

Editorial

Los odontólogos, preocupados, angustiados, desorientados, ¿abandonados?

Un poco de historia...

— Desde su origen, las **"Instituciones Odontológicas"** tradicionales, con un historial importante en la formación profesional, se organizan y desarrollan en función de entidades que centralizan su acción en la tarea científica, docente y de investigación. En todas ellas, implícita y explícitamente, se enuncia su preocupación por prestigiar y defender el ejercicio profesional.

— Las instituciones que genéricamente pasaron a estructurarse como representantes de la así llamada **"Profesión Organizada"** delinearon detalladamente sus objetivos reivindicatorios del ejercicio profesional:

- a) Defender los derechos que asisten al odontólogo en el ejercicio de su profesión;
- b) Jerarquizar ese ejercicio profesional;
- c) Salvaguardar el prestigio profesional;
- d) Controlar las normas de ética profesional;
- e) Gestionar y asumir la representación profesional ante entidades públicas y privadas;
- f) Celebrar contratos con obras sociales y otras instituciones;
- g) Proponer el logro de mejores niveles de Salud Pública.

— **C.O.R.A.**, es la entidad representativa de la profesión Odontológica a nivel nacional ante las entidades gubernamentales: Ministerio de Salud y Acción Social, ANSAL, Dirección Nacional de Odontología, Obras Sociales, etcétera. Atento a la resolución gubernamental de crear una Comisión Nacional Coordinadora para el desarrollo de los recursos humanos del área de la odontología para la atención de la salud y proyectos de implementación de normas de atención médico-odontológica (Decreto 1269/92 y otros), la C.O.R.A. efectuó su análisis sobre la situación de la profesión y elaboró un **"Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Odontológica"**.

El programa contempla la categorización de los recursos humanos y la capacidad instalada, la confección de un Nomenclador Nacional Único que responda al desarrollo científico-técnico, acompañada de una Estructura de Costos con honorarios acordes con la realidad.

La profusión de propuestas, la generosidad de enunciados y la capacidad organizativa de la profesión para el mejoramiento de la calidad de la atención odontológica, no alcanzaron para modificar el estado de situación.

Por el contrario, cunde el desaliento ante la evidencia, en algunos casos dramática, de la disminución alarmante del trabajo y los ingresos económicos en los consultorios.

Pensamos que comenzar a interrogarnos sobre los distintos componentes de esta crisis y revisar algunos paradigmas que sustentamos como verdades absolutas, verdaderos dogmas, debe servirnos para enfrentar el cambio de escenario que enmarca nuestro ejercicio profesional.

Veamos:

— **Dogma 1:** "La calidad y excelencia como garantía de éxito".

— **Realidad:** Falta de concursos y reconocimientos curriculares en todos los modelos de prestaciones contratadas.

Nomenclador de prestaciones no actualizado con los cambios científicos y técnicos.

Aranceles nombrados no compensatorios de costos y reconocimiento curricular.

— **Dogma 2:** "El consultorio privado como centro de la atención odontológica".

— **Realidad:** Concentración de la atención en centros empresariales.

Tendencia a eliminar el modelo histórico de "Odontólogo zonal" (Dosuba, Obra Social de Seguros, Pami Capital, etcétera).

— **Dogma 3:** "Principio de la libre elección".

— **Realidad:** Lista cerrada de prestadores en Prepagos y Obras Sociales.

— **Dogma 4:** "La salud para todos en el año 2000".

— **Realidad:** Cada vez menos población tiene acceso a la atención.

*Se impone, pues, distinguir entre **ficción y realidad**.*

Hasta aquí la historia, que merecerá distintas interpretaciones, pero no nos podemos permitir diferir el debate que exige de la participación activa de la profesión y sus instituciones.

Este editorial tiene como objetivo iniciar desde las páginas de la revista del A.A.O., un intercambio de ideas y propuestas capaces de motorizar las acciones que posibiliten cambios.

Doctor
FERNANDO
GOLDBERG*

LA OBTURACION DEL CONDUCTO RADICULAR: NUEVOS MATERIALES Y TECNICAS.

* Profesor
Titular de
la Cátedra
de Endodoncia
de la
Universidad
del Salvador
Asociación
Odontológica
Argentina

Volumen XXXIV Nº 2
Julio - Diciembre '95
Volumen XXXV Nº 1
Enero - Junio '96
Ateneo Argentino de
Odontología -

La obturación tridimensional del conducto radicular representa un factor fundamental para obtener el éxito del tratamiento endodóntico. A fin de lograr este objetivo es importante crear una masa de obturación, lo más homogénea posible, que se adapte convenientemente a la morfología final del conducto radicular instrumentado. Para cumplir este propósito se han desarrollado un variado número de materiales y técnicas de obturación. Podemos citar como ejemplos desde la tradicional condensación lateral hasta las más recientes técnicas de gutapercha termoplastizada, que aprovecha la propiedad de la gutapercha de plastizarse por medio del calor, a fin de inyectarla fluidamente dentro del conducto radicular. En todas estas técnicas, el cemento sellador juega un papel trascendental, dado que complementa el uso de la gutapercha incrementado su capacidad selladora.

Dow e Ingle¹ demostraron en 1955 la posibilidad de filtración apical a partir de obturaciones defectuosas. Ingle y Glick² atribuyen el 63.46% de los fracasos endodónticos a la percolación apical. Walton y Torabinejad³, también señalan a la percolación apical como una de las causas más frecuentes del fracaso endodóntico. Estos autores destacan el papel de los fluidos tisulares degradados en irritantes químicos y de las bacterias con sus toxinas, que desde el conducto radicular ejercen un efecto irritante que se traduce en inflamación de los tejidos periapicales.

Una vez obtenida la limpieza del conducto por medio de la preparación quirúrgica, es requisito fundamental la obturación completa de éste. La obturación en sí misma no es un factor determinante de la curación de las complicaciones periapicales. El principio básico del tratamiento endodóntico es la eliminación lo más prolija posible de estas irritantes bacterias y toxinas anteriormente mencionadas. La obturación

servirá para mantener el estado alcanzado con la preparación quirúrgica y evitará la reinfeción del conducto radicular. Asimismo, aislará y pondrá en condiciones desfavorables a las posibles bacterias remanentes a la preparación quirúrgica. Seltzer⁴ señala que a pesar de que la reparación apical puede ocurrir en los conductos instrumentados y no obturados, la obturación de los conductos es necesaria para evitar la recontaminación de éstos, factor éste que de producirse conducirá indefectiblemente al fracaso.

A partir de los conceptos de Dow e Ingle¹ se inició en la endodoncia toda una etapa tendiente a obtener un material o una técnica capaz de bloquear completa y permanentemente la comunicación conducto-tejido periodontal. Esta tarea es clínicamente difícil, dado que es complicado y casi azaroso obtener una conformación apical en el límite preciso y de la forma adecuada como para ajustar perfectamente el cono principal de la obturación. A pesar de las normas de estandari-

zación de instrumentos y conos implementada a partir de las propuestas de Ingle y Levine⁵, la realidad muestra que éstas raramente se cumplen. Si observamos la morfología apical de los instrumentos endodónticos se destaca la variabilidad de formas de los mismos⁶. Aunque existe una norma respecto de la medida del ángulo apical de los instrumentos (deberán tener un ángulo apical no mayor de 90° y no menor de 60°), no existen reglas en relación a las formas que deben tener dichas puntas. Asimismo, la forma del tallado apical del conducto será generalmente la huella de la forma apical del instrumento, lo cual significa que instrumentos de morfología apical diversa tallarán en el límite apical una preparación de forma diferente. A su vez, también hay discrepancias entre las formas de las porciones terminales de los conos de gutapercha de las distintas marcas y aún entré los de la misma marca⁷⁻⁹. Por último, la situación se complica aún más si tenemos en cuentas las diferencias morfológicas entre instrumentos y conos¹⁰. Es así que comprenderemos la importancia que adquieren los selladores endodónticos, cuya finalidad primordial es ocupar la interfase de desadaptación entre la gutapercha y la pared del conducto radicular. Numerosos trabajos se han publicado demostrando que el sellado apical obtenido en los casos en que se utilizaron conos y sellador era muy superior a aquellos en que se emplearon conos exclusivamente¹¹⁻¹³. Este sellado apical se garantiza con el transcurso del tiempo en la medida de la estabilidad física y química del sellador utilizado. Es requisito fundamental de la obturación endodóntica, que ésta se mantenga estable en el interior del conducto radicular durante toda la vida de la pieza dentaria. La reabsorción de los materiales de obturación dentro del conducto radicular deja espacios muertos que pueden ser invadidos por irritantes químicos y/o bacterianos, que llegan al conducto por vía coronaria, periodontal, etcétera.

A partir de la introducción de la técnica de la condensación vertical de la gutapercha caliente¹⁴ se ha desarrollado una variedad de técnicas que emplean la gutapercha termoplastizada. Podríamos agruparlas en:

1) Técnicas termomecánicas: en ellas la gutapercha se ablanda por la acción del calor producido por la fricción de instrumentos rotados en el conducto a baja velocidad. Las más conocidas son la técnica de McSpadden¹⁵, técnica

Híbrida¹⁶ y JS Quick-Fill (JS Dental, U.S.A.).

2) Técnicas térmicas propiamente dichas en ellas la gutapercha se ablanda por acción directa del calor producido por una fuente calorífica en la mayoría de los casos eléctrica.

2 - a. Técnicas no inyectables: condensación vertical de la gutapercha caliente (técnica de Schilder), Endotec (Caulk, U.S.A.), Thermafil (Tulsa Dental Products, U.S.A.), Successfil (Hygenic, U.S.A.), Multi-Phase (Alpha Endodontic Concepts, U.S.A.), etcétera.

2 - b. Técnicas inyectables: Obtura II (Obtura Corporation, U.S.A.), Ultrafil (Hygenic, U.S.A.), etcétera.

2 - c. Técnicas mixtas; Trifecta (Hygenic, U.S.A.) e Inyect-R Fill (Moyco/Union Broach, U.S.A.), etcétera.

Con el objeto de informar respecto de las técnicas de gutapercha termoplastizada mencionadas, describiremos algunas de sus características.

Técnica de McSpadden: colocado el cono de gutapercha principal en el interior del conducto radicular, se emplea el compactador de McSpadden o en su defecto el Gutta-Condensador (Maillefer, Suiza) o Engine-Pluggers (Zipperer, Alemania) de un tamaño apropiado, girándolo a baja velocidad (aproximadamente 8000 rpm) en sentido horario. La acción de fricción del instrumento sobre la gutapercha la ablanda y compacta en el conducto radicular.

Técnica Híbrida: en ella se realiza primeramente la condensación lateral de los primeros conos de gutapercha y posteriormente se emplean los instrumentos rotatorios descriptos anteriormente.

JS Quick-Fill: se compone de un instrumento similar a los rotatorios mencionados, pero que ya viene recubierto con la gutapercha. Se lo introduce en el conducto y se gira a baja velocidad (3000 a 6000 rpm) profundizándolo hasta la medida apropiada. La gutapercha se ablanda por el efecto de la fricción.

Condensación vertical de la gutapercha caliente (Técnica de Schilder): en ella se ablanda la gutapercha en el interior del conducto con un portador de calor calentado a la llama o por medio de un dispositivo especial (Touch "n" Heat, Analytic Technology, U.S.A.) y se la compacta con atacadores contra la preparación apical y paredes del conducto radicular.

Condensación lateral caliente (Endotec): se

realiza la condensación lateral convencional utilizando un espaciador especial calentado por una batería recargable eléctricamente.

Thermafil: consiste en obturadores de vástago metálico o plástico recubiertos de gutapercha de naturaleza alpha (más pegajosa y fluida que la gutapercha tradicional), que se comercializa en diferentes calibres correspondientes con las normas de estandarización. El obturador es elegido de acuerdo al conducto por obturar y se calienta en un horno especial (ThermaPrep) a fin de ablandar convenientemente la gutapercha y se lo introduce en el conducto radicular en la medida apropiada.

El vástago se corta en la entrada del conducto y permanece como parte de la obturación.

Successfil: su empleo es similar al Thermafil, sólo que la gutapercha viene en un sistema de jeringas que se las ablanda en un calentador eléctrico. Los vástagos son metálicos y una vez seleccionados y probados en el conducto de acuerdo con su calibre, se recubren en la gutapercha ablandada y se introducen en el conducto por obturar. El vástago luego se corta en la entrada del conducto en forma similar al sistema Thermafil.

Multi-Phase: en este sistema se emplea la gutapercha ablandada por un dispositivo eléctrico. La gutapercha viene en un sistema doble de jeringas. Una de gutapercha de naturaleza beta (más dura y consistente) y otra de naturaleza alpha (más fluida y pegajosa). La gutapercha se lleva al conducto por medio de un compactador de McSpadden fabricado en níquel-titanio, el cual viene en dos calibres (#25 y #35) que se selecciona de acuerdo al calibre del conducto radicular por obturar. El compactador se cubre primero con la gutapercha beta (Phase I) y luego inmediatamente con la gutapercha alpha (Phase II), se introduce rápidamente en el conducto radicular sin rotarlo y luego se lo gira a baja velocidad (1000 a 5000 rpm) en sentido horario. Como en los demás sistemas de obturación en los que se emplea condensadores rotados a baja velocidad, cuando el conducto está completamente obturado la gutapercha propulsada y compactada expulsa hacia afuera al compactador.

Obtura y Ultrafil: ambos son sistemas de inyección de gutapercha termoplastizada que utilizan una pistola y agujas para llevar la gutapercha ablandada al interior del conducto radicular. La técnica de empleo es similar y sólo difieren en algunas particularidades de aparatología.

Trifecta: este sistema de obturación combina los sistemas Successfil y Ultrafil. Se obtura el tercio apical con el primero de ellos, pero retirando el vástago metálico con un movimiento contrario a las agujas del reloj y condensando verticalmente la gutapercha ablandada que queda alojada en el conducto. Los tercios coronario y medio se obturan con el sistema inyectable Ultrafil.

Inyect-R Fill: consiste en una cánula metálica rellena de gutapercha la cual calentada a la llama es expulsada por intermedio de un vástago que calza en su interior. El tercio apical del conducto radicular es obturado con la técnica de condensación vertical de la gutapercha caliente, en tanto los dos tercios restantes se obturan con el sistema Inyect-R Fill condensando la gutapercha con atacadores endodónticos.

Nos hemos ocupado de describir algunas particularidades básicas de los sistemas de gutapercha termoplastizada, sin analizar ventajas e inconvenientes de cada uno de ellos. En todas estas técnicas el objetivo es producir en el interior del conducto radicular, una masa homogénea de gutapercha que ocupe tridimensionalmente toda la luz del mismo. En las técnicas de gutapercha termoplastizada se hace también necesario la utilización del sellador, con el cual se mejora considerablemente el sellado apical de estas obturaciones.

En relación a los selladores, en los últimos años se introdujeron al mercado algunos que contienen hidróxido de calcio en su fórmula, a fin de aprovechar las propiedades antibacterianas y reparativas de éste. Entre ellos podemos citar el Sealapex (Kerr/Sybron, U.S.A.), el Calciobiotic Root Canal sealer (Hygenic, U.S.A.) y el Apexit (Vivadent, Liechtenstein). Los resultados no fueron tan promisorios, dado que es muy difícil pensar en la acción de un cemento endodóntico que libere hidróxido de calcio y a pesar de ello mantenga su estabilidad física sin solubilizarse¹⁷⁻¹⁸. Ultimamente han llegado a la endodoncia los cementos de ionómero de vidrio. Entre ellos podríamos nombrar el Ketac Endo (Espe, Alemania), Endión (VOCO, Alemania) y otros que se emplean en operatoria dental y que se están investigando para el uso endodóntico. Tanto el Ketac Endo como el Endion, presentan en las primeras horas, una marcada solubilidad en contacto directo con el medio húmedo¹⁹. Si bien la solubilidad de estos cementos puede ser controlada en operatoria dental por medio

de las resinas aislantes, en endodoncia, esto es difícil de lograr, dado que la humedad reinante en la zona apical es una realidad imposible de controlar. Por otro lado, para que estos cementos se adhieran químicamente a la pared dentinaria, ésta debe reunir algunas condiciones que no se dan en la pared del conducto radicular instrumentado. Si bien algunas publicaciones endodónticas destacan la penetración del ionómero en el interior de los conductillos dentinarios de la pared del conducto radicular²⁰, en realidad se trata de zonas aisladas y no de una observación generalizada para todo el conducto.

Estudios realizados para evaluar el sellado apical del Ketac Endo en comparación con los cementos endodónticos de óxido de cinc-eugenol mostraron que el Ketac Endo no daba mejores resultados que los cementos tradicionales²¹⁻²³.

Asimismo, los resultados clínico-radiográficos publicados hasta el presente son al respecto muy escasos y no modifican el índice normal conocido de éxitos y fracasos endodónticos obtenidos con otros materiales²⁴. Consideramos, por todo esto, la necesidad de prudencia y tiempo para que futuras investigaciones avalen o no la obtención de beneficios en el empleo de estos nuevos selladores. La mayor parte de las escuelas endodónticas del mundo continúan empleando selladores internacionalmente probados y comprobados con años de experiencias de laboratorio y clínicas.

El campo de los materiales y técnicas de obturación endodónticas se moviliza continuamente con la llegada de nuevos aportes; los especialistas e investigadores tienen el compromiso de conocer y estudiarlos, en tanto el práctico general deberá mantenerse expectante y actualizado, sin entrar en la improvisación clínica con aquello que no está suficientemente respaldado.

RESUMEN

Se destaca en el presente trabajo la importancia de la obturación del conducto radicular como uno de los factores de éxito en la terapia endodóntica. Se considera necesario, a tal efecto, lograr una obturación que bloquee en forma completa y permanente la comunicación conducto-tejido periodontal. Se describen diferentes materiales y técnicas de obturación que buscan,

por medio del uso de la gutapercha termoplastizada, mejorar la calidad y homogeneidad de la obturación, resaltando el papel que cumplen los selladores endodónticos con el fin de asegurar un sellado eficiente.

SUMMARY

The present study emphasize the role of the endodontic filling as one of the main objectives in root canal therapy. It is necessary to obtain a complete and permanent filling, in order to seal the communication between the root canal space and the periodontal tissue. Different filling materials and thermoplasticized gutta-percha techniques that have been introduced in an attempt to improve the quality and homogeneity of the obturation, are described in this paper. Likewise, the importance of the endodontic sealers as an intend to produce a bacteriologically tight seal is discussed.

