

ORTOPEDIA MAXILAR

DRA. RIVAS ALICIA BEATRIZ
DOBLAS 406 PISO 3 -C-
1424 CAPITAL

BIBLIOTECA A. A. L.
HEMEROTECA
N° UBICACION: 033
FECHA:

REVISTA DEL ATENEO ARGENTINO DE ORTOPEDIA MAXILAR

VOLUMEN XIV

JULIO-DICIEMBRE 1978

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

INFLAMACION



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

DANALON_{OM}

Producido bajo licencia de



GINEBRA SUIZA

Elaborado por:

Johnson & Johnson
de Argentina S.A.C. e I.
Darwin 471 - Buenos Aires

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

IMPLANTES ENDODONTICOS INTRAOSEOS

Con INJERTOS DENTARIOS Y REHABILITACION ORAL
2ª Edición

Por **ARALDO A. RITACCO** y la colaboración de **NORBERTO C. RITACCO**
La actualización de este libro, profusamente ilustrado con casos y la inclusión de Injertos Dentarios da a esta obra una nueva dimensión.

ELECTROCIRUGIA EN LA PRACTICA DENTAL

Por **HERMAN S. HARRIS.**

La técnica de la electrocirugía se aprende fácilmente y muy pronto se convierte en un auxiliar indispensable para la endodoncia, periodoncia, odontopediatría, cirugía bucal, prótesis fijas o removibles, geriatría y cosmética odontológica.

OPERATORIA DENTAL - Modernas cavidades

5ª Edición

Por **ARALDO A. RITACCO**

Revisada y corregida con el propósito de reunir los diversos criterios dominantes en el campo de la operatoria dental y poner de este modo al alcance de estudiantes y odontólogos los métodos que les permitan progresar en el campo de la operatoria.

RADIOLOGIA ODONTOLOGICA

3ª Edición

Por **RECAREDO A. GOMEZ MATTALD;**

Esta obra informa sobre los distintos métodos, técnicas radiográficas y recientes novedades, además, se realiza a través de ella un interesante y práctico desfile de interpretación radiográfica de lo anormal y se estudian los errores de interpretación.

ODONTOLGIA PARA EL PACIENTE IMPEDIDO

Por **ARTHUR J. NOWAK**

Con las técnicas preventivas eficaces, la operatoria mejorada, nuevos materiales de restauración, equipo dental moderno y métodos avanzados para el manejo del paciente, se abre una nueva y amplia perspectiva para la atención del paciente impedido de cualquier edad.

ENDODONCIA - Consideraciones biológicas en procedimientos endodónticos

Por **SAMUEL SELTZER**

Conociendo las reacciones de los tejidos periapicales, el endodoncista y el estudiante comprenderán las razones fundamentales por las cuales se realiza el tratamiento endodóntico.

FARMACOLOGIA ODONTOLOGICA

2ª Edición

Por **PABLO BAZERQUE**

Describiendo las acciones farmacológicas, los efectos adversos, dosis, vías de administración y preparados disponibles, con un lenguaje sencillo y ameno, ayudado por numerosos esquemas, cuadros, curvas y figuras, hacen de este libro una completísima obra.

CONCEPTOS ESENCIALES DE PERIODONCIA

Por **E. A. PAWLAK y P. M. HOAG**

El propósito de este libro es el de proporcionar una cobertura concisa y selectiva de los principios básicos y de las técnicas involucradas en periodoncia.

T. E. 83-9663/9339

Paraguay 2100

Buenos Aires
Argentina

LABORATORIO "DEL ATENEO"

APARATOLOGIA DE ORTOPIEDIA FUNCIONAL Y
ORTODONCIA EN TODA SU VARIEDAD

RICARDO N. LLANES

EDUARDO H. AGUIRRE

T. de Anchorena 1178

Tel. 821-7349

III JORNADAS ATENEO ARGENTINO DE ORTOPIEDIA MAXILAR

DEL 15 AL 18 DE
NOVIEMBRE DE 1979

SEDE: MAR DEL PLATA
PCIA. BUENOS AIRES
REPUBLICA ARGENTINA

REVISTA ORTOPIEDIA MAXILAR

Director

Dr. Luis Zielinsky

Cuerpo de Redacción

Dr. Ariel Chudnovsky; Dr. Carlos Guberman; Dra. Ana María Rodríguez;
Dra. Silvia Rudoy y Dra. Diana Kaplan.

INDICE

Editorial	7
Traumatismos en dientes permanentes jóvenes. A propósito de una publicación	9
Marta Goldin - Juan Meer	11
Dilaceración radicular. Aspectos preventivos. Carlos Guberman - Alfredo Fermin Alvarez	16
Adhesión directa de brackets y otros aditamentos en las técnicas ortodóncicas - Aplicación clínica. Catalina Dvorkin - Edith Losoviz - Saul Merlin	19
Ecos de la celebración del 25º Aniversario del Ateneo	25

Correspondencia: Anchorena 1176/78; (1425) - Buenos Aires, República
Argentina

COMISION DIRECTIVA

Presidente: Dra. Beatriz Lewkowicz; Vicepresidente: Dra. Catalina Dvorkin; Secretaria: Dra. Beatriz Francia; Tesorero: Dr. Miguel Stratas; Protesorero: Dr. Mario Torres; Vocales Titulares: Dr. Luis Zielinsky; Dr. Elias Beszkin; Dr. Alfredo Fermín Alvarez; Dra. Henja Rapaport; Dra. Golda Grossman; Dra. Rita Bartolomé; Vocales Suplentes: Dr. Mario Beszkin; Dr. Natalio Schesak; Dr. Eduardo Sussman; Dr. Ariel Chudnovsky; Dra. Clara Steimberg; Dra. Marta Goldin; **Comisión Fiscalizadora:** Dres. Jaime Fiszman, Bernardo Letzen, Marcos Lipszyc, Marta A. Nieves Pizarro, Teresa Israelson.

SUB COMISIONES

Comisión Científica: Presidente: Luis Zielinsky; Colaboradora: Silvia Rudoy.

Comisión de Cursos: Presidenta: Henja Rapaport; Colaboradora: Catalina Dvorkin; Golda Grossman; Beatriz Lewkowicz, Luis Zielinsky; Eduardo Sussman, Beatriz Francia, Mario Beszkin.

Comisión de Clínica: Presidente: Clara Steimberg; Colaborador: Saúl Merlin.

Comisión de Cirugía: Presidente: Alfredo Fermín Alvarez; Colaboradores: Mario D. Torres, Néstor José Blanco.

Comisión Odontopediátrica: Marta Goldin.

Comisión de Jornadas: Presidente: Beatriz Francia, Secretario: Mario Beszkin; Tesorero: Mario D. Torres; Vocales: Ariel Chudnovsky, Ana María Rodríguez, Edith Losoviz.

Comisión de Revista: Presidente: Luis Zielinsky; Colaboradores: Ariel Chudnovsky, Carlos Guberman, Silvia Rudoy, Diana Kaplan, Ana María Rodríguez.

Biblioteca: Golda Grossman.

Comisión Sanitaria: Presidente: Paulina Flax; Colaboradores: Bernardo Letzen, Oscar Litwin, Silvia Zysman, Juan Carlos Gargiulo, Diana Kaplan, Marta Goldin, Mario Notarnicola, Silvia Merlin, Sara Mutilva.

Comisión de Finanzas: Miguel Stratas, Mario D. Torres.

Comisión de Estatuto y Reglamentos: Alfredo Fermín Alvarez.

Comisión Relaciones Interinstitucionales: Beatriz Lewkowicz.

Comisión de Socios: Miguel Stratas.

Comisión de Fiestas: Nora Kotler, Mario Beszkin, Beatriz Francia.

LAS OPINIONES expresadas en esta revista no reflejan el punto de vista del ATENEO ARGENTINO DE ORTOPEDIA MAXILAR, 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 a máquina de un solo lado y a doble espacio. Llevarán asimismo el nombre completo del autor, sus títulos y cargos y su domicilio.

No se devuelven los originales.

