

REVISTA DEL ATENEO ARGENTINO DE ODONTOLOGIA



...A, DRA.
...NEWICH; ESTHER
...EN MARTIN 1596 4o.
...BUENOS AIRES

1181 2A01AAS/

Lema de la Organización
Mundial de la
Salud, 1985 (O.M.S.):

**“UNA JUVENTUD SANA
CONSTITUYE EL BIEN
MAS PRECIADO”**

**NUEVA
SILICONA**
Para
impresiones
de precisión



En sus tres tipos
FLUIDA-NORMAL-PESADA

Fabrica y distribuye:

BERNARDINO A. RAMIREZ e HIJOS S.C.A.

SARMIENTO 4550 - CAPITAL FEDERAL Tel. 88-8069/86-4980/89-5567

Ateneo Argentino de Odontología

COMISION DIRECTIVA

Presidente	Elías Beszkin
Vicepresidente	Edith Losoviz
Secretario	Jaime Fiszman
Prosecretario	Eduardo Muiño
Tesorero	Carlos Guberman
Profesorero	Clara Szeinberg

VOCALES TITULARES

Luis Zielinsky	Ricardo Pomeraniec
Beatriz Lewkowicz	Silvia Rudoy
Alfredo F. Alvarez	José Adonaylo
Liliana Doctorovich	Liliana Periale
Eva Schilman	Juan Meer
Ricardo Chait	Graciela Encina

VOCALES SUPLENTE

COMISION FISCALIZADORA

TITULARES

Mario D. Torres	Henja Rapaport
Miguel Stratas	Mario Beszkin
Catalina Dvorkin	Sofia Vinograd

SUPLENTE

TRIBUNAL DE HONOR

Angel Lagorio	Elías Samoilovich	Leonardo Voronovinsky
Rubén Racagni	Teresa Israelson	Sara Sneibrun
Noemí Lisman	Natalio Schesak	Sara Kotler

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

Intercambio internacional: deseamos canje con revistas similares. Nous désirons établir l'enchange avec les revues similaire. Desideriamo intercambio con rivisti simili. Deseamos permutar com as revistas congeneres. We wish to exchange with similar magazine. Un austausch Wird gebeten.

SUMARIO

Editorial: Democracia y Salud	3
Ante el Paro Nacional de Prestadores de Salud	6
Localización Radiográfica del Canino Superior Retenido	8
Distinción Témporomandibular en Dentición Temporal	18
Fundamentos del Arco Ideal	28
Informaciones del ATENEO. VII Jornadas (Rosario)	35
Dra. Ana Zielinsky	38
Educación para la Salud: Vacunas	39
Hepatitis Viral B	44
Informaciones: Para una Legislación Sobre Seguro Nacional de Salud	46

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

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

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

EDITORIAL

DEMOCRACIA Y SALUD

El 10 de diciembre de 1983, en oportunidad de su primer mensaje ante la Honorable Asamblea Legislativa, el Presidente constitucional de los argentinos, manifestó: "En el campo de la salud, democracia quiere decir principalmente dos cosas para nosotros: hacer realmente equitativas las posibilidades de acceso a la mejor calidad de servicio de salud que nuestro país pueda ofrecer a su pueblo y, por otra parte, garantizar una amplia participación popular y de los diversos sectores de interés en la programación y desarrollo de las actividades necesarias". Luego el doctor Alfonsín expresó: "Superar las actuales desigualdades y discriminaciones exige una efectiva unidad de conducción política en el sistema de salud, condición necesaria, aunque no suficiente, para orientar la acción del Estado, las obras sociales y el área privada hacia el común objetivo social que deben cumplir. Es por ello que hemos unificado las responsabilidades del gobierno nacional en este campo dentro de un solo Ministerio, encargado de orientar a los sectores hacia una paulatina integración que haga real la buscada igualdad de oportunidades".

Es de conocimiento general la gama de dificultades por las que atraviesa el país de orden económico, social y político que, unidas a fuertes intereses sectoriales, entorpecen la paulatina transformación del Sistema Nacional de Salud, que necesariamente deberá operarse para revertir el estado de injusticia social heredado.

El Ministro de Salud y Acción Social de la Nación dijo, en la 37ª Asamblea Mundial de la Salud, en Ginebra, en mayo de 1984: "A un violento y elitista ejercicio del poder político se sumó una concepción económico-social que desembocó en el parcial desmantelamiento del sistema productivo, el estancamiento, la distribución regresiva del ingreso y la acentuación de las desigualdades sociales. Como consecuencia de todo ello, frente a grupos más restringidos que incrementaron sus privilegios, se fue expandiendo día a día la masa sombría de los marginados que veían crecer las dificultades de acceder a los bienes y servicios básicos para la dignidad de la vida".

Todas las acciones en este campo requieren el aporte y el compromiso de los sectores auténticamente interesados en una propuesta social que refleje los intereses de nuestro pueblo. Ello importa establecer programas de conducción orientados a unificar la personería institucional en cuanto a los aspectos vinculados con la atención de la salud, superar aislamientos existentes históricamente entre áreas estatales responsables, organizar los recursos, consolidar la integración de las provincias, los territorios nacionales y la Capital Federal para armonizar la unidad política y funcional del Sistema dentro de la descentralización que impone nuestro federalismo.

Para ello, el gobierno nacional implementó la constante acción del Consejo Federal de Salud (COFESA) y decidió la unión de responsabilidades en la actual Secretaría de Salud de la Nación de las funciones asignadas hasta hace poco al ex Ministerio de Salud Pública y al Instituto Nacional de Obras Sociales, superando así la falsa dualidad salud-pública-seguridad social.

DEMOCRACIA Y SALUD

El país cuenta con instrumentos y estructuras, fragmentados e individualistas, carentes de un ordenamiento global y armónico. Integrar esas partes hacia el objetivo común de desarrollar una seguridad de salud nueva, universalista y equitativa, solidaria y participativa, es el desafío de esta hora. Integrar el sistema considerando a la población en su totalidad, impone como única salida coherente poner en vigencia plenamente la utilización de los recursos de los actuales subsectores públicos de obras sociales y privados. Debe ser ésta una empresa compartida en democracia con desprendimiento, patriotismo y grandeza.

El nivel general de población con cobertura identificable, que no necesariamente significa protegida, es de poco más de un 60 % de la totalidad de habitantes. El compromiso conjunto deberá apuntar a la cobertura social real de la totalidad de la población.

Es incuestionable la redefinición del hospital público que, aun sin entrar a considerar momentáneamente la reparación del deterioro del recurso físico, está en condiciones de modificar conductas para asegurar igualdad de atención para todos los asistidos, disponibilidad de servicios sin límite horario, simplificación de trámites administrativos previos a la atención, supresión de pagos directos y asistencia personalizada. El hospital público deberá ser un prestador seleccionable para las obras sociales.

El papel de las obras sociales concita en estos momentos la atención pública ante la amplia y multiplicada gama de consultas que el gobierno nacional estimula en el marco de la concertación. El artículo 14 bis de la Constitución Nacional impone que las obras sociales, en su condición de entidades de seguro social, "serán administradas por los interesados con participación del Estado". Resulta conveniente una activa participación de los beneficiarios a través de organizaciones intermedias existentes o que deban crearse, manteniendo el Estado su atribución indelegable de la conducción general del sector salud, dentro del cual se adscribe la función principal de las obras sociales. Al ser entidades financiadoras, la administración general y el manejo de los fondos deberán estar sujetos a fuertes mecanismos de control a fin de operar en total transparencia.

El subsector privado comprende casi un tercio de la disponibilidad de camas de internación del país. En un reciente documento del Ministerio de Salud y Acción Social ("Lineamientos para un Plan General de Salud"), del cual se han glosado partes en este comentario editorial, se lee textualmente: "Si bien su desarrollo (el de los recursos privados) ha pasado por diferentes períodos, en los últimos años creció y amplió su equipamiento en forma muy considerable. Además, en años anteriores, la promoción de servicios cada vez más sofisticados, propios de una economía de abundancia

que era totalmente ficticia y se hallaba en plena recesión, alentó la ineficiente inversión en equipamientos de alta complejidad destinada a extender y difundir modalidades de atención especializada sin un adecuado primer nivel que asegurara su uso oportuno". Dice más adelante: "Uno de los principales objetivos por lograr es la mayor integración de todos los recursos para atención de la salud, independientemente de su condición de públicos, privados o de las obras sociales. Dicha integración reconoce básicamente criterios regionales y locales, ya que existen muy diversas situaciones de disponibilidad y equipamiento".

En cuanto a salud bucal, la infraestructura se encuentra fundamentalmente, en número y grado de complejidad, en los consultorios privados de los odontólogos, que vienen a constituir así una importante red de prestadores. Se unen a ella los recursos físicos propios de las obras sociales y del hospital público, éste en menor medida. Armonizar las acciones de tales recursos en el marco del Plan Nacional de Salud Bucal, inserto en un Programa Nacional de Salud, es responsabilidad compartida del Estado, los organismos de la Seguridad Social y la profesión organizada.

Las acciones que se desarrollen deben incluir la participación activa de todos los subsectores, reasumiendo el Estado la fijación de políticas como conductor general del sector salud y natural garante del ejercicio del derecho a la salud para todos los argentinos.

CURSO POR EL

Dr. FRANCISCO LEPERA

PROTESIS COMPLETA DE PRECISION PARA EL PRACTICO GENERAL,

DICTADO POR EL Dr. FRANCISCO LEPERA.

CURSO TEORICO CON PRACTICA

INICIACION: JUEVES 5 DE SETIEMBRE, DE 11,30 a 13,30

DURACION: 8 SESIONES.

PROGRAMA:

- I IMPRESIONES FUNCIONALES SIN RECORTE MUSCULAR.
- II REGISTRO DE LAS RELACIONES INTERMAXILARES SIN HACER MOVIMIENTOS MANDIBULARES.
- III ARTICULADO RACIONAL DE LAS CORONAS ARTIFICIALES.
- IV PROCESADO DEL ACRILICO PARA EVITAR LEVANTE DE MORDIDA Y DEFORMACION DE LAS BASES.
- V ENTREGA DE LOS APARATOS.

DISCUSION.

Ante el Paro Nacional de Prestadores de Salud

Opinión del Ateneo Argentino de Odontología

Conjuntamente, la CO-RA, COMRA (Médicos), CUBRA (Bioquímicos) y CONCLISA (Clínicas y Sanatorios Privados), convocaron a una cesación de Actividades de nivel Nacional para el viernes 22 de marzo de 1985, y una concentración en apoyo de los siguientes reclamos:

- Retribución justa y decorosa para los prestadores de salud.
- Participación activa en una concertación real y efectiva que consolide la plena vigencia de la democracia.
- Adecuada conformación y utilización de los recursos de la Seguridad Social destinados al sector.
- Presupuestos suficientes para la salud pública y solución definitiva al costo de los medicamentos e insumos.

Nadie ignora que la crisis socioeconómica, recibida luego de ocho años de dictadura militar, es la más aguda y profunda que la Nación haya vivido jamás.

Que la deuda externa contraída, sin elevar el desarrollo de los factores de producción, condi-

ciona y agrava día a día la situación de las más vastas capas de la población, con excepción de los sectores del privilegio financiero y económico, y que las pautas generales para su renegociación auguran tiempos difíciles.

En este marco, el área de salud bucal, estructurada básicamente alrededor del subsector de las Obras Sociales, no está exenta de la situación señalada. Su crisis financiera, acentuada por la disminución de los aportes, originada por los mayores niveles de desocupación y bajos salarios, condiciona su desarrollo y, en algunos casos, su propia existencia.

El sector público desmantelado, carente de infraestructura y personal, no cumple el rol de importancia que el Estado, como garante de la salud, debería asumir.

En la Capital Federal, los odontólogos subocupados, en relación de dependencia inestable y magras retribuciones, o compitiendo con clínicas, empresas concentradas de la mayor parte de los contratos de Obras Sociales, lleva a la crisis del sector privado de la

profesión, agravada por la magra actualización de los aranceles y el atraso de los plazos de pago por parte de las Obras Sociales.

La demanda de atención odontológica es infima en relación a las reales necesidades de la población, constituyendo una de las principales cuestiones por resolver para lograr el objetivo de "salud bucal para todos en el año 2.000" —planteado por la CO-RA—, siendo este el único camino para dignificar, aumentar y diversificar las fuentes de trabajo del odontólogo.

En este marco, la actualización de los aranceles nacionales del INOS, seriamente disminuidos por el desfasaje económico y la falta de efectivización del pronto pago por parte de las Obras Sociales, es la verdadera y justa reivindicación de la profesión organizada adquiriendo el cariz de "solución aislada y coyuntural".

Teniendo en cuenta que el sistema empleado hasta ahora tampoco ha producido una solución apropiada a la salud bucal de la población, ni ha dignificado el ejercicio pro-

fesional, es obvio que se impone la discusión de nuevas propuestas que reviertan la situación existente, "No hay salida a la crisis sanitaria de la Nación".

Por eso, ante la propuesta de Seguro Nacional de Salud, pensamos que se debe dar información suficiente y promover un debate nacional que permita superar los intereses sectoriales, fijando como centro del problema las necesidades asistenciales, debiendo garantizarse una discusión amplia y profunda que permita la participación del grueso de la profesión y la población, participación que garantizará su efectivización y permitirá la profundización de esta democracia.

La solución real de la seria y compleja situación sanitaria, sólo sobrevendrá a través del desarrollo económico-social y cultural pleno de

nuestro pueblo y la superación de la actual situación de atraso y dependencia económica.

Estas metas sólo pueden ser logradas por la plena vigencia de la democracia.

Ante esta situación, el ATENEO propone:

- 1) No firmar juntamente con Cámaras Patronales (CONCLISA), que defienden intereses diametralmente opuestos a las reivindicaciones gremiales.
- 2) Acuerdo en la necesidad de reivindicar la actualización de aranceles, honorarios e implementación del pronto-pago.
- 3) Crear un esquema con carácter urgente que permita la más amplia discusión a todos los Odontólogos de la Capital Federal, para que las medidas por tomar cuenten

con el consenso explícito de la mayoría de la profesión.

- 4) Por todo lo expuesto, como dirigentes institucionales que recordamos el largo y doloroso proceso que hemos atravesado, proponemos que las medidas por adoptar sean consecuentes con el Estado de Derecho conseguido.
- 5) A tal efecto, el ATENEO realizará una Asamblea destinada a que todos sus asociados tomen conocimiento de la propuesta emitida por los Organismos representativos, a la cual serán invitados los dirigentes de la CORA y FO-CIBA.

La misma se realizará el viernes 12 de abril de 1985.

Dr. Elías Beszkin
Presidente

Localización Radiográfica del Canino Superior Retenido

MARIO DANIEL TORRES

Tal como lo hemos expresado en un trabajo reciente, "partiendo de la concepción de que la oclusión es la resultante de la integración en el tiempo de los procesos de crecimiento y maduración, erupción y morfología dentaria y comportamiento neuromuscular, cualquier alteración no compensada de cada uno de estos factores dará origen a una maloclusión".

Reconocemos tres períodos en la oclusión: la dentición primaria o temporaria, la dentición mixta y la dentición permanente. En la dentición mixta, etapa de transición entre la primera y la tercera, se desarrollan procesos que frecuentemente desembocan en la patología de erupción más representativa: la retención dentaria.

Van der Linden² describe tres fases en la erupción dentaria: la fase preeruptiva, la eruptiva hasta la irrupción de la pieza dentaria en la cavidad oral, y la erupción hasta que el diente tome contacto con sus antagonistas.

En la etapa preeruptiva diversas circunstancias juegan sobre el destino de erupción o retención: el sitio de morfogénesis, la forma y tamaño de la región apical y la dimensión coronaria. De allí que los problemas de erupción dentaria dependen de las características de cada una de las zonas de la región apical de los maxilares.

En la zona anterior del maxilar superior, el espacio disponible para los incisivos

permanentes es menor que en la mandíbula, problema que se acrecienta por la magnitud coronaria de los permanentes en relación con los primarios que reemplazarán. Sin embargo, el potencial de crecimiento de la sutura palatina, activa hasta la finalización del proceso de erupción, termina favoreciendo al maxilar superior con respecto a la misma zona del inferior.