BIBLIOGRAFIA

1. DOW PR, INGLE KI. Isotope determination of root canal failure. *Oral Surg. Oral Med. Oral Path.* 8:111-114, 1955.
2. INGLE JI, GLICK DH. *Modern Endodontic Therapy*. En: Ingle JI. *Endodontics*, 1st. ed. Philadelphia: Lippincott and Febiger, 1973, 65.
3. WALTON RE, TORABINEJAD M. *Principles and practice of endodontics*. Philadelphia: WB Saunders, 1989, 225.
4. SELTZER S. *Endodoncia. Consideraciones biológicas en los procedimientos endodónticos*, 1a. ed. Buenos Aires: Editorial Mundi.
5. INGLE JI, LEVINE M. The need of uniformity of endodontic instruments, equipment and filling materials. En Grossman LI (Editor). *Transactions of the Second International Conference on Endodontics*. Philadelphia, 123-143, 1958.
6. GOLDBERG F. The instrument tip and the standardization requirements: a clinical point of view. *Australian Endod. N.* 16:22-23, 1990.
7. MAYNE JR, SHAPIRO S, ABRAMSON I. An evaluation of standardized gutta-percha points. Part 1: Reliability and validity of standardization. *Oral Surg. Oral Med. Oral Path.* 31:250-257, 1971.
8. GOLDBERG F, GURFINKEL J, SPIELBERG C. A microscopic study of standardized gutta-percha points. *Oral Surg. Oral Med. Oral Path.* 47:275-281, 1979.
9. GOLDBERG F, SOARES IJ. Evaluación microscópica de la correspondencia de forma y calibre de conos de gutapercha de la misma marca. *Rev. Asoc. Odontol. Argent.* 83:17-19, 1995.
10. URIBE ECHEVARRIA NN, y col. Variaciones físicas de diámetro y grado de conicidad en conos de gutapercha.

- cha y limas tipo K. Rev. esp. Endod. 1:155-171, 1983.
11. MARSHAL FJ, MASSLER M. The sealing of pulpless teeth evaluated with radioisotopes. J. Dent. Med. 16:172-184, 1961.
 12. YOUNIS O. HEMBREE JH Jr. Leakage of different root canal sealers. oral Surg. Oral Med. Oral Path. 41:782-784, 1976.
 13. RUSSIN TP y col. Apical seals obtained with laterally condensed, chlorofom-softened gutta-percha and laterally condensed gutta-percha and Grossman's sealer. J. Endod. 6:678-682, 1980.
 14. SCHILDER H. Filling root canals in three dimensions. Dent. Clin. North. Am. 11:723-744, 1967.
 15. MCSPADDEN JT. Self-study course for the thermal condensation of gutta-percha. Ranson and Randolph, 1980 form. 337.
 16. TAGGER M. Use of thermo-mechanical compactors as an adjunct to lateral condensation. Quintessence International 15:27-30, 1984.
 17. TAGGER M, TAGGER E. KFIR A. Release of calcium and hydroxyl ions from set endodontic sealers containing calcium hydroxide. J. Endod. 14:588-591, 1988.
 18. STAEHLE HJ y col. Effect of root canal filling materials containing calcium hydroxide on the alkalinity of root dentin. Endod. Dent. Traumatol. 11:163-168, 1995.
 19. KAPLAN A. y col. comunicación personal.
 20. SAUNDERS WP. y col. The use of glass ionomer as a root canal sealer-a pilot study. Int. Endod. J. 25:238-244, 1992.
 21. SHITH MA, STEIMAN HR. An in vitro evaluation of microleakage of two new and two old root canal sealers. J. Endod. 20:18-21, 1994.
 22. DE GREE AJ, WU MK, WESSELINK PR. Sealing properties of Ketac-Endo glass ionomer cement and AH26 root canal sealers. Int. Endod. J. 27:239-244, 1994.
 23. GOLDBERG F, ARTAZA LP, DE SILVIO A. Apical sealing ability of a new glass ionomer root canal sealer. J. Endod. 21: 498-500, 1995.
 24. FRIEDMAN S. y col. Evaluation of success and failure after endodontic therapy using a glass ionomer cement sealer. J. Endod. 21:384-390, 1995.

Dirección del Autor:
Viamonte 1620 1º D
1055 - Buenos Aires

LABORATORIO



Daniel Alejandro Altímari

M.N. 2513

TECNICA Y CALIDAD:

Sello que Distingue Nuestras Presentaciones:

Porcelana - Prótesis Fija - Prótesis Removible - Prótesis con Retención Magnética - Cromos Attachment

Sus pacientes merecen lo mejor. Nosotros se lo brindamos.

ENVIOS AL INTERIOR

VIDEOS INFORMATIVOS

Prudan 1248 (Altura San Juan 3150) C.P. 1242 Capital Federal Tel.: 93-8023

**banco**
credicoop
Cooperativo Ltda. 

Calidad Humana

Filial Tribunales:

Av. Corrientes 1574

Capital Federal

y 95 Filiales en Todo el País

EL PRACTICO GENERAL

¿QUE RESPUESTAS PODEMOS DAR A SUS PREGUNTAS

Responden:

Dr. Eduardo Lanata*

Tema: Operatoria dental

Dr. Carlos A. Vaserman**

Tema: Bioseguridad

OPERATORIA DENTAL

1) *¿Pueden hoy los composites reemplazar a las amalgamas en restauraciones de clase 1 y 2?*

— Sí, hay suficientes estudios de laboratorio y clínicos, realizados en diversos centros de investigación del mundo, que permiten afirmar que las restauraciones con composites o resinas compuestas (sinónimos) pueden ser utilizadas en el sector posterior con éxito.

El importante detalle para tener en cuenta es que las amalgamas perdonan errores de técnica de manipulación y clínicos y, por el contrario, los composites no perdonan ninguno de ellos; son muy sensibles a la técnica empleada, lo que puede conducir fácilmente al fracaso de la restauración.

2) *¿El grabado de la dentina con ácido fosfórico, maleico u otros provoca daño a la pulpa?*

—No. Hay también en este caso suficientes evidencias que demuestran que esta técnica de grabado total no provoca daño al complejo dentino-pulpar. Fue FUSAYAMA en 1979 el primero de comprobar que luego del grabado, con el posterior sellado de los túbulos dentinarios abiertos durante la técnica éstos son cerrados con el adhesivo lo que impide la agresión del órgano pulpar. A la pulpa la matan los microorganismos y los dentistas cuando realizan maniobras incorrectas (calor de fresado, no impedir la filtración marginal, etcétera).

3) *¿Las lámparas de fotoactivación provocan daño al odontólogo o a la asistente?*

— Sí. La luz azul puede provocar daño a la retina, al cristalino o a ambos. Es imprescindible, por lo tanto, el empleo de alguna protección ocular como por ejemplo: anteojos de color naranja que filtren longitudes de onda entre 400 a 520 nanómetros, pantallas y otros dispositivos

positivos que se venden en los comercios de tales del ramo. El valor de los mismos es muy bajo y las consecuencias al no utilizarlos son muy alta.

4) *¿Es importante que las turbinas tengan más de una salida de agua?*

— Para producir una correcta refrigeración tanto de la pieza dentaria que estamos tratando como del elemento rotatorio (fresa o piedra) es ideal utilizar turbinas con 2 y mejor aun 3 salidas de spray de agua/aire. Una de las causas más comunes de daño al complejo dentario no pulpar es el que estamos señalando: el calor del fresado. Será una muy buena idea en la próxima compra invertir en una turbina que cumpla con estas características; notaremos la diferencia de inmediato. Caso contrario recordar los que aprendimos en la Facultad: trabajar en forma intermitente y pincelando; pero aconsejo lo ya señalado anteriormente.

5) *COMPOMEROS, ¿qué son?*

— Es un nuevo material de restauración estética. Como su nombre lo indica son una "mezcla" de composite y de ionómero que tienen una doble forma en su proceso de endurecimiento. Primero por la polimerización por acción de la luz de nuestra lámpara de fotoactivación y posteriormente al ser puestos en contacto con el agua de la saliva se desencadenará la reacción ácido-base típica de los ionómeros vítreos. Son una interesante opción en determinados casos de clase 5 y en dientes primarios. Su técnica es simple y rápida. Es un material que salió a la venta hace aproximadamente un año, faltan resultados clínicos a distancia. Sería interesante ver qué sucede en el futuro, que aparece muy promisorio, veremos qué sucede.

6) *¿Los agentes de enlace que se venden*

* Profesor Titular de Técnica de Operatoria Dental - Facultad de Odontología - UBA

** Coordinador del Comité de Infectología y Bioseguridad del Ateneo Argentino de Odontología

en los comercios dentales son buenos, se logra "pegar" realmente con ellos los composites al diente? ¿Nos puede citar algunas marcas comerciales buenas?

— Los valores de adhesión de los sistemas adhesivos que se pueden adquirir en los comercios son capaces de compensar la contracción de polimerización de los composites cuando estos son empleados siguiendo muy atentamente y punto por punto las instrucciones del fabricante del producto. Se debe leer detenidamente el prospecto, hacer una ayuda memoria de los aspectos esenciales de la técnica e ir siguiéndolos muy cuidadosamente. Cualquier descuido induce a grandes errores y los valores de adhesión bajan ostensiblemente conduciendo al fracaso.

Las marcas más reconocidas en nuestro medio son:

- a) OPTIBOND y el más reciente OPTIBOND FL de Kerr.
- b) PROBOND o el PRIMER AND BOND 2.0 de Dentsplay.

- c) SYNTAC de Vivadent.
- d) CLEARFIL LINER BOND y el CLEAR FIL LINER BOND 2 de Kuraray, que llegó hace apenas unos meses a nuestro medio.
- e) ART BOND de Contene-Whaledent.
- f) SCOTCH BOND MULTIPROPOSITO o SCOTCH BOND MULTIPROPOSITO PLUS de 3M.
- g) ALL BOND 2 o AELITE BOND de Bisco.

7) ¿Hay que chequear las lámparas de fotoactivación?

— Sí. Debemos comprobar su rendimiento, como mínimo 1 vez al mes para determinar que su intensidad sea como mínimo de 300 milivatios por centímetro cuadrado y que la luz que emite sea realmente azul, caso contrario, si es de color blanco, podemos estar provocando daño a la pulpa, pues esta genera calor dado que tiene una longitud de onda del espectro infrarrojo.

Dr. Eduardo J. Lanata

BIOSEGURIDAD

1) ¿Hay mayor riesgo de contraer enfermedades infectocontagiosas entre el personal del equipo de salud que entre el resto de la población?

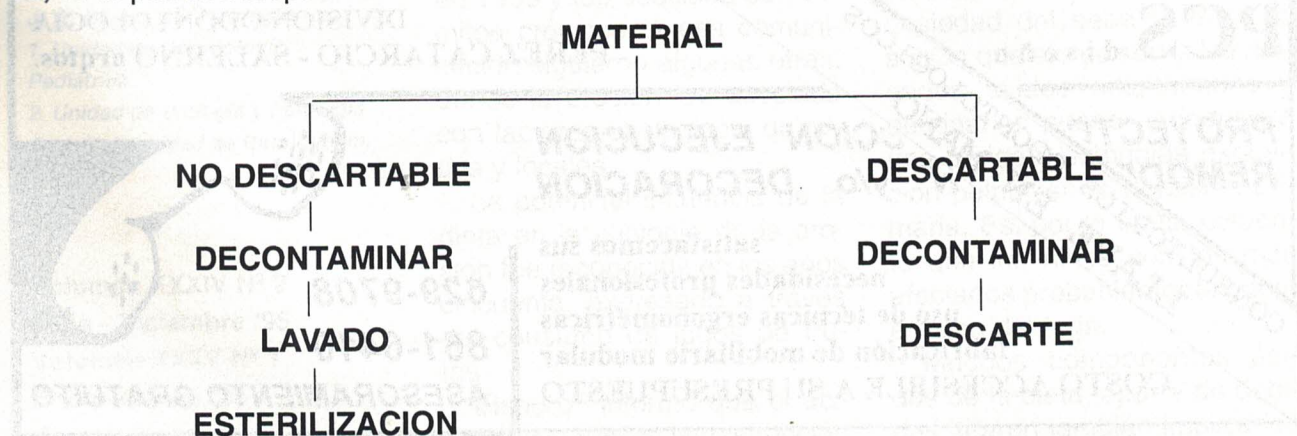
R - Sí, la relación de riesgo en general es de 10 a 1, mayor entre el personal del equipo de salud. Como ejemplo, la incidencia de Hepatitis B en la población general es del 0,2% y entre el personal del E.S. es del 2%.

2) ¿Además del HIV y la Hepatitis B, qué otras enfermedades son de riesgo profesional?

R. — Todas las infectocontagiosas, virósicas, bacterianas, micóticas, etcétera.

3) ¿Es necesario descontaminar antes de esterilizar?


R. — Las normas de bioseguridad recomiendan que todo elemento o instrumento utilizado en la atención médica y/u odontológica debe ser descontaminado para que luego, sin peligro infectológico, se lo pueda manipular.



- 4) ¿La vacunación para la prevención de la Hepatitis B es 100% eficaz?
R — Las actuales vacunas son muy eficaces. Sin embargo, es recomendable que luego de cumplir con el esquema de vacunación, se testifique si se han elaborado los anticuerpos específicos (Anti HBs).
- 5) ¿Se debe vacunar contra el tétanos al profesional y al paciente que se somete a cirugía?
R — El tétanos es una enfermedad infecciosa aguda que se puede producir después de una herida, tanto aparentemente banal como claramente contaminada o quirúrgica. El tiempo de incubación puede ser de 5 a 50 días. La inmunización activa con toxoide produce protección durante varios años, pudiendo alcanzar una década. Sin embargo, es recomendable una dosis de estímulo cada 5 años.
- El paciente sometido a tratamiento odontológico invasivo, puede desarrollar tétanos, por lo que es de buena práctica constatar si está inmunizado.
- 6) ¿Qué posibilidad hay de contagio y transmisión de la sífilis a través de la atención habitual?
R — La forma habitual de contagio es por contacto sexual (90%) y de las formas extrasexuales, un 9% es a través de la boca.
- 7) Ante la sospecha de que nuestro paciente padezca SIDA, ¿qué actitud seguir?
R — Un paciente odontológico puede ser portador de un SIDA manifiesto o ser un portador asintomático sin siquiera saberlo. Por esta razón se recomienda considerar a todos los pacientes como infectados y observar todas las normas de bioseguridad.
- 8) En caso de haber tenido contacto con un infectado por Hepatitis B y no estar vacunado, ¿qué conductas debemos seguir?
R — Inmunización pasiva (Gamma Globulina específica) y activa (vacuna específica).
- 9) ¿Es necesario el uso de barbijos y protectores oculares?
R — Dentro de las barreras que se recomiendan en bioseguridad figuran estos dos elementos: Los contagios a través de las mucosas, incluidas las oftálmicas, son una realidad indiscutible. Asimismo, la saliva del paciente o del operador puede dispersar partículas contaminantes. Por esta razón los barbijos deben ser renovados con cada paciente.
- 10) ¿Si padecí otras Hepatitis, igualmente debo vacunarme contra la Hepatitis B?
R — Cada una de las Hepatitis, virósicas o no, son entidades diferentes que sólo tienen en común el órgano afectado. Únicamente el haber cursado la Hepatitis B deja inmunidad contra la Hepatitis B. Caso contrario es recomendable la vacunación.

Dr. Carlos A. Vaserman

PCS diseño	DIVISION ODONTOLOGIA PEREZ CATARCIO - SALERNO arqts.
PROYECTO REMODELACION CONSULTORIOS ODONTOLÓGICOS LLAVE EN MANO	ACION EJECUCION y/o DECORACION
satisfacemos sus necesidades profesionales uso de técnicas ergonómicas fabricación de mobiliario modular COSTO ACCESIBLE A SU PRESUPUESTO	
	629-9708 861-6410 ASESORAMIENTO GRATUITO



LA DISTRIBUCION Y LA SEVERIDAD DEL DESGASTE DENTARIO RELACIONADO CON LA EROSION Y EL TIPO DE DIETA EN UN GRUPO DE NIÑOS.

*Internacional Journal
of Paediatric
Dentistry 1994.4.151-157
A. Millward, L. Chaw, A. Smith,
J. W. Rippin y E. Harrington.
1. Unidad de Odontología
Pediátrica
2. Unidad de Biología y Patología
Oral. Universidad de Birmingham.*

Volumen XXXIV Nº 2
Julio - Diciembre '95
Volumen XXXV Nº 1
Enero - Junio '96
Ateneo Argentino
de Odontología -

TRADUCCIONES

El desgaste dentario es producido por una triada de erosión, abrasión y atrición.

Es extremadamente difícil, si no imposible, separar esos diferentes factores etiológicos causantes de la pérdida de tejido dentario. En niños, la abrasión de las superficies dentarias es infrecuente; el tipo más habitual de abrasión es probablemente producido por el cepillado y se incrementa con el paso de los años.

La atrición es el desgaste gradual del borde incisal y de las superficies oclusal y proximales durante la masticación.

La atrición de los dientes primarios es casi siempre evidente en la época de la exfoliación.

La erosión es la pérdida de los tejidos duros del diente por razones químicas. El desgaste de dientes en niños pequeños, con excepción de los bordes incisales de los dientes anteriores y superficies oclusales en los molares, pueden ser particularmente relacionados con la erosión como el factor etiológico más importante. La pérdida anormal del tejido dentario causada por erosión fue inicialmente descrita por Bodecker¹ en 1933 y fue asociada con vómitos crónicos. A esa comunicación siguieron algunas otras, donde la erosión fue asociada con factores etiológicos, químicos y locales.

La potencial influencia de la dieta en la etiología de la erosión fue reconocida en los años cincuenta, expresado a través del consumo de jugos de frutas.

Elsburg¹⁰ informó que el ácido cítrico duplica la destrucción del esmalte dentario en rela-

ción al ácido clorhídrico y el ácido nítrico.

El consumo de bebidas gaseosas en el Reino Unido ha aumentado notablemente pasando de 1.000 millones de litros en 1950 a casi 7.000 millones de litros en 1990¹¹. Este consumo muestra una tendencia ascendente continua.

El consumo en el Reino Unido fue de 151 litros per cápita en 1991, es aún inferior de la cifra de 263 litros consumidos en el mismo año en los Estados Unidos¹¹.

Estos números ocultan el hecho de que este consumo es mayor en los grupos de menor edad. Rugg-Gunn et al¹² comunicaron que las bebidas gaseosas provenían tanto como un 14-21% de azúcares agregados en la dieta de un grupo de niños de 11 a 12 años y establecieron que un 42% de jugos de fruta eran consumidos por chicos de entre 2 a 9 años.

Recientemente han aparecido en el mercado jugos de frutas para bebés, y acerca de los cuales Smith y Sharo¹³ señalaron que su uso prolongado puede provocar una destrucción extrema. La ingesta continua de jugos frutales con maderas destinadas a ocultar la ansiedad del bebé unido a la acción que ejerce sobre los delgados tejidos adamantinos y dentinarios pueden conducir a una rápida y extendida exposición pulpar en la dentición primaria. Es, por lo tanto, evidente que los niños son los más afectados probablemente por la erosión dentaria.

Muchos componentes ácidos de la dieta, aparte de bebidas, fueron también implicados en el desarrollo de la erosión¹⁴.

