

# ORTOPEDIA MAXILAR

REVISTA DEL ATENEO ARGENTINO DE ORTOPEDIA MAXILAR

BIBLIOTECA A. A. O.

BIBLIOTECA

UBICACION: 033

FECHA:

PROGRAMA  
DE LOS  
CURSOS  
PARA 1980

VOLUMEN XV  
ENERO - DICIEMBRE 1979



**DANALON<sub>OM</sub>**

Producido bajo licencia de



CANIERA SUZA

Elaborado por:

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

## ATENEO ARGENTINO DE ORTOPEDIA MAXILAR

### COMISION DIRECTIVA

Presidente: **Dra. Beatriz Lewkowicz**  
Vicepresidente: **Dr. Angel Lagorio**  
Secretaria: **Dra. Beatriz Francia**  
Prosecretario: **Dr. Mario Beszkin**  
Tesorero: **Dr. Miguel Stratas**  
Protesorero: **Dr. Mario Daniel Torres**

Vocales titulares: **Dres. Elías Beszkin**  
**Alfredo Fermín Alvarez**  
**Henja F. de Rapaport**  
**Catalina Dvorkin**  
**Luis Zielinsky**  
**Eduardo Sussman**

Vocales suplentes: **Dres. Ariel Chudnovsky**  
**Clara Szteinberg**  
**Marta Semerena**  
**Saúl Merlin**  
**Rubén Gasti**  
**Carlos Guberman**

### COMISION FISCALIZADORA

Titulares: **Dres. Jaime Fiszman**  
**Bernardo Letzen**  
**Marcos Lipszyc**

Suplentes: **Dres. Natalio Schesak**  
**Golda Grossman**  
**Noemí Lisman**

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 con máquina de un solo lado y en doble espacio. Llevarán, asimismo, el nombre completo del autor, sus títulos y cargos y su domicilio.

No se devuelen los originales.

CANJE: Deseamos canje con revistas similares.

Nous désirons établir l'échange avec les revues similaires.

Desideriamo intercambio con rivisti simili.

Deseamos permutar com as revistas congeneres.

We wish to exchange with similar magazines.

Un austausch Wird gebeten.

# INDICE

	Pág.
Editorial	4
Enfermedades producidas por la placa bacteriana	6
• Distocclusión, indicación terapéutica	10
Enseñanza de pre y posgrado	22
Primer momento anestésico	27
• Progenie	31
Reglamento de Cursos	37
Programa de Cursos	39
Informaciones	59
Federación Dental Internacional	62

#### DIRECTOR:

Dr. Alfredo Fermín Alvarez

#### CUERPO DE REDACCION:

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

#### DIRECCION TECNICA:

Anonio Tarsitani

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

# fulleilina

## AMOXICILINA SINTYAL

Antibiótico sin riesgos  
en cualquier edad,  
cubre los procesos  
infecciosos mas comunes,  
activo contra  
gérmenes  
gram (+) y  
gram (-)



sólo 3  
tomas al día

#### INDICACIONES:

ANTIBIOTICO BACTERICIDA ACTIVO SOBRE GERMESES GRAM (+) Y GRAM (-), EN INFECCIONES TANTO AGUDAS COMO CRONICAS: otitis, sinusitis, rino-faringitis, faringitis, amigdalitis, anginas, laringotraqueitis, bronquitis, fiebre tifoidea y paratifoidea, brucelosis, infecciones hepatobiliares bacterianas, infecciones renales y de las vias urinarias, gonorrea, procesos infecciosos de piel y tejido celular como forúnculos, acné, hidrosadenitis, abscesos y como preventivo de complicaciones en el sarampión, coqueluche, gripe, etc.

#### COMPOSICION:

FULLCILINA PEDIATRICA se presenta en frascos conteniendo polvo para preparar 60 ml de suspensión que contiene 125 mg, 250 mg y 500 mg cada 2,5 ml, 5 ml y 10 ml, respectivamente, de Amoxicilina Trihidrato (equivalente a Amoxicilina Base) y en cápsulas conteniendo 250 mg y 500 mg de Amoxicilina Trihidrato (equivalente a Amoxicilina Base).



#### POSOLOGIA:

FULLCILINA PEDIATRICA 125 mg a 500 mg: cada 8 horas.  
FULLCILINA 250 mg y 500 mg: 1 cápsula cada 8 horas.

#### PRESENTACION:

FULLCILINA PEDIATRICA: frasco con polvo para preparar 60 ml de suspensión, acompañado de un envase dosificador.

FULLCILINA 250 mg: envase conteniendo 16 cápsulas.

FULLCILINA 500 mg: envase conteniendo 8 cápsulas.



El antibiótico bactericida con la mayor tolerancia menor  
C.I.M. y nula toxicidad.  $DL_{50} = 5.000 \text{ mg/kg}$

## EDITORIAL

"Ortopedia Maxilar", Revista del Ateneo Argentino de Ortopedia Maxilar, llega hoy a todos los odontólogos del país al término de los años 70. Como augurio de paz, su último año fue declarado AÑO INTERNACIONAL DEL NIÑO Y LA FAMILIA. Con esta entrega, el **ATENEO** se suma a la celebración.

1979 fue para el **ATENEO** pleno de realizaciones. Con el entusiasmo y el esfuerzo de sus 1.000 socios, inició la transformación de su edificio, construyendo locales para dependencias administrativas, ampliando los sectores de clínica, equipando el área asistencial. La incorporación de otras especialidades es ya una realidad efectiva.

A ello debe sumarse su trascendencia en el interior del país. Un nutrido grupo de asociados residentes en la ciudad de Rosario y su zona de influencia, constituyó la primera filial del **ATENEO** fuera de la Capital. La institución inició de tal modo una acción que rebasa el mero acontecimiento formal, para poner en marcha una actitud totalizadora en el quehacer institucional: acercar el **ATENEO** a sus socios, cualquiera sea el lugar de su inquietud y su tarea.

Al superar su primer cuarto de siglo, madurada su experiencia y afirmado su prestigio, el brote inicial dedicado a Ortodoncia y Ortopedia se multiplicó en fronda abierta a otros caminos de la profesión. El **ATENEO** se transformó en institución polivalente de la odontología. Cambió su estructura; debía cambiar su nombre.

La década del 80 lo recibirá como **ATENEO ARGENTINO DE ODONTOLOGIA**, adecuado a su estilo dinámico del aprendizaje permanente y la atención integral, la profundización de conceptos, la actitud de cambio, la vocación de servicio. Ateneo y Argentino, tribuna abierta para todos, donde prevalecen —más allá de cualquier interés— la Nación y la Salud.

Si los años setenta fueron los de la transformación y la madurez, el decenio que se inicia deberá ser el de la afirmación. Que la paz y el trabajo sean los viáticos para esta nueva etapa.

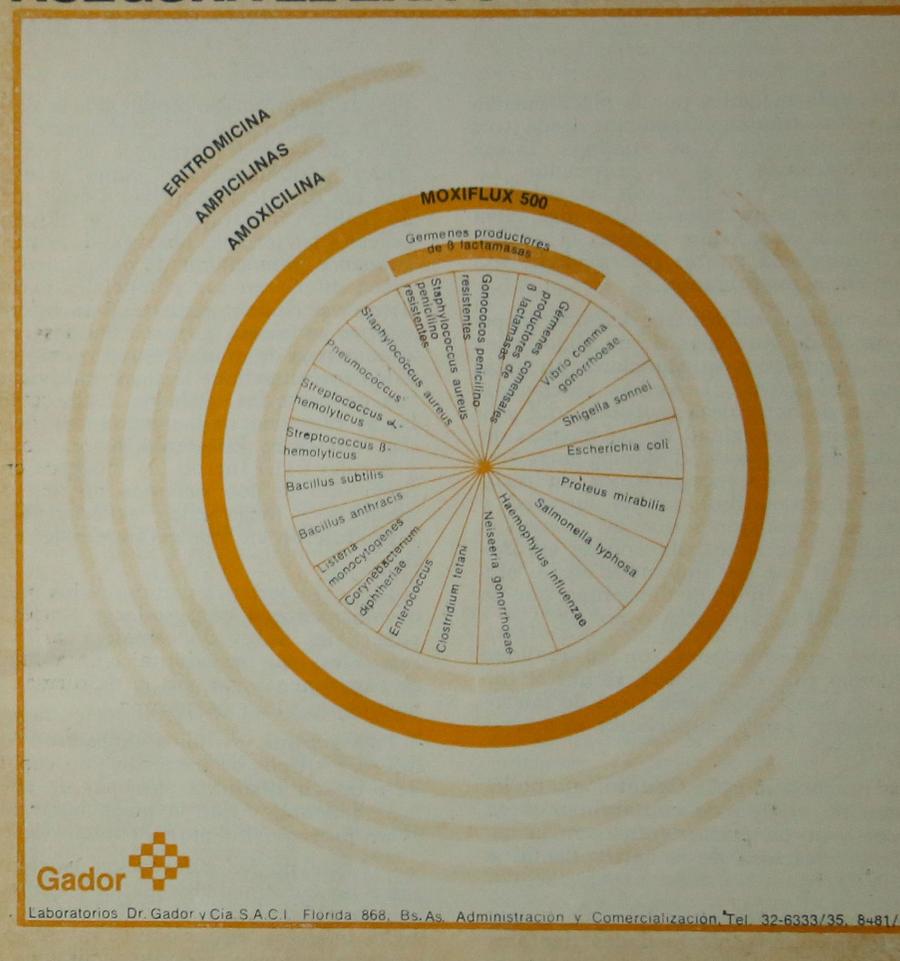


# MOXIFLUX® 500

AMOXICILINA + FLUCLOXACILINA

## EL ANTIBIOTICO PROTEGIDO Y POTENCIADO

### ASEGURA EL EXITO TERAPEUTICO



Gador

Laboratorios Dr. Gador y Cia. S.A.C.I. Florida 868, Bs.As. Administracion y Comercializacion. Tel. 32-6333/35. 8481/85

# ENFERMEDADES PRODUCIDAS POR LA PLACA BACTERIANA

CARLOS A. SABELLI  
SUSANA PIOVANO  
\* NESTOR J. BLANCO

Las enfermedades por la placa pueden ser vistos fundamentalmente desde tres puntos de vista: 1) su etiología; 2) sus complicaciones y 3) su prevención. La caries dental y la E.P. son las enfermedades más prevalentes del hombre, cuya resolución es a lo que apunta la moderna Odontología, y estas enfermedades son problemas microbianos.

