in Patients with Congenital Labiomaxillary Cleft. *Cleft Palate J.* Vol. 23, Nº 4, 270-277; October 1985.
16. Dahl, E. Transverse Maxillary Growth in Combined Cleft Lip and Palate. *Cleft Palate J.* Vol. 16, Nº 1, 34-41, January 1979.
17. Ross, Treatment variables affecting facial growth in complete unilateral cleft lip and palate. *Cleft Palate Journal.* Vol. 24, Nº 1, January 1987.
18. Høtz, M.; Gnoismink, V. Comprehensive care of cleft lip and palate children at Zürich University: A preliminary report. *American J. of Orthodontics.* Vol. 70, Nº 5, November 1976.
19. Coornaert, H.; Coornaert, P. H. L'orthopédie postnatale des fentes labio-alvéolo-palato-maxillaires. *Actualités Odonto-Stomatologiques.* Nº 162, 247-256, Juin 1988.
20. Mazaheir, M.; Harding, R.; Cooper, J.; Meier, J.; Jones, T. Changes in arch form and dimensions of cleft patients. *Amer. J. Orthodont.* 19-32, July 1971.
21. Mazaheir, M.; Athanasiou, A. E.; Long, R. E.; Kolokitha, O. G. Evaluation of Maxillary Dental Arch Form in Unilateral Clefts of Lip, Alveolus, and Palate from One Month to Four Years. *Cleft Palate-Craniofacial J.* Vol. 30, Nº 1, 90-93; January 1993.
22. Dahlöf, G.; Ussisou-Joandi, R.; Idberg, M.; Moezer, T. Caries, Gingivitis, and Dental Abnormalities in Preschool Children with Cleft Lip and/or Palate. *Cleft Palate J.* Vol. 26, Nº 3, July 1989.
23. Tindlund, R. S.; Rygh, P.; Boe, O. E. Orthopedic Protraction of the Upper Jaw in Cleft Lip and Palate Patients during the Deciduous and Mixed Dentition Periods in Comparison with Normal Growth and Development. *Cleft Palate-Craniofacial J.* Vol. 30, Nº 2; 182-194; March 1993.
24. Tindlund, R. S.; Rygh, P.; Boe, O. E. Interarcane Winding and Sagittal Effect of Maxillary Transverse Expansion in Patients with Cleft Lip and Palate during the Deciduous and Mixed Dentitions. *Cleft Palate-Craniofacial J.* Vol. 30, Nº 2; 195-207; March 1993.
25. Szukly, A.; Takahama, Y. A Jointed Fan-Type Expander: A Newly Designed Expansion Appliance for the Upper Dental Arch of Patients With Cleft Lip and/or Palate. *Cleft Palate J.* Vol. 26, Nº 3, July 1989.
26. Vanders, A. P.; Ranalli, D. N. Evaluation of Craniomandibular Dysfunction in Children 6 to 10 Years of Age with Unilateral Cleft Lip and Palate: A Clinical Diagnostic Adjunct. *Cleft Palate J.* Vol. 26, Nº 4; 332-337; October 1989.
27. Tindlund, R. S.; Rygh, P. Maxillary Protraction: Different Effects on Facial Morphology in Unilateral and Bilateral Cleft Lip and Palate Patients. *Cleft Palate-Craniofacial J.* Vol. 30, Nº 2; 208-221; March 1993.
28. Bishara, S. E.; Arredondo, R. S. M.; Vales, H. P. Dentofacial relationships in persons with unoperated clefts: Comparisons between their clefts types. *Am. J. Orthod.* 479-507, June 1975.
29. Mølsted, K.; Dahl, E.; Brattström, V.; McWilliam, J.; Semb, G. A Six-Center International Study of Treatment Outcome in Patients with Clefts of the Lip and Palate: Evaluation of Maxillary Asymmetry. *Cleft Palate-Craniofacial J.* Vol. 30, Nº 1; 22-28; January 1993.
30. Trotman, Carroll-Ann; Ross, R. Bruce. Craniofacial Growth in Bilateral Cleft Lip and Palate: Ages Six Years to Adulthood. *Cleft Palate-Craniofacial J.* Vol. 30, Nº 3; 261-273; May 1993.
31. Hester, T. R.; Kurkiewicz, M. J.; Meyer, R.; Cunningham, S.; Eros, T. Total Reconstruction of the "End-Stage" Cleft Lip and Palate Deformity. *Plastic and Reconstructive Surgery.* Vol. 76, Nº 4; 539-551; October 1985.
32. Hochban, W.; Gang, C.; Austermann, K. H. Long-Term Results after Maxillary Advancement in Patients with Clefts. *Cleft Palate-Craniofacial J.* Vol. 30, Nº 2; 237-249; March 1993.
33. Marsh, J. L.; When Is Enough Enough? Secondary Surgery for Cleft Lip and Palate Patients. *Clinics in Plastic Surgery.* Vol. 17, Nº 1; 37-47; January 1990.
34. Bazarque, P.; Tessier, J. Métodos y técnicas de la investigación clínica. Ediciones Toray Argentina, 1982.
35. Bone, V.; Bagatin, M. Maxillary Arch Analysis: Utilizing a Computer-Based Method. *Cleft Palate-Craniofacial J.* Vol. 30, Nº 2, March 1993.
36. Pannbacker, M.; Scheuerle, J. Parents' Attitudes toward Family Involvement in Cleft Palate Treatment. *Cleft Palate-Craniofacial J.* Vol. 30, Nº 1; 87-89; January 1993.
37. Karing, J.; Larson, O.; Leanderson, R.; Henningson, G. Speech in Unilateral and Bilateral Cleft Palate Patients from Stockholm. *Cleft Palate-Craniofacial J.* Vol. 30, Nº 1; 73-77; January 1993.