CANJE Deseamos canje con revistas similares • Nous désirons établir l'échange avec les revues similaires. • Desideriamo l'intercambio con rivisti simili. • Deseamos permutar con as revistas congeneres. • We wish to exchange with similar magazines. • Un austausch wird gebeten.

Editorial

1953 - 1978

A manera de Editorial transcribimos el discurso de la Presidenta de la Institución Dra. Beatriz Lewkowicz en ocasión de celebrarse el 25º aniversario de su fundación.

Amigos y compañeros de trabajo:

No hay cosa más difícil que hablar de algo que nos es muy querido. La dificultad se deriva del compromiso emocional que contraemos con aquello, que por muy cercano, difícilmente podemos ver con objetividad. ¿Se puede ser objetivo al hablar de algo a cuya sombra crecimos, con cuya ayuda nos formamos? ¿Se puede ser imparcial al describir el fruto de un largo esfuerzo compartido, la materialización de un ideal perseguido? Todas estas preguntas están respondidas de antemano y solo sirven para expresar mis sentimientos.

Es acaso imprescindible buscar la verdad por el camino exclusivo de la razón, cuando se trata de actos humanos. No cuenta el corazón en estos casos. "Obras son Amores", la frase viene a mí y es como si por vez primera la escuchase. Amores... ¡cuántos se sumaron en esta obra que tanto nos enorgullece!

El Ateneo no es una institución fría, es un organismo vivo. Como tal, evolucionaria, crece, padece y se transforma.

Igual que en el ser humano los 25 años marcan un poco el final de un ciclo y son el punto de partida de una nueva etapa. Atrás han quedado los balbuceos y tropezones de la primera infancia, las angustias, inseguridades y ansiedad de la adolescencia. Maduros en el aspecto intelectual, formados en una ética científica, imbuidos de una proyección social, en la plenitud de nuestras fuerzas, unidos en un objetivo común, enfrentamos confiados el futuro.

El pasado nos trae el recuerdo de aquel reducido grupo de colegas que, sin medir obstáculos, con escasa ayuda, confiando en sus propias condiciones, empezaron los estudios en el área de ortopedia maxilar. Muy especialmente, quisiera ubicar a los jóvenes en el panorama que hace 25 años caracterizaba la especialidad. Era patrimonio de una elite profesional, y sus beneficios sólo alcanzaban a una estrecha capa social. Nada se hubiera concretado si aquel grupo inicial, no hubiese sumado a la sed de conocimientos su generosidad y un sentido altruista de la profesión, tanto para extender estos conocimientos a amplias capas de profesionales, como así también posibilitar la accesibilidad de la atención a nuevos sectores.

Primó en ellos la preocupación por la extensión y difusión de esos conocimientos sobre el beneficio privado que significaba dominar una especialidad poco difundida en nuestro medio.

Esta generosidad está en la misma raíz del Ateneo. Prueba irrefutable de ello son los numerosos colegas, que ofrecen gratuitamente su trabajo, como una muestra irrefutable de su capacidad de dar, de brindarse sin retaceos.

En nuestra casa todos aprendemos a trabajar en equipo y libremente. Hay una permisividad natural, espontánea y estimulante para todo el que busca conocimientos y quiera brindarlos. Esta es la expresión de una democracia creadora.

Y esto, que se inició como una inquietud científica y social de un grupo de profesionales, se plasmó hoy en una familia alimentada por los mismos objetivos. Si pensamos en el pequeño consultorio del Dr. Chait, la alegría de la compra de la sede propia en la calle Añasco, y la comparamos con el actual edificio, que ya nos queda chico, si revisamos la nómina siempre creciente de egresados, los 523 inscriptos a los cursos de este año, si verificamos las nuevas áreas de trabajo que hemos incorporado, el importante papel asistencial en las áreas de ortopedia, cirugía y odontopediatría, el caudal societario de 1.000 colegas, y por encima de toda esta enumeración, el capital humano plasmado en nuevos equipos de trabajo, que es nuestro reaseguro para no dar jamás un salto en el vacío. No dudamos ni por un instante en reafirmar que ese crecimiento fué y seguirá siendo prodigioso.

La participación en Congresos, las publicaciones, el creciente prestigio que fuimos adquiriendo a nivel nacional e internacional, son otras pruebas de ese crecimiento. Que no es sólo cuantitativo. El Ateneo que hace 25 años nació para desarrollar una especialidad, marcha hoy a convertirse en un verdadero centro integral docente, asistencial odontológico, imbuídos de la misma modestia y proyección social que le dieron sus fundadores.

En un mundo apurado por las exigencias diarias, urgido por los apremios más elementales, la tarea perseverante, sería, sostenida, necesariamente debe ser destacada. Ello es valioso en sí mismo y es lo que nos da confianza creciente para encarar nuevos proyectos.

No anduvimos solos. Nos acompañaron muchas personas e instituciones, que debemos recordar, docentes de otras especialidades y laboratorios amigos, que colaboraron en todo momento con sus trabajos, sus aportes materiales, con su aliciente y que hoy nos acompañan en los festejos.

No podemos callar en nombre de una falsa modestia, este honesto orgullo que hoy nos llena, y sería una injusticia para tantos amigos que le dan a nuestra casa sus esfuerzos, su entusiasmo, su tiempo, sólo por voluntad de servicio.

A ellos toda nuestra gratitud y a nuestro querido Ateneo un desarrollo floreciente preservando este espíritu".

16-XII-78

B. L.

A PROPOSITO DE UNA PUBLICACION

Atento a una publicación titulada "Crónica de lo actuado con respecto al doctor J. O. Andreassen" (Rev. Asoc. Odont. Argentina 66:291-295; dic. 1978), en la cual es aludido el Ateneo Argentino de Ortopedia Maxilar en un párrafo que —por falta de claridad y ubicación en el texto— puede inducir a interpretaciones equivocadas con respecto a la actuación del Ateneo, éste se siente obligado a aclarar:

1. Que en todo el proceso relatado en la aludida "Crónica...", el Ateneo sólo intervino con el envío de la nota que se transcribe en estas páginas.

2. Que es dable apreciar que el espíritu de la nota enviada por el Ateneo, con copia a todas las instituciones odontológicas del país, fue considerado por la mayoría de éstas, tal como surge de la resolución final que, en coincidencia, fue adoptada respecto del tema que la motiva.

Buenos Aires, noviembre 23 de 1978.

Al Señor Presidente de la
Federación Odontológica de la Ciudad de Buenos Aires
Doctor Roberto Lemme
Junín 959
Buenos Aires

De nuestra consideración:

Vista la situación planteada en la C.O.R.A. con respecto a la nota de la Asociación Odontológica Argentina referida a lo actuado en el caso del Dr. Jean O. Andreassen de Dinamarca y el cuestionamiento de la actitud del Presidente de la C.O.R.A., por haber firmado la solicitada aparecida en el diario Clarín el 24 de octubre de este año; Atento:

La nota aclaratoria del señor Presidente de la C.O.R.A., en la cual manifiesta:

—“Desde el punto de vista personal, siempre he cuestionado estas actitudes que en supuesta defensa de los Derechos Humanos lo violan al privar a la profesión dental de Argentina del progreso científico y de los beneficios que de éstos resulten (Art. 27 de la Declaración Universal de los Derechos Humanos)”.

—“En relación a la solicitada que suscribo a exclusivo título personal como ciudadano argentino, sin afectar a la C.O.R.A., ni a sus dirigentes, ni a sus afiliados ni a los odontólogos me apresuro a aclarar que en ella no se solicita al Gobierno la libertad indiscriminada de presuntos detenidos o desaparecidos, sino que se pide que quienes hayan delinquirido deberán ser acusados y sometidos a la Justicia y a los que no tengan cargos en su contra, la libetrad. Tampoco en ningún momento la Asamblea Permanente por los Derechos Humanos (APDH) se ha hecho solidaria con la prensa extranjera ni con los que tergiversan la realidad de nuestro País”.