Por ejemplo, se han hallado asociaciones con dietas lacto-vegetarianas¹⁵ con prolongado consumo de uva y con la masticación de tabletas de vitamina C.¹⁷ Grobler et al,¹⁸ investigaron el grado de erosión del esmalte causado "in vitro" por algunas frutas frescas que contenían diferentes tipos de ácidos orgánicos.

Significativas diferencias fueron halladas entre frutas, dependiendo de la combinación de factores tales como el PH, cantidades y tipos de ácidos orgánicos presentes. El grado de erosión producido por las marcas comerciales de jugos de fruta de las que Grobler disponía para su estudio fue, sin embargo, 5 u 8 veces mayor que la erosión producida por la fruta natural.

Infortunadamente la información publicada sobre prevalencia y severidad de la erosión dental en la población, es escasa.

Parece anecdóticamente evidente que la prevalencia de la erosión se halla incrementada, pero una reciente investigación del desgaste dentario realizado en más de 1.000 niños de 14 años, mostró que todos los niños tuvieron algún tipo de desgaste dental y el 30% tuvo exposición dentinaria.¹⁹

El objetivo de este trabajo fue, en primer lugar, determinar la severidad y distribución de la abrasión dental en un grupo de chicos atendidos en el Hospital de Birmingham (Gran Bretaña) y, en segundo término, establecer la relación, si la hubiere, entre erosión y constituyentes de la dieta.

Traducción: Dra. Henja F. de Rapaport

RESUMEN

Hay muy poca información publicada sobre la severidad de la abrasión dentaria en niños. La presente investigación incluyó el examen clínico de 101 niños y la evaluación de sus hábitos dietéticos. Se observó evidencia de abrasión dentaria en más del 80% de los incisivos superiores y el 30% de los molares temporales presentaba algo de dentina expuesta.

Hubo 21 niños considerados como teniendo erosión "ligera", 45 "moderada" y 35 erosión "severa". Hubo una diferencia altamente significativa entre los tres grupos en relación a los hábitos de ingestión líquida; el número de bebidas carbonata-

das consumidas semanalmente por los niños en los grupos "ligera", "moderada" y "severa" fue de 3.9, 5.8 y 13.9, respectivamente; de refrescos de fruta fue de 10.3, 16.4 y 18.3 y de jugos de fruta de 17.9, 27.1 y 39.0.

También hubo una diferencia altamente significativa en los niños que tomaban refrescos de fruta en la hora de acostarse: 14% en el grupo "ligera", 32% en el "moderada" y 60% en la "severa". Aun cuando el consumo de frutas secas y yoghurt presentó la misma tendencia, no mostró diferencia significativa.

Es importante identificar a los niños que muestren evidencia clínica de erosión para poder aconsejar sobre el consumo de productos ácidos.

BIBLIOGRAFIA

1. BODECKER CF. Dental erosion: its possible causes and treatment. *Dental Cosmos* 1933; 75: 1056-1062.
2. BARGEN JA, AUSTIN LT. Decalcification of teeth as a result of vomiting with long continued vomiting: report of a case. *American Dental Association Journal and Dental Cosmos* 1937; 24: 1271-1273.
3. GUERNSEY LH. Gastric juice as a chemical erosive agent: report of a case. *Oral Surgery, Oral Medicine, Oral Pathology* 1953; 6: 1233-1235.
4. HOWDEN GF. Erosion as the presenting symptom in hiatus hernia. *British dental Journal* 1971; 131: 455-456.
5. HURST PS, LACY LH, CRISP AH. Teeth, vomiting and diet: a study of dental characteristics of seventeen anorexia nervosa patients. *Postgraduate Medical Journal* 1977; 53: 298-305.
6. MILOSEVIE A, SLADE PD. The orodental status of anorexics and bulimics. *British Dental Journal* 1989; 167: 66-70.
7. HOLLOWAY PJ, MALLANBY M., STEWART RJC. Fruit drinks and tooth erosion. *British Dental Journal* 1958; 104: 305-309.
8. STAFNE EC, LOVESTADT SA. Dissolution of tooth substance by lemon juice, acid beverages and acids from some other sources. *Journal of the American Dental Association* 1947; 34: 586-592.
9. THOMAS AE. Further observations on the influence of citrus fruit juices on human teeth. *New York State Dental Journal* 1957; 23: 424-430.
10. ELSBURY WB. Hydrogen ion concentration and acid erosion of the teeth. *British dental Journal* 1952; 93: 177-179.
11. British Soft drinks Association. report of Seminar in Heidelberg 1991: factsheet number 9-7.91.
12. RUGG-GUNN AJ, LENNON MA, BROWN JG. Sugar consumption in the United Kingdom. *British dental Journal* 1986; 161: 359-364.
13. SMITH AJ, SHAW L. Baby fruit juice and tooth erosion. *British Dental Journal* 1987; 162: 65-67.

14. ECELES JD, JENKINS WG. *Dental erosion and diet. Journal of Dentistry* 1974; 2: 153-159.
15. KINKOSALO W, MARKKANEN H. *Dental erosion in relation to lactovegetarian diet. Scandinavian Journal of Dental Research* 1985; 93: 436-441.
16. REUTER JE. *Unusual incisal dental erosion. British Dental Journal* 1978; 145: 274.
17. GIUNTA JL. *Dental erosion resulting from chewable vitamin C tablets. Journal of the American Dental Association* 1983; 107: 253-256.
Tooth wear, erosion and diet in children 157
18. GROBLER SR, SENEKAL PJC, KOTZE TJVW. *The degree of enamel erosion by five different kinds of fruit. Clinical Preventive Dentistry* 1989; 11: 23-28.
19. MILOSEVIC A, LENNON MA. *The prevalence of toothwear in 14 - year old school-children. Journal of dental Research* 1992; 71: abstract 1857.
20. SMITH BGN, KNIGHT JK. *An index for measuring the wear of teeth. British Dental Journal* 1984; 156: 435-438.
21. LUSSI A, SCHAFFNER M, HOTZ P, SUTER P. *dental erosion in a population of Swiss adults. Community Dentistry and Oral Epidemiology* 1991; 19: 286-290.
22. XHONGA FA, VALDAMIS S. *Geographie comparisons of the incidence of dental erosion: a two-centre study. Journal of Oral Rehabilitation* 1983; 10: 269-277.
23. JARVINEN VK, RYTOMAA H, HEINONEN OP. *Risk factors in dental erosion. Journal of Dental Research* 1991; 70: 942-947.
24. DAVIS WB, WINTER GB. *The effect of abrasion on enamel and dentine and exposure to dietary acid. British Dental Journal* 1980; 148: 253-256.
25. KELLY MP, SMITH BGN. *The effect of remineralising solutions on tooth wear in vitro. Journal of Dentistry* 1988; 16: 147-149.

LABORATORIO "Del Ateneo"

APARATOLOGIA DE ORTOPEDIA FUNCIONAL
Y ORTODONCIA EN TODA SU VARIEDAD

Ricardo N. Llanes
Eduardo H. Aguirre

T.M. Anchorena 1176 - 963-6802

Doctores
EDUARDO
JUAN
MUIÑO

LUIS
ZIELINSKY

REYNAL
DIAZ
HERAZO

RECURSOS

DE

ANCLAJE

EN

LA

TECNICA

COMBINADA

KISS 81

Volumen XXXIV N° 2
Julio - Diciembre '95
Volumen XXXV N° 1
Enero - Junio '96

Ateneo Argentino de
Odontología -

El anclaje constituye un elemento de mucha importancia en los tratamientos ortodóncicos resueltos con extracciones dentarias. De su correcta planificación depende el éxito del tratamiento. Esto es tenido en cuenta en la técnica "Kiss 81".

Para ello se explican diversos principios biomecánicos involucrados en la problemática por resolver.

Se enumeran los distintos medios posibles: se enfatiza en algunos de ellos, como el uso de aparatos removibles, el arco transpalatal y, especialmente, las técnicas de T. Mulligan y R. Isaacson que basados en recursos que son simples, como el de colocar dobleces en sistemas mecánicos 2 x 4 de acuerdo con principios bien entendidos.

Además, es importante combinarlo con el refuerzo en el sector posterior con alambres suplementarios y ligadura en ocho.

EN esta etapa temporal que nos toca practicar nuestra especialidad, y es de preveer que en el futuro aun en mayor medida, podemos disponer de una gran variedad de recursos técnicos para corregir falta de espacio en los arcos dentarios. Se basan en principios biofísicos bien estudiados a lo largo de la historia de la ortodoncia. Los textos hablan de las bondades que los mismos tienen y por lo cual hacen recomendable su uso.

Lo cierto es que a la hora de tener que tomar una decisión nos encontramos con un "arsenal" de recursos que en definitiva facilitan nuestra tarea.

En la técnica "KISS 81"¹⁶, las opciones para distalamiento son varias de acuerdo con las necesidades, la biotipología del paciente y al segmento de la oclusión que estamos tratando.

Llegado el momento algún implemento aparatológico podrá ser reemplazado, si el re-

sultado no es el óptimo esperado, por otro que la misma técnica describe.

Es decir, dentro de un marco lógico es posible el uso de variantes para una misma acción.

Pero en un tratamiento de ortodoncia existe un recurso que no nos permite ninguna duda así como tampoco ninguna opción: y es el Anclaje.

DEFINICION

Es el elemento anatómico que soporta las fuerzas. Es resistencia al desplazamiento.^{2,6,7,14}

Cuando hablamos de anclaje nos referimos a dientes o bien a zonas duras como mentón o frente.

MEDIOS DE ANCLAJE

Frecuentemente confundimos el anclaje propiamente dicho con el medio de anclaje. Este es el dispositivo artificial que adicionamos para que

nuestra acción sea efectiva. Va unido al elemento anatómico, es decir: al anclaje.

Toda "máquina de ortodoncia" consta de dos partes. Una activa y otra de resistencia⁷. El término máquina simple se usa en física para describir las palancas, el plano inclinado y otros fenómenos físicos.⁵

La activa está destinada a producir cambios en las posiciones dentarias y se ubica en la zona de trabajo.

La de resistencia se opone a la anterior y nos brinda el marco adecuado para poder trabajar tratando de anular las consecuencias que producen las fuerzas de reacción que responden al tercer principio de la ley de la dinámica, más conocida por ley de Newton. Actúa en la zona de resistencia o zona de anclaje.^{1,5}

Cabe aclarar que la experiencia nos dice que no existe un método totalmente seguro de anclaje. En aquellos casos donde el requerimiento es máximo lo ideal es usar "cinturón y tirador" a la vez.

Si bien tenemos opciones para producir movimientos dentarios no podemos darnos el lujo de perder el "tren del anclaje". Realizada una extracción y perdido su espacio por mala planificación técnica, es muy difícil recuperarlo. En algunos casos imposible. Esto hace perder perímetro en el arco dentario, agravando nuestro caso clínico.

Por otro lado, la biotipología juega un rol importante. Las basales convergentes brindan mayor resistencia al desplazamiento anterior de las piezas dentarias posteriores, sobre todo en el maxilar inferior.¹²

Contrariamente las divergentes ofrecen facilidad para el desplazamiento de los sectores posteriores que, por lo general, son los que se toman como anclaje.¹⁰

Estos elementos se tendrán que tener en cuenta a la hora de su planificación. Sin olvidarnos que las fuerzas se deben considerar en los tres planos del espacio. El más usado es el sagital ánteroposterior, pero también suceden extrusiones, plano vertical y movimientos vestibulo-linguales o vestibulo-palatinos, plano transversal, donde, los molares ofrecen contactos cuspaes capaces de interferir en los desplazamientos excéntricos y en la centricidad mandibular afectando su estabilidad.

CLASIFICACION

Por su ubicación existen, fundamentalmen-

te, dos grandes grupos de elementos anatómicos que soportan las fuerzas. Los que se encuentran dentro de la cavidad bucal, intraorales, y los que están afuera de ella, los extraorales.

Los primeros son los más usados, dejando solo la tracción pósteroanterior para la corrección de anomalías del grupo de las progenies para el segundo. En este último, consideramos como zona de anclaje la frente y/o el mentón máscara de Delaire y Openheim.

Intraorales: esta clasificación ha sido tomada y modificada de Stoner M.

- 1 - Natural:
 - a - Simple.
 - b - Compuesto.
 - c - Recíproco.
- 2 - Estacionario.
- 3 - Reforzado.
- 4 - Anclaje radicular activo.
- 5 - Preparado.
- 6 - Revertido.

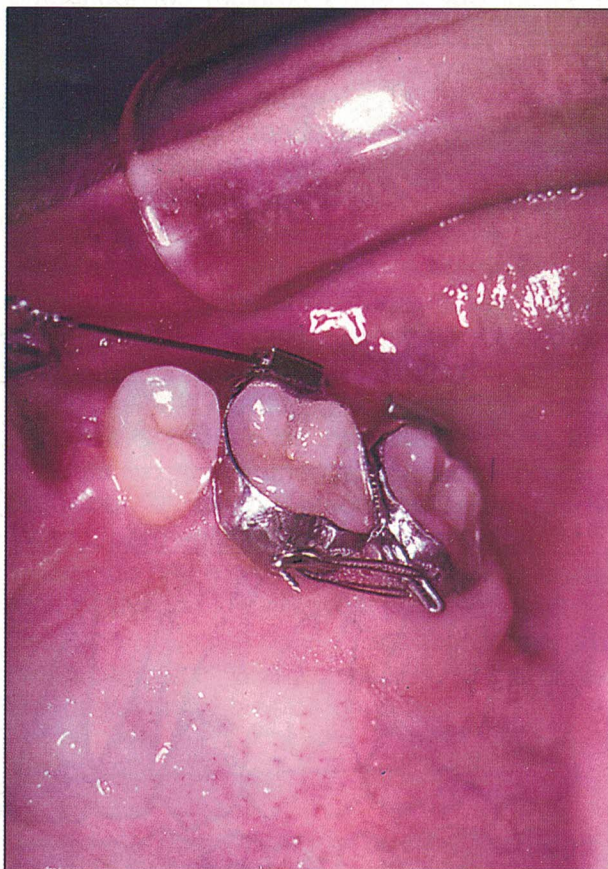
1.a - Utiliza fundamentalmente el segundo principio de la ley de Newton, es decir, el principio de masa. Una gran superficie radicular-molar se opone a otra más pequeña: incisivos.

Esto, en la boca no responde de la misma forma que en los modelos experimentales o en la física pura. Los ortodoncistas trabajamos con elementos que responden a leyes biológicas. Debemos tener en cuenta factores tales como: trabas cuspaes, biotipología, densidad ósea, consumo de anclaje, erupción, entre otros, que hacen que este método no sea del todo confiable.

- b - Si el requerimiento es mayor podemos incorporar más superficie radicular para obtener más resistencia al desplazamiento. Solidarizamos dos piezas posteriores con ligadura de 0,30 mm. Retorcemos bien el alambre para que quede rígido como si ambos dientes fueran un solo bloque. Fig. 1. Otra posibilidad es agregar un trozo de alambre de acero 16 x 22 colocado sobre brackets, fijado con alambre de 0,30 mm, hacia los dientes contiguos.¹⁵
- c - Es el que usamos para cerrar espacios dejados por extracciones o por dias-

mas. Ambos extremos se acercan en sentido contrario.

FIG. 1

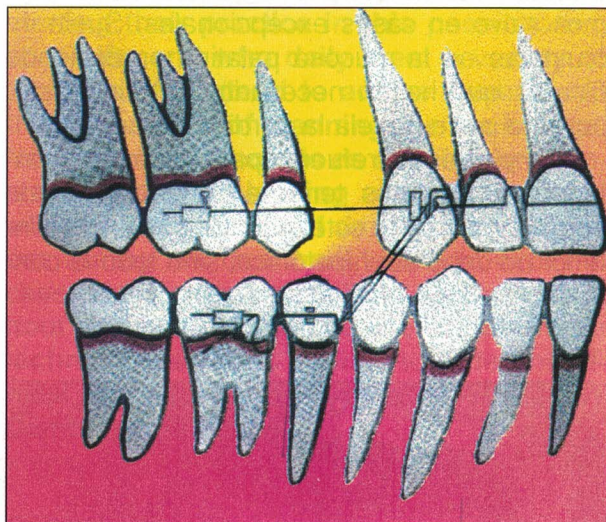


2 - Esta preparación la usamos en nuestra práctica diaria, fundamentalmente, en la técnica de distalamiento por volcamiento cuando no es imprescindible el armado total del arco dentario opuesto.⁸ Tiene la característica de evitar la inclinación mesial de la pieza dentaria que resiste las fuerzas y a la cual va agarrada una goma intermaxilar. Consiste en un arco segmentario con un omega y un agarre para la goma. Fig. 2. Puede ser usado, también, superpuesto a un arco tutor continuo.

3 - Es uno de los más usados. Una gama muy amplia de recursos técnicos usados convenientemente aumentan la resistencia al desplazamiento de los molares:

Arco transpalatal: construido con alambre de 0,9 mm con un omega central cóncavo hacia adelante que activamos para producir aumento de la distancia de fosa a fosa de los molares, en caso de ser necesario. Lo realizamos descementando el arco e imprimiendo las compensaciones necesarias con una pinza media caña o de tres puntas para evitar la rotación de los molares.

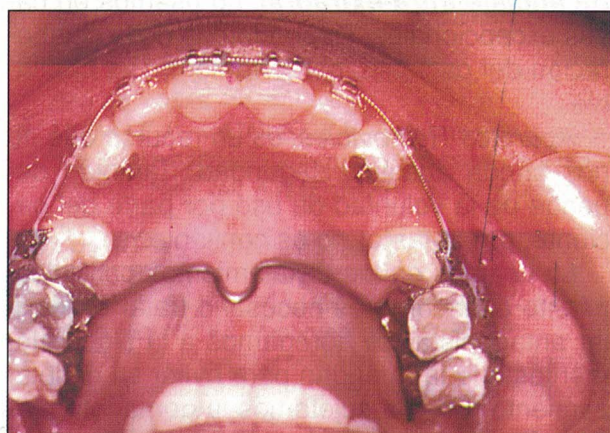
FIG. 2



De no ser necesario el aumento de la distancia transversal se usa inactivo.

No es sumamente efectivo en el plano sagital y vertical, ya que hay inclinación de los molares. Ante un requerimiento máximo debe estar acompañado por el agregado de otro elemento de refuerzo. Nos ha dado buen resultado la experiencia de solidarizar el primer y segundo molar superiores, con el transpalatal, y poder tener un mejor manejo de los tres planos del espacio. Para esto se necesita que esté bien erupcionado el segundo molar. Fig. 3

FIG. 3



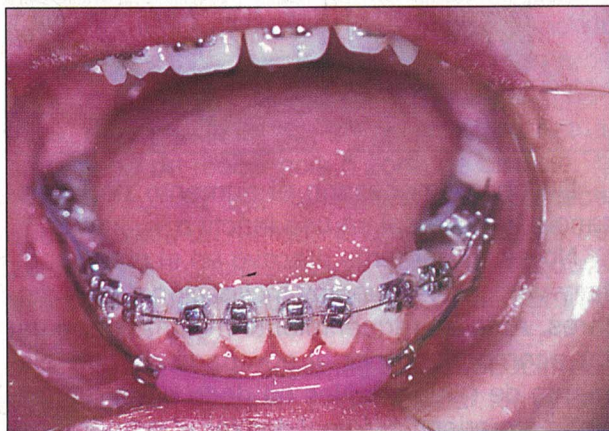
Arco Lingual: lo usamos para refuerzo en el maxilar inferior. debe estar apoyado en la cara lingual de los incisivos para asegurar que el anclaje no se mesialice.