En la zona lateral es harto frecuente observar la rotación de los premolares inferiores determinada por la estrechez del espacio entre corticales. Se producen así giroversiones de los premolares que determinan risis asimétricas del correspondiente molar primario, lo que acentúa el problema al alterarse la senda de erupción. Para el canino superior¹ "la circunstancia de que sea el diente más alejado del plano oclusal desde el sitio de su morfogénesis, sumado al hecho de que es la última pieza por erupcionar de la zona lateral, hace que tenga que recorrer un largo y tortuoso camino de erupción, con una no siempre feliz ubicación en la arcada dentaria por falta de espacio disponible. De allí la importancia de detectar tempranamente su situación en la zona apical y la dirección de erupción, dada generalmente por la inclinación radicular".

En la zona posterior es frecuente observar la erupción ectópica o la retención de los terceros molares. En mandí-

Volumen XX — N° 3 Octubre 1984 - Marzo 1985

bulas con crecimiento condilar hacia adelante y escasa reabsorción del borde anterior de la rama ascendente, las expectativas de retención del tercer molar se acentúan.

Moyers³ señala que cualquier diente puede estar retenido, aunque los más frecuentes son, en este orden, el tercer molar inferior, el canino superior, el segundo premolar inferior y superior y el central superior.

En un estudio publicado en 1979, se muestra una relación de 12 caninos superiores retenidos por palatino por cada uno retenido por vestibular⁴. En otro trabajo del mismo autor⁵ la estadística muestra una relación de 6:1. Fournier et al.⁶ encuentran esa relación en 3:1.

En este trabajo vamos a dedicarnos al estudio radiográfico de ubicación de caninos superiores retenidos, sobre la base de consideraciones pormenorizadas de los aspectos anatómicos.

ASPECTOS ANATOMO-RADIOLOGICOS

Pons y Pasturel⁷, al analizar el tema desde un punto de vista práctico, consideran sucesivamente la posición del diente, su forma, y la región en que está retenido.

La posición del diente es una noción fundamental que debe adquirirse antes de enfrentar el tratamiento, ya que ella induce la conducta a seguir. Esta evaluación se hace a partir de un balance clínico-radiográfico inicial, que permite fijar el encuadre terapéutico.

Considerada desde los tres planos del espacio, la situación del diente puede ser esquematizada de la manera siguiente (Fig. 1).

En el plano sagital el canino está muy frecuentemente atrás del reborde alvéolo dentario hacia el paladar; menos

frecuentemente delante del bloque incisivo; es decir, por vestibular. En la posición intermedia, el diente es transalveolar con una porción por vestibular y otra por palatino. Unas veces es la corona la que se insinúa entre los incisivos, mientras que la raíz está en el paladar. Otras veces la corona es palatina. Tales situaciones, aunque poco frecuentes, deben ser bien conocidas, pues justifican maniobras operatorias especiales destinadas a minimizar los traumatismos en el nivel de los dientes vecinos.

En el plano frontal, del lado del paladar, la retención es superficial o profunda.

En la retención superficial se ve y se palpa un abombamiento de los planos de recubrimiento; la extremidad coronaria es visible, el resto de la corona es todo o en parte submucoso, sólo la raíz es intraósea.

En la retención profunda, el diente está incluido bajo un espesor de hueso apreciable, próximo a las cavidades sinuso-nasales.

Del lado vestibular la retención puede ser baja, visible, palpable o, por el contrario, alta con inclinación variable del eje del diente en comparación con las raíces de los incisivos.

En el plano horizontal, el canino —lo más frecuente— está inclinado en 45° sobre la línea sagital mediana, se aloja habitualmente entre ella y el reborde alvéolo dentario premolar. A veces es más central, atrás del incisivo central o, al contrario, más lateral, con el ápice en contacto con los premolares.

En resumen, desde un punto de vista práctico⁷, debe repararse de entrada en la posición en el plano sagital (palatino o vestibular). Luego, en la altura de la retención: superficial, profunda, alta o baja. Por otra parte, la retención puede ser única o múltiple, con numerosas combi-

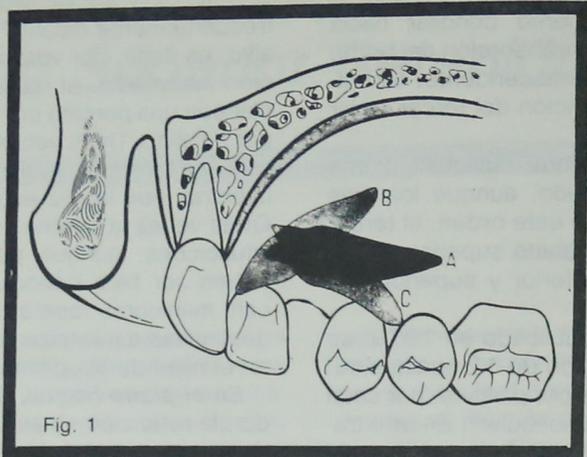


FIG. 1: Corte sagital del labio superior y del paladar óseo pasando por la línea media. Esquema de distintas

Fig. 1

posiciones del canino en retención palatina:
A: mediana; B: anterior; C: posterior.

naciones posibles: dos caninos superiores retenidos en posiciones vestibular o palatina; uno superior y uno inferior; todos los caninos retenidos, retenciones asociadas a otras retenciones, supernumerarios u otras lesiones.

ESTUDIO RADIOGRAFICO

A través de las consideraciones anatómicas precedentemente enunciadas, es innegable que la correcta evaluación de la situación de retención debe realizarse con un correcto estudio radiográfico.⁶⁻⁹⁻¹⁰⁻¹¹⁻¹²⁻¹³⁻¹⁴⁻¹⁵⁻¹⁶⁻¹⁷⁻¹⁸ Pasaremos revista a las diversas técnicas.

Incidencias retroalveolares: Método de Dieck.

Es la técnica más corriente. Da una vista de excelente calidad del diente con su raíz en su totalidad y el tejido duro que lo rodea.

La finalidad es obtener una radiografía del diente sin deformación en su verdadero tamaño. Prácticamente esto es imposible, dada la conformación de los ma-

xilares. Debe atenderse a que el plano frontal del diente y el plano de la película aplicada detrás no son paralelos. Además, la corona toca la placa; pero el ápice está alejado. De allí las deformaciones. Por ejemplo, si el eje del rayo central es perpendicular al eje del diente, la imagen del ápice es elongada. Si el rayo central es perpendicular al eje de la película, la imagen es acortada.

Para obtener una radiografía con la menor deformación posible, es necesario seguir ciertas reglas de geometría que en radiología dentaria son las leyes de isometría de Cieszinski.⁹ Según la ley de isometría de Cieszinski, un objeto situado en un plano oblicuo respecto del plano de la película se proyecta en su verdadero tamaño, siempre que el rayo central sea perpendicular a la bisectriz del ángulo formado por el objeto y la película.

Aun cuando este método ha sido y sigue siendo utilizado, debe convenirse en que la incidencia raramente es correcta, ya que la evaluación angular es individual, y la posición exacta del ápice una suposición. Cuando el ángulo de mi-

ra es agudo, el diente aparece alargado; cuando es obtuso, acortado. En la práctica, estas modificaciones deberían variar en una proporción no superior al 15%.

Por lo expuesto, en un caso ideal, si el largo total de la imagen es idéntico al del diente, las porciones segmentarias no lo son: se obtiene un falso alargamiento de la raíz con un falso ensanchamiento mesiodistal de ella.⁹

Técnicas especiales.

Película vertical: técnica de Le Master.

Para obtener una buena información sobre las dimensiones de los diferentes segmentos del diente, Le Master propone alejar la película del diente mediante un rollo de algodón interpuesto. En el maxilar superior evita así la proyección del malar, que queda rechazada más allá de los ápices. Además, permite una disociación de las raíces mejor que en tomas standard y evita el alargamiento de las raíces y el acortamiento de la corona.

Técnica de cono largo (telerradiografía intrabucal).

Se obtiene una vista de tamaño verdadero y una mejor información sobre los ápices, los rebordes alveolares y los senos. Como en la técnica de Le Master, conviene interponer un rollo de algodón entre dientes y película.

INCIDENCIAS OCLUSALES:

Método disoclusal o técnica de Belot.

El rayo central es oblicuo según la ley de isometría, perpendicular a la bisectriz eje-diente: película.

La película se coloca lo más profundamente posible en la boca.

El cono se ubica para los incisivos superiores, en la mitad de la nariz con un

ángulo de 45 a 50° y para los incisivos inferiores, 45 %.

Método ortoclusal o técnica de Simpson.

El rayo central es perpendicular a la película, prácticamente en el eje de los incisivos y caninos. Entra en el nivel de la frente, y debe atravesar un amplio espacio antes de acceder al maxilar superior, por lo que se necesita un importante tiempo de exposición.

Para subsanar este inconveniente, una variante es modificar el ángulo de incidencia en 10 a 15° centrándolo más anteriormente (Simpson modificada) con resultados muy aceptables.

Puede ser aplicado a la mandíbula, y se lo utiliza en el estudio de los dientes retenidos.²⁰

En el estudio radiográfico de los caninos retenidos, la radiografía oclusal no ofrece seguridad por cuanto la incidencia del rayo no permite habitualmente obtener imágenes circulares de las piezas erupcionadas que, al evitar superposiciones, certifique la ubicación del canino retenido por vestibular, palatino o lingual o una eventual retención mixta.

La técnica de Clark.

En nuestra experiencia¹⁻¹⁰⁻²¹, la mayor seguridad se obtiene con la técnica expuesta por Clark¹⁸, mediante dos radiografías intraorales en las cuales el rayo fue desplazado hacia mesial o distal. Como regla general, cuando la pieza retenida se desplaza en el mismo sentido que el tubo, está ubicada en palatino o lingual. Inversamente, cuando se desplaza en sentido contrario al del tubo, la ubicación es vestibular.

Las figuras de Beeching⁸ ayudan a aclarar el concepto.

En la figura 2 se ve la posición vestibular del canino superior izquierdo. Cuan-

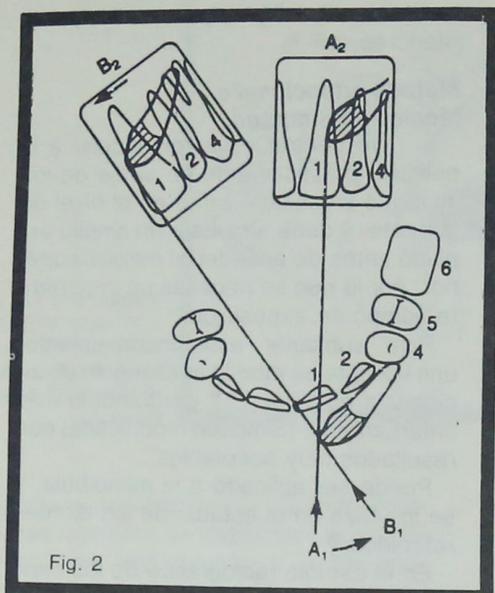


Fig. 2

do la cabeza del tubo de rayos X se mueve hacia atrás, desde la posición A1 a la B1, la imagen de la corona del canino retenido se desplaza desde el incisivo lateral al central en las radiografías intraorales, representadas por A2 y B2. Así pues, cuando la cabeza del tubo se mueve hacia atrás, la imagen de los dientes en posición vestibular con respecto a la arcada, se desplaza hacia adelante.

En la figura 3 se observa un canino superior izquierdo retenido en posición palatina. Cuando la cabeza del tubo de rayos X se mueve hacia atrás, desde A1 a B1, la imagen de la punta de la corona del canino retenido se desplaza desde el incisivo central al lateral en las radiografías intraorales representadas por A2 y B2. Así pues, cuando la cabeza del tubo se mueve hacia atrás, la imagen de los dientes en posición palatina parece desplazarse en la misma dirección (tomado de Beeching⁸).

En una experiencia con un cráneo y un canino adherido por palatino se observa (Fig. 4)

En A, la imagen del canino retenido superpuesta con la raíz del incisivo lateral. En B, el rayo central se ha desplazado hacia distal (obsérvese la imagen nítida de los premolares) y el canino retenido también. Al haberse desplazado en el mismo sentido, se infiere que la posición es palatina.

Una misma experiencia la realizamos adhiriendo el canino al cráneo por vestibular (Fig. 5).

En A, se observa la imagen del canino supuestamente retenido con su corona superpuesta con la raíz del incisivo central. En B, el rayo central se ha desplazado hacia mesial y el canino en sentido contrario, pues ya no se superpone con el incisivo central. Se ratifica la versión radiográfica de la posición vestibular o bucal.

La literatura^{8,16} consigna la posibili-

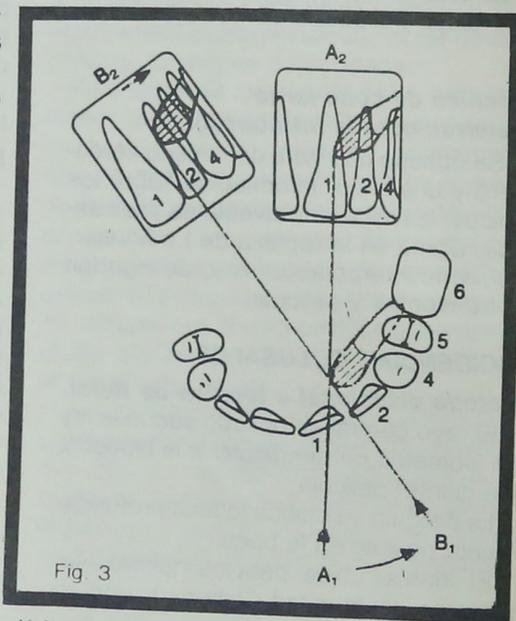


Fig. 3



Fig. 4

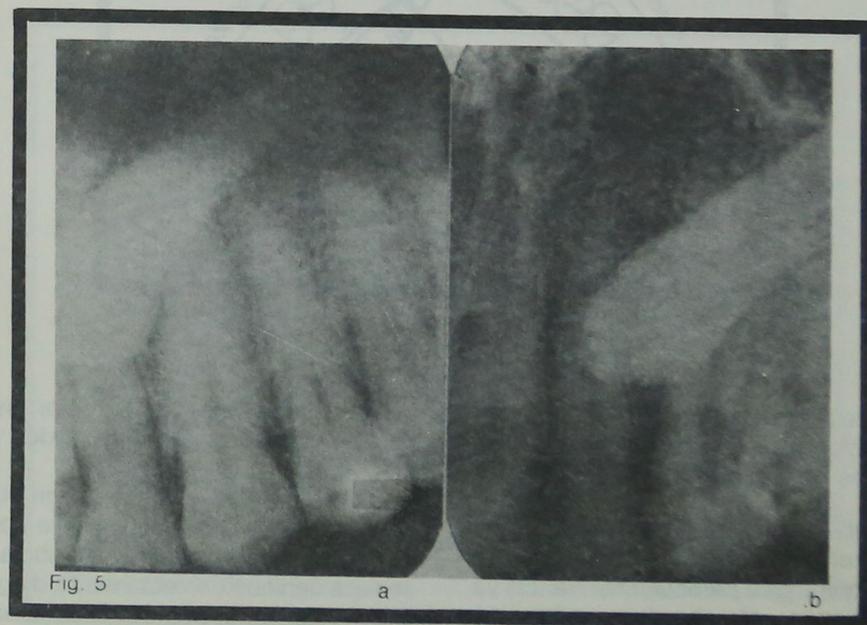


Fig. 5

dad de aplicar los criterios expuestos en la técnica de Clark con un aparato para radiografías del tipo Panorex, aparato panorámico orbital con dos centros de rotación.

Aunque no tenemos experiencia en ello, parece oportuno mencionar la técnica para completar el tema que estamos tratando.

Existe una desviación del tubo entre las exposiciones derecha e izquierda de los maxilares, y en ambas se ve la región anterior, comprendida entre los caninos de un lado y los del otro. En las figuras 6 y 7, tomadas de Beeching⁸, se observa esquemáticamente cómo A₂ y B₂ muestran los aspectos radiográficos resultantes desde los centros de rotación A₁ y B₁, respectivamente.