La etiología microbiana ha sido sospechada desde hace más de un siglo, y los datos recopilados substanciaron su naturaleza infecciosa<sup>(1)</sup>. Ambas enfermedades son de naturaleza multifactorial y la incidencia y severidad de las mismas dependen de la relación dinámica entre tres factores: los microorganismos, la resistencia o susceptibilidad del huésped y todas las condiciones que las envuelven y pueden afectar a cada uno de los dos factores, al que denominamos medio ambiente, cuya extensión determina que la enfermedad se produzca o no<sup>(2)</sup> <sup>(16)</sup>.

Ambas enfermedades son en realidad problemas microecológicos, ya que se inician por poblaciones selectivas de microorganismos sobre superficies dentarias específicas.

Por muchos años, la Odontología no ha reconocido el tipo de contaminantes en la boca y no ha puesto énfasis en la naturaleza infecciosa de la caries dental y la E.P.<sup>(2)</sup> <sup>(11)</sup>.

La escasa importancia del conocimiento etiológico en enfermedades dentales hasta 1960, fue el reflejo de los pocos estudios educativos dentales. En la década

pasada, un progreso remarcable se realizó en la comprensión de la naturaleza infecciosa de la caries dental y las enfermedades periodontales y como resultado una ola de interés envolvió a estas áreas. Se realizan investigaciones con diferentes especies bacterianas observándose que organismos potencialmente patógenos parecen diferir en sus potenciales cariogénicos y periodontopáticos. Esta información se consiguió a través del desarrollo de sistemas de animales que permitieron a los investigadores ensayar cultivos puros de bacterias, aislados de la cavidad bucal humana, bajo condiciones definidas. Los Dres. Fitzgerald, Keyes, Jordan y Stanley<sup>(3)</sup> <sup>(8)</sup> fueron los pioneros en el desarrollo de los sistemas de animales modelos, y luego estas experiencias se reprodujeron en muchas partes del mundo.

Una característica común de los microorganismos que desarrollaron caries de superficies libres de esmalte, caries de raíz o lesiones periodontales en animales de experimentación, era la de formar depósitos de placa bacteriana.

Todos estos estudios sugirieron que diferentes tipos de bacterias son capaces de producir distintos patrones de enfermedad dental y que la placa bacteriana es un prerequisite para su iniciación<sup>(11)</sup>.

A pesar de las diferencias existentes entre las enfermedades dentales que ocurren en el hombre y las inducidas en animales modelos, en las que se investigó el potencial patógeno de determinados organismos bajo variadas condiciones ex-

perimentales, sirvieron para enfocar la placa bacteriana como causa fundamental de caries y enfermedades periodontales.<sup>(11)</sup> <sup>(15)</sup> <sup>(17)</sup> <sup>(18)</sup>

Comienzan los investigadores a plantearse por qué mecanismo las bacterias se pegan en el diente. En la actualidad está demostrado claramente que la localización preferencial de las bacterias en diferentes sitios orales, depende de sus habilidades de adhesión selectiva sobre una superficie particular.<sup>(11)</sup>

Los mecanismos de adherencia conocidos incluyen: la agregación salivar, la adherencia interbacteriana, la producción de polímeros extracelulares y el atrape físico.<sup>(9)</sup> <sup>(10)</sup> <sup>(11)</sup> <sup>(12)</sup> <sup>(13)</sup>

Esta adherencia ha sido demostrada como el mecanismo primario en la iniciación y desarrollo de la placa bacteriana, dado que capacita a los microorganismos a permanecer, agregarse y organizarse en el lugar que colonizan y esto es una evidencia que se convierten en parásitos progresivamente destructores cuando las circunstancias conducen a la actividad invasora.

La placa bacteriana puede ser operativamente descrita como un proceso infeccioso constituido por acúmulos o masas microbianas que, establecidos en forma organizada sobre la superficie dentaria y encía adhieren, proliferan y poseen actividad metabólica activa.<sup>(2)</sup>

Así, por ejemplo, se reconoce que el *Streptococcus mutans* está presente en bajo número en la saliva, y que este germen no coloniza bien inicialmente en la superficie coronaria a causa del bajo número de células o a la falta de un sitio de enlace adecuado. De este modo el inicio de la placa coronaria no se efectúa porque el *St. mutans* no está significativamente involucrado, a menos que esté en gran número, lo cual es solamente observado cuando la sacarosa se consume frecuentemente en la dieta y a partir de la cual origina polisacáridos extracelulares, los glucanos solubles e insolubles, determinando la agregación de los microorganismos sobre la superficie de esmalte, que es su sitio preferencial y así constituir el inicio de la infección coronaria permitiendo luego la inclusión de otras formas bacterianas.<sup>(2)</sup> <sup>(4)</sup> El patrón de infección de la placa gin-

gival, parecería estar representado por organismos filamentosos.<sup>(17)</sup> Estos organismos son pleomórficos, aerobios o anaerobios y pueden desarrollarse y proliferar bajo dietas que contengan diversos H. de C. como sacarosa, glucosa, fructuosa, además de hidrolizar almidones, alimentos que están presentes en todo el mundo.<sup>(4)</sup>

Los determinantes adhesivos se realizan a través de polisacáridos extracelulares del tipo de los fructanos originados por ellos mismos, a partir de una diversidad de sustratos. Además, se producen interacciones bacterianas por fibrillas que parten de la pared celular y permiten fijarse y originar depósitos por acumulación progresiva bacteriana, y un tercer mecanismo sería a través de la aglutinación salivar.

Hay un tercer tipo de placa que asienta sobre cemento: placa de raíz y que da origen a las caries de raíz y que ocurre siempre en presencia de lesiones periodontales. Y un cuarto tipo de placa, que no es organizada sino que se denomina pseudoplaque, cuya adherencia es un atrape físico de los microorganismos eH. de C. en los surcos y fisuras.<sup>(2)</sup>

Por cualesquiera de los mecanismos de adherencia que utilicen los microorganismos, se produce un sobredesarrollo de las formas encontradas en sitios sanos al que denominamos infección: placa bacteriana, la cual bajo su persistencia puede progresar la infección evidentemente clínica, que es sinónimo de enfermedad infecciosa.

Donde observamos un daño en detrimento del huésped observamos los efectos que los microorganismos fueron capaces de provocar a través de su permanencia, concentración y actividad metabólica.

Hemos nombrado a los *Streptococcus mutans* y a los filamentosos como patrones de infección coronaria y gingival, ¿es que se les reconoce como únicos responsables de las caries de superficies libres (Williams y Black) y el inicio de las Enfermedades Periodontales? No, ellos serían cofactores, formarían las matrices y contribuirían a dar volumen presentando una mayor superficie para que otros microorganismos adhieran, organicen y, cuando tienen gran actividad metabólica, den origen a caries a través de la agresión por ácidos o a las Enfermedades Perio-

dontales a través de los determinantes bioquímicos de la virulencia: enzimas, toxinas, antígenos que penetran y estimulan la respuesta inmune inespecífica y específica del huésped a través de la inflamación y de reacciones alérgicas tipo I en la gingivitis y tipo III y IV en las periodontitis (\*).

El segundo punto sería ver las complicaciones que pueden surgir de las enfermedades producidas por la placa bacteriana, y así debemos reconocer que Endocarditis también es Odontología.

El año pasado el doctor Bergoglio, afirmó que de cada 10 endocarditis, en 8 hay antecedentes de extracción u otro tratamiento en la cavidad oral, lo cual hace suponer que en algunos debe haber una iatrogenia por negligencia o ignorancia.

Ahora, ¿el Odontólogo se entera que esa endocarditis se generó en su consultorio, y si se entera, se pregunta cuáles fueron las causas que condujeron a ese estado?

Por otro lado, a veces los médicos diagnostican una endocarditis y no hacen una consulta con el Odontólogo para determinar si la causa está en la cavidad bucal. ¿Por qué no se toma en cuenta la cavidad bucal? Tal vez sea problema de los Odontólogos que todavía no hacemos todo lo que debemos por nuestra profesión demostrando que la boca no es un ente aislado del resto del organismo y que reconocemos las infecciones y complicaciones que en ella se pueden generar.

Otras veces los médicos hacen consultas y reciben respuestas negativas de focos de infección cuando en realidad las hay, la presencia de placa está indicando infección.

¿Qué hacer, entonces? El Odontólogo debe plantearse una nueva actitud basada en conocimientos etiológicos y considerar a la cavidad bucal como la **puerta de entrada de salud o enfermedad** al realizar su atención profesional; debemos revisar bien a ese paciente y manejar la placa como lo que en realidad es: una infección, y a las caries y a las paradenciopatías como enfermedades infecciosas y que pueden ser potencialmente la causa de una endocarditis.

Por eso cuando los médicos nos consultan por un paciente, no prescribamos solamente Rx para observar presencia de procesos periapicales y con eso nos conformemos.

Los Streptococcus hemolíticos de la cavidad oral que tienen como habitat la placa coronaria, son los agentes principales de las endocarditis bacterianas. (\*) (6) Hay numerosos trabajos donde se aísla Streptococcus mutans, sanguis y Enterococos de los hemocultivos de pacientes con Endocarditis.

Los bacilos anaerobios Gram-Bacteroides, Fusobacterium también se los reconoce como agentes potenciales de endocarditis bacterianas y a esos gérmenes se los aísla en la placa subgingival asociados con periodontitis.

Si el Odontólogo realiza alguna maniobra, sea extracción, raspaje, curetaje, endodoncia por enfermedades producidas por la placa, puede generar una endocarditis a través de una bacteriemia que sucede durante sus maniobras operatorias cuando ese paciente tiene un terreno predispuesto. (\*) (6)

Lo importante es, entonces, reconocer qué es lo que pueden hacer los microorganismos cuando se les da oportunidad de llegar y saber cómo podemos prevenir esos efectos en el organismo.