No es el recurso ideal cuando no se quiere protruir los incisivos, excepto que haya un buen overbite que garantizaría estabilidad en el sector anterior e impediría su vestibulización.

Botón de Nance: por lo general no lo usamos salvo en casos excepcionales. Suele incrustarse en la mucosa palatina produciendo úlceras que hacen necesario su retiro. Esto, por otra parte, revela la pérdida de anclaje.

Bumper: es un refuerzo para los molares inferiores. Debemos tener en cuenta, cuando nos decidimos por este recurso, que el labio inferior no debe ser hipotónico, sino todo lo contrario, pues se inhibiría su acción. Fig. 4

FIG. 4



Arco Extraoral: recurso de refuerzo de anclaje que tiene una parte de su sistema que toma el cráneo y/o cuello y otra parte que va en el tubo del molar: **anclaje intraoral y refuerzo de anclaje intra-extraoral**. Lo usamos en casos excepcionales. Dependemos de la colaboración del paciente, por lo tanto, no es confiable.

Aparatos Removibles: es un recurso que no nos brinda absoluta seguridad. También depende de la voluntad de uso por parte del paciente, por lo tanto, no es confiable.

Lo usamos en los distalamientos por volcamiento cuando no es necesario tratar el maxilar antagonista. Le agregamos a la placa elementos que la retengan para evitar su desplazamiento. En ella sujetamos la goma intermaxilar. Fig. 5.

4 - Combina la acción de dos fuerzas que trabajan en distintas direcciones, no colineales. Fig. 6.

Una de ellas actúa sobre la corona y la otra sobre las raíces provocando una resistencia al desplazamiento del molar en masa.¹³ Sabemos que llevar un diente en paralelo es más difícil que hacerlo por volcamiento. Su uso es de preferencia en el maxilar inferior.

5 - Se hacen dobleces en el arco, según

Tweed, que posicionan las piezas dentarias hacia mesial o distal de acuerdo con la dirección de las fuerzas que se quieren resistir.

FIG. 5

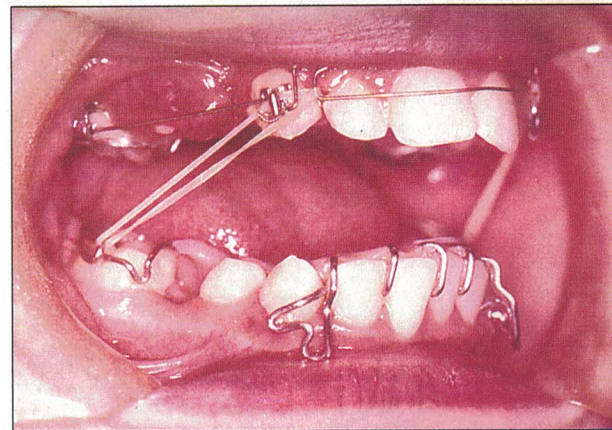
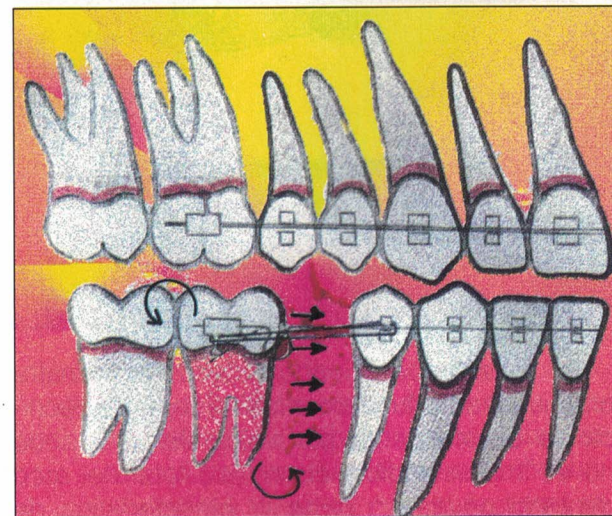


FIG. 6



Se asemeja al juego de la cinchada. Los que tiran de la cuerda se posicionan inclinando sus cuerpos. Esto los lleva a resistir mejor las fuerzas que los integrantes del otro grupo realizan.

Si las mismas son de igual intensidad no habrá desplazamiento y se produce un equilibrio.

Es una técnica laboriosa por los dobleces de segundo orden que se practican en el arco. Según Jarabak esta hipótesis no tiene pruebas biológicas que lo certifique.⁴

En las biotipologías con basales divergentes es muy riesgosa por los contactos cuspaes que ofrecen los molares al ocluir.

T. Mulligan y posteriormente R. Isaacson desarrollan el concepto de unidad de anclaje basados en las ideas de Tweed. Posicionan el primer molar con un torque radicular hacia

distal de 45 grados el primero y de 90 el segundo.^{9,3}

La condición mecánica debe ser 2 x 4 o sea embandar los molares y los cuatro incisivos para que actúe según la fórmula $F = \frac{S^2}{L^3}$

El doblaje debe estar lo más cerca posible del tubo molar de anclaje.

6 - Lo usamos cuando tenemos la necesidad de trasladar los sectores posteriores hacia mesial, en crecimiento rotacional divergente, o bien para cerrar espacios sobrantes a expensas del sector posterior. Para lograrlo solidarizamos el segmento anterior con ligaduras de alambre rígidas, en forma de ocho, al arco tutor y traccionamos los molares en una acción de 8 x 2.

Lo hacemos con arco de alambre de acero. Dejamos inclinados los incisivos inferiores para adelante, pues aumenta la capacidad de anclaje por el mismo efecto del método de Tweed, pero aplicado en forma revertida.

Cuando hay mordida profunda no comenzamos intruyendo los incisivos, pues esto requiere su verticalización previa. Esto lo posponemos hasta completar la mesialización de los molares, de lo contrario se perdería anclaje.¹¹

RESUMEN

En esta comunicación queremos dirigirnos fundamentalmente a los jóvenes ortodontistas que comienzan su práctica en esta apasionante especialidad y que cotidianamente se encuentran ante una variada cantidad de técnicas.

La intención es advertirlos de la importancia en la planificación del anclaje. No existe técnica ortodóncida que sea totalmente inocua en su consumo. Planificarlo correctamente significará evitar sorpresas desagradables durante la marcha del tratamiento que en casos extremos nos provoca la pérdida de espacio sin posibilidad de recuperación. Para ello enumeramos los distintos recursos técnicos que aplicamos para las variantes de casos clínicos en nuestra práctica diaria de la técnica combinada "KISS 81".

SUMMARY

In this communication we basically want

to address young orthodontists who are starting their practice in this passionating speciality and who daily meet a variety of technics. We intend to advice them about the importance of planning the anchorage. No orthodontic technics are absolutely harmless. A correct planning of the anchorage will mean avoidance of desagreable surprises during the treatment which in extreme cases does not promote loss of space without retrieval. To this end, we list different technical resources applied to different clinical cases in our daily practice of Kiss 81 Combined Technic.

BIBLIOGRAFIA

1. ANGLE, E.H. *Malocclusion of the teeth and fractures of the maxillae*, sixth edition, Philadelphia: S.S. White Dental Manufacturing Co. 1900.
2. GRABERT T.M. - SWAIN B.F. *Ortodoncia concepto y técnicas*: Ed. Panamericana 1979.
3. ISAACSON R.J. - LINDAUER S.J. - RUBINSTEIN L.K. *Activación de un aparato 2 x 4*. Rev. del A.A.O. XXXIII: 6-18 Número 2 Julio-Diciembre 1994.
4. JARABAK J.R. - FIZZELL J.A. *Aparatología de arco de canto con alambres delgados Vol. 1: Primera edición*. Ed. Mundi 1975.
5. MAISTEGUI A. - SABATO J.A. *Física*. octava edición. Ed. Kapelusz Año 1965.
6. MAYORAL J. - MAYORAL G. *Técnica ortodóncida fundamentls biológicos y mecánicos primera edición*. Ed. Labor 1987.
7. MOYERS R.E. *Manual de ortodoncia*. Primera edición Ed. Mundi.
8. MUIÑO E.J. - VAZQUEZ S.V. *Distalamiento de caninos por volcamiento y retrusión en masa del sector anterior*. Rev. del A.A.O. XXXIV: 31-37 Número 1 Enero-Junio 1995.
9. MULLIGAN T. *Common Sense Mechanic's*.
10. RICKETTS R.M. - BENCH R.W. - GAGINO C.F. - HILGERS J.J. - SCHULHOF R.J. *Técnica bioprogrsiva de Ricketts* Ed. Panamericana 1983.
11. ROTH R.H. *Mecánica de tratamiento para el aparato de arco recto Graber y Swain*. Ortodoncia Pag. 763 De. Panamericana 1988.
12. STONER M.N. *Ortodoncia conceptos y técnicas* Ed. Panamericana 1979.
13. STOREY E: *The nature of teeth movement*. Am. J. Orthod. 63: 292-314, 1973.
14. THURLOW R.C. *Ordoncia de arco de canto*, primera edición Ed. Limusa 1988.
15. ZIELINSKY L. *Comunicación personal*. Año 1993.
16. ZIELINSKY L. *Técnica combinada "KISS 81"* Rev. del A.A.O. XXX 8-25; Número 1, Enero-Junio 1993.

Doctoras:
ISABEL
ADLER*
M. ROSA
CRIVELLI*
GABRIELA
NALLI*
SANDRA
BELLONE*
M. ELENA
OTERO**

SIFILIS EN PACIENTE INDETER- MINADO: CASO CLINICO.

* Cátedra de
Patología y
Clínica
Bucodental II
Facultad de
Odontología de
la UBA
** Licenciada
en Psicología
Integrante de A.P.S.Y.T.

Volumen XXXIV - Nº 2
Julio - Diciembre 1995
Volumen XXXV - Nº 1
Enero - Junio 1996

Ateneo Argentino de
Odontología

Los datos de este estudio realizado en el caso clínico revelan la importancia del reconocimiento de las lesiones elementales en la cavidad oral, especialmente la lesión ubicada en el paladar blando, cuyo tiempo de evolución fue de 4 meses y no se había realizado el diagnóstico. Para ello se completó el estudio con la prueba serológica específica, contribuyendo esto para el tratamiento adecuado y la mejoría del paciente.

- **Paciente:** Sexo Masculino.
Edad: 27 años.
- **Motivo de consulta:** Dolor de garganta
- **Antecedentes familiares:**
 1. Padre con enfermedad de Paget.
 2. Madre con alteraciones a nivel de tiroides.
 3. Abuela diabética.
- **Antecedentes personales:**
 1. Operado de prepucio y apéndice.
 2. Alérgico a la penicilina.
 3. El paciente manifiesta conductas heterosexuales "sin protección".
 4. Relata haber perdido peso corporal por no poder "tragar".
- **Antecedentes de la enfermedad actual:** En diciembre de 1994, el paciente comienza con dolor de garganta. Es aten-

dido en servicio especializado, donde se efectúa un hisopado de fauces, cuyo informe indica: Escasos leucocitos. Regular cantidad de células. Se observaron cocos Gram Negativos y regular cantidad de Cocos Gram Positivos.

Cultivo: Se aislaron colonias de Neisserias sp. y Streptococcus Viridans. No se aíslan Estreptococos del Grupo A. Flora habitual.

Comienza a ser tratado con antibióticos por vía oral y colutorio de xilocaína (solución) sin resultados positivos.

1. Ante la no remisión del cuadro (25/4/95) se deriva a un Servicio Hospitalario especializado en Infectología, donde le solicitan distintos exámenes de laboratorio. (Foto 1).

FIG.1

EXAMENES DE LABORATORIO

- ① V.D.R.L. (Reacción No Treponémica) = NO REACTIVO.
- ② Enzimoimmunoensayo (test de ELISA HIV1/HIV2 3ª Generación) = REACTIVO.
- ③ Western Blot (test confirmatorio) = NO REACTIVO.
- ④ Linfocitos CD4 = 170 (V.N. 500-1.750).
- ⑤ Linfocitos CD8 = 350 (V.N. 400-3.500).
- ⑥ Antígeno P24 HIV1 NEGATIVO.
- ⑦ Se observan bandas P31 y P17 APENAS PERCEPTIBLES

FOTO N 1

2. Con este patrón se considera al paciente como **indeterminado**²

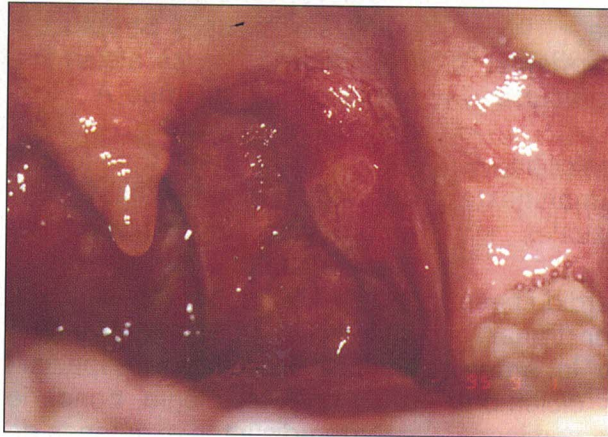
3. En el Hospital le realizan controles de Laboratorio de frecuencia mensual con **resultados recurrentes**, continuando en estado de **indeterminación**.

4. El paciente realiza una consulta odontológica, en consultorio privado por sus molestias en la cavidad bucal y el odontólogo lo deriva a la Especialidad de Estomatología de F.O.U.B.A.

• **Estado actual:** el día 7/9/95 concurre a la consulta con el siguiente cuadro clínico:

Se observa en el pilar izquierdo, parte media, una erosión de 10 por 15 mm., rodeada de un halo eritematoso muy marcado, de forma irregular. En el pilar derecho se presenta eritema. (Angina sifilítica) (Foto 2).

fFIG. 2



En la lengua presenta en la cara dorsal, cuya papilación es normal, hasta un tercio anterior de lengua donde hay gran depapilación y en el borde izquierdo desde la punta existen tres lesiones elevadas color blanco húmedo en los bordes, eritematosas en el centro, las cuales se determinan como Papulas del Secundarismo Sifilítico. (Foto 3).

Además, presenta polimicroadenopatías submaxilares móviles y dolorosas, acentuadas en el lado izquierdo. También son de destacar las *adenopatías occipitales*.

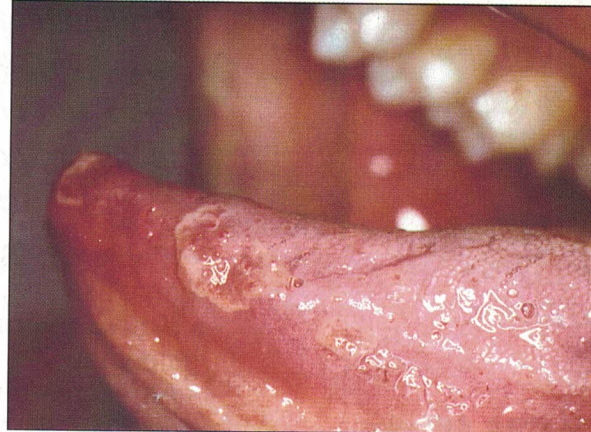
Con respecto al estado dentario, presenta abundante cantidad de cálculo y placa bacteriana gingival y dental.

Debido al cuadro clínico y estudios de laboratorio anteriores, se solicita: FTA-Abs. (Prueba Treponémica) = **Positivo débil**.

Por ser el paciente alérgico a la penicilina se indica tratamiento con **Estreptomicina**, 2 grs.

diarios en cuatro tomas durante 21 días, con remisión del cuadro clínico.

fFIG. 3



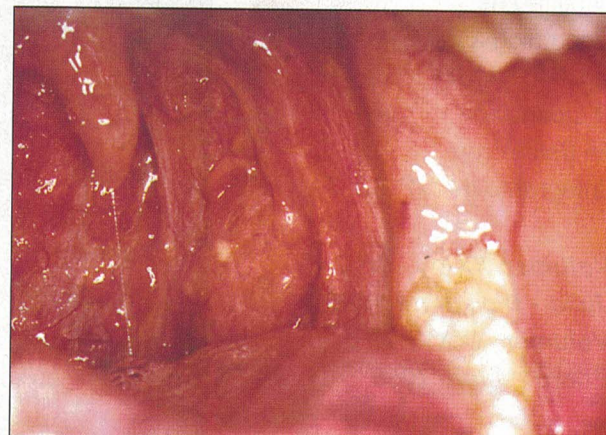
Se efectúan controles en el Servicio de Cátedra con frecuencia semanal hasta el 30.11.95, que es dado de alta, con compromiso del paciente de reintegrarse al servicio de infectología para continuar los controles de su estado clínico **indeterminado**.

CONCLUSIONES

El objetivo de esta comunicación es destacar:

1 - La importancia del odontólogo en la derivación oportuna del paciente, mediante la cual el estomatólogo reconociendo las lesiones elementales específicas del caso y además solicitando nuevas pruebas serológicas (FTA-Abs.) llega al diagnóstico de certeza (Sífilis) y se instala la medicación adecuada, por lo tanto, las lesiones buca-

fFIG. 4



les remiten. (Foto 4).

2 - El paciente resuelve sus problemas

de dolor y angustia ante la imposibilidad de alimentación y la no resolución del cuadro clínico.

3 - Es probable que la sífilis que tenía el paciente se presentaba como una infección oportunista debido a su inmunosupresión asociado a su conducta de riesgo.

4 - Hemos llegado a la conclusión que este caso pertenece al grupo de pacientes indeterminados serológicamente por los resultados de las pruebas bioquímicas.²⁻⁴⁻¹

5 - Los resultados hallados en este caso clínico coinciden en su mayor parte con los hallados en un trabajo similar realizado por Ramírez, V.E. et al.³

6 - Se sugiere que la atención de estos pacientes se realice en forma "interdisciplinaria" (estomatólogo-infectólogo-psicólogo) para su seguimiento y contención del paciente.

SUMMARY

The syphilis is probably an opportunist infection that the patient had in relation of immunodeficiency and his risk behaviour.

According to the results of the bioquimical test we concluded that this case belong to the group of serological indetermination patients.

Dental Professionals can play an important role in the early diagnosis of patients with Syphilis, when they recognise the oral lesions and they derive the patient to Oral Health Professionals.