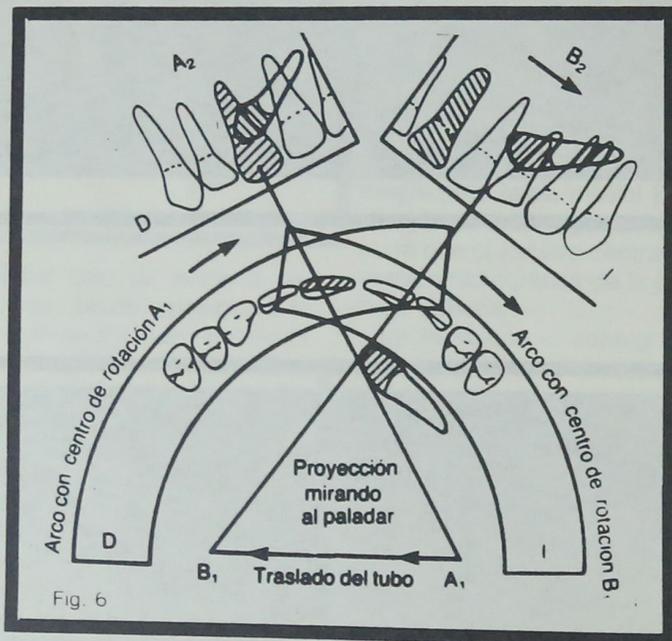


Fig. 6

En nuestra práctica diaria realizamos la localización radiográfica de los caninos retenidos según la técnica de Clark.

La ubicación adecuada de estas piezas retenidas adquiere en nuestra actividad quirúrgica particular relevancia ya que permite el abordaje quirúrgico

correcto y seguro con la mejor visibilidad y el menor sacrificio de tejidos vecinos.

En las figuras 8 y 9 se pueden observar, respectivamente, el abordaje por palatino y el abordaje por vestibular de sendos caninos correctamente diagnosticados mediante el método de Clark.

Volumen XX — N° 3 Octubre 1984 - Marzo 1985

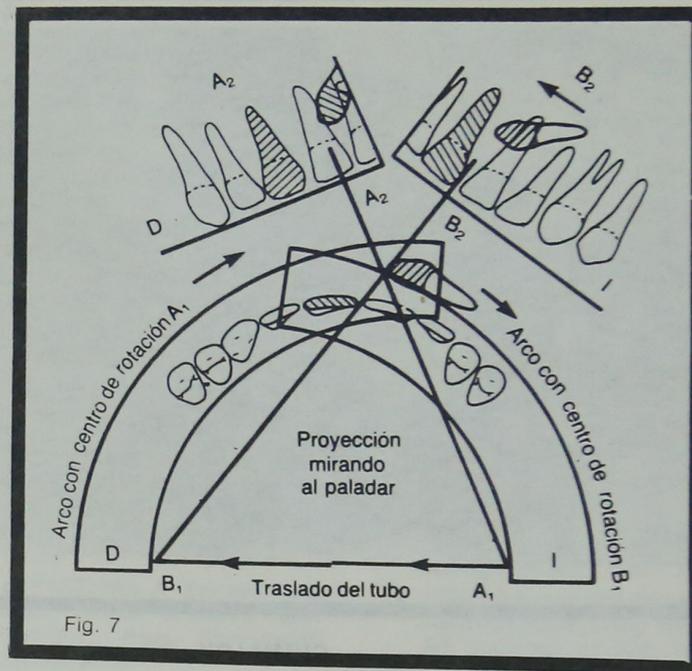


Fig. 7



Fig. 8



Fig. 9

RESUMEN

En este trabajo se destaca la importancia de la correcta localización radiográfica de los caninos superiores retenidos como base de un tratamiento acertado, particularmente en cirugía, pues ese dato funda el abordaje adecuado.

Se hacen una serie de consideraciones sobre la organización de la oclusión y se pasa revista a los aspectos anátomo-radiológicos sobre la posición del diente, su forma y la región en que está retenido.

En el estudio radiográfico, se describen las técnicas retroalveolares y oclusales con sus diversas modificaciones, realizándose la discusión de todas ellas.

Se concluye en que con la técnica de Clark se obtienen los resultados más satisfactorios según la experiencia del autor.

SUMMARY

In this paper the importance of the correct localization of impacted maxillary canines, by use of radiography, is analysed.

Correct radiographic diagnosis cannot be overemphasised in surgery, as it provides the exact point of incision.

Various considerations concerning occlusal development were taken into account.

Anatomy-radiologic aspects were reviewed including the position of the impacted tooth, its presentation and site.

In this radiographic study, periapical and occlusal techniques, considering various modifications, were described and discussed at length.

In conclusion the author considers and recommends the Clark technique as the most effective in obtaining the most satisfactory results.

BIBLIOGRAFIA

- BESZKIN M.; LEWKOWICZ B.; LOSOVIZ E.; SCHILMAN E. y TORRES M. D. Erupción dentaria. Rev. Ateneo Arg. Odont. XIX, : 5-14, ene.-mar. 1984 y XIX, 2:1-12, abr.-set. 1984.
- LINDEN F.P.G. van der. De la denture temporaire a la denture permanente. Rev. Orthop. Dento Fac. 1979-80.
- MOYERS R.E. Manual de Ortodoncia. Ed. Mundi, 1976.
- GRECO G.N. A propos de l'etiologie de l'inclusion des canines superieures. Rev. Orth. Dent. Fac. 1979:331.
- JACOBY H. The etiology of maxillary canine impactations. Am. J. Orthod. 84 (2): 125-132, 1983.
- FOURNIER A., TURCOTTE J. and BERNARD C. Orthodontic considerations in the treatment of maxillary impacted canines. Am. J. Orthod. 81 (3): 236-239; march 1982.
- PONS J. et PASTUREL A. Extraction des dents incluses: canines et autres dents. Encycl. Med-Chir., Paris, Stomatologie 6-1978, 22096, A 10.
- BEECHING B. W. Radiologia dental. Interpretación de imágenes. Ed. Doyma, 1983.
- MOREAU R. Radiographie intrabuccale. Encycl. Med.-Chir. París. Stomatologie II-1978, 22010, D 15.
- ALVAREZ A.F. y TORRES M.D. Pautas clínico-radiográficas en la movilización quirúrgica de caninos superiores retenidos. Rev. Circ. Od. Rosario 42 (4):3-13.
- PAUL L. W. and JUHL J.H. The Essentials of Roentgen Interpretation. Harper and Row Pub. 1972.
- WUEHRMANN A.H. and MANSON-HING L.R. Dental Radiology. The C.V. Mosby Co., 1977. págs. 353-355.
- STAFNE E.C. Oral Roentgenographic Diagnosis. W. B. Saunders Co., 1969. págs. 42-58.
- MANSON-HING L.R. Panoramic Dental Radiography. Ch. Thomas Pub., 1976. Págs. 87-89.
- LOCHT S. and POULSEN S. Intra-observer variability in the assessment of panoramic radiographs of children aged 9-10 years. Dentomaxillofac. Radiol. 9:28-31, 1980.
- OSTROFSKY M.K. Localization of impacted canines with Statuas-X Radiography.
- WOLF J.E. and MATTILA K. Localization of impacted maxillary canines by panoramic tomography. Dentomaxillofac. Radiol. 8:85-91, 1979.
- CLARK H.B. Práctica de la Cirugía Oral. Ed. Bibliográfica Arg., 1957. Pág. 190.
- EWAN G.E. and SHERIDAN W. Locating impacted cuspids. Using the Shift technique. Am. J. Orthod. 41:926, 1955.
- GUARDO A. Manual de Ortodoncia. Ed. El Ateneo.
- ALVAREZ A.F.; CHUDNOVSKY A. y TORRES M.D. Cirugía en alteraciones de la erupción dentaria: Colaboración quirúrgico-ortodóncica. Rev. Ateneo Arg. de Odont. XIV: 16-30, En.-Junio 1978.
- DAHAN J. La guidance d'éruption de la canine supérieure. Résultats parodontaux.
- BECKER A. BIMSTEIN C.D. and SHETTYER A. Interdisciplinary treatment of multiple unerupted supernumerary teeth. Am. J. Orthod. 81 (5): 417-422. May 1982.

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

Disfunción Témporomandibular en Dentición Temporalia

MARIA ROSA SUGLIA

Se presenta para la consulta el paciente Christian, de cinco años de edad.

DEMANDA

Dolor.

Observación por parte de la madre por la falta de una pieza dentaria.

NECESIDAD

Realización de estudios:

- 1°) ANALISIS FUNCIONAL.
- 2°) ANALISIS FACIAL Y CORPORAL.
- 3°) ANALISIS MORFOLOGICO (maxilares dentarios)
ANALISIS RADIOGRAFICOS (panorámicas periapicales, telerradiografías)

1°) ANALISIS FUNCIONAL

El análisis de la función mediante la batería de los 9 test de Krogh Paulsen dio como resultado la presencia de:

- 1) Irregularidades en el movimiento de apertura y cierre bucal (actividad tónica).
- 2) Dolor muscular por palpación.
- 3) Chasquido.
- 4) Posición de primer contacto muscular distinto de la posición de máxima intercuspación.
- 5) Deslizamiento lateral entre máxima retrusiva y posición de máxima intercuspación.

Según Krogh Paulsen, cuando tenemos 3 tests positivos estamos en presencia de disfunción témporomandibular. Es importante aclarar que la presencia de traba de la articulación témporomandibular y/o deslizamiento lateral entre relación de máxima retrusiva a máxima intercuspación, ya de posición nos indica disfunción témporomandibular.

Particularmente, en este caso la presencia de 5 de los 9 tests positivos nos indica disfunción de la articulación témporomandibular.

El examen funcional exhaustivo dio como resultado:

FUNCION DOLOROSA CON CHASQUIDO Y PERIARTRITIS. MIOCITIS DE:

ESTABILIZADOR SAGITAL BILATERAL (temporales).

RETRUSOR MANDIBULAR LADO IZQUIERDO (músculo digástrico).

DIDUCTOR BILATERAL (músculos maseteros superficiales).

FLEXOR IZQUIERDO (músculo esternocleido mastoideo).

En el nivel del área de las superficies contactantes oclusales encontramos MORDIDA CRUZADA UNILATERAL Y MICROTRAUMA.

Los factores de riesgo para tener en cuenta son los esqueléticos (posible tendencia a la mesioclusión).

2°) ANALISIS FACIAL Y CORPORAL

MARIA ROSA SUGLIA

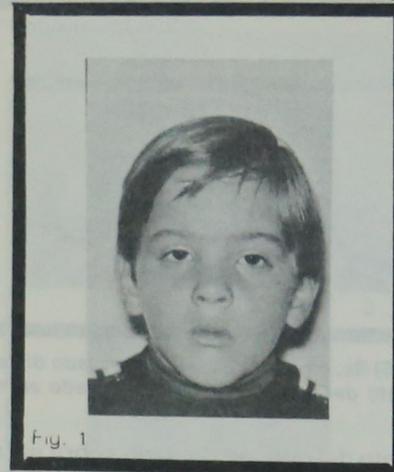


Fig. 1) Foto frontal donde se observa ligera desviación del mentón.

En el análisis facial encontramos ligero predominio del tercio inferior de la cara, con cierta tendencia a la mesioclusión. Ligera desviación del mentón hacia el lado izquierdo (asimetría facial). Corporalmente no nos fue posible detectar anomalías.

3°) ANALISIS MORFOLOGICO (maxilares dentarios)

Este análisis nos permitió comprobar que la marcada DESVIACION MANDIBULAR HACIA LA IZQUIERDA EN LA MAXIMA INTERCUSPACION SE DEBIA:

a) Desarmonía de forma y tamaño de los maxilares: forma cuadrangular para el maxilar inferior y triangular para el maxilar superior.

b) La existencia de un plano oclusal inclinado causado por extrusión alveolo-dentaria superior lateral derecha, a consecuencia de la infraoclusión observada en el segundo molar temporalio y su desplazamiento distal.

La falta de concordancia de forma y tamaño de los maxilares y la inclinación del

Volumen XX — N° 3 Octubre 1984 - Marzo 1985



Fig. 2) Foto perfil facial, se observa ligero predominio del tercio inferior de la cara.

plano oclusal llevó a la mandíbula a una POSICION DE CONVENIENCIA en la máxima intercuspación a efectos de lograr la mayor cantidad de puntos de contactos dentarios.

Por mesial del segundo molar temporalio inferior derecho lindando con la zona aparentemente desdentada y adosada a la misma, es posible ver una estructura de "tipo" dentaria que puede confundirse con un resto dentario.

Ambos maxilares presentan simetría individualmente. Es posible observar coincidencia de las líneas medias superior e inferior en la POSICION DE REPOSO MANDIBULAR. Esta observación es de fundamental importancia, ya que no bien se detecta mordida cruzada sin estar alterada la simetría en posición de reposo, la corrección requiere menos tiempo que cuando se observa no coincidencia de las líneas medias en la mencionada posición.

4°) ANALISIS RADIOGRAFICOS

El análisis radiográfico panorámico

Ateneo Arg. de Odontología — 19

permitió detectar la presencia de una zona radioopaca de menor tamaño comparada con una pieza dentaria. Esta zona está rodeada de una zona radiolúcida. La extracción quirúrgica de esta formación y del segundo molar temporario, al cual estaba adosada, **permitió definir** a la misma como un **tumor odontogénico**.

Según Mc Donald, este tipo de tumores determina siempre el desplaza-

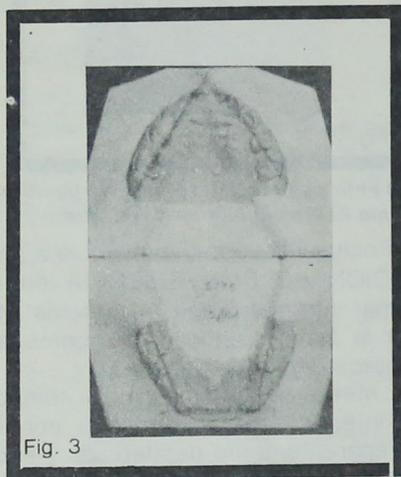


Fig. 3

3) **Desarmonía, forma y tamaño de ambos maxilares.**

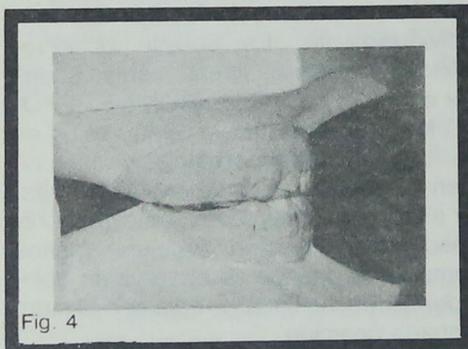


Fig. 4

4) **Plano oclusal inclinado observado en la foto de perfil de los modelos en oclusión lado derecho del paciente.**

20 — Ateneo Arg. de Odontología



Fig. 5

5) **Rx. panorámica, se ve marcado distalamiento del \bar{e} y el odontoma adosado al mismo.**

miento del germen dentario sobre el cual se ha originado. Son lesiones específicas que tienen predilección por los niños. Pueden tener origen ectodérmico, mesodérmico o mixto. Este adenoameloblastoma, que así se lo define, está asociado a la corona de un diente retenido o no erupcionado.

En este paciente el tumor determinó el desplazamiento del segundo molar temporario y la imposibilidad del mismo para alcanzar el plano oclusal, aparentando un diente sumergido.

Es necesario remarcar la importancia de la toma panorámica, sobre todo en las alteraciones de la erupción dentaria, ya que nos permite una visión generalizada del proceso eruptivo.

2) **RADIOGRAFIAS PERIAPICALES**

Los hallazgos radiográficos observados en la toma radiográfica panorámica, fueron corroborados y profundizados con la toma periapical.

3) **TELERRADIOGRAFIA**

Debido a la alteración posicional de la mandíbula diagnosticada, se pospone el análisis telerradiográfico hasta eliminar la

Volumen XX — N° 3 Octubre 1984 - Marzo 1985

posición forzada de la mandíbula en máxima intercuspación.

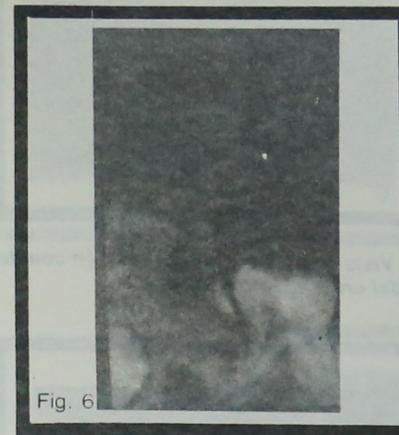


Fig. 6

6) **Rx. periapical donde se observa la zona radioopaca rodeada de una zona radiolúcida y la dilaceración de las raíces del \bar{e} .**

TRATAMIENTO

a) **TRATAMIENTO SINTOMATICO**

- 1) Eliminar dolor.
- 2) Relajar musculatura.

b) **TRATAMIENTO CAUSAL**

- 1) Centralizar la mandíbula.
- 2) Armonizar forma y tamaño de los maxilares.
- 3) Nivelar plano oclusal.
- 4) Eliminación de interferencias en los desplazamientos mandibulares, logrando así libertad en los movimientos mandibulares.
- 5) Eliminación quirúrgica del tumor.
- 6) Control radiográfico de la erupción.
- 7) Análisis telerradiográfico: predicción de crecimiento.