—“Estimo señor Presidente, que mi posición no es incoherente sino consecuente con las ideas de casi todos los sectores de la vida nacional en el sentido de: terminada la Guerra, ganar la Paz, teniendo como objetivo básico todos los derechos humanos, contenidos tácitamente en nuestra Constitución Nacional”.
Considerando:

a) Que la citada respuesta del señor Presidente de la CORA, es suficientemente explícita y satisface a este ATENEO.

Que, en fecha 20-11-78 ha tenido estado público la posición del Episcopado Argentino, coincidente con el texto de la cuestionada solicitud cuando dice:

—“Paz interior. “Un régimen en legalidad jurídica plena hará posible que nadie permanezca largo tiempo detenido, sin que se le haya abierto proceso ante la justicia. Asimismo evitará se demore innecesariamente la resolución de las causas ya iniciadas”.

"Los caminos de la paz exigen que el trato que en las cárceles se dé a los detenidos, cualquier sea la causa de su prisión, tenga en cuenta las necesidades normales de la existencia humana, incluida la atención espiritual".

"Las autoridades deberán asegurar firmemente la exclusión absoluta de apremios violatorios a la integridad y dignidad del hombre".

"Pedimos que se diga una palabra esclarecedora a los familiares de los desaparecidos, quienes se ven afectados tanto por el dolor de la ausencia como por la incertidumbre ante la suerte corrida por sus seres queridos".

Que, la existencia de detenidos a disposición del Poder Ejecutivo Nacional, ha sido reconocida por el propio Gobierno de la Nación, que ha publicado las listas respectivas.

Que, el propio Presidente de la Nación en ocasión de hacer declaraciones públicas a los periodistas españoles, reconoce la existencia de excesos en la represión.

Que, la Constitución Nacional garantiza el derecho a la libre expresión de las ideas de todo ciudadano (Art. 18).

b) Qué, la importante trayectoria de la C.O.R.A., en los últimos años no puede desligarse de la actuación del señor Presidente.

La Comisión Directiva del Ateneo Argentino de Ortopedia Maxilar, resuelve:

1) Ratificar su confianza en el Presidente de la C.O.R.A. aceptando las explicaciones contenidas en su carta del 16-11-78.

2) Sostener el derecho de todo dirigente a mantener y expresar por los medios legales sus opiniones ciudadanas, en tanto no exista resolución expresa que se lo impida.

3) Hacer un llamado a todas las organizaciones odontológicas para lograr que se dé respuesta positiva a lo solicitado por la Asamblea Episcopal Argentina, en su declaración del 18-11-78.

Sin otro particular, saludamos muy atentamente.

SECRETARIA

PRESIDENTA

Traumatismos en dientes permanentes jóvenes

MARTA GOLDIN
JUAN MEER

"Se proporcionan los elementos necesarios para resolver eficazmente las emergencias provocadas por traumatismos sobre los dientes permanentes jóvenes. Se hace especial hincapié en la importancia de un correcto diagnóstico".

Los traumatismos sobre los dientes se presentan con frecuencia como emergencia en el consultorio, requiriendo una rápida y adecuada atención. Esta debe ser encarada con la debida comprensión del estado emocional del niño y de sus padres y acompañantes.

Con seguridad, conocimiento y operatividad por parte del profesional, comenzará un tratamiento que no concluye en esta visita sino que requiere un control periódico hasta llegar a una normalidad biológica y funcional.

Es de fundamental importancia indagar y trasladar a la ficha el momento y circunstancias del accidente.

Posteriormente debe realizarse:

Examen de los tejidos blandos { encía
labios
lengua

Se determinará el tipo de lesión y eventual inclusión de cuerpos extraños en los mismos.

Las lesiones labiales más frecuentes son:

Contusión; herida con instrumento romo.

Abrasión: pérdida de substancia.

Laceración: desgarro de tejidos blandos.

Perforación.

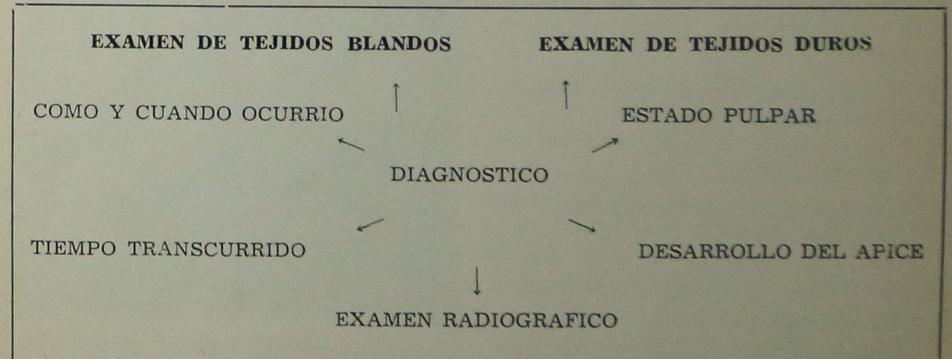
Estos cuadros van acompañados por edema. Será necesaria la administración de la vacuna antitetánica.

Examen de tejidos duros { hueso alveolar
examen radiográf.

La palpación bimanual del cuerpo del maxilar inferior y de los rebordes alveolares, es una maniobra útil para descubrir fracturas de los maxilares. Otro elemento que se tiene en cuenta es el control de la oclusión que si se modificara implicaría desplazamiento de dientes por fractura del hueso maxilar (valor relativo).

CAUSAS PREDISPONENTES
PROTUSION DENTARIA
LABIO SUPERIOR CORTO

La secuencia a seguir frente a estas emergencias es variable. En todos los casos es necesario discernir si el estado general requiere atención médica.



Con el objeto de clarificar al "¿qué hacer?" frente a un traumatismo que afecte a un diente permanente joven, y ante el gran número de clasificaciones que existen en la literatura especializada, Ellis propone una que posee el valor de lo sencillo y práctico:

- 1 Diente traumatizado (corona y raíz intacta).
- 2 Fractura coronaria sin exposición pulpar.
- 3 Fractura coronaria con exposición pulpar.
- 4 Fractura coronaria con extensión subgingival.

- 5 Fractura radicular con o sin pérdida coronaria.

División 1: fractura horizontal

División 2: fractura vertical u oblicua

- 6 Desplazamiento dentario con o sin fractura.

División 1:

desplazamiento parcial;

a) desplazamiento bucal o lingual o palatino;

b) extrusión;

c) intrusión.

División 2:

a) avulsión.

- 7 Traumatismos en dientes primarios.

A los efectos de esta presentación se describen los siguientes tipos de lesiones:

I — DIENTE TRAUMATIZADO

Estando la corona y raíz intactas la fuerza del impacto no se disipa a través de la fractura sino por el contrario es absorbida por el periodonto y la pulpa. Pueden ocurrir tres situaciones:

- a) Colapso pulpar (no responde a las pruebas de vitalidad).
Recuperación de 30 a 60 días.
Controlar distancia.
- b) Mortificación pulpar (no responde a las pruebas de vitalidad)
Cambio de coloración.
Agudización y fistulización a distancia.
- c) Reacción defensiva pulpar.
Degeneración cálcica parcial o total.

II — FRACTURA CORONARIA SIN EXPOSICION PLPAR

Dentro de este grupo incluimos la mínima pérdida adamantina que sólo requiere un alisamiento de la superficie, topicación con fluor y un control a distancia para vigilar el desarrollo apical. (Fig. N° 1)



Figura 1 - Fractura amelodentaria.

Con respecto a los traumatismos que involucran tejido dentario hay que recordar la íntima relación embriológica e histológica de dicho tejido con la pulpa dental.

En razón a una premisa reconocida en medicina no debe quedar ningún tejido conectivo en contacto con el medio exterior. De esto se deduce que lo primero que se debe hacer frente a una exposición dentaria es el lavado de la zona expuesta a la contaminación y su adecuada protección, cualquiera sea la respuesta pulpar a los distintos test diagnósticos.

Pueden presentarse dos alternativas:

- 1) Una respuesta positiva.