BIBLIOGRAFIA

1. Avolio, J.; I. Rimoldi, Arreseigor, T.: "Técnica de Inmunofluorescencia para HIV1 en un centro de referencia de la Provincia de Buenos Aires". *Acta Bioquim. Clin. Latinoam.*, 27(2): 207- 14 Jun. 1993.
2. Estevez, M.E.; Sen, L.; I. Ballart; Diez R.A.: *SIDA estado actual de los conocimientos. Segunda Edición. Pag. 95. Buenos Aires, Argentina, 1992.*
3. Ramírez, V.E. et. al. "Estudio en pacientes con diagnóstico serológico de infección por HIV 1 Indeterminado". *Rev. Med. Chile*: 118 (11) 1235-40, Nov. 1990.
4. Vidal, M.S.; Gómez, O.; Garcés, C.: "Detección de Anticuerpos Anti V.I.H.1 mediante dos técnicas de ELISA, en una población de alto riesgo del área norte de Santiago, Chile" *Rev. Chil. Tecnol. Med.*: 14(1/2): 673-8, 1991.

Doctor JULIO LALAMA

UTILIZACION DE LA TECNICA DE ISAACSON EN DOS PACIENTES ADULTOS CON MORDIDA ABIERTA BASAL.

Volumen XXXIV Nº 2
Julio - Diciembre '95
Volumen XXXV Nº 1
Enero - Junio '96

Ateneo Argentino
de Odontología -

PÁGINAS CLÍNICAS

INTRODUCCIÓN

Los problemas verticales en ortodoncia son los de más difícil solución, especialmente la mordida abierta anterior, y más aún si son de origen esquelético. Se debe tener presente durante todo el tratamiento el control posterior evitando su extrusión que puede agravar el signo. A menudo se utilizan gomas intermaxilares para el cierre anterior de la mordida, que son muy eficaces, pero siempre y cuando las use el paciente. Tratamos de presentar un aparato de 2 x 4 (dos piezas de anclaje versus una zona de trabajo que corresponde a cuatro dientes) mediante el cual logramos una intrusión del molar y una extrusión anterior sin que el paciente participe voluntariamente en la utilización de la aparatología.

CASOS CLINICOS

Caso Clínico Nº 1

Paciente de sexo femenino con 14 años de edad.

1. Descripción Clínica:

- a) Frente: presenta un rostro con el tercio inferior alargado, surco mentoniano marcado (Fig. 1).
- b) En la foto lateral encontramos el perfil convexo (Fig. 2).
- c) En oclusión vemos: gran mordida abierta, overbite negativo de -11 mm, palatoversión del incisivo superior lateral derecho y ambos caninos superiores se encuentran poco erupcionados (Fig. 3).
- d) Lateralmente observamos: ausencia de segundos premolares inferiores, mordida abierta lateral con contacto oclusal de los primeros molares (Fig. 4 y 5) y cruzado de ambos lados.
- e) En la boca abierta advertimos pérdida del va-

lle de oclusión del maxilar superior, compresión con forma de omega en el nivel de premolares (Fig. 6). Leve apiñamiento en el incisivo lateral inferior izquierdo (Fig. 3).

2. Diagnóstico radiográfico:

- a) Radiografía panorámica: nos revela la presencia de los segundos premolares inferiores que se encuentran retenidos y sin espacio para poder ubicarse en la arcada por volcamiento y mesiogresión de los primeros molares. Ambos segundos molares en oclusión (Fig. 7).
- b) Telerradiografía de perfil: indica una mordida abierta basal con una rotación hacia arriba y adelante del maxilar superior en combinación con una rotación hacia abajo y atrás de la mandíbula. El ángulo goníaco se encuentra aumentado.
En sentido ánteroposte-

rior existe distoclusión esquelética a causa de retroposición del maxilar inferior con aumento de tamaño del maxilar superior (ver Cuadro 1 y Fig. 8).

Fig. 1



Fig. 2



3. Objetivos del Tratamiento:

a) Mejorar la estética:

- 1) Alinear maxilar superior e inferior;
- 2) Cerrar la mordida abierta.

b) Lograr correcta función:

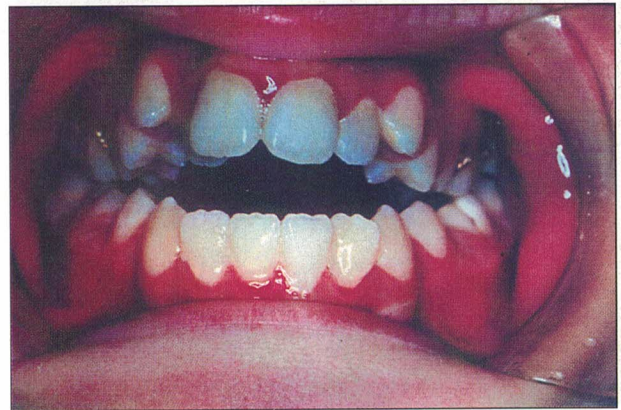
- 1) Lograr guía anterior y obtener buen engranaje lateral para evitar interposición lingual.

4. Plan de Tratamiento:

Aparatología Fija, Técnica Combinada (sistema multibracketts inicial y 2 x 4 final).

La decisión terapéutica elegida fue la menos común, casi heroica, de extraer los $\frac{616}{616}$ ya que actuaban como fulcrum (Fig. Tele) con la intención de disminuir la rotación divergente de las basales, al mismo tiempo que conseguíamos lugar para los segundos premolares inferiores y podíamos alinear hacia atrás el sector superior.

Fig. 3



ETAPAS

1. Una vez armado el caso se procedió a las exodoncias para poder perder el máximo de anclaje superior de los segundos molares, a la vez que alineábamos mediante un Twist Flex de 0,015 Pulg. y distalábamos mínimamente el segundo premolar con alastik. En el maxilar inferior se colocó un alambre análogo para ali-

near mientras esperábamos la erupción espontánea de los segundos premolares. Nos fijamos un tiempo prudencial de seis meses para su erupción, caso contrario se procedería a su liberación quirúrgica.

Fig. 4

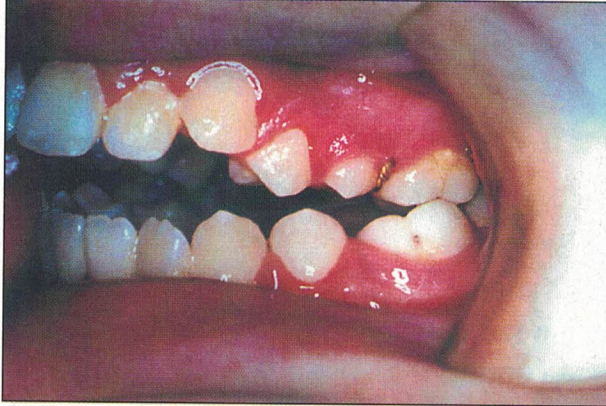


Fig. 5

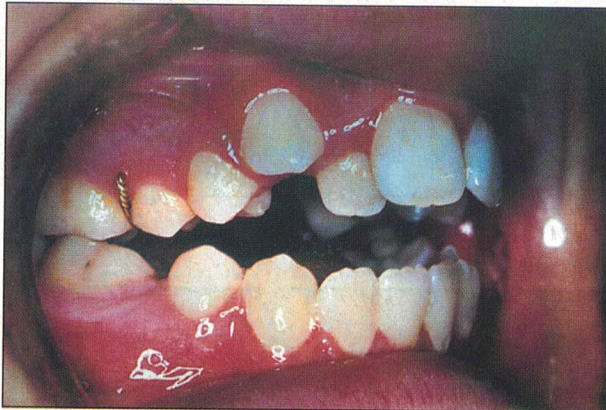
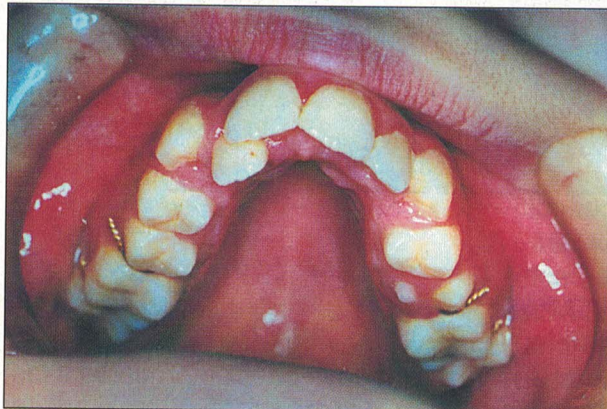
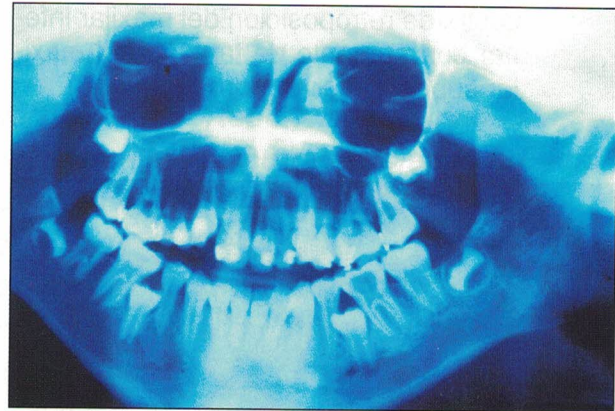


Fig. 6



2. Se continuó con el distalamiento del primer premolar y luego del canino superior, mientras el lateral se ubicaba en posición, se usó nitinol de 0,016 Pulg.

Fig. 7

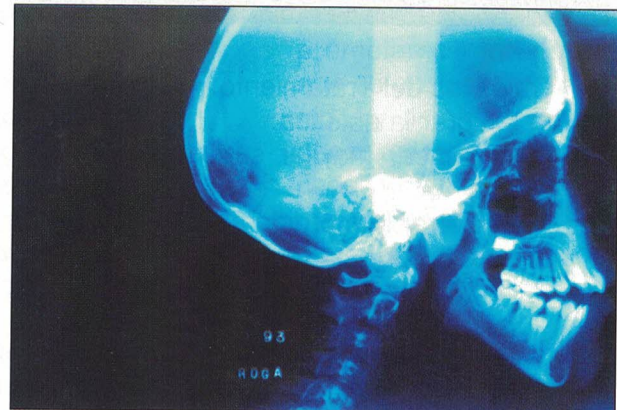


CUADRO 1

	Promedio	Paciente	Riolo	Desv. Stand.
SNA	82°	81°	81,3°	3,5±
SNB	80°	73,5°	77,9°	3,8±
ANB	2°	7,5°	3,4°	2,5±
B	20°	40°	25,6°	6,1±
GoGnSN	32°	46°	33,5°	6,0±
< J	85°	88,5°		
1GoGn	93°	92,5°		
1Spp	70°	67°		
< goniaco	123°	131°		
Spp.A.Pog.	90°	107,5°		
Spp.AB	90°	108,5°		
Spp.AB	90°	108,5°		
X =	89 ± 5°	94°		

Long. Max. inf. (Dist. N-Se + 3 mm) debe ser 72 mm es 74 mm
 Long. Max. sup. (Rel. 3/2 cuerpo Max. inf) debe ser 48 mm es 54 mm
 Long. rama vertical (Rel. 7/5 cuerpo y rama) debe ser 51,4 mm es 62 mm

Fig. 8



A los cinco meses apareció el segundo premolar inferior, cuando estuvo lo suficientemente erupcionado se colocó un bracket para su alineación y comenzó la mesialización del segundo molar inferior con alastik.

3. Se controló en todo momento el volcamiento molar mediante etapas de descanso de tiro-neamiento; sin apresurarnos a cambiar rápida-

mente los arcos. Al lograr el corrimiento completo de los molares utilizamos arcos de 0,016 Pulg. redondo para fijar su posición. Se pasó a una técnica 2 x 4 para el cierre de la mordida abierta anterior usando el arco de Isaacson en acero de 0,016 x 0,022 Pulg*. (Fig. 9). Para la mordida abierta lateral se aconsejó el uso de gomas intermaxilares durante las horas de sueño.

4. Contención. La aparatología elegida fue el Monoblock porque nos permitía el control vertical del sector posterior.

Los resultados finales se muestra en las Figs. 10 y 11.

Fig. 9



Fig. 10

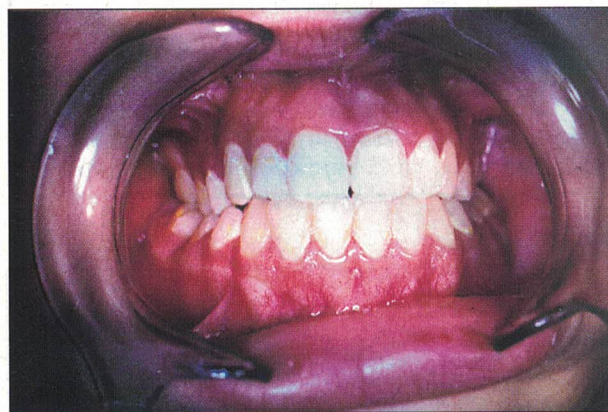
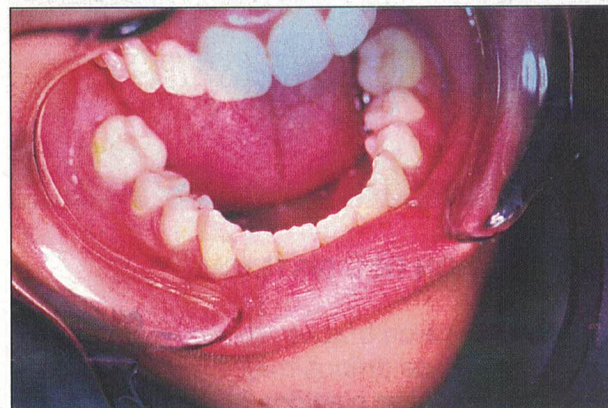


Fig. 11

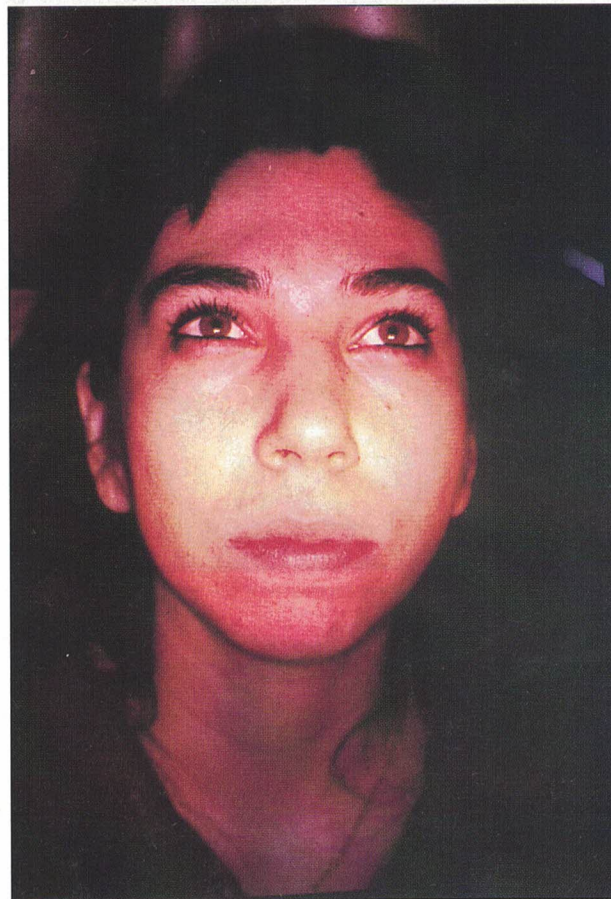


Caso Clínico Nº 2

1. Datos Clínicos:

- a) Se presenta una joven de 23 años de edad con el tercio inferior del rostro aumentado, surco mentoniano marcado (Fig. 12), lateralmente se observa un perfil convexo, existe esfuerzo para el cierre labial (Fig. 13).

Fig. 12



- b) En la oclusión advertimos gran mordida abierta anterior de -7mm (Fig. 14). En el maxilar superior el valle oclusal es armónico. En la zona ánteroinferior denota un leve apiñamiento del incisivo lateral derecho (Fig. 14).

2. Estudio Radiográfico

- a) La radiografía panorámica nos informa sobre la pérdida a edad temprana del primer molar superior derecho y la ausencia del tercer molar inferior del mismo lado (Fig. 15).
- b) El estudio cefalométrico indica una

Fig. 13



Fig. 14



mordida abierta basal a causa de ambos maxilares en combinación con una distocclusión esquelética por retroposición del maxilar inferior (ver Cuadro 2 y Fig. 16).

3. Objetivos:

- a) Estéticos: cerrar la mordida abierta anterior; b) Funcional: conseguir un overbite normal para impedir la interposición de la lengua.

4. Plan de Tratamiento:
Aparatología Fija, Técnica 2 x 4. Arcos Isaacson.

Fig. 15

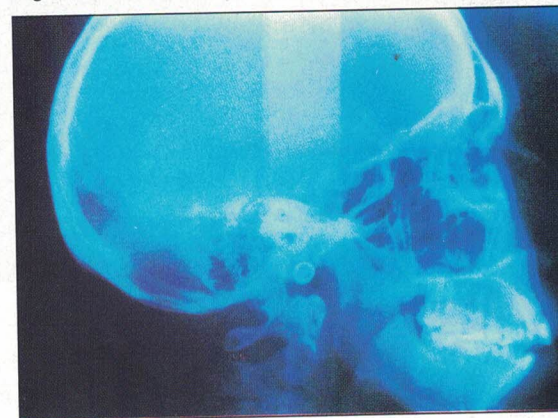


CUADRO 2

	Promedio	Paciente	Riolo	Desv. Sta
SNA	82°	82°	81,8°	3,7±
SNB	80°	71°	79,2°	2,3±
ANB	2°	11°	2,6°	2,4±
∠B	20°	49°	23,2°	3,7±
GoGnSN	32°	53°	31,3°	3,1±
< J	85°	87°		
1GoGn	93°	95°		
1Spp	70°	76°		
∠goniaco	123°	129°		
Spp.A.Pog.	90°	112°		
X=	89 ± 5°	96°		

Long. Max. inf. (Dist. N-Se + 3 mm) debe ser 76 mm es 78 mm
Long. Max. sup. (Rel. 3/2 cuerpo Max. inf.) debe ser 50,6 mm es 47 mm
Long. rama vertical (Rel. 7/5 cuerpo y rama) debe ser 56 mm es 62 mm

Fig. 16



DESCRIPCION DEL SISTEMA

- 1. Se colocaron brackets en los cuatro dientes anteriores de ambos maxilares. Los primeros molares fueron elegidos para la colocación de los arcos.

de bandas soldadas con tubos dobles cuadrados vestibulares de 0,018 x 0,025 Pulg., se agregó como anclaje un arco traspalatino a las bandas superiores para evitar la rotación molar.