Volumen XX — N° 3 Octubre 1984 - Marzo 1985

PLANIFICACION TERAPEUTICA

Se decidió por una placa Björk modificada. La misma consta **de tornillo medio, ganchos-flecha de retención** (da una mayor retención a la placa), **superficie oclusal cubierta**.

Esta **superficie oclusal cubierta se la utilizó como férula desprogramadora**, impidiendo el contacto en el nivel del momento final de cierre mandibular, responsable de la desviación mandibular.

La característica de esta placa en el nivel oclusal es que debe tener la mínima altura necesaria para evitar cualquier tipo de interferencia durante los desplazamientos mandibulares. Si la altura va más allá de la necesaria, se produce fatiga muscular.

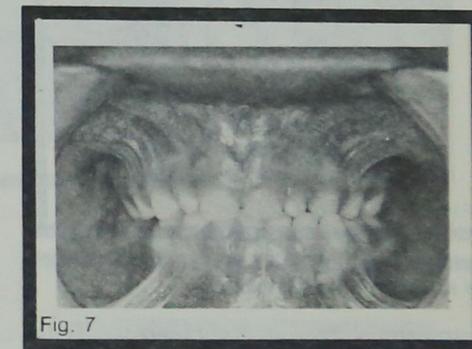


Fig. 7

7) **Máxima intercuspación observada frontalmente.**

Una vez instalada la placa se procedió a activar el tornillo medio semanalmente a efectos de producir una correspondencia en la forma y tamaño de los arcos dentarios.

Transcurridos de 2 a 3 meses del tratamiento, se comprobó la necesidad de aumentar la altura de la placa, ya que se producían interferencias durante los

Ateneo Arg. de Odontología — 21

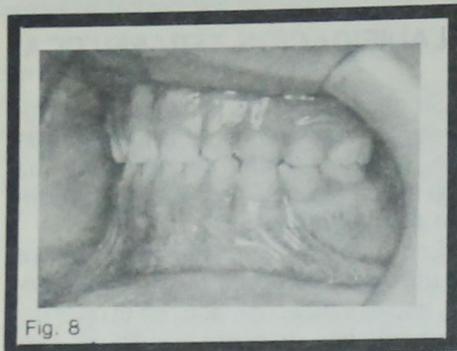


Fig. 8

8) Máxima intercuspación vista lateralmente, donde es posible observar marcada inclinación del plano oclusal determinado por la extrusión alveolodentaria superior.



Fig. 9

9) Vista en máxima intercuspación con detalle del cruzamiento dentario.

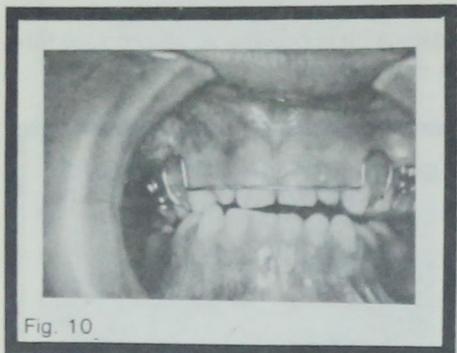


Fig. 10

10) Placa de Bjork modificada, utilizada como férula desprogramadora.

desplazamientos mandibulares. Esta podría haber sido la causa de no lograr el cruce. Se comprobó la ausencia de fatiga muscular en la nueva altura de la férula. Automáticamente se produjo el cruce a la semana. Si bien no existía coincidencia de líneas medias en máxima intercuspación, fue lograda la reubicación mandibular.

Dos factores debemos en este momento tener en cuenta:

1) MODIFICAR LA ALTURA DE LA PLACA.

22 - Ateneo Arg. de Odontología

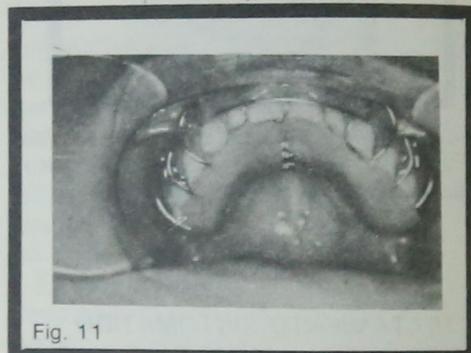


Fig. 11

11) Superficies oclusales cubiertas por la placa, con superficies lisas, y donde debe controlarse la falta de interferencias en los deslizamientos mandibulares.

2) AJUSTE Y NIVELACION DEL PLANO OCLUSAL.

1) Logrado nuestro objetivo, se debe eliminar toda la superficie cubierta de acrílico en el nivel oclusal, liberando a su vez de acrílico la zona lingual anterior evitando la posible interposición lingual. Dar de inmediato funcionalidad a la lengua.

- 2) El ajuste oclusal permite:
- nivelación del plano oclusal.
 - Centricidad: eliminando la latera-

Volumen XX - N° 3 Octubre 1984 - Marzo 1985



Fig. 12

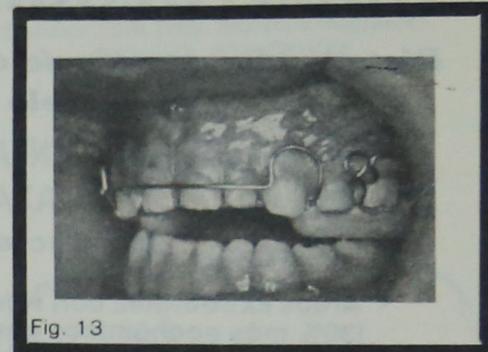


Fig. 13

12), 13) y 14) Transcurrido un tiempo, y al comprobarse la ausencia del

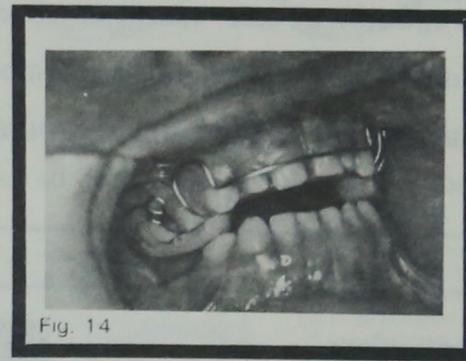


Fig. 14

cruzamiento dentario esperado, se procede a elevar la altura de la placa.

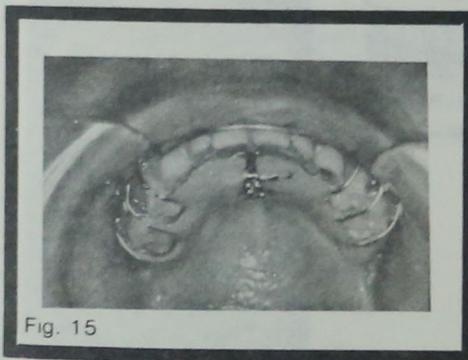


Fig. 15



Fig. 16

15) y 16) No bien logrado el cruce, se alivia la zona anterior de la placa y se elimina la superficie oclusal.

Volumen XX - N° 3 Octubre 1984 - Marzo 1985

Ateneo Arg. de Odontología - 23

ORTODONCIA - ORTOPEDIA ODONTOLOGIA EN GENERAL

Distribuidos por **María del Carmen S. de Rizzolo**
y **Marcelo A. Rizzolo**

*DENTAURUM.
LAXAGUE.

Productos Propios

- Arcos Extraorales con refuerzo de alambre Remanium, (30% más económicos que los precios de plaza).
 - Elásticos de tracción extraoral - cervical.
 - Arcos labiales preformados para placas de ortopedia.
 - Porta alicates.
 - Alambre de ligadura de 0,20 - 0,25 - 0,30 fraccionado por nosotros.
- Mencionando este aviso, 10% de descuento.

DISTRIBUCION ESMERADA EN CONSULTORIO

Los Patos 1130 (1642) San Isidro Bs.As. 766 - 1459. De 8,30 a 12,30

Vaicerón®

ACRILICO PARA
BASE DE DENTADURAS

VAICEL

ACRILICO AUTOCURABLE PARA REPARACIONES

Producidos por

SOLICITELOS
A SU PROVEEDOR HABITUAL

Vaiceril
S.A.

Llavallol 1193 - Lanús Oeste - Tel. 241 - 1907



D
DENTAURUM

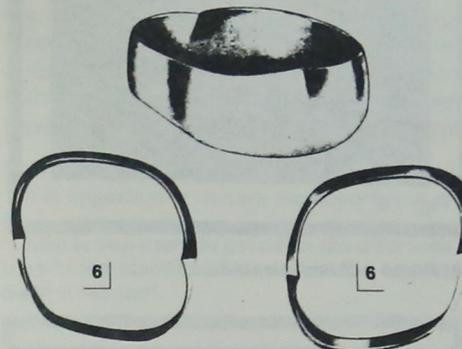
Horario de atención
de 9 a 18 (corrido)

Paraguay 2070 - Cap. -
Teléfono: 83-4185

dentaform®

Bandas para 1ros. molares
superiores, derechas e izquierdas

De contorneo anatómico

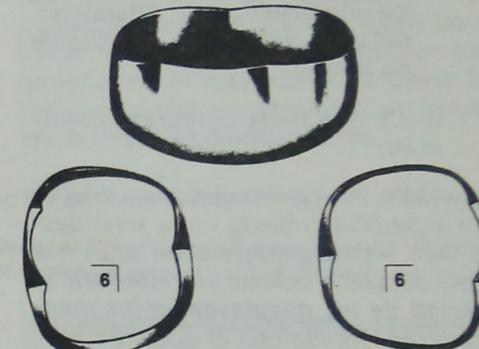


UR - derechas

UL - izquierdas

Bandas para 1ros. molares inferiores,
derechas e izquierdas

De contorneo anatómico



LR - derechas

LL - izquierdas

Características:

- Surtido seleccionado por estadística
32 tamaños para superiores derechos
= numeración roja
UR 1 - 32 con sello en lado mesial
32 tamaños para superiores izquierdos
= numeración azul
UL 1 - 32 con sello en mesial
- Anchura creciente de la banda en
proporción al tamaño del diente.
Núm. 1 - 8 = altura bucal/lingual 4,30 mm
Núm. 9 - 24 = altura bucal/lingual 4,65 mm
Núm. 25 - 32 = altura bucal/lingual 5,00 mm
- Espesor creciente de la banda en
proporción al tamaño del diente.
Núm. 1 - 8 = 0,12 mm
Núm. 9 - 24 = 0,15 mm
Núm. 25 - 32 = 0,18 mm
- Resistencia, ajuste y adaptación ideal
- Excelente retención lingual /bucal
- No hay interferencia de oclusión.

Características:

- Surtido seleccionado por estadística
32 tamaños para inferiores derechos
= numeración azul
LR 1 - 32 selladas por lado mesial
32 tamaños para inferiores izquierdos
= numeración azul
LL 1 - 32 con sello en mesial.
- Anchura creciente de la banda en
proporción al tamaño del diente
Núm. 1 - 8 = altura bucal/lingual 4,30 mm
Núm. 9 - 24 = altura bucal/lingual 4,55 mm
Núm. 25 - 32 = altura bucal/lingual 4,80 mm
- Espesor creciente de la banda en
proporción al tamaño del diente
Núm. 1 - 8 = 0,12 mm
Núm. 9 - 24 = 0,15 mm
Núm. 25 - 32 = 0,18 mm
- Resistencia, ajuste y adaptación ideal
- Excelente retención lingual/bucal
- No hay interferencia de oclusión.

Dentaform Informations-Service
Postfach 440 · D-7530 Pforzheim · Tel. 07231 / 8711

DIS
DIS
DIS
DIS

73

989-573-4

lización entre máxima retrusiva y máxima intercuspación.

c) Eliminación de los contactos en los movimientos de lateralidad; del lado de trabajo y del lado de no trabajo.

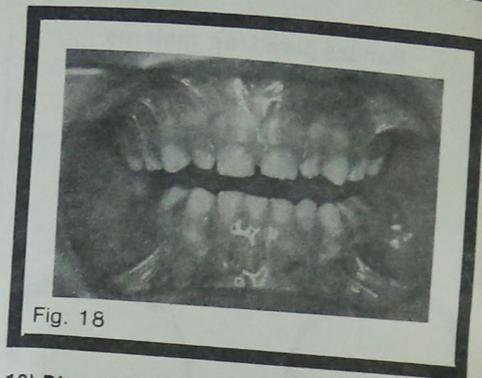
d) Control de la protrusión mandibular.

En tanto, se diseñó una placa inferior con superficie cubierta en la zona desdentada. Esta superficie debe llegar a la altura del plano oclusal *sin interferir la libertad de los desplazamientos mandibulares* logrado con el ajuste oclusal. La función de esta placa es actuar como mantenedor de espacio.

Con placa en su posición se indicó control radiográfico periapical a efectos de seguir la senda de erupción del primer molar permanente, muy distalado a consecuencia de todo este proceso. Evidentemente los controles deben ser periódicos.



17) Marcas dentarias con lápiz indicando donde debe efectuarse la nivelación del plano oclusal.



18) Plano oclusal nivelado.



19 y 20) Máxima intercuspación lograda a los pocos meses de iniciado el tratamiento.

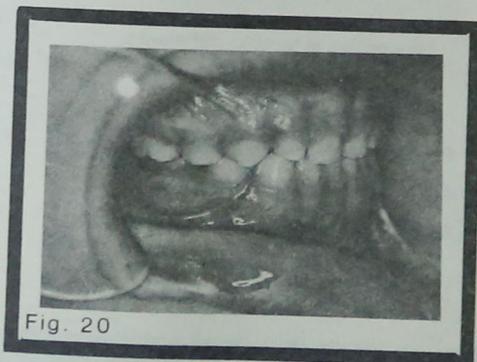


Fig. 20

RESUMEN

En este trabajo se destaca la importancia del análisis funcional en todas las edades, especialmente en dentición temporaria, y el inmediato tratamiento si se ha detectado disfunción temporomandibular. Se pone de relieve la diferenciación entre asimetría

SUMMARY

It is important to remark the importance of doing the functional analysis in patients of all years old.

Also is important to establish the difference between positional asymmetries and individual asymmetries of the mandible. To prevent the installation of skeletales asymmetries it is necessary the immediate treatment.

posicional de los maxilares y asimetría individual de los mismos. Se sostiene que la presencia de una posición mandibular de conveniencia requiere su inmediato tratamiento para evitar la instalación de asimetrías esqueléticas. El tratamiento impone la realización del ajuste oclusal en todas las posiciones mandibulares.



Fig. 21



Fig. 22



Fig. 23

21) Placa inferior en posición.
22 y 23) Controles radiográficos que se efectúan con la placa inferior en posición a los efectos de seguir la guía eruptiva $\bar{6}$.

BIBLIOGRAFIA

1. CANUT J.A. Análisis Funcional de la A.T.M. en el niño. Rev. Española de Ortodoncia, VIII (3), 1976.
2. Mc. DONALD R. Odontología para el niño y el adolescente. Ed. Mundi, Buenos Aires.
3. MUYERS R. Manual de Ortodoncia. Ed. Mundi, Buenos Aires.
4. PERRY H.T. Jr. La función y la disfunción mandibular: un problema dental. Rev. Ateneo Arg. Odont. XVIII (4), 1983.
5. ZIELINSKY L. Dolor en la región orofacial. Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires.

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

Fundamentos Del Arco Ideal

EDUARDO E. SUSSMAN

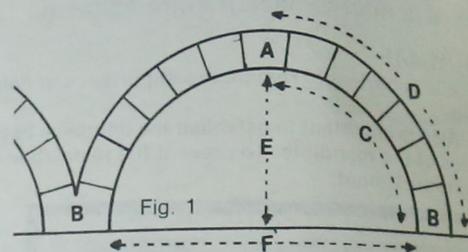
Los ortodoncistas tenemos en nuestras manos una de las revelaciones más bellas y armoniosas de la naturaleza: el arco dental.

Sin embargo, si no resolvemos nuestros problemas, desde un punto de vista mecánico, de la misma manera que la naturaleza resuelve los suyos, como un arquitecto sus construcciones, estamos invitando a errores muy cercanos al fracaso.

Un arco se define como "una serie de piedras (bloques, dientes, etc.) colocadas lado con lado, en una curva, de tal manera que si ambos extremos del arco o cuerpo los fijamos en su lugar, las porciones del arco entero se soportan entre sí.

Esto nos induce a pensar en las propiedades de un arco continuo con respecto a un plano, en cuanto a su resistencia. Por ejemplo: un barril es más fuerte que una caja, la cáscara de un huevo es delicada, pero cuenta mucho trabajo apretarla por sus extremos; la Tierra, los planetas, las órbitas, los árboles, las flores, todo lo que la naturaleza crea tiene incorporado al principio del arco, el cual se combina con belleza, fuerza, armonía y balance.

Los arcos más primitivos son las cuevas en las montañas, que soportan una mole encima, los nidos de las aves. Los arcos más modernos pueden llamarse Coliseo Romano, grandes catedrales, acueductos, puentes; que fueron realizados sin la tecnología actual, especialmente sin cemento, sólo con arcilla.



Un arco consta de varias partes fundamentales (Fig. 1).

- A - La piedra llave
- B - Bases de fijación
- C - Superficie interna
- D - Superficie externa
- E - Elevación
- F - Distancia entre contrafuertes.

Más adelante veremos la importancia de A (alineación incisiva); B (llave molar); C y D (alineación lateral); E (altura del arco anterior) y F (ancho intermolar).

Si dividimos el block en 3 partes, formamos el tercio externo, medio e interno, el cual para ser mecánicamente estable la línea de acción debe pasar por el tercio medio del bloque, o sea por la mitad del ladrillo (diente). Si se da esa condición, este bloque debe mantenerse por sí mismo, sin ningún tipo de adhesivo.

Si hay 1), deslizamiento de uno de los ladrillos; 2), rotación de los bloques; 3), estrujamiento del arco; 4), falla de la base: los arcos se desmoronan.

1) Hay desplazamiento interno o externo de los ladrillos (dientes) si el arco está construido muy chato o muy pun-

EDUARDO E. SUSSMAN

tiagudo, pues al deslizarse la fuerza no pasa por el tercio medio y se desmorona (recidiva).

2) Cuando la línea de acción pasa por el tercio externo o interno tiende a rotar los bloques, lo que causa el fracaso (insuficiente tratamiento o retención).

3) El arco está estrujado si el peso impuesto es más grande que la fortaleza del material utilizado (en nuestro caso, hábitos, desequilibrio muscular).

4) Si los arcos se asientan sobre un terreno pantanoso se desmoronan (relación con la base apical incorrecta).

El cuerpo humano presenta muchos arcos. Por ejemplo en los pies, la cabeza, el pubis, tórax, cigomático, etc. y, por supuesto, los tres arcos dentales.

1) El arco dental superior; 2) el arco dental inferior, y 3) el arco que se origina en la base de la mandíbula de un lado pasa por los dientes inferiores, los dientes superiores, sigue el contorno del paladar y baja por el lado opuesto.

Los arcos dentales son realmente curvos en su sector anterior, el soporte de éstos son premolares y molares. En un arco normal y estable, una curva pasa por el punto de contacto de los seis dientes anteriores inferiores en un semicírculo perfecto, y será de una línea recta que pasa por el **tercio medio** de premolares y molares a través de sus puntos de contactos.

Por ello es fundamental colocar nuestros braquets **guiándonos por los puntos de contactos** más que por las dimensiones del diente.

El tercer arco tiene en el velo del paladar su parte curva, y sus líneas rectas que lo soportan pasan a través de la raíz superior, corona superior, corona inferior, raíces inferiores y hueso basal donde se diluyen las fuerzas. Estos tres arcos dependen mutuamente entre sí para su estabilidad. Por otra parte, la lengua

mantiene el arco para que no haya desplazamiento de los "ladrillos" hacia adentro, y los carrillos evitan el desplazamiento hacia afuera.

Existe el patrón individual en los arcos, pero esta diferencia debe ser muy leve y sin salir de los lineamientos generales.

La diferencia en general con los arcos arquitectónicos es que éstos soportan fuerzas verticales solamente y deben estar bien apoyadas en sus extremos. Nuestros arcos las soportan en todas direcciones, pero tenemos aliados: bases óseas y musculaturas.

La parte en **común** es que las fuerzas deben dirigirse en una determinada dirección únicamente si las estructuras permanecen en equilibrio.

EL ARCO IDEAL

Cuando estamos finalizando un tratamiento de ortodoncia, llega un momento donde surgen preguntas y a veces dudas sobre nuestros objetivos finales de tratamiento tales como:

¿Dónde debo colocar cada diente en su lugar en el arco?

¿Puedo imitar a la naturaleza y obtener no sólo dientes alineados, sino balance, gracia y belleza?

¿Puedo interrelacionar ambas arcadas para su función en estrecha relación con su morfología y tipo facial de ese individuo?

Evidentemente sin la adaptación y corrección funcional no podríamos hacer ortodoncia, pero cuanto más cerca estemos de la normalidad el éxito es más probable.

Ya en 1928, Angle, sugirió algo al respecto, y describió el arco de canto y hablaba de simetría, anchos molares y caninos, e inclinación axial correcta. Evidentemente, sabemos que si esto no se da, se logran sólo recidivas, inestabili-

dad, contactos dentarios anormales, trabas funcionales, etcétera.

Para comenzar, es que debe haber **simetría** en las arcadas, si se desea éxito, desde el centro hasta el tubo molar de cada lado debe haber la misma distancia.

Para la construcción de este arco, existen tantas técnicas como autores, inclusive cada uno de ellos varía la forma, por ejemplo:

Tweed, hace operaciones matemáticas con un compás;

Langlade, hace el arco en la boca;

Bonwill, a partir de un arco standard.

Hawley, modificó el de Bonwill;

Ricketts, hace compensaciones en premolares;

Graber, y otros, los modifican.

CONSTRUCCION DEL ARCO IDEAL

En general, hay consenso de comenzar con el **arco inferior**, pues éste es el que determina el futuro de la maloclusión; a partir de él, el superior.

También se deben construir las compensaciones premolares, por lo que luego comentaremos.

Tomamos la cartilla de Bonwill Hawley, con su línea media trazada, a la cual trasladamos las características del

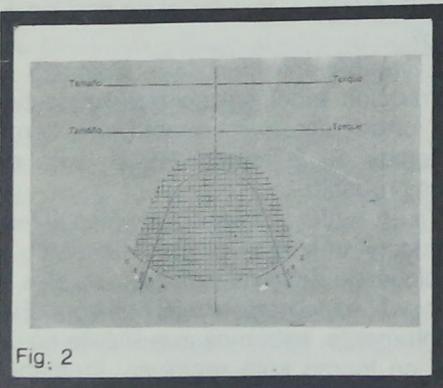


Fig. 2

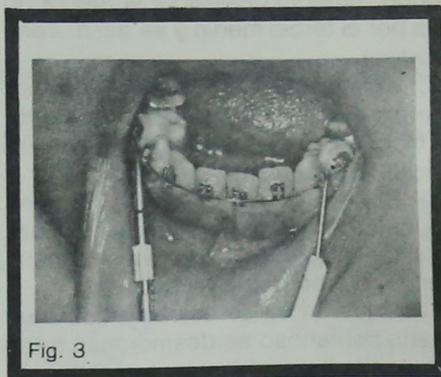


Fig. 3

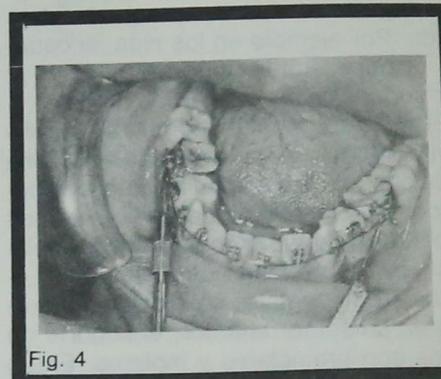


Fig. 4

paciente de la siguiente manera: (Fig. 2).

1) Medimos la distancia más prominente de las caras vestibulares de los caninos en el centro de los braqu岸os con un compás de dos puntas (Fig. 3).

2) Medimos la distancia intermolar a la altura de la entrada de los tubos (**con el arco puesto**) (Fig. 4).

3) Se trasladan ambas medidas a la cartilla, simétricamente, a ambos lados de la línea media de la curva, la cual es usada para controlar la simetría (Fig. 5).

4) Se mide desde el medio hasta mesial del canino inferior (con el arco puesto) y si no lo tiene, agregar 1 mm en cada medida trasladando esa medida a la curva de la cartilla y por el **lado inter-**

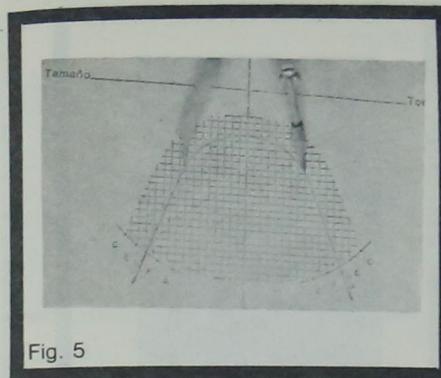


Fig. 5

no marcar con el N° 1 (Fig. 6), de ambos lados.

5) Medimos desde mesial del canino hasta mesial del 1er. premolar y se marca en la curva con el N° 2 por el lado interno.

6) Tomando desde mesial del 1er. premolar hasta la entrada del tubo molar, se marca y anota N° 3, se agrega 1 cm. para sobrepasar el tubo y se marca N° 4 (Fig. 7).

7) Para la arcada superior no se toma ningún ancho, ya está determinado por el inferior, lo único es que hay que marcarlo y construirlo por afuera de la curva.

Se mide de la línea media hasta mesial del lateral y se anota **por afuera** el N° 5 (de ambos lados).

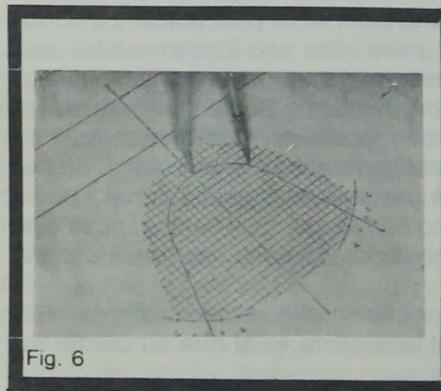


Fig. 6

8) Se marca desde distal del lateral a mesial del canino con el N° 6.

9) Mesial del canino a mesial del 1er premolar con el N° 7.

10) Mesial 1er premolar hasta el tubo molar N° 8 y se agrega 1 cm. marcando con el N° 9.

CONSTRUCCION DEL ARCO IDEAL INFERIOR

11) Se toma alambre azul 0.4 x 0.4 y

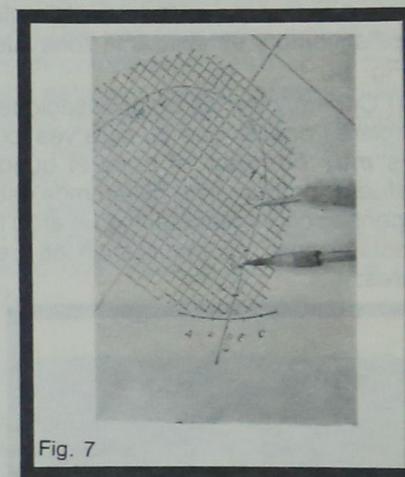


Fig. 7

se lo contornea en la torre, adaptándolo al arco de la cartilla.

12) Se marca con lápiz o raspando la **línea media** del alambre.

13) Ese arco contorneado se superpone al de la cartilla y debe quedar **por dentro**, y marcamos el N° 1 de cada lado, se retira y confeccionan las curvaturas caninas; las cuales, una vez finalizadas, se vuelvan a adoptar el arco a la parábola original.

Los incisivos inferiores no llevan dobleces; éstos deben ser paralelos en sus raíces y coronas, y con su borde incisal tocando la línea Apo, de lo contrario el contacto del incisivo lateral con el

canino no es estable, y siendo común que ocurra el colapso en esta zona antes que otra.

En cambio si la sección que va de canino a canino inferior puede ser sostenida en correcta relación, mantendrá la estabilidad de la dentadura por largo tiempo.

Esa curvatura canina tiene como función ubicar el canino y mantenerlo en posición, el contacto con el lateral debe estar un poco por lingual de la cara distal de este diente. Lo que permite disimular un apiñamiento y estabilizar la zona lateral (Fig. 8).

14) Construimos las compensaciones premolares, puesto que su cara vestibular es **muy bulbosa**, el braquet queda por afuera, porque si no hiciéramos esta compensación y colocáramos un arco liso hasta el molar, se lingulizarían los premolares.

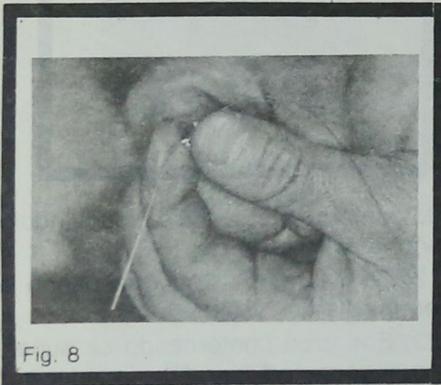


Fig. 8

Se readapta el arco a la parábola.

15) Compensaciones molares y Toe in.

Tienen como objeto salvar el tubo molar y a la vez girar el molar para que su cúspide distovestibular alcance el reborde marginal del 2do. molar. Además, como veremos luego con el torque progresivo, las raíces tienen un marcado volca-

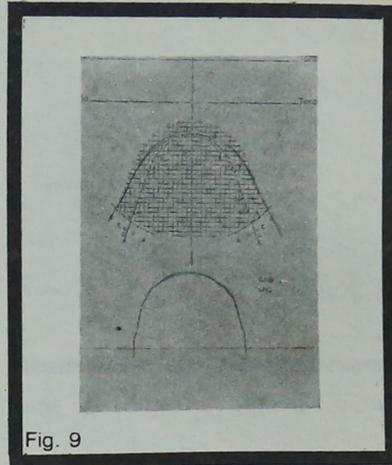


Fig. 9

miento vestibular y un tip back de 5. (Fig. 9).

CONSTRUCCION DEL ARCO IDEAL SUPERIOR

16) Contorneamos un nuevo alambre 0.4 x 0.4 en la torre y lo colocamos **por fuera** de la parábola.

17) Marcamos el **punto medio**, y en el N° 5 realizamos un **inset** para el lateral superior (ambos lados). Los incisivos centrales son, con un pequeño entrenamiento, fácilmente ubicables, aunque muchas veces vemos que se los dejan con mucho overbite por no poder dar el torque correcto.

Este inset sirve para ubicar los laterales, pues ellos son fundamentales para la belleza por ser más cortos y menos prominentes que los centrales en el arco y están inclinados hacia mesial, además no están derechos sino rotados, de manera que el arco siga una curva y no un plano con respecto al central, pues este plano daría a la boca una forma cuadrada.

Por ello en el inset escondemos el lateral levemente igual que su borde distal.

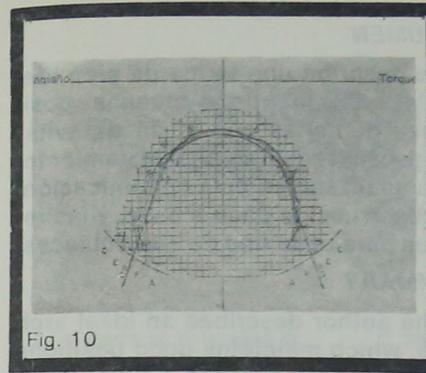


Fig. 10

Si por delante son más angostos por palatino están **en el mismo nivel** que los centrales; y así debe ser, pues los 4 incisivos inferiores son paralelos, y cualesquiera de estas características que se alteren el efecto estético se resiente. Visto de frente el central tiene una angulación axial de 2°, y el lat. 5° hacia distal.

18) Medimos hasta mesial del canino (N° 6) y realizamos la curvatura canina.

Los caninos deben dar belleza y estabilidad al arco y su ubicación correcta sería con su cuerpo prominente **más afuera** que sus vecinos, sus raíces bien hacia bucal y su corona con una inclinación lingual.

19) Tomamos la distancia reubicando en la cartilla, y en el N° 7 construimos la compensación premolar que, como el inferior, son bulbosos y forman con el braquet canino y tubo molar una línea convexa, y junto con el torque progresivo colocan las raíces de dichos dientes con su correspondiente inclinación axial, pues si hubo ensanche y las raíces no se torquean, lo más común es la **recidiva**.

20) Reubicamos el alambre (siempre **por fuera** de la parábola el superior) y en el N° 8 realizamos la compensación molar y el toe in por las mismas razones que en el molar inferior. Debemos controlar:

a) Inclinación axial correcta, pues pudo haber sido distalizado o mesializado mucho pivoteando en su raíz palatina. Pudo haber sido utilizado como anclaje y volcado.

b) Falta expansión lateral, especialmente cuando usamos tracción extraoral o botón de Nance.

c) Si está su cúspide distovestibular contactando con el reborde marginal del segundo molar.

21) Se le agrega 1 cm. y se corta.

22) Una vez finalizados ambos arcos, deben compararse entre sí. El maxilar debe estar envolviendo al mandibular de manera que en la zona anterior (incisiva), debe haber una luz de grosor de un alambre, el inset lateral superior debe acercarse al off set del canino inferior, y en la zona lateral debe haber una luz de uno o dos arcos y ser paralelos (Fig. 10).

23) Las coronas dentarias forman con el eje dentario un ángulo que tanto en el superior como en el inferior aumenta hacia atrás. Por ello al colocar los braquets, éstos conservan esa angulación. Si colocamos un arco cuadrado continuo (o no) en esos braquets alteramos o torqueamos esa posición. Por ello debe-



Fig. 11

mos devolver esa posición original con el torque progresivo en el arco ideal.

Si tomamos el arco en distal de la curvatura canina con un alicate, y con otro alicate torcemos el alambre por su extremo distal hacia adentro, obtenemos un torque que va de mayor (zona molar) a menor (zona canina) lo que al ligarlo al braquets inclinará las coronas con un torque progresivo tal como originalmente tenían (Fig. 11).

Como conclusión, no nos conformemos con alinear y controlar si no existe disfunción, démosle a nuestros pacientes la gracia y belleza que, como artesanos, estamos en condiciones de otorgar.

RESUMEN

Se describe una forma de arco ideal, la cual mantiene buenas posiciones dentarias con el fin de evitar colapsos o recidivas post-tratamiento.

Es analizada en esta comunicación, su construcción paso a paso, y las razones para cada uno de sus dobleces.

SUMMARY

The author describes an ideal arch form, which maintains good positions of the teeth, in order to avoid relapse or posttreatments problems.

It is analyzed its construction, step by step, and the reasons for each bend.

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

**CONSULTORIOS DE RADIOLOGIA
DENTO-MAXILO-FACIAL
RADIOGRAFIAS**

**INTRAORALES
EXTRAORALES**

**TELERRADIOGRAFIAS CON ESTUDIO
CEFALOMETRICOS
RADIOGRAFIAS PANORAMICAS
CONDILOGRAFIAS**

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

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

Informaciones del Ateneo

**VII JORNADAS DEL ATENEO
ARGENTINO DE ODONTOLOGIA
(ROSARIO)**

En el marco de la Facultad de Odontología de la Universidad de Rosario, se realizaron las VII Jornadas del Ateneo los días 8, 9 y 10 de noviembre de 1984.

En el curso del acto inaugural, dio la bienvenida a los asistentes el presidente de la filial Rosario del AAO, doctor Anibal Eszkuy, destacando que las jornadas constituyen la actividad culminante de la labor anual realizada en clínicas, laboratorios y aulas, siendo propicio el encuentro para ofrecer la experiencia a la consideración de la profesión y de la comunidad sanitaria.

"La mayor satisfacción de estas VII Jornadas —expresó— es su concreción cuando estamos cumpliendo un año de la decisión argentina de vivir en democracia. Creemos que la actividad compartida por todos, va a posibilitar desarrollar los objetivos que se nos proponen de "salud para todos en el año 2000", con una profesión odontológica feliz de la vocación elegida".

En otra parte de su alocución, expresó: "No solicitemos los favores de los gobernantes. Solamente trabajemos y pidamos que se nos deje hacer en nombre de los intereses de la Patria, para desarrollar una actividad creadora, que haga posible gozar de un mejoramiento de la calidad de vida de la profesión y de la sociedad con la que debemos comprometernos".

El doctor Eszkuy concluyó diciendo: "Así debemos asumir con responsabilidad la democracia: las resoluciones de los congresos e instituciones, las conclusiones de seminarios y jornadas. Los planes de los entes sanitarios de la Nación deberían ser compartidos y profundamente estudiados por todos y llevarlos adelante si estamos de acuerdo. Y si no lo estamos, deberíamos ofrecer mejores argumentos de cambio posibles. Que las imposibilidades coyunturales no nos limitem, mejor que nos estimulen a luchar por la justicia de nuestros reclamos, sin que nos gane el desaliento que tantas veces hizo equivocar el camino de los argentinos. Las soluciones no serán fáciles y habrá que aportar una cuota de sacrificio, pero exijamos que esos sacrificios sean soportados por el conjunto, y mayor será aún nuestra motivación para el esfuerzo".

"Que esta bienvenida sea también una invitación a los asistentes para formular sus inquietudes a los dictantes y para la mayor participación en las sesiones, que será el mejor reconocimiento al tesonero esfuerzo de colegas e instituciones por brindarles una actualización científica y técnica, con todas las connotaciones socioeconómicas que afectan a nuestra profesión, y que debemos solucionar entre todos. Muchas gracias por estar con nosotros".

El doctor Elías Beszkin, presidente del Ateneo Argentino de Odontología, inauguró las VII Jornadas con las palabras que se transcriben:

"En nombre del Ateneo Argentino de Odontología tengo el alto honor de dejar inauguradas las VII Jornadas de la Institución, que constituyen desde sus principios una verificación de las tareas que realizamos anualmente en el área científica y asistencial; tareas que enmarcamos dentro de los lineamientos impuestos desde el momento mismo de la fundación, hace ya más de 30 años".

"Los cursos que se dictan, el número de inscriptos en Buenos Aires, Rosario y Posadas, la cantidad de colegas que asisten regularmente a las diversas clínicas y la cantidad de pacientes asistidos, cantidades superadas año tras año, podría dar la imagen de una gestión exitosa, como si todo estuviera logrado. Pero, aunque se haga bien esta tarea, admitimos no estar del todo seguros de ello, es necesario insistir en mejorarla y acrecentarla con planes futuros vinculados al contexto del país en que vivimos y trabajamos".

"El espíritu de nuestras Jornadas, que se refleja en el programa, es prueba de tal preocupación expresada permanentemente en nuestros cursos, en nuestra Revista y en la participación explícita en todas las instituciones

Informaciones del Ateneo

dores de nuestro desarrollo son la réplica odontológica de otros que añoran tiempos recientes no del todo superados".

"En otro orden de cosas, debemos decir que se eligió a Rosario como sede de las VII Jornadas en el marco de una actitud interdisciplinaria cada vez más para intentar un mayor contacto e intercambio de experiencias en el nivel multidisciplinario con los colegas de esta parte del país. Debemos destacar que esta elección ha sido ampliamente justificada en los hechos por la actividad que han desplegado los integrantes de la filial rosarina del Ateneo, que con su esfuerzo organizativo posibilitar el éxito de estas Jornadas que cuentan, como sede de lujo, nada menos que la Facultad de Odontología de la Universidad de Rosario, lo que constituye una demostración más del clima de democracia y respeto que ansia transitar el pueblo argentino".

representativas del quehacer odontológico, espíritu que habla de la necesaria relación entre los objetivos de las instituciones y las expectativas de mejoramiento técnico de los colegas, junto a las reales necesidades del grueso de la población, aún sin adecuada atención".

"Destacamos nuestra satisfacción ante la confluencia de nuestras permanentes postulaciones con la mayoría de las propuestas presentadas en los planes de Atención Primaria de la Salud Bucal, en el Plan Nacional de Salud y en las modificaciones curriculares de pre y postgrado en la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires".

"Sería pecar de ingenuidad suponer que la aplicación de estos planes por las autoridades pertinentes se harían sin inconvenientes, olvidando que grupos influyentes de la opinión odontológica anteponen sus intereses sectoriales por encima de las necesidades perentorias de la población del país, pretendiendo reverdecir perimidas posiciones elitistas, ya anacrónicas hace cincuenta años, o que fundamenten reclamos distributivos que satisfagan legítimas necesidades de los colegas comparando niveles económicos de un país como el nuestro —heredero de una economía arruinada por el desvalijamiento y la destrucción planificados— con el del país económicamente más desarrollado del mundo".

"Estos mismos grupos frena-

arraigada como expresión de una realidad en marcha en la actividad cotidiana del Ateneo.

Se contó con el concurso activo del Director Nacional de Odontología, doctor Alberto P. Valente; de los Decanos de las Facultades de Odontología de Buenos Aires y Rosario, doctores Ariel O. Gómez y Juan Carlos Maillet, respectivamente; de autoridades y representantes de instituciones profesionales del país, del Colegio de Odontólogos de la provincia de Santa Fe, de las Direcciones de Odontología de la provincia y de la ciudad de Rosario y del Instituto Nacional de Obras Sociales.

Las modalidades de presentación de temas abarcó un amplio espectro: desde las presentaciones personales, los trabajos grupales, las mesas de preguntas y de actualización, hasta las conferencias magistrales y mesas redondas "con micrófono abierto". Se observó, dentro de la ya comentada actitud participativa traducida en diálogo, la coexistencia de grupos generacionales que alternaron con igual entusiasmo, fundiendo en el mismo crisol la experiencia de los mayores, la erudición de los catedráticos y la estimulante inquietud científica y social de los más jóvenes junto a numerosos estudiantes.

El desarrollo del programa, conforme al lema de las Jornadas: "planteos teóricos y prácticos de la odontología de hoy", ofreció a los varios centenares de inscriptos la actualización de conceptos y conocimientos de todas las ramas de la profesión, con participación activa de los asistentes y

Las Jornadas se clausuraron en una comida de camaradería servida a bordo de un barco amarrado en el puerto de Rosario, en cuyo transcurso habló la presidente del Comité Organizador, Dra. Beatriz Lewkowicz, quien expresó:

Informaciones del Ateneo

PALABRAS DE CIERRE EN EL ACTO DE CLAUSURA POR LA PRESIDENTE DEL COMITÉ ORGANIZADOR, DRA. BEATRIZ LEWKOWICZ

"...Y este último discurso viene a poner fin a nuestras VII JORNADAS. El balance definitivo lo hará el tiempo, ya que el objetivo que nos planteamos fue "resumir y exponer el trabajo cotidiano en la Institución y seguir con el mismo entusiasmo nuestra tarea la semana que viene.

No son nuestras Jornadas un hecho aislado, sino un hito más en nuestra actividad permanente, un alto en el camino desde el cual evaluamos lo realizado y proyectamos una nueva perspectiva. No por casualidad se han llamado "Aportes Teóricos y Prácticos a la Odontología de Hoy". Esta denominación tuvo un sentido y fue el de permitir el intercambio de experiencias sobre la mejor atención odontológica posible en el marco de las condiciones socio-económicas de la Argentina de hoy, y orientadas hacia un claro objetivo: la concepción integral de la salud.

Contemplamos dos aspectos de nuestra vida profesional que son dos caras de la misma realidad, y que deben estar integradas: aprender más, para servir mejor.

Durante estos tres días hemos trabajado en dos áreas; no fue casual. Contemplamos los temas científicos y técnicos por un lado, y los socio-económicos, por el otro. Quisimos acercarnos al odontólogo general los aspectos teóricos y prácticos de la odontología actual.

Pero también le hemos dado su lugar a lo social y económico. Pensamos en cada

uno de nosotros, ávidos de nuevos conocimientos, y al mismo tiempo con la necesidad de entender en qué realidad los vamos a aplicar. Y la realidad es objetiva y porfiada. No es la realidad del viejo sueño liberal de nuestros antepasados odontológicos. No es que esos viejos sueños hayan sido buenos o malos. Simplemente, pertenecen al pasado. La historia los ha superado. A partir de aquí, de nada valen las viejas recetas; de lo anterior sacaremos experiencias, pero el futuro se hace con ideas nuevas, tomando conciencia que ésta es la realidad.

El conflicto profesional entre ganar más y ser agente de salud, no se supera entre las cuatro paredes del consultorio.

El origen de nuestras preocupaciones está desde la sala de espera hacia afuera. Y allí también vamos a encontrar las soluciones. Porque no somos agentes del escepticismo, pensamos en un camino único: se llama PARTICIPACION.

Comprometerse con nuestra sociedad, en este momento histórico, es cumplir con la responsabilidad de haber tenido el privilegio de ser universitarios. Va más allá de la crítica menuda, del disenso. Buscar la participación de todos es una forma de reclamar decisiones, de apoyar a aquéllos que saben y que desean los cambios, de impulsar la

concreción de las buenas ideas, de impedir que se congelen en proyectos. Sólo así podremos superar el eterno problema argentino, el "no te metas", la convicción de que la política es exclusiva de los que gobiernan. A ellos les reclamamos espacios abiertos para participar y ofrecerles toda nuestra capacidad al servicio del bien común. Y al respecto no teorizamos. Los que acá estamos somos el ATENEO: algunos viejos amigos y otros que comienzan a conocerlos. Lo que construimos no es poca cosa, lo cimentamos sobre la base de esa participación que reclamamos.

Esta participación fue el modelo en que se cimentó la institución. Es nuestra responsabilidad transmitir este espíritu a las jóvenes generaciones para que no se frustren en este periodo tan complicado para la Argentina, y ofrecerles un marco propicio para sumarse a la tarea, aportar sus inquietudes y desarrollarse como verdaderos agentes de salud y del cambio que la sociedad les reclama.

En alguna forma estas jornadas fueron expresión de esa participación creadora. A todos aquéllos que han trabajado para posibilitar este éxito, nuestro agradecimiento y la invitación a continuar en esta tónica. Y muy especialmente a las autoridades de la Facultad de Odontología de Rosario, que han entendido nuestra propuesta y le han dado el marco necesario para desarrollarla.

La suerte de haberla contado entre nosotros, de haber sido sus amigos, de sentir la nuestra, atenúa el dolor de su ausencia.

Es difícil sintetizar en un texto su vida; fue tan diversa: profesional, mamá, amiga, abuela, compañera; tan llena de matices. Su personalidad tan femenina y tan fuerte; quizás fue la síntesis de lo mejor de la mujer de nuestra época.

Con la fuerza suficiente para concretar proyectos, para no quebrarse frente a la enfermedad; sólo la muerte pudo eliminarla de la lucha.

Abrió caminos no fáciles para la mujer, aceptó responsabilidades, fue triunfadora en la búsqueda de esos caminos, que la llevaron a ocupar los cargos más altos de su disciplina sin declinar la responsabilidad de guía familiar, de solidaridad hacia sus amigos y de formadora científica y humana de nuevas generaciones.

Quien se eleva desde las pequeñeces individualistas en la búsqueda de un futuro luminoso, ingresa en las filas de los hombres útiles a los hombres.

Anita fue una mujer útil. En esto dejó escuela.

B.L.

Doctora Ana Zielinsky



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

FUNDAMENTOS DE EMBRIOLOGIA PARA ALUMNOS DE ODONTOLOGIA

ABRAHAM ABRAMOVICH

EMBRIOLOGIA DE LA REGION MAXILO-FACIAL

ABRAHAM ABRAMOVICH

HISTOLOGIA Y EMBRIOLOGIA DENTARIA

ABRAHAM ABRAMOVICH

TRATAMIENTO PROSTODONTICO PARA EL PARCIALMENTE DESDENTADO

GEORGE A. ZARB. BO BERGMAN, JOSEPH A. CLAYTON y HIGH F. MACKAY

TRATAMIENTO DE DIENTES TRAUMATIZADOS ANTERIORES EN NIÑOS

J.A. HARGREAVES, J.W. CRAIG y H.L. NEEDLEMAN

PROCEDIMIENTOS DE LABORATORIO PARA DENTADURAS TOTALES Y PARCIALES

DEREK ATANANOUGH

PROCEDIMIENTOS DE LABORATORIO PARA INCRUSTACIONES, CORONAS y PUENTES

DEREK STANANOUGH

COMPENDIO DE PERIODONCIA

NUEVA EDICION

FERMIN A. CARRANZA, JUAN J. CARRARO y NORMA ZSNAJDER

EDITORIAL MUNDI S.A.I.C. y F., PARAGUAY 2100, C.C. 47 - SUC. 53, 1453 - CAPITAL FEDERAL, ARGENTINA. 83-9393, 83-9663

Educación para la Salud

VACUNAS*

INTRODUCCION

Las enfermedades transmisibles o infecciosas constituyen todavía un problema sanitario de gran importancia en nuestro país.

Se llaman "enfermedades transmisibles" aquellas producidas por agentes vivos microscópicos o no que pueden pasar de un organismo enfermo o portador (persona o animal), a otro que no tenga resistencia, es decir, que sea susceptible de enfermarse.

En el pasado algunas de esas enfermedades provocaron terribles epidemias que diezmaron poblaciones enteras: la peste, el cólera, la viruela, la fiebre amarilla —entre otras—, cobraron un tributo de millones de seres.

En la antigüedad se desconocían los agentes que las producían, los modos de transmisión, las puertas de entrada, las vías de eliminación, etc. Esto hizo que se las atribuyera a fuerzas sobrenaturales, a los malos espíritus, a los miasmas y a otros factores. Los métodos de control consistían en ritos propiciatorios, fogatas, fuertes ruidos, uso de talismanes para espantar a los malos genios y varias prácticas empíricas.

Mucho se ha progresado desde entonces. Actualmente el conocimiento de las enfermedades transmisibles está fundamentalmente referido al estudio de tres factores: El Agente Infeccioso, las Vías de Transmisión y el Huésped.

La sucesión de etapas por las cuales estos tres factores se relacionan, constituye la "cadena de transmisión" o "cadena epidemiológica". Si ésta se da en un contexto ambiental o ecológico favorable, aparece la enfermedad.

Con respecto a los Agentes Infecciosos: han sido identificados una gran parte de los mismos; se ha estudiado su poder invasor, sus condiciones de reproducción dentro y fuera del huésped vivo, su virulencia, su resistencia al calor, al frío, a las sustancias químicas, su capacidad de producir toxinas, de generar reacciones de defensa en el organismo invadido y muchos otros aspectos de su biología.

Referente a las Vías de Transmisión se ha descubierto que las enfermedades pueden propagarse por la vía respiratoria, la tos y la expectoración; por el agua, alimentos, excretas; por contacto directo cutáneo-mucoso; por utensilios, ropas y otros elementos contaminados; por intermedio de "vectores vivos" generalmente artrópodos (entre ellos los más comunes son algunos insectos y arácnidos).

Estos "vectores vivos" actúan de dos maneras en su transmisión de agentes infecciosos. En una, se comportan como simples transportadores por ej.: la mosca, en que quedan adheridos a sus patas vellosas y en la otra, los gérmenes se alojan y se desarrollan dentro de los mismos o cumplen en ellos una parte de su ciclo vital y los transmiten por picaduras o por defecación. Además, hay otra forma de transmisión que no se da en la naturaleza pero tiene su importancia: las transfusiones de sangre de sujetos infectados con gérmenes circulantes como pueden ser en la enfermedad de Chagas, el paludismo, etc.

* MATERIAL DE LA DIRECCION DE EDUCACION PARA LA SALUD, DEL MINISTERIO DE SALUD Y ACCION SOCIAL DE LA NACION

Con respecto al Huésped, sean éstos personas o animales, se ha determinado de qué manera reaccionan frente a los distintos agentes infecciosos; se han estudiado los mecanismos de defensa que emplea el organismo, que son varios; entre éstos pueden citarse la fagocitosis; otro mecanismo que nos interesa muy especialmente en esta publicación es el desarrollo de sustancias o de partículas que actúan contra los agentes patógenos procurando destruirlos o neutralizarlos. El descubrimiento de esta capacidad del organismo de elaborar sustancias antagónicas para oponerse a la acción de los agentes infecciosos y su estudio en profundidad, ha desembocado en un gran avance para la prevención de algunas enfermedades infecciosas o transmisibles.

Este avance consiste en que esa capacidad de defensa se la puede poner en marcha mediante productos de laboratorio, que se llaman vacunas y que evitan que se produzcan algunas enfermedades o, a lo menos, las atenúan en forma significativa.

Actualmente el criterio ecológico, es decir, el que toma en consideración todos los elementos que intervienen en la interacción entre el Huésped, los Agentes Infecciosos y el Ambiente, permite analizar en forma mucho más completa los fenómenos relativos a la Salud y a la Enfermedad, no sólo los aprecia desde el punto de vista físico-químico, biológico y patológico, sino también los considera en sus aspectos psicológicos, económicos y culturales.

Los nuevos conocimientos permiten establecer modernas medidas preventivas, unas destinadas a las personas y otras al control del medio, que se van perfeccionando día a día.

Los factores que determinan la persistencia de las enfermedades transmisibles son múltiples: no es sólo el hecho de que existan agentes infecciosos (ya sean virus, bacterias, hongos, protozoarios, etc.) sino que intervienen el estado de resistencia o de susceptibilidad del individuo o de la población, el nivel socio-económico, el nivel educacional, etc. Vale la pena mencionar el progreso de los medios de transporte que permiten el desplazamiento de grandes masas humanas que salvan largas distancias rápidamente. Cuando alguna persona o grupo procede de zonas con determinados problemas de enfermedades transmisibles o bien simplemente pasan por las mismas, la posibilidad de vehicularlas a otras áreas indemnes se acrecienta en el ámbito nacional y en el internacional. El nivel de los conocimientos científicos acerca de la prevención de muchas enfermedades de este tipo está muy por encima de las realizaciones prácticas. Esto se debe a que son grandes las dificultades para lograr que las medidas de control alcancen a grandes sectores de la población. Estas enfermedades siguen produciendo un alto número de enfermos, muchos de los cuales mueren. En los casos en que curan, no todos alcanzan una total recuperación. A veces quedan secuelas. Pero aun en el caso de retornar al nivel anterior de salud, el dolor o las molestias, las repercusiones psíquicas negativas, el perjuicio económico, el ausentismo escolar y laboral, etc., conforman un pasivo considerable para quienes las sufren, para sus familias y para toda la comunidad.

Lo más lamentable es que hay una elevada proporción de casos que *Podrían Haversse Evitado*.

Las acciones de salud pública se han ido adecuando a las cambiantes condiciones en que se manifiestan estas enfermedades.

Sigue interesando el control de las epidemias, pero el objetivo es ahora más ambicioso: que no lleguen a producirse. Para ello el esfuerzo está orientado, cada vez más, a reconocer y controlar a las personas expuestas luchando contra cada uno de los factores que las determinan, al establecer lo que se llama "Vigilancia epidemiológica".

Las actividades que se relacionan con la lucha contra las enfermedades transmisibles son múltiples y complejas. *La educación para la salud*, se inscribe como disciplina-puente entre las conquistas científico-técnicas y su efectiva aplicación por y para los beneficiarios. La mayor o menor aceptación de las medidas preventivas, la conciencia de sus beneficios, la colaboración activa de la población, son imprescindibles para obtener éxito en todas las acciones que se emprendan.

La importancia de la Educación para la Salud está avalada por la experiencia y por numerosas publicaciones. La Organización Mundial de la Salud (OPS-OMS),

"Control de las enfermedades transmisibles en el hombre" —1965—, afirma: "Los métodos de control han cambiado necesariamente conforme se modifican las condiciones. La antigua importancia que se otorgaba a las deficiencias ambientales se ha transformado en una preocupación por las medidas preventivas personales".

"Ahora la educación sanitaria del público ocupa un lugar predominante y los procedimientos de inmunización adquieren cada vez mayor importancia".

El significado y trascendencia de las vacunas en la prevención de algunas enfermedades transmisibles, será desarrollado en este trabajo y se procurará dar contenidos y orientaciones metodológicas que resulten de utilidad para la tarea de los retransmisores educativos a quienes está destinada esta serie de publicaciones.

LAS ENFERMEDADES TRANSMISIBLES PUEDEN SER EVITADAS

Las enfermedades transmisibles difieren mucho unas de otras tanto desde el punto de vista individual como epidemiológico; difieren por su sintomatología, por el tiempo de duración (agudas o crónicas) por su mayor o menor gravedad, por los agentes infecciosos que las producen, los distintos reservorios que las mantienen, las vías de transmisión, la población susceptible, las circunstancias de lugar y tiempo que les dan características variables en su manifestación, y por muchos otros aspectos.

A cada una de ellas, o grupos similares, se procura atacarlas por el eslabón más débil o el más accesible y, a veces, por varios frentes a la vez. La intención es siempre la misma: reducir las al mínimo o mejor aún erradicarlas.

Esquematizando, las medidas de control pueden resumirse en tres acciones principales:

- 1) Destruir los agentes infecciosos.
- 2) Impedir su propagación a través del medio.
- 3) Hacer que el huésped potencial no sea susceptible.

Estas tres medidas son valiosas y utilizadas. Las dos primeras no son desarrolladas en esta publicación, ya que la misma está dedicada a la tercera forma de lucha.

Las Vacunas son precisamente una de las medidas que permiten que el huésped no sea susceptible. Esto significa que el huésped potencial, es decir aquél que puede ser invadido por agentes infecciosos, se hace resistente al ataque de los mismos y no permite que los gérmenes agresores proliferen. Pone en juego mecanismos de neutralización o destrucción de los agentes infecciosos, mecanismos que ha adquirido gracias a las vacunas.

Estas han demostrado ser un recurso sumamente eficaz en algunas enfermedades transmisibles, no sólo desde el punto de vista individual, sino también desde el punto de vista comunitario. Gracias a ellas han sido controladas muchas de las grandes epidemias del pasado.

Si bien las vacunas no resuelven todos los problemas, sí resuelven una buena parte de los mismos. Por medio de ellas se puede llegar hasta la "erradicación" de algunas enfermedades, es decir, a la supresión total.

No obstante, aún no se ha hecho conciencia en la totalidad de la población de la importancia que tienen.

Aunque existen vacunas específicas que previenen determinadas enfermedades, sin embargo todavía hay brotes epidémicos de las mismas, o hay varias decenas de muertes por año que no debieran producirse. Pensemos, por ejemplo, en las muertes por tétanos.

Frente a esta realidad hay varias preguntas para formularse: ¿cuáles son las dificultades que impiden a la población reconocer la necesidad de la aplicación de las vacunas? ¿Hay déficit de información? ¿La información es adecuada? ¿Es ese recurso conocido y deseado pero no es accesible? ¿Es accesible, pero en forma tal que se deben tantas dificultades que vacunarse significa una suerte de carrera de obstáculos? ¿Son las vacunas conocidas y accesibles con relativa facilidad, pero van ligadas a temores o rechazos más profundos que es necesario investigar? ¿Son temores fundados en determinadas experiencias adversas? ¿A qué otras razones responden...? Muchas otras preguntas se hace el educador para la salud cuando se propone influir para que la totalidad de las personas que deben vacunarse, se vacunen.

Luego se hará una exposición de algunos de los motivos que influyen sobre la conducta de la población, pero antes se hará referencia a los antecedentes de las vacunas.

UN POCO DE HISTORIA

Como se ha expresado anteriormente, algunas enfermedades transmisibles, en el pasado eran de extrema gravedad, tanto por el número de personas afectadas como por la elevada mortalidad de los que enfermaban.

Algunos hechos sin embargo llamaban la atención: se había observado que algunas enfermedades no se contraían dos veces o esto sucedía muy raramente.

Tomemos el caso de la viruela. Esta enfermedad producía la muerte del 20 al 30 % y aún más de los que la contraían. Los que lograban sobrevivir, quedaban con marcas indelebles en la piel, pero no volvían a enfermar en caso de nuevas epidemias.

Por otra parte, ya desde remotos tiempos, los chinos habían observado que si se extraían costras de las lesiones de los enfermos y se hacían inhalar a personas sanas o se las colocaban sobre la piel, muchas veces se desencadenaba un proceso de curso benigno que confería protección cuando aparecía una epidemia.

El procedimiento de transferir pus o costras de personas enfermas a sanas, se extendió a algunos países de Europa, y se lo llamó "Variolización".

Era un modo de provocar defensas en el organismo, pero no había forma de regularlo: algunas veces las personas así inoculadas en vez de un proceso benigno contraían una forma grave de viruela que, incluso, llevaba a la muerte.

De allí que este método fuera temido por muchas personas, y con razón, e hizo que se lo dejara de lado poco a poco.

En una población inglesa las vacas a veces tenían una enfermedad de las ubres llamada "cow pox", o sea "pústula de la vaca" o "vacuna", que frecuentemente se transmitía a las manos de los ordeñadores. Los que la habían padecido, resistían luego las epidemias de viruelas sin enfermarse.

Este dato era conocido por los pobladores de la zona y también por algunos médicos que no le habían dado mayor importancia. Allí por 1770, el estudiante de medicina Eduardo Jenner, fue quien le prestó atención y lo convirtió en punto de partida de sus trabajos.

Efectivamente, Jenner practicante, que usaba el sistema antiguo de inocular viruela, con pocas modificaciones, casi como los chinos de la antigüedad, recibió un día a una campesina. Cuando quiso practicarle la "variolización", la muchacha contestó: "No, no me hace falta. Yo he tenido la "vacuna" y eso me protege de la viruela. A ese respecto estoy bien tranquila".

Esta sorprendente declaración asombró a Jenner.

Comenzó a observar, a estudiar, a experimentar. Al cabo de los años, con mucho tesón y esfuerzo, venciendo oposiciones por parte de los colegas y mucha desconfianza por parte del público, logró que su método se difundiera. El mismo consistía en inocular la enfermedad de la ubre de las vacas; es decir, que Jenner inoculaba la "vacuna".

El éxito fue muy grande, pues efectivamente, las personas no contraían viruela, ni en forma experimental ni cuando sobrevenían las epidemias.

Su sistema de inocular la "vacuna" (la enfermedad de la ubre de las vacas) se difundió no sólo en su país, sino en el mundo entero.

Pero lo más importante aún, es que había nacido una idea: ¿no sería factible que con otras enfermedades se pudiera hacer lo mismo?

¿No se podría conseguir algo que incorporado al organismo cuando está sano no lo dañara, y que le diera la capacidad de no enfermarse?

¿Esa idea "prendió" en la mente de otros estudiosos: la difteria, la tos convulsa, la fiebre amarilla, el cólera, no podrían ser evitados de la misma manera que la viruela?

Muchos años han pasado. Aquella idea dio sus frutos con el correr del tiempo. Hoy existen muchas vacunas.

Este fue el nombre con que pasaron a llamarse, todas las sustancias que, preparadas con microorganismos muertos o atenuados, o con sus toxinas modificadas, in-

ducen en el organismo la formación activa de defensas contra determinadas enfermedades.

Algunas vacunas están todavía en una etapa de experimentación; otras, son aún objetivo codiciado pero no alcanzado. Sin embargo un grupo numeroso de las mismas que previene graves enfermedades, es desde hace tiempo una hermosa realidad que alcanza a millones de personas con resultados maravillosos.

Hay hechos incontrovertibles. Volvamos a la viruela.

Tenemos la satisfacción de que, gracias precisamente a la vacuna antivariólica no sólo han desaparecido las grandes epidemias de esa enfermedad, sino que prácticamente ha desaparecido como tal. Ya se ha llegado hasta suspender la aplicación rutinaria de la vacuna. Se mantendrá una vigilancia epidemiológica estricta, se mantendrá una cantidad en reserva de la misma, para poder intervenir nuevamente si fuera necesario. Pero, puede decirse que se ha alcanzado una victoria que se espera sea definitiva.

Pensemos en la poliomielitis. Su historia epidémica es mucho más reciente. Es la historia de nuestros días. Hasta hace unos pocos años, la enfermedad atacaba a muchos niños. Cuando se producía una epidemia, cundía el pánico. La gente que podía se llevaba a sus niños de la zona afectada y eso no hacía sino extender el mal a otras regiones.

Se clamaba por algo que pudiera controlar la epidemia. Se ansiaba una vacuna. Finalmente, ésta se obtuvo. Primero la vacuna Salk, inyectable; luego la Sabin Oral, o sea por boca.

Fue el resultado de muchos años de esfuerzo. Muchos vivieron con emoción y esperanza su advenimiento.

Sin embargo, una pequeña parte de la población fue y sigue siendo remisa en llevar sus niños a vacunar. ¿Por qué?

Pensemos en el tétanos. Esta enfermedad no produce epidemias, pero es grave para quien la contrae. Muere un alto porcentaje de los que enferman, y cuando los afectados son niños pequeños, mueren casi todos.

En nuestro país hay todavía muchos recién nacidos que fallecen por tétanos. Pero muchas embarazadas y muchos adultos no están vacunados. ¿Por qué...?

¿Cuáles pueden ser los motivos por los que algunas personas recelan de las vacunas?

MOTIVOS QUE INFLUYEN EN LA CONDUCTA DE LA POBLACION

Sin ser exhaustivos, se mencionan algunos de los motivos más comunes que intervienen en la determinación de las resistencias que algunas personas ofrecen a la vacunación.

1. Las vacunas se indican a los que están sanos. No resulta fácil comprender la necesidad de intervenir con un acto médico cuando se goza de "buena" salud. Si una vez vacunada la persona, eventualmente enferma, aunque la enfermedad no esté vinculada con la vacuna aplicada, surge en el lego una inevitable relación de causa-efecto y se piensa que la vacuna produjo la enfermedad.

2. El hecho de incorporar al organismo una sustancia desconocida, determina en algunos casos la sensación de estar a merced de la misma, con la agravante de que ya no es posible controlar sus efectos.

3. Si la vacuna contra determinada enfermedad se aplica en el período de incubación y poco después de la inoculación se manifiesta la enfermedad, se la atribuye a la vacuna.

4. Otras veces, son experiencias anteriores —propias o ajenas— de reacciones secundarias indeseables (malestar general, fiebre, etc.), las que, aún sin ser de gravedad, contribuyen a mantener el temor o el rechazo a las vacunas.

Seguiremos con este tema en el próximo número

Educación Para La Salud

UNA ENFERMEDAD PROFESIONAL DE ALTO RIESGO PARA EL ODONTOLOGO: LA HEPATITIS VIRAL B (*)

La hepatitis viral B, o sérica, es la hepatitis más extendida en la superficie del globo, según M. Marysiak, de Marsella (Actualidades odontoestomatológicas, 143, 497, 1983.). Se estima que el número de portadores crónicos se eleva a 150 ó 200 millones: son los sujetos afectados con anterioridad y en cuya sangre circulan de manera permanente los antígenos virales dejados por la enfermedad. Oficialmente, esta enfermedad entró en la historia en 1883, cuando, después de una serie de vacunaciones antivariolísticas practicadas en 1289 obreros de Breme, 191 resultaron afectados de hepatitis. En ocasión de la última guerra, se señalaron hepatitis después de vacunaciones contra la fiebre amarilla o en ocasión de transfusiones sanguíneas. Los países de alto nivel de vida no tienen más que 0,1 al 1 % de portadores crónicos; en otros lugares, los porcentajes pueden elevarse hasta el 20 %. Y son los países donde los portadores crónicos son más numerosos y son los que tienen la más alta tasa de cánceres primitivos del hígado.

La morfología del virus no lo relaciona con ningún otro virus conocido.

En la mayoría de los casos, la enfermedad reviste el aspecto de una hepatitis aguda banal que evoluciona rápidamente hacia la curación. La incubación dura de dos semanas a seis meses. Los enfermos contagian al final del pe-

riodo de incubación y durante la fase aguda. En el 1 % de los casos, la hepatitis es fulminante, con un 80 % de mortalidad. En el 5 al 10 % de los sujetos, la hepatitis evoluciona ya sea hacia formas crónicas bien toleradas, ya sea hacia una forma activa que termina en una cirrosis mortal o que prepara el campo propicio para un cáncer primitivo de hígado. Son 50.000 a 100.000 individuos los que mueren cada año de hepatitis fulminante; un millón mueren de una complicación cirrótica, o de un cáncer hepático; la mortalidad es función de la dosis contaminante.

El reservorio es estrictamente humano: hay 200 millones de sujetos portadores crónicos. Además, hay que tener en cuenta a los individuos afectados o en convalecencia, y en los hospitales los aparatos de hemodiálisis (de los cuales ciertos compartimientos no pueden ser desechados y son difícilmente esterilizables). Los servicios donde los enfermos son tratados con inmunosupresores presentan igualmente riesgos, menos frecuentes. El personal de enfermería de este medio presenta un riesgo no despreciable. Finalmente, hay que señalar: los toxicómanos (jeringa), las agujas de tatuaje mal esterilizadas, los artrópodos hermatófagos, los mosquitos, las instituciones para retardados mentales (mordeduras, rasguños), las prostitu-

tas y los homosexuales, etcétera.

La transmisión del virus se hace por vía parenteral percutánea (instrumentos médicos mal esterilizados, lesiones cutáneas), o por vía no parental (secreciones salivares, lagrimales, vaginales, biliares, fecales, en el esperma, etc.). La contaminación puede ser perinatal recién nacido, infectado por la sangre de la madre (muy variable, según el país: muy importante en Taiwan).

El diagnóstico se hace por la investigación del HBs Ag en el suero de los pacientes, según diversas técnicas, de las cuales la menos sensible es la contra-inmuno-electroforesis.

¿Cuáles son los riesgos del cirujano odontólogo? Tres protagonistas están en juego: el odontólogo, el paciente y la asistente. La contaminación viral podrá ser directa de persona a persona o indirecta por el manipuleo del instrumental contaminado. La contaminación del dentista puede producirse por la saliva o la sangre del paciente. Un estudio muestra que el porcentaje de portadores de HBs Ag es diez veces más elevado en América en los odontólogos que en el conjunto de la población.

La propagación puede hacerse en sentido inverso, del odontólogo al paciente. Finalmente, la asistente puede ser contaminada en el curso de la ayuda operatoria por las proyecciones de saliva o de sangre, pero lo más frecuen-

temente por herida con instrumentos contaminados.

La prevención comporta toda una serie de medidas minuciosas para la limpieza del instrumental, la esterilización de los instrumentos, e igualmente en el nivel del facultativo y de su personal. No se debe dejar de lado, durante la anamnesis informarse sobre eventuales antecedentes de hepatitis, y consignarlos en la ficha del paciente.

En caso de contaminación accidental, la inyección —in-

mediata— de inmunoglobulinas HBIG permite prevenir la aparición de la hepatitis: la duración de la protección es de 3 semanas aproximadamente. La puesta a punto de una vacuna tropezó con grandes dificultades. La única fuente antigénica es el plasma de los portadores crónicos; el ciclo de fabricación necesita más de un año. Las formas de preparación son diferentes, pero las vacunas francesas y americanas han probado su eficacia. Se comercializan en Francia

desde 1981.

En conclusión, se debe recordar que las profesiones de la salud están particularmente expuestas a la hepatitis B. La lucha antiviral se articula alrededor de una profilaxis rigurosa de los consultorios, del instrumental, de una prevención mediante el uso de una máscara, anteojos y guantes, de una inmunoprofilaxis pasiva a la menor contaminación. Sería deseable que la vacunación tome un lugar cada vez más preponderante.

* Fuente: INFORMACIONES ROEMMERS

LABORATORIO "Del Ateneo" Aparatología de Ortopedia Funcional y Ortodoncia en toda su Variedad RICARDO N. LLANES EDUARDO H. AGUIRRE

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

Informaciones

Para Una Legislación Sobre Seguro Nacional De Salud

PRESENTADO EN LA REUNION CONSTITUTIVA
DE LA SUBCOMISION DE SALUD
Y SEGURIDAD SOCIAL DE LA
MESA DE CONCERTACION,
EL 19 DE NOVIEMBRE DE 1984

1. Concepción integral del sector salud, donde los tradicionales subsectores público, privado y de obra social son sólo partes de un todo y no áreas independientes o aisladas.
2. El estado asume la indelegable función de conductor general del sistema, al tiempo que se afirma la activa participación de las sociedades intermedias en la gestión directa de los servicios.
3. Para consolidar el sistema corresponde incluir en el Seguro Nacional de Salud a todas las obras sociales nacionales y a los prestadores privados que deseen participar, e invitar a las jurisdicciones provinciales a incorporar a sus propias obras sociales y a los establecimientos públicos de salud que administran.
4. Las obras sociales, en cuanto entidades del Seguro Nacional de Salud, tendrán individualidad jurídica y estarán diferenciadas de la administración central del estado, de las empresas y de las asociaciones gremiales.
5. La gestión directa de las obras sociales debe hacerse conforme al artículo 14 bis de la Constitución Nacional: serán administradas por los beneficiarios con participación del estado.
6. La autoridad de aplicación del Seguro Nacional de Salud será la Secretaría de Salud en cuyo ámbito funcionará la Administración Nacional del Seguro de Salud (ANSSAL).
7. La ANSSAL tendrá una conducción colegiada con participación mayoritaria del estado y representantes de los beneficiarios y empleadores.
8. Las obras sociales tendrán una sindicatura dependiente de la ANSSAL con capacidad de control y fiscalización de las acciones y del uso de los recursos de la entidad.
9. Para lograr una cobertura universal del Seguro Nacional de Salud corresponde extender hasta los 25 años la cobertura directa de los hijos a cargo que cursen estudios, incorporar pleno derecho a los trabajadores autónomos e incluir a las personas que no tengan protección médico-asistencial por carecer de tareas remuneradas.
10. Todas las obras sociales —independientemente de su capacidad financiera individual— otorgarán a los beneficiarios del Seguro Nacional de Salud una cobertura médico-asistencial integral, sin perjuicio de las demás prestaciones que se puedan ofrecer cuando los recursos propios lo permitan.
11. El 90 %, como mínimo, de los recursos propios de las obras sociales deberán destinarse a las prestaciones médico-asistenciales y, el resto a otras prestaciones sociales como turismo, recreación, etc.
12. Las obras sociales mantienen su carácter de entidades esencialmente financiadoras que no promueven capacidad asistencial propia.
13. La cobertura médico-asistencial que otorgue el Seguro Nacional de Salud se deter-

minará en concordancia con los planes y programas de salud que establezcan las autoridades sanitarias nacionales y provinciales.

14. La base para el desarrollo de las prestaciones del Seguro Nacional de Salud deberá ser la estrategia de atención primaria de la salud con el consiguiente fortalecimiento del primer nivel de servicios de salud.
15. Todos los prestadores —profesionales y establecimientos— sean públicos, privados o propios de las obras sociales, deberán constituir en igualdad de condiciones una red integral de servicios, disponible para la totalidad de los beneficiarios del Seguro Nacional de Salud.
16. La Secretaría de Salud instrumentará un programa de acreditación permanente de profesionales y establecimientos, con participación de las entidades y organismos representativos de los prestadores, sobre cuya base la ANSSAL determinará los requisitos de inclusión en la red de prestadores del Seguro Nacional de Salud.
17. Las modalidades de contratación y pago de los servicios otorgados a beneficiarios del Seguro Nacional de Salud se irán ordenando progresivamente teniendo como objetivo una eficaz y oportuna atención de salud y la eficiente utilización de los recursos financieros disponibles.
18. A través de la normatización de las prestaciones, la ANSSAL deberá garantizar la accesibilidad adecuada de los beneficiarios, en términos de distancia del servicio, disponibilidad horaria, trámite administrativo y contribución monetaria directa.
19. El hospital público, para integrarse apropiadamente a la red de prestadores del Seguro Nacional de Salud, deberá tener una administración desconcentrada de personal y presupuesto, la participación de la comunidad y del personal de cada establecimiento en su conducción y la aplicación directa de la mayor parte de los fondos del Seguro en el propio lugar que brindó la atención.
20. Tanto las obras sociales integrantes del Seguro Nacional de Salud, como los prestadores públicos y privados que brinden servicios asistenciales, participarán de los programas nacionales de estadísticas de atención y gastos en salud, comprometiéndose a la regular provisión de los datos requeridos.
21. Los aportes y contribuciones a las obras sociales no se aumentarán más allá de los actuales niveles porcentuales. Las necesidades adicionales de financiamiento del Seguro Nacional de Salud se cubrirán a través de rentas generales del estado.
22. En el ámbito de la ANSSAL funcionará un Fondo Solidario de Redistribución cuyo objetivo será procurar la igualdad de oportunidades entre los distintos grupos de beneficiarios del Seguro Nacional de Salud, apoyando financieramente a las obras sociales de menores recursos.
23. El Fondo Solidario de Redistribución será también aplicado a la promoción de acciones preventivas y de salud integral a través de programas específicos coincidentes con la política general de salud.
24. Los recursos de otra naturaleza, adicionales a los aportes y contribuciones de ley, que actualmente recaudan las obras sociales, tributarán el 75 % de los ingresos al Fondo Solidario de Redistribución, prohibiéndose en el futuro la generación de fuentes similares de recursos. En cuanto a los aportes y contribuciones se mantendrá la cifra actual del 10 %.
25. Una proporción no menor de la tercera parte del Fondo se redistribuirá automáticamente entre las obras sociales para apoyar a aquellas con menor capacidad de recaudación por afiliado.
26. Sin perjuicio de la reasignación automática de una parte, el Fondo deberá acudir en apoyo financiero de las obras sociales de recursos más escasos a fin de garantizar el otorgamiento a sus beneficiarios de las prestaciones integrales que les corresponden.
27. Las obras sociales que cubran similar población se fusionarán en una sola, de modo de eliminar las duplicaciones innecesarias de estructuras y personal.
28. Las obras sociales que, por su particular situación, no tengan viabilidad económica deberán irse incorporando a otras de similar actividad, hasta llegar a unidades eficientes en su tamaño y composición.

29. Se promoverá la descentralización de la gestión del seguro en los niveles provinciales, reteniéndose incluso una proporción elevada de los fondos de las obras sociales para ser aplicada en la jurisdicción donde fueron recaudados.
30. Los bienes de las asociaciones gremiales de trabajadores, permanecerán dentro de su patrimonio y podrán celebrarse contratos con el Seguro Nacional de Salud para su utilización por parte de los beneficiarios.
31. Los bienes del estado o empresas del estado afectados a la prestación de beneficios médico-asistenciales se transferirán al patrimonio de la respectiva obra social.
32. Se estudiará un régimen particular para los establecimientos privados de salud que se comprometan a dedicar toda su actividad al Seguro Nacional de Salud, en las condiciones que se fijen al respecto, en cuyo caso podrán acceder a líneas de crédito y exenciones impositivas especiales.
33. Las entidades representativas de los profesionales y de los establecimientos asistenciales podrán inscribirse como prestadores legítimos en el respectivo Registro Nacional. La discusión de nomencladores, aranceles y normas de trabajo se hará a través de una Comisión Permanente de Concertación, con representantes de prestadores y de obras sociales.
34. Las leyes especiales que rigen a los institutos y obras sociales de administración mixta se fusionarán en la legislación a dictarse, pero se mantendrán las fuentes de ingreso adicional que ellas crearon.
35. La normalización institucional definitiva de las obras sociales se hará luego de dictada por el Congreso Nacional la ley unificadora del Seguro Nacional de Salud.

Atención de Pacientes en las Clínicas del Ateneo Argentino de Odontología

ORTODONCIA:

Martes, jueves y sábados de 8.30 a 11.30

ORTOPEDIA:

Lunes, miércoles, viernes y sábados de 8.30 a 11.30

ODONTOPEDIATRIA:

Lunes, miércoles y viernes de 8.30 a 11.30

CIRUGIA:

Martes, jueves y sábados de 8.30 a 10.

ENDODONCIA:

Miércoles, de 8.30 a 11.30.

PROTESIS:

Martes, de 8.30 a 11.30

DISFUNCION TEMPOROMANDIBULAR.

Miércoles, de 8.30 a 11.30

RADIOLOGIA Y CEFALOMETRIA:

Solicitar turno.

PERIODONCIA:

Miércoles de 8.30 a 11.30

En la filial Rosario:

Sábados, de las 8.30 a 11.30
3 de Febrero 1274, Rosario

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

Sergio Trajtenberg

ARTICULOS DENTALES

Materiales - Equipos - RX - Turbinas

3 Cuotas S/Interés

Equipo Odontológico
con Compresor 3/4
Torno Colgante 1/4
Turbina
Micromotor
Cavitador
Modelo Completo c/2 Sa-
lidas para Turbina y
Micromotor

Y como siempre, la comodidad
de una cuenta corriente muy flexible.
Estamos todos los días de 8.30 a 12.30
en el Ateneo, Anchorena 1176

**Todo lo que usted exija
de un cepillo...
lo encontrará en**

Py·co·pay[®]

(Cualquiera sea la técnica que convenga a su paciente)

- **Remueve** las placas, allí donde otros cepillos de filamentos más gruesos no pueden llegar: espacios interproximales, huecos, fisuras, etc.
- **Limpia** eficazmente el surco gingival sin lesionar el tejido gingival.
- **Elimina** la abrasión de los dientes.
- **Seguro**, no daña acrílicos ni fundas.