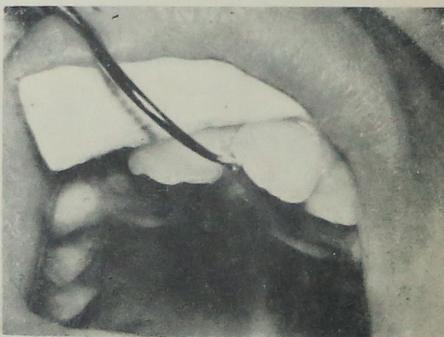


Figura 2 - Recubrimiento de la herida dentaria con dycal.

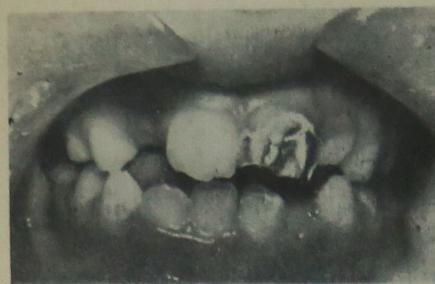


Figura 3. Protección inmediata provisoria con una lámina de aluminio.

- 2) Una respuesta negativa que puede deberse a:

a) Mortificación pulpar por hemorragia intrapulpar o por ruptura del paquete vasculonervioso.

b) Por shock o colapso pulpar que puede ser reversible al cabo de 30 ó 60 días.

c) Los dientes recién erupcionados con foramen infundibuliforme no responden a los test.

Una vez hecho el diagnóstico, a los fines de confeccionar una corona de acero se toma la correspondiente impresión.

En estos casos también es importante recalcar que el control a distancia es imprescindible.

En caso de mantenerse la respuesta pulpar negativa, el tratamiento endodóntico será el indicado.

Hasta tanto se prepare una corona protectora (Fig. N° 4) (que debe ser una urgencia también para el laboratorista) utilizamos:



Figura 4. Corona de acero forjada.

- a) Aros de cobre;
- b) Tiras de acero de 0,2 mm.
- c) Papel de aluminio (Fig. N° 3);
- d) Resinas compuestas con grabado ácido.

Previo al cementado de estos elementos con óxido de zinc eugenol se lava la herida dentaria con agua de cal y se la recubre con hidróxido de calcio (Fig. N° 2).



Figura 5 - Hallazgo radiográfico de un proceso periapical en un diente con una antigua fractura.

III — FRACTURA CORONARIA CON EXPOSICION PULPAR

En estos casos el tratamiento es más comprometido y varía según el tiempo transcurrido desde el accidente.

En general si la exposición es pequeña y reciente, dentro de las 24 horas el tratamiento es el mismo que el descrito en el caso anterior.

Si la exposición datara de 48 a 72 horas, la contaminación llevará a una lesión inflamatoria pulpar, y el tratamiento procurará



Figura 6 - Sobreobtención con pasta alcalina. Obturación del conducto con pasta lentamente reabsorbible. Form. Dr. Maisto.



Figura 7 - Control radiográfico a los 6 meses.



Figura 8 - Control radiográfico a los 12 meses.

mantener la vitalidad de la pulpa radicular sana para completar el desarrollo apical.

El tratamiento indicado para ello es la



Figura 9 - Control radiográfico a los 24 meses. Reparación periapical con cierre de la canastilla ósea.

biopulpectomía parcial a la altura del tercio cervical.

Pasados varios días desde el momento de la exposición, el progreso de la inflamación requerirá una pulpectomía más alta teniendo la precaución de conservar un remanente pulpar apical para completar el desarrollo del ápice radicular.

Si pasado cierto tiempo se produce la gangrena pulpar, se realizará el tratamiento del conducto (Fig. 5, 6, 7, 8, 9).

IV—FRACTURA DE LA TOTALIDAD DE LA CORONA

En dientes permanentes jóvenes no se presenta con demasiada frecuencia.

El trazo de fractura puede ser horizontal, u oblicuo o insinuándose subgingivalmente.

En todos los casos el tratamiento a seguir será endodóntico previa gingivectomía cuando haya extensión subgingival de la fractura.

La restauración final que restituye al diente en todas sus funciones es la corona. Dada la pérdida total de la corona dental se recurre al perno muñón colado para subsanar ese déficit.

S U M M A R Y

Different emergencies in patients with traumatism in young permanent teeth are described.

The need for an accurate diagnosis and an adequate and timely protection in cases with amelodontary fractures is stressed, and the want of follow up or radiographic control along several years is disscussed.

BIBLIOGRAFIA

ELLIS R. G. Clasification and treatment of injuries of the teeh of children. 1ed. Chicago, The year Book Publishec Inc. 1945.

MAISTO O. A. - "Endodoncia", 2ª Edición 1973.

MUÑIZ M. - Reseñas odontológicas. Lepetit. INGLE J. I. - Endodontics practice 6 th. ed. Philadelphie 1965.

MAISTO O. A. y CAPURRO M. A. - Obturación de conductos radiculares con hidróxido de Calcio yodoformo. Rev. Asoc. Odont. Argentina: 52:167-73; mayo de 1964.

CABRINI R. L., MAISTO O. A., MANFREDI E. E. - Protección con Hidróxido de Calcio de la pulpa sana expuesta experimentalmente. Rev. Asoc. Odont. Argentina. 41:293-309; jul. 1953.

Dilascercación radicular. Aspectos preventivos

CARLOS GUBERMAN
ALFREDO FERMIN ALVAREZ

La dilascercación radicular integra el cuadro de las displasias o anomalías dentarias junto a otras resultantes de perturbaciones que involucran a las capas epiteliales y mesenquimales. Producen irregularidades de desarrollo, tamaño y forma de los dientes.

Se ha agrupado a estas alteraciones con la denominación genérica de "odontogénesis imperfecta", acompañando a la dilascercación radicular las siguientes: microdoncia, macrodoncia, geminación, fusión, concrecencia, "dens in dente" (o mejor "dens invaginatus"). Se les atribuye en forma conjunta ser el resultado de interferencias locales —generalmente traumáticas— de distinto grado de intensidad. Nuestras observaciones nos avalan para apuntar algunas diferencias etiopatogénicas y, consecuentemente, puntualizar aspectos preventivos.

La bibliografía pone de relieve las dificultades que se plantean para la exodoncia en esta alteración de dirección y forma radicular, pero no hemos encontrado referencias significativas en cuanto a los criterios preventivos que nos ocupan en esta comunicación. Algunos de nosotros advertimos en otro



fig. 1. Dientes inferiores retenidos extraídos con dilascercación que se corresponde con el conducto dentario.



fig. 2. Alteración de forma de la raíz de un diente involucrado en una antigua fractura maxilar.

trabajo ¹ que un diente en formación que no erupcione a la edad oportuna, aún sin haber sufrido un traumatismo, es susceptible de acomodar su anatomía radicular a las estructuras normales que lo rodean que, aunque aparentemente débiles, representan barreras insalvables para las raíces en formación. Así ocurre con los dientes vecinos, erupcionados o no, y las estructuras óseas, representadas en el maxilar inferior por la cortical del conducto dentario y el borde basal, y en el maxilar superior por el piso de las fosas nasales y del seno maxilar, y la sinartrosis intermaxilar.

No escapan a la responsabilidad de la instalación de las anomalías que tratamos tanto entidades patológicas cuanto traumatis-

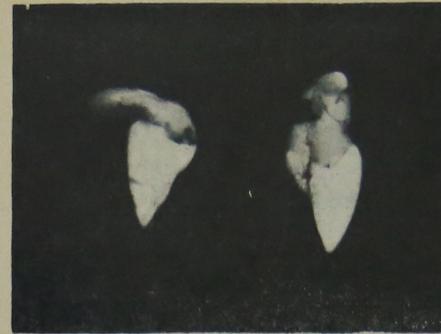


fig. 3. Alteraciones de forma, tamaño y estructura en las raíces de dientes relacionados con trazos de fractura.

mos intercurrentes con el tiempo de formación radicular. Su comportamiento no es el mismo. Las entidades patológicas (habitualmente dientes supernumerarios u odontomas, aunque puede haber otros), constituyen impedimentos para la erupción normal que —transcurrido el tiempo— determinan la instalación de la dilascercación conforme a los criterios expuestos para las estructuras normales. En cambio, los traumatismos incidentes u ocurridos en un germen dentario, anticipan expectativas de alteraciones morfológicas en el futuro, no sólo en la estructura radicular sino también en la coronaria.



fig. 5. Incisivo lateral superior vecino a un odontoma, con dilascercación vinculada a piso de fosa nasal.



fig. 4. Incisivo lateral superior retenido y dilascercado.

Por lo dicho, dos conceptos deben quedar bien claros:

1. Toda demora en la erupción de un diente en tiempo oportuno debe ser controlada clínica y radiográficamente para poner en juego, si cabe, los recursos terapéuticos aptos para facilitar la erupción (obtención y/o mantenimiento del espacio en la arcada, eliminación del eventual obstáculo, ortodoncia, liberación, ortodoncia quirúrgica). La actitud debe encuadrarse en el tercer nivel de prevención: diagnóstico precoz y rápido tratamiento.

2. Todo diente en formación involucrado en un traumatismo debe ser sistemáticamente controlado clínica y radiográficamente a través de un seguimiento prolongado, hasta certificar su desarrollo.

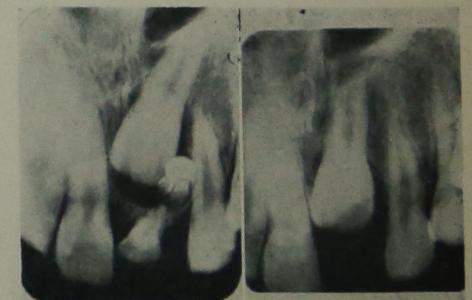


fig. 6. A la izquierda, inclinado, con persistencia del primario y un odontoma. A la derecha, eliminado el diente primario y el obstáculo, efectuado la ortodoncia quirúrgica, obsérvese dilascercación apical en correspondencia con piso de fosa nasal.

RESUMEN

Aunque la bibliografía no lo indique siempre así, la dilatación radicular no es atribuible solamente a traumatismos ejercidos a nivel de un germen dentario. Debe prestarse atención a las demoras en la erupción de un diente por malposiciones, alteraciones estructurales u obstáculos que pueden interferir en la correcta formación radicular. El diagnóstico precoz y rápido tratamiento es de regla. Ante traumatismos que puedan hacer sospechar sobre la evolución normal del germen dentario, la norma es el seguimiento clínico-radiográfico.

SUMMARY

Although the literature does not always indicate it this way, the radicular dilatación is not only attributable to the traumas produced at a level of a tooth in process of growing. Attention must be paid to the delay of eruption of the tooth due to incorrect positioning, structural alterations, or obstacles that could interfere in the co-

rect radicular formation. A premature diagnosis and fast treatment is the rule. In the presence of trauma the could be suspected of injuring the normal evolution of a tooth, the norm is a clinic-radiographic follow-up.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. ALVAREZ, A. F., TORRES, M. D. y CHUDNOVSKY, A. "Cirugía en alteraciones de la erupción dentaria; colaboración quirúrgico-ortodóncica". Ortopedia Maxilar, XIV; en-jun. 1978.
2. ANDREASEN, J. O.: "Traumatic Injuries of Teeth". Ed. 1977.
3. BERNIER, J. L. "Tratamiento de las enfermedades orales". Ed. Bibliográfica Omeba". Bs. As., 1959.
4. BORELLO, E. D.: "Anatomía patológica de los tumores de los maxilares y de los tejidos blandos bucales". Ed. Darkett, Rosario, 1964.
5. MC DONALD, R. F. "Odontología para el niño y el adolescente". Ed. Mundi, Bs. As., 1972.
6. PAGANO, J. L.: "Anatomía dentaria". Ed. Mundi, Bs. As., 1965.
7. SPOUGE, J. D. "Patología bucal". Ed. Mundi, Bs. As., 1977.
8. THOMA, K. H. "Patología Bucal".

Dirección de los autores: M. T. de Anchorena 1176, Bs. As.

Adhesión directa de brackets y otros aditamentos en las técnicas ortodóncicas - Aplicación clínica.(1)

CATALINA DVORKIN
EDITH LOSOVIZ
SAUL MERLIN

El objetivo de este trabajo ha sido el de realizar una revisión y actualización de la adhesión directa de elementos ortodóncicos al esmalte dentario. Partiendo de los trabajos publicados en la bibliografía especializada se ha llevado a la práctica una experiencia personal en la Clínica del Ateneo.

Es de destacar que este tema viene adquiriendo un auge creciente, al punto de existir numerosas publicaciones provenientes de diversos países que reflejan la inquietud de muchos investigadores deseados de seguir profundizando y perfeccionando este nuevo procedimiento.

Lo que se intenta desde hace más de veinte años es la supresión de las bandas metálicas por todo lo que ellas implican.

Desde Buonocuore hasta la actualidad se han aplicado diversas técnicas y materiales, muchas de ellas realizadas in vitro, fracasando casi todas por la carencia de materiales adhesivos y técnicas adecuadas que hicieran perdurar dicha adhesividad a lo largo de todo el tratamiento.

Así han sido utilizados cementos de poliacrilato, uretanos (algunos resultan tóxicos), cianoacrilatos (son biodegradables), etc.

Lo que ha dado en marcar una nueva era es la aparición de los llamados composites, también conocidos como resinas compuestas o combinadas, con el agregado de la técnica del grabado ácido.

ADHESION

Nos parece conveniente referirnos a algunos aspectos de la adhesión y a los métodos que conducen a su mejor logro, dado que

redundarán en obtener resultados más exitosos en la aplicación clínica.

La podemos definir como el mecanismo para mantener dos cuerpos en contacto. La adhesión puede efectuarse por medios físicos, químicos o físico-químicos. Los primeros tienen lugar por la penetración de uno en irregularidades del otro. Son verdaderas retenciones no talladas previamente, sino que se produce la introducción de uno en microrrugosidades del otro.

La adhesión química implica intercambio intermolecular e interatómico. En los procesos físico-químicos se verifican ambos fenómenos. Cualquiera sea el mecanismo por el que la adhesión se produzca, es imprescindible una aceptable adaptación de las partes a unir.

La adhesión entre dos sólidos resulta bastante difícil, no así para el caso de un sólido y un líquido que luego sufre un proceso de endurecimiento. También se pueden unir dos partes sólidas interponiendo entre ambos un líquido que luego endurece por reacciones físicas o químicas.

En síntesis, las técnicas adhesivas significan la adaptación de un líquido sobre un sólido, alcanzándose el efecto buscado sólo cuando el líquido se adapta bien al sólido y consigue mojarlo convenientemente.

Para que la adhesión tenga lugar entran en juego factores relacionados con las propiedades y la estructura del adhesivo y sobre la superficie sobre la que aquel tiene que actuar. En la superficie existe la lla-

(1) Trabajo presentado en las 2as. Jornadas Internas del A.A.O.M., realizadas en la ciudad de Mar del Plata en Octubre de 1978.

mada energía superficial, que es equivalente a la tensión superficial de los líquidos, y que es un reflejo de las fuerzas de cohesión interatómicas e intermoleculares que no están compensadas en la superficie.

Los sólidos como los metales y los cerámicos tienen una elevada fuerza de cohesión en su estructura, mientras que los elementos orgánicos no la tienen. Por tanto, los primeros serían más fácilmente mojados por los líquidos. Para que esté vigente esa energía superficial la superficie no debe estar contaminada. Es necesaria una capa de material contaminante o de humedad para impedir que la energía superficial se ponga de manifiesto, impidiendo así la adhesión, especialmente cuando se trata de la forma química. La presencia de rugosidades modifica las condiciones de la adhesión. Una superficie lisa facilita el corrimiento del adhesivo, sin verse alterada su marcha por la dificultad de desplazar el aire de las rugosidades. Sin embargo, algunas rugosidades son necesarias si se busca adhesión física. Como el esmalte dentario es liso es fácil desplazar sobre él un adhesivo. Pero esa lisura impide pensar en una adhesión mecánica. Tiene una energía superficial elevada ya que es inorgánico, cristalino y unido. Para ello debe estar perfectamente limpio, siendo que en el medio bucal está recubierto por una película de material orgánico que debe ser eliminado si se quiere lograr una correcta energía superficial para que pueda atraer a un adhesivo sobre ella. También está presente la humedad, que enmascara la energía superficial. Por ello debe secarse el esmalte con aire o por medios químicos. De allí la necesidad del uso del dique de goma para impedir la presencia de humedad.