Cáncer bucal.

Es mortal ignorarlo

John Anderton*
(Traducción: Alfredo José Brezina)

Aproximadamente un 75% de los cánceres bucales y faríngeos se atribuyen al uso de tabaco, fumado y sin humo (incluyen boca, lengua, labios, garganta y partes de la nariz y la laringe). Quienes mascan tabaco tienen un riesgo alto de lesiones en encía y carrillo, que pueden llevar a cáncer. El consumo de alcohol es otro factor de riesgo.

Se cree que las combinaciones de tabaco y alcohol son factores de riesgo sustancialmente mayores que cualquiera de ellos solo. Otros factores son: infecciones virales, inmunodeficiencias, nutrición pobre, exposición a luz ultravioleta, (causa principal de cáncer de labios) y ciertas exposiciones ocupacionales.

El cáncer bucal representa del 2 al 4% de todos los cánceres diagnosticados anualmente en los EE.UU., pero las tasas relativas de supervivencia están entre las más bajas de los cánceres mayores. Sólo la mitad de los diagnosticados con cáncer bucal viven, cinco años después del diagnóstico. En contraste con otros cánceres -de pecho, recto, colon y próstata, las tasas generales de supervivencia de cánceres bucal y faríngeo no mejoraron en los pasados 16 años. En minorías, han disminuido.

La incidencia de cáncer oral varía mucho en el mundo. En países occidentales, como EE.UU., Inglaterra o Gales es del 2 al 5% de todos los cánceres, cifra baja comparada con un 40% en Sri Lanka y 50% en la India. También hay alta frecuencia en el sudeste asiático.

Hoy el cáncer bucal aparece dos veces más frecuentemente en varones que en mujeres, proporción distinta de la de cinco a uno, de cuarenta años atrás. El aumento del uso de tabaco por mujeres es la principal razón del cambio en las tasas de cáncer, comparadas con las de la década del '50. La edad también es un factor: un 95% aparece en personas de más de 40

- años; 60 es la edad promedio al diagnosticarlos.
- Pueden ser signos o síntomas de cáncer bucal:
 - Una llaga en la boca que no cicatriza, o sangra fácilmente.
 - una placa blanca o roja en la boca que no desaparece.
 - un bulto, engrosamiento o ulceración en la boca, garganta o lengua.
 - dificultad al masticar o tragar.
- Los signos más tempranos son indolores y difíciles de detectar sin un minucioso examen de cabeza y cuello por un odontólogo o médico.
- Los cánceres bucal y faríngeo aparecen en lugares que permiten diagnóstico y tratamiento tempranos. La detección del cáncer bucal mediante exámenes médicos y odontológicos periódicos puede reducir significativamente el riesgo de esta amenaza para la vida.