2. Se empleó alambre rectangular de acero de 0,016 x 0,022 Pulg.* para la confección de los arcos de Isaacson superior e inferior respectivamente. A la altura del segundo premolar, por delante de la entrada del tubo molar realizamos un dobléz en círculo de una vuelta y media continuando el arco por todo el sector anterior hasta el nivel del segundo bicúspide

de la hemiarcada opuesta, confeccionamos otro loop similar al anterior y el alambre se extiende hasta distal de los tubos. Activamos el arco con una angulación de 90 grados en el lugar donde se encuentran los dobleces circulares. Se colocó el arco superior en los brackets con el objetivo que se extruyan y roten hacia palatino los cuatro incisivos (Fig. 17). En el maxilar inferior un alambre tutor redondo de 0,016 Pulg. fue insertado en la ranura de los brackets, el arco de Isaacson con una activación de 90 grados se ligó al tutor por afuera de la luz de los brackets, hasta los extremos distales laterales para lograr una extrusión ánte-

Fig. 17

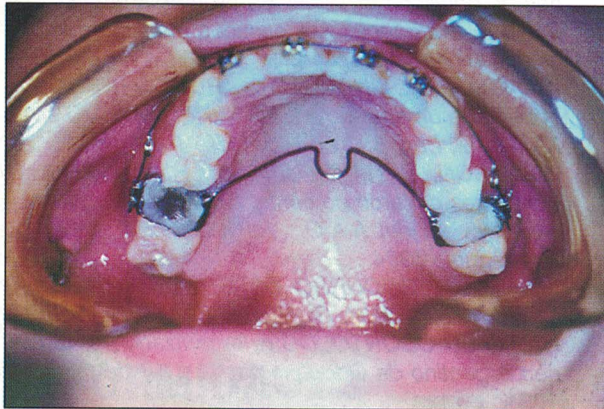


Fig. 19

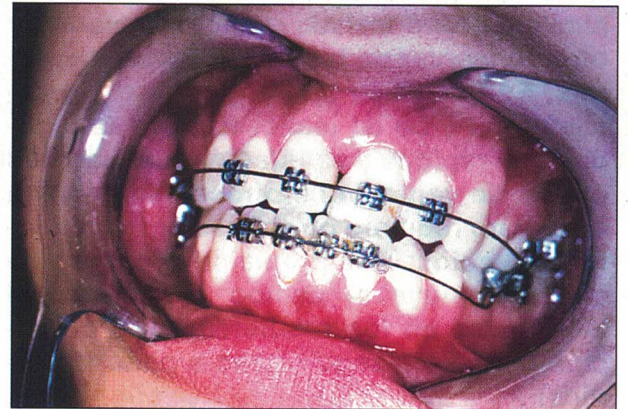


Fig. 18

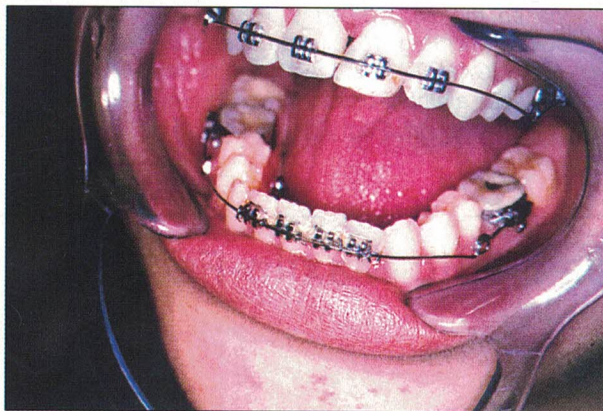
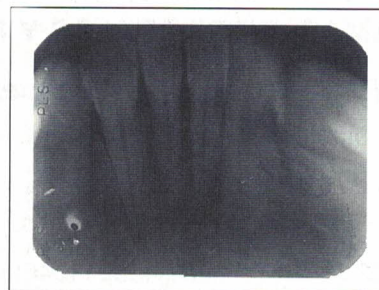
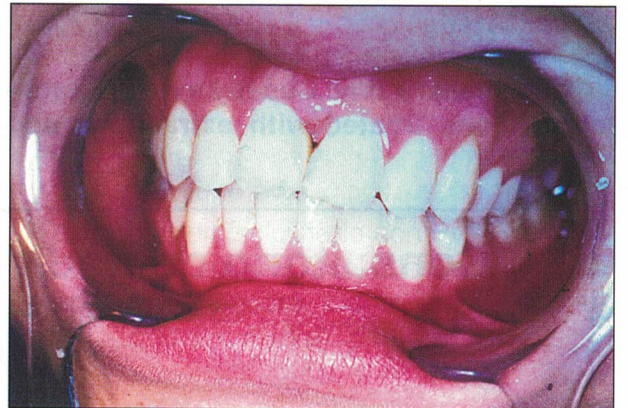


Fig. 20



roinferior en bloque y en paralelo (Fig. 18).

A los cuatro meses (Fig. 19). El resultado final se obtuvo en el quinto mes (Fig. 20).

**NOTA: Por recomendación del Dr. Isaacson es preferible confeccionar el arco en alambre de beta titanio (TMA), por su mayor elasticidad y liberar fuerzas suaves, puede ser activado directamente sin el agregado de loops. Debido a no encontrarse disponible la aleación TMA durante el tiempo de tratamiento de los pacientes citados, optamos por utilizar alambre de acero.*

RESUMEN

Se han presentado dos casos clínicos similares, uno tratado con extracciones y otro conservando todas sus piezas dentarias. Se utilizó un mismo recurso biomecánico (el arco de Isaacson). Los resultados son rápidos y satisfactorios en ambos casos. La ventaja que ofrece esta técnica es que no requiere que el paciente colabore en la colocación propia de la aparatología, disminuye el tiempo y aumenta la efectividad en los resultados. (Es condición ineludible seguir paso a paso la técnica).

SUMMARY

Two similar Clinic Cases have been submitted; one treated with extractions and

the other with all dental pieces kept. The same biomechanic resource has been used: Isaacson's arch. Immediate and satisfactory results have been got in both cases. This technic offers the advantage that it does not require the patient to fit the appliances by himself, decreasing the time of treatment and increasing the effectiveness of its results. (An unavoidable condition is to follow this technic step by step).

BIBLIOGRAFIA

1. DEMANGE, C., DCD, SGODF, CECSMO. Situaciones de equilibrio en sistemas de fuerza curva. Year Book en Ortodoncia. Actualidades médico odontológicas Latinoamérica, C.A. 1991-1992.
2. ISAACSON, R., LINDAUER, S., RUBINSTEIN, L. Activación de un aparato 2 x 4. Revista del A.A.O., Vol. XXIII Nº 2, Pág. 6, Julio-Diciembre 1994.
3. ISAACSON, R., LINDAUER, S., RUBINSTEIN, L. Momentos del arco de canto. Control de torque incisivo, Revista del A.A.O., Vol XXXII Nº 1, Pág. 19, Enero-Junio 1994.
4. ISAACSON, R. CURSO DE ORTODONCIA PRE-CONGRESO - 3ER. CONGRESO INTERDISCIPLINARIO EN ODONTOLOGIA, organizado por el Ateneo Argentino de Odontología. 16 y 17 de mayo de 1994.
5. MUIÑO, E., PIVETTI, L., LALAMA, J. Extracciones de primeros molares permanentes en edad temprana en mordidas abiertas. Revista del A.A.O., Vol. XXIX Nº 2, Pág. 102. Julio-Diciembre 1992.
6. MULLIGAN, T., Evaluación clínica de ciertas interrelaciones alambre-bracket. Revista Española de Ortodoncia. Vol. 16, Pág. 73, 1986.

Consultorio de Radiología Dento-Maxilo-Facial

35 años acompañando como especialidad a los
odontólogos y médicos argentinos

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

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

Horario de 9.30 a 12.45 y de 15.00 a 19.30 hs.

Sábados de 9.30 a 12.30 hs.

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

Doctoras:

EDITH

LOSOVIZ

ESTER

GANIEWICH*

ATENCION

INTER-

DISCIPLINARIA

DE PACIENTES

CON

DEFORMIDADES

DENTO-

FACIALES.

*Experiencia realizadas en
la Provincia de Santa Cruz*

*Servicio de Deformidades
Dentofaciales del AAO

Volumen XXXIV - Nº 2
Julio - Diciembre 1995
Volumen XXXV - Nº 1
Enero - Junio 1996

Ateneo Argentino de
Odontología -

El objetivo de esta publicación es presentar una experiencia realizada en la provincia de Santa Cruz, referida a la organización de un Equipo Interdisciplinario para la Atención de Pacientes con Deformidades Dentofaciales, primera etapa de un proyecto que incluye: **Formación de Recursos Humanos Propios** en los distintos Establecimientos Públicos de la Provincia, **Organización de un sistema escalonado de atención - derivación** de acuerdo con el grado de complejidad de la prestación, obtención de **información epidemiológica actualizada** en función del ajuste permanente del esquema: Necesidad - Demanda - Recursos de la Provincia e **Integración en terreno del Area Administrativa y Profesional** para cumplir con los objetivos propuestos.

INTRODUCCION

EN los inicios del año 1994 surge la idea y posterior proyecto de encausar localmente el tratamiento de pacientes con Deformidades Dentofaciales (DDF). Se definieron objetivos inmediatos y mediatos.

Objetivo inmediato

— Organización de un Equipo Interdisciplinario con Profesionales del Hospital Regional de Río Gallegos y de Buenos Aires integrado básicamente por Cirugía Plástica, Odontología, Fonoaudiología, Psicología y Orientación Social.

Objetivos mediatos:

- Formación de Recursos Humanos Propios en los distintos Establecimientos Públicos de la Provincia.
- Organización de un sistema escalonado de atención de acuerdo con el grado de complejidad de la prestación.
- Información epidemiológica actualizada en función del ajuste permanente del esquema Necesidad-Demanda-Recursos de la Provincia.
- Integración en terreno del Area Administrativa y Profesional para cumplir con los objetivos propuestos.

1º Etapa

Fueron dictados dos ciclos de conferencias con talleres de aplicación que, con fecha 23, 24 y 25 de junio y 24 y 25 de noviembre de 1994 y bajo el título "CURSO BÁSICO DE CAPACITACIÓN PARA LA ATENCIÓN INTERDISCIPLINARIA DE NIÑOS CON MALFORMACIONES CONGÉNITAS", estuvo a cargo de profesionales de las áreas previamente enunciadas.

2º Etapa

Sobre la base de la actividad realizada en el año 1994 se planificó la segunda etapa para el año 1995. Durante este período se cumplieron con los siguientes objetivos:

Atención clínica

Se organizó el servicio con la participación de profesionales de Río Gallegos y de Buenos Aires, prestando asistencia quirúrgica, odontológica y fonoaudiológica en el Hospital Regional y en la Caja de Servicios Sociales de la Provincia de Santa Cruz.

Si bien bajo la denominación de Deformidades Dentofaciales se incluyen pacientes con malformaciones congénitas, traumatismos y sus secuelas, tumores y sus secuelas, anquilosis de ATM y sus secuelas y severas alteraciones funcionales (cuyo tratamiento deba ser encarado por un equipo interdisciplinario), se centralizó en la atención de pacientes con fisuras (aisladas o asociadas a otros síndromes) y que representan sólo una de las tantas patologías de carácter malformativo.

Formación de recursos humanos

Se inició el Curso para la Atención Odontológica de Pacientes con Deformidades Dentofaciales, dictado por el Cuerpo Docente del Ateneo Argentino de Odontología, al cual asisten 21 odontólogos pertenecientes a los 15 Establecimientos Públicos con que cuenta la Provincia.

Organización de la información

Se obtuvieron los primeros registros epidemiológicos vinculados con este Proyecto.

ASISTENCIA ODONTOLÓGICA

De 16 jornadas de trabajo programadas se concretaron 12 (el motivo de la cancelación de 4 se debió a razones meteorológicas y sus consecuencias).

TAREA DESARROLLADA

Se trabajó con Profesionales del Hospital Regional de Río Gallegos y de la Caja de Servicios Sociales de la Provincia en:

- * Coordinación de la atención clínica.
- * Estudio y planificación del tratamiento de los casos con prioridad de atención odontológica.
- * Control de calidad de la aparatología ortopédica a utilizar.
- * Discusión en Ateneo Interdisciplinario con el área de Cirugía y Fonoaudiología.
- * Atención clínica en los consultorios de la Caja de Servicios Sociales.

MODALIDAD DE ATENCION

Los pacientes fueron examinados, determinada su necesidad de tratamiento y orientados a la atención odontológica y/o derivados para la interconsulta con otras disciplinas.

Los niños nacidos con fisuras a partir, aproximadamente, de mediados del año 1994 reciben atención primaria por Odontólogos del Hospital Regional de Río Gallegos.

RELEVAMIENTO DE DATOS OBTENIDOS

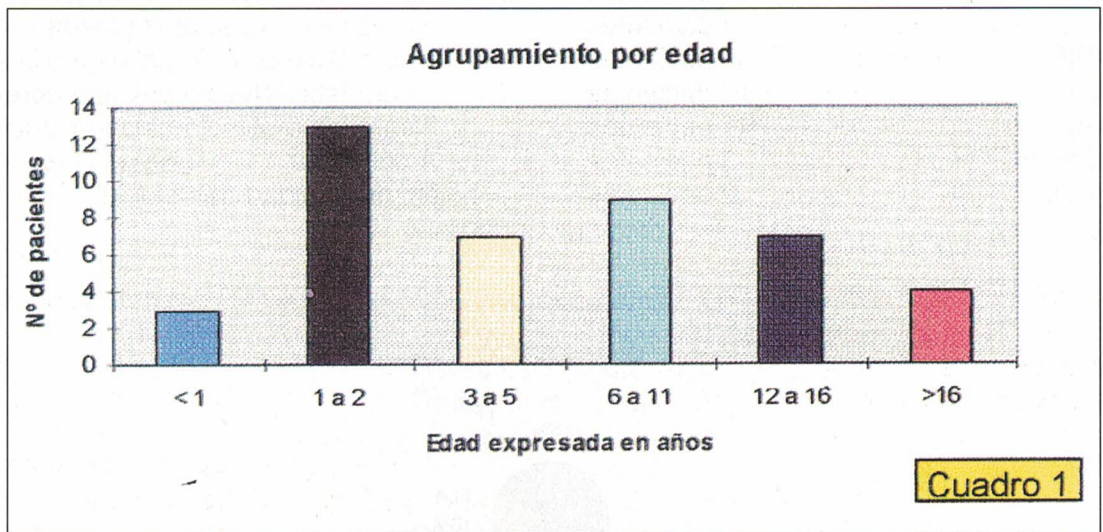
Los datos fueron obtenidos del Informe Diario de Consultas y de la Historia Clínica. Ello permitió hacer un estudio epidemiológico sobre presentismo, registro de pacientes de 1ra consulta, tipo de cobertura, procedencia, agrupamiento por edad, diagnóstico, prioridad de tratamiento, etcétera.

El Informe Diario de Consultas fue entregado a la CSS como documento de la actividad realizada en cada día de atención.

De la Historia Clínica sólo se vertieron en este informe registros referentes a los "Datos Personales del Paciente".

TOTAL DE CONSULTAS REALIZADAS 93
 TOTAL DE 1ras. CONSULTAS 43
 AGRUPAMIENTO POR EDAD (Cuadro 1)

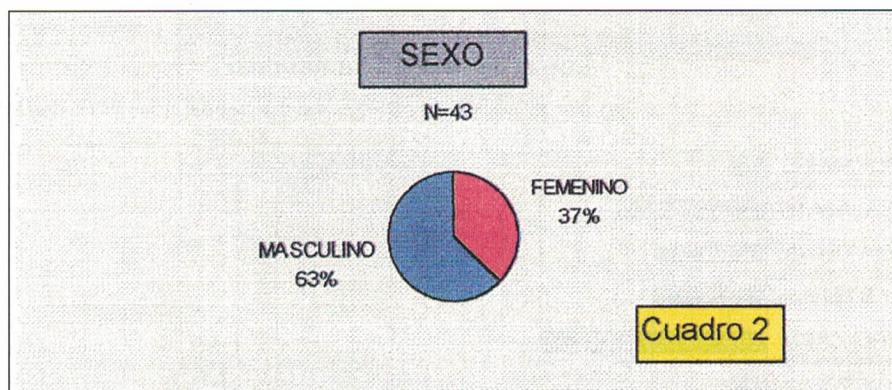
CUADRO 1



EDAD EN AÑOS	N=43	TIPO DE TRATAMIENTO
> 1	3	ortopédico en el lactante
1 - 2	13	sólo control según evolución
3 - 5	7	dentición temporaria
6 - 11	9	dentición mixta
12 - 16	7	dentición permanente
> 16	4	finalizado el crec. y secuelar tardío

SEXO (Cuadro 2)

CUADRO 2



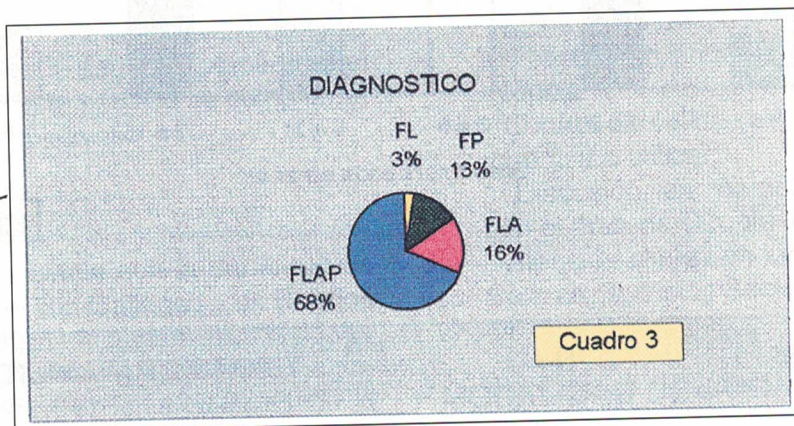
SEXO	N=43
Femenino	16
Masculino	27

DIAGNOSTICO (Cuadro 3)

FLD	1 paciente
FP	5 pacientes
FLAD	2 pacientes
FLAI	4 pacientes
FLAPB	5 pacientes
FLAPD	10 pacientes
FLAPI	11 pacientes
DIAGNOS.	3 pacientes
NO DDF	2 pacientes

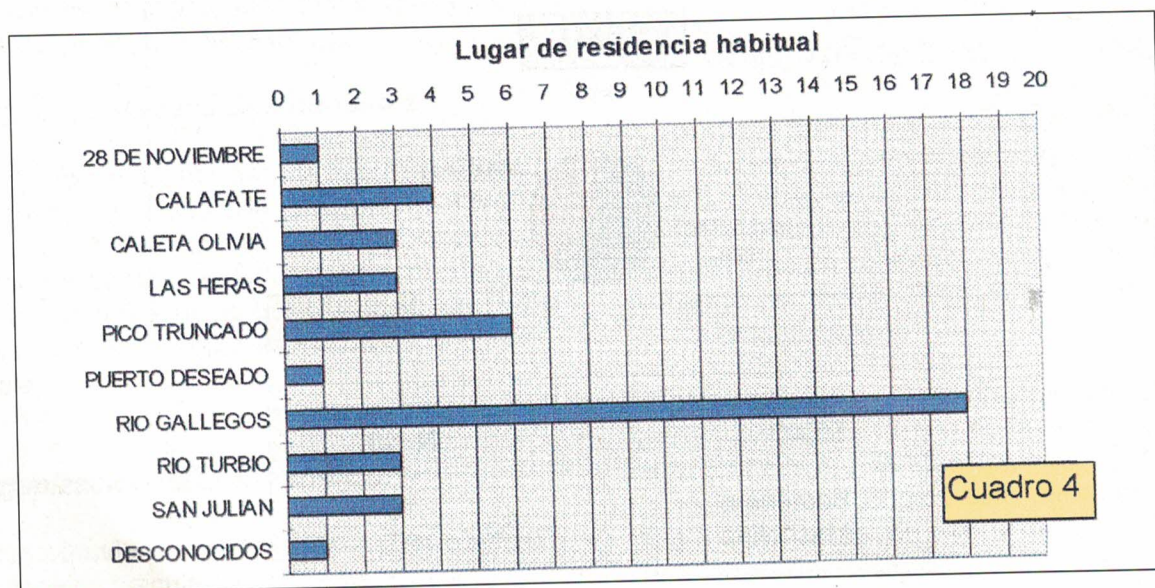
CUADRO 3

- Fisura de labio derecha
- Fisura de paladar
- Fisura labio-alveolar derecha
- Fisura labio-alveolar izquierda
- Fisura labio-alvéolo-palatina bilateral
- Fisura labio-alvéolo-palatina derecha
- Fisura labio-alvéolo-palatina izquierda
- A confirmar
- No deformidad dentofacial



LUGAR DE RESIDENCIA HABITUAL (Cuadro 4)

CUADRO 4



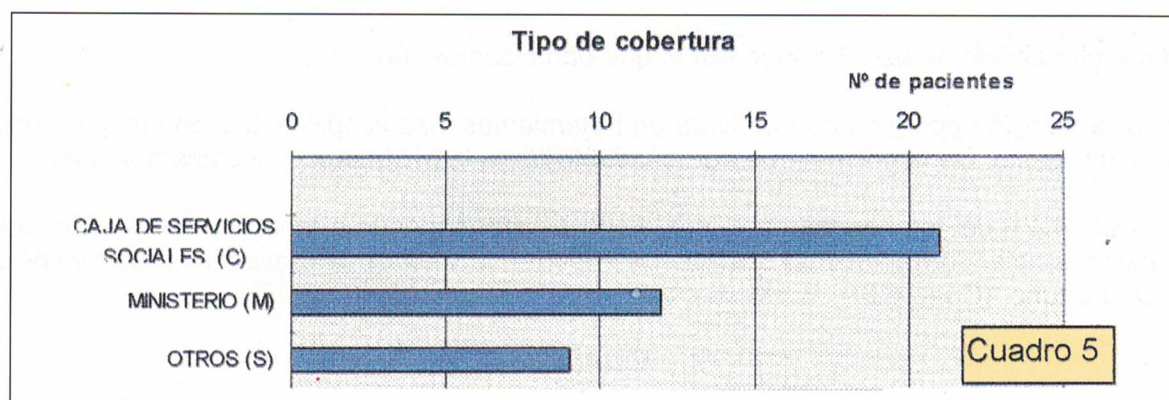
CLASIFICACION DE LOS PACIENTES

Los pacientes fueron agrupados en 1. **activos** (tratamientos ortopédicos a nuestro cargo), 2. **en supervisión** (evolución de recién nacidos a 2 años de edad atendidos en el Hospital Regional de Río Gallegos y aquellos sin otro tratamiento momentáneo), 3. **en seguimiento** (a cargo de otros odontólogos o con otro tratamiento no odontológico), 4. con **alta definitiva**, y 5. **sin Deformidad Dentofacial**

1. Activos		16 pac.
2. Supervisados		
2.1.	Desde el nacimiento a los 2 años	5 pac.
2.2.	Sin otro tratamiento momentáneo	12 pac.
3. En seguimiento (a cargo de otros profesionales)		
3.1.	Tratamiento ortopédico u ortodóncico	4 pac.
3.2.	Tratamiento odontológico general	3 pac.
3.3.	Tratamiento no odontológicos	1 pac.
4. Altas definitivas		—
5. No DDF	Orientación	2 pac.

TIPO DE COBERTURA

CUADRO 5



Tipo de Cobertura	N=42
C (Caja de Servicios Sociales)	21
M (Ministerio)	12
S (Otros)	9

PRIORIDAD ODONTO

+++	28 pac.
++	1 pac.
+	2 pac.
-	12 pac.

PRIORIDAD CIRUGIA

+++	13 pac.
-----	---------

PRIORIDAD FONOAUDIOLOGIA

+++	10 pac.
-----	---------

APARATOLOGIA INSTALADA	11 pac.
-------------------------------	---------

Conclusiones:

Proyecto docente-asistencial: Formación de recursos humanos propios locales.

Objetivo docente

Se inició en el Area Odontológica el Curso Integral para el Tratamiento de las Maloclusiones como formación básica para el tratamiento ortopédico de las DDF, al cual concurren representantes de los Servicios de Odontología de los 15 Establecimientos Públicos de la Provincia. Estimamos que continuando con el alto grado de motivación de los colegas, el eficiente apoyo de las Autoridades, la óptima infraestructura Hospitalaria y un programa de formación adecuado a las necesidades regionales por sus contenidos y periodicidad, el objetivo docente se cumplirá.

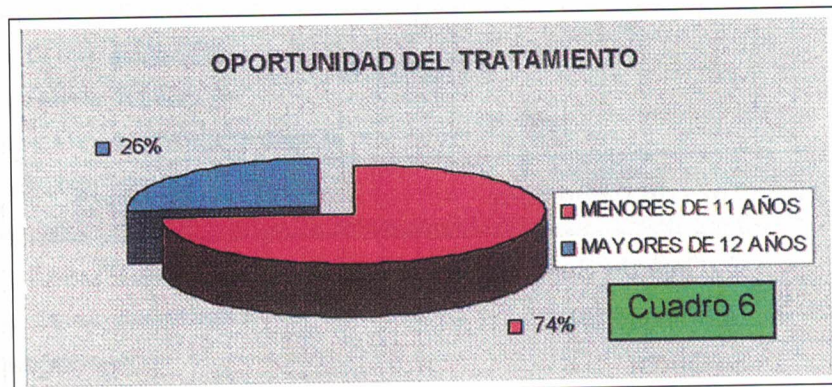
Objetivo asistencial

La organización de este Servicio (en el que participamos) permite:

1- Una atención oportuna que derivará en tratamientos más simplificados, con mejor pronóstico y menor gasto. De la columna de agrupamiento por edad (Cuadro 1) destacamos que:

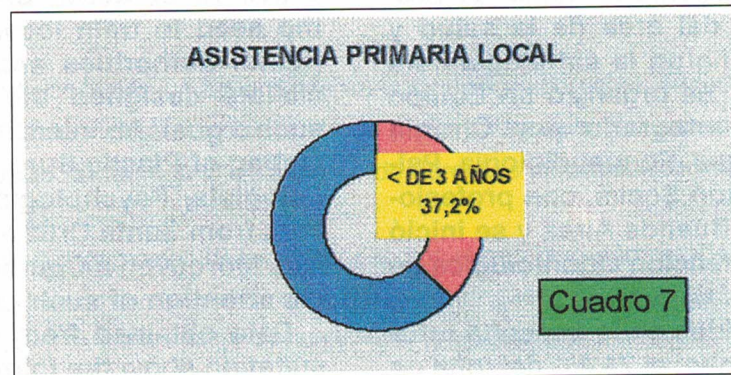
a) El 74,4% del total de los pacientes atendidos corresponde a menores de 11 años, quienes están recibiendo tratamiento que, desde el punto de vista de la prevención e intercepción, es el oportuno. (Cuadro 6)

CUADRO 6



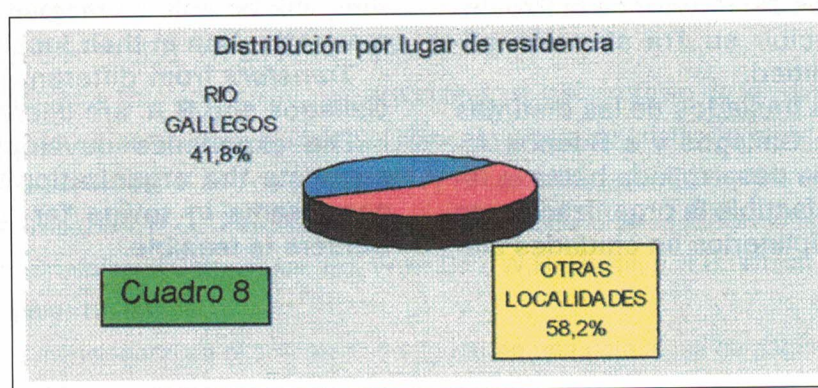
b) El 37,2% del total de las 1ras. consultas corresponde a menores de 3 años, quienes han sido asistidos aproximadamente desde su nacimiento y quienes, en principio, no deberían ser trasladados a Buenos Aires para su atención primaria. (Cuadro 7)

CUADRO 7



2. De la columna de distribución geográfica de la población (Cuadro 4) surge que el 41,8% corresponde a pacientes domiciliados en la Ciudad de Río Gallegos. En este ítem el objetivo es que el 58,2% restante (Cuadro 8) pueda tener su 1ra. atención eficiente en su localidad y al mismo tiempo crear una red de derivación escalonada de acuerdo con el grado de complejidad de la prestación.

CUADRO 8



3. Centralización de la información. La historia clínica ha sido confeccionada con criterio informático que permitirá a las autoridades sanitarias computarizar y analizar sus datos para realizar una evaluación epidemiológica.

4 - Simplifica la administración.

5 - Disminución de los traslados de las distintas localidades a Río Gallegos y a Buenos Aires.

6 - Se estableció un sistema de comunicación fluido (Tel. Fax) que permitió coordinar detalle que hicieron más eficiente el tiempo destinado a la atención clínica local.

La experiencia desarrollada hasta la fecha alienta como factible la organización de equipos interdisciplinarios en ciudades alejadas de los grandes Centros de Atención.

RESUMEN

Frente a la demanda de atención de pacientes con Deformidades Dentofaciales surge la necesidad en la Provincia de Santa Cruz de formar recursos humanos propios. Autoridades del área de la salud y profesionales diseñaron la estrategia para lograr tal objetivo. Se organizó un Equipo Interdisciplinario integrado por Cirugía Plástica, Odontología, Fonoaudiología, Psicología y Orientación Social, con profesionales locales y de Buenos Aires y se inició un Curso para la Atención Odontológica de dichos pacientes.

Los datos obtenidos en la consulta ortodóncica muestran que: el 74,4% del total de los pacientes atendidos corresponde a menores de 11 años que, desde el punto de vista de la prevención e intercepción, es el oportuno. Derivará en tratamientos más simplificados, con mejor pronóstico y menor gasto. El 37,2% del total de 1ras. consultas corresponde a menores de 3 años, quienes son asistidos localmente aproximadamente desde su nacimiento y quienes, en principio, no deberían ser trasladados a Buenos Aires para su atención primaria. De la distribución geográfica de la población el 58,2% es del interior de la Provincia, y podrían recibir su 1ra atención eficiente en su localidad.

Disminuyen los traslados de las distintas localidades a Río Gallegos y a Buenos Aires. La experiencia desarrollada hasta la fecha alienta como factible la organización de equipos interdisciplinarios en ciudades ale-

jas de los grandes Centros de Atención.

SUMMARY

On account of patients with dentofacial deformities requesting attention in the Province of Santa Cruz, there appeared the need to train local human resources. Health authorities and professional specialists designed the strategy to attain such a goal. An interdisciplinary team consisting of Plastic Surgeons, Dentists, Phonologists, Psychologists and Social Workers from Santa Cruz and B.A. was organized. Moreover, a Course for the odontologic attention of such patients started.

Data obtained from the ortodontic consultation show the following:

74.4% of patients under attention are under 11; from a preventive and interceptive conception, this is the proper time for treatment. They will be led to more simplified and less expensive treatments, with a better prognosis.

37,2% of all patients receiving primary attention are under 3. They are locally attended since about their birth and basically they should not be transferred to B.A.

Geographically, 58,2% of the population comes from the interior of the Province and they will be able to receive an *efficient* primary attention in their locality.

Transfers from different localities to Río Gallegos and B.A. are decreasing.

The experience developed up to date suggests the organization of interdisciplinary teams in towns far from big Health Centers is feasible.

Sirva este artículo como recuerdo y homenaje al amigo Alfredo Fermín Alvarez, pionero en la apertura Interdisciplinaria del Ateneo Argentino de Odontología, quien con su capacidad y estímulo nos orientó cotidianamente en el camino de esta apasionante especialidad.

GUIA PARA COLABORADORES

El Ateneo Argentino de Odontología invita a la presentación de artículos, técnicas clínicas, aportes clínicos e informes de casos relacionados con la práctica de la ortodoncia. Se entiende que las colaboraciones que se reciban no tienen que estar publicadas ni haber sido consideradas para su publicación en otro lado. Las colaboraciones deben dirigirse a: Editor, Ateneo Argentino de Odontología, T.M. de Anchorena 1176 (1425), Buenos Aires.

Es condición que los autores firmen un acuerdo de transferencia de derechos de propiedad literaria y den a conocer cualquier interés financiero o profesional que pudieran tener en empresas, productos o servicios mencionados en el artículo. El formulario de acuerdo de derechos de propiedad literaria está a disposición de quien lo solicite al AAO.

Textos originales. Los textos originales deben estar escritos a máquina (o impresos por computadora), con doble espacio, en papel blanco liso, tamaño carta, utilizando una sola carilla, dejando un margen izquierdo de 1 y 1/2". Se agradecerá la presentación de una copia adicional, con fotocopias o un juego extra de las ilustraciones y fotografías, a los fines de su revisión. Si el artículo está preparado en computadora, es útil que se entregue, además de la versión impresa, un diskette de 5 1/4" o 3 1/2" con el archivo. Se acepta cualquier programa común de procesador de textos, siempre y cuando el diskette esté formateado en una computadora IBM compatible. El diskette le será devuelto después de la publicación del artículo.

Utilice un estilo informativo claro y conciso. Al publicar los textos originales, el AAO se reserva el derecho de adaptarlos a los requerimientos de espacio y estilo.

Llamadas. las llamadas deben ser selectivas y estar clasificadas por orden numérico con respecto al texto. Escríbalas en doble espacio, en hoja aparte. Los autores son responsables de la precisión de las llamadas. Las llamadas referentes a publicaciones deben incluir los nombres de los autores, el título del artículo, el nombre abreviado de la publicación, el número de volumen, los números de las páginas incluidas y el año: 1. Cusimano, C.; McLaughlin, R.P.; y Zernik, J.H.; Effects of four first bicuspid extractions on facial height in highangle cases, J. Clin. Orthod. 27: 594-598, 1993.

Las llamadas referentes a libros deben incluir los nombres de los autores o de los directores de redacción, el título del capítulo (si es pertinente), el título del libro, el número de la edición (si es pertinente), el editor, la ciudad donde fue publicado, el año de publicación y la cantidad de páginas (si es pertinente).

2. Petersen, L.J. y Topazian, R.G.: Psychological evaluation of candidates for dentofacial al surgery, in Surgical Correction of Dentofacial Deformities. Ed. W.H. Bell, W.R. Proffit, y R.P. White, 2nd Ed., W.B. Saunders Co., Philadelphia, 1980, p.92.

Cualquier producto mencionado en el artículo debe figurar en una nota al pie de página que incluya el nombre de la empresa y su dirección completa:

* XYZ Orthodontic Co., 123 Main St., Los Angeles, CA 90000.

Ilustraciones. Se prefieren las fotografías originales (papel blanco y negro o color, o slides) a las copias. Se prefieren las radiografías originales a las duplicadas y serán devueltas después de su publicación.

El color se utiliza a discreción del editor. Para la reproducción color se prefieren las diapositivas originales a los duplicados.

Los dibujos y los trazados cefalométricos deben ser nítidos y estar realizados preferentemente en tinta china sobre papel blanco. Los dibujos originales son muy superiores a las fotografías o fotocopias de los originales.

Los impresos deben ser claros y en papel brillante. En el reverso de cada impreso, en la esquina superior

derecha, escriba suavemente el número de la figura y el nombre del autor; indique la parte superior de la fotografía con una flecha o la palabra "arriba". Las diapositivas o las radiografías deben identificarse en forma similar.

Tenga cuidado de no doblar, arrugar o estropear las fotografías. No utilice clips, broches ni sujetadores de ningún tipo. Las diapositivas armadas entre vidrios deben envolverse con especial cuidado para evitar que se rompan.

Los títulos de las ilustraciones deben escribirse a máquina, a doble espacio, en hoja aparte. Los números de las figuras deben corresponder a referencias de texto consecutivas.

Debe incluirse una fotografía en blanco y negro, en papel brillante, de cada autor.

Permisos y Concesiones. Cada autor debe obtener el permiso del autor original y del editor para utilizar material previamente publicado (texto o ilustraciones). Por lo general, se puede citar sin permiso un texto de hasta 100 palabras, siempre y cuando el material citado no constituya la esencia del trabajo completo y se haga la referencia correspondiente.

Para la publicación de cualquier fotografía que muestre la cara de una persona, debe incluirse una nota de aceptación. Los modelos de formulario de aceptación están a disposición de quien los solicite al AAO. Si no se presenta una nota de aceptación, el AAO le tapará los ojos.

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



CHAQUETAS
AMBOS
BERMUDAS
MODELOS VARIADOS
COLORES A ELECCION

Whispers

Tel.: 797-6146 / 794-6819

Vitron

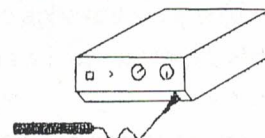


FABRICACION Y REPARACION
INSERTOS Y CAVITADORES ELECTRONICOS

Insertos totalmente esterilizables, hasta 200°C
Nueve modelos de insertos diferentes en su consultorio

CAVITRON - ULTRATEC - BRALKO

(Radiomensaje)
Tel.: 329-4444 / 476-4081
Código: 15782
Miguel Galván Part.: 0320-36383



Homenaje al Doctor Alfredo Fermín Alvarez

Palabras previas del Dr. Mario J. Beszkin

Quienes ante las necesidades de discurso en la Institución, en sus Actos, en Congresos, en diferentes ocasiones, sentimos en la palabra del amigo Fredy lo que hubiésemos querido decir, pero dicho con precisión, con la palabra justa, con la pausa justa, con el tono justo, hoy tenemos que encontrar esa calidad para saludarlo a él, para hablar de él.

No es fácil ponerle a este acto el calificativo que lo defina.

No querría llamarlo ceremonia cuando evocamos a un hombre no ceremonioso.

Sería difícil hablar de recordación si ello implica hablar del pasado del hombre que tenemos tan presente, cometeríamos el mismo error humano de siempre si en este acto queremos hacer un *homenaje* cuando pienso que los homenajes a quienes se lo merecen se los deberíamos hacer en vida, cuando están y si les sirven. El homenaje de la comprensión, el apoyo, el reconocimiento cotidiano. Si la emoción que nos convoca en esta oportunidad tiene como sujeto a nuestro amigo Fredy, un hombre que, por sobre virtudes y defectos, quiso *servir*, que nos sirva este momento, en el que lo recordamos, para despertar o mantener en quienes continuamos esa virtud tan rara y a la vez innata del hombre como ser social, que es querer mejorar la vida en el tiempo que nos toca vivir y la de los que nos continuarán en este mundo.

Recuerdo exactamente la escena, aunque han transcurrido 18 años. Yo entraba al Ateneo y me presentan al Dr. Alvarez, quien iba a crear el Servicio de Cirugía de la Institución. Conocía de él su jerarquía, sus títulos y antecedentes. Saludarle para mí fue dirigirme a una persona importante, lo cual exigía un respeto profesoral.

Como a muchos seguramente nos pasó, al estrecharme su mano tendió un puente que nos uniría en la amistad, la oferta del trabajo compartido, la camaradería. El tuteo surgió espontáneamente. Insisto, como muchos lo habrán sentido, descubrí a un amigo con quien se podía compartir la seguridad de no ser defraudado, el consejo, la cátedra, el diapositivo y el vino.

Muchos de nosotros vivimos otro aspecto de su personalidad. Se puede provenir de diferentes concepciones del mundo, de diferentes ideologías, de diferentes opciones políticas y aun

con todo ello se puede coincidir. Se puede compartir el trabajo creativo cuando los hombres con historias e ideas tan diferentes rigen sus conductas con una premisa fundamental: un mundo más justo que sirva a la felicidad del hombre, de todos los hombres. Permítaseme presentar a quienes se referirán a él como siento que él lo hubiese hecho. El amigo Bazerque, y la amiga Bety, el amigo Rapaport, en ese orden.

Habla el Dr. Pablo Bazerque

Hoy vengo a rendir un homenaje, es decir a hacer un acto en honor de mi amigo Alfredo Fermín Alvarez. En principio cuando pensé como hacerlo, mi primer impulso fue, como un tic profesional, buscar información acerca de todo lo que hizo y todo lo que fue. Pero finalmente prevaleció el sentimiento, como decía Pascal, esa razón del corazón que no atiende a la razón de la razón. Y he venido sencillamente a homenajearlo diciendo lo que siento primariamente, casi sin elaborarlo, como salió escribiéndolo de un tirón.

Alfredo Fermín Alvarez fue mi amigo en un sentido muy especial, porque en realidad lo fuimos sin serlo. No tuvimos un trato frecuente ni íntimo, casi no lo vi en circunstancias que no fueran públicas y de algún modo oficial. Sin embargo, siempre me sentí su amigo íntimo, no solamente por compartir muchos ideales, sino también porque en las horas difíciles que él y yo tuvimos (algunas compartidas y otras cada uno por su cuenta), sentí siempre el estímulo de su presencia y su pensamiento.

Nos teníamos una admiración y un respeto mutuos (siempre presentes, nunca declarados), pero que establecían una especial cordialidad en nuestra relación. Un encuentro con él era siempre una gratificación, un estímulo y una justificación de la lucha.

Mi admiración por Alfredo Fermín Alvarez es compleja.

Admiro en primer lugar lo más evidente: su capacidad de trabajo, su capacidad de *crear, de hacer, de liderar para la construcción*, ya sea de un edificio imprevisible para una sede y que parecía un sueño desorbitado, por un lado, o de una nueva institución donde la mayoría creía que ya sobraba una, por otro. Muchos intentamos empresas quijotescas, él las realizó.

Pero quizás más que eso, admiro su capacidad para hacer frente a la adversidad con una sonrisa, su capacidad para estimular a los que valen, sin envidias ni mezquindades. Su capacidad de levantarse de las caídas sin rencores profundos. Su *inteligencia*, su *generosidad*. Quizá esas dos palabras son las que caracterizan toda su personalidad: inteligencia y generosidad.

Cuando durante las primeras divisiones y disputas del cristianismo en el mundo antiguo, allá

en el año 600 dC, Edwin rey de Northumbria convocó a sus principales amigos y consejeros para escuchar al misionero cristiano Paulinus. Uno de los jefes dijo: "Creo que la vida terrena del hombre comparada con los tiempos que nos son desconocidos, se parece al rápido vuelo de un pájaro al atravesar la estancia donde en invierno estás sentado ante tu cena, entre tus oficiales y ministros, con un buen fuego en medio de todos, mientras afuera se desata el huracán, la lluvia y la nieve... El pájaro, digo yo, entra volando por una puerta, sale en seguida por otra y, mientras está adentro, se encuentra al abrigo del invierno. Pero pasado este breve espacio de buen tiempo, desaparece en la sombría noche de la que salió. Así, la vida del hombre nos es visible durante un corto espacio, pero de lo que ha pasado antes de ella, ni de lo que ha de seguirle, somos por completo ignorantes...". El monje aprovechó para decir que su religión tenía que ver con esa noche misteriosa de antes de la vida y de después de la vida.

Pero yo quiero partir de un enfoque inverso, diría que lo único que realmente conocemos es ese viaje maravilloso y luminoso de la vida entre dos noches. No quiero saber si al alejarse nuestro amigo rumbo a lo eterno, se encuentra ahora deslumbrado por una luz mucho más intensa y permanente, o ha alcanzado la sabiduría absoluta o está atravesando el Leteo para olvidarse de todo y recomenzar otra vida o sigue recorriendo la propia en un pasar interminable.

Sólo sé con toda certeza que la vida es sólo eso "vida" y cuando transcurre, prefiero pensar que se parece a ese trozo de alfombra persa en el que Somerset Moghan le hacía buscar su sentido al personaje de *Servidumbre Humana*, para finalmente llegar a la conclusión de que no había nada especial que la trascendiera, sino solamente ese arabesco complicado y fascinante que constituye el vivir.

Por eso, en ese sentido profundo de la vida misma, para mi Alfredo Fermín Alvarez es este que vivió y sigue viviendo, dentro de nosotros. Que vive en las obras que hizo. Y al que seguramente esta noche voy a conocer más acabadamente, porque el homenaje de sus amigos y admiradores me va a mostrar parte de lo que él es y que yo ignoraba.

Como dice Borges: "Sólo una cosa no hay./ Es el olvido./ Dios (...) cifra en su profética memoria/ las lunas que serán y las que han sido".

Por eso le rindo honor aquí y ahora, y para eso invoco su presencia estimulante, su capacidad de hacer y esa sonrisa inteligente que le llenaba la persona, que no se borraba aún en los momentos más difíciles y con la que quiero recordarlo.

"Ya todo está./ Las mieces de reflejos/ que entre los dos crepúsculos del día/ tu rostro fue dejando en los espejos/ y los que irá dejando todavía".

Discurso de la Dra. Beatriz Lewkowicz

Fui elegida para hablar de Fredy en nombre de los amigos, cada uno seguramente vivió esta amistad desde una experiencia muy personal, sin embargo todos coincidimos en que hemos perdido al hombre confiable, inteligente y humano en el que encontrábamos consejo y apoyo, nos queda la duda de si fuimos recíprocos y comprensivos frente a sus necesidades.

Hablar en este lugar, donde hasta hace poco compartimos trabajo, problemas, ilusiones y frustraciones es violento. Hablar en nombre de los amigos y traducir en palabras la conmoción que nos produjo su pérdida es arriesgado. Cómo encontrar, sin ayuda de Fredy, el concepto certero para definir la intransferible única y conflictiva realidad de una vida, de la muerte, de la trascendencia de un ser humano.

No es fácil saber qué sentimos; el dolor nos invade, pero quizás la muerte y el tiempo nos posibilite elaborar una imagen definitiva.

Sin embargo, asumí este compromiso, frente a la necesidad de compartir con ustedes vivencias y enseñanzas del amigo ausente, que quizás ayude a conocerlo, y a franquear las barreras que construyó para sobrevivir a tantas mezquindades e incomprendimientos.

Su inteligencia, capacidad y vocación de servicio lo llevó a asumir responsabilidades tempranamente.

Transitó por diferentes ámbitos universitarios y profesionales, en todos se destacó, ganando el respeto y prestigio que nunca exhibió ostentadamente. Pero quizás lo más importante es que ejerció la conducción con generosidad de maestro. Dueño de un intelecto abierto, no sentía que sus conocimientos fuesen su patrimonio personal, por eso los compartía generosamente.

Alentó y ayudó a la superación individual e institucional, jamás rechazaba las inquietudes de aquel que necesitaba orientación, siempre respetando la libertad del otro, y respaldando las búsquedas del amigo o colega.

Privilegió la libertad de creación, y el trabajo en equipo. Vale como ejemplo la reciente presentación del servicio de cirugía del Ateneo en todas las mesas de nuestras últimas Jornadas.

No se sirvió del poder, lo asumió y ejerció con vocación de servicio y no dudó en abandonarlo cuando contrariaban sus principios.

Fue valiente: con todas las posibilidades de acomodarse a posiciones ya alcanzadas, no

dudó en encabezar nuevas corrientes de opinión y confrontarlas con los estamentos tradicionales.

En los duros momentos de la represión alzó su voz y su pluma en defensa de los perseguidos.

La fidelidad con sus ideas y principios se tradujo siempre en hechos, eludió el palabrerío vano de la mesa de café, muchas veces al costo de rupturas definitivas que lo aislaron.

Eligió el camino de la soledad frente a la desilusión.

Fiel y tolerante con los que quería, manifestaba con sarcasmo su intolerancia ante la mediocridad.

Hermano solidario frente a las necesidades de amigos presentes y ausentes, tuvo un grupo muy reducido de amigos, de los cuales fue incondicional.

Desde lo personal, siento dolor por la ausencia y agradecimiento por su generosa amistad. Siento un sabor amargo, una rara sensación al recordarlo, sé que pude manifestarle todo mi respeto pero que no fui capaz de expresarle el afecto que sentía por él, que hubo algún punto en nuestra larga relación que no logre compartir, tal vez sólo desde la indignación o el humor frente a muchas pequeñeces humanas.

Pero ya no está. Es imposible remediar lo que no hicimos. Sólo resta salvar los buenos momentos compartidos y estimular en los jóvenes la memoria del maestro que fue, del hombre honesto con el que convivimos. Lo cual no es poco.

Palabras del Presidente del AAO

Dr. Isaac Rapaport

Hace ya 2 meses que Freddy Alvarez no está con nosotros. En el momento de su muerte Freddy ocupaba el cargo de Director de la revista del Ateneo, la jefatura del área de Cirugía y era, además, responsable de la Comisión de Estatutos.

Esos cargos quedaron momentáneamente vacantes.

No importa. Días más, días menos, esos lugares serán cubiertos.

Lo que no se resuelve con facilidad es el reemplazo de un hombre cuya personalidad multifacética presentaba el perfil de un dirigente institucional de muy alto promedio: profesional destacado, sólida formación cultural, inteligencia claramente perceptible, experiencia institucional. En suma, un hombre cuya opinión acerca de cualquier cuestión no era el fruto de un análisis unilateral sino el producto de una visión global, totalizadora, casi diría interdisciplinaria, para usar una expresión que le era muy grata.

Su aparición en el Ateneo, junto con su equipo de Cirugía, significó un importante salto hacia adelante en el desarrollo de nuestra Institución.

Cirugía, con Alvarez, llegaba en una época en que el Ateneo Argentino de Ortopedia Maxilar empezaba a desplegar sus alas con la creación de cursos y clínicas de otras especialidades para pasar a convertirse en el Ateneo Argentino de Odontología, con mayor relevancia institucional y científica sumadas a un mayor desarrollo físico.

Pero más allá de su contribución para el crecimiento en lo material y en lo docente - asistencial, nuestra entidad se benefició con el enorme bagaje político-institucional que aportaba Alvarez tras su paso en la conducción de la Asociación Odontológica Argentina y de la Confederación Odontológica de la República Argentina. Su presencia agregó esclarecimiento y lucidez en la comprensión de las temáticas y toma de decisiones que al Ateneo siempre interesaron.

Sus puntos de vista enriquecieron la formulación de las políticas del Ateneo en materia sanitaria, gremial, universitaria. Su última propuesta, casualmente expresada días antes de su muerte, fue la creación de una comisión de asuntos universitarios, tema que se halla en gestación.

Alvarez era, como es sabido, un hombre vinculado a la política. Haciendo abstracción de sus inclinaciones partidarias, sobre las que no nos compete opinar, estaba profundamente preocupado por su país que, en los más diversos órdenes se halla, objetivamente, ensombrecido con nubarrones anunciadores de situaciones impredecibles para la mayoría de la población, incluidos —sin duda— los odontólogos.

Hay incertidumbre respecto al presente y al futuro, a la luz del deterioro que se nota en materia de trabajo, seguridad, salud y educación.

Salud y educación fueron territorios que Alvarez transitaba con pasión. Meses atrás comentaba con admiración una noticia periodística que hacía referencia a la Conferencia Mundial de Educación para Todos, organizada por la UNESCO y la UNICEF en Tailandia, a fines de 1994, y que definía los derechos que cada habitante del planeta debería tener en materia de educación:

“Se trata de un conjunto de herramientas esenciales para el aprendizaje necesario para que los seres humanos puedan sobrevivir, desarrollar plenamente sus capacidades, vivir y trabajar con dignidad, participar plenamente en el desarrollo, mejorar la calidad de vida, tomar decisiones fundamentales y continuar aprendiendo”.

De esta causa Freddy Alvarez era un soldado muy distante del posmodernismo porque, como decía Jean Paul Sartre “si no hacemos nada por cambiar este mundo donde el horror se pasea, es que lo aceptamos”.

Las conmemoraciones y los actos recordatorios no son, o, al menos, no deben ser meros compromisos de formalidad.

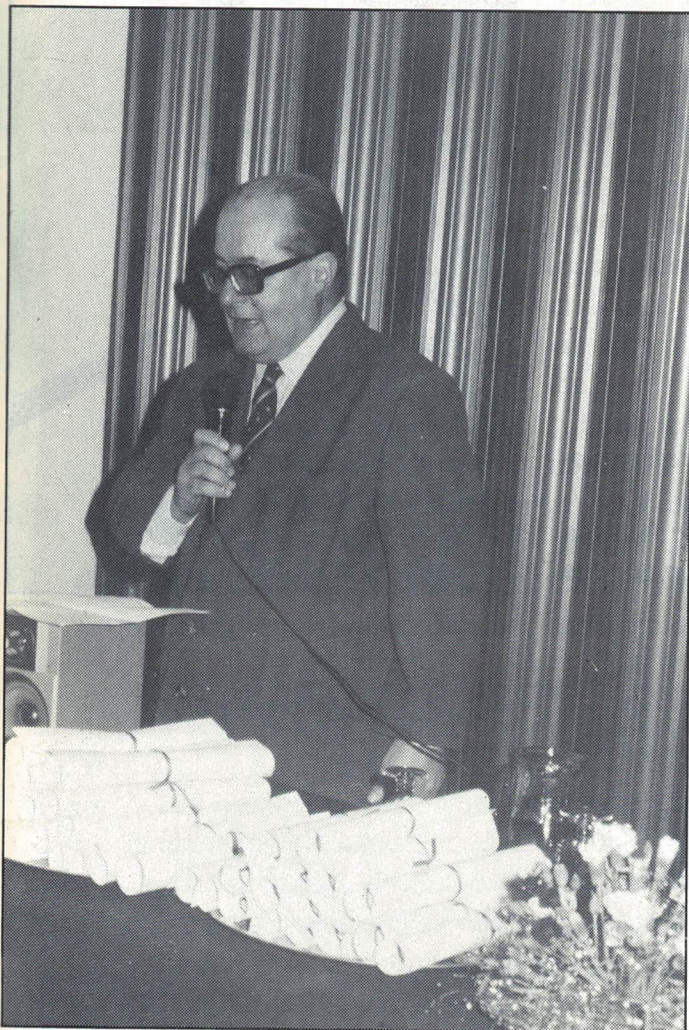
Su intención debe ser rendir auténtico homenaje de gratitud a quienes, en su paso por la vida, brindaron algo a los seres humanos, a quienes realizaron acciones para que la gente pueda ser, pensar o vivir mejor.

Pero además, deben servir como un medio para destacar las ideas-fuerza y las cualidades humanas que impulsaron a la realización de esas acciones.

En tal sentido, la Comisión Directiva del Ateneo Argentino de Odontología ha resuelto que el concurso científico correspondiente al período 1995-1996 lleve el nombre del Dr. Alvarez.

Por otra parte, el ámbito donde habitualmente Freddy desarrolló su labor quirúrgica llevará de hoy en adelante la denominación "Sala Dr. Alfredo Fermín Alvarez", como lo señala la placa recordatoria que se descubrirá dentro de unos instantes.

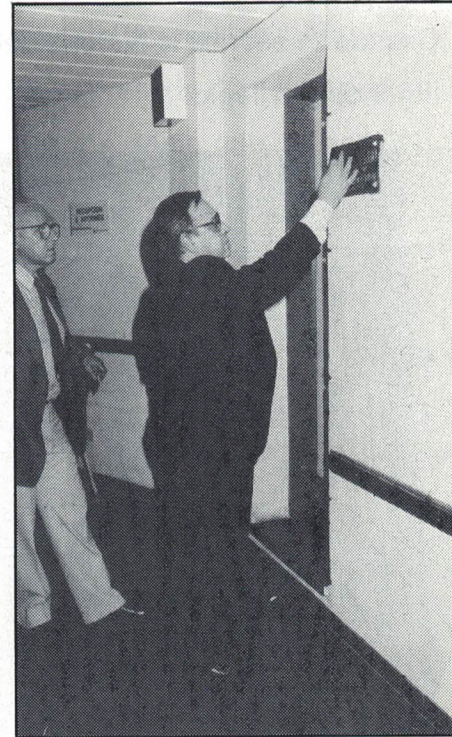
Cuando se escriba la historia del Ateneo, la vida y obra de Alfredo Fermín Alvarez ocupará un lugar de privilegio.



Doctor Alfredo Fermín Alvarez

A la derecha, el Dr. Mario Beszkin pronuncia su discurso de apertura en el acto de homenaje al Dr. Alvarez. Lo acompañan, de izquierda a derecha, el Presidente del AAO, Dr. Isaac Rapaport, la Dra. Beatriz Lewkowicz y el Dr. Pablo Bazerque.





Tres vistas parciales de la distinguida presencia de profesionales y amigos en el solemne acto de recordación.

A la derecha, el Dr. Mario Daniel Torres descubriendo la placa que rememora al distinguido profesional y gran amigo que fue el Dr. Alfredo Fermín Alvarez.