Un esmalte que ha sido sometido a la fluoración, por ingesta o por topicación contiene menos grupos OH en su cristal de apatita ya que estos son reemplazados por Fluor que disminuye la energía superficial. En síntesis, si bien la superficie adamantina se presenta bastante favorable para la adhesión es necesario tratarla previamente.

GRABADO ACIDO

La técnica de grabado ácido permite preparar la superficie adamantina de manera que favorezca la retención del material de adhesión. Para ello crea microrretenciones

en un espesor de 25 a 125 micrones, recordando que el esmalte posee en su cara vestibular un espesor de 2300 micrones. La profundidad de la penetración depende obviamente de la concentración del ácido empleado, del tiempo de acción y de las condiciones del esmalte. El empleo de ácidos llega a eliminar selectivamente la parte orgánica de la inorgánica del esmalte. Este, una vez grabado, presenta una pérdida tisular a nivel del centro de los prismas, siendo menos frecuente en la periferia interprismática, donde predomina la sustancia orgánica. Estas pérdidas no se pueden predecir clínicamente. Se calcula que se obtienen de 30 a 50 mil microrretenciones por milímetro cuadrado de superficie grabada.

MATERIALES Y METODOS UTILIZADOS

Como es sabido, los composites están compuestos por un diacrilato más un relleno inerte (sílice, cuarzo), catalizadores (peróxidos y aminor terciarias) y eventualmente radiación ultravioleta. Básicamente son productos de la polimerización del metacrilato de metilo, el vinil silano actúa como agente de enlace. Ultimamente se están experimentando nuevos materiales composites, que según parece están llamados a producir un nuevo salto en las técnicas de adhesión en Odontología. Se trata de un monómero que se polimeriza alrededor de su propio polímero. Los polímeros son básicamente blandos. En estos nuevos materiales, además de los elementos orgánicos e inorgánicos presentes en los composites comunes, poseen una cadena inorgánica de microfilm en forma de diminutas esferas encadenadas que le confieren una dureza y resistencia extraordinarias. Esto ha sido publicado recientemente por Meir en Zurich (1977). En tres meses de experimentación se comportan en forma similar a las amalgamas en cavidades practicadas en prótesis completas, habiéndose luego efectuado la investigación por medio de microscopio electrónico y pruebas de laboratorio.

Presentación

Los diversos composites existentes en el mercado son presentados por sus fabricantes en varias formas: polvo y líquido, dos pastas, una pasta y fuente productora de radiación ultravioleta, etc.

Elementos empleados:

En nuestra práctica en la Clínica del Ate-neo estamos utilizando diversos elementos, a saber:

Brackets: pueden ser industrializados, ya sean plásticos o metálicos, o bien confeccionados por el propio profesional.

Aditamentos: grapas, agarres para gomas, antirrotacionales, botones, tubos, etc.

Los brackets de plástico si bien tienen cualidades estéticas innegables por su transparencia o su color similar al del diente, adolecen de falta de resistencia a la fractura, a la tracción y al desgaste.

Los brackets metálicos industrializados no siempre cumplen con los requisitos en cuanto al tamaño se refiere. Dadas las limitaciones que existen en nuestro medio nos hemos visto en la necesidad de desarrollar una técnica propia para la confección de los mismos. Ello lo hemos logrado con el siguiente método:

- 1) Se suelda el bracket al material de banda con soldadura de punto.
- 2) Se suelda el conjunto obtenido a una malla de acero inoxidable.
- 3) Se recorta y pule convenientemente.
- 4) Se adapta a la superficie dentaria.

Técnica de aplicación:

- 1) Se realiza el cepillado del diente con piedra pómez disuelta en agua o productos similares para la limpieza de las piezas dentarias, que se adquieren en los comercios dentales, pero cuidando que no contengan fluor ni sustancias oleosas en su composición. Para ello se utiliza brocha o cepillo en forma rotatoria con el empleo del torno convencional.
- 2) Lavado abundante y secado con aire comprimido.
- 3) Aislación absoluta siempre que el caso lo permita. Esto nos asegura un campo seco, protege los tejidos blandos y dientes vecinos de la acción cáustica del ácido y evita la contaminación con la saliva en la zona grabada.

- 4) Grabado ácido. El tiempo de grabado debe oscilar entre ½ a 2 minutos. Se considera que al aumentar el tiempo de aplicación se pierde la capa superficial del esmalte. La aplicación del ácido debe hacerse con una torunda de algodón o con un pincel que asegure la cantidad de ácido suficiente, pero cuidando de no exceder la superficie del diente a grabar.

Existen líquidos grabadores que por ser incoloros y fluidos no permiten visualizar el área de acción ni controlar su extensión. Ello se ha superado coloreándolos y aumentándose su densidad. Los criterios difieren en cuanto a que el área grabada sea amplia o reducida. Zachrisson lo hace en toda la superficie de la cara involucrada. Nosotros hemos grabado solamente el área ocupada por el bracket.

Se debe evitar el frotado ya que se busca penetración en profundidad y no desgaste en superficie.

Se debe evitar grabar zonas que no vayan a ser luego cubiertas con el material de adhesión como así también no tocar dientes vecinos ya que actuaría como caries incipiente.

Clínicamente el color blanco tiza o blanco cetráceo del esmalte así tratado, permite comprobar la efectividad del grabado, pudiendo repetirse el mismo si éste no ha sido suficiente para obtener tal aspecto clínico.

No se deben hacer topicaciones con fluor en el momento previo a la adhesión. En dientes fluorados se recomienda partir de la base de dos minutos de aplicación como mínimo.

- 5) Lavado con abundante agua y secado con aire. Se debe evitar de usar para el secado preparaciones que sean solventes de las resinas de adhesión.
- 6) Aplicación del sellador.
- 7) Aplicación de la pasta adhesiva, sobre el diente y el bracket. Recocendamos recubrir con cera utility o similar la cara externa del bracket para evitar que el adhesivo se introduzca, entorpeciendo luego la colocación del arco y de las ligaduras. Previamente el mismo se desen-

grasa con acetona o agentes comerciales secadores que la contengan.

Lo conveniente es aplicar una cantidad insuficiente de pasta al principio y luego de la polimerización inicial agregar lo que sea necesario en el contorno. La experiencia ha demostrado que es más difícil eliminar el exceso de material que agregarlo.

- 8) Colocación del bracket. Debe emplearse una película muy delgada con discreta presión. Lo orientamos correctamente con un atacador de gutapercha o un instrumento similar. Se deben esperar 15 minutos como mínimo antes de la colocación del arco.

El uso de radiación ultravioleta en Ortodondia para acelerar el período de polimerización, generó expectativa pero luego se vio que tal sistema es de uso dudoso dado que el metal del bracket bloquea el paso de dicha radiación.

Ventajas de la adhesión directa

- Disminuye la irritación gingival.
- Contribuye a una mejor higiene bucal.
- Como consecuencia hay menor incidencia de caries.
- Durante el tratamiento con bandas, éstas suelen aflojarse y producir descalcificaciones. Con esta técnica el bracket se desprende directamente.
- Evita la previa separación de dientes en los puntos de contacto rotos por lo que se produce menor trauma al paciente.
- Permite ganar el espacio que roban las bandas durante el tratamiento.
- Evita la interferencia del material de banda en la oclusión.
- Permite trabajar en dientes que no han completado su erupción.
- En dientes no erupcionados se requiere una menor cantidad de liberación.
- Agiliza el armado de los casos.
- Permite atender un mayor número de pacientes en un mismo tiempo dado.
- Evita el uso de empujadores de bandas, (menor trauma).

- Abarata el costo por el uso de menor cantidad de aparatología.
- Permite una mejor visualización de la evolución del tratamiento en los tres planos del espacio.
- Evita el cierre post-tratamiento de los espacios dejados por las bandas.
- Resultan de fácil remoción al finalizar el tratamiento.
- Permite adicionar aditamentos en el momento oportuno sin necesidad de remover la banda.
- Mejora el aspecto estético, pudiendo también utilizarse arcos confeccionados en acero recubierto con resinas epóxicas. Esto facilita la aceptación del tratamiento por parte de pacientes adolescentes y adultos.
- Es de fácil aplicación en dientes rotados.

Desventajas

De acuerdo con lo expuesto por Ibsen y Neville en su libro "Odontología restauradora adhesiva" los temores con respecto al daño ocasionado sobre el esmalte por el grabado ácido, no se justifican por los datos clínicos y experimentales, ya que en el grabado producido por los ácidos suaves expuestos a la acción de la saliva, en pocas semanas lo vuelve a la normalidad, con una ligera pérdida de brillo. Diferente es la descalcificación observada junto a las bandas de ortodondia en pacientes habituales al consumo de bebidas gaseosas o chupadores de limón.

Causas de fracaso

- No se limpió el diente en forma correcta.
- Humedad en la superficie dentaria.
- Uso de brackets que no están especialmente diseñados para las técnicas adhesivas.
- Se dejó pasar demasiado tiempo para la colocación de los brackets después de la aplicación del sellador.
- No se siguieron exactamente las instrucciones durante la aplicación del sellador.
- No se mantuvo el bracket firmemente en la boca durante los minutos correspon-

dientes o se lo movilizó comenzada la polimerización, lo cual produce un deslizamiento de los brackets y el debilitamiento de la unión.

- Los brackets han sido mal adaptados.
- Variaciones en cuanto a la calidad del esmalte.
- La topicación previa de flúor disminuye la resistencia de las uniones.
- Se realizó un grabado insuficiente.

Indicaciones

Permiten ser utilizados para cualquiera de las técnicas ortodóncicas, restringiéndose su uso en los molares donde deba ser aplicada tracción extraoral.

Contraindicaciones

Está contraindicado en aquellos casos donde interfiere la oclusión, de allí su uso limitado en la arcada inferior.

Remoción

El bracket es desprendido por medio de un alicate para corte de ligaduras, un instrumento de mano o bien aparatos de alta frecuencia. El resto de adhesivo es eliminado por medio de instrumental de mano, discos de papel arenado de pulir, fresas lisas de carburo tungsteno a baja velocidad o piedras de diamante.

Para aumentar el contraste sobre el esmalte se aconseja no usar agua refrigerante hasta terminar de cumplimentar este paso. La superficie termina de pulirse con discos o tazas de goma. Este procedimiento deja superficies lisas y limpias.

EXPERIENCIA PERSONAL

Se aplicó el método desarrollado en el presente trabajo, para el tratamiento de distintos casos con diversas técnicas ortodóncicas utilizando fuerzas ligeras (Jarabak, Begg, arco liso, etc.).

Se probó con éxito la instalación de arcos linguales del tipo Merzhon adhiriendo los anclajes directamente al molar, sin el uso de bandas (Fig. 1).



Figura 1

Se obtuvo resultados notables en el movimiento temprano de dientes que fueron llevados a cabo en cuanto la pieza hizo su aparición en la boca.

Se instalaron mantenedores de espacio, diseñados especialmente sin coronas ni bandas, para ser utilizados con esta técnica, consistente en la soldadura de la malla de acero inoxidable directamente al ansa de alambre que luego es adherido al esmalte del molar en sus caras vestibular y lingual o palatina. (Fig. 2 y 3).

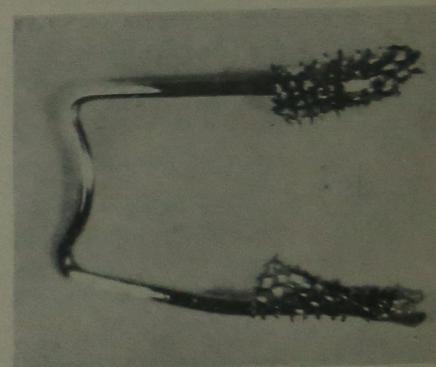


Figura 2

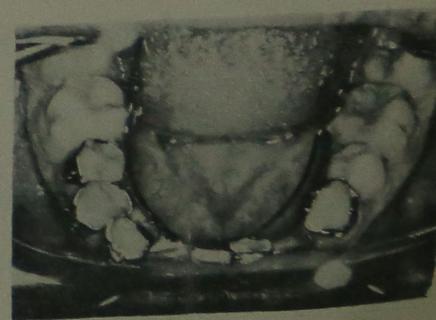


Figura 3

CONCLUSIONES

No hay duda que estamos en presencia de una técnica nueva que está produciendo cambios en la concepción general de la especialidad. El procedimiento es hasta ahora exitoso faltando experiencia a lo largo del tiempo.

Se utilizaron diversos tipos de brackets y otros medios de anclaje ortodóncicos, inclusive instalando gomas intermaxilares, directamente adheridos al esmalte dental. Se utilizaron diversas técnicas ortodóncicas, realizándose la experimentación en el Servicio de Ortodoncia de la Clínica del Ateneo Argentino de Ortopedia Maxilar.

RESUMEN

Coincidimos con otros autores en cuanto a la eficacia del método. Las ventajas detalladas a lo largo del trabajo ratifican lo dicho en otros artículos y se obtienen nuevos aportes a la técnica como la aplicación de arcos linguales sin requerimiento de bandas como así también mantenedores de espacio. Se realizó con éxito notable el movimiento temprano de dientes, recién hecha su aparición en la boca.

Hacemos hincapié en las causas que llevan al fracaso, que es necesario evitar para que no se desprendan los anclajes: perfecta limpieza, buena aislación, ausencia de humedad, buena adaptación y ausencia de movimiento durante el fraguado.

BIBLIOGRAFIA

Primer Simposio Argentino de Grabado Acido.

Ibsen Robert and Neville Cris. "Odontología restauradora adhesiva".

Zachrisson Bjorn. "Posttreatment evaluation of direct bonding in Orthodontics". (Oslo, Norfay).

Caspersen Ivar. "Residual acrylic adhesive after removal of plastic orthodontic brackets: a scanning electron microscopic study". (Dinamarca).

Gwinnett John and Gorelick Leonard. "Microscopic evaluation of enamel after the bonding. Clinical application. (New York).

Nischili Jorge. "Adhesión directa de aparatos ortodóncicos. (México).

Dirección de los autores:
C.D.: Nazca 463, Buenos Aires.
E.L.: Corrientes 4967, Buenos Aires.
S.M.: Thorne 445, Buenos Aires.

SERGIO TRAJTENBERG

Artículos para Odontología todos los días de 8,15 a 10,45 en el Ateneo
Oferta del mes RX dental, y como siempre todos los materiales a muy buenos precios.

T. E. 773-3357 y 772-9491

ECOS DE LA CELEBRACION DEL
25° ANIVERSARIO DEL ATENEO

Habla la Dra.
Beatriz Lewkowicz.

El sábado 16 de diciembre el Ateneo Argentino de Ortopedia Maxilar culminó la celebración de sus Bodas de Plata con una reunión social realizada en los salones de Laboratorio Bernabó.

En el referido acto, habló la Sra. Presidenta del Ateneo, Dra. Beatriz Lewkowicz, cuyo discurso se transcribe como editorial de este número. También dirigió un mensaje el Presidente de la C.O.R.A., Dr. Ariel O. Gómez. Se encontraban presentes autoridades de instituciones odon-

tológicas de Capital e Interior, el Profesor Titular de Ortodoncia de la Facultad de Odontología de Buenos Aires y numerosa cantidad de colegas y familiares.

La Sociedad Argentina de Ortodoncia y Laboratorio Bernabó entregaron a la Presidenta del Ateneo sendos recuerdos para la institución.

Un conjunto de jóvenes folkloristas y un grupo de colegas pusieron la nota artística a la reunión que se desarrolló en el marco de cálida camaradería.



El Presidente
de la CORA,
Dr. Ariel O. Gómez,
pronuncia su discurso.



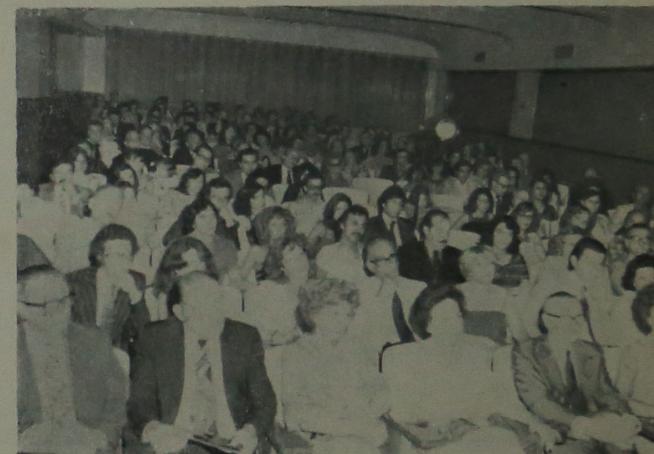
**Vistas del
Espectáculo**



De izquierda a derecha los Dres. Héctor Ferreri, presidente de U.G.O.; Miguel Stratas, tesorero de A.A.O.M.; Mnaó Ruiz Moreno, Profesor de Ortodoncia de la F.O.B.A.; Eduardo Levin, Director de "Panorama Odontológico"; Beatriz Lewkowicz, presidente de A.A.O.M.; Jorge Mayoraz, presidente de la Sociedad Argentina de Ortodoncia; L. Ros' y Luis Zielinsky.



**Aspectos
del
público
asistente**



INDICACIONES PARA LOS AUTORES

1. Los trabajos enviados para su publicación deben ser inéditos y no estar a consideración de otro editor.
2. Los trabajos deben redactarse en idioma castellano y presentarse escritos a máquina en papel tamaño carta, en una sola cara y a doble espacio, dejando un margen de no menos de tres centímetros en los cuatro lados de la hoja. Se remitirán el original y una copia, con las hojas numeradas en el ángulo superior derecho.
3. Los trabajos deben organizarse de la manera siguiente:
 - 3.1. Título: en la parte superior de la primera hoja, y lo más conciso posible. Si fuera imprescindible se colocará un sub-título.
 - 3.2. Autor(es): con los nombres y apellidos completos, obviándose los títulos académicos (doctor, profesor, etc.). Cuando sea conveniente indicar cargos o lugar de la realización del trabajo un asterisco remitirá al pie de la primera página.
 - 3.3. Reseña: deberá ser lo más breve posible condensando el objetivo y resultado del trabajo como una forma de invitar al lector.
 - 3.4. Resúmenes en todos los casos, al final del trabajo se debe incluir un resumen en castellano y otro en inglés.
 - 3.5. Bibliografía: debe consignarse en hoja aparte, enumerada por orden de aparición en el texto. Las fuentes bibliográficas serán referidas siguiendo las normas del "Índice de la Literatura Dental Periódica en Castellano y Portugués" o del "Index to Dental Periodical Literature of the American Dental Association".
 - 3.6. Dirección del(os) autor(es): al final, con las respectivas iniciales, se consignará la dirección de o de los autores.
4. Extensión de los trabajos: Se aconsejan las siguientes extensiones máximas aproximadas: trabajos originales de investigación, 12 páginas; comunicaciones breves y casos clínicos, 5 páginas; Trabajos de divulgación, 12 páginas; y trabajos de revisión bibliográfica, 10 páginas.
5. Normas para trabajos de investigación: Deben seguir este orden:
 - 5.1. Introducción: explicará el motivo del trabajo, pudiendo incluir una breve reseña bibliográfica, redactado en pretérito perfecto (p. ej.: se ha observado).
 - 5.2. Material y Métodos: en pretérito indefinido (p. ej.: se observó).
 - 5.3. Resultados: En pretérito indefinido, en forma clara y concisa, sin comentarios subjetivos.
 - 5.4. Discusión: debe sólo limitarse a la interpretación y comentario de los resultados y su relación con los datos obtenidos de la literatura.
 - 5.5. Conclusiones.
6. Ilustraciones: Las fotografías deben ser originales y copiadas en papel brillante. Las radiografías también deben ser copiadas en igual forma, pues los originales no pueden usarse. Al dorso de cada ilustración se indicará con lápiz suave el número y la parte superior. Las leyendas de cada ilustración serán enviadas en hoja aparte. La Revista se hará cargo de 150 cm² de clisés. El excedente correrá por cuenta del o de los autores.
7. Apartados: Deben solicitarse en el momento de la presentación del trabajo y serán costeados por el(los) autor(es).
8. Trámite de revisión: Los trabajos serán analizados por la Mesa Editorial con los asesores que ésta estime oportuno designar e informará a los autores sobre la aceptación o no del trabajo, pudiendo sugerir modificaciones.

En los casos de no aceptación del trabajo, los originales se pondrán a disposición del autor mediante correspondencia fehaciente, por el término de 90 días, pasados los cuales la Revista no se hace responsable por su conservación. En la publicación se consignarán las fechas en que cada trabajo fue recibido y aceptado.

Los trabajos deben remitirse al Director de la Revista "Ortopedia Maxilar", Tomás M. de Anchorena 1176/78, Buenos Aires (14245), República Argentina.

ATENCION DE PACIENTES EN LAS CLINICAS DEL

ATENEO ARGENTINO DE ORTOPEDIA MAXILAR

ORTOPEDIA:

MARTES, JUEVES y SABADOS, de 8.30 a 11.30 horas.

ORTODONCIA:

LUNES, MIERCOLES y VIERNES, de 8.30 a 11.30 horas.

ODONTOPEDIATRIA:

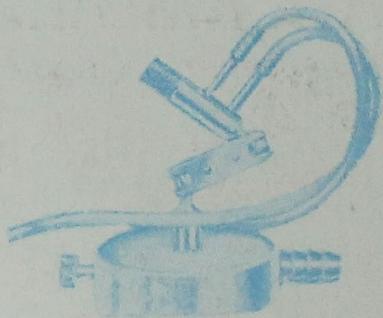
LUNES, MIERCOLES y VIERNES, de 8.30 a 11.30 horas.

CIRUGIA:

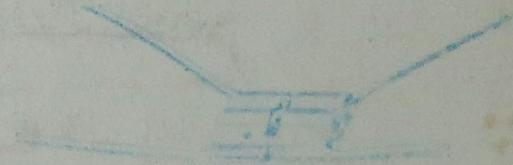
LUNES a SABADO, de 8.30 a 11.30 horas.

DENTAURUM

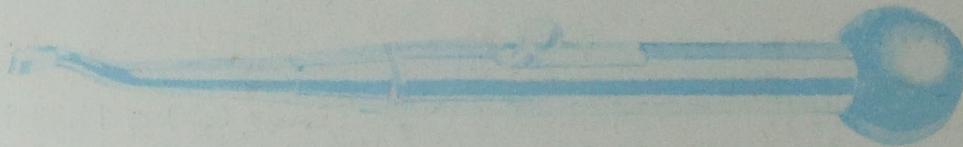
S. A. - ARGENTINA



Soplete Korkhaus
Apropiado todo tipo de gas, con llama
fina y puntiaguda, para soldar trabajos
delicados.



Tornillo para disyunción rápida
e higiénica sin placa



Martillo automático empujador de bandas

Alambre en varilla Extra Federhart y Super Federhart en las medidas
0,40; 0,45; 0,50. Bandas preformadas para anteriores y posteriores
en 32 medidas.



LA MEJOR CALIDAD EN PRODUCTOS DE ORTODONCIA

es

REMANIT

PARAGUAY 2070

TEL. 83 - 4185