ALGUNAS PREGUNTAS Y RESPUESTAS SOBRE CÁNCER BUCAL

- **¿Cuál es el cáncer bucal más común?**
-El cáncer de lengua representa el 30% de los cánceres bucales.
- **¿Cómo se diagnostica el cáncer bucal?**
-Al igual que otros, por biopsia. Se toma del área una porción de tejido y se manda para su examen a un patólogo, luego que un odontólogo o un médico han seguido una lesión, para evaluar si se justifica el procedimiento.
- **¿Cuál es la difusión del cáncer bucal?**
-Se estima, para 1993 diagnosticar cánceres bucales y faríngeos en 29,800 personas: 20,300 varones y 9,500 mujeres. Se esperan (en los EE.UU.) aproximadamente 7,700 muertes por cáncer bucal.
- **¿Hay áreas más en riesgo que otras en los EE.UU.?**

* C.D.C.: National Center for Prevention Services. Centers for Disease Control and Prevention. EE.UU., mayo, 1992.

-En la zona rural del Sudeste, la incidencia de cáncer bucal es cuatro veces mayor en quienes aspiran tabaco; la mayoría no fuma ni bebe. Para este grupo, el riesgo puede ser 50 veces mayor para cánceres de carrillo y encía.

■ **¿Quiénes tienen mayor riesgo de desarrollar cáncer bucal?**

-Las personas de más de cuarenta años, y los usuarios de tabaco -fumado o sin humo- combinado con el alcohol.

■ **¿Hay lesiones bucales no cancerosas?**

-Sí, muchas no son cancerosas. Pero algunas pueden volverse malignas, como la leucoplasia, placa blanca, indolora; puede formarse sobre el labio, la lengua o la comisura. Aparece habitualmente en usuarios de tabaco, fumadores de cigarrillos o pipa, o que lo mastiquen.

■ **¿Puede prevenirse el cáncer bucal?**

-Sí. La mayoría pueden prevenirse, no usando tabaco, en ninguna forma, y limitando o dejando la ingesta de alcohol.

■ **¿Puede detectarse el cáncer bucal precozmente?**

-Sí. Mediante exámenes regulares de la boca y la garganta, puede detectarse en sus estadios más tempranos, de más probable curación. En ese caso las tasas de sobrevida a los cinco años son de cerca del 75%. Sin exámenes periódicos aumenta el riesgo y las tasas de sobrevida disminuyen.

■ **¿Qué está haciendo el C.D.C. para prevenir el cáncer bucal?**

-Trabaja de varias maneras para educar a los profesionales de la salud y al público sobre sus peligros. Algunos ejemplos son:

- Evaluando su prevalencia en EE.UU.
- Desarrollando materiales para los organismos de Salud Pública para establecer programas de alerta sobre cáncer bucal y faríngeo.
- Creando mayor atención profesional.
- Formando grupos en los niveles nacional, estatal y local para reducir la enfermedad.
- Organizando para 1995 una Conferencia para desarrollar un plan estratégico nacional, para reducir la mortalidad.

La salud en los tiempos de la convertibilidad.

Dr. Héctor M. Ziegler

Los conceptos vertidos en el presente artículo constituyeron la base de la presentación efectuada en nombre del Ateneo Argentino de Odontología en el acto que se llevó a cabo el 7.11.96 con la convocatoria de esta institución.

Dicho acto contó con la participación de las principales instituciones odontológicas de la ciudad de Buenos Aires y tuvo como motivo principal, generar un amplio debate acerca de la crítica situación que vive en la actualidad la profesión y la necesidad de búsqueda de soluciones para ella y para la salud de la población.

Estimamos oportuno hacer una breve anamnesis de la evolución del sistema de salud argentino antes de entrar de lleno en el estado actual. Para ello dejaremos atrás por muy conocida la etapa del mutualismo y la beneficencia. Digamos entonces para fijar una fecha de partida que ya en la década del 40 la arquitectura sanitaria argentina se apoyaba en dos subsectores: El Hospital Público y la Medicina Privada.

Posteriormente, promediando la década citada aparecen los primeros esbozos de lo que más tarde será el subsector de obras sociales, importante pilar de la salud argentina que tuvo más adelante su legitimación mediante la Ley 18.610 a un costo político que todavía sufrimos. Este subsector tuvo un rápido crecimiento: hoy atiende o debería atender a 11 millones de beneficiarios. Si a esto le sumamos los beneficiarios de los institutos creados por ley la cifra se eleva a 18 millones de almas con un manejo de 3.500 millones de pesos al año: aproximadamente el 3,5% del PBI sin considerar obras sociales provinciales y fuerzas armadas y de seguridad que no responden al ANSSAL.

Pero otro subsector importantísimo aparece en estos momentos compartiendo el espectro de salud: La Medicina Prepaga, que organizada en alrededor de 200 empresas hoy factura algo más de 3.000 millones de pesos y, con 2 millones y medio de afiliados interpone su poder político para crecer.

Así las cosas, si el titular tiene la suerte de no ser desocupado, afronta con su salario: el gasto de la medicina privada, el descuento para la obra social, en algunos casos una cuota de prepaga y, vía el consumo, colabora con rentas generales para solventar el hospital público.

Y entonces aparece el plan de convertibilidad que dejó en cero la tasa de inflación pero que en el camino se quedó con el 70% del valor adquisitivo del salario.

En estas condiciones, aparecen nuevas re-

glas de juego para esta industria de la salud, modificaciones que, originadas en el gobierno nacional, producen adhesiones y rechazos. No es para menos. Están en juego algo así como 8.000 millones de pesos al año. Estos cambios, se dice, **modificarán la conducta** de las obras sociales, las prepagas y el hospital público.

De qué se trata:

• **Para las obras sociales: Desregulación**

¿Qué significa?

- 1) Que el afiliado podrá cambiar de obra social una vez al año aunque no pertenezca a su actividad profesional.
- 2) Aportará a una sola obra social aunque tenga diferentes empleos.
- 3) Si el cónyuge trabaja, deberá optar por la misma obra social.
- 4) Los jubilados podrán irse del PAMI pero los activos no podrán integrar al mismo.
- 5) Los autónomos podrán incorporarse a las obras sociales.



6) Lo más importante: las obras sociales podrán otorgar distintos niveles de atención según el aporte del trabajador aunque habrá una prestación básica mínima.

¿Qué se espera de esta desregulación? Que las obras sociales menos eficientes sean absorbidas por las de mayor poderío económico situación que producirá fusiones **entre Obras Sociales pequeñas o su simple desaparición**. De todos modos el sector ya tiene una fuerte concentración puesto que las 10 primeras (3% del total) captan más de la mitad de los aportes.

• **Para el Hospital Público:** Se está implementando la autogestión. En buen romance la autofinanciación, cobrando al usuario si se puede, el costo de la prestación ya se trate de Obras Sociales, prepagas o compañías de seguros.

De todas maneras parece poco probable que se autogestionen hospitales ubicados en zonas de bajos recursos con población desocupada.

• **Para las entidades prepagas:** Deberán encuadrarse en la superintendencia de Seguros como paso previo para poder recibir la adhesión de trabajadores que hoy aportan a su obra social, una vez que la desregulación les permita no ser más cautivos del sistema. **A esto** debe sumarse posiblemente el desembarco de las **AFJP** que en el futuro podrán incorporarse al mercado de salud.

La desregulación implica pues, un complejo clearing de las obras sociales entre sí y con las entidades pre-pagas ya que seguramente de no mediar disposiciones que en estos momentos no parecen factibles, el hospital público será un convidado de piedra.

En este contexto veamos sucintamente el estado actual:

1. La globalización avanza en un mundo cada vez más dependiente conformado por bloques y mercados

regionales.

2. Las leyes del libre mercado y la apertura económica como parte de las exigencias, avanzan sin contemplaciones sociales.

3. Los capitales ingresados reclaman cláusulas que permitan rápida y rentable recuperación.

4. Como en otras áreas sociales, los gastos en salud resultan insuficientes aumentando la desprotección ante la enfermedad.

5. Corporaciones empresarias penetran en el ámbito de la salud que así pasa a llamarse mercado.

6. El ajuste de gastos como prioridad empresarial trae la disminución cuanti-cualitativa en las prestaciones y honorarios profesionales.

7. Se imponen denigrantes condiciones de trabajo.

8. Se aumenta la presión tributaria.

9. Se establece una búsqueda desesperada por parte de los odontólogos de población cautiva en obras sociales y prepagas como solución a los problemas más acuciantes.

10. Las instituciones profesionales continúan cumpliendo su rol específico en el ámbito técnico-científico.

11. Mientras tanto, desorientados, subocupados y preocupados, los odontólogos carecen de una organización que permita la participación voluntaria y la discusión y puesta en práctica de posibles soluciones a sus problemas económicos.

Así las cosas, los profesionales de la salud no han sido integrados a ningún foro donde se traten estos temas. Y conste que no nos mueven intereses corporativos aunque podríamos agregar a esta larga lista ya enumerada, la situación previsional de los profesionales activos o pasivos.

En consecuencia creemos llegado el momento de impulsar una importante movilización de los integrantes del sector. Para ello estimamos que deben realizarse acciones en el contexto integrador de los profesionales de la salud y otras dentro de la propia profesión odontológica.

Las primeras, convocando a las federaciones médicas, farmacéuticas, bioquímicas, etc. a los efectos de sugerir la creación de un ente coordinador que permita aunar fuerzas con el fin de lograr cumplir con el rol democrático que los profesionales de la salud podemos jugar en el entramado social, encomendándose a Fociba la realización de las gestiones en tal sentido.

En cuanto a las acciones a desarrollar en el ámbito de la profesión organizada, proponemos:

Constituir una comisión gremial en el

ámbito de la Fociba, con amplia representatividad de los diversos sectores odontológicos existentes en la Ciudad de Buenos Aires, con incorporación voluntaria e independiente, pertenecientes o no a las instituciones primarias que a la fecha integran Fociba. Esta comisión se abocará al estudio de los diferentes aspectos de la problemática laboral de los odontólogos y sus posibles soluciones.

Asimismo, esta comisión tendrá apoyatura científica, económica, edilicia y publicitaria de las entidades primarias, elaborará sus propias normas de funcionamiento y su primer compromiso consistirá en llamar a un Seminario para analizar la situación laboral de la profesión en los diferentes ámbitos de trabajo.

A modo de reflexión final tengo la convicción que

la inacción que hemos vivido hasta ahora en los aspectos socioeconómicos es suicida, y por lo tanto debe revertirse.

Necesitamos lograr la unidad integradora de los odontólogos entre sí y con el resto de los profesionales de la salud. Es decir, permitir que se expresen todos los integrantes del sector. Por que permitiendo la participación sin exclusiones se generará el debate y con él asomará la finalidad creadora de la democracia.

Somos conscientes de que modificar la situación necesitará no sólo una gran dosis de ilusión sino una importante carga de sacrificio.

Pero nuestra profesión y nuestra comunidad merecen un futuro mejor y la posibilidad cierta de lograr la justicia. Justicia que iguala. Que impide el abuso.



Noticias del Ateneo.

JORNADAS "BODAS DE ORO" DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD DE BUENOS AIRES

Durante la primera semana de julio pasado, la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires llevó a cabo sus Jornadas Científicas "Bodas de Oro", en conmemoración del cincuentenario de la ley que convirtió a la entonces Escuela de Odontología en Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Buenos Aires.

El importante evento contó con una concurrencia de 2.500 inscriptos que asistieron a las exposiciones de destacados especialistas nacionales y extranjeros.

El Ateneo Argentino de Odontología se hizo presente, a través de su presidente Dr. Isaac Rapaport, en los actos protocolares realizados en la ocasión: el acto inaugural efectuado el martes 2 de julio y el acto académico del jueves 4. En el curso de éste último, el titular de nuestra institución entregó al Decano Dr. Juan A. Pezza y al Presidente Ejecutivo de las Jornadas, Dr. Máximo J. Giglio una plaqueta alusiva al magno acontecimiento.

A continuación se publica el texto de la nota que el Ateneo envió a las autoridades de la Facultad en adhesión a las Jornadas.

Buenos Aires, 2 de julio de 1996

Señor
Decano de la Facultad de Odontología
de la Universidad de Buenos Aires
Prof. Dr. Juan A. Pezza

Señor
Presidente Ejecutivo de las Jornadas "Bodas de Oro"
Prof. Dr. Máximo J. Giglio

El Ateneo Argentino de Odontología se complace en adherir a los festejos conmemorativos del cincuentenario de la ley de creación de la Facultad de Odontología, integrante de la Universidad Nacional de Buenos Aires.

Su existencia ha sido factor absoluto en la forma-

ción de los agentes de salud que el país necesita para la atención dental de sus habitantes. Su inmensa labor se extendió, inclusive, a numerosos estudiantes hispanoamericanos de grado y posgrado que trasladaron a sus países de origen el conocimiento y perfeccionamiento adquiridos en nuestra Facultad.

El grato aniversario encuentra a la profesión ante las más serias dificultades que se recuerden para un ejercicio cada vez más lejos de poder acceder a su tratamiento. Esto también debe ser contemplado por la Facultad.

No obstante, el Ateneo Argentino de Odontología expresa su anhelo de continuidad en la tarea de una Facultad pública en la cual la excelencia en la enseñanza, el estímulo a la participación de los tres claustros en su funcionamiento y la formación de profesionales idóneos en lo técnico y responsables en lo social, sigan jerarquizando cada vez más a nuestra casa de estudios como un verdadero modelo en su género.

Dr. Jaime J. Fiszman **Dr. Isaac Rapaport**
Secretario Presidente

PROYECTO COMPARTIDO

Profesionales del Ateneo Argentino de Odontología y del Hospital Municipal de Odontología Dr. José Dueñas, están desarrollando un proyecto para compartir experiencias y aunar criterios sobre temas radiográficos y cefalométricos.

El propósito es realizar una revisión de los distintos cefalogramas que se utilizan en la actualidad y elaborar una síntesis.

Esta tarea se realizará como parte de un programa de actividades comunes a partir de 1997.

JORNADAS 35º ANIVERSARIO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA

El 25 de setiembre pasado se realizó en la ciudad de La Plata un acto académico con motivo de cumplirse 35 años de la fundación de su facultad de Odontología.

Representando al Ateneo Argentino de Odontología concurrió su secretario el Dr. Jaime Juan Fiszman,

que hizo entrega de una plaqueta en homenaje al acontecimiento.

CURSO EN RIO GALLEGOS, PROVINCIA DE SANTA CRUZ

Por 2º año consecutivo los docentes del Ateneo Argentino de Odontología participan del curso convenido entre nuestra institución y la Subsecretaría de Salud de dicha provincia destinado a la formación de recursos humanos en el área de los problemas de malformaciones congénitas.

En el presente año la tarea estuvo dirigida a la constitución de la clínica destinada al tratamiento de maloclusiones de la que participan en calidad de asistentes la totalidad de los colegas que finalizaron el curso básico integral dictado en 1996, estando la dirección y control clínico a cargo de docentes del Ateneo Argentino de Odontología.

SOCIEDAD DE ORTODONCIA DE LA REP. ARG.

SORA ha organizado un curso Extraordinario de Ortodoncia a cargo del Dr. Thomas Mulligan de Phoenix, Estados Unidos, que con el título "Una ortodoncia para aquí y ahora" se realizará en Buenos Aires, en los días 4, 5 y 6 de setiembre de 1997, se inscribe en el marco de las XV Jornadas del Ateneo Argentino de Odontología.

1er. "CURSO BASICO INTEGRAL" PARA COLEGAS RESIDENTES EN EL INTERIOR DEL PAIS

Este año el Ateneo Argentino de Odontología ha iniciado un nuevo aspecto de su labor docente, con la realización del curso del epígrafe a realizarse en nuestra sede en jornadas mensuales de 12 horas y que se extiende desde abril a diciembre del presente año.

La presencia de colegas, en su totalidad jóvenes recientemente egresados, provenientes de distintas provincias, a saber: Buenos Aires, Chubut, Entre Ríos, Mendoza, Río Negro, La Pampa, Córdoba, justifican este emprendimiento. Cabe agradecer este nuevo esfuerzo que echaron sobre sus hombros los integrantes del cuerpo docente de nuestra institución.

CURSO DE ORTODONCIA PARA ADULTOS EN BARILOCHE

A pedido del Círculo Odontológico de Bariloche se realizó un cursillo de dos sesiones a cargo de las Drs. Beatriz Lewkowicz y Graciela Resnik.

SOCIEDAD ODONTOPEDIATRICA ARGENTINA

La Sociedad Odontopediátrica Argentina, reciente seccional del Ateneo Argentino de Odontología, ha sido invitada a participar del Congreso Mundial de Odontopediatría a realizarse en Buenos Aires, en setiembre de 1997.

GREMIALES

Ante la afligente situación económica que afecta a la mayoría de los trabajadores de nuestro país, y que no excluye a los odontólogos, el Ateneo Argentino de Odontología ha reconstituido su Comisión Gremial.

Sin perjuicio de las manifestaciones de preocupación de instituciones análogas, la Comisión mencionada ha iniciado una actividad destinada a recabar - dentro del conjunto de la profesión de nuestra Capital Federal- todo tipo de propuestas que permitan ejercer en forma efectiva la defensa de los intereses básicos de los colegas.

Corresponde aclarar aunque resulte obvio, que esta preocupación y búsqueda de soluciones se enmarca en la necesidad de plantear el derecho a la salud bucal de nuestra población.



COMITE ORGANIZADOR: Dres. Marcela Sánchez, Stella Maris Tallone, Juan Meer, Stella Maris Flores de Suárez, Angela Vallone, Beatriz Lewkowicz, Liliana Periale, Claudia Jensen, Beatriz Lombardo, Ester Ganiewicz, Carlos Vaserman, Alicia Aichenbaun.

XIV JORNADAS 1996

Los días 5, 6 y 7 de setiembre del corriente año, se realizaron las XIV Jornadas "del especialista al profesional de hoy". Los inscriptos llegaron a casi 450, con la

presencia de disertantes de la F.O.U.B.A., de la A.O.A., y la participación del profesor Dr. José Suárez Lorenzo de Cuba, sin dejar de reconocer la feliz participación de los distintos equipos de trabajo del A.A.O.



Durante el Acto Inaugural los Dres. Juan C. Fernández (Pte. A.O.A.), Genaro Cacace (Dir. Hospital Municipal de Odontología) Roberto Gil Sáenz (Subdirector, Hospital Municipal), Domingo Cubillo (Presidente La Dent. Arg.), Julia Harlin (Presidente S.A.O.), Isaac Rapaport Barton (A.A.O.F.M.), Elsa Varela (Presidente F.O.C.I.B.A.), Liliana Periale (Presidente Jornadas), Estela F. de Suárez (Sec. Jornadas) y Marcela Sánchez (Tesorera Jornadas).

LE DAMOS UN 10% DE LAS RAZONES

DE POR QUÉ RECOMENDAR

NUESTRO PRODUCTO:

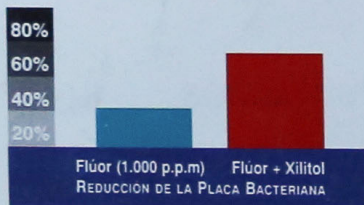
XILITOL.



NUEVA COLGATE GEL CON XILITOL EN UN 10%



Con una nueva fórmula que permite mejor protección: Colgate Gel con 10% de Xilitol, un hidrato de carbono no fermentable por el Streptococo Mutans, que disminuye la adhesión de la placa bacteriana y colabora con la remineralización del esmalte dentario. Su sabor Winterfresh deja una agradable sensación de frescura en la boca. Otra buena noticia de Colgate, para que usted recomiende a sus pacientes.



Cuadro comparativo demostrando la efectividad en la reducción de la placa bacteriana de una crema dental conteniendo Fluor + Xilitol vs. una crema dental conteniendo solo Fluor.

Colgate
Líder Mundial en Cuidado Oral.