Actinomicosis también es Odontología. Todos sabemos que Actinomyces israelii, actualmente considerado una bacteria, es un huésped habitual en la cavidad bucal, su nicho preferencial es la placa bacteriana y ante determinadas circunstancias produce una enfermedad: la Actinomicosis, entre otras. Las causas desencadenantes son las dos Enfermedades por la placa bacteriana: caries y paradenciopatías. (\*) (4)

Los abscesos, flemones son generalmente complicaciones de las enfermedades por la placa y a la vez éstos pueden ser el punto de partida de una complicación de orden general. (\*) (4)

La microbiología ha planteado el reconocimiento de estas enfermedades dentales presentando evidencias de que los tres tipos de caries: fisuras (Miller), superficies libres y de raíz (Williams y Black), y las paradenciopatías, deben ser vistas desde un punto de vista etiológico, por lo tanto, ha sentado las bases para que los planteos que se realicen con miras a la efectivización de un programa preventivo, sólo tienen valor si se reconocen de antemano los factores que conducen a cada una de las enfermedades.

Comparadas con otras infecciones bacterianas nos damos cuenta que el control completo de estas enfermedades sólo será efectivo cuando los organismos responsables de su iniciación sean efectivamente controlados (11)

Tal vez el modo ideal de controlar la placa bacteriana y de allí las enfermedades dentales, sería simplemente prevenir de que los microorganismos pudieran adherirse y acumularse sobre la superficie dentaria.

A esto está apuntando la investigación Odontológica, y de esta manera uno podría anticiparse a los desbalances ecológicos que ocurren y continuar con los beneficios que nos brinda la microflora residente en la cavidad bucal.

La higiene oral controlada con soluciones reveladoras, la racionalización de hidratos de carbono, el empleo de flúor no sólo en niños sino también en adultos en sus distintas formas, ya que además de su acción mineralizante y remineralizante sobre el esmalte, posee acción antibacteriana o antienzimática sobre los microorganismos (\*) (8) (14) (15) (16). La aplicación de selladores son todos elementos que disponemos y deben ser empleados en la prevención de las enfermedades producidas por la placa bacteriana.

(\*) Profesor Titular, Profesora Adjunta y Jefe de Trabajos Prácticos, respectivamente, de la Cátedra de Microbiología de la Facultad de Odontología de Buenos Aires.

## BIBLIOGRAFIA

- Adler P. et al "Fluoruros y Salud" Series de monografías N° 59 Organización Mundial de la Salud, 1972.
- Borghelli R. F. Patología Clínica Bucal en prensa Ed. Ateneo 1978.
- Boulourides T. "to what extent is the incipient lesion of Dental Caries reversible? U. Mich Proceedings, 1977.
- Burnet G. W. & Schuster G. S. Oral microbiology and infectious diseases Student Edition. Williams and Wilkins Baltimore U.S.A. 1978
- Durack D.: Starkebaum M. S. and Petersdorf R. G. "Chemotherapy of experimental streptococcal endocarditis. J. Clin. Inst 52: 592, 1973.
- Everett E. D. and Hirschman J. V. Transient bacteremia and endocarditis prophylaxis. A review Medicine 56-61, 1977.
- Fitzgerald R. J.; Keyes P. H. "Demonstration of the etiologic role of streptococci in experimental caries in the hamster J. Am Dent. Ass. 61: 9-19. 1960.
- Fitzgerald R. J.; Jordan H. V.; Stanley H. R. "Experimental caries and gingival pathologica changes in gnotobiotic rat J. Dent. Res. 30:923, 935. 1960.
- Fitzgerald R.; Mohart R. "Nutritional determinant

Por lo tanto, la situación actual sería:  
1) Reconocer a la cavidad bucal como la puerta de entrada de salud y enfermedad.

- Presentar los fundamentos que indican que la placa dental es el nicho para los microorganismos que originan caries y paradenciopatías.
- Reconocer a la placa bacteriana como una infección.
- Considerar que Caries y Enfermedades Periodontales son enfermedades infecciosas y que ambas no se presentan de una única manera y, como dice el doctor Socransky refiriéndose a E. P., "Es posible (en un futuro) que los procesos patológicos puedan ser mejor identificados y caracterizados por su microbiota, más que por su apariencia clínica o la edad del paciente infectado". (17)
- Reconocer las complicaciones que pueden generar las enfermedades por la placa bacteriana.
- Que la eliminación de la placa es una meta altamente deseable en Odontología preventiva.
- Que contamos con elementos para ser utilizados como adyuvantes en la prevención de las enfermedades producidas por la placa.

of the ecology of oral flora. Dental Clinic of North America 20(3): 473-489, 1976.

- Gibbons R. and Van Houte J. "Bacterial adherence in oral microbial ecology" Am Rev. Microbiol. 29:19-44, 1975.
- Gibbons R. J. Microbial ecological models and dental disease Virg. Dent. Journal 49(6): 1972.
- Gibbons R. J. Spinell D. M. y Skoke Z. Selective adherence as a determinant of the host tropisms of certain indigenous and pathogenic bacteria Infect Immun 13(1): 238-246; 1976.
- Gibbons R. J.; Van Houte J. On the formation of dental plaques J. Periodont. 44: 347-360, 1973.
- Keyes P. H.; Englander H. "Fluoride Therapy in the treatment of dentomicrobial Plaque Diseases J.O.S.P.D. Vol V fascie 1 January-february, 1975.
- Newbrun E. "Cariology" Williams and Wilkins Baltimore U.S.A. 1978.
- Simposium "The Food that stays an update on nutrition, diet, sugar and caries. Edward A. Sweeney D.M.D. Quest Editor, 1977.
- Socransky S. A. Microbiology of Periodontal Disease Present Status and future considerations. J. Periodont- 48(9) 497-504, 1977.
- Theilade E. and Theilade J.: Role of plaque in the etiology of periodontal Disease and Caries "Oral Sciences Reviews". Vol. 9: 23-63, 1976.

# DISTOCLUSION

## Indicación

## Terapéutica

Las distoclusiones constituyen una de las maloclusiones más frecuentes y abarcativas de diversas formas clínicas. La displasia esquelética vertical, los problemas de comportamiento muscular y la discrepancia diente-hueso asociada a esta maloclusión, justifican la existencia de una vasta literatura sobre su diagnóstico y tratamiento, que no pensamos sustituir con este trabajo, cuyo objetivo es pretender sistematizar los factores condicionantes del tratamiento y metodizar su aplicación práctica.

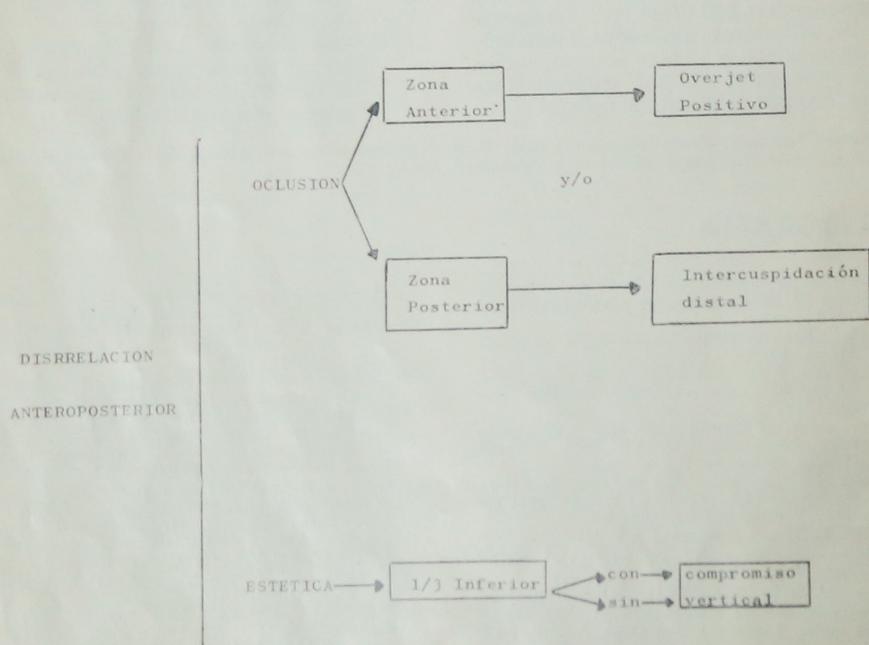
BEATRIZ LEWKOWICZ

### DEFINICION

Definimos la distoclusión como una disrelación ántero-posterior, que se manifiesta en el nivel de la oclusión con un overjet positivo en la zona anterior, acompañada o no por una intercuspidación distal en la zona lateral con compromiso estético del tercio inferior del rostro.

(Cuadro 1)

#### DISTOCLUSION - DEFINICION



### OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

(Cuadro 2)

El tratamiento ortopédico tiene dos

objetivos fundamentales: ortofunción del sistema estomatognático y armonía estética. Definimos como ortofunción a la que asegure estabilidad, eficiencia mas-

ticatoria y salud bucal; entendiéndose por salud bucal aquella oclusión que garantice no provocar problemas del sistema estomatognático de disminución de la susceptibilidad de caries y enfermedad periodontal, guardando correspondencia con la tipología morfo-funcional individual.

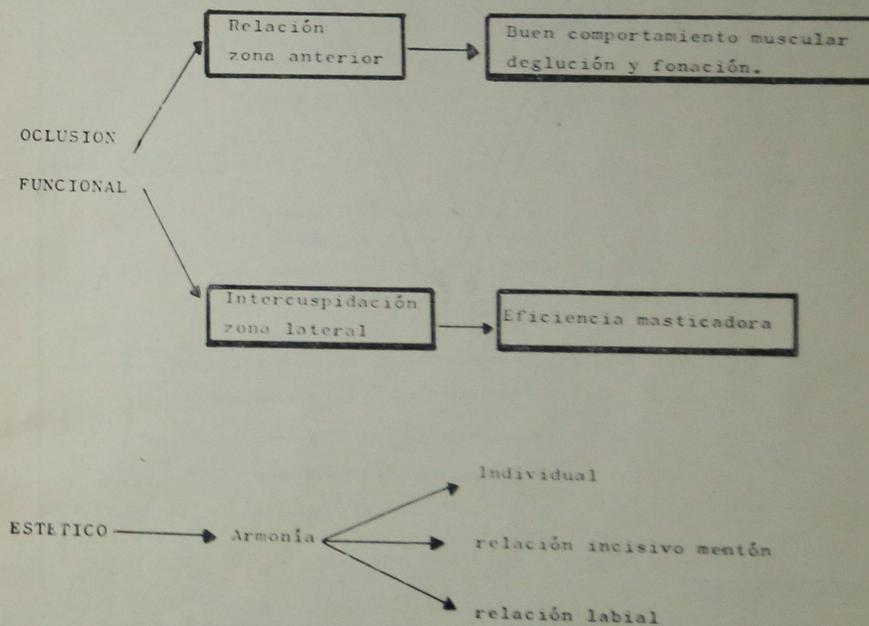
En la planificación del tratamiento de las distoclusiones, consideramos en una primera etapa el cierre del escalón horizontal debido a que la presencia de un overjet aumentado posibilita la estabilización de patrones de actividad refleja de patrones de actividad refleja desequilibrados; este comportamiento muscular adaptativo es, al mismo tiempo, el causante de la autopropagación y agravamiento de la maloclusión. Por otra parte, el sector anterior de la oclusión es el primero que se organiza.

Beatriz Lewkowicz

En la zona lateral de la oclusión, el objetivo es una buena intercuspidación que asegure estabilidad de los resultados; no teniendo importancia si es en norma o distorrelación.

La búsqueda de estética no termina con el buen alineamiento dentario; en las distoclusiones debemos contemplar la armonización del tercio inferior del perfil duro y blando, las dificultades se acrecientan en los casos clínicos con alta participación de displasia ósea ántero-posterior y/o vertical. Particularmente, cuando la displasia vertical es muy marcada, obtener una relación armónica entre el incisivo inferior y la protrusión del mentón (Relación de Holdaway) nos conduce a la indicación de extracciones inferiores y superiores.

#### OBJETIVOS - TRATAMIENTO



### FACTORES ETIOPATOGENICOS Y CONDICIONES DEL TRATAMIENTO

(Cuadro 3)

La oclusión es la resultante multifactorial de arquitectura esquelética, comportamiento muscular y factores dentarios. Al margen de si la causa original es preponderantemente una desarmonía en

## Distoclusión: indicación terapéutica

el crecimiento, una disfunción muscular o problemas de espacio o volumen dentario, debe recalcar la necesidad de reconocer donde esa causa produce su efecto, y eso depende de la diferente respuesta tisular durante el crecimiento; por otra parte, la mayoría de los problemas clínicos son una combinación de variación de los tres sistemas.

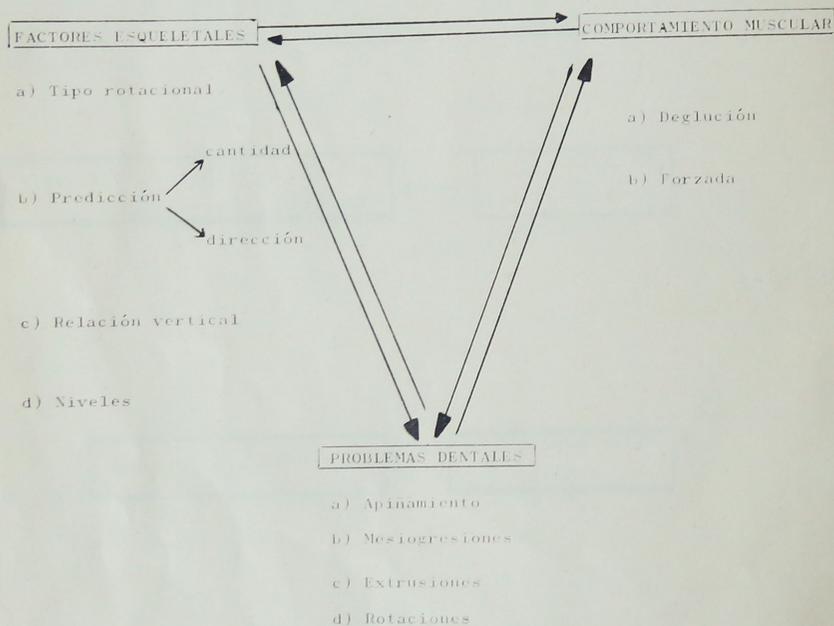
### FACTOR ESQUELETAL

La mayoría de los problemas ortodóncos de origen esquelético se debe a una

desarmonía entre las partes más que al tamaño anormal marcado de un hueso; esta desarmonía puede expresarse en cantidad o dirección de crecimiento.

El diagnóstico cefalométrico ayuda a la identificación de esa desarmonía constituyendo un valioso método de diagnóstico etiopatogénico, su importancia radica en el hecho de que las características de arquitectura craneo-facial van a incidir fundamentalmente en la indicación terapéutica y en el pronóstico de cada caso clínico.

#### FACTORES ETIOPATOGENICOS Y CONDICIONANTES DEL TRATAMIENTO



#### FACTOR TIEMPO

- Oportunidad del tratamiento

### TIPO ROTACIONAL

(Cuadro 4)

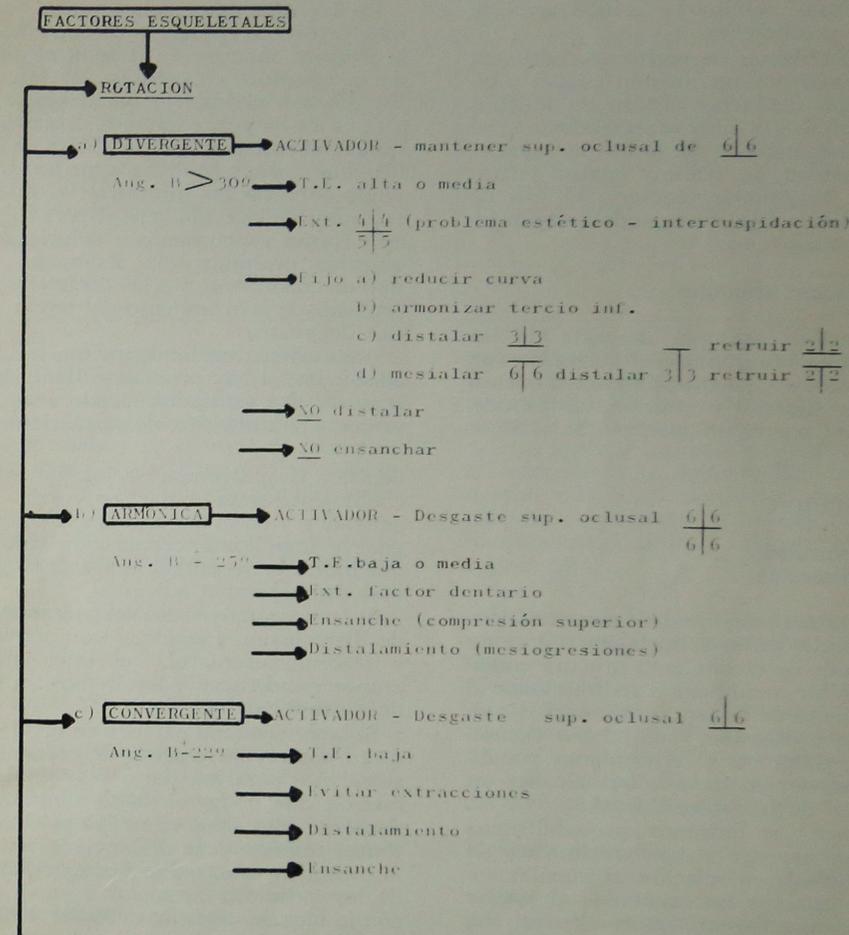
La relación que guarda mandíbula y maxilar superior en sentido vertical (divergente, convergente, armónico) constituye un factor principalísimo que debe

ser considerado en el tratamiento de las distoclusiones, caracterizando la oclusión y perfil. El diagnóstico de situación lo hacemos con el ángulo interbasal de Björk y Schwarz.

### a) Rotación divergente

La mayoría de los tratamientos de ortopedia tiene como finalidad actuar

sobre los mecanismos de crecimiento compensador: cóndilo y hueso alveolar, en el caso particular del tratamiento de las distoclusiones con crecimiento divergente de basales. Nuestro objetivo es trasladar el punto de rotación hacia mesial, evitando su distalamiento, de allí que tratemos de interferir en la extrusión de los molares superiores y su alveolar (Woodside), favoreciendo la profundiza-



ción de la curva oclusal, asegurando así una organización de la oclusión armónica con la tipología pterigoidea, característica de estos casos clínicos. (L. Zielinsky). Concretamos esta idea en el manejo del desgaste del acrílico de las superficies

occlusales del activador, realizándolo exclusivamente en el acrílico que cubre oclusal de molares inferiores, dejando cubierta la correspondiente a molares superiores.

**Distoclusión: indicación terapéutica**

Cuando indicamos el uso de tracción extraoral con anclaje molar, la dirección de la fuerza del anclaje debe ser hacia arriba y atrás, anclaje medio. Por otra parte, en los casos clínicos de rotación divergente queda absolutamente contraindicado las técnicas de distalamiento o ensanche que se traducen en un punto de rotación más posterior para la mandíbula, es decir aumento de la divergencia e invasión del espacio libre interoclusal, mínimo y crítico en este tipo de crecimiento.

Los problemas de perfil asociados, caracterizado por un mentón escaso y bi-protrusión dentaria, marcan en muchos casos clínicos, y muy especialmente si se halla acompañada por falta de espacio, la necesidad de realizar cuatro extracciones, haciéndose necesario el uso de aparatología fija, manejándola según indica el cuadro 4-a.

**b) Rotación armónica**

En estos casos, el desgaste de las superficies triturantes del activador va a liberar en igual medida el crecimiento alveolar superior e inferior. La tracción extraoral puede ser media o baja. Si se

suma una discrepancia diente-hueso puede resolverse con extracciones; las compresiones superiores asociadas justifican el ensanche de la arcada superior, y una mesiogresión de los sectores laterales superiores puede atenderse con distalamiento, pero con prudencia y en grado limitado.

**c) Rotación convergente**

En las rotaciones convergentes, debemos favorecer el mayor crecimiento de la alveolar superior en la zona posterior de la oclusión a expensas del inferior. En relación al manejo del desgaste del activador procederemos desgastando fundamentalmente las superficies de acrílico que cubren molares superiores, dejando cubierta las inferiores; el anclaje extraoral de elección será el cervical. De esta forma concurrimos a solucionar la mordida profunda que acompaña este tipo de crecimiento y a las características estéticas de acortamiento del tercio inferior del rostro.

Ensanche y distalamiento son recursos adecuados, si hay problemas dentarios o transversales asociados, siendo poco conveniente la indicación de extracciones.

dencia a la autocompensación por mayor crecimiento mandibular, se corrige con activador y en el 30% de los casos, maxilar y mandíbula crecen por igual, lo que indica la necesidad de tracción extraoral como terapia adicional.

Si comenzamos todos los tratamientos de distoclusión esquelética con activador y tracción extraoral, cubrimos ambos grupos estadísticos y tendremos un 90% de posibilidades de éxito.

Si la desarmonía persiste en igual magnitud por un incremento de crecimiento semejante para maxilar y mandíbula, situación que podemos comprobar al superponer los calcos telerradiográficos de tomas radiográficas distanciadas en por lo menos un año, indicamos extracciones de los primeros premolares superiores, con la idea de destruir el sector dentario ántero-superior y compensar la situación esquelética desfavorable. Si al agotarse el máximo del crecimiento hay un aumento de la displasia por mayor crecimiento del maxilar en relación con la mandíbula, lo que significaría al mismo tiempo dificultad para la ubicación de las piezas dentarias inferiores por escaso desarrollo

mandibular, indicamos extracciones además de los premolares superiores, de primeros o segundos premolares inferiores, mesialando el sector póstero-inferior con aparatología fija.

En relación al aspecto predictivo de la dirección de crecimiento nos parece oportuno señalar que el examen telerradiográfico permite una primera valoración de la situación, que podemos corroborar o

PREDICCIÓN - CANTIDAD - CRECIMIENTO

	CANTIDAD	FRECUENCIA	ACTIVADOR	T. I.	INI.	EJJO
S	+	60%	SI	-	-	
I	+					
S	+	30%	SI	SI	4   4	SI
I	+					
S	+	10%	NO	SI	4   4	← →
I	+					

modificar al hacer superposición telerradiográfica durante el crecimiento. Aquí resulta de utilidad analizar más prolijamente la imagen obtenida, que nos permite un examen estructural de la mandíbula y saber si participa de las características de crecimiento rotacional convergente o divergente.

En relación a las rotaciones del maxilar superior, recordemos las variaciones

que son siempre de menor magnitud que las de la mandíbula y que están fuertemente influidas por los factores de crecimiento de la cara media.

Otro aspecto ligado a la predicción es el referente a la oportunidad de tratamiento y la predicción del momento de máximo crecimiento, tema que desarrollaremos en el capítulo "Oportunidad del tratamiento".

**RELACION VERTICAL**

(Cuadro 6)

La relación vertical en la zona anterior de la oclusión es la resultante de la dirección de crecimiento rotacional de maxilar y mandíbula y del crecimiento compensador alveolar.

El crecimiento alveolar anterior está íntimamente ligado al comportamiento muscular y al overjet.

**Mordida abierta**

En estos casos, el desgaste de la superficie oclusal del activador se hace en la zona incisiva, facilitando el crecimiento compensador alveolar. El pronóstico guarda relación al grado de participación de la displasia vertical y con la capacidad de crecimiento de la alveolar anterior. En

rotaciones marcadamente divergentes se indican extracciones superiores e inferiores.

(Cuadro 6-a)

Cuando la mordida abierta es sólo una respuesta a una disfunción muscular, el pronóstico es, en términos generales, favorable y dependerá de la reeducación del comportamiento muscular.

**Mordida armónica**

Una de las precisas indicaciones del activador en distoclusión es, por la capacidad que tenemos al manejar el desgaste del mismo, de controlar el crecimiento vertical de piezas dentarias y alveolar. Si la presencia de un overjet positivo no se ha complicado aún con la extrusión de las piezas incisivas inferiores, el activador tiene que ser usado con un carácter interceptivo, ofreciendo el

**PREDICCIÓN**

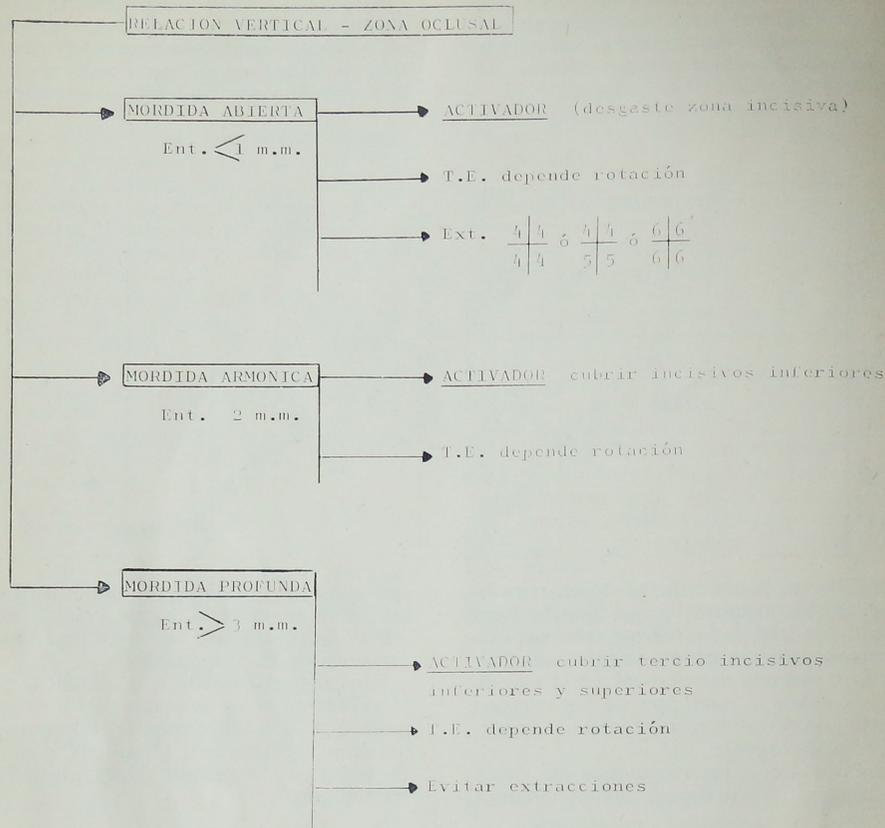
- { de cantidad
- { de dirección

El tratamiento de las características esqueléticas de las distoclusiones durante el período de crecimiento procura contener, inhibir, modificar o redireccionar el crecimiento de la cara media para disminuir su protrusión y al mismo tiempo intenta estimular el crecimiento mandibular o, por lo menos, que alcance su potencial de crecimiento final.

Si bien en términos probabilísticos podemos esperar mayor crecimiento de la mandíbula en relación al maxilar superior, estamos incapacitados al iniciar un tratamiento para prever cuánto ha de crecer esa mandíbula y maxilar particular.

(Cuadro 5)

El criterio aplicado en el Ateneo es el recomendado por Björk, teniendo en cuenta que el 60% de los casos tiene ten-



contacto anterior que se ha perdido por la presencia del escalón horizontal; para ello se confecciona cubriendo el tercio incisal de incisivos inferiores; el objetivo es evitar su extrusión.

**Mordida profunda**

Cuando la mordida profunda acompaña la distoclusión, puede deberse a un crecimiento convergente; en este caso el objetivo es lograr contacto en la zona anterior de la oclusión para trasladar el centro de rotación de la zona posterior a la zona incisiva. Con este objeto mantenemos cubierto el tercio incisivo de superiores e inferiores, dejando libre las superficies oclusales laterales, buscando la espontánea erupción de los sectores laterales y evitando la extrusión del sec-

tor incisivo. Utilizaremos tracción extraoral de anclaje cervical, tratando de evitar la realización de extracciones.

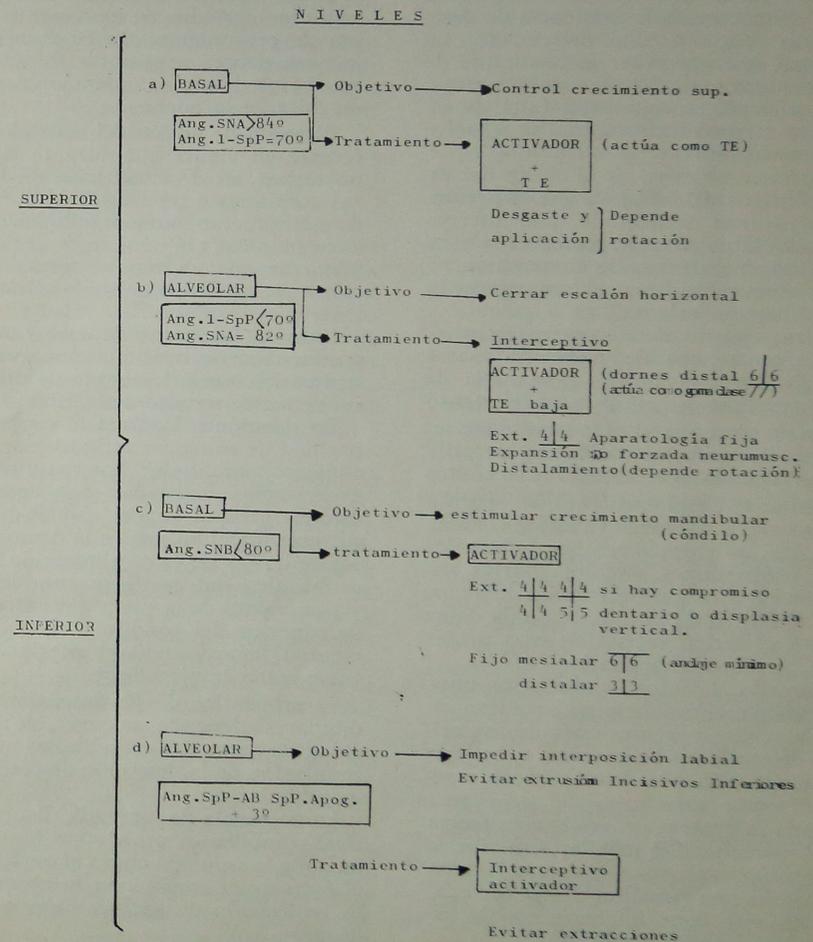
Si la mordida profunda está asociada a un crecimiento divergente y es la resultante de la extrusión alvéolo incisiva por falta de contacto anterior, se procederá a cubrir con acrílico el tercio incisal anterior haciendo el desgaste posterior del acrílico que cubre por oclusal los molares inferiores, dejando cubierto los molares y premolares superiores. En cuanto a la indicación de extracciones no podemos ser tan categóricos, ya que motivaciones estéticas, características de las displasias esqueléticas pueden justificarlas. El anclaje extraoral debe ser medio o alto, con la intención de interferir en la sobreerupción de las piezas superiores.

**NIVELES**

Con todos los riesgos que significa intentar clasificar morfológicamente situaciones biológicas y encasillar tratamientos, pero reconociendo la importancia práctica de dar una orientación terapéutica, trataremos de sistematizar un criterio en las diversas formas clínicas que adoptan las distoclusiones. En términos generales haremos referencia a los tratamientos realizados en el período de crecimiento.

(Cuadro 7)

**Protrusión basal superior**



En cuanto al uso de tracción extraoral superior tiene indicación precisa en esta forma clínica, ya que aplicada durante el crecimiento parece restringir el crecimiento de la cara media actuando según algunos autores por inhibición del movimiento hacia adelante y abajo del maxilar y dientes superiores o por alteración en la dirección de crecimiento del complejo nasomaxilar (Moyers).

El desgaste del activador y el punto de aplicación de la tracción extraoral dependerá del crecimiento rotacional, como ya hemos descrito al hablar de tipo rotacional.

#### b) Protrusión alvéolodentaria superior

Este tipo de distoclusiones reconocen en su etiopatogenia la existencia de desequilibrio neuromuscular del cinturón labio-yugal que puede ser la resultante de la persistencia de hábitos deformantes, como, ejemplo, succión o la falta de espacio en la zona incisiva, que se resuelve por protrusión.

El primer objetivo es el cierre del escalón horizontal, debido a que la presencia del overjet aumentado, por interposición del labio inferior posibilita la estabilización de patrones de contracción refleja desequilibrados y el agravamiento de la situación original.

El tratamiento debe ser interceptivo, lo más precoz posible, pudiendo usarse un activador con dornes por distal de 6|6 y tracción extraoral como elemento de anclaje para que el arco vestibular retruya la incisión. La indicación de utilizar los dornes por distal de 6|6, es para evitar el desplazamiento del aparato hacia mesial y asegurar su estabilización.

Una de las complicaciones habituales en las protrusiones alvéolodentarias superiores es la extrusión incisiva inferior, tal es el motivo de la indicación de dejar cubierto el tercio incisal de esas piezas con el acrílico del activador.

Si sumado al factor de alteración muscular existe macrodoncia, se hace imprescindible realizar extracciones de los primeros premolares superiores y utilizar aparatología fija por distal-caninos y retirar el sector anterior.

Cuando la protrusión sea consecuencia de una estrechez del maxilar superior, a veces, también responsable de que la mandíbula tome una posición distal forzada, el tratamiento debe iniciarse con la expansión del maxilar superior.

Es frecuente la asociación de mesioresión lateral y protrusión alveolar superior. En estos casos clínicos podemos indicar técnicas de distalamiento para solucionar ambos aspectos. Las contraindicaciones son referentes a las situaciones de crecimiento rotacional divergente por un lado y a los casos en que los movimientos hacia distal deban ser muy marcados por los riesgos que se corren de invasión del espacio libre interoclusal.

#### c) RETRUSION BASAL INFERIOR

Todo el tratamiento deberá encauzarse con el objeto de lograr estimulación del crecimiento mandibular, y con tal propósito indicamos el uso del activador durante los períodos de incremento del ritmo de crecimiento. Su permanencia en la boca deberá asegurarse durante algunas horas de vigilia, además de ser usado durante la noche.

El modo de acción del activador es diferente en vigilia que durante las horas nocturnas, en el primer caso genera fuerzas continuas e intermitentes por reflejo de estiramiento, aumentando las contracciones tónicas y el número de degluciones, mientras que en reposo, actúa por acción elástica de los músculos estirados.

Durante las horas de sueño profundo produce fuerzas continuas por acción elástica pasiva y por descargas clónicas, fuerzas activas intermitentes. (Johan Ahlgren)

En relación a la discusión sobre la capacidad de provocar estimulación de crecimiento mandibular, nos remitimos a las experiencias realizadas por Petrovic en ratones jóvenes con el uso de hiperpropulsores mandibulares, que demostró una estimulación de la proliferación precondroblástica del cartílago condileo y un alargamiento de la distancia entre el borde superior del cóndilo y el orificio del mentón, apareciendo el pterigoideo externo como intermediario.

El pronóstico de las retrusiones mandibulares depende, además, de la capacidad de respuesta mandibular a esta estimulación de la dirección de crecimiento mandibular.

La presencia de marcada displasia vertebral complica el pronóstico tanto en relación a la oclusión como al perfil, siendo el factor que condiciona la necesidad de la realización de extracciones. (Cuadro 7-c)

#### d) RETRUSION ALVEOLAR INFERIOR

La retrusión alveolar inferior generalmente es una respuesta a la ruptura del equilibrio muscular que se produce por aumento de actividad del orbicular inferior y mentoniano en los grandes escalones horizontales, actividad que interfiere en el crecimiento de la alveolar inferior provocando retrusión y extrusión alveolar e incisiva.

La necesidad de tratamiento precoz se sobreentiende si pensamos que estas situaciones son irreversibles, en primer lugar los trabajos de Enlow sobre crecimiento demostraron que en la zona alveolar inferior predominan los procesos de reabsorción sobre los de oposición, y por último conocemos las dificultades de lograr movimientos intrusivos en dientes y alveolar. Las metas del tratamiento deben estar dirigidas a impedir la extrusión, cerrar el escalón y reeducar el comportamiento muscular.

#### FACTOR MUSCULAR Y COMPORTAMIENTO NEUROMUSCULAR

La función alterada origina cambios adaptativos en la estructura esquelética y, por otra parte, la presencia de alteraciones morfológicas hace que se usen vías reflejas que tienden a autopropetuar o agravar la anomalía original. En síntesis, debemos entender este proceso como la interacción existente entre morfología y función.

Las alteraciones funcionales dejan su impronta generalmente en el nivel alvéolodentario, requiriendo tratamiento precoz, con el objeto de lograr tempranamente una buena relación en la zona incisiva. El pronóstico se agrava en los tratamientos tardíos por la dificultad de modificar los comportamientos musculares y lograr la armonía entre la oclusión y la musculatura del paciente es una garantía para la estabilidad de los resultados.

En relación en el momento de elección para la realización de terapias de reeducación neuromuscular, en general, lo postergamos al logro de una mejor relación en la zona incisiva. Si pensamos que la reeducación neuromuscular es un aprendizaje cuyo objetivo es adquirir nuevos reflejos condicionados, con punto de partida en los receptores propioceptivos bu-

cales, se pone en evidencia la importancia de dar estabilidad a esos receptores.

El tratamiento de reeducación debe ser realizado por profesionales especializados, dada la complejidad y particularidades que deben tenerse en cuenta. Dominar una nueva actividad motora, es un aprendizaje que debe cumplirse en tres etapas: primero, el cerebro debe tener una clara imagen mental de la tarea que va a dominar; segundo, el reflejo debe ser reforzado por la práctica repetida; y, por último, el control de la nueva actividad debe pasar de los centros más elevados del cerebro al cerebro medio, pedúnculo cerebral y médula. Los refuerzos corticales serán minimizados a medida que la nueva habilidad motora se automatice y sea controlado por vía refleja.

En muchos niños que se logra tempranamente una morfología aceptable, la función neuromuscular se adapta a la nueva estructura sin necesitar completar su tratamiento de reeducación.

#### FACTORES DENTARIOS

Alteraciones de tamaño, forma y posición dentaria pueden ser causas de distoclusión, provocando alteraciones en la oclusión e indirectamente en múltiples casos clínicos; disfunción e indirectamente interferencias en el crecimiento.

El propósito de tratar los problemas dentarios asociados a esta anomalía, es lograr tempranamente una buena relación incisiva y molar, en lo posible antes de la erupción de premolares y caninos, sumamente importantes en la organización del plano oclusal.

Siendo imposible una descripción de todas las variables dentarias que, por otra parte, no es motivo de este trabajo, nos parece importante remarcar que en la época en que el crecimiento se halla agotado, recurrimos a los movimientos dentarios para compensar las situaciones esqueléticas desfavorables, siendo el recurso de las extracciones el único posible.

#### FACTOR TIEMPO OPORTUNIDAD DEL TRATAMIENTO

Una premisa debe preceder este análisis, y es que las fuerzas ortopédicas tienen su indicación precisa cuando existe remanente de crecimiento; comple-

## Dístoclusión: indicación terapéutica

tada esta etapa lo único que nos queda por hacer, es compensar las desarmonías esqueléticas llevando a los dientes a posiciones más beneficiosas desde el punto de vista estético y de oclusión. Recordando que en épocas tardías, las soluciones quirúrgicas son apropiadas.

La necesidad de acortar los plazos de los tratamientos nos obliga a tener claridad en los objetivos de cada etapa, pero, además, determinar cuál es el momento oportuno de su realización; ya señalamos que las distoclusiones con compromiso muscular requieren tratamiento interceptivo, mientras que en las preponderantemente esqueléticas los resultados más rápidos se obtienen en los momentos de aumento del ritmo de crecimiento, coincidiendo con el período puberal.

Surge de este hecho, lo significativo de

contar con un método que nos marque la iniciación de ese período, ya que las diferencias entre los sexos y aun entre individuos del mismo sexo son muy marcadas. En nuestra práctica adoptamos el método sugerido por la escuela de Björk, que consiste en utilizar como indicador el inicio de la calcificación del sesamoides del pulgar, que en términos generales precede en un año el máximo del crecimiento. Para ello recurrimos a una toma radiográfica con una inclinación de 45 % del pulgar en una simple placa dental.

Conocer, además, si el crecimiento está agotado, tiene alto significado práctico y, en tal sentido, es un buen indicador la calcificación de la metafisis proximal de la tercera falange del dedo mayor. Comprobación rápida de obtener con una placa radiográfica.

las que influyen sobre el crecimiento y el comportamiento neuromuscular.

En la dentición permanente está particularmente indicada la aparatología fija, ya que lo fundamental del tratamiento se va a realizar con movimientos dentarios. Si hay remanente de crecimiento podemos insistir con el uso del activador, tracción extraoral y expansión.

Hemos pretendido con este trabajo resumir la concepción del Ateneo Argentino Ortopedia Maxilar en el tratamiento de las distoclusiones, con las limitaciones que supone esquematizar los hechos biológicos.

OPORTUNIDAD DEL TRATAMIENTO (EDAD)

ORGANIZACION OCLUSAL	ACTIVADOR	T. E.	FIJO	EXPANSION	DISTALAMIENTO	EXT.
TEMPORARIO	ANG. 7°	Gran protusión superior	----	Gran compresión	----	----
MIXTA	SI	SI	SI	Gran compresión	Depende rotación	SI
PERMANENTE	Si hay remanente crecimiento	SI	SI	Gran compresión si hay remanente crecimiento	----	SI

## BIBLIOGRAFIA

- Ahlgren Johan: The neurophysiologic principles of the Andresen method of functional jaw orthopedics. A critical analysis and new hypothesis. Svensk Tandlak T. 63:1-9, Jan 70.
- Björk, A., and Helm, S.: Prediction of maximum puberal growth in body height, Angle Orthodon. 37:134, 1967.
- Björk, A.: The use of metallic implants in the study of facial growth in children: Method and application, Am. J. Phys. Anthropol. 29:243, 1968.
- Björk, A.: Prediction of mandibular growth rotation. Amer. J. Orthodont. 55:585-99, Jun 69.
- Enlow D. H.: Manual de Ortodoncia de Moyers
- Crecimiento crano facial Cap. IV.
- Graber: T M Extraoral force - facts and fallacies. Am. J. Orthodont 41:490 1957.
- Moyers Manual de Ortodoncia Cap. IV 1976. Halvold E. P. and Vangervik.
- Petrovic: L'Orthodontie Francaise, vol. 43 año 1973; pag. 191:212.
- Woodside D.: Curso dictado en el Vº Congreso de las Disnacias (1971).
- Zielinsky Luis: Curso en A.A.O.M. "Crecimiento, desarrollo y maduración con referencia a la organización de la Oclusión (1979).
- Zielinsky Luis: Oclusión y Ortodoncia. Rev. Ortodoncia 1978 1:12.

# FORMACION DE PRE Y POSGRADO EN ODONTOLOGIA

ELIAS BESZKIN

*Relato del Ateneo Argentino de Ortopedia Maxilar (A.A.O.M.) presentado en el "Primer Encuentro de Prevención y Educación para la Salud", organizado por el Circulo Argentino de Odontología, Buenos Aires, diciembre de 1979.*

Como ciencia médica, la Odontología forma parte de los recursos de que dispone una sociedad determinada para solucionar los problemas sanitarios de los individuos que la componen, no sólo en su aspecto curativo, sino muy especialmente (según los conceptos más actuales) en el preventivo, manteniendo la salud.

Por lo tanto, estará influida por la realidad económico-social de la comunidad en la que está inserta, la cual en definitiva determinará su práctica.

Esta "función social" de la Odontología nos lleva a remarcar un concepto, que a nuestro modo de ver, debe primar en la elaboración de los planes de estudio de pre y postgrado: cualquier programa que haga hincapié solamente en los aspectos técnicos del estudio y perfeccionamiento de nuestra carrera y no los proyecte hacia las necesidades sanitarias reales de la comunidad, que será finalmente el terreno real sobre el cual inexorablemente se tendrá que llevar a la práctica todo lo asi-

milado, estará fuera de perspectiva y, por lo menos, fracasará en un aspecto, que es la atención de la más amplia población posible.

Todas las influencias renovadoras crean un estado de crisis en la enseñanza de la Odontología, que se expresarán como un avance, en la medida que acompañen un crecimiento planificado y racional en la enseñanza y también en la práctica odontológica.

Dicho de otro modo, las dificultades educativas son la consecuencia de una mala política educativa y sanitaria.

En este breve artículo, sólo pretendemos enunciar algunos conceptos que permitan un debate fecundo para ir acuñando conocimientos sobre el carácter y estructura de la Universidad para nuestro país.

Partiremos destacando el concepto de que el ser Odontólogo constituye una actitud de aprendizaje permanente. El graduado Odontólogo es aquel que ha cumplido con las exigencias que se le han impuesto en el

curso de su carrera universitaria, ya que con la obtención de su título, se lo habilita para el ejercicio de la profesión. Este derecho adquirido significa una gran responsabilidad que nos obliga a analizar aunque sea someramente su:

- a) formación pregrado
- b) consideraciones de una etapa intermedia entre el estudiante y el profesional, y
- c) la necesidad de una educación continua durante el posgrado.

Durante la formación del pregrado existen una serie de falencias, una de las cuales es el curriculum desactualizado, pues es bien sabido que los adelantos científicos de los últimos años han revolucionado todo lo conocido hasta ahora, y también a nuestra profesión.

Estos avances obligan a una permanente actualización de nuestros docentes para que no se caiga en el error de enseñar lo que ya no tiene vigencia perjudicando con ello a la Facultad, al alumno y a la comunidad. El alumno debe re-

cibir los conocimientos actualizados, pero no se debe pretender que en el breve tiempo que tiene, conozca toda esa voluminosa información. **Pues la Facultad debe servir fundamentalmente para aprender** las conductas fundamentales para adoptar frente a los problemas concretos del ejercicio de la práctica profesional, e ir formando criterios que le permitan incorporar todos los avances de la ciencia.

Además, la única materia que podría facilitar al alumno una orientación sobre modernos enfoques de la profesión, como lo sería la odontología social y preventiva, no sólo tiene un programa de labor exiguo sino que además se la ubica al final de la carrera, cuando el estudiante ha alcanzado un nivel de preparación peligrosamente parcializado en el enfoque tecnista de los fenómenos atinentes a la salud y a la enfermedad.

En relación a este punto no podemos dejar de señalar nuestra satisfacción, al saber que nuestra Facultad de Odontología de Buenos Aires, pone en vigencia desde ahora la Unidad Docente-Asistencial del primero al quinto año, como asignatura vertical que marcha acompañando en toda la carrera, cuya misión es ayudar al alumno al manejo de la bibliografía y, además, ponerlo en contacto tempranamente con el paciente, para completar en la última etapa de la carrera con el manejo de los problemas legales, sanitarios y aspectos socioeconómicos de la profesión.

En la formación del pregrado existe una desproporción entre los alumnos y la capacidad de la Facultad para la enseñanza, lo que lle-

## Formación de Pre y Posgrado en Odontología

va cada vez más a una enseñanza más teórica. Esto involucraría los temas de "exceso de alumnos", "necesidad de limitación" o "necesidad de selección rigurosa", cuando lo correcto sería considerar la necesidad de "presupuesto".

La aceptación del exiguo presupuesto universitario, da argumento a una conducta limitacionista, basada en una supuesta plétora profesional, cuando la realidad nos indica que tal plétora sólo existe en los principales centros urbanos, no habiendo suficiente cobertura en el resto de nuestro extenso país, como consecuencia de una falta de desarrollo socioeconómico de esas zonas.

Tampoco debemos olvidar que de acuerdo con estadísticas varias veces repetidas, sólo un diez por ciento de la población es asistida odontológicamente. ¿Qué decir de la plétora profesional si otro diez o veinte por ciento pudiera tener acceso a la atención, si sus recursos se lo permitieran. Las limitaciones al ingreso a la carrera deben ser en función de las necesidades sanitarias del país y no del presupuesto.

La escasez de elementos docentes y técnicos, que lleva el descenso de la preparación del egresado, es también una consecuencia del pobre nivel del presupuesto universitario.

La falta de coordinación entre las distintas Cátedras lleva a conocimientos sin lógica entre ellos. Por lo que debemos detenernos en analizar cuál debe ser el objetivo de la enseñanza. **El objetivo de la enseñanza** es el factor más importante entre los que influyen en un curriculum. Cuando nos refe-

rimos a objetivos, nos referimos al tipo de Odontólogo que se debe formar. El Odontólogo por formar es el de práctica general, que esté en condiciones de resolver todos los problemas que se le presenten, los más simples y comunes, que constituyen la mayoría, mediante los conocimientos adquiridos y actualizados. En los problemas de mayor complejidad, deberá recurrir a los mecanismos de interconsulta con otros profesionales o mediante la derivación a centros de mayor grado de especialización. Los conocimientos básicos deberán abarcar la **promoción, prevención, curación y recuperación de la salud.**

En el estudio de la carrera debe suprimirse todo aquello que no le sea indispensable manejar desde el primer día del ejercicio de su profesión, para motivarlo desde el primer momento a que tenga una participación activa en el proceso educativo y no un mero expectador de una explicación teórica o una demostración práctica, para ello hay que suprimir todo aquello que el alumno vea como no realizable en el futuro inmediato.

El encuentro entre el estudiante y el paciente es tardío, siendo la Unidad Hospitalaria la que permitirá el acercamiento de la enseñanza a un terreno adecuado, además debe acercarse al medio donde se desarrollan las actividades de la población. Este acercamiento alumno-paciente, debe hacerse también en los hospitales generales, que con ello se lograría acercar a la actividad docente a muchos profesionales que gus-

tosos ofrecerían su colaboración.

La Unidad Hospitalaria significa el mayor progreso pedagógico, cuya finalidad es acabar con la enseñanza académica y teórica y se basa en dos pilares fundamentales: primero, estrecha relación docente-alumno-enfermo, y segundo, un conocimiento del alumno de la realidad sanitaria; aprender a seleccionar los criterios de aplicación de los conocimientos en su medio.

Para terminar con este análisis rápido del pregrado, transcribiremos algunas consideraciones que hicieron en la tercera Conferencia Panamericana de Educación Médica desarrollada en Buenos Aires en 1970, que aún tiene plena vigencia y que podemos adoptar para nuestra profesión. En esa conferencia se comprobó a través de los delegados de Estados Unidos y del Canadá que en esos países se comenzaba a dejar de lado el concepto de la especialización en el pregrado, para ser reemplazada por el objetivo de un médico general, necesario para la asistencia de sectores numerosos de la población, que no contaban con médicos de barrio y rurales, lo que obligaba a la Facultad a cambiar de rumbo. El doctor Kinloch Nelson, Decano de la Facultad de Virginia, señaló en la tercera Conferencia que "en la persecución de este objetivo, la Facultad de Medicina debe proporcionar un medio en el cual el estudiante pueda: a) adquirir conocimientos básicos y una comprensión de los principios fundamentales de la medicina; b) formar el interés y el hábito de autoeducarse continuamente; c) impartir pericia en los méto-

dos y técnicas profesionales esenciales, y d) seguir desarrollando sus aptitudes intelectuales y principios éticos de modo que se compenetre de su responsabilidad frente a sus pacientes, sus colegas, su comunidad y a él mismo".

En cuanto al punto de la necesidad de la **educación continua durante el posgrado**, diremos que deber ser un proceso ininterrumpido, que comienza con el desarrollo de una actitud al ingresar a la Facultad y prosigue, cambiando métodos y objetivos, con el ya graduado, al que no se lo puede considerar como egresado. Esta concepción hace que a la vez debamos cambiar el actual concepto de la Universidad, para que su radio de acción deba contemplar con más intensidad la formación del posgrado.

La educación continua es una actitud que implica el deseo del graduado de estudiar y conocer. Esta actitud se logra en base a toda una preparación previa, estimulada por el estudio del pregrado y por un enfoque social adecuado de la profesión.

Para planificar, orientar y guiar al profesional y darle una metodología adecuada, será necesario un organismo centralizador universitario, como un **Departamento de Graduados**, cuyas funciones principales serían:

- planificar el rol de la Facultad en la enseñanza del posgrado;
- correlación interdisciplinaria;
- formación de especialistas;
- preparar, organizar y realizar diferentes tareas de actividad de perfeccionamiento en

distintos niveles, y e) relacionar sus funciones centrales con las de sus organizaciones periféricas oficiales y no oficiales, encargadas de la educación profesional, como ser consejos profesionales, asociaciones científicas, etcétera.

Sería inadecuado, en la planificación del posgrado, dejar de lado la estructura existente en las instituciones profesionales, cuyo gran desarrollo y capacidad docente son títulos más que suficientes para avalar tal posición.

No podemos dejar de reconocer las dificultades que viven los colegas radicados lejos de los centros urbanos más importantes para actualizar sus conocimientos. Misión ésta que la Facultad debe tomar en cuenta, facilitando su aproximación por medio de becas e instrumentando una reglamentación que autorice a esos colegas a obtener las licencias correspondientes para poder concurrir a los distintos centros de estudio. Esto contribuiría, junto con otras medidas socioeconómicas, a una mejor distribución de los profesionales a lo largo de todo el país. Una de las maneras de solucionar este problema, es la regionalización. Como ejemplo puede darse el de la Universidad de Mar del Plata, que al no tener la posibilidad de instituir una facultad de odontología, constituyó una Escuela de Salud Dental de Posgrado, dependiente de la Universidad.

De todo lo dicho anteriormente, no cabe duda que el graduado es en cierto modo una etapa más en la formación universitaria y de ello se

deduce que, siendo el estudio una actividad permanente, es también una función del Estado, tomar a su cargo, en el rubro del presupuesto universitario, estas actividades.

Y para terminar, queremos rápidamente exponer algunas de nuestras experiencias recogidas a lo largo de 26 años de existencia del Ateneo Argentino de Ortopedia Maxilar.

1º El rasgo fundamental de la enseñanza impartida en esta Institución de Posgrado es el carácter Docente Asistencial, lo que nos permite comprobar e ir reelaborando sobre el terreno de la enseñanza compartida.

2º El carácter permanente de la educación, a la que no se le pone límites en cuanto a su continuidad.

3º El carácter formativo en sus diversos aspectos:

- estimulación para la renovación de la información;
- participación en la discusión y elaboración de planes de trabajo.

4º Contemplar el estímulo para todos los niveles, especialmente en los más avanzados, para evitar el estancamiento mediante el apoyo de una infraestructura para el fo-

mento de la investigación, posibilitando la realización de trabajos a largo plazo, así como el fomento de distintos grupos de trabajo en las distintas áreas específicas, como la creación de los departamentos de Cirugía, Prevención, Oclusión, Odontopediatría.

5º La interconsulta de los distintos departamentos como método consecuente de una forma de trabajo que abra nuevas perspectivas a la profesión odontológica.

Dirección del autor  
Fco. Moreno 3228 - Capital

# SOLCAR M MOBEN REYCO

PAPELES PINTADOS

Nacionales e Importados

ALFOMBRAS

CABILDO 818

SUCRE 2484

771-1375 772-6148

781-1382

PINTURAS

REVESTIMIENTOS

Avda. SAN MARTIN 1782

T.E. 59-4141 y 7217

PAPELES PINTADOS

Nacionales e Importados

ALFOMBRAS

CALLAO 1201

42-0227 44-0423

Cambie su consultorio con sólo decorar las paredes y pisos.

**Del modo más variado. Y a la moda.**

**Con el mejor papel pintado o vinílico nacional.**

**También tenemos el importado. Todos de gran duración.**

**Y las marcas más importantes de alfombras.**

**Su casa cobrará así, una vida nueva. Nuestros profesionales lo**

**asesorarán. Teniendo en cuenta especialmente las particularidades**

**de sus ambientes. Y sin olvidar su economía.**

**OTRA VENTAJA: LA COLOCACION ES RAPIDA, EN EL DIA.**

**Nosotros nos encargamos de ello y nos hacemos responsables**

**de nuestro trabajo. Consulte a nuestros técnicos.**

**Para que el resultado de su decoración sea realmente óptimo.**

• DINERS

CREDITOS

HASTA 20 CUOTAS FIJAS

MENCIONANDO ESTE AVISO OBTENDRA DESCUENTOS ESPECIALES.

## PRIMER MOMENTO ANESTESICO

JOAQUIN ORLANDO

El hecho de considerar algunas alternativas que transcurren en el primer momento anestésico, no significa que deban tenerse en cuenta como únicas y aplicables en todos los pacientes.

El manejo de este momento está condicionado, en gran parte, al conocimiento de las características de cada individuo, situación que puede ser lograda con la realización de una historia clínica adecuada, que comienza en la primera o segunda consulta odontológica, pero que en realidad perdura por el constante recordar del paciente, sobre todo del adulto, manifestándose algo menos en los niños por su menor trayectoria, en general.

La omisión de esta alternativa en las primeras sesiones odontológicas, nos llevará muchas veces a no comprender lo que dice o le está sucediendo al paciente, teniendo en cuenta que muchas de las reacciones del momento obedecen a situaciones vividas en otros tratamientos odontológicos.

Para una mejor comprensión del primer momento anestésico creí conveniente considerarlo de la siguiente manera:

- 1) El momento preanestésico
- 2) El momento anestésico propiamente dicho
- 3) El momento postanestésico
- 4) Después del postanestésico

### 1) MOMENTO PREANESTESICO

Muchas de las consideraciones para tener en cuenta aquí surgen de los relatos que pudo haber hecho el paciente durante la historia clínica.

Aparecen así pacientes que han nacido con asfixias, que han sido sometidos prematuramente a anestésicos locales o generales, cuando sus posibilidades de comprensión eran mínimas; pacientes que aun con posibilidades de entender fueron llevados en forma engañosa frente a una situación anestésica, ya sea desde el punto de vista oral o no; pacientes que fueron a la consulta odontológica y se vieron forzados, a veces, innecesariamente a una anestesia, sin que se haya estable-

cido algún vínculo previo; niños o adultos que participaron gratuitamente de una anestesia dada a un familiar o amigo, sobre todo sin haber tenido ninguna experiencia previa; pacientes que por distintas razones médicas han sido sometidos a distintos tipos de inyectables; pacientes inyectados para ser sometidos a una amigdalectomía.

Resulta obvio que todos estos planteos no son demasiado auspiciosos para lograr una aceptación anestésica inmediata.

Anteriormente hice mención de anestésicos generales y locales. La posibilidad de una anestesia local induce a veces a imaginar, sobre todo en el niño, la sensación de quedarse dormido e indefenso, más aún si ha tenido experiencia con anestesia general, en este caso muchas veces el chico no separa una cosa de la otra.

Considero que otra situación para tener en cuenta es la sensación de desagrado que siente el niño, a veces también el adulto, frente a la posibilidad de ser penetrado por una aguja y de perder el control, en nuestro caso, de una parte del organismo.

Viendo así estas alternativas, creo conveniente que para este primer momento anestésico, es necesario una explicación sencilla de los elementos anestésicos que se usan, además de permitirle al paciente, sobre todo al niño, ser ejecutor efectivo, manejando el instrumental correspondiente. El temor y la duda se verán disipados, cuando uno es capaz de calmar su imaginación frente a la realidad evidente.

### 2) EN EL MOMENTO ANESTESICO PROPIAMENTE DICHO

Puede ocurrir, sintéticamente, que el niño se niegue o acepte la situación planteada; en el primer caso la posibilidad de saber esperar y reiterar las explicaciones, son circunstancias posibles que a veces es necesario contemplar.

En el caso de que el paciente acceda a ser anestesiado, es preferible que el

profesional no quede fijado en el punto anestésico mientras está inyectando sino tratar de mirar al enfermo, hablarle, tranquilizarlo con todos los recursos posibles y al mismo tiempo marcarle el lapso que falta para concluir, compartiendo con él las sensaciones que se van produciendo; la angustia o el llanto del chico como también del adulto, muchas veces se ven disminuidas cuando el mismo enfermo es capaz de ejercer un control sobre lo que está ocurriendo.

Quiero agregar, además, que considero que el uso del espejo en este momento es a requerimiento del niño, aunque a veces también el adulto puede sentir la necesidad de participar en ese sentido.

Preferiría no entrar en detalles de cómo técnicamente debe aplicarse una anestesia, porque creo que es algo conocido por casi todo profesional.

### 3) MOMENTO POSTANESTESICO

Finalizando el instante de la aplicación, sucede muchas veces que el esfuerzo realizado lleva al profesional a una sensación momentánea de "ya está", ya sea separándose del paciente para atender otros asuntos o separándose del mismo enviándolo a la sala de espera mientras se cumple el efecto anestésico, muchas veces, además, haciendo asumir, sobre todo el niño, el control de ese tiempo mientras es atendido otro enfermo.

Considero que evitar estas situaciones, es una manera de proteger al paciente, más aún si logramos escuchar lo que a posterior de ser inyectado puede expresar, de otra manera parecería que sólo la aplicación anestésica es el objetivo buscado.

Entiendo que un buen acercamiento de hoy es la mejor preparación para mañana, cuya resultante puede ser una manera más de enriquecimiento para la pareja paciente-profesional.

### 4) DESPUES DEL MOMENTO POSTANESTESICO

Creo conveniente, para completar nuestra tarea, que con todos los pacientes que han recibido su primera anestesia se busque la posibilidad de comunicarse con los mismos para saber cómo están y si las sensaciones posteriores coincidieron en alguna medida con las explicaciones dadas. