



*Revista del*  
**ATENEO ARGENTINO**  
**de ODONTOLOGIA**

Volumen XXXVII • Número 2 • JULIO - DICIEMBRE '98

**Editorial.**

**Análisis del perfil facial Cefalograma de Holdaway de tejidos blandos**

**Cefalometría dinámica u objetivo visual de tratamiento (V. T. O.)**

**Enfermedad por HIV**

**Importancia odontolegal de la ficha odontológica**

**Ortodoncia preventiva: Una manera de evitar la sonrisa con encía excesivamente visible**

**Plomada indicadora en telerradiografías**

**Sociedad, Salud, Educación y Cultura**

**Noticias del Ateneo**

**Ley Básica de Salud**



En odontalgias

**CLINADOL®**

FLURBIPROFENO 50 mg

**CLINADOL® FORTE**

FLURBIPROFENO 100 mg

Resuelven el problema

ANALGESICO-ANTIINFLAMATORIO NO ESTEROIDEO  
INHIBIDOR DE LA RESORCION OSEA ALVEOLAR

PRESENTACIONES: CLINADOL: Envase con 16 comprimidos recubiertos.  
CLINADOL FORTE: Envases con 8 y 16 comprimidos recubiertos.



Gador   
Al Cuidado de la Vida

<http://www.gador.com.ar>

Revista del  
**ATENELO ARGENTINO**  
de ODONTOLOGIA

**Editor**

**Responsable:**  
Comisión Directiva  
del Ateneo  
Argentino de  
Odontología

**Comité de**

**Redacción:**  
Jaime Juan Fiszman  
Juan Meer  
Mario Daniel Torres  
Héctor Ziegler

**Nueva dirección de la Revista:** Informamos a nuestros lectores, autores y auspiciantes que por resolución de la Comisión Directiva se designó al Dr. Ariel Osvaldo Gómez Director de la Revista del Ateneo Argentino de Odontología (R.A.A.O.).

**Diagramación:**  
Prototipo

**Composición  
y armado:**  
Gráfica Libra

**Impresión:**  
C.O.G.T.A.L.

Anchorena 1176  
(1425), Buenos Aires.  
Tel.: 4962-2727  
Fax: 4963-2705  
E-MAIL: [ateneo@canopus.com.ar](mailto:ateneo@canopus.com.ar)

Volumen XXXVII  
Nº 2 - Julio-Diciembre de 1998

**COMISION DIRECTIVA**

**Presidente:** ..... Juan Meer  
**Vicepresidente:** ..... Ricardo Pomeranic  
**Secretaria:** ..... Ana María Caputo  
**Prosecretaria:** ..... Stella M. Flores de Suárez  
**Tesorera:** ..... Marcela Sánchez  
**Protesorero:** ..... Mario Beszkin

**VOCALES**

<b>Titulares</b>	<b>Suplentes</b>
Armando Pollero	Alicia Aichenbaum
Ester Ganiewich	Patricia Zaleski
Edith Losoviz	Beatriz Lombardo
Isaac Rapaport	Liliana Periale
Jaime Juan Fiszman	Susana Otero
Carlos Vaserman	Elias Beszkin

**COMISION FISCALIZADORA**

<b>Titulares</b>	<b>Suplentes</b>
Mario Daniel Torres	Angela Vallone
Héctor Ziegler	Beatriz Lewkowicz
Luis Zielinsky	Eduardo Muñio

**TRIBUNAL DE HONOR**

Henja F. de Rapaport	José Adonaylo
Catalina Dvorkin	Leonardo Voronovskiy
Maria Rosa Valsangliacom	Sara Snelbrun
Marta Dascal	Silvia Rudyoy
	Moisés Gerszenszteyl

**S.O.R.A. Sociedad de Ortodoncia de la Rep. Argentina**  
Seccional del A.A.O. - Comisión Directiva

**Presidente:** ..... Liliana Periale  
**Vicepresidente:** ..... Elias Beszkin  
**Secretaria:** ..... Susana Otero  
**Tesorera:** ..... Ana María Kriguer

**VOCALES**

<b>Titulares</b>	<b>Suplentes</b>
Luis Zielinsky	Marta Dascal
Beatriz Melamed	Armando Pollero
Noemi Lismán	Catalina Dvorkin
Stella M. Flores de Suárez	Beatriz Lewkowicz

**S.O.A.**

**Presidente:** ..... Henja F. de Rapaport  
**Vicepresidente:** ..... Raquel Kirzner  
**Secretaria:** ..... Diana Kaplan  
**Tesorera:** ..... Marcela Sánchez

**VOCALES**

<b>Titulares</b>	<b>Suplentes</b>
Patricia Zaleski	Lia Tuchsneider
Graciela Libonatti	Maria Cristina Escala

Las opiniones expresadas en esta publicación no reflejan necesariamente el punto de vista del ATENELO 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.

**Intercambio internacional:** deseamos canje con revistas similares. Nous désirons établir échange avec les revues similaires. Deseamos permutar con as revistas congeneres. We wish to exchange with similar magazines. Um Austausch wird gebeten.

# Revista del ATENEO ARGENTINO de ODONTOLOGIA

Volumen XXXVII • JULIO-DICIEMBRE '98 • Número 2

## Sumario

3. Editorial.

---

5. Análisis del perfil facial Cefalograma de Holdaway de tejidos blandos  
*Dra. Amanda Rizzutti\*, Dra. Gema Brizuela\**

---

12. Cefalometría dinámica u objetivo visual de tratamiento (V. T. O.)  
*Dra. Amanda Rizzutti\*, Dra. Gema Brizuela\**

---

21. Enfermedad por HIV  
*Dra. Liliana M. Puga*

---

38. Importancia odontolegal de la ficha odontológica  
*Dr. Enrique Jorge Peri*

---

41. Ortodoncia preventiva: Una manera de evitar la sonrisa con encía excesivamente visible  
*Dra. Henja F. de Rapaport*

---

49. Plomada indicadora en telerradiografías de perfil de la vertical geografica  
*Dr. Jorge A. Vivanco - Dra. Marcela Y. Vivanco*

---

51. Sociedad, Salud, Educación y Cultura  
*Dr. Atilio Boron*

---

59. Noticias del Ateneo

---

66. Ley Básica de Salud

## Editorial.

### La crisis del ejercicio profesional en el umbral del 2000

Una señal de alerta se activó en los últimos años en el quehacer del ejercicio profesional del odontólogo. Esto, que no es poco, ya que la mayoría de los dentistas solemos dedicar a la actividad tiempo completo, involucra: a la población demandante, a las organizaciones prestadoras y/o financiadoras, a los odontólogos, y por supuesto al marco legal que ordena el desarrollo de una parte de la salud de la gente.

En un intento de sintetizar lo que alerta y alarma a nuestra profesión, podemos resaltar:

- Escaso o nulo reconocimiento a la capacitación y al perfeccionamiento de postgrado.

- Sostenida devaluación de la tarea asistencial, sin ámbitos de representación de las partes en igualdad de condiciones (unilateralidad y sometimiento a normas de trabajo), principalmente en el ámbito de la Capital Federal.

- Concepto de auditoría al servicio de la restricción económica, o anteponiendo la rentabilidad a las normas académicas y conceptos preventivos y conservadores de la salud bucodental.

- Riesgoso desamparo de usuarios de sistemas de medicina prepaga y clínicas privadas que desconocen las reglas de juego comerciales.

- Ausencia del estado nacional en su rol de garantizar el derecho constitucional a la Salud.

Duras pero reales descripciones de la realidad que nos toca vivir en el último año del milenio. Fenómeno local o global puede ser una pregunta. A modo ilustrativo invitamos al lector a recorrer el texto bajo el título de "Descontento médico" editorializado por la Revista Fundación Facultad de Medicina en su último número por el Prof. Dr. Osvaldo Fustinoni, sobre el ejercicio profesional en EE.UU.

Desde nuestra institución deseamos transmitir algunas fortalezas y caminos posibles para transitar.

- No estamos solos, estamos trabajando con entidades colegas, buscando soluciones y esperamos hacerlo en el futuro con: médicos, farmacéuticos, psicólogos, kinesiólogos, y otras actividades del arte de curar.

- El patrimonio de nuestro conocimiento, destrezas y estructuras académicas de nuestro país con docentes capacitados.

- El juramento hipocrático que rige nuestra actividad y que sostendremos como bandera.

- Con nuestra participación confederada en los niveles de decisión de las políticas de salud.

Por último: la profesión del odontólogo deberá ejercitarse según las normas y criterios que proponen los investigadores y académicos y no la chata y encorsetada práctica posible en una pretendida libertad del mercado y alta competitividad.

# PARODIUM®

PRIMER TRATAMIENTO LOCAL QUE ACORTA SENSIBLEMENTE EL PERIODO DE CURACION DE LA GINGIVITIS Y GINGIVORRAGIA.

## EL EFECTO PARODIUM®

Su exclusivo diseño farmacotécnico, asegura la adherencia sobre la mucosa gingival prolongando la acción de sus tres principios activos, extracto de Rheum Palmatum Clorhexidina y Formaldehído.

Parodium provee acción antiinflamatoria antiséptica y hemostática.

Parodium cierra el círculo terapéutico, luego de la labor profesional y el cepillado.



PARA UNA PATOLOGIA LOCAL, UN TRATAMIENTO TOPICO

## Análisis del perfil facial Cefalograma de Holdaway de tejidos blandos

Amanda Rizzutti\*, Gema Brizuela\*

El análisis de los tejidos blandos del perfil, realizado minuciosamente, forma parte del estudio diagnóstico del paciente.

Las proporciones faciales evaluadas clínicamente, son el primer paso a tener en cuenta en la iniciación de un tratamiento ortodóncico, lo que proporciona importante información, juntamente con los datos de las radiografías cefalométricas laterales.

Holdaway a través de una cefalometría estática, realiza un análisis detallado de tejidos blandos, que contribuye y facilita el estudio del perfil.

### CEFALOGRAMA DE HOLDAWAY DE TEJIDOS BLANDOS

El trazado del mismo, se realiza en un calco sobre una telerradiografía lateral, donde se dibujan, la armadura esquelética y dentaria, con los elementos más significativos y el contorno de los tejidos blandos del perfil.

Sobre el mismo se transporta el plano de Frankfort (Porio - suborbitario), el plano facial (Nasion - Pogonion) y el plano oclusal funcional (fig. 1).

El cefalograma de Holdaway de tejidos blandos, se traza marcando un plano y dos líneas.

Se comienza trazando el plano, para ello se proyecta el punto nasion (Na) y el punto pogonion (Pog) hasta el perfil blando y se unen determinando el plano Na Pog blando. Este plano corta al Frankfort y forma un ángulo llamado *Ángulo Facial*, cuyo valor debe ser de  $91^\circ \pm 5$  (fig. 2).

Los tejidos blandos suelen acompañar a los duros, y por lo general, cuando el ángulo de la profundidad facial, determinado por Frankfort -Na- Pog, está dentro de sus valores normales ( $87^\circ \pm 3$ ) el ángulo facial de tejidos blandos también está dentro de su norma. Pero puede ocurrir que la mandíbula se encuentre retruida, lo que daría valores disminuidos en el ángulo de la profundidad facial y que los tejidos blandos compensen la

misma, encontrándose engrosados, con un valor normal de ángulo facial, el resultado sería un perfil armónico, que no deben cambiarse a través de maniobras ortodóncicas que desequilibrarían al mismo.

Se dibuja luego una línea perpendicular al plano de Frankfort que corta en el borde bermellón del labio superior.

Este trazado determina dos medidas lineales, una para la nariz y otra para la profundidad del surco del labio superior (fig. 3).

La *prominencia de la nariz* está medida en milímetros y se toma desde la perpendicular trazada, hasta la punta de los tejidos blandos más prominentes de la nariz, su rango estético que es muy amplio, estaría dado entre 14 y 24 mm. y dependerá del caso clínico que se esté estudiando, de la biotopología y del sexo (fig. 4).

La *profundidad del surco del labio superior*, es también una medida lineal y se toma en la curvatura del labio superior desde su zona más depresiva hasta la li-

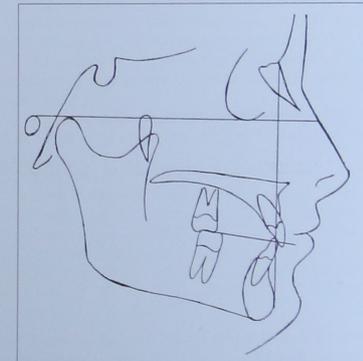


Fig. 1: Planos tomados del cefalograma. (Frankfort - Facial y oclusal funcional).

\* Docentes del Ateneo Argentino de Odontología.

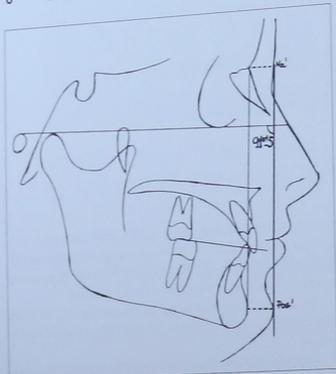


Fig. 2: Ángulo Facial (Plano Na - Pog' con Frankfort).

nea trazada (perpendicular al Frankfort tangente a bermellón).

Su norma estética es de 3 mm. Pudiendo variar de 1 a 4 mm. La biotipología debe ser tenida en cuenta, ya que en pacientes dolicofaciales, se encuentran medidas menores, no obstante como mínimo debe ser de 1 mm. para conservar la estética (fig. 5).

El tercer trazo es la determinación de la línea H que va del mentón blando al borde bermellón del labio superior (fig. 6).

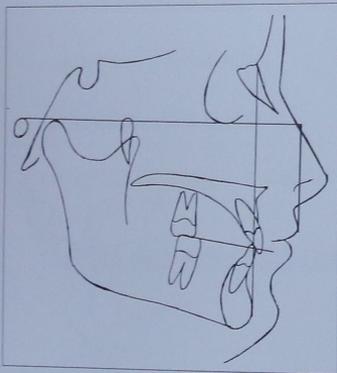


Fig. 3: Línea perpendicular al plano de Frankfort que pasa tangente al borde bermellón.

La medida del **tejido subnasal blando a la línea H**, es una medida lineal, tomada desde la profundidad del surco del labio superior hasta la línea H; con una convexidad del perfil esquelético normal, o sea cuando el punto A se encuentra 1 mm.  $\pm$  2,5 por delante del plano Na - Pog., para labios normales la distancia debe ser de 5 mm., para labios gruesos de 7 mm. Y para labios delgados de 3 mm (fig. 7).

Holdaway utiliza el transparente de Jacobson y Sadowsky, para predecir cual es la posición labial estética de acuerdo al tipo de labio.

El template tiene dibujados tres labios con su correspondiente línea H, un labio fino con una distancia de 3 mm., uno normal con 5 mm. y uno grueso con 7 mm. hasta la línea H. (fig. 8).

Se elige el tipo de labio que coincida o asemeje más

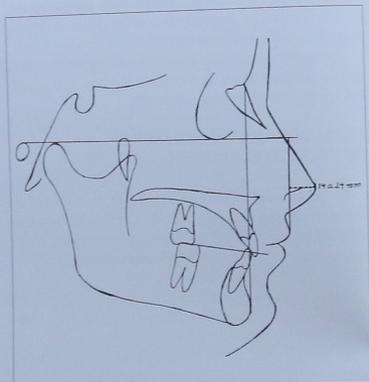


Fig. 4: Prominencia de la nariz.

al labio del paciente en estudio, se coloca el template por debajo del trazado del paciente y se hace coincidir la línea H del transparente con el mentón blando del paciente, la unión labial del template debe ubicarse 3,5 mm. por arriba del plano oclusal funcional del paciente y la línea H del transparente a 3,5 mm. por delante de la profundidad del labio superior del paciente, en esta posición se calca el nuevo labio, lo que nos dará una imagen predictiva de la ubicación labial estética en base al cambio de la posición de los labios del paciente, si fuera necesario, por ejemplo a través de la retrusión de los incisivos superiores (fig. 9).

Este cambio depende del grosor del labio superior y de la posición de los incisivos.

El **grosor del labio superior**, se toma en base a dos

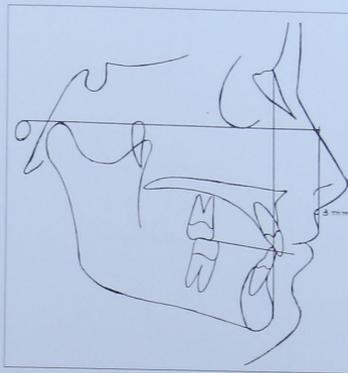


Fig. 5: Profundidad del surco del labio superior

medidas comparativas entre la zona más depresiva del labio y el labio propiamente dicho. Para ello se traza una línea que va desde 3 mm. por debajo del punto A, donde no existe influencia de los tejidos nasales, hasta la profundidad del labio superior y se compara con el grosor del labio desde bermellón hasta la corona de los incisivos (fig. 10).

Estas dos medidas deben coincidir con una tolerancia de 1 mm.; cuando la medida a la altura de berme-

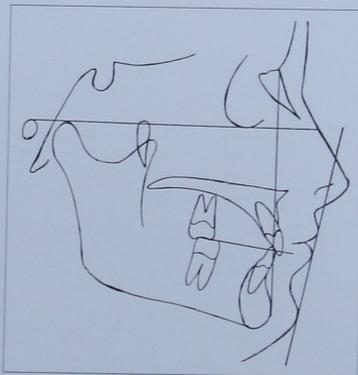


Fig. 6: Línea H (desde mentón hasta el borde bermellón del labio superior)

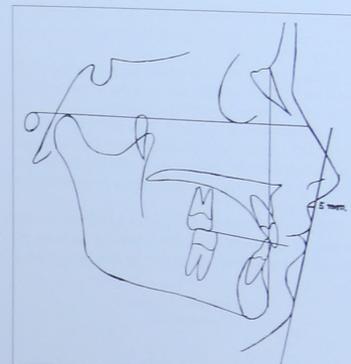


Fig. 7: Medida del tejido subnasal blando a la línea H.

llón se encuentra con un valor menor, esta cantidad de mm. se debe a la **tensión labial**, cuando es mayor indica un crecimiento vertical.

Cuando existe **tensión labial** es por que los incisivos superiores se encuentran protuidos y generan una presión sobre el labio afinándolo. Es por ello que Holdaway trata primero de ubicar el incisivo superior y para ello toma en cuenta dos medidas.

La primera es el reposicionamiento labial a través de template de Jacobson y Sadowsky, trazando dos tangentes una al borde bermellón del paciente y la otra al borde bermellón del labio repositionado, se mide cuantos mm. se debe cambiar en su posición (fig. 9).

La segunda es, cuanto de tensión labial tiene el paciente (diferencia entre la medida superior e inferior del labio).

Se suman ambas medidas y si el resultado es mayor de 5 mm. se le agrega 1½ mm. por la posibilidad de recidiva.

Ejemplo:

1) Cambio de posición del labio superior.	3 mm.
2) Tensión labial.....	+ 3 mm.
3) Como excede los 5 mm.	6 mm.
Se le agregan 1,5 mm.	
Por la recidiva.....	+ 1,5 mm.
	7,5 mm.

Estos 7,5 mm. son los que debe retruise el incisivo superior para lograr una ubicación estética del labio.

En la unión de línea H (Pog. Blando - borde bermellón) con el plano Na - Pog. Blando se forma un ángulo,

que lleva por nombre **ángulo H** y cuya norma es la de la convexidad del perfil esquelético (distancia del punto A a Na - Pog.) + 10.

Ejemplo para una convexidad de + 2 el ángulo H debe ser de 12, a medida que aumenta la convexidad, debe incrementarse el valor del ángulo.

Su medida nos da la prominencia del labio superior en el perfil, siendo su mejor rango entre 7 a 14, lo que correspondería a una medida de la convexidad normal entre -3 y +4 mm. (norma clínica de la convexidad  $1 \pm 2.5$  mm.) (fig. 11).

En la evaluación del labio inferior se utiliza también la línea H, **distancia del labio inferior a la línea H**, este debe encontrarse por delante de la misma entre 0

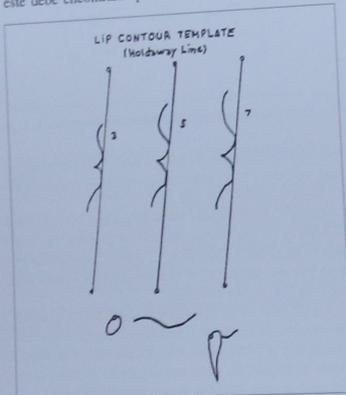


Fig. 8: Template de Jacobson y Sadowsky.

0,5 mm., con una variación de 1 o 2 mm., tanto para adelante como para atrás.

Cuando el labio inferior se encuentra más allá de los 2 mm. por delante de la línea H, es indicador de una posición protuida del incisivo superior, ya que el labio inferior debe abrazar el tercio inferior de los incisivos superiores.

Por el contrario, con valores disminuidos y si todas las medidas del perfil son normales, indica una ubicación hacia lingual de los incisivos inferiores, con pérdida del soporte labial (fig. 12).

Con respecto al **surco del labio inferior a la línea H**, debe encontrarse en valores armónicos en relación al surco del labio superior a la línea H, en caso de no coincidir, es indicador de una dirección axial de los incisivos inferiores (fig. 13).

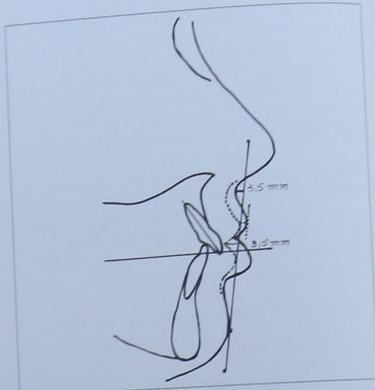


Fig. 9: Reposicionamiento Labial utilizando el template de Jacobson y Sadowsky.

Por último Holdaway tiene en cuenta el **grosor de los tejidos blandos del mentón**, medida desde el Pog. duro hasta el Pog. blando da una medida lineal que deberá estar entre 10 a 12 mm. y debe ser tenida en cuenta en aquellos casos donde su aumento o disminución, favorece enmascarando una posición inadecuada mandibular (fig. 14).

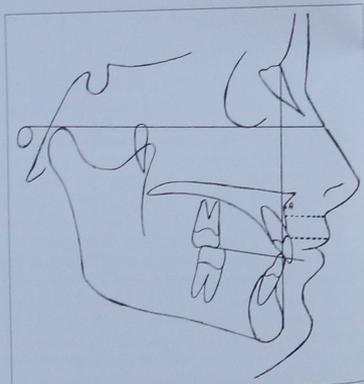


Fig. 10: Grosor del Labio inferior: medida que se utiliza para determinar la tensión Labial.

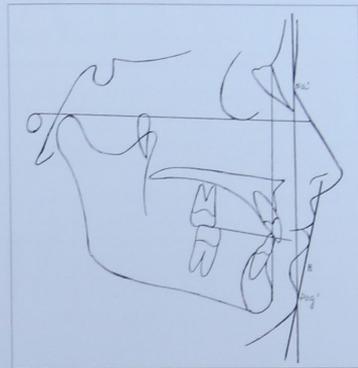


Fig. 11: Ángulo H (convexidad esquelética + 10)

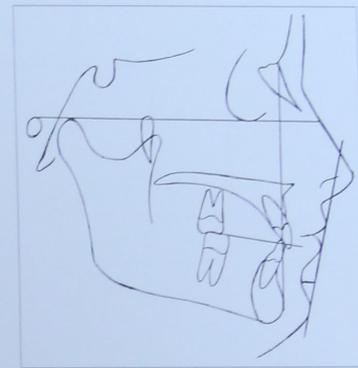


Fig. 13: Distancia del surco del Labio inferior a línea H.

## RESUMEN

A través del trazado de un plano, Na - Pog. blando y de dos líneas la perpendicular al plano de Frankfort tangente al bermellón y la línea H (Pog. blando - bermellón), Holdaway describe su cefalograma para tejidos blandos, permitiendo evaluar los tejidos de la nariz, el labio superior, el labio inferior y el mentón, alertando sobre las maniobras ortodóncicas que pueden favorecer a la estética del perfil facial (fig. 15)

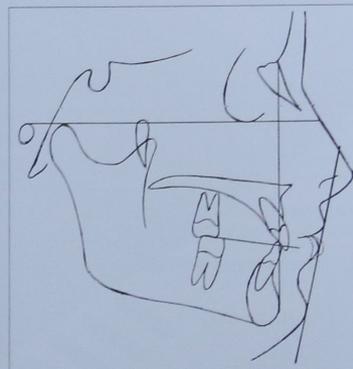


Fig. 12: Distancia del Labio inferior a la línea H.

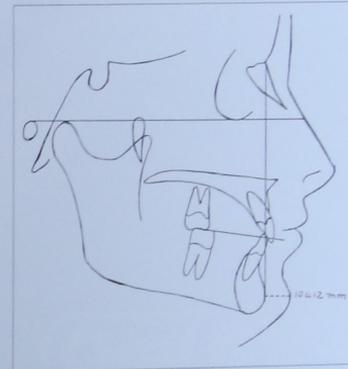


Fig. 14: Grosor del tejido blando del mentón.

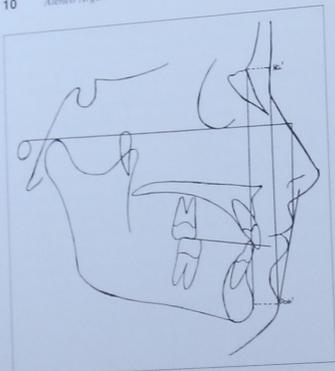


Fig. 15. Cefalograma de Holdaway de tejidos blandos se determina con un plano Na - Pog y dos líneas una perpendicular al plano de Frankfort que pasa tangente a bermellón y La línea H. (Pog - bermellón).

### BIBLIOGRAFIA

1. A Foundation for cephalometric communication. Robert M. Ricketts A.M.J. Orthodontic. May 1960.
2. Harvol The activator.
3. Holdaway: A soft tissue cephalometric analysis and its use in orthodontic treatment planing. American Journal of Orthodontic. July 1983 Volumen 84 Nº 1.
4. Holdaway: A soft tissue cephalometric analysis and its use in orthodontic treatment planing. American Journal of Orthodontic. April 1984. Volumen 85 Nº 4.
5. Jacobson y Sadowsky: Journal Clinic Orthodontic 554-551.
6. Ortodoncia. Teoría y práctica. Williams R. Proffit 2ª edición.
7. Ricketts R. M.: Plani treatment on the basic of the facial pathern and estimate of its growth. Angle Orthodontist 27:14 January 1957.
8. Steiner CC Cephalometries in Clinicas Practic. Angle Orthodontist 29:1,8; 29 January 1959.
9. Técnica Bioprogresiva de Ricketts R. Ricketts and et all.

### ATENCIÓN de PACIENTES en las CLINICAS del ATENEO ARGENTINO de ODONTOLOGIA

#### ORTODONCIA:

Lunes de 9 a 11  
Martes de 9 a 11 y de 12 a 14  
Jueves de 9,30 a 13 y de 13 a 16  
Viernes de 8,30 a 11 - Sábados de 8,30 a 11,30

#### ORTODONCIA EN ADULTOS:

Miércoles de 13 a 15,30

#### ORTOPEDIA:

Lunes y Miércoles de 8,30 a 12  
Viernes de 12,30 a 14 - Sábados de 8,30 a 11,30

#### ODONTOPEDIATRIA:

Miércoles y Viernes de 9 a 11

#### CIRUGIA I:

Martes de 8,30 a 11 - Sábados de 8 a 12

#### CIRUGIA II:

Lunes y Jueves de 9 a 11

#### ENDODONCIA:

Miércoles de 12 a 14,30

#### PROTESIS:

Martes de 11 A 14,30

#### PERIODONCIA:

Miércoles de 8,30 a 11,30

#### DOLOR ORO-FACIAL Y DISFUNCION DEL SISTEMA MASTICATORIO:

Lunes de 9,30 a 12,30

#### IMPLANTES I:

Viernes de 8,30 a 11,30

#### IMPLANTES II:

Lunes y Sábados de 9 a 12

#### DEFORMIDADES DENTOFACIALES:

Martes de 13 a 15

#### OPERATORIA DENTAL:

Lunes de 13 a 16

# ADVANTAGE®

## CONTROL GRIP

### Con Cerdas Microtexturizadas



Exclusivos filamentos  
microtexturizados  
diseñados para remover  
placa con toda  
superficie  
no sólo con las puntas.

Advantage Control Grip  
Un Nuevo Avance Tecnológico.

# Oral-B®

Avanzando en la Ciencia del Cuidado de Dientes y Encías

## Cefalometría dinámica u objetivo visual de tratamiento (V.T.O.)

Amanda Rizzutti\*, Gema Brizuela\*

El resultado final satisfactorio del tratamiento de Ortodondia es la conjunción de gran cantidad de variables, entre ellas las esqueléticas, las dento-alveolares, las de tejidos blandos, las funcionales y las estéticas como las más importantes, con todas ellas se debe lograr una armonía tal que nos permita lograr estabilidad en los resultados tanto desde el punto de vista funcional como estético.

En muchos casos es difícil, aún para el más avezado de los ortodondistas, mantener claramente los objetivos propuestos y poder evaluar si son alcanzables.

Es aquí donde el V.T.O. juega su papel utilizándose tanto en la elaboración del plan de tratamiento en Ortodondia, como también en Cirugía Ortognática, ya que plasma en imagen lo que el profesional tiene en mente para ese caso determinado, sirviendo tanto para corroborar los objetivos propuestos como para seleccionar los procedimientos adecuados para lograrlos.

Este proyecto llamado V.T.O. se basa en datos tanto cefalométricos y clínicos, y a diferencia de la cefalometría estática que muestra el caso en forma puntual (en el momento en que fue tomada la telerradiografía), el Objetivo Visual de Tratamiento, como su nombre lo indica visualiza como se verá el caso cuando se le sumen las variables crecimiento y tratamiento.

El concepto de V.T.O., básicamente, se debe al Dr. Ricketts, pues en tanto mejoraban las técnicas radiográficas y evolucionaban los trazados cefalométricos pasando de ser cuantitativos a ser cualitativos (estos últimos centrados en la evaluación de las proporciones), se observó que la cefalometría no se agotaba en esa forma estática o puntual sino que se podía elaborar a partir de los datos que aportaba, junto con los datos clínicos y sumada la proyección en el tiempo una imagen, si bien no exacta muy aproximada de como evolucionaría el caso.

Por un lado se venía mejorando la cefalometría (telerradiografías y trazados), por otro las investigaciones sobre crecimiento y desarrollo (Bjork-Jarabak, etc.) que aportan el concepto de biotipo, esbozando tímidamente la predicción de crecimiento. Es decir que al unir el trazado cefalométrico con los conceptos de crecimiento y desarrollo se logra la proyección del caso en un determinado lapso de tiempo. Estos esbozos son tomados por el Dr. Ricketts que le adiciona las modificaciones

previstas por el tratamiento dando así origen al V.T.O.

Se encuadra el V.T.O. dentro de lo que se ha dado en llamar Cefalometría Dinámica, ya que partiendo de los datos concretos de la cefalometría y de la clínica más las modificaciones obtenidas de la predicción de crecimiento y de la aplicación de determinado tratamiento, se logra visualizar como quedara el caso si aplicamos determinado plan de tratamiento, permitiendo evaluar si los objetivos propuestos son convenientes y/o posibles. Es importante destacar que el V.T.O. no es unívoco, si no que es una fórmula para visualizar nuestras propuestas de solución, y muchas veces detectamos inconvenientes y debemos replantearnos nuestros objetivos y realizar un nuevo V.T.O.

El V.T.O. que se expone aquí, se basa fundamentalmente en el que elaboró el Dr. Ricketts, con las modifi-

Cefalograma de Ricketts con modificaciones de Holdaway

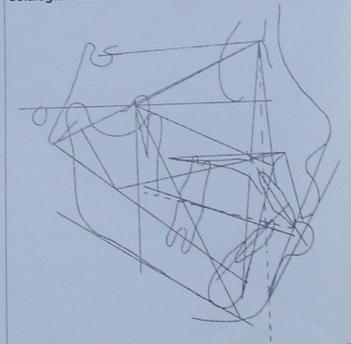


Fig. 1

CASO: Sexo: Masculino  
Edad: 9 años  
D.M.: -6 mm.

caciones que en el año 1984 propuso Holdaway. Es la proyección en imagen visual de los objetivos del tratamiento tomando en cuenta el diagnóstico clínico y cefalométrico, la predicción de crecimiento y la modificación por tratamiento. Es útil para visualizar la predicción del crecimiento, la longitud del arco dental al finalizar el tratamiento corroborando la necesidad o no de realizar extracciones, los movimientos a realizar ayudando a elegir la mecanoterapia más adecuada, graficar el perfil blando y los posibles cambios que sufrirá.

El V.T.O. se proyecta en tres niveles: a) esqueletal, (donde se evalúan las modificaciones a nivel del Nasión y Mentón); b) dental, (modificación de la ubicación de los incisivos y de los molares); y c) tejidos blandos, (labio superior, inferior y mentón blando).

Tomando en cuenta estos conceptos se desarrollarán los pasos para elaborar el V.T.O., partiendo del trazado cefalométrico de Ricketts para los tejidos duros y el de Holdaway para el perfil blando (fig. 1).

a) **Esqueletal.** Se predice y evalúa el crecimiento de la base craneal anterior, el comportamiento rotacional de la mandíbula, el crecimiento mandibular, el crecimiento del maxilar superior y la ubicación del plano oclusal.

### 1° paso: predicción del crecimiento de la base craneal anterior.

Evalúa el crecimiento del tercio medio facial, huesos nasales, maxilar superior, tejidos blandos. Ricketts utiliza el plano Ba-Na, pero Holdaway observa que en periodos de dos o más años la utilización de este plano

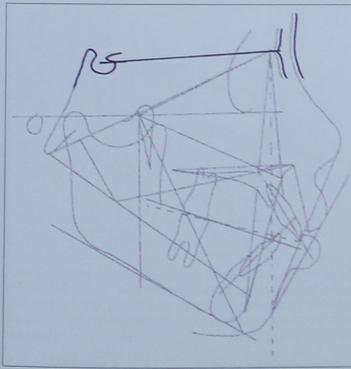


Fig. 2: PASO 1° - Predicción del crecimiento de la base craneal anterior (0,75 mm. por año)

produce alturas excesivas del tercio medio, por ello preciza la utilización del plano S-Na por ser mucho más estable.

**Procedimiento:** Copiar el tejido fronto nasal duro y blando.

Trazar el plano S-Na sin copiar la silla turca.

Adelantar 0,75 mm. por año. Se consideraran habitualmente 2 años de tratamiento, por lo tanto 0,75 mm x 2 = 1,50 mm. Se copia la silla turca (fig. 2).

### 2° paso: predicción del comportamiento rotacional de la mandíbula.

El comportamiento rotacional de la mandíbula es constante, pero puede ser modificado por el tratamiento. Esta representado por el Eje Facial, que se abre por:

1- reducción de la convexidad, 1° por cada 5 mm. que disminuye.

2- por corrección molar, 1° por cada 3 mm. de distalamiento.

3- por corrección del entrecruzamiento (overbite), 1° por cada 4 mm.

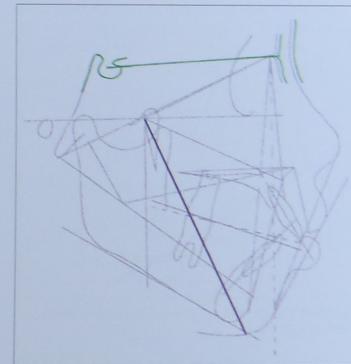


Fig. 3: PASO 2° - Predicción del comportamiento rotacional de la mandíbula. Por tratamiento se ABRE:

- a - reducción de la convexidad.
- b - corrección molar.
- c - corrección del entrecruzamiento.
- d - corrección de la mordida cruzada.
- e - biotipo DÓLICO.

se CIERRA:

- f - por extracciones.
- g - por tracción extraoral alta.
- h - biotipo BRAQUI

\* Docentes del Ateneo Argentino de Odontología.

- 4- por corrección de la mordida cruzada, 1° a 1½°.
- 5- por biotipo dólco, 1° por cada desvío estándar.
- y se cierra por:
- 6- al realizar extracciones.

7- con la utilización de tracción extraoral alta.  
8- por biotipo braqui, 1° por cada desvío estándar.  
**Procedimiento:** Haciendo coincidir S-Na en Na se copia el Eje Facial. Se abre o se cierra según el plan de tratamiento que se tiene en mente. (Fig. 3)

### 3° paso: predicción del crecimiento mandibular.

Ricketts hace crecer el eje codilar (Xi-CD), 1 mm. por año, representando así el crecimiento vertical, y el eje del cuerpo mandibular (Xi-Pm), 2 mm. por año, para representar el crecimiento horizontal. Holdaway observa que el crecimiento de la mandíbula es el resultante sobre el Eje Facial de estas dos variables, por lo tanto hace crecer el Eje Facial 3 mm. por año.

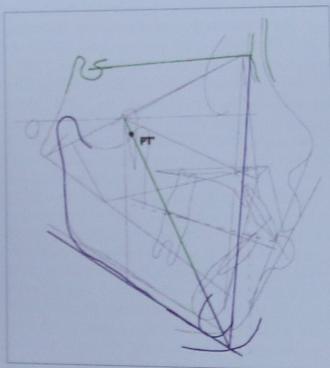


Fig. 4: PASO 3º - Predicción del crecimiento mandibular (3 mm. por año)

**Procedimiento:** Haciendo coincidir los Ejes Faciales en Pt se coloca un punto 6 mm. hacia abajo sobre el Eje Facial del trazado nuevo (3 mm x 2 años = 6 mm.) y se marca un punto llamado Pr'. Se desliza el calco sobre el Eje Facial hasta que coincide Pt y Pr'. Se copia sínfisis, la mitad del borde mandibular hasta el punto antagónico y el mentón blando. Se traza el plano mandibular coincidiendo

do con el original. Se desliza sobre los planos mandibulares hasta que las sillitas turcas queden alineadas una sobre otra, no superpuestas, se copia el ángulo goniaco, y borde postero inferior de la mandíbula.

Se superpone en silla turca y se copia el cóndilo.

Se traza Na-Pog. Se predice la altura total de la cara y la ubicación del mentón (Fig. 4).

### 4° paso: predicción del crecimiento del maxilar superior

El punto A no varía con el crecimiento, si puede variar por el tratamiento. Por cada mm. que se retruye el punto A baja ½ mm. Así el cambio por la acción de los siguientes elementos es de:

Tracción extraoral	- 8 mm.
Gomas clase II	- 3 mm.
Activador	- 2 mm.
Torque	- 1 a - 2 mm.
Gomas clase III	+ 2 a 3 mm.
Máscara Facial	+ 2 a 4 mm.

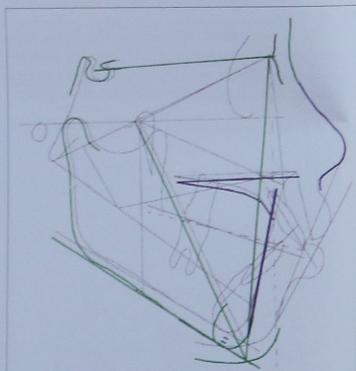


Fig. 5: PASO 4º - Predicción del crecimiento del maxilar superior. El punto A varía por tratamiento:

a - tracción extraoral	- 8 mm.
b - gomas clase II	- 3 mm.
c - activador	- 2 mm.
d - torque	- 1 a - 2 mm.
e - gomas clase III	+ 2 a + 3 mm.
f - máscara facial	+ 2 a + 4 mm.

Por cada mm. que se retruye el punto A baja ½ mm.

**Procedimiento:** Se superponen Na-Pog en Na. La distancia que queda entre las sínfisis se divide en tres, quedando dividida en 40%, 30% y 30%.

Deslizar hacia arriba sobre Na-Pog hasta que la primera marca toque el borde de la sínfisis, copiar el maxilar superior, ENA, ENP, paladar duro y la parte más prominente de la nariz.

Si se pensó en aplicar tracción extraoral, gomas, etc., se calcula la cantidad de retrusión o protrusión del punto A y se lo marca (rango máximo de + 8 mm a - 4 mm.), si no hubiera modificaciones se lo marca directamente.

Se completa la imagen del maxilar superior.

Se determina el nuevo punto A.

Se traza el plano A-Pog. en el calco (fig. 5).

### 5° paso: predicción de la ubicación del plano oclusal

Para Ricketts el plano oclusal debe pasar por Xi, para Holdaway debe pasar 3,5 mm. por debajo del estomio. La inclinación del plano oclusal puede modificarse por el tratamiento 3° hacia arriba o hacia abajo.

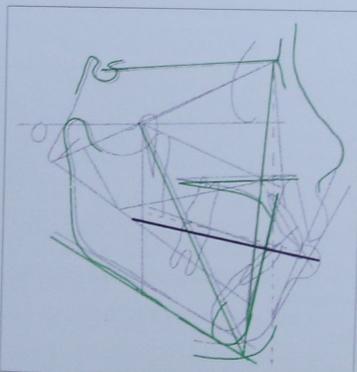


Fig. 6: PASO 5º - Predicción de la ubicación del plano oclusal (3,5 mm. ± 1 mm. por debajo de la comisura) Por tratamiento se puede modificar la inclinación hasta 3° hacia arriba o hacia abajo.

**Procedimiento:** Si se piensa variar la inclinación se traza sobre el cefalograma original el nuevo plano oclusal.

Superponiendo el calco en Na-Pog, se sube hasta la segunda marca, luego haciendo centro en el mentón se gira hasta que los planos mandibulares queden paralelos.

Se dibuja el plan oclusal con las modificaciones si las hay (fig. 6).

Cumplidos los pasos del primer nivel se aborda el segundo.

b) **Dento-alveolar:** Predice y evalúa la posición de los incisivos y molares respecto a los tejidos duros.

### 6° paso: predicción de la ubicación del incisivo inferior

Siguiendo a Ricketts, el incisivo inferior se lo ubica en relación al plano A-Pog y al plano oclusal. Holdaway corrobora esta ubicación ya que determina estabilidad, salud periodontal y la necesidad o no de realizar extracciones. Se debe tener en cuenta la biotipología del paciente, en dólcos se encuentran más retruidos y rectos (ángulo menor), en braqui más protuidos y volcados (ángulo mayor). Por cada mm. que aumenta la protrusión, aumenta 2° la inclinación, mayor volcamiento; y por cada mm. de retrusión disminuye 2° la inclinación, posición más recta.

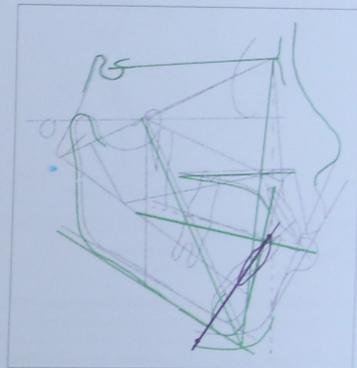


Fig. 7: PASO 6º - Predicción de la ubicación del incisivo inferior según los tejidos duros.

**Procedimiento:** Se determina un punto 1 mm. por arriba del plano oclusal y 1 mm. por delante del plano A-Pog y otro punto

sobre el borde mandibular que al unirlos forme con el plano A-Pog un ángulo de  $22^\circ$  para los pacientes mesofaciales. Esta línea representa el eje del incisivo inferior y puede variar para ajustarse al biotipo del paciente. Se dibuja el incisivo inferior con ese eje. (fig. 7).

### 7º paso: predicción de la ubicación del incisivo superior

Siguiendo a Ricketts en base a los tejidos duros. Un ángulo interincisivo de  $130^\circ \pm 10^\circ$  con 2,5 mm. de entrecruzamiento -overbite- y 2,5 mm. de resalte -overjet- es adecuado y estable para los mesofaciales. Para los dólicos el ángulo debe ser mayor y para los braquiménor. Este eje se denomina **ISD** (eje incisivo superior duro).



Fig. 8: PASO 7º - Predicción de la ubicación del incisivo superior según los tejidos duros - I.S.D.

paralelo al Eje Facial -  $5^\circ$  para dólicos  
+  $5^\circ$  para braqui

**Procedimiento:** Se traza el eje del incisivo en una buena relación de entrecruzamiento y resalte, de forma tal que determine un ángulo interincisivo adecuado. Una guía es trazarlo paralelo al eje facial (fig. 8).

### 8º paso: predicción de la posición del primer molar inferior

El primer molar inferior erupciona siguiendo su eje.

Puede variar su posición por el tratamiento por extracciones, pérdida de anclaje, enderezamiento, recuperación del espacio.

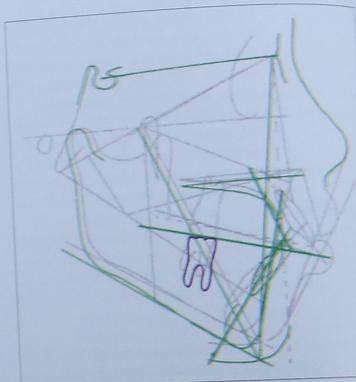


Fig. 9: PASO 8º - Predicción de la posición del 1º molar inferior.

**Procedimiento:** En el cefalograma original se traza una tangente por mesial del primer molar inferior hasta el plano oclusal.

Se superponen los planos mandibulares y la sínfisis, se desliza hasta que el plano oclusal del calco coincida con el plano oclusal del cefalograma original y se coloca una marca, que coincide si no se piensa mover el molar, pero que se adelantará o atrasará tanto como se moverá el molar.

Se superponen las marcas y se copia el primer molar inferior (fig. 9).

### 9º paso: predicción de la posición del primer molar superior.

Se lo ubica en clase I, o en la que se prevé que quedará.

**Procedimiento:** Se copia en buena relación con el molar inferior o en la que suponemos que quedará (fig. 10).

Elaborados los niveles relacionados con los tejidos duros se abordará el tercer nivel, que evalúa los tejidos blandos.

c) **Tejidos Blandos:** Se realiza en base al cefalograma

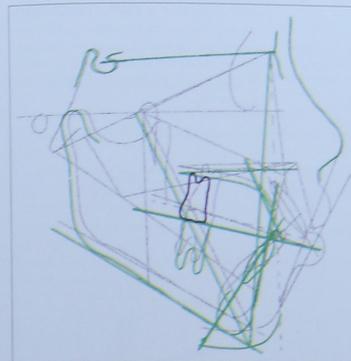


Fig. 10: PASO 9º - Predicción de la posición del 1º molar superior.

ma de Holdaway, ya que de forma sencilla brinda con mínimos elementos una certera evaluación del perfil blando y en las investigaciones de Jacobson y Sadowsky que aportaron el templete para la predicción labial. En el cefalograma original se determina:

- Tensión Labial.
- Reposición del Labio Superior.
- Línea H

**Tensión Labial** se determina en el cefalograma original, es la diferencia en mm. que hay entre la distancia del borde anterior del maxilar superior, tomado 3 mm. por debajo del punto A para evitar la influencia de los tejidos de la base nasal al borde del surco del labio superior y la distancia entre el centro de la cara vestibular del incisivo superior y el punto bermellón, con una tolerancia de 1 mm.

**Reposición del Labio Superior** para determinarla se debe tener en cuenta los conceptos enunciados por Holdaway que dicen que la profundidad del labio superior debe ser de

- 5 mm. para labios normales.
- 3 mm. para labios cortos y delgados.
- 7 mm. para labios largos y gruesos.

Holdaway indica predecir los labios según la experiencia clínica, pero esto es muy difícil de realizar, por ello Jacobson y Sadowsky idearon un transparente con un esquema de 3 labios y su relación con la línea H - templete de Jacobson y Sadowsky-.

Se elige el labio más adecuado para el caso y en el cefalograma original, haciendo coincidir las líneas H. (la del cefalograma y la del templete), se ubica en sen-

tido vertical la comisura del templete 3,5 mm. por arriba del plano oclusal, como indica Holdaway, y en sentido horizontal se mueve haciendo centro en el mentón hasta que la línea H del templete quede a 3,5 mm. de la parte más profunda del surco del labio superior del cefalograma.

Se copia el esquema del labio elegido en el cefalograma, en lo posible en un color que resalte. Se toma la distancia existente entre bermellón del labio superior original y bermellón del labio superior ideal, esta magnitud corresponde a la reposición del labio superior.

### 10º paso: predicción del labio superior

Elegido en el templete de Jacobson y Sadowsky el esquema labial más adecuado y copiado en el cefalograma original, se lo ubican en el calco.

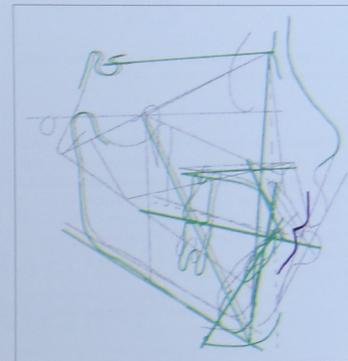


Fig. 11: PASO 10º - Predicción del labio superior.  
PASO 11º - Predicción del labio inferior.

**Procedimiento:** Superponiendo cefalograma original y calco en ENA-ENP se calca el labio superior elegido (fig. 11).

### 11º paso: predicción del labio inferior

También basado en el templete de Jacobson y Sadowsky.

**Procedimiento:** Superponiendo cefalograma original y calco en el plano Na-Pog y plano oclusal se calca el labio inferior elegido (fig. 12).

### 12º paso: predicción de la ubicación del incisivo superior según los tejidos blandos

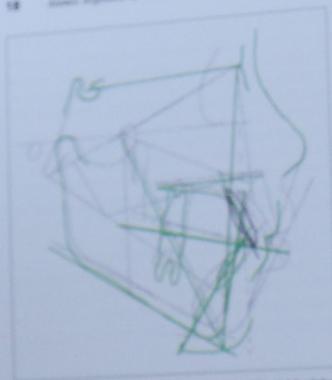


Fig. 12. PMSO (P). Predicción de la ubicación del incisivo superior según los tejidos blandos -I.S.B.

Basado en los conceptos de Holdaway, esta predicción de la posición del incisivo superior según los tejidos blandos es de gran utilidad para la planificación del tratamiento ya que a partir de la comparación con la medicación de los tejidos duros se puede evaluar si son coincidentes o no y que grado de estabilidad y estética se pueden lograr.

**Procedimiento:** Partiendo del cefalograma original de Ricketts se determina la **reposición del labio superior y la tensión labial**; se toman ambos valores y si el resultado es mayor a 3 mm, se adiciona 1,5 mm, por la recesión, queda así determinada la cantidad de mm. necesarios para la **reubicación del incisivo superior**.

En el cefalograma original se coloca un punto sobre el plano occlusal donde se corta con el eje del incisivo original del paciente y otro punto a tantos milímetros de distancia como el valor obtenido para la reubicación del incisivo superior en sentido horizontal.

Se hacen coincidir cefalograma y calco en ENA-ENP se marca en el calco sobre el plano occlusal el segundo punto, y tomándolo de referencia se traza el eje del incisivo superior blando, ISB, con la inclinación axial adecuada. Se comparan ambos ejes ISD e ISB y

si no coinciden se elige el más adecuado o se busca un promedio para colocar el incisivo en la posición más conveniente. Se dibuja el contorno del incisivo superior (fig. 13).



Fig. 13.

Queda así determinada una imagen que es la proyección del caso en el tiempo, donde se han tomado en cuenta variables de crecimiento y tratamiento. Ahora se puede evaluar si los cambios propuestos son deseables y posibles y seleccionar que mecanoterapia será la más adecuada.

#### RESUMEN

En este artículo se desarrolla un método para elaborar una cefalometría dinámica (V.T.O.) a partir de datos clínicos y cefalométricos a los que se le suman la proyección del crecimiento y del tratamiento, para corroborar el pronóstico, evaluar el plan de tratamiento y elegir la mecánica más adecuada.

#### SUMMARY

This article reports the development of a method to elaborate a dynamic cephalometric (V.T.O.) from clinical and cephalometrical data, in addition to growth and treatment projection, so as to corroborate prognosis, evaluate planning of treatment and choose the most adequate mechanics.

#### BIBLIOGRAFIA

- Boskin, E., Grispson, O., Riccetti, A., Swanson, E. Propuesta para el plano del tratamiento ortodóncico: Objetivos visuales del tratamiento (V.T.O.). - Ricketts - Holdaway, Rev. A.A.O. Vol. XX - N° 6 - nov.-dic. 1985.
- Chacoma, S. J.: Ortodoncia, Ed. El manual moderno 1982.
- Edow, D. Manual sobre crecimiento Facial. Ed. Internaldica - Buenos Aires - 1982.
- Gangitano, C. F.: An orthodontic philosophy. Rocky Mountain.
- Graber, T., Swain, B.: Ortodoncia. Principios generales y Técnicas. Editorial Médica Panamericana - Buenos Aires - 1988.
- Gangnot, J.: Ortodoncia y Cirugía Ortognática. Ed. Espasa - Barcelona - 1997.
- Holdaway A. A self tissue cephalometric analysis and its use in orthodontic treatment planning. A.J.O. April 1984, Vol. 15, N° 4.

Holdaway A. A self tissue cephalometric analysis and its use in orthodontic treatment planning. A.J.O. July 1983, Vol. 14, N° 1.

Jarabak, J., Frazell, J.: Aparatología del arco de como con alambres delgados, técnica y tratamiento. Ed. Mosby - Buenos Aires - 1977.

Langlais, M.: Diagnostic Orthodontique. Maloine S.A. Edition, Paris France 1961.

McNamara, S.A.: A method of cephalometric evaluation. A.J.O. 1984, Perfil, W. Ortodoncia - Teoría y Práctica. Ed. Mosby/Elsevier Libros - España - 1994.

Ricketts, R.: Plan Treatment on the basis of the facial pattern and an estimate of its growth. Angle Orthodontist 27, 14 January 1957.

Ricketts, R., Busch, R., Gagnon, C., Hilgers, J., Schuller, B.: Técnica bioprogresiva de Ricketts. Editorial Médica Panamericana S.A. - Buenos Aires - 1983.

Steiner, C.: Cephalometrics in Clinical Practice. Angle Orthodontist 29, 1,3, 29 January 1959.

## LABORATORIO "Del Ateneo"

Aparatología de Ortopedia Funcional  
y Ortodoncia en toda su variedad

**Ricardo N. Llanes - Eduardo H. Aguirre**

Anchorena 1176 • Teléfono: 4963-6802

PARA UN PROBLEMA  
DIFICIL



RECOMIENDE  
«LA SOLUCION  
NATURAL»

Formulado a partir de componentes  
naturales, Parodontax, es la solución más  
efectiva para Gingivitis y Parodontitis.



LA LÍNEA MAS COMPLETA  
PARA EL TRATAMIENTO  
DE LAS ENCÍAS INFLAMADAS  
O SANGRANTES.

**Parodontax**



PRIMERA CREMA DENTAL NATURAL PARA EL CUIDADO DE DIENTES Y ENCÍAS

Dudas consultas, llámenos a Atención Profesional 789-7333

**sm** Stafford Miller Argentina S.A.  
Especialistas en Salud Dental.

## Enfermedad por HIV

Dra. Liliana M. Puga: Médica infectóloga de FUNDAI (Fundación de Ayuda al Inmunodeficiente), Médica co - participante del "General Hospital de San Francisco" y de la "UCSF" (Universidad de San Francisco California USA), Docente autorizada de la 1ª Cátedra de Enfermedades Infecciosas, Facultad de Medicina de la Universidad de Buenos Aires, Médica infectóloga del Hospital Militar Central. Dirección Av. Pueyrredón 1051 1º B (C.P. 1118) Bs. As. Argentina. Tel.: 4805-9882 - Fax.: 4807-9683 - E.MAIL: lpuga@roche.com.ar

### INTRODUCCION

La enfermedad por HIV se caracteriza por un deterioro progresivo del sistema inmunológico.

Las células denominadas linfocitos T CD4 son atacadas, destruidas y eliminadas durante el curso de la infección; estas células juegan un papel fundamental en la respuesta inmune e indican a otras células del sistema inmunológico cómo deben realizar determinadas funciones.

Una persona sana y no infectada posee un rango periférica alrededor de 800 a 1.200 CD4/mm<sup>3</sup>.

El compromiso inmunológico va exponiendo al paciente a padecer infecciones y/o tumores.

La infección por HIV es toda condición sintomática o no en la que el individuo susceptible ha entrado en contacto con el virus y, como resultado, este ha penetrado en su organismo, colonizando su tejido linfocitario y/u otros tejidos.

Una explicación más sencilla: el estar infectado con el HIV significa que uno ha estado expuesto al virus, lo que también se conoce como ser positivo, para la prueba de anticuerpos del HIV.

El SIDA significa que la persona que está infectada con el HIV ha tenido síntomas de enfermedades típicamente relacionadas con la infección.

### EPIDEMIOLOGIA

Vale la pena recordar que en el mundo se contagia 1 persona cada 6 segundos, son 16.000 nuevos casos por día, en nuestro país los casos declarados en estos últimos 4 años constituyen más del 60% del total de casos acumulados desde 1983, hay un crecimiento importante entre la población heterosexual, mujeres y niños; la relación actual hombre/mujer es de 3/1.

Datos de la Argentina hasta fines de julio hay 13.130 casos registrados, pero se presume que hay más de 15.000. Nuestro país ocupa el 5º lugar entre los países americanos (después de EE.UU., Brasil, México y Canadá).

Actualmente 1/100 personas adultas de 15 a 49 años está viviendo con el HIV.

La provincia de Buenos Aires tiene el 42%, y la ciudad de Buenos Aires el 34%, por lo tanto estos 2 lugares geográficos concentran el 76% del total de casos de la República Argentina.

Edad media 31 años los hombres y 24 años las mujeres. Vías de contagio: sexual 47%, sanguínea: 44% y transmisión vertical: 7%.

El no contar hasta la fecha con una cura definitiva de la enfermedad, hace que sea fundamental elaborar programas de prevención dirigidos a la comunidad.

### ESTADIOS DE LA ENFERMEDAD POR HIV

Estadio	Duración aproximada	Recuento de linfocitos T CD4 +/mm <sup>3</sup> Espectro
Infección primaria aguda	1 - 2 semanas	500 - 1.000
Asintomático	10 ó más años	500 - 750
Sintomático temprano	0 - 5 años	200 - 500
Sintomático tardío	0 - 3 años	50 - 200
Avanzado	1 - 2 años	0 - 50

### INFECCION AGUDA POR HIV

Es el período de 4 a 7 semanas posterior a la exposición al HIV, que se acompaña de una gran respuesta inmunológica que dura de 30 a 50 días, caracterizada por alta carga viral y descenso de CD4. Los signos y síntomas son fiebre, linfadenopatía, faringitis, rash, lesiones musculares, papulosas y eritematosas en cara y tronco y algunas veces en extremidades, incluyendo palmas y plantas de los pies, ulceración mucocutánea en boca, esófago o genitales, migraja o artralgia, diarrea, cefalea, náuseas y vómitos, hepatoesplenomegalia, aftas, pérdida de peso, síntomas neurológicos.



Histoplasmosis.

La infección primaria representa hipotéticamente una oportunidad de erradicar el HIV del organismo, si esto puede ser posible, el tratamiento debe ser agresivo y administrado tan pronto como sea posible, es importante que estos pacientes sean identificados y tratados precozmente, y tener la posibilidad de incluirlos en los estudios clínicos.

Los casos de primoinfección son diagnosticados infrecuentemente (muchos pacientes son asintomáticos en este período), y esta situación no permite conocer cuando es posible la erradicación.

En el caso que el paciente no quiera ser incluido en un protocolo de investigación, debe recibir 2 NRTIs más un potente inhibidor de proteasa.

El tratamiento debe continuar hasta que la carga viral sea indetectable y la continuación indefinidamente depende de nuevos estudios.

Podría ser posible la suspensión de tratamiento después de un período prolongado de adecuada supresión en los casos que el paciente se encuentre incluido en algún protocolo de investigación.

Durante la infección primaria algunos pacientes están infectados con mutantes resistentes a 1 o más drogas, esto podría demostrarse por una inadecuada respuesta terapéutica al tratamiento antirretroviral.

#### TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN INFECCION AGUDA

INDICACION: - siempre

OBJETIVOS: - mejorar los síntomas clínicos

acelerar el ↓ de la carga viral (CV) en el menor tiempo posible

↑ el recuento de CD4

ESQUEMAS SUGERIDOS:

-2 INTI + 1 IP

-2 INTI + 1 INNTI

## ENFERMEDAD TEMPRANA Período Asintomático

El paciente puede estar sin ningún signo o síntoma atribuible al HIV o presentar linfadenopatías y cefalea.

Linfadenopatía generalizada persistente: presencia de ganglios en dos o más sitios extrainguales, cuyo tamaño es por lo menos de 1 cm. de diámetro, durante tres o más meses.

Alteraciones de laboratorio: neutropenia, anemia y trombocitopenia.

La elevación de las transaminasas puede estar asociada con hepatitis aguda o crónica o bien corresponder a reactivación de hepatitis virales.

Puede observarse aumento de gamaglobulina y disminución de albúmina y colesterol.

El número absoluto de células CD4 es predictivo del riesgo relativo de infecciones asociadas y/o tumores.

Evaluación del paciente:

química común

Rx de tórax

PPD

Serología para sífilis, hepatitis y toxoplasmosis.



Histoplasmosis.

### Período sintomático temprano

Manifestaciones más frecuentes:

fatiga

Fiebre

Sudores nocturnos

Pérdida de peso

Manifestaciones cutáneas.

La linfadenopatía generalizada persistente puede estar presente en este período.

Las lesiones de piel son frecuentes: dermatitis seboréica, foliculitis pruriginosa, molusco contagioso, herpes simplex, leucoplasia oral vellosa, candidiasis oral, aftas.

Cuando existen complicaciones localizadas en la re-



Candidiasis eritematosa.

gión anal y genital, deben considerarse la gonorrea, sífilis, herpes y Chlamydiae.

Sarcoma de Kaposi, angiomasosis bacilar.

La diarrea es una manifestación común de este período y puede deberse al propio HIV o estar asociada a patógenos intestinales: *Giardia lamblia*, *Salmonella*, *Shigella*, *Campylobacter*, *Isospora*, *Cryptosporidium*.

La fiebre es otra manifestación frecuente, especialmente si persiste más de 1 mes. Puede reflejar infecciones leves como sinusitis o estar asociada a alguna infección oportunista (TBC).

Es fundamental conocer el valor de los CD4.

Alteraciones de laboratorio: leve aumento de las transaminasas, aumento de la creatinina junto con proteinuria y elevación de la urea.

## PATOLOGIA ORAL

Constituye un capítulo importante dentro de esta patología, las etiologías son infecciosas y no infecciosas. Las más frecuentes son candidiasis, histoplasmosis, infecciones por virus herpes, sarcoma de Kaposi y linfoma no Hodgkin entre otras. Aparecen en cualquier estadio de la enfermedad y su gravedad se asocia al grado de compromiso inmunológico. Por otro lado el control de la patología oral mejora la calidad de vida y disminuye las infecciones sobreagregadas.

Las manifestaciones orales frecuentemente representan los primeros signos de la enfermedad por HIV, y un tratamiento precoz reduce o demora las complicaciones. La candidiasis oral se observó desde los primeros casos de enfermedad por HIV, junto con la leucoplasia vellosa, pero recién en 1986 se realizó la primera clasificación de las lesiones bucales asociadas al HIV; la misma fue presentada por los expertos de la Unión Europea en Copenhague.

Actualmente se sabe que la candidiasis oral y la leucoplasia oral vellosa son predictivas de progresión a la enfermedad por HIV.

Hay una gran variedad de lesiones orales que se manifiestan a lo largo de la evolución de la enfermedad por HIV.

### Primera clasificación del año 1986:

#### MICOTICAS

Candidiasis: Eritematosa, pseudomembranosa, leucitis angular

Histoplasmosis

criptococosis

geotricosis

aspergilosis

#### VIRALES

Herpes simplex

herpes zóster

Leucoplasia vellosa

HPV

CMV

#### NEOPLASICAS

Sarcoma de Kaposi

Linfoma no Hodgkin

#### BACTERIANAS

Enfermedad periodontal (gingivitis, periodontitis, estomatitis)

Complejo *mycobacterium avium intracelular*.

TBC

Angiomasosis bacilar.

Sífilis

#### OTRAS

Hiperpigmentación melánica.

Xerostomía

Enfermedad de las glándulas salivales

Aftas recurrentes

Las que figuran en negrita son las patologías más frecuentes.

Hay otra clasificación que se propuso en Londres en 1992 que la divide en tres grupos:

#### GRUPO 1

Lesiones muy frecuentes en la enfermedad por HIV

• Candidiasis: eritematosa y pseudomembranosa.

• Leucoplasia vellosa.

• Sarcoma de Kaposi.

• Linfoma no Hodgkin.

• Enfermedad periodontal: gingivitis marginal, gingivitis necrotizante y periodontitis necrotizante.

## GRUPO 2

## Lesiones menos comunes en la enfermedad por HIV

- Infecciones bacterianas: TBC, MAL.
- Hiperpigmentación melánica.
- Estomatitis necrotizante.
- Enfermedad de glándulas salivales.
- Púrpura trombocitopénica.
- Ulceraciones inespecíficas.
- Infecciones virales: herpes simplex, herpes zóster, varicela zóster y HPV.

## GRUPO 3

## Lesiones que pueden verse en la enfermedad por el HIV

- Infecciones bacterianas: *Actinomyces israelii*, *Enterobacter cloacae*, *Escherichia coli*, *Klebsiella pneumoniae*, enfermedad, por arañazo de gato, angiomatosis bacilar.
- Reacciones a drogas.
- Infecciones micóticas: criptococosis, geotricosis, histoplasmosis, mucormicosis, aspergilosis.
- Alteraciones neurológicas.
- Estomatitis aftosa recurrente.
- Infecciones virales: CMV, Molusco contagioso.

Se describirán en este artículo las dos enfermedades micóticas más comunes: en la enfermedad por HIV: candidiasis e histoplasmosis.

## CANDIDIASIS

Hípócrates (460 a 377 aC) describió placas blanquecinas en la boca de pacientes debilitados y en recién nacidos. Galeno (130 a 200 aC) las observó en niños visiblemente enfermos.

A través de los años recibió diferentes nombres; hasta que en 1954, en el Octavo Congreso de Botánica, se aceptó el género *Cándida*.

La primera publicación de candidiasis oral en un paciente homosexual que a su vez tenía neumonía por *Pneumocystis carinii* fue hecha por Gottlieb en 1981.

Es una micosis primaria o secundaria causada por levaduras endógenas y oportunistas del género *Cándida*, especialmente *C. albicans*.

Las manifestaciones clínicas pueden ser localizadas y diseminadas o sistémicas; pudiendo afectar la piel, las mucosas y los órganos internos.

Las alteraciones histopatológicas varían desde un proceso inflamatorio mínimo a supuraciones graves o formación de granuloma.



Candidiasis pseudo membranosa.

La evolución puede ser aguda, subaguda y crónica. Es cosmopolita y se la considera una de las infecciones oportunistas más frecuentes en los seres humanos.

Durante las últimas dos décadas su incidencia se ha elevado. Constituye el 25% de las micosis superficiales.

Afecta a individuos de cualquier edad, raza o sexo; es independiente de los factores climáticos, de la situación geográfica y del nivel socioeconómico.

Las formas sistémicas y profundas son raras. Se presenta en el 80 a 95% de los pacientes con enfermedad por el HIV y predomina en la cavidad oral y en el esófago.

En México se la ha observado en el 54% de pacientes HIV+ y predomina en la cavidad oral y en el esófago.

Los agentes causales son levaduras anasosporadas. Se han descrito más de 160 especies, pero sólo unas pocas producen enfermedad en los seres humanos, entre las que se encuentran: *C. albicans*, *C. tropicalis*, *C. krusei*, *C. parapsilosis*, *C. glabrata*.

Estos hongos se encuentran ampliamente distribuidos en la naturaleza, pero *Candida albicans* sólo se encuentra como endosporófito del tubo digestivo de mamíferos y aves.

En seres humanos son comensales de la cavidad bucal en un 14% (con un género predominio de: *C. albicans*, 75%, *C. tropicalis* 8% y *C. krusei* 3 a 6%).

Las enfermedades debilitantes: neoplasias, infecciones, inanición, enfermedad por HIV, enfermedades relacionadas con la enfermedad por el HIV constituyen factores predisponentes.

La gravedad de la infección depende principalmente de las alteraciones primarias del huésped, más que de las propiedades patógenas del hongo.

El microorganismo causal más frecuente y más virulento para el hombre es en el 90% *C. albicans*.

La candidiasis oral es la complicación micótica más común en la enfermedad por HIV.

## Clasificación de candidiasis oral

Pseudomembranosa, eritematosa queilitis angular (tradicionalmente se incluía también la forma hiperplásica).

Las especies del hongo más frecuentemente encontradas son: *C. albicans* (es la más común) *C. glabrata* que se la relaciona con la variante eritematosa y es generalmente resistente a los azoles y la *C. tropicalis*.

Se estima que pacientes con enfermedad por HIV desarrollan candidiasis en algún momento de su evolución entre el 11 al 96%, este porcentaje es inversamente proporcional al estadio de la enfermedad y a la cantidad de linfocitos CD4.

Por mi propia experiencia la he observado en más del 95% de los pacientes en algún momento de la evolución de su enfermedad.

## Candidiasis pseudomembranosa

Son placas semiadheridas, de color blanco amarillento, blanda, cremosa, que pueden ser removidas con una gasa o una bajalengua, dejando una superficie roja que puede sangrar.

Generalmente es de evolución aguda, pero tiende a la cronicidad sin un tratamiento adecuado.

Puede afectar cualquier sector de la mucosa oral, pero es más frecuente en el dorso de la lengua, el paladar duro y blando y la mucosa del carrillo.

## Candidiasis eritematosa

Son máculas eritematosas en la superficie mucosa, que puede estar acompañada de epitelio atrófico.

Los sitios más frecuentemente afectados son el paladar duro y el dorso de la lengua, y es en esta localización que puede estar acompañado de depapilación.

En general es asintomática, pero algunos pacientes han manifestado sensación de ardor o quemazón.

## Queilitis angular

Se ve como una fisura con o sin ulceración acompañada de síntomas subjetivos de ardor y/o dolor.

La queilitis angular candidiásica a veces puede estar acompañada de sobreinfección por *Stafilococcus coagulasa positivo* (*S. aureus*).

## Diagnóstico

Generalmente el diagnóstico se hace por el examen clínico.

Pero la forma de establecer el diagnóstico certero es

demostrar la presencia del hongo mediante el examen micológico, el cultivo y en algunos casos es necesario recurrir a técnicas serológicas en busca de anticuerpos y fracciones antigénicas de *Cándida*.

## Tratamiento de candidiasis oral

La candidiasis oral es una frecuente y temprana manifestación de enfermedad por HIV, por lo tanto es necesario identificar a los pacientes, para hacer las intervenciones terapéuticas.

La prevención y tratamiento de la candidiasis oral puede cambiar el pronóstico y mejorar la calidad de vida y evitar o disminuir la sobreinfección bacteriana.

Se debe tener en cuenta que hay factores asociados al aumento de frecuencia de candidiasis oral: enfermedad avanzada por el HIV, xerostomía e inmunosupresión mediada por células cuyo indicador es el valor de linfocitos CD4.

En el tratamiento se debe tener en cuenta que en el paciente HIV(+) es frecuente la malnutrición y la deficiencia de vitamina B.

Por lo tanto se debe mejorar el estado general juntamente con el tratamiento específico.

Puede ser tópico, oral o endovenoso, estando este último reservado para los casos graves con afectación endovascular o sistémica.

A pesar del compromiso inmunológico de los pacientes con enfermedad por HIV, en general la candidiasis es de la cavidad oral y del esófago y prácticamente no hay registros de candidemia.

En el caso de pacientes con enfermedad por HIV se suministran tratamientos por largos períodos de tiempo y en series repetidas, ya que estos pacientes tienen recaídas en más del 80%.

Grupo de imidazoles utilizados por vía tópica, y el ketoconazol, fluconazol e itraconazol también por vía oral.

El miconazol en su forma de gel oral ha tenido óptimos resultados en este trabajo de investigación, tanto en las formas pseudomembranosas como en las formas atróficas.

El itraconazol se usa a razón de 100 mg/día y el fluconazol en dosis de 100 mg/día ambos tienen una excelente respuesta en más del 80% de los casos en 10 días.

Nistatina: por vía tópica y oral 3 veces por día, hay publicaciones que preconizan el uso de nistatina como profilaxis con buenos resultados.

Anfotericina B: intravenosa, se reserva para casos graves, o en los que hayan fracasado los imidazoles orales.

En general tienen buena respuesta al ketoconazol en dosis de 200 mg/día y también se complementa con ungüento de ketoconazol.

Si es portador de prótesis, se aconseja limpiarla con hipoclorito de sodio o una solución con bicarbonato de sodio y aplicarle el tópicos en la superficie de apoyo.

## HISTOPLASMOSIS

En 1905 el patólogo Samuel Taylor Darling en el Canal de Panamá describió la enfermedad que hoy lleva su nombre, al realizar la necropsia de un hombre de raza negra originario de la isla de Martinica, encontrando en los histiocitos microorganismos intracelulares, a los que consideró un protozooario con cápsula y lo denominó "*Histoplasma capsulatum*".

### Definición

La histoplasmosis es una infección causada por un hongo geófilo, difuso: *Histoplasma capsulatum* que afecta a los seres humanos y a algunas especies animales.

La puerta de entrada es inhalatoria por aspiración de los microconidios, este hongo es capaz de producir una variedad de manifestaciones clínicas, y esto se debe a que su diseminación se produce precozmente por vía hematógica durante la primoinfección.

Las formas clínicas varían de acuerdo a la cantidad de esporas inhaladas y al estado inmunológico del huésped al que infecta, en el cual la inmunidad mediada por células juega un rol importante.

Las zonas endémicas son la cuenca del río Misisipi en los Estados Unidos y la cuenca del Río de la Plata en Sudamérica, en esta localización la histoplasmosis aparece como primera manifestación del SIDA en el 50 a 75% de los pacientes.

Se presenta en todas las razas, la relación hombre/mujer es de 3/1.

En pacientes inmunosuprimidos actúa como oportunista y en pacientes HIV(+) en nuestro medio es la segunda micosis.

### Formas clínicas de histoplasmosis

- Primoinfección asintomática.
- Infección pulmonar aguda
- Histoplasmosis pulmonar crónica
- Histoplasmosis diseminada aguda**
- Histoplasmosis diseminada crónica.
- Enfermedad mediada inmunológicamente.

Se desarrollará la histoplasmosis diseminada aguda que es la que frecuentemente se presenta en pacientes HIV+.

## Histoplasmosis diseminada aguda:

La mayoría de los pacientes presenta fiebre, fatiga y pérdida de peso de 1 a 2 meses de evolución.

La sintomatología respiratoria de tos y disnea ocurre en la mitad de los pacientes.

Otros signos incluyen hepatoesplenomegalia y linfadenopatías en el 25% de los pacientes.

Solamente un 10 a 20% de los pacientes presentan sepsis, meningitis y compromiso gastrointestinal.

La infección localizada respiratoria ocurre en pacientes que aún no tienen una severa inmunosupresión y los CD4 son > de 300 mm<sup>3</sup>.

La radiografía de tórax muestra infiltrados difusos, presentando usualmente una patente miliar de tipo retículoendotelial.

Por los hallazgos radiográficos, se debe realizar diagnóstico diferencial con la neumonía por *Pneumocystis carinii*, de ahí la necesidad de la broncoscopia para establecer un correcto diagnóstico.

En un 25% de los casos coexisten ambas infecciones.

En pacientes HIV/SIDA el *H. capsulatum* causa enfermedad diseminada en el 95% de los casos.

El 90% de los casos ocurre en pacientes con CD4 <200/mm<sup>3</sup>.

En pacientes con enfermedad por el HIV se pueden ver lesiones cutáneas en forma de pápulas rojovioláceas, que pueden tener ulceraciones en el centro y cubierto por una costra hemática y lesiones en la cavidad oral, pudiendo afectar el paladar duro, la lengua o el piso de la boca.

Pacientes que tuvimos oportunidad de asistir en el Hospital Muñiz, presentaban lesiones únicas en la comisura labial, en los que se realizó la escarificación de las lesiones, haciendo un diagnóstico precoz, con buena respuesta al itraconazol.

Tuvimos oportunidad de asistir a un paciente de sexo masculino homosexual, que presentaba lesiones en paladar y en cara, cuando se realizó la escarificación, la misma fue positiva para el *Histoplasma capsulatum*.

En este paciente el diagnóstico de HIV se realizó con posterioridad a la enfermedad micótica.

Recibió tratamiento con itraconazol con muy buena respuesta.

### Diagnóstico

Existen métodos directos: examen microscópico del material obtenido de las lesiones (positivos en el 85% de los casos), cultivos e inoculación en animales; y métodos indirectos que demuestran la respuesta inmunológica.

## Diagnóstico diferencial

De las lesiones de cavidad oral y de las lesiones en piel son: sífilis, paracoccidiodiomycosis, tuberculosis, leucoplasia y liquen plano.

### Tratamiento

El tratamiento incluye una fase de inducción que produce una remisión clínica y un tratamiento supresivo de mantenimiento para prevenir las recaídas.

En el caso de las formas diseminadas que tienen los pacientes con enfermedad por HIV existe una buena respuesta con azoles y es de elección el itraconazol en dosis de 400 mg/día, durante 6 semanas y luego se reduce la dosis a la mitad; quedando en éste caso con profilaxis secundaria de por vida 100 a 200 mg/día.

Se reserva la anfotericina B:

- para casos graves (histoplasmosis del SNC).
- para aquellos pacientes que no tengan respuesta a los azoles.
- también para pacientes con síndrome de mala absorción, o con trastornos de la deglución.
- y en aquéllos casos con riesgo de muerte imminente.

Otras enfermedades micóticas descritas en la bibliografía consultada: criptococosis, geotricosis, y aspergilosis, no fueron encontradas en la población estudiada.

## TRATAMIENTO DE LA ENFERMEDAD POR HIV

El año 1996 fue un momento decisivo ya que se reconoció la importancia de la carga viral como una herramienta de pronóstico, sumada a los conteos de CD4; el descubrimiento de nuevas drogas que inhiben la replicación viral, han hecho posible nuevas estrategias terapéuticas. En el último Congreso Mundial en julio del corriente, los trabajos de investigación confirmaron un aumento de la sobrevida en casi un 70% y una disminución de las enfermedades oportunistas en un 90%. En cuanto a los tratamientos los mismos deben ser altamente efectivos; a fin de disminuir la carga viral lo más pronto posible, por el mayor tiempo posible a niveles no detectables y aumentar los valores de CD4; para lograr estos objetivos es mandatorio que el tratamiento sea instituido por un profesional entrenado en el tema y que el paciente tenga adherencia a la terapéutica.

## RECOMENDACIONES PROVISORIAS PARA EL USO DE LA TERAPIA ANTIRRETROVIRAL

Se formulan teniendo en cuenta el conjunto de datos disponibles, surgidos de la investigación básica y de los

ensayos clínicos.

- Los avances de los últimos tiempos han sido:
- Creciente comprensión de los mecanismos fisiopatológicos.
  - Monitoreo de la carga viral.
  - Comprensión de las ventajas de la terapia combinada.
  - Surgimiento de nuevas y potentes drogas antirretrovirales.

## PAUTAS A TENER EN CUENTA

- 1) Revisión periódica de las recomendaciones.
- 2) Existe un proceso continuo de replicación del HIV, altamente productivo desde etapas tempranas que se verifica en plasma, sistema linfocelular y otros compartimentos orgánicos.
- 3) Esta continua replicación viral genera un deterioro progresivo del sistema inmune (caída de CD4).
- 4) El descenso de los CD4 se asocia a la aparición de enfermedades asociadas (infecciones y tumores).
- 5) Uso de la terapia antirretroviral en pacientes sintomáticos, y en aquellos que expresen marcadores de deterioro inmune (descenso de CD4) y/o replicación viral activa detectable en plasma.
- 6) El objetivo de la terapia antirretroviral es reducir al mínimo posible la replicación viral y mantener ese nivel de supresión por el mayor tiempo posible.
- 7) El uso combinado de drogas de la máxima potencia, con las cuales el paciente no hubiera sido previamente tratado es la opción más efectiva. Lo más importante es la potencia de un régimen y no el número de drogas. Por lo tanto el tratamiento se realiza con una combinación de 2 inhibidores de nucleósidos análogos de la transcriptasa inversa + 1 inhibidor de la proteasa. Una alternativa sería: 2 inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa + 1 inhibidor no nucleósido de la misma enzima.
- 8) Dado el carácter continuo del proceso de replicación viral y la alta tasa de mutación espontánea, toda interrupción del tratamiento debe considerarse como de alto riesgo de selección de cepas resistentes.
- 9) Las ventajas del tratamiento temprano y las profilaxis de las infecciones asociadas requieren la consulta oportuna de las personas que conviven con el virus.
- 10) Los programas de educación médica y las campañas de prevención deben incluir referencias explícitas del significado de "una carga viral no detectable".
- 11) El costo adicional que implica la aplicación de es-

tas recomendaciones, deberá balancearse con los beneficios en la calidad de vida, el tiempo de sobrevivencia y la reducción de costos derivados de la atención de enfermedades asociadas a etapas avanzadas de la inmunodeficiencia, sumando a todo esto los potenciales beneficios derivados de los años de vida productiva.

## TERAPIA ANTIRRETROVIRAL

### CUANDO SE DEBE INICIAR EL TRATAMIENTO

- A todo paciente con infección por HIV confirmada, que haya presentado una enfermedad definidora de SIDA y a todo paciente sintomático (fiebre de origen desconocido, candidiasis oral, leucoplasia oral vellosa, pérdida involuntaria de peso, sudores nocturnos, diarreas de más de 1 mes de evolución, anemia y/o anemia).
- La decisión de iniciar el tratamiento en pacientes asintomáticos se deberá consensuar entre el médico tratante y su paciente.

En el caso de iniciar tratamiento en pacientes asintomáticos, se deben tener en cuenta ventajas y desventajas:

#### Ventajas:

- Control de la replicación viral y reducción de la carga viral.
- Prevención de la inmunodeficiencia progresiva.
- Reducción de la progresión de la enfermedad y aumento de la sobrevivencia.
- Menor riesgo de seleccionar cepas resistentes.
- Menor riesgo de toxicidad.

#### Riesgos potenciales

- Reducción en la calidad de vida por efectos adversos.
- Desarrollo temprano de resistencia.
- Limitación para futuros cambios de tratamiento.
- Potencial diseminación de virus resistentes.
- Duración desconocida de la efectividad de los tratamientos disponibles.
- Se recomienda tratamiento a todo paciente sintomático o no, con recuentos de CD4 < 500 cel/mm<sup>3</sup>. Esta recomendación es especialmente subrayada en pacientes asintomáticos con CD4 < de 350.
- A todo paciente con una carga viral que supere las 5.000 a 10.000 copias/ml (b-DNA), independiente

del nivel de CD4, si la medición es por RT-PCR (Amplificador, NASBA) se deben considerar valores de 10.000 a 20.000 copias/ml.

- Se debe iniciar tratamiento antirretroviral en casos de primoinfección.
- En casos de exposición accidental significativa de alto riesgo.
- En mujeres embarazadas infectadas con HIV.

El no contar hasta la fecha con una "cura definitiva" para la enfermedad por HIV, nos obliga a reflexionar sobre "Prevención", recordando las enseñanzas de los viejos maestros: "Es mejor prevenir que curar".

El objetivo fundamental es crear en la población una real conciencia de esta problemática que sin pausa, pero con prisa nos está afectando a todos.

A un año del próximo milenio nuestra postura es alentadora, porque los tratamientos actuales para aquellas personas que ya están infectadas, están siendo eficaces, mejorando la calidad de vida y aumentando la sobrevivencia.

La prevención es tan importante, que a manera de ejemplo, la disminución de infectados en la población homosexual se debió a cambios de conducta en lo que respecta a un sexo más seguro.

Algunos conceptos sobre prevención que fueran vertidos en Ginebra por la Dra. Ruth Dreifuss (integrante del Consejo Federal de Suiza) en la ceremonia de apertura se refieren a los abordajes en la prevención del SIDA.

La prevención dirigida es eficaz si se toman en cuenta las realidades de los grupos a los cuales está dirigida y las campañas de prevención dirigida deben ser acompañadas por campañas de información y conocimiento apuntadas al público.

Uno de los conceptos importantes de la XII Conferencia Mundial de SIDA en Ginebra (julio de 1998), fue que "la prevención, el tratamiento y la investigación se complementan", pero las nuevas terapias y los avances científicos no nos deben llevar a descuidar la prevención y el cuidado de los pacientes.

En estos últimos 3 años hubo avances muy importantes en lo referido a la enfermedad por el HIV con la permanente adquisición de nuevos conocimientos en lo referido al entendimiento de las bases de la biología y la patogénesis de la enfermedad por el HIV.

El año '96 fue un momento decisivo ya que se reconoció la importancia de la carga viral (cantidad de copias que hace el virus), como una herramienta pronóstica, sumada a los conteos de CD4 (nuestras células de defensa).

El descubrimiento de nuevas drogas que inhiben la

replicación viral, han hecho posible nuevas estrategias terapéuticas.

La continua replicación viral va comprometiendo el sistema inmunológico y conduce a la progresión del SIDA enfermedad, y a largo plazo es inusual que el sistema inmune esté indemne.

Si no hay una efectiva supresión de la replicación viral por medio de las terapias antirretrovirales, necesariamente las personas van deteriorando su sistema inmunológico, siendo entonces más susceptibles de padecer infecciones asociadas, cáncer, enfermedades neurológicas, síndrome de adelgazamiento y finalmente la muerte.

El objetivo del tratamiento debe ser mantener la función del sistema inmune lo más cerca a lo normal como sea posible, prevenir la progresión de enfermedad, prolongar la sobrevivencia y preservar la calidad de vida por una efectiva supresión de la replicación viral.

El éxito dependerá del inicio de la terapia tan pronto como sea posible, fundamentalmente antes que exista un severo compromiso inmunológico.

Los niveles de carga viral indican la magnitud de la replicación del HIV y esto se asocia a la destrucción de los linfocitos CD4, que son indicadores del daño del sistema inmunológico.

Son necesarios controles periódicos de los niveles de carga viral y de CD4 para determinar el riesgo de progresión de enfermedad en la persona infectada y determinar el momento de inicio del tratamiento o cuando es necesario cambiar un tratamiento.

Midiendo la carga viral podemos saber cuando hay progresión de enfermedad y también nos permite conocer la eficacia de un tratamiento en cada paciente.

La progresión de enfermedad difiere entre las personas HIV(+), y es necesario e imprescindible "individualizar" los tratamientos de acuerdo a cada paciente, a la carga viral y los niveles de CD4.

La iniciación de la terapia antirretroviral antes que exista un grave compromiso inmunológico y virológico es el mejor momento de inicio y tiene un beneficio durable en la calidad de vida.

El uso de potente medicación antirretroviral disminuye la carga viral a niveles no detectables de virus en plasma.

Varios estudios clínicos han demostrado la efectividad clínica de los tratamientos con tres drogas.

Cada droga antirretroviral debe ser siempre usada en los intervalos y en las dosis optimas.

Las drogas antirretrovirales disponibles son limitadas en número y mecanismo de acción, por lo tanto los cambios en la terapia disminuyen las futuras opciones, de ahí la importancia fundamental que los pacientes sean asistidos por personal médico muy bien entrenado y con

sólidos conocimientos científicos.

Hasta ahora se ha demostrado que la interrupción de terapia luego de supresión prolongada con terapia triple, da como resultado un rápido aumento de la replicación viral.

Las mujeres deben recibir tratamiento durante el embarazo, a fin de disminuir la transmisión madre-hijo, además aquellas madres infectadas con el HIV no deben amamantar a sus hijos.

Los mismos principios de terapia antirretroviral para los adultos infectados son aplicables a los niños y adolescentes.

Las personas HIV+ que tengan niveles de carga viral "no detectable", deben ser consideradas infectantes, y deben utilizar preservativos en las relaciones sexuales.

Las nuevas drogas antirretrovirales y las estrategias de tratamiento si son usadas correctamente pueden beneficiar sustancialmente a los pacientes HIV+.

Los nuevos conocimientos han aportado nuevas combinaciones de drogas y los beneficios con la terapia van en franco aumento.

Para poder iniciar un tratamiento altamente efectivo es imprescindible que los pacientes demuestren un alto nivel de adherencia a largo plazo y será el médico tratante quien explique al paciente la importancia de cumplir estrictamente con todas las indicaciones terapéuticas.

La adherencia incompleta representa una amenaza a la efectividad de los regímenes actualmente disponibles.

Los inhibidores de proteasa a largo plazo tienen posibles efectos desagradables: aumento de triglicéridos, colesterol, glucosa y adiposidad en distintas zonas del cuerpo, aún no se ha podido establecer la severidad y la significancia clínica de estas alteraciones.

Estos trastornos deben ser controlados mediante una dieta balanceada como primera opción y en aquellos casos en que no sea suficiente se deberán administrar fármacos específicos.

También en este momento debemos estimular opciones terapéuticas que provean alternativas al tratamiento estándar con inhibidores de la proteasa.

Nuestro actual desafío consiste en optimizar la terapia, para ello deberemos simplificar los regímenes reduciendo el número de comprimidos, el número de dosis y los posibles efectos desfavorables a corto y largo plazo.

Las drogas disponibles hasta la fecha son:  
Análogos nucleosídicos: AZT, ddI, ddC, d4T, 3TC, y abacavir.

Inhibidores de la proteasa: indinavir, nelfinavir, ritonavir y dos formulaciones distintas de saquinavir (cápsulas duras y blandas).

**Inhibidores no nucleosídicos de la transcriptasa:** nevirapina, delavirdina, y efavirenz.

Actualmente en etapas avanzadas de evaluación clínica: **adefovir** (inhibidor nucleosídico de la transcriptasa reversa de efecto antiviral moderado) y **amprenavir** (potente inhibidor de la proteasa).

En resumen los puntos más relevantes son la prevención, la confirmación de la eficacia de los tratamientos con triple esquema, la adherencia de los pacientes y los efectos desagradables de los medicamentos.

Para poder cumplir con estos objetivos es imprescindible un trabajo multi e interdisciplinario de los profesionales de la salud para realizar una acción efectiva.

Si bien los tratamientos combinados están siendo francamente alentadores, el no contar hasta la fecha con una cura definitiva de la enfermedad, nos exige extremar las medidas de "prevención dirigida" que deben ir acompañadas por campañas de información y de conocimiento apuntadas a toda la comunidad.

**NO DEBEMOS OLVIDAR QUE EN ESTA ENFERMEDAD EL UNICO INTEGRANTE QUE NO DISCRIMINA ES EL PROPIO HIV.**

## PROFILAXIS POST-EXPOSICION

La exposición ocupacional a sangre y otros fluidos coloca a los trabajadores de la salud en riesgo de adquirir infección por HIV, el riesgo puede ser mayor, incrementado o mínimo.

La prevención del accidente es una de las medidas más efectivas para reducir la posibilidad de infectarse. Se recomienda ofrecer con rapidez un asesoramiento integral al accidentado por personal entrenado y en caso de necesitar medicación antirretroviral la misma debe ser administrada antes de las 2 horas.

## RECOMENDACIONES PRELIMINARES PARA LA PROFILAXIS POST-EXPOSICION (PPE) OCUPACIONAL AL HIV EN TRABAJADORES DE LA SALUD

La exposición ocupacional a sangre y otros fluidos coloca a los trabajadores de la salud en riesgo de adquirir infección por HIV. El riesgo global después de una exposición percutánea ha sido estimado en estudios prospectivos realizados en los EE.UU. en 1/300 (0,3%). Si bien no se ha realizado un estudio de vigilancia epidemiológica a gran escala en nuestro medio, datos aislados sugieren un riesgo similar (0,2 - 0,4%). Sin embargo, el cálculo global sobrestima el riesgo de algunos tipos de exposición e infraestima el de otros. Los mejo-

res predictores del riesgo de infectarse con el inóculo, la ruta de exposición y el tipo de accidente. En un estudio retrospectivo caso-control que utilizó los datos de los programas de vigilancia epidemiológica de los Organismos de Salud Pública de los EE.UU., Francia y el Reino Unido, el riesgo de infección luego de un accidente percutáneo estuvo asociado a tres factores:

- **Cantidad de sangre** indicada por la presencia de **sangre visible en el instrumento**, un procedimiento que involucró **la inserción de aguja en vena o arteria y una injuria profunda**. Todos estos factores incrementaron significativamente el riesgo.
- **Inóculo viral:** indicado por el tipo de fuente. El riesgo se incrementó significativamente cuando el paciente tenía **enfermedad por HIV avanzada**.
- **Uso de AZT post-exposición.** Estuvo asociado en el estudio a una reducción en el riesgo del 79% (odds ratio 0,21%).

El riesgo de infección en la **exposición cutánea o mucosa** ha sido estimado en < 0,1% a 0,1% respectivamente. Al igual que en la exposición percutánea, algunos factores incrementan el riesgo. **Debe considerarse de riesgo incrementado el contacto prolongado de mucosas, o piel cuya integridad se haya visiblemente comprometida, con sangre, secreciones genitales incluido el semen, líquidos pericárdicos, pleural, peritoneal, cefalorraquídeo, amniótico, sinovial o fluidos con sangre visible.**

Teniendo en cuenta estos datos es posible definir las siguientes magnitudes de riesgo:

- **Riesgo mayor.** Gran volumen de sangre y gran inóculo viral. Por ejemplo inyección profunda con una aguja hueca de diámetro mayor, previamente colocada en una vena o arteria del paciente **mas** una fuente con enfermedad avanzada o infección retroviral aguda.
- **Riesgo incrementado.** Gran volumen de sangre o gran inóculo viral, como fueron definidos antes o contacto prolongado con mucosas (o piel cuya integridad se haya visiblemente comprometida) de sangre, secreciones genitales incluido el semen, líquidos pericárdico, pleural, peritoneal, cefalorraquídeo, sinovial o fluidos con sangre visible.
- **Riesgo mínimo.** Ninguno de los previos. Por ejemplo injuria con una aguja sólida sin sangre proveniente de un paciente asintomático con infección por HIV.

La **prevención del accidente** es una de las **medidas más efectivas para reducir el riesgo** de infectarse. Las intervenciones más efectivas son el **cumplimiento es-**

**tricto de las precauciones universales** para el manejo de sangre y fluidos y el uso de agujas de sutura de punta roma y de mesas intermediarias en la instrumentación en medios quirúrgicos. El cumplimiento exitoso de las precauciones universales involucra programas de educación que deben realizarse antes de iniciar el trabajo y ciclos periódicos de reentrenamiento.

El uso de AZT en la PPE ha sido objeto de controversia por los resultados obtenidos en modelos animales y por las fallas documentadas en su uso en humanos. Los datos más importantes acerca del beneficio potencial surgen del estudio caso-control comentado antes. Si bien estos resultados son discutibles ya que el tipo de estudio no es el ideal, un estudio prospectivo controlado por placebo no es factible. El uso de agentes antirretrovirales en PPE está basado en datos limitados sobre su eficacia y toxicidad. Cuando sea posible, su uso debe estar indicado y monitoreado por profesionales con experiencia en terapia antirretroviral.

Los regímenes recomendados son sugerencias que pueden modificarse de acuerdo a la disponibilidad de drogas en el medio, probable patrón de resistencia del VIH en la fuente y terapias concurrentes, condiciones clínicas y toxicidad potencial en el caso a tratar.

Aunque el uso de un tratamiento de alta potencia como es la combinación de AZT, 3TC e inhibidores de proteasa (IP) se justifica para exposiciones que suponen un alto riesgo de transmisión del HIV, es incierta su utilidad, dado la potencial toxicidad agregada por el IP, en exposiciones de bajo riesgo. Hay datos preliminares que trabajadores de salud que han recibido PPE reportan entre un 30-90% de efectos colaterales, con un consecuente abandono de la misma de 24-36%. Efectos adversos serios como nefrolitiasis, hepatitis y pancreatitis han sido reportados con el uso de combinación de drogas para PPE.

Lo expuesto precedentemente, así como la experiencia de los integrantes de la subcomisión de SIDA de SADI en los diferentes medios donde actúan, confirmando, han llevado a dicha subcomisión a revisar las recomendaciones preliminares para la profilaxis post-exposición (PPE) al HIV en trabajadores de la salud, redactadas en agosto de 1997. Dicha revisión se ha sustentado básicamente en el MMWR del 15/05/98. Se remarcarán algunos conceptos que fundamentan esta revisión crítica.

*Se insiste que la mejor forma de prevenir una infección por HIV adquirida a través de las tareas de un trabajador de la salud es prevenir las exposiciones a sangre y para ello hay que aplicar permanentemente las normas de bioseguridad, que son universales.*

Recordar que AZT es la única droga que ha demostrado ser efectiva, a través del protocolo ACTG 076,

reduciendo la transmisión vertical del HIV, independientemente de la resistencia del virus a la misma, como así también en el estudio retrospectivo caso-control del PPE en trabajadores de la salud, reduciendo el riesgo de infección por HIV en un 80%.

Los inhibidores de proteasa pueden presentar serias interacciones medicamentosas cuando se utilizan con otros medicamentos. Ritonavir es no recomendable en la PPE por el lapso que insume llegar a la dosis total. Asimismo la nueva formulación de Saquinavir hace necesario la ingesta de 18 comprimidos por día, lo que disminuye la adherencia del paciente al tratamiento.

Cuando se analiza la fuente hay que considerar si dicha persona había recibido tratamiento antirretroviral y cual había sido el mismo. La resistencia puede ser sospechada en el paciente fuente cuando se ha objetivado una progresión de la enfermedad o un persistente aumento de la carga viral o una declinación en el conteo de CD4 a pesar del tratamiento o una falta de respuesta virológica a pesar del cambio de tratamiento. Sin embargo no está dilucidado si en esta situación es necesario hacer una modificación en los esquemas propuestos de PPE o influirá realmente en el manejo de la exposición ocupacional.

La utilización de las drogas antirretrovirales durante el embarazo encuadra dentro de la utilización de las mismas en dicha situación. Hay ensayos clínicos sobre la utilización de AZT y 3TC. La experiencia mayor es con AZT a través del protocolo ACTG 076, en cuanto a su utilización para prevenir la transmisión vertical.

Respecto al manejo del trabajador de salud que ha sufrido una exposición ocupacional recordar que es necesario crear sistemas que contemplen un rápido reporte del accidente laboral, una adecuada evaluación de las características del mismo para poder decidir una eventual PPE, un apropiado asesoramiento y un seguimiento del mismo.

El rápido reporte del accidente está relacionado con la necesidad de iniciar, si correspondiera, la PPE lo más precozmente posible, dado que está relacionado su iniciación temprana con su efectividad (en lo posible dentro de las 2 horas de ocurrido el mismo).

Hay que registrar la fecha y la hora de la exposición, los detalles del procedimiento que se había realizado, donde y cómo ocurrió, el dispositivo utilizado; detallar el tipo y cantidad del fluido o material implicado y la severidad de la exposición (ej.: para exposición percutánea, profundidad de la herida y qué tipo de fluido era; para exposición de piel o mucosa, el volumen estimado del material y el tiempo de contacto y la condición de la piel, sana o con lesiones). Asimismo habrá que registrar los datos de la fuente y si ésta es HIV positivo es estado de la enfermedad, el tratamiento antirretroviral

recibido y la carga viral, si es conocida.

Se **recomienda** ofrecer con rapidez a todos los trabajadores de la salud que sufran exposición post-ocupacional una consejería especializada que incluya asistencial, psicológica y evaluación médica inicial, así como el seguimiento. Deben realizarse tests para detectar anticuerpos anti-HIV basal, a las 6 semanas, 12 semanas y 6 meses posteriores a la exposición.

No se recomienda la utilización rutinaria de antígeno p24 ni de carga viral.

Deben también recibir instrucciones para observar las medidas de profilaxis necesarias para evitar la transmisión de la infección por HIV.

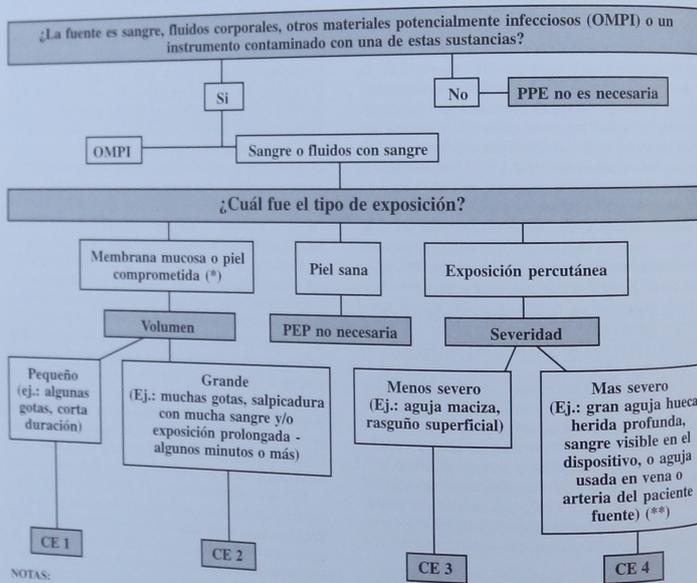
misión de la infección por HIV. (por la posibilidad de contagio con el HIV en el que tuvo el accidente laboral).

Si se instrumenta PPE, deben realizarse tests de laboratorio basales y a las 2 o 4 semanas para detectar potenciales toxicidades (hemograma, hepatograma, función renal).

La decisión de establecer PPE será consensuada entre la persona que ha sufrido la exposición accidental y un médico experimentado. Para tomar dicha decisión y seleccionar el esquema a utilizar se ofrece el siguiente flujograma (fuente: MMWR, 15 de mayo de 1998).

### Flujograma para analizar la necesidad de PPE luego de una exposición ocupacional

1er. escalón: Determinar el código de la exposición (CE)



NOTAS:

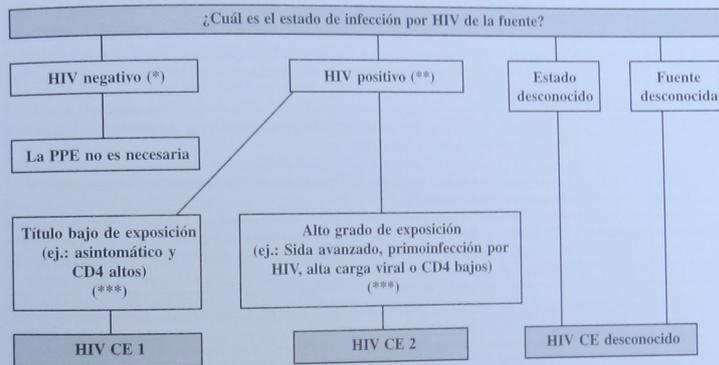
OMPI: Otros materiales potencialmente infecciosos, semen o secreciones vaginales; líquido cefalorraquídeo, sinovial, pleural, pericárdico o amniótico; o tejidos.

(\*) La integridad de la piel está comprometida cuando hay grietas, dermatitis, abrasiones o heridas abiertas.

(\*\*) La combinación de estos factores de severidad (ej.: gran aguja hueca y herida profunda) contribuyen a elevar el riesgo de transmisión si la persona fuente es HIV positiva.

### Flujograma para analizar la necesidad de PPE luego de una exposición ocupacional

2do. Escalón: Determinar el código del estado de infección por HIV (HIV CE)



NOTAS:

(\*) Una fuente es considerada negativa para HIV si está documentado como negativa la serología, una PCR o la antigenemia p24 en una muestra recolectada cerca del momento de la exposición accidental y no existe evidencia de un síndrome retroviral agudo.

(\*\*) Una fuente es considerada HIV positiva si está registrada como positiva la serología, una PCR para HIV o un antígeno p24 o presenta un diagnóstico clínico de SIDA.

(\*\*\*) Los ejemplos son usados como subrogantes para estimar el título de HIV en la fuente de una exposición para considerar la PPE y no refleja todas las situaciones clínicas que pueden ser observadas. Aunque un título alto de HIV en la fuente se asocia a un riesgo aumentado de infección, la posibilidad de la transmisión con títulos bajos debe ser considerada.

## Flujograma para analizar la necesidad de PPE luego de una exposición ocupacional

### 3er. Escalón: Determinar la recomendación de la PPE

CE	HIV CE	Recomendación de PPE
1	1	La PPE no se justifica. El tipo de exposición no posee un riesgo conocido de transmisión del HIV. Dado que el riesgo de toxicidad del tratamiento supera el beneficio, la PPE debe ser decidida entre el trabajador de la salud y el médico tratante.
1	2	Considerar el régimen básico. (*) El tipo de exposición representa un riesgo despreciable de transmisión del HIV. Una carga viral elevada en la fuente puede justificar la PPE. Dado que el riesgo de toxicidad del tratamiento supera el beneficio, la PPE debe ser decidida entre el trabajador de la salud y el médico tratante.
2	1	Recomendar el régimen básico. La mayoría de las exposiciones están en esta categoría; no se ha observado un riesgo aumentado de transmisión del HIV pero el uso de la PPE es apropiado.
2	2	Recomendar el régimen ampliado. (**) El tipo de exposición representa un riesgo aumentado de transmisión del HIV.
3	1 o 2	Recomendar el régimen ampliado. El tipo de exposición representa un riesgo aumentado de transmisión del HIV.
Desconocido	Desconocido	Si la fuente, o en el caso de una fuente desconocida, el lugar donde ocurrió la exposición sugiere un posible riesgo de exposición al HIV y el CE es 2 o 3, considerar el régimen básico.

(\*) Régimen básico: AZT 600 mg/día en 2 o 3 tomas diarias + 3TC 150 mg, dos veces por día, durante 4 semanas. (Fórmulas farmacéuticas que contienen ambos medicamentos facilitan el cumplimiento del tratamiento)

(\*\*) Régimen ampliado: es el régimen básico + indinavir 800 mg, cada 8 hs. o nelfinavir, 750 mg, cada 8 hs. (Indinavir debe ser administrado con el estómago vacío y con una ingesta diaria abundante de líquidos. Nelfinavir puede ser administrado con las comidas).

SADI/1998. Fuente: MMWR, may 15, 1998.

## RESUMEN

**Epidemiología:** en el mundo se contagia 1 persona cada 6 segundos, son 16.000 nuevos casos por día, e nuestro país los casos declarados en estos últimos 4 años constituyen más del 60% del total de casos acumulados desde 1983, hay un crecimiento importante entre la población heterosexual, mujeres y niños; la relación actual hombre/mujer es de 3/1. El no contar hasta la fecha con una cura definitiva de la enfermedad, es fundamental elaborar programas de prevención dirigidos a la comunidad.

**Infección aguda por HIV:** es el período de 4 a 7 semanas posterior a la exposición al HIV, que se acompaña de una gran respuesta inmunológica que dura de 30 a 50 días, caracterizada por alta carga viral y descenso de CD4. Los signos y síntomas son fiebre, linfadenopatía, faringitis, rash, lesiones mácula papulosa eritematosas en cara y tronco y algunas veces en extre-

midades, incluyendo palmas y plantas de los pies, ulceración mucocutánea en boca, esófago o genitales, micralgia o artralgia, diarrea, cefalea, náuseas y vómitos, hepatosplenomegalia, aftas, pérdida de peso, síntomas neurológicos.

La infección primaria representa hipotéticamente una oportunidad de erradicar el HIV del organismo, si esto puede ser posible, el tratamiento debe ser agresivo y administrado tan pronto como sea posible, es importante que estos pacientes sean identificados y tratados precozmente, y tener la posibilidad de incluirlos en los estudios clínicos.

**Patología oral:** constituye un capítulo importante dentro de esta patología, las etiologías son infecciosas y no infecciosas. Las más frecuentes comunes son candidiasis, histoplasmosis, infecciones por virus herpes, sarcoma de Kaposi y linfoma no Hodgkin entre otras. Aparecen en cualquier estadio de la enfermedad y su gravedad se asocia al grado de compromiso inmunoló-

gico. Por otro lado el control de la patología oral mejora la calidad de vida y disminuye las infecciones sobreagregadas.

**Tratamiento:** el año 96 fue un momento decisivo ya que se reconoció la importancia de la carga viral como una herramienta de pronóstico, sumada a los conteos de CD4; el descubrimiento de nuevas drogas que inhiben las replicación viral, han hecho posible nuevas estrategias terapéuticas. En el último Congreso Mundial en julio del corriente, los trabajos de investigación confirmaron un aumento de la sobrevida en casi un 70% y una disminución de las enfermedades oportunistas en un 90%. En cuanto a los tratamientos los mismos deben ser altamente efectivos; a fin de disminuir la carga viral lo más pronto posible, por el mayor tiempo posible a niveles no detectables y aumentar los valores de CD4; para lograr estos objetivos es mandatorio que el tratamiento sea instituido por un profesional entrenado en el tema y que el paciente tenga adherencia a la terapéutica.

**Profilaxis post-exposición:** la exposición ocupacional a sangre y otros fluidos coloca a los trabajadores de la salud en riesgo de adquirir infección por HIV, el riesgo puede ser mayor, incrementado o mínimo.

La prevención del accidente es una de las medidas más efectivas para reducir la posibilidad de infectarse.

Se recomienda ofrecer con rapidez un asesoramiento integral al accidentado por personal entrenado y en caso de necesitar medicación antirretroviral la misma debe ser administrada antes de las 2 horas.

## BIBLIOGRAFIA

- Arenas R. Onicomicosis Aspectos clínico epidemiológicos, micológicos y terapéuticos. *Gac Med Mex*. 1990; 126(2): 84-91.
- Barbaro G; Barbarini G; Di Lorenzo G. Fluconazole compared with itraconazole in the treatment of esophageal candidiasis in AIDS patients: a double-blind, randomized, controlled clinical study. *Sand J Infect Dis (Suocia)* 1995; 27 (6) p 613-7.
- Barbieri F, Colombo AL, McGough DA, et al. In vitro activity of itraconazole against fluconazole-susceptible and resistant *Candida albicans* isolates from oral cavities of patients infected with Human Immunodeficiency Virus. *Antimicrobial agents and Chemotherapy*. 1994; 1530-1533.
- Barton, E. N., Roberts, L. Ince, W.E. et al 1988. Cutaneous histoplasmosis in the acquired deficiency syndrome: a report of three cases from Trinidad. *Trop. Geog. Med*. 40: 153-157.
- Benetucci J, Puga L, García Messina O et al Characteristics of HIV associated histoplasmosis in Argentina Abstract # 13243 12th World Conference Geneva, June 1998.
- Bucher HC; Gyr K; Ledergerber B; Sudre P. Incidence of disseminated histoplasmosis in HIV-infected patients in Switzerland. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retroviral (United States)* Apr 1 1996 11 (4) p 417-8.
- Cahn P, Casariego Z, Perz H., y col. Erythematous candidosis: early manifestation in HIV reactive patients (Abstract). Presented at Fifth International Conference on AIDS; 1989 Montreal.
- Carpenter CJ, Fischl MA, Hammer SM, et al. Antiretroviral Therapy for HIV infection in 1998; recommendations of an international panel. *JAMA*. 1998; 280: 78-86.
- Carledge JD, Midgley J, Gazzard BG. Relative growth measurement of *Candida* species in a single concentration of fluconazole predicts the clinical response to fluconazole in HIV infected patients with oral candidosis. *J Antimicrob Chemother (Inglaterra)* Feb 1996; 37 (2) p. 275-83.
- Chrystianhou E, Torsander J, Petrin B. Oral *Candida albicans* isolates with reduced susceptibility to fluconazole in Swedish HIV-infected patients. *Scand J Infect Dis (Suocia)* 1995; 27 (4) p. 391-5.
- Coates E; Slade GD; Goss AN; Gorkic E. Oral conditions and their social impact among HIV dental patients. *Aus Dent J (Australia)* Feb 1996; 41 (1) p 33-6.
- Coates E; Slade GD; Goss AN; Gorkic E. Oral conditions and their social impact among HIV dental patients. *Aus Dent J (Australia)* Feb 1996; 41 (1) p 33-6.
- Cohen, P. R., Barck, D. E., Silvers, D. N., and Grossman M. E. 1990. Cutaneous lesions of disseminated histoplasmosis in human immunodeficiency virus-infected patients. *J. Am. Acad. Dermatol.* 23: 422-428.
- Cruz GD; Lamster IB; Begg MD, et al. The accurate diagnosis of oral lesions in human immunodeficiency virus infection. Impact on medical staging. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg (United States)* Jan 1996; 122 (1) p. 68-73.
- Cruz GD; Lamster IB; Begg MD, et al. The accurate diagnosis of oral lesions in human immunodeficiency virus infection. Impact on medical staging. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg (United States)* Jan 1996; 122 (1) p. 68-73.
- Daar ES, Mougil T, Meyer RD, et al. Trastent high levels of viremia in patients with primary human immunodeficiency virus type 1 infection. *N. Engl. J Med* 1991; 324: 961-964.
- Darwazeh A.M.G., Lamey P. J., Lewis M.A.O., Samaranyake L. P. Systemic fluconazole therapy and in vitro adhesion of *Candida albicans* to human buccal epithelial cells. *J Oral Pathol* 1991; 20: 17-19.
- Deepe, G.S., Jr., and Bullock, W.E. 1988. Histoplasmosis granulomatous inflammatory response, p. 733-749. In J. I. Gallin, I. M. Goldstein, and R. Snyderman (ed.) *Inflammation: basic principles and clinical correlates*. Raven Press, New York.
- EEC - Clearinghouse on Oral Problems Related to HIV Infection and WHO Collaborating Centre on Oral Manifestations of the Immunodeficiency Virus. Classification and diagnostic criteria of oral lesions in HIV infection. *Oral Pathol Med*. 1993; 22: 289-290.
- EEC - Clearinghouse on Oral Problems Related to HIV Infection and WHO Collaborating Centre on Oral Manifestations of the Immunodeficiency Virus. *J Oral Pathol Med*. 1993; 22: 289-291.
- European Economic Community. Clearinghouse on oral problems related to this infection and WHO Collaborating Centre on oral manifestation of the immunodeficiency virus. Classification and diagnostic criteria for oral lesions in HIV infection. *J Oral Pathol Med* 1993; 22: 289-291.
- Foljyn P, Marriott D. HIV and oral disease. *Med J Aust (Australia)* Mar 18 1996 164 (6) p 357-9.
- Goa KL; Barradell LB. Fluconazole. And update of its pharmacodynamic and pharmacokinetic properties and therapeutic use in major superficial and systemic mycoses in immunocompromised patients. *Drugs (Nueva Zelanda)* Oct. 1995 50 (4) p 658-90.

- Gottlieb MS, Schroff R, Schantz H M. Pneumocystis carinii pneumonia and mucosal candidiasis in previously healthy homosexual men: evidence of new acquired cellular immunodeficiency. N. Engl. J. Med 1981; 305: 1425-1431.
- Greenspan D, Greenspan J. S., Conant M, Petersen V, Silverman S, Jr, DeSouza Y. Oral "hairy" leukoplakia in male homosexuals: evidence of association with both papillomavirus and a herpes-group virus. Lancet 1984; 2: 831-834.
- Greenspan D, Greenspan J. S., Conant M, Petersen V, Silverman S, Jr, DeSouza Y. Oral "hairy" leukoplakia in male homosexuals: evidence of association with both papillomavirus and a herpes-group virus. Lancet 1984; 2: 831-834.
- Greenspan Deborah Treatment of oral candidiasis in HIV infection. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1994; 78:211-215.
- Greenspan John, CE Barr, JJSchiuba, et al Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol 1992; 73: 142-144.
- Kirchner JT. Opportunistic fungal infections in patients with HIV disease: combating cryptococcosis and histoplasmosis. Postgrad Med (United States) Jun 1996 99 (6) p 209-16.
- Klein R.S., Harris C.A., Small C.B., Moll B., Lesser M., Friedland G. H. Oral candidosis in high-risk patients as the initial manifestation of the acquired immune deficiency syndrome. N. Engl. J. Med. 1986; 311: 354-358.
- Laskaris G. Oral manifestations of infectious diseases. Dent. Clin. North. Am. Apr 1996, 40 (2) p 395-423.
- Laskaris G. Oral manifestations of infectious diseases. Dent. Clin. North. Am. Apr 1996, 40 (2) p 395-423.
- MacPhail LA, Hilton JF, Dodd CL, Greenspan D. Prophylaxis with nystatin pastilles for HIV-associated oral candidiasis. J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retroviral (Estados Unidos) Aug 15 1996 12 (5) p 470-6.
- Maenza JR, Keraly JC, Moore RD; et al. Risk factors for fluconazole-resistant candidiasis in human immunodeficiency virus-infected patients. J Infect Dis (United States) Jan 1996 173 (1) p 219-25.
- Martin Suarez I, Aguayo Canela DM, Leon de Lope M; y col. Infeccion por el virus de la inmunodeficiencia humana en mujeres. An Med Interna (España) Dec 1995, 12 (12) p 576-83.
- Martin Suarez I, Aguayo Canela DM, Leon de Lope M; y col. Infeccion por el virus de la inmunodeficiencia humana en mujeres. An Med Interna (España) Dec 1995, 12 (12) p 576-83.
- McCarthy G. Host factors associated with HIV-related oral candidosis: a review. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. 1992; 73: 161-166.
- McCarthy Gillian M. Host factors associated with HIV-related oral candidiasis Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1992; 73: 181-186.
- Moore RD, Chaisson RE. Natural history of opportunistic disease in an HIV-infected urban clinical. Ann Intern Med (United States) Apr 1 1996 124 (7) p 633-42.
- Negroni R. Micosis en pacientes con SIDA. Rev. Arg. de Micología XIII N 1-3-4, 1990.
- Neuhauer, MA., and Bodensteiner, D.C. 1992 Disseminated histoplasmosis in patients with AIDS. South. Med. J. 85: 1166-1170.
- Pantaleo G and Fauci AS. Tracking HIV during disease progression. Curr Opin Immunol 1994; 93: 768-775.
- Pantaleo G, Graziosi C, Butini L et al. Lymphoid organs function as major reservoirs for human immunodeficiency virus. Proc Natl Acad

- Sci USA 1991; 88: 9838-9842.
- Pedersen C, Lindhardt BO, Jensen BL et al. Clinical course of primary HIV infection. Consequences for subsequent course of infection. Br Med J 1989; 299: 254-157.
- Puga L, Jauregui Rueda H, Monticelli MA et al. Acute primary infection (APHI) abstract # 12192; 12 th World AIDS Conference Geneva, 1998.
- Puga L, Monticelli A, Negroni R et al Disseminated histoplasmosis in AIDS patients Abstract # 22224, 12 th World Conference Geneva, June 1998.
- Puga L, Sforza R, Benetucci J et al. Prevalence of periodontal disease related to oral candidiasis in HIV+ patients (abstract # 16.028) 8<sup>th</sup> International Congress on Infectious Diseases, mayo 1998.
- Puga L, Sforza R, Benetucci J, et al Disseminated histoplasmosis, oral lesions in HIV patients in Argentina. 4<sup>th</sup> conference on retroviruses and opportunistic infections. Abstract # 326, January 1997.
- Quereda C; Polanco AM; Giner C; y col. Correlation between in vitro resistance to fluconazole and clinical outcome of oropharyngeal candidiasis in HIV-infected patients. Eur J Clin Microbiol Infect Dis (Germany) Jan 1996 15 (1) p 30-7.
- Recomendaciones sobre tratamiento antirretroviral. Subcomisión de SIDA de la Sociedad Argentina de Infectología, 1998.
- Reichart PA, Philipsen HP, Schmidt-westhausen A., Samaranyake LP. Pseudomembranous oral candidiasis in HIV infection: ultrastructural findings. J. Oral Pathol Med. 1995; 24: 276-281.
- Reichart PA., Schmidt-Westhausen A., Samaranyake LP, Philipsen HP Candida-associated palatal papillary hyperplasia in HIV infection. J. Oral Pathol Med 1994; 23: 403-405.
- Sacko HB; Ag Mohamed A; Maiga MY; et al. ORL manifestations observed in AIDS. Apropos of 65 cases. Bull Soc Pathol Exot (France) Apr 1995 88 (5) p 234-5.
- Samaranyake L. P. Oral mycosis in HIV infection. Oral Surg. Oral Med. Oral Pathol. 1992; 73: 171-180.
- Scully C. Management of oral health in persons with HIV infection Oral Surg Oral Med Oral Pathol 1992; 73: 215-225.
- St-Germain G; Dion C; Espinel-Ingroff A; et al. Ketoconazole and itraconazole susceptibility of Candida albicans isolated from patients infected with HIV. J Antimicrob Chemother (England) Jul 1995 36 (1) p 109-18.
- Sullivan DJ; Henman MC; Moran GP; et al. Molecular genetic approaches to identification, epidemiology and taxonomy of non-albicans Candida species. J Med Microbiol (Scotland) Jun 1996, 44 (6) p 399-408.
- Volberding PA. Clinical Spectrum of HIV disease. In: De Vita Jr, VT, Hellman, S, Rosenberg SA. AIDS etiology, diagnosis, treatment and prevention. J.B. Lippincott Copany, Philadelphia. Third edition 1992; 123-140.
- West, L. J., Connolly-Stringfield, P.A., Baker, R.L., et al 1990. Disseminated histoplasmosis in the acquired immune deficiency syndrome: siential findings, diagnosis and treatment, and reviewed the literature. Medicine (Baltimore) 69: 361-374.
- Wei X, Ghosh SK, Taylor ME et al. Viral dynamics human immunodeficiency virus type 1 infection. Nature 1995; 373: 117-122.
- Zarabi, C.M., Thomas, R. and Aduesokan A. 1992. Diagnosis of systemic histoplasmosis in patients with AIDS. South. Med. J. 85: 1171-1175.

# Dos cremas que iluminan todas las sonrisas

La crema dental más completa:  
antiplaca, anticaries, antisarro  
doble flúor, **BS**

PRESENTACION:

Pomos multilaminados con 100 gr.



Crema dental para dientes  
sensibles y encías sangrantes

PRESENTACION:

Pomos con 100 gr.



Productos  
aprobados  
por CORA

Gador  
Al Cuidado de la Vida  
<http://www.gador.com.ar>

## Importancia odontolegal de la ficha odontológica.

Dr. Enrique Jorge Peri\*

La ficha odontológica representa el esquema dentario del maxilar superior e inferior, es decir el arco que forman las piezas dentarias. Junto a esto se le agrega los datos personales del paciente como así también los antecedentes de enfermedades o patologías de importancia que haya padecido o de las cuales sea portador en el momento de la consulta.

En ella se anotarán los trabajos realizados y lo que se realizarán en ese paciente.

Por ello, la ficha odontológica cumple las siguientes funciones:

- a) Anotación del estado bucal en el momento de la consulta.
- b) Estado general del paciente.
- c) Los trabajos realizados y los que se realizarán.
- d) Farmacopea que se suministrará.
- e) Cobro de honorarios.
- f) Identificación.
- g) Informe odontolegal para cuando sea solicitado.

Por eso es de suma importancia la ficha odontológica en odontología lega, más en estos momentos donde el término mala praxis esta muy en boga. Para evitar cualquier problema legal en la información odontológica es necesario una adecuada confección de la ficha odontológica sin dejar ningún detalle de importancia en la anotación de la misma, desde los datos personales hasta la aceptación por parte del paciente de los trabajos realizados como de las indicaciones medicamentosas y de profilaxis, las cuales deberán estar firmadas por el paciente. En el caso de menores de edad deberá estar el consentimiento de los padres o tutores del menor.

La ficha dentaria junto con las rugas palatinas, tienen gran valor en la identificación porque actúan cuando no se puede identificar a una persona por los métodos generales o médico legal. Esta importancia dentaria radica también en que las piezas dentarias resisten altas temperaturas, hasta 1.500°C.

Por ello es importante la descripción detallada de

todo lo que vemos en los dientes como en los tejidos blandos que los rodean, descripción que deberá quedar documentada en la ficha odontológica, y a que esta es un verdadero documento legal que nos servirá para poder comprobar lo realizado frente a cualquier demanda que se produzca.

En la actualidad se utiliza desde el punto de vista legal la ficha odontológica denominada dígito dos o interpol, y a que esta organización utiliza un sistema que puede ser transmitido a todos los países con facilidad. Utiliza la notación de Zsigmondi agregando el número 1 a la hemiarca superior derecha, el 2 a la hemiarca superior izquierda, el 3 para la hemiarca inferior izquierda y el 4 para la hemiarca inferior derecha. Así se antepone al número del diente el número de la hemiarca.

1	2
8-7-6-5-4-3-2-1	1-2-3-4-5-6-7-8
8-7-6-5-4-3-2-1	1-2-3-4-5-6-7-8
4	3

Para las piezas temporarias se antepondrán los siguientes números: 5-6-7-8. En cada hemiarca.

Otros tipos de anotación en fichas odontológicas:

Perreit: Utiliza la letra correspondiente de la pieza dentaria y el número que corresponde al diente, por ejemplo: m3, m2, m1, p1, p2, p1, e1, i2, i1.

Dubois: Designa con números pares las piezas correspondientes al lado derecho y con números impares las del lado izquierdo.

Taylor: Este autor utiliza los números corridos del 1 al 32 comenzando por el 3° molar superior derecho y terminando en el 3° molar inferior izquierdo.

Es de suma importancia tener presente que la ficha odontológica, considerada documentación odontolegal **deberán conservarse durante 15 años (así también radiografías, modelos, fotografías, etc.)**. Según Resolución 848/88, de la Secretaría de Salud. También tendremos en cuenta que como toda documentación en el momento de la eliminación serán destruidas de tal manera que no queden elementos dispersos.

\* Odontólogo legista y forense.

## RESUMEN

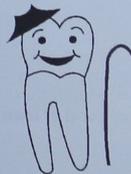
Una buena realización y confección de la ficha odontológica nos llevará a tener un mejor control de nuestros pacientes, y de esa manera evitaremos un problema legal frente a una posible demanda. Además facilitaremos la identificación de cualquier persona frente al requerimiento jurídico.

## BIBLIOGRAFIA

- Arregui, H.; Muñoz, A. L. - El odontólogo y la identificación humana - Buenos Aires - 1973.
- Berini, V. - El ejercicio de la odontología - Buenos Aires - 1935.
- Carriego, E. - Identificación su aspecto legal - Revista de Gendarmería Nacional - 1975.
- Código de procedimiento penal - Título IX - Cap. I.
- Rojas, N. - Medicina Legal - Ed. El Ateneo - Buenos Aires - 1971.
- Código Civil Argentino.
- Código Penal Argentino.
- Bonnet. - Medicina Legal - Segunda Edición - López Editores - 1980.

## LABORATORIO DENTAL

*Jardent*



Pje. B. Villafañe 2141  
Telefax: (011) 4584-9000  
4582-6509 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**

## Consultorio de Radiología Dento-Máxilo-Facial

37 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 1<sup>o</sup> "A" Tel.: 4951-4532 (1046) Capital Federal

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



Tel.: 4799-0677 / (15) 4937-8133

## Ortodoncia preventiva: Una manera de evitar la sonrisa con encía excesivamente visible.

Dra. Henja F. de Rapaport  
Jefe del Departamento de Odontopediatría del Ateneo Argentino de Odontología.

La mordida cubierta constituye una relación intermaxilar que presenta un entrecruzamiento (overbite) excesivo a nivel de los incisivos.

Gianni<sup>6</sup>, Proffit<sup>9</sup>, Graber<sup>8</sup>, Jarabak<sup>1</sup>, entre otros, consideran que se trata de una maloclusión en la que la inclinación de los incisivos superiores hacia palatino puede -en algunas ocasiones- obstaculizar el movimiento de la mandíbula hacia adelante durante su crecimiento provocando una distoposición del maxilar inferior y/o producir apiñamiento y/o retrusión de los incisivos inferiores.

Debe agregarse que los incisivos superiores no ocluyen con los antagonistas, falta la gafa incisiva y, tanto las piezas superiores como las inferiores, se van extruyendo lo cual, con el tiempo, agrava la magnitud de la maloclusión.

Estas características pueden hallarse presentes en casos con crecimiento vertical de las basales con dirección paralela, divergente o convergente.

Señalemos, por último, que no deben descartarse otros trastornos como, por ejemplo, la posibilidad de un acortamiento de los arcos dentarios, el desarrollo deficiente de la tabla ósea vestibular de los incisivos inferiores, el desarrollo pronunciado del surco mentolabial y un mentón prominente. (Fig. 1 y 2).

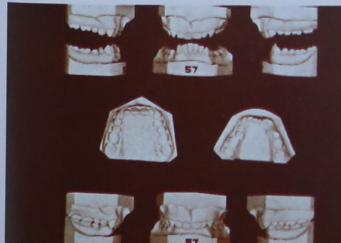


Fig. 1: Esta fotografía (tomada de Graber) muestra las diferentes características de las mordidas cubiertas que pueden apreciarse en modelos en oclusión, en inclusión y vistos desde oclusal.



Fig. 2: La fotografía superior muestra un desarrollo pronunciado del surco mentolabial. La fotografía inferior permite apreciar el marcado entrecruzamiento (overbite) producido por la extrusión de los incisivos superiores acompañados por el hueso alveolar. Las características anatómicas descritas son habituales de la mordida cubierta cuando la maloclusión se ha instalado en la dentición permanente.

Desde el punto de vista estético, suele apreciarse una encía superior muy visible a la sonrisa, lo que en Estados Unidos es denominado "gummy smile". (fig. 3).

La corrección de esta maloclusión no será sencilla si se intenta cuando ya se ha completado la erupción de la dentición permanente. Por un lado, habrá que apelar a un tratamiento ortodóncico destinado a lograr la intrusión de los dientes anteriores con sus posibles inconvenientes (p. ej. rizolisis) (fig. 4 y 5).

Dermaut y DeMunck<sup>4</sup> hallaron evidente resorción radicular en los incisivos superiores durante el período de intrusión activa. Además, será preciso una acción de torque con miras a lograr una inclinación adecuada para la obtención de la guía incisiva.



Fig. 3: Aspecto gingival frecuente en pacientes con mordida cubierta.



Fig. 4: La misma paciente de la fig. 3, 2 años después de haberse intentado la intrusión de los incisivos superiores.

Por otra parte, si se tiene en cuenta que cuando se produjo su extrusión el diente fue acompañado por el alvéolo y la encía, al intentar la intrusión se producirá un virtual acortamiento de las coronas clínicas que, por razones estéticas, habrá que corregir. Y a ello se suma la gran cantidad de encía visible a la sonrisa, lo que requerirá algún procedimiento quirúrgico, a veces, cirugía ortognática.

No debe creerse que la importancia de una detección precoz se limita a impedir un futuro estético poco agradable sino también a evitar o mejorar aspectos funcionales que la maloclusión mencionada generará si no se procede a su resolución temprana. Tal es el caso de la contención, que en el tratamiento convencional, será de duración más prolongada. (Ver cuadros I y II).

#### Cuadro I

##### MORDIDA CUBIERTA

Tratamiento ortodóncico convencional en dentición permanente.

##### ASPECTOS DESFAVORABLES

- Dientes más cortos
- Eventual reabsorción radicular
- Período de contención prolongado (a veces definitivo).



Fig. 5: Radiografía panorámica de la paciente de la figura anterior; nótese la rizolisis en los dientes 14, 13, 12, 11 y 24.

#### Cuadro II

##### MORDIDA CUBIERTA

Tratamiento ortodóncico convencional en dentición permanente

##### ASPECTOS QUE NO LOGRAN RESOLVERSE

- Cantidad visible de encía.
- Desarrollo deficiente de la tabla ósea vestibular de los incisivos inferiores.
- Desarrollo pronunciado del surco mentolabial.

Iniciar el tratamiento a temprana edad permite también evitar que los engramas funcionales que se establecen debido a esta maloclusión se perpetúen a través del tiempo.

En opinión de Ricketts<sup>20</sup> la inclinación vertical de los incisivos superiores e inferiores determina, frecuentemente, que los cóndilos mandibulares, en lugar de alojarse en el centro de la cavidad glenoidea, lo hagan en su cara posterior. Como señala el mismo autor, esta puede ser la causa de lo que serán las primeras manifestaciones de dolor de la ATM en niños, con -inclusive- posibilidades de crepitación y zumbido.

La mordida cubierta es una maloclusión que va gestándose muy tempranamente. Delaire, citado por Preliasco V.F.<sup>18</sup> estudió rodets gingivales de recién nacidos y observó que muchas veces los rodets superiores cubren notoriamente a los inferiores puntualizando, asimismo, que, asiduamente, esta situación evoluciona hacia la mordida cubierta en la dentición temporaria y, si no se corrige, se reproduce también en la dentición permanente. (fig. 6 y 7).

Esto coincide con la opinión de Canut<sup>1</sup> que considera que los factores causales de la mordida cubierta



Fig. 6: Rodets gingivales en oclusión. Relación distal mandibular y mordida abierta anterior.

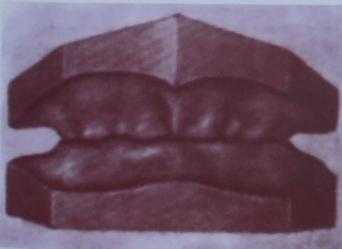


Fig. 7: Rodets gingivales en oclusión, mordida cubierta. Es posible presumir que esta situación se reiterará en la dentición temporaria y —de no corregirse— también en la permanente.

—hereditarios o no— ejercen su acción sobre las estructuras del aparato estomatognático en el período pre y posnatal.

Parece razonable, entonces, que cuando el niño alcanza la madurez necesaria, es decir, alrededor de los 5 años de edad, se realice el tratamiento correspondiente teniendo en cuenta que está en un momento aún distante de la iniciación del recambio dentario.

Los beneficios que se obtienen en tales circunstancias se hallan descriptas en el Cuadro III.

#### Cuadro III

##### MORDIDA CUBIERTA

Tratamiento ortodóncico a temprana edad.

##### VENTAJAS

- Menor tiempo de contención.
- No se produce reabsorción radicular.
- No se compromete la ATM.
- Optimización de la línea de la sonrisa.
- Visualización de cantidad normal de encía.
- Mayor estabilidad de los resultados terapéuticos.
- Se evita la perpetuación de los engramas funcionales defectuosos.

En sus trabajos de investigación Harvold tuvo en cuenta la Ley de Wolf según la cual la forma y estructura del hueso dependen de la presión que la musculatura ejerce sobre él. Consideramos que, si se modifica la morfología ósea y dentaria a temprana edad, la función muscular se irá adaptando a esa nueva estructura y, consiguientemente, se equilibrará todo el sistema.

Dice Moyers<sup>24</sup>: "Indudablemente somos capaces de alterar la forma de los maxilares mucho más de lo que pensábamos y tenemos que utilizar esta ventaja clínica".

El proceso de crecimiento puede ser, por lo tanto, regulado por la genética, por el control ambiental y también por nuestro tratamiento.

#### TRATAMIENTO

Se sugiere iniciar el tratamiento a los 5 años, cuando un tercio de las raíces de los incisivos primarios están reabsorbidas por sus sucesores permanentes.

El primer paso consiste en la extracción de los 4 incisivos superiores temporarios y la colocación inmediata de una prótesis que el paciente tendrá que usar hasta la erupción de los incisivos permanentes. Habrá que asegurar una perfecta retención de la misma y no descuidar la estética. (fig. 8).

A medida que los incisivos permanentes van erup-



Fig. 8-A: Paciente de 5 años de edad con mordida cubierta.



Fig. 8-B: El paciente de la figura anterior al que se le han extraído los 4 incisivos superiores.



Fig. 8-D: El paciente con la prótesis colocada.



Fig. 8-C: Prótesis removible con tubo y perno telescópico para acompañar el crecimiento transversal. Los retenedores se apoyarán sobre los d/d. Sobre estos se han colocado coronas de acero con un espón en sus caras vestibulares destinadas a mejorar la retención protética.

cionando se procede a un desgaste paulatino de los fanthoches con el objeto de guiar la erupción del sector anterior que permita la ubicación e inclinación deseadas.

Una vez erupcionados los 4 incisivos, se desecha la prótesis y se reemplaza por un monoblock que el paciente utilizará en horas diurnas -mientras permanezca en su domicilio- y durante la noche.

También en este monoblock se efectuarán desgastes en sus caras superior e inferior para permitir la etapa final de la erupción hasta los topes fijados en el desgaste. De este modo se obtendrá la guía incisiva. (fig. 9E).

Muchas veces, los incisivos permanentes inferiores erupcionan inclinados hacia lingual por la sobreerupción de los temporarios superiores. En ese caso se coloca un aparato inferior con un corte en V que favorece la protrusión de los incisivos permanentes a fin de lograr una guía incisiva correcta. (fig. 9F)

Por último, al comenzar el recambio de la zona lateral, el monoblock se reemplazará por otro que -al decir



Fig. 9-A: Secuencia del tratamiento de un caso de mordida profunda. Paciente R. S. de 5 años de edad. Vista anterior y lateral del caso en oclusión.



Fig. 9-B: Vista de perfil.



Fig. 9-C: Vista de frente.



Fig. 9-D: La prótesis colocada una vez realizadas las extracciones de los 4 incisivos.



Fig. 9-E: Una vez erupcionados los 4 incisivos, la prótesis es reemplazada por un monoblock en el que se efectúan desgastes para que se complete la erupción hasta los topes prefijados con el desgaste (las marcas indican las zonas desgastadas). Como en el caso en cuestión la paciente presentaba diastemas, se añadieron resortes para lograr su cierre.



Fig. 9-F: Aparato inferior con corte en V.



Fig. 9-G: Una vez obtenida la guía incisiva el monoblock es reemplazado por otro que, en la zona anterior mantiene a los incisivos en la posición lograda, mientras que en la zona lateral se desgasta permitiendo de este modo la erupción de las piezas posteriores hasta su ulterior contacto.

Fig. 9-H: A los 15 años. Vista de frente.



Fig. 9-J: Los dientes anteriores han alcanzado su tope incisal.

Fig. 9-I: A los 11 años. Vista de perfil.



Fig. 9-K: A los 15 años. Vista de frente.



Fig. 9-L: A los 15 años. Vista de perfil.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Ball J.V., Hunt N. P.: The effect of Andresen, Harvold and Begg treatment on overbite and molar eruption. *Eur J Orthod* 13:53-58, 1991.
2. Berg R.: Stability of deep overbite correction. *Eur J Orthod* 5:75-83, 1983.
3. Burstone CR.: Deep overbite correction by intrusion. *Am J Orthod* 72 (1):1-22, 1977.
4. Dermaut LR, DeMunck A.: Apical root resorption of upper incisors caused by intrusive tooth movement: A radiographic study.
5. Graber R. y Swain B.: *Ortodoncia* Ed. Panamericana 1988. Pág. 36.
6. Gianni E.: La nueva Ortognatodoncia. Ed. Piccin 1989. Pág. 209.
7. Hellekant M., Lagerström L., Gleerup A.: Overbite and overjet correction in a Class II, Division 1 sample treated with Edgewise therapy. *Eur J Orthod* 11:91-106, 1989.
8. Jarabak J y Fizzel J.: *Aparatología del arco de canto con alambres delgados*. Ed. Mundt 1975. 223-225.
9. Linge BO, Linge J.: Apical root resorption in upper anterior teeth. *Eur J Orthod* 5:173-183, 1983.
10. Melsen B.: Intrusion of incisors in adult patients with marginal bone loss. *Am J Orthod* 96(3):232-241, 1989.
11. McNamara JA.: Functional determinants of craniofacial size and shape. *Eur J Orthod* 2:131, 1980.
12. McNamara JA and Carlson DS.: Quantitative analysis of temporomandibular joint adaptations to protrusive function. *Am J Orthod* 76:593, 1979.
13. McNamara JA, Jr.: Components of Class II malocclusion in children 8-10 years of age. *Angle Orthod* 51:177, 1981.
14. Moyers R.: *Manual de Ortodoncia*. Ed. Mundt 1976.
15. Nanda R.: *Biomecánica en Ortodoncia Clínica*. Ed. Panamericana 1998. Pág. 87.
16. Nanda R.: The differential diagnosis and treatment of excessive overbite. *Dent Clin North m* 25(1):69-84, 1981.
17. Petrovic A., Stutzmann J. y Oudet C.: Condylotomy and mandibular growth in young rats. A quantitative study. *Proc Finn Dent Soc.* 77:139, 1981.
18. Preliasco VF de: *La Odontología durante el 1º año de vida*. La occlusión. *Rev. Actualiz en Odont.* Vol 3 Set. 1995.
19. Proffit W.R.: *Contemporary Orthodontics*. St. Louis, M. O. C.V. Mosby, 1986.
20. Ricketts R.: *Técnica bioprogressiva*. Ed. Méd. Panamericana, 1991. Pág. 125.

## "En las puertas del dos mil se vislumbra la odontología del futuro"

La Comisión de Jornadas informa que "Trabajando alegremente en cosas serias" planificamos nuestra XVI Jornadas Internas del Ateneo Argentino de Odontología a realizarse en el complejo R. C. T. ubicado en la ruta provincial Nº 11, km.25.5 Chapadmalal (Provincia de Buenos Aires) los días **viernes 19, sábado 20 y domingo 21 de Noviembre de 1999**.

El tema prioritario pero no excluyente "La estética en las decisiones terapéuticas", con participación de todas las especialidades.

- Conferencias seriadass
- Mesas Clínicas con debate
- Presentación de casos clínicos de la Institución
- Pósters
- Video comentados
- Temas libres

Toda la tematica girará en los grandes cambios científicos que surgirán en el 2000.

Informes e Inscripción: Anchorena 1176 (1425) Bs. As. - Tel./Fax: 4962-2727

### Aranceles:

- 1) Inscripción Jornadas con hotel y pensión completa sin bebidas y con transporte desde el A. A. de O. y cena clausura incluida \$ 210.-
- 2) Inscripción solamente a Jornadas \$ 50.-
- 3) Cena de Clausura solamente: cubierto \$ 35.-

# SERGIO TRAJTENBERG

Anchorena 1176 - Capital Federal - TE: 4963-3593 L. Rot.  
 Suc SAO - Montevideo 971 - TE: 4813-6807

## Olsen Equipos Odontológicos

### SALIVADERA

Con balsa de polietileno de fácil remoción. Dos succionadores con filtro incorporado y microswitch. Regulador de agua en la balsa. Llenado de corte preciso.

### FOCO

De 20.000 lux de luz fría con corte automático en la posición cero. Lámpara de fácil remoción.

### FOCO

De 20.000 lux de luz fría. Lámpara de fácil remoción. Marco de luz que no encandila al paciente.

### PLATINA

Regulable en altura con 2 salidas neumáticas más jeringa triple. Reguladores de spray. Coligadores con microswitch. Bandeja de acero inoxidable.

### SILLON

5 comandos con pedal, estribo. Tapetes sin costura. Apoya brazo rebatible. Apoya pie desmontable.

### PLATINA

Área regulable en altura con jeringa triple y 3 salidas neumáticas con regulador de spray. Coligadores con microswitch. Bandeja de acero inoxidable.

### SILLON

5 comandos con pedal, estribo, 4 movimientos automáticos y vuelta a cero, respaldo envolvente.

Financiado \$ 5.590,00

Equipo VERONA

Equipo TURIN

Financiado \$ 4.095,00

## ORTHO ORGANIZERS

MADE IN USA Certificación ISO 9001

Bandas con tubo de Roth AVIO X 100 CAJA PORTA BANDAS DE OBSEQUIO

6 pagos de \$ 120,00



Brackets de Roth Cerámicos

c/u \$ 159,00  
5 casos 5 pagos de \$ 135,00



Brackets de Roth Metálicos OPTIM

c/u \$ 55,00  
5 casos 5 pagos de \$ 46,00

### Alicates ENDURA ORTHO ORGANIZERS

Removedor de Bandas Alicates de How Alicates para arcos Alicates Jawsback Alicates Weingart

Alicates corte Ispacko Alicates corte ligadura chico

Alicates saca Brackets Alicates punta fina Alicates pi hacer loops Alicates pi hacer omegas

Alicates corte distal Alicates corte distal chico

\$ 138,00

\$ 155,00

Bandas con tubo y separadores AVIO X 100 CAJA PLATA BANDAS DE OBSEQUIO

6 pagos de \$ 130,00

## Plomada indicadora en telerradiografías de perfil de la vertical geografica Página Clínica - Trabajo original.

Drs. Jorge A. Vivanco \* y Marcela Y. Vivanco.\*\*

Dibujos de los autores.

Previo a la anunciada en el número anterior de esta revista del trabajo sobre nuestra ampliación de la cadena kinética de Taltman en el síndrome del respirador bucal con otros nuevos eslabones y una clasificación personal de las papadas, invitamos a los colegas radiólogos a incorporar desde ya, varias normas técnicas estandarizadas y el empleo del simple dispositivo que creamos que permitirá ampliar los metodos diagnósticos a colegas sobre la ATM, postura cefálica, oclusión, columna cervical, respiradores bucales, ortodoncistas y ortopedistas en general; en todas sus telerradiografías de perfil. Este anticipo, les ayudará acumular material radiológico para ejercitarse cuando se publique la 3ª parte de dicho trabajo en el próximo número de esta revista.

Perforar un broche sujeta-papeles de escritorio de 5 cm de ancho y alto en la mitad de dos y sus ladps, para sujetar un tornillo pasante de Ø 3 mm, y 3,5 cm de largo con una tuerca a ambos lados de las superficies de dicha perforación, que permitirá colgarle una varilla perfectamente recta de alambre de ortodoncia twis-flex

superflexible ultrafino de Ø 0,4mm, a la que le realizaremos en sus extremos anillos circulares @ Ø 8 mm para sostener en uno de ellos, una plomada para pescar de @ 240 g (2,5 x 6 cm); y en el otro, para colgarlo lo más cerca de la cabeza del tornillo que le agregamos.

Este broche lo sujetamos sobre el borde horizontal superior del chasis a 8 cm del vértice de su ángulo superior derecho. Mediante el alambre con la plomada sin que roce ella al paciente ni al chasis y sin balancearse. Ver figuras 1 2 o 3 y NORMAS ESTANDAR y ORDEN RADIOGRAFICA.

- No usar nunca equipos que posean colimadores que obstruyan la imagen de la columna cervical.
- Se deben usar pantallas en cuña de aluminio en el ángulo inferior derecho a fin de poder visualizar más claramente el hioides, epiglotis, dorso y base de la lengua.
- Realizar siempre el disparo después de unos segundos de tragar saliva; en apea y total distención corporal; jamás en posición militar de ¡firmé!.
- Utilizar siempre placas de 24 x 30 cm y únicamente

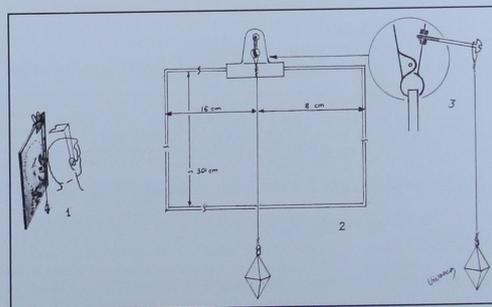


Fig. 1: Cabeza en el cefalostato y chasis con plomada (esquema).  
 Fig. 2: Chasis con plomada de frente.  
 Fig. 3: Ídem 2, Detalle de perfil.



La línea blanca vertical que pasa detrás del reborde orbitario es la imagen del alambre de la plomada. Es la geografica real y no concuerda con la horizontal de Frankfort del paciente.

en posición vertical.

- Nunca utilizar placas de protección radiógena que obstruyan la columna cervical.

- No eliminar nunca el borde superior del cráneo (punto Bregma).

- Emplear siempre la plomada que previamente le entregamos al paciente en un envase rígido y aconsejar su empleo rutinariamente para difundirlo entre los colegas.

En el reverso de la página aparece en tamaño natural para poder fotocopiarla, una orden radiográfica e

indicaciones para construir y montar la plomada al radiólogo.

\* Profesor Adjunto de la Universidad Arg. John F. Kennedy, Docente de postgrado y socio vitalicio de la AAOFM, Presidente Pionero Fundador de CRON-OM Argentina.

\*\* Docente de la Universidad Arg. John F. Kennedy, Docente de postgrado de la AAOFM, Pionera Fundadora y actual Presidente de CRON-OM Argentina.

Domicilio de los autores: Ambrosetti 72 3° P. Dp. 6  
T/Fax 4902-7728 (Cp 1424) Bs. As. Argentina.

## ORDEN RADIOGRAFICA

Enviada por Dr/a.

Paciente:.....N° .....

- Radiografía panorámica:  con diagnóstico:
- Radiografías seriadas: Max. Super. (x7)  Infer. (x7)  con diagnóstico:
- Telerradiografía: de Perfil:  Conforme a las normas de la cadena Kinética craneo-vertebral indicadas abajo)
- Con los cefalogramas de.....  y de:.....
- Telerradiografías: Frontal:  Basal:  con diagnóstico:
- Radiografías oclusales Superior:  Inferior:  con diagnóstico:
- Radiografías extraorales:.....Con diagnóstico:
- Radiografías de ambas manos completas de frente incluyendo: muñecas, epifisis del radio, todas las falanges completas y con los dedos levemente separados. Ambas manos en una sola placa de 24 x 30. Sin diagnóstico.

### NORMAS IMPRESCINDIBLES PARA TOMAR TELERRADIOGRAFIAS DE PERFIL EN CASO DE IMPOSIBILIDAD, NO IRRADIAR AL PACIENTE.

- Utilizar, únicamente y en posición vertical placa de 24 x 30 cm.
- Utilizar reglita milimetrada vertical en el borde lateral derecho de la placa
- No utilizar equipos con colimadores que obstruyan la columna cervical, el borde posterior ni el superior del cráneo (punto Bregma); o resto total de la placa.
- Ubicar el broche que tiene el tornillo para colgar el alambre del que penderá la plomada, sobre el borde horizontal superior del chasis y situarlo para que el tornillo quede alejado a 8 cm. del vertice superior derecho sin rozar ni balancearse TRATAR CON EL MAYOR CUIDADO EL ALAMBRE SIN FLEXIONARLO, AL EXTRAERLO, USARLO, O INTRODUCIRLO EN SU TUBO DE PROTECCIÓN FACILITADO AL PACIENTE!
- Usar un filtro en cuña en el ángulo inferior derecho a fin de visualizar más claramente el hioides, epiglotis, dorso y base de la lengua.
- Presionar el botón de disparo después de algunos segundos de tragar saliva, en apnea y total distensión corporal (nunca en posición de ¡firme! militar).

Observaciones:.....

Fecha: \_\_\_\_\_ Lugar: \_\_\_\_\_

Firma y sello del profesional

## Sociedad, Salud, Educación y Cultura

Conferencia del Profesor Dr. Atilio Alberto Borón (Ex vicerector Universidad de Buenos Aires) en oportunidad de celebrar el 45° aniversario del Ateneo Argentino de Odontología.

Buenos días. Primero que nada quería agradecer esta amable invitación. Veo muchas caras conocidas, amigos. La primera vez que estoy entre tantos odontólogos sin sentir miedo, lo cual ya es un avance para mí.

Con mucho gusto acepté venir a conversar con ustedes para tratar de contribuir con una reflexión desde las Ciencias Sociales (esa es mi especialidad, soy sociólogo y politólogo) sobre los problemas de la Salud, la Educación y la Cultura en la sociedad argentina.

No creo que vaya a decir cosas demasiado novedosas porque en estas temáticas nosotros como ciudadanos comunes, como simples habitantes de esta ciudad y de éste país, estamos informados no de la manera precisa con que a mí me gustaría que tuviéramos la información, pero sí conocemos y experimentamos en carne propia, gran parte de las dificultades y los problemas, que impactan de manera decisiva en la calidad de nuestra vida. Desde esta vivencia cotidiana es que uno se proyecta un poco más allá y trata de imaginar el futuro de todo un amplio conjunto de profesiones, entre las cuales por supuesto, las ramas de la odontología como de la medicina se encuentran involucradas.

Vemos que la evolución futura del sistema internacional y del proceso de globalización plantean desafíos de extraordinaria importancia ante los cuales es necesario estar preparados. La visión que yo tengo es que tanto a nivel de la opinión pública como de la dirigencia política y de muchas organizaciones y organismos profesionales no están demasiado conscientes de los alcances de la verdadera revolución tecnológica por la cual estamos atravesando.

Hace muy poco tiempo participé en un seminario en los EE.UU. donde uno de los grandes historiadores contemporáneos, el Profesor David Landes de la Universidad de Harvard planteaba que si a él le preguntaran cuáles habían sido en la historia de la humanidad las dos épocas de mayor transformación social, de más acelerada transformación de las estructuras sociales, de las formas de actuar, de los modos de pensar de los recur-

tos tecnológicos, de que disponían nuestras sociedades: su respuesta habría sido la siguiente: la primera de ellas "el Renacimiento, que es la cuna de la modernidad, de los grandes descubrimientos científicos y tecnológicos y para nosotros, como latinoamericanos nada menos que el descubrimiento de América, que es el hito que marca el advenimiento del mundo moderno".

Pero la segunda época continuo el Profesor Landes, es sin duda la época actual. Lo que ocurre es que nosotros no tenemos la menor idea de que estamos en un proceso vertiginoso, sin precedente en la historia.

Tampoco somos conscientes cuando vamos en un avión a casi 1.000 km. por hora de que estamos desplazándonos a esa velocidad; pensamos que inclusive estamos en una situación de equilibrio estático, inmóviles. El utilizaba esta misma metáfora, la del pasajero que viaja confortablemente en un avión, que no se da cuenta de que está avanzando a una velocidad que hace apenas una generación atrás hubiera despertado la incredulidad de mucha gente.

Entonces, ante ese proceso de cambio creo yo que es importantísimo que las sociedades, los países, los profesionales traten de reflexionar sobre lo que está ocurriendo y la forma en que los cambios van a impactar sobre las distintas realidades. En el caso de la medicina, los médicos ya están experimentando esto de manera muy clara. No creo que ocurra lo mismo en el campo de la odontología, pero sí en el campo de la cirugía ya es sabido que hay operaciones de alta complejidad efectuadas por robots manejados desde centros muy lejanos del lugar donde está el paciente. O sea, el paciente es operado con la asistencia de un equipo de personas que no tienen el nivel de calificación de un profesional, como tenía evidentemente un cirujano, son ayudantes, que actúan bajo la supervisión de una persona con toda la preparación técnica necesaria para manejar este robot con gran precisión desde una terminal de computadora instalada en una oficina de una gran universidad o de un consultorio privado.

Evidentemente que no hay que estar demasiado po-



seído por una imaginación muy febril para suponer que los próximos diez años estos procedimientos serán habituales. Esto no es un delirio.

De manera que este es el mundo en el cual nos va a tocar vivir. Esto normalmente se conoce como uno de los efectos de la globalización. Creo que es muy importante estar muy conscientes de eso y a partir de ahí ver qué es lo que podemos hacer. Ante esto vamos, a encontrar que hay una variedad de respuestas. Hay gente que dice, "bueno si éste es el mundo que se viene lo que tenemos que hacer es evitarlo, tratar de detener ese proceso". Desde ya no voy a perder tiempo en argumentar demasiado en contra de esto. Estamos ante un fenómeno complejo, un fenómeno mundial, un fenómeno tecnológico que tiene un movimiento irreversible.

Una vez que se descubrió América no se pudo evitar que la gente siguiera viajando hacia el Oeste a ver qué es lo que había. Después se llegó a California y después se llegó al norte de Canadá, o sea, el proceso una vez que está puesto en marcha no se puede volver atrás. Por lo tanto la idea apocalíptica de decir "tenemos que detener este proceso" es imposible. ¿Quién quiere volver ahora a sistemas precomputacionales? Hay profesiones enteras que desaparecieron.

Sería como retrotraernos a manifestaciones como aquellas relizadas en el Siglo XVIII, ustedes recuerdan

aquellas historias de los trabajadores industriales, manufactureros en Inglaterra fundamentalmente, que despojados de su fuente de trabajo por el avance de la maquinaria pensar que la solución era romper las máquinas. El famoso movimiento llamado los "ludistas", rompían las máquinas para detener ese proceso de maquinización y de industrialización que era indetenible.

De manera que no hay que hacerse ilusiones pensando que volveremos a espacios nacionales acotados, que nos podemos desvincular de este fenómeno de la globalización. Hacer eso tiene un significado y unas consecuencias catastróficas que están absolutamente fuera de lugar. Ahora, si esta actitud es condenable, la idea de decir, "ese fenómeno de globalización acá no llega, en la Argentina estamos muy lejos", (a veces se escuchan argumentos bastante absurdos en ese sentido) es igualmente irreal. Todo el planeta está involucrado. También es desaconsejable la actitud imprudente de gente que dice, bueno si la globalización es un hecho así de irreversible, ante eso no tenemos nada que hacer y por lo tanto hay que dejar que las cosas ocurran o que trasciendan de la manera como vienen.

Este sería un error garraful, tan importante como el anterior. Porque el exceso de optimismo o la cosa apocalíptica de recibir a la globalización sin más es desconocer que este fenómeno afecta de manera sumamente

fuerte nuestras condiciones de vida y nuestras posibilidades de futuro y que existen grupos organizados que promueven su avance.

Les voy a poner un ejemplo muy concreto. Cuando ustedes ven el tema de la industria audiovisual, la televisión fundamentalmente y el cine, lo que parece claro es que este fenómeno de la globalización que ha tenido como consecuencia esta enorme expansión de intercambio de imágenes audiovisuales, no es un fenómeno neutro. Esto ha tendido a producir un desplazamiento de valores. Acá hay valores que han perdido y valores que se reafirman. Uno de los valores que se ha reafirmado es el del individualismo.

Estas sociedades hasta hace veinte o treinta años, no solamente la argentina, las sociedades europea e inclusive aunque en menor medida la propia sociedad norteamericana eran sociedades que estaban acostumbradas a pensar en términos de estrategias colectivas de promoción social, es decir, la gente se asociaba y en función de esas asociaciones constituían grupos de interés, grupos profesionales, partidos políticos, organizaciones de base. Esta actividad fue descripta por un francés, que fue uno de los grandes observadores de la escena norteamericana en la primera mitad del siglo XIX, llamado Alexis de Tocqueville.

Algunos de ustedes tal vez interesados en filosofía social habrán oído de él. Tocqueville fue uno de los más grandes y agudos observadores de la vida norteamericana de principios del siglo pasado. Y él decía que lo que caracterizaba a los norteamericanos, por contraposición a la todavía incipiente sociabilidad europea demasiado volcada sobre sí misma y demasiado en lo familiar, Tocqueville decía era la capacidad que los americanos tenían para asociarse a los efectos de obtener ciertas finalidades útiles.

Y esa frase, "asociarse para fines útiles", quedó muy grabada en la cabeza de un gran argentino como lo fue Juan Bautista Alberdi que de alguna manera la incorpora en el espíritu de la Constitución del '53. ¿Por qué? Porque Alberdi, al igual que Sarmiento, fueron lectores muy acuciosos de la obra de Tocqueville. Bien, esa estrategia, lo que Tocqueville admirativamente señalaba suponía que la gente podía asociarse y que asociarse estaba bien. Bueno, hoy en día ya no más. Y eso lo vemos en todos los órdenes de la vida. Lo que logra imponerse es este nuevo esquema ideológico que se verifica a nivel mundial es el auge del individualismo.

El auge del individualismo significa en el fondo que la gente procura salvaciones por su cuenta, a cualquier costo, descreyendo por completo de la posibilidad de una acción colectiva que en el pasado fue sumamente eficaz y que lo va a seguir siendo ahora. ¿Por qué? Por que ante esa estrategia de salvación colectiva los

individuos, se enfrentan ante grupos que controlan de manera monopólica este fenómeno de la globalización.

Ustedes piensen en este dato que recogió recientemente un informe de las Naciones Unidas: casi el 80% de todas las imágenes audiovisuales que circulan en el mundo son producidas en los EE.UU.!! Y evidentemente esas imágenes proyectan el famoso *American way of life*, no es cierto?, proyectan los valores de la cultura americana, proyectan los problemas, los conflictos, la forma de resolver los conflictos que tienen la sociedad norteamericana, sobre lo cual se podría abrir una larguísima discusión sobre si es mejor o peor, etc.

Pero lo que yo quiero señalar acá, porque esa discusión no la podemos hacer es que hay una proyección de una imagen nacional que se transforma en una especie de sentido común civilizacional de nuestra época. Con muchos problemas. ¿Por qué? Porque si los EE.UU. fueran una sociedad perfecta, si dijéramos que los EE.UU. representan la concreción de la utopía de Platón en la República, la "buena" sociedad, entonces uno diría: en el fondo está bien que se proyecte lo bueno. Pero EE.UU. tiene problemas muy muy graves como sociedad, como los tienen en mayor o menor medida todos los países existentes.

En verdad los fenómenos de corrupción no son privativos de las sociedades latinoamericanas. Entonces uno podría preguntarse sobre qué representatividad tienen esos valores en cuanto condiciones de nuestra conducta en la medida en que uno observa que esos valores son generados por tres cuatro grandes megacorporaciones productos de estas imágenes que crean un mundo de sentidos comunes, de valores, de significados que son congruentes con la defensa de sus intereses.

Bueno, uno podría decir, lo que ocurre es que EE.UU. produce más películas que cualquier otro país del mundo, por eso vemos mucho más cine norteamericano que cine europeo, pero eso no es cierto. Hace apenas una generación en la Argentina se veía tanto cine europeo como cine americano. Hoy en día voyan ustedes a encontrar alguna muestra de cine europeo. Fue barrido. Se nos cambió el gusto.

El gusto es una cuestión que se puede cambiar perfectamente, eso esta superestudiado, psicólogos sociales, yo no lo soy pero he leído artículos que demuestran cómo ustedes pueden modificar el de la gente. Cómo pueden cambiar las percepciones de lo lindo y de lo feo, cómo ciertos colores se pueden imponer al público, al igual que ciertas consignas.

Yo tuve un fugaz y poco exitoso paso por la política argentina y tengo una anécdota que es sumamente interesante. Una de las ideas que planteé y que no tuvo ninguna repercusión fue que creía que en función de la crisis educativa argentina, este país, cualquier gobierno

de la Argentina, tenía que asumir un compromiso que yo lo denominé el "Pacto Educativo Nacional". ¿Por qué un Pacto Educativo Nacional? Porque la Argentina tiene un problema que no empezó con este gobierno, que no empezó con el gobierno de Alfonsín, que no empezó ni siquiera con el gobierno de los militares del '76. Empieza, si ustedes quieren darle una fecha bastante exacta en 1966. Empieza con el golpe de Onganía.

Hasta aquí, la Argentina venía creciendo en inversión educativa, modestamente no mucho, ya nos veníamos quedando atrás en relación a los países industrializados pero veníamos siguiendo la misma pendiente. Los del norte crecían más rápido, nosotros más lento, no íbamos alejando cada vez más, pero por lo menos íbamos siguiendo el mismo camino. En el '66 se cae la curva, de la inversión educativa y cae al punto tal que hoy, más de 30 años después, estamos invirtiendo, sobre todo en educación superior que es absolutamente crítico para el futuro de un país como la Argentina, **estamos invirtiendo la tercera parte, por estudiante, de lo que invertiríamos hace 30 años atrás.**

Entonces no es ningún misterio la razón por la cual la ciencia argentina y los avances tecnológicos en este país y la formación de grado y de post-gradado padecen problemas y niveles de retraso notables aunque en relación al tema de post-gradado ustedes, en el Ateneo, están haciendo un esfuerzo notable, bienvenido.

El atraso que tenemos nosotros ya es notable no solamente por comparación a Europa o EE.UU., es notable por comparación a Brasil y es notable por comparación a México. Ahora esto tiene una explicación inicial, que después hay que complejizar para explicar esa desinversión educativa.

Ahí propongo entonces yo el Pacto Educativo que quiere decir lo siguiente. ¿Cuánto esta invirtiendo la Argentina en educación hoy? Ahora se ha incrementado un poco la inversión en los últimos años debido a la Ley Federal, etc., pero aún así el esfuerzo es débil. Estamos en el orden del 3-3,5%, las cifras hay que tomarlas con mucho cuidado, porque son sujetas muchas veces a manipulaciones interesadas, pero en los países desarrollados la inversión es del orden del 5%, y ya van mucho más adelante que nosotros. Entonces, a partir de una serie de cálculos que hice con un grupo de gente técnica, experta en esa materia, llegamos a la conclusión de que la Argentina tenía que hacer un Pacto Educativo que significara que durante diez años teníamos que invertir el 7% del producto bruto en educación, 7% durante 10 años. Un compromiso firmado por todos los partidos políticos, cualquiera que fuese el partido en el gobierno tenía que comprometerse a sostener ese Pacto y a tener el consenso de todos.

Todos somos conscientes de que la educación en



general, no solamente la pública, en la Argentina se encuentra en un estado crítico, casi al borde de terapia intensiva. Entonces yo muy ingenuamente pensé que bastaba con tener una buena idea, exponerla en algunos medios cosa que puede hacer, para que enseguida la idea fuera recibida y puesta en práctica ante la ausencia de respuestas traté de consultar a algún experto en comunicación social, en publicidad y todo lo demás.

Esta fue su respuesta: mirá el tema es muy simple, cualquier idea se puede imponer, **cualquier idea**. Pero eso supone que en el plazo digamos de dos o tres horas de transmisión... me puso un ejemplo: por la naturaleza del tema, el programa de Grondona, es el programa más adecuado, ahí dice, tenes que decir unas cuarenta veces que vos propones una formula de gobernabilidad política, esa consigna tenés que repetirla unas cuarenta veces. O sea tenés que hacer un spot de un minuto, un spot de un minuto que durante cuarenta veces a lo largo de las dos horas del programa se repita, pero eso es imposible porque ocuparía la tercera parte, aunque entonces podés ver la forma de segmentar. Lo importante es que haya cuarenta emisiones que digan "este país necesita un Pacto Educativo, tenemos que destinar el 7% del producto bruto a invertir en educación" porque parafraseando a Indira Gandhi, la Argentina es un país muy pobre, ella lo decía en relación a la India, para darnos el lujo de no invertir en educación.

Cuando vos lo decís cuarenta veces, empieza la gente a tomar nota. Y luego de eso, de este shock inicial de la primera semana hay que volverlo a decir por lo menos veinte veces más. Y acá entonces viene el problema de lo que en el campo se llamaría la madre del borrego. Cada minuto de esa televisión, en ese momento, cuesta treinta mil dólares. Es decir que cuarenta veces, esta-

mos hablado de más o menos un millón doscientos mil dólares por emisión o en la semana. Y que si después uno quiere sostener esa campaña tiene que disponer al cabo del primer mes de unos cuatro o cinco millones de dólares para empezar a conversar. Por eso acá tomo el tema de las estrategias individuales y las estrategias colectivas.

¿Quiénes pueden sostener esto? Aquellos que se asocian. Los individuos no podemos. Salvo que ustedes me digan, bueno de repente Doña Amalia Lacroce de Forbat se le ocurre decir voy a adherir y voy a invertir parte de mi fortuna personal. Pero eso también tiene límites, su fortuna no es infinita. Es decir no hay campaña que resista. ¿Quiénes pueden resistir? Los grandes actores. Y acá viene la cosa de la cual se habla muy poco. En el fenómeno de la globalización hay un conjunto muy pequeño de grandes actores globales que se pueden organizar a escala planetaria, porque tienen los recursos no solamente materiales. Dominan otro recurso fundamental que es la lengua de nuestra época que es el inglés. Nos guste o no nos guste el inglés es lo que el latín fue en la Europa medieval, la lengua franca como le decían al latín.

Los idiomas nacionales como ustedes saben aparecen mucho después. El italiano como lengua, en realidad es una imposición de un dialecto particular que es el toscano y como tal esa imposición recién es exitosa a partir de finales del siglo XIX. Al punto tal que hay estudios, no quisiera extenderme en esto, hay estudios sobre la sociedad italiana inclusive en las postimerías de la Segunda Guerra Mundial que demuestran que amplias regiones del país no hablaban en italiano. Entonces, la lengua anterior en el caso del mundo europeo medieval, era el latín. En nuestra época es el inglés.

Actores que dominan los recursos económicos, que dominan la facilidad de comunicación, de moverse en la lengua de Internet. ¿Cuál es la lengua de Internet? No es el español, no es el portugués, no es el francés, no es el alemán, no es el chino, no es el árabe, no es ninguna lengua salvo el inglés. Aquél que no domina el inglés está fuera de la Internet. Estar afuera de la Internet quiere decir que está en una especie de limbo, ni condenado, ni salvado. A veces es preferible estar condenado, pero no en el limbo.

Con esto yo no quiero decirles miren estudien sólo inglés, creo que para nosotros como profesionales es muy importante tener acceso a lenguas extranjeras y cualquier lengua extranjera me parece a mí que nos enriquece, mucho más para un sociólogo. Un sociólogo, por definición tiene que tener capacidad de hablar varias lenguas, porque sino no puede entender una sociedad. Distinta es la situación del odontólogo. El odontólogo se mueve en un terreno donde puede prescindir

bastante más del lenguaje, para algunas cosas y no para otras. Para este proceso de defensa de la ola de globalización van a tener que definir el tema del lenguaje y van a tener que imitar la estrategia de los grupos exitosos que son los grupos que supieron organizarse. ¿Qué grupos se supieron organizar?

Hubo dos grupos fundamentales en todo esto. Fueron por una parte los grandes consorcios que dominan el mercado audiovisual mundial. Y yo les estaba diciendo que EE.UU. no es el más grande productor de películas. ¿Saben quién es el más grande productor de películas del mundo? La India. ¿Quién de ustedes vio una película hindu? ¿Porqué las películas indias no se meten en el mercado mundial? Bueno, porque no tienen los recursos necesarios materiales, ideológicos ni comunicacionales como para imponer su cinematografía. La India produce mucho más películas que Hollywood. Sin embargo, yo he visto una sola vez en Inglaterra una película de la India. Acá en la Argentina no he visto nunca nada. Bueno esa era un grupo muy exitoso que tiene que ver con todos estos estudios, la Metro Goldwing, la CNN, la Turner que están en proceso permanente de fusión. Antes eran siete u ocho grupos separados, ahora hay una tendencia hacia la unificación global.

¿Y el otro grupo quienes son? Los grandes capitales financieros que son los que dominan la economía mundial. Un dominio absoluto. ¿Por qué un dominio absoluto? Porque el producto de la patología económica, sería muy largo metirme en ese tema que sobreviene a partir de los años 70, el capital financiero crece de una manera tan descontrolada, un verdadero cáncer, la economía mundial, ustedes van a darse cuenta de la magnitud de este fenómeno con esta sola estadística: al terminar la 2ª Guerra Mundial los flujos financieros internacionales equivalía a unas 3 o 4 veces el total del comercio mundial. ¿Qué quiere decir esto? Que yo exportaba esta botella a Bélgica y de Bélgica venía un flujo financiero que me pagaba a mí. Pero claro, como aparte había que pagar seguros, etc. y toda una serie de otras cosas, más operaciones de inversiones bursátiles en valores, en acciones, en letras de tesorería, el monto de la circulación financiera siempre era mayor al monto de los bienes físicos. Pero había una correspondencia entre la economía real y la economía financiera. Hoy en día la proporción es de quinientos a uno. Noan Chomsky que es el más grande lingüista de nuestro siglo, según la revista Times el hombre de ciencia más importante de los EE.UU. en el siglo XX, a pesar de que Times no comparte muchas de las opiniones de Chomsky, pues bien Chomsky organizó un equipo de estudio en el Massachusetts Institute of Technology, el célebre MIT de los EE.UU. para estudiar algunos de estos aspectos,



Argentina de los 90 el 10% más pobre de esta sociedad tiene una presión tributaria superior a la que tiene el 10% más rico. Es decir que el pobre diablo que no tiene trabajo o que tiene un trabajo ocasional, una changa, etc. paga un impuesto indirecto. No se olviden que el régimen tributario argentino que es sumamente regresivo, grava fundamentalmente los consumos. Es decir, grava tanto el kilo de yerba que toma Doña Rosa en la villa miseria como el kilo de yerba que compra Amalita Lacroce de Foratrab en Recoleta. Los grava a todos por igual, ahí somos todos iguales. Entonces ¿qué es lo que significa eso? significa que la presión del sector más pobre de la sociedad argentina, según un estudio del Banco Mundial, no son mis palabras, es superior a la que existe en el grupo de mayores ingresos. Si esto ustedes lo conectan con otras investigaciones que demuestran, por ejemplo, que las grandes empresas que operan en la Argentina pagan por concepto de impuesto a las ganancias, la sexta parte, no un poquito menos, la sexta parte!! de lo que esas mismas empresas pagan en Europa o en EE.UU. Bueno entonces ustedes piensan, no hace falta ser un Premio Nobel de economía para darse cuenta dónde está la solución.

La solución está en síntesis en decir, bueno, dado que esas empresas pagan allí mucho más que acá tenemos que hacer un plan progresivo, no digo de la noche a la mañana, pero que en el curso de los próximos cinco años hagamos una readequación de la estructura tributaria de la Argentina a lo que es la estructura tributaria de los países de la Argentina a lo que es la estructura tributaria de los países desarrollados. Porque a mí un argumento que me causa mucha gracia entre los economistas de la Argentina, les digo donde en la enorme mayoría no van a encontrar estas expresiones que yo digo aquí en general porque creo que la economía es una disciplina que ha sido completamente subsumida a la lógica de carácter bancario o mercantil. No hay más pesamiento crítico en la economía en nuestra época.

Pero si ustedes plantean este tema, los economistas ligados al pensamiento tradicional van a decir: "bueno pero eso no se puede hacer porque en la Argentina, digamos, los capitales huirían". Los capitales no tienen dónde huir, por una razón muy simple, porque hay un exceso de capitales en el mundo. Telecom no se va a ir de Argentina si ustedes la llaman a una mesa y muy

seriamente le dicen, miren, hemos analizado comparativamente las cifras de lo que ustedes pagan por concepto de impuesto a las ganancias en todo el mundo, acá están pagando la sexta parte, igual que en Brasil, en Chile, en todas partes, no es sólo en la Argentina, ¿verdad?, entonces vamos a hacer una adecuación. Van a pagar lo mismo.

Dado que nos dicen que la globalización nos obliga a jugar el juego de la economía capitalista, bueno juguemoslo en serio. Los capitalistas en Europa pagan impuestos, acá en la Argentina no, en Brasil no pagan impuestos, que paguen igual. Dado que jugamos este juego pagamos impuestos. Y pagamos impuestos como se pagan allá.

Si nosotros hiciéramos algo así, si hiciéramos algo así como ustedes ven no es ninguna cosa, no estoy diciendo hay que hacer la revolución, el paredón o la Revolución China o Sendero Luminoso, nada de eso. Aplicando las normas que se aplican en otros países, el presupuesto público Argentino que en este momento es de los 44.000 millones de dólares subiría en términos genuinos, por ingresos genuinos 26.000 millones de dólares.

¿Cuánta plata es eso? Y bueno, les digo, 26.000 millones de dólares es un aumento que sextuplica todo el costo de los pagos de los jubilados en la Argentina. 26.000 millones de dólares equivalen a casi quince años de presupuesto de las Universidades públicas en la Argentina. Y no sería un impuesto inflacionario. Sería simplemente decirles, señores paguen acá lo que pagan allá. Mejoraría la calidad de atención médica, el financiamiento del sector salud de una manera radical. ¿Se puede hacer?

Bueno, yo creo que si no se hace es porque hay una especie de connivencia con la manera como hasta ahora viene planteado el juego de la globalización. Pero lo que yo quiero decir es que esa connivencia no es producto de una fatalidad, sino que es producto de la conveniencia de ciertos grupos de interés. Y de lo que se trata, entonces, es en algún momento plantear la necesidad de revisar una situación como ésta, de la tremenda injusticia que genera y ante el carácter suicida de estrategias como ésta que a la larga condenan a un sector creciente de la sociedad argentina a la ignorancia y a la enfermedad. Bueno, nada más, muchas gracias.

## Noticias del Ateneo.

### DISCURSO 45º ANIVERSARIO por el Dr. Luis Zielinsky

Este acontecimiento que hoy celebramos nos enfrenta a los fundadores de esta Institución a un dilema existencial.

Festejamos la llegada a la madurez de un hijo pródigo o sentimos que somos nosotros los que cumplimos 45 jóvenes años.

Porque en esa lucha constante entre el tiempo que se va más rápido de lo deseado y nuestra inveterada persistencia a permanecer activos en la Profesión y en la Institución; parafraseando a Gardel podemos decir que "45 años no son nada".

Así planteadas las cosas surgen necesariamente dos preguntas:

1) ¿Qué fue lo que nos movió a ponernos en marcha en ese impulso inicial?

2) ¿Valió la pena el intento?

Para contestar la primera no queda otro remedio que hacer la historia y ubicar el momento y su contexto.

1) En esos años en la Capital Federal, para la formación de Ortodoncistas había una real limitación cuantitativa para esa tarea producto de los impedimentos a que estaban sometidas las instituciones ya existentes y que no llegaban a satisfacer la demanda de amplios grupos de colegas, y por consiguiente no se generaban recursos humanos suficientes para hacer frente a las necesidades de vastos sectores de la población menos pudientes, impedidos de acceder a un tratamiento de sus maloclusiones.

2) ¿Qué ocurría en el mundo?: Recientemente finalizada la Segunda Guerra que se cobró más de 50 millones de víctimas; soblaban nuevos vientos, generando la formación de las Naciones Unidas y la Organización Mundial de la Salud, que a la luz de la Declaración de los Derechos Humanos (de la que casualmente este año se cumple el Cincuentenario)



propiciaban nuevos criterios para la atención primaria de la Salud, mayormente en Europa, la más devastada y a la sazón en plena reconstrucción.

Es así que se promueven los tratamientos preventivos e interceptivos, básicamente con aparatología removible; generados y puestos en práctica en Escandinavia a partir de promedios los años 30 y que creíamos más fáciles de usar para el práctico general con una precaria formación y experiencia teórico-práctica. ¡(¡Oh ilusos!!).

Varios grupos fueron surgiendo con intentos desperdigados.

Recuerdo en lo personal que el interés me surgió a raíz de una mesa clínica que mostraban placas de Schwartz en unas jornadas de la Asociación Odontológica Argentina presentada por un chileno pero sin nadie que explicara para que servían.

Las primeras reuniones a que nos autocovocábamos fueron en el Centro de estudiantes de la calle Córdoba y Callao, a la que sucedieron otras en el Círculo del Oeste de la calle Yerbal.

Però el grupo que dió origen a esta Institución se fue formando en el Instituto Goethe, donde comenzamos la ardua tarea de aprender alemán para poder estudiar en el "Fortsschritte der kieferortopedie" las nociones fundamentales de una concepción que provenía de Europa.

Como necesitábamos un lugar donde poner en práctica los conocimientos el mayor de nosotros, el Dr. Bernardo Chait ofreció su consultorio y allí se constituyó el Ateneo Argentino de Ortopedia Funcional de los Maxilares, y el nombre expresaba la humildad de nuestra actitud de combinar la enseñanza y el aprendizaje, casi autodidacta, pero verificando la validez de los conocimientos adquiridos y transmitidos, con la aplicación clínica. La generosidad de esta actitud nos permitió avanzar y consolidar la experiencia.

La segunda etapa comenzó cuando por iniciativa de nuestro tesoro (sin tesoro) el Dr. Marcos Lipszyc nos convenció que sin una sede propia no tendríamos jamás una identidad institucional, y con el sacrificio económico de todo el grupo compramos una casa en la calle Afianco que en pocos años no s resultó estrecha y que nos obligó a adquirir una casona en la calle Anchorena que por sucesivas remodelaciones se transformó en el edificio en el que ahora estamos.

La tercera etapa de nuestra vida institucional surge como consecuencia de la convicción de que una especialidad no puede ni debe caer en la concepción reduccionista y autolimitante sin dejar de ampliar sus vínculos con el resto de las actividades científicas de la profesión Odontológica. Para que con criterio concecionista el emergente sea una institución que forme Profesionales de Salud con conocimientos, destrezas y

contenidos en continua actualización y superación, sin apartarnos de los postulados de la Organización Mundial de la Salud que nos motivaron en el momento fundacional. Y así nos transformamos en el Ateneo Argentino de Odontología.

De entonces a ahora, centenares de Cursos realizados en nuestra sede, merced al esfuerzo de nuestros propios dictantes, fruto que se generó en esta dinámica. Y que gradualmente fue elevando nuestro nivel de conocimientos y de capacitación.

14 Jornadas Internas, las últimas con mas de 400 participantes 10 Seminarios, 3 Congresos internacionales promoviendo la concepción de formar colegas con mentalidad interdisciplinaria. La participación activa de decenas de colegas disertantes en 4 Congresos latinoamericanos sobre Diagnosias.

El paso por nuestra institución de centenares de becarios provenientes de Ecuador, Colombia, Venezuela, Cuba, Brasil y España. La acción desinteresada de nuestros docentes que sin ningún tipo de retribución, dictaron por años cursos en Posadas (Misiones) Gral. Roca y Bariloche (Río Negro), Rosario, Córdoba, Bahía Blanca, Río Gallegos, etc.

Los cursos dictados por prestigiosos docentes provenientes de Brasil, Uruguay, EE.UU., Suecia y Dinamarca constituyeron importantes aportes para la formación científica y técnica de nuestros colegas y la invitación a participar como dictantes en nuestros cursos a Médicos, Psicólogos, Kinesiólogos, Fonoaudiólogos, evidenciaron una preocupación constante por abrir el horizonte en la formación de odontólogos con un criterio de Salud, basado en un enfoque integral del paciente sin descuidar la pericia técnica requerida para cada especialidad.

Esta sucinta enumeración de afanes y logros para 45 años de vida, en la que se nos incorporaron innumerables colegas que con el mismo espíritu que nos animó y que fueron tomando la mayor parte del peso para llevar adelante una tarea cada vez más trascendente y ambiciosa. Intenta responder a la primer pregunta.

Que nos movió a llevar a cabo tal empresa.

Para la segunda: Si valió la pena. Los fundadores estamos aún demasiado comprometidos como para dar una respuesta no totalmente objetiva.

Però como dice el renombrado pensador contemporáneo Humberto Maturana. ¿La realidad es objetiva o construida?

Para expresarlo con sus palabras la autopoiesis nos ha llevado a autogenerarnos en los afanes y los logros a construir esta institución que ha insumido gran parte de nuestras vidas y que hoy contemplamos con orgullo y satisfacción de nuestra conciencia moral; el juicio de valor corresponde a Ustedes.

## JORNADAS DE INTEGRACIÓN 1999 ATENEO ARGENTINO DE ODONTOLOGÍA / ATENEO DE ODONTOLOGÍA DE ROSARIO

### SEMANA DE LA BANDERA

Viernes 18, Sábado 19 de Junio, el ATENEO DE ODONTOLOGÍA DE ROSARIO, se preparó para festejar junto a su ciudad, la semana de la Bandera. Y decimos festejar, porque el Ateneo se regocijó en compartir todas sus experiencias clínicas, como así también la puesta al día de sus conocimientos teóricos, para la cual se venía preparando por largos meses. Largos meses de interesar a propios y extraños, Facultad de Odontología de Rosario, Círculo Odontológico, Colegio de Odontólogos, Dirección Municipal de Odontología, Asociación Odontológica de Rosario, Asociación Mutual Entre Colegiados de la 2° Circ. Quienes dieron sobrada muestra de ello, no solo asistiendo al evento sino también en su apoyo material, tal como lo hizo la Facultad cediendo su sede para la realización del evento, o el caso del Colegio otorgando becas facilitadoras a los colegas que quisieron asistir. Esto solo por nombrar a los extraños, pues falta destacar el apoyo logístico y de presencia siempre desinteresada de nuestros padres, ATENEO ARGENTINO DE ODONTOLOGÍA de Bs. As. quienes nos enseñaron a dar nuestros primeros pasos, guiaron nuestra adolescencia y no se olvidan de sus hijos adultos por más maduros que ellos crean que estan.

Al decir esto queremos expresar que estas Jornadas de Integración 1999 cumplieron ampliamente su objetivo, cual fue el de convidar al festejo y en muchos casos hacer partícipes de el a todos los miembros de nuestra profesión que se merecen estos gratos momentos. Los aforos donde se desarrollaron las distintas disciplinas (Periodoncia, Cirugía, Oclusión e Implantología Disfusiva y Rehabilitación, Maloclusiones, Prevención y Odontopediatría Materiales y Operatoria Dental, Psicología, Educación para la Salud) se hicieron en un ambiente de cordialidad, donde se expresaron los distintos enfoques de ambas entidades Ateneístas para resolver los problemas de Salud Bucal, unas verdaderas Jornadas tipo Ateneo como auténtica expresión de participación entre dictantes y odontólogos asistentes. La culminación de estas jornadas se concretó con un simpático almuerzo, donde no faltó la nota de humor a cargo de colegas que albergaban un frustrado deseo de ser actores.



OBITUARIO  
DR. OMAR RIESGO

EL 31.12.98 falleció el Dr. Omar Riesgo, colega y amigo del Ateneo.

Nuestra institución tuvo el privilegio de contar no sólo con el generoso aporte de sus conocimientos durante muchos años, sino la posibilidad de compartir el fervor con que propuso enriquecer a la ciencia odontológica.

Egresado del Normal Mariano Acosta, se recibe de Odontólogo, luego de Doctor en Odontología tras una tesis de investigación realizada en la Comisión Nacional de Energía Atómica en la que tuvo una continuidad de 25 años, publicando trabajos conjuntos en revistas nacionales e internacionales.

Funda el Centro de Estudios de Cerámica Dental en la Cátedra de Técnica Operativa de la Facultad de Odontología de la UBA.

Fue nombrado representante para América del Sur de la Academia de Materiales Dentales.

Hasta su desaparición fue profesor invitado de la Universidad Pontificia del Porto Alegre (Brasil).

Prestigió al Ateneo fundamentalmente desde su recordado Curso Integral de Prótesis "Prótesis fija adhesiva con porcelana".

Sirva este recuerdo de quienes tuvimos el honor de compartir su actividad institucional.

## INFORMACIÓN PARA LOS AUTORES

La revista del Ateneo Argentino de Odontología (RAAO), informa los tipos de trabajos que serán considerados por el Comité de Redacción:

- 1.- **Artículos originales** que aporten nuevas experiencias clínicas y/o de investigaciones odontológicas.
- 2.- **Artículos de actualización bibliográfica** sobre temas puntuales y que comprendan una revisión de la literatura dental desde un punto de vista científico, crítico y objetivo.
- 3.- **Casos clínicos**, serán considerados para su publicación casos clínicos poco frecuentes o que aporten nuevos conceptos terapéuticos que sean útiles para la práctica odontológica.
- 4.- **Versiones secundarias de artículos** publicados internacionalmente y que sean de actualidad y/o novedad científica, técnica, de administración de salud, etc. Al pie de página inicial se deberá indicar a los lectores su origen, por ejemplo: Este trabajo se basa en un estudio de ..... publicado en la revista.....(referencia completa).
- 5.- **Correo de lectores**: este espacio será para exponer opiniones personales sobre artículos publicados u otros temas de interés del lector y/o lectores. Para el caso de trabajos publicados, el autor y otros, tendrá su derecho a réplica o respuesta. Este Correo de lectores aceptará una redacción continua, sin apartados, de dos hojas tamaño carta acompañada de una sola figura o tabla y con cinco referencias bibliográficas como máximo.
- 6.- **Noticias institucionales** y generales que se refieran a la odontología, su enseñanza y/o su práctica y comentarios de libros.
- 7.- **Agenda Nacional e Internacional** de Congresos, Jornadas, Seminarios, etc. que expresen la actividad de la profesión.
- 8.- **Presentación y estructura de los trabajos a publicar**, según las siguientes normas:
  - 8.1- Los trabajos deberán presentarse escritos con máquina en un solo lado, en doble espacio, o en diskett de computadora, en hojas blancas tamaño oficio, con un margen izquierdo de 5 cm.
  - 8.2- En la primera página se consignará:
    - 8.2.1. Título, en letras mayúsculas.
    - 8.2.2. Autor(es); con nombre(s) y apellido(s). En caso de aclarar cargo o lugar de trabajo, colocar un asterisco a continuación del nombre del autor que corresponda, consignando la aclaración al pie de la página.
    - 8.2.3. El trabajo se iniciará con un resumen y palabras claves en castellano y un Abstract y Keywords en inglés.

El resumen debe llevar como máximo 200 palabras

y comunicar el propósito del artículo, su desarrollo y las conclusiones más sobresalientes.

**Las palabras claves** identificadas como tales (entre 3 y 10 palabras máximo) servirán para ayudar a los servicios de documentación a hacer el índice del artículo.

El resumen y las palabras claves deben consignarse en Castellano e Inglés.

8. 2.4. A continuación se transcribirá el trabajo, numerándose las páginas.

8. 3.- Las referencias bibliográficas se señalarán en el texto con el número según la bibliografía, ubicado sin paréntesis por encima del autor o cita que corresponda.

Por ejemplo, a)Petrovic" dice.....; b)..... la ubicación de los caninos según la técnica expuesta en otro trabajo<sup>83</sup>. Dichas referencias bibliográficas deben ser enumeradas en el orden en que ellas aparecen en el texto, con las siguientes normas y ejemplos:

8. 3.1. Autor(es): en mayúsculas, apellido e inicial (es).
8. 3.2. Título: a continuación, sin comillas, en minúsculas.
8. 3.3. Fuente:
  8. 3.3.1. Si es libro: número de edición y editorial.
  8. 3.3.2. Si es publicación en revista: título de la revista, volumen, páginas, mes y año.

### Ejemplo:

1.- GRIFFITHS R.H. Report of the president's conference on the examination, diagnosis and management of temporo mandibular disorders. Am. J. Orthod 35:514-517; June 1983.

2.- KRUGER, G. Cirugía Buco-Máxilo-Facial 1ª. ed. Ed. Panamericana, 1982.

8.4- La remisión a las figuras se incluirá en el texto, por ejemplo:..el estudio cefalométrico demuestra (Fig.3) la existencia de una anomalía...

8.5- No deberá dejarse espacio para las figuras.

8.6- Los cuadros, gráficos y dibujos deberán presentarse cada uno en hoja aparte blanca, en tinta negra, listos para su reducción y reproducción.

8.7- Las fotografías se presentarán en papel, con el número de la figura en lápiz suave en el reverso. No se admitirán diapositivas.

8.8- La Revista consignará al pie de la página inicial la fecha de aceptación del trabajo independiente del momento de su publicación.

8.9- Al final del trabajo, después de la bibliografía, el autor(es) debe consignar una dirección postal, N° de e-mail y/o Fax.

8.10- En hoja aparte, se incluirá los títulos para las figuras en caso que corresponda.

8.11- No se devuelven los originales.

**9.- Proceso editorial:** Los artículos serán examinados por el director y el Consejo Editorial de cada número a publicar. La valoración de los revisores seguirá un protocolo y será anónima.

En caso que el artículo necesitara correcciones, el autor y/o autores, deberán remitirlo a la revista antes de 30 días corridos de recibir el mismo.

10.- **Separatas.** El autor o autores recibirán por artículo publicado 20 separatas en forma gratuita, pudiendo encargarse copias adicionales haciéndose cargo del costo correspondiente.

## Agenda de Congresos y Jornadas

### NACIONALES 1999

#### • Expodent '99

17 al 20 de agosto de 1999  
Córdoba  
informes e inscripción:  
Av. Sabatini 2619  
(5014) Córdoba  
Tel./Fax: (0351) 4818079

#### • 5as. Jornadas internacionales de Disfunción Craneomandibular y Dolor Orofacial

20 al 21 de agosto de 1999  
informes e inscripción:  
Círculo Argentino de Odontología  
Eduardo Acevedo 54  
(1405) Buenos Aires  
Tel.: (011) 4901-5488/9311  
Fax.: (011) 4903-7064

#### • 1er. Congreso Americano Multidisciplinario de Odontología para el Adolescente

21 al 23 de septiembre de 1999  
informes e inscripción:  
Círculo Argentino de Odontología  
Eduardo Acevedo 54  
(1405) Buenos Aires  
Tel.: (011) 4901-9311/5488  
Fax.: (011)4903-7064

#### • Congreso Latinoamericano de Implantología Oral

17 al 18 de septiembre de 1999  
informes e inscripción:  
Kamp Dental  
Suipacha 245 9° of. 3.  
(1008) Buenos Aires  
Tel.: (011) 4328-0842

#### • 26 Encuentro Anual de la Sociedad de Cirugía Bucomaxilofacial

23 al 25 de septiembre de 1999  
Córdoba  
informes e inscripción:  
Círculo Odontológico de Córdoba  
27 de Abril 1135  
(5000) Córdoba  
Tel.: (0351) 258091/216207

#### • 4as. Jornadas de Actualización del Círculo Odontológico de Belgrano

1 y 2 de octubre de 1999  
informes e inscripción:  
Vuelta de Obligado 1826 Dto. 2  
(1428) Buenos Aires  
Tel. 4784-0975

#### • VIII Congreso de la Academia Ibero Latinoamericana de Disfunción Cráneo-Mandibular y Dolor Facial

3 al 7 de octubre de 1999  
San Martín de los Andes  
informes e inscripción:  
Tel./Fax: (011)4827-2919

#### • Jornadas Científicas del Paraná 70° Aniversario

7 al 9 de Octubre de 1999  
Paraná  
informes e inscripción:  
Círculo Odontológico de Paraná  
Corrientes 218  
(3100) Paraná, Entre Ríos  
Tel./Fax: (0343) 4318362

#### • Terceras Jornadas Odontológicas del Círculo Odontológico de Villa María

5 al 6 de noviembre de 1999  
Córdoba  
informes e inscripción:  
Círculo Odontológico de Villa María  
9 de Julio 531  
(5900) Villa María, Córdoba  
Tel./Fax: (0353) 4524778

• 30° Congreso internacional de la Asociación Odontológica Argentina 4 al 7 de Diciembre de 1999  
Sede: Centro Costa Salguero  
informes e inscripción:  
Junín 959  
(1113) Buenos Aires  
Tel.: (011) 4961-6141 - int. 108 y 109  
Fax.: (011) 4961-1110  
e-mail: jornadas@aoa.org.ar

#### NACIONALES 2000

• 40as. Jornadas Internacionales de la Facultad de Odontología de Rosario y 1° Jornada Internacional de Estudiantes y Graduados de Tercer Milenio 15 al 17 de Junio del año 2000  
Informes e inscripción:  
Santa Fe 3160 - (2000) Rosario - Santa Fe  
Tel.: (0341) 480-4606/07/08/09

• COSAE 2000  
X Congreso de la Sociedad Argentina de Endodoncia - Seccional de la Asociación Odontológica Argentina  
17 al 20 de agosto del 2000  
Sede: Hotel Sheraton Libertador Buenos Aires  
Informes e inscripción:  
Junín 959 5° Piso - (1113) Buenos Aires  
Tel.: (54-11) 4961-6141 int. 203  
Fax.: (54-11) 4961-1110  
e-mail: sae@aoa.org.ar

#### INTERNACIONALES

##### Septiembre de 1999

• 17th. Congress of the International Association of Paediatric Dentistry 2 al 4 de septiembre de 1999  
London  
informes e inscripción: 10 Wendell Road  
London W12 9RT, United Kingdom  
Tel./Fax 44 181 743 3106  
E-mail: csluk@compuserve.com.

• 3rd National Congress of Moldovan Dental Association and Public Academy of Dentists of the Republic of Moldova Septiembre de 1999  
informes inscripción:  
MD-2025  
Str. N. Testemitanu 11-16  
Kishinau-Moldova  
Tel.: (3732) 72-55-15 - Fax (3732) 51-35-50

• All-Russian Conference 'Dentistry in New Conditions of Management' + Dental Expo '99 Del 14 al 16 de Septiembre de 1999  
Moscú, Rusia  
Detalles: Dr. V. Sadovski, Sec. General, All-Russian Dental Association  
Tel.: + 095 205 2603/0340. Fax: + 095 2057 24

• Congreso Odontológico Internacional de la Asociación Dominicana, Inc. 30 de septiembre al 3 de octubre de 1999  
informes e inscripción:  
Miguel Ángel Monclus N° 189, esq. Privada Santo Domingo, República Dominicana  
Tel: 534-0880- Fax: 531-8018.

##### Octubre 1999

• Academy of Computerised Dentistry (ACD) Meeting/Meeting of the International Society of Computerised Dentistry 2 al 7  
Maui, Hawaii  
Detalles: ACD, 919 18th. Street NW, Suite LLSM, Washington, DC 20006, EEUU  
Tel.: + 1800 836 2484. Fax +1 202 785 0973

• Congreso Dental Mundial de la FDI 28 de Octubre- 1 de Noviembre  
Ciudad de México, México  
Congreso Dental Mundial de la FDI  
Detalles: Congress Dept., FDI Carlisle Street, Londres W1V 5RG, RU  
Tel.: + 44 171 935 7852. Fax + 44 171 486 0183  
E-mail: congress@fdi.org.uk  
URL: www.fdi.org.uk

#### INTERNACIONALES 2001

##### 2001 - Junio

• International Federation of Endodontic Associations  
Fifth Endodontic World Congress 14 al 16 de junio del 2001 (Madrid-España)  
informes e inscripción:  
IFEA  
211 East Chicago Ave, Ste 1100  
Chicago, IL 60611-2691 - USA  
Tel.: 312/266-7255 ext 3025  
Fax: 312/266-0387

• 1st. International Congress of the Accademia Italiana di Stomatologia Implantoprotesia 29 y 30 de octubre de 1999  
informes e inscripción  
A.I.S.I.  
Via. Indipendenza, 56-40121 Bologna- Italia  
tel.: 39 051 227505 - 237516  
Fax: 39 051 6390528

##### Noviembre 1999

• Annual Conference of the French Dental Association (ADF) 24 al 27  
Paris, Francia  
Details: ADF, 6 rue Guillaume-Tell, 75017 Paris, Francia  
Tel: + 33 1 4401 02 70. Fax: + 33 147 63 9028  
E-mail: adf@adf.asso.fr URL:www.adf.asso.fr

#### INTERNACIONALES 2000

##### Enero 2000

• 19° Congreso Internacional de la APCD 24 al 29 de enero del 2000  
San Pablo - Brasil  
informes e inscripción:  
APCD  
Praça Campo de Bagatelle, 100  
CEP 02012-000, San Pablo, Brasil  
Tel: 55 11 6959 3022; Fax: 55 11 6950 3612

##### Noviembre 2000

• Congreso Centenario de la FDI 29 de noviembre - 2 de Diciembre 2000  
París, Francia.

## Ley Básica de Salud

### Criterios a tener en cuenta para su discusión

Teniendo en cuenta que una de las responsabilidades primordiales de la Democracia es Garantizar a sus integrantes determinados aspectos relativos a la dignidad del ser humano y considerando que en este país la instalación de un gobierno elegido por el pueblo aun no ha generado transformaciones que se traduzcan en un mejoramiento de las condiciones de vida, sino que por el contrario, se observan regresiones en la calidad de vida de grandes sectores de la población, resulta auspicioso que la legislatura de la Ciudad se disponga, en cumplimiento de estrictas normas Constitucionales a estructurar un Plan de Salud.

Ello considerando que la Salud ocupa un lugar preponderante entre los aspectos que la población requiere con urgencia dado que el deterioro del sistema sanitario argentino es un capítulo no desmentido por ningún grupo político.

En consecuencia estimamos necesario planificar con sentido de mediano y largo plazo, conociendo de antemano que se presentarán importantes condicionamientos políticos y económicos y un marco de fuertes restricciones donde la correcta utilización de los recursos debe ser un elemento a tener en cuenta en todo momento.

#### 1) Principios Generales

En relación a este capítulo corresponde destacar que

- El derecho a la salud constituye un Derecho Humano fundamental.
- El estado debe asumir la obligación de generar las condiciones que permitan ejercer ese derecho.
- La atención de la salud debe organizarse sobre la base del principio de equidad a los efectos de brindar servicios sin más distinción que el estado de necesidad.
- Debe ejercitarse la responsabilidad colectiva e individual a través de la participación en la planificación y ejecución.

En este punto conviene destacar dentro de la atención primaria, de atención como estrategia, la formulación de prioridades tendientes a la creación de meca-

nismos que permitan jerarquizar la prevención.

Para la aplicación de los principios expuestos deberá tenerse en cuenta que la denominación de "salud de la población" es el resultado de un complejo juego de factores interactuantes entre los que debe destacarse el área de influencia del sector de salud de esta Ciudad; nos referimos a que una gran cantidad de la demanda de los servicios de esta jurisdicción es generada por personas no residentes en este espacio geográfico.

Tal circunstancia deberá tenerse en cuenta al momento de la "financiación" a los efectos de crear mecanismos hábiles y ágiles que permitan reponer los costos por parte de los Estados Responsables (área de influencia).

#### 2) Conducción y coordinación

El sistema de salud de la Ciudad de Buenos Aires será conducido por la Secretaría de Salud que se ajustará a las políticas y estrategias determinadas en el plan y existirá sin perjuicio de la existencia de los sistemas de auditoría interna, un nivel de supervisión general que estará a cargo del Consejo General de Salud.

Las políticas deberán tender a:

- Lograr amplia coordinación de los efectores en función de la cobertura total de la población.
- Jerarquizar las acciones de promoción y prevención.
- Concentrar la alta complejidad y ampliar la oferta de la baja complejidad.
- Lograr plantas físicas con condiciones de eficiencia y confort.
- Garantizar el uso correcto de los recursos.

Las estrategias para las políticas detalladas son:

- Profundizar la atención primaria.
- Reestructuración administrativa con amplio criterio descentralizador.
- Regionalización de los servicios (comunas).

- Correcto y eficiente mantenimiento de las plantas físicas, extendiendo la atención horaria.
- Instancia de coordinación con las Federaciones y/o Asociaciones de Profesionales de la Salud y Facultad de Odontología (UBA).

#### 3) Proceso salud-enfermedad de la población.

Establecer subprogramas de atención para los aspectos referidos en los apartados específicos del art. 21°. Se sugiere la adopción de un subprograma de salud bucal que comprenda acciones preventivas y reparatorias:

- Realizar acciones de promoción de la salud bucal especialmente en la población escolar.
- Priorizar la prevención en el grupo etareo materno-infantil.
- Incrementar las acciones de atención primaria en los centros de atención propios incorporando odontólogos en la planificación de estrategias de promoción y prevención de la salud en los hospitales públicos, atendiendo a la población internada con programas específicos.
- Establecer planes de acción interactuando con Instituciones de salud bucal sin fines de lucro con capacidad instalada en la jurisdicción.

#### 4) Sistemas prestadores de salud de la Ciudad de Buenos Aires.

Partiendo de la premisa de que el Estado debe trazar la política general integradora de los sectores público, de obras sociales y privado, retomando su función de garante del bien común, deberá tenerse en cuenta que toda planificación de salud debe otorgar al sector público un papel relevante considerando que la presencia del hospital actúa como un verdadero regulador y nivelador de la demanda. Además, es el elemento idóneo para la formación de post-grado y la capacitación en servicios. Se tratará de lograr un hospital actualizado y eficiente que preste servicios integrándose al circuito financiador de la seguridad social y del pre-grado.

Deberá tenerse en cuenta principalmente que al reorganizar los subsectores deben evitarse los riesgos de reformas que respondan más al marco económico que al marco social, por la incidencia de los intereses sectoriales.

Estimamos que para el logro de los fines enunciados los elementos básicos a tener en cuenta son la descentralización y la participación, considerando que el principal atributo de aquella es la facilidad que brinda para la participación de la población, cuyo protagonismo será de suma importancia para el control de productividad y calidad de los subsectores

tanto públicos como privados.

Para el logro de lo expuesto no será necesario la creación de nuevas estructuras de gestión sino que debe apelarse a las instancias existentes como asociaciones, federaciones y toda otra forma de sociedad civil (ONG).

#### 5) Sistemas de cobertura de la población.

Los problemas del sector salud y las dificultades que a diario se observan lo condicionan con la magnitud de los recursos que la sociedad argentina destina a tales fines, aunque ha de tenerse en cuenta el desfinanciamiento ocasionado por el alto índice de desocupación que golpea en las obras sociales y simultáneamente un sensible crecimiento del autotropismo y aumento creciente de sectores con ingresos por debajo del umbral de pobreza.

Ello implica revisar los mecanismos de asignación y utilización de los recursos para mejorar su aprovechamiento priorizando la búsqueda de la universalización, equidad y eficiencia del sistema, atendiendo a la gratuidad únicamente para los que carecen de cobertura, sin que ello impida repetir el pago por parte de los estados responsables en los casos de atención de pacientes con residencia fuera del área de responsabilidad del Gobierno Autónomo de la Ciudad de Buenos Aires.

Similar actitud debe adoptarse cuando se trate de la atención de pacientes con cobertura de obras sociales ó prepagas, siendo que es conocido el frecuente uso de las instalaciones públicas en caso de urgencias o enfermedades crónicas, ya que de lo contrario se genera una subvención indirecta.

En cuanto a la relación entre el sector público y privado, es necesario tener en cuenta que el pluralismo en la oferta de servicios no excluye la noción de la dirección estatal con medios efectivos legales de control. El ordenamiento requerido para tal fin implica entender al Estado como ordenador buscando una integración de todos los sub-sectores para lo cual deberá tenerse en cuenta:

- Incentivo y suficiente inversión en el sector público para lograr su recuperación física y tecnológica, lo que permitirá su vinculación con la demanda superando el aislamiento en que se ha mantenido.
- Ordenamiento de los servicios públicos y privados según criterios de cobertura universal y complementariedad de los efectores.
- Viabilizar el efectivo control de la oferta, mediante la aplicación de normas de regulación y control sobre habilitación, acreditación y categorización de efectores y de la ley de ejercicio profesional.

d) Participación de los prestadores en las instancias de discusión de nomencladores, sus valores y normas de auditoría consensuadas.

6) Organización general del sistema

a) Políticas de recursos humanos: Atender a la formación y mejoramiento del recurso humano mediante acciones directas (cursos obligatorios en los efectores) y en los centros de atención coordinando la formación con instituciones específicas Universitarias y/o Instituciones odontológicas.

Se aplicarán los esfuerzos para lograr un perfil del recurso humano apto para las estrategias de atención primaria con concepción preventiva y actitud interdisciplinaria. Debe tenerse especialmente en cuenta que la creciente tendencia a la tercerización de los servicios por parte de obras sociales y pre-pagas provocando la existencia de honorarios ridículos y normas de trabajo perversas que estimulan la sobreprestación que además del grave deterioro ético, generan prestaciones deficientes. Esta situación admite para su evolución, alternativas diversas y complejas que deben

ser encerradas como una tarea de gobierno pues sobrepasan las reales posibilidades de solución de los trabajadores de la salud y de las instituciones que los agrupan.

b) Regímenes administrativos del Sector Público;

Se establecerá una división geográfica en áreas programáticas o de conformidad con las comunas (art. 127) las que coordinarán las acciones y asignación de recursos. En cada una de ellas existirán Delegados del Consejo General de Salud.

El presente trabajo, originado en el Ateneo Argentino de Odontología, fue adoptado como documento oficial de la Federación Odontológica de la Ciudad de Buenos Aires, y como tal fue presentado ante la Comisión de Salud de la Legislatura de la Ciudad, ya que como estricto mandato de la Constitución de la Ciudad de Buenos Aires, debe dictarse una Ley Básica de Salud. Corresponde aclarar asimismo, con los títulos y subtítulos en que se encuentra dividido el presente trabajo, responde en forma estricta al ordenamiento dispuesto oportunamente por la citada Comisión de Salud, para las Instituciones que quisieran hacer aportes sobre el tema.

# Hechos el uno para el otro.



## Esto es Salud Bucal

Ud. sabe que su recomendación es indispensable para sus pacientes. Por eso, es importante que ud. conozca los beneficios de **LISTERINE** junto con un buen cepillado. Porque el cepillado y **LISTERINE** fueron hechos el uno para el otro. Y eso es salud bucal. El buen aliento que genera **LISTERINE**, es un indicador para determinar que su paciente no padece ni Placa ni Gingivitis. Cepillado y **LISTERINE**. La combinación perfecta para la salud bucal de sus pacientes.



Aprobado por la Asociación Odontológica Argentina.



Mata los gérmenes que causan Placa Bacteriana, Gingivitis y Mal Aliento.

# LISTERINE®

The top half of the advertisement features a large, stylized image of the Argentine flag, showing the sun emblem (Sol de Mayo) in the center, with light blue and white horizontal stripes. The flag appears to be waving.

# El dinero de los argentinos en manos de los argentinos.

El ahorro nacional debe ser orientado hacia los intereses de los propios argentinos. Credicoop, un gran banco nacional, cuenta con recursos y servicios eficientes para financiar las actividades de la gente de nuestro país. Apoyando sus proyectos. Abriendo mercados a la pequeña y mediana empresa nacional. Y cooperando con los que crean y producen. Como siempre.

**BANCO  
CREDICOOP**

COOPERATIVO LIMITADO

A horizontal bar with seven colored segments: red, orange, yellow, green, blue, purple, and pink.

**La Banca Solidaria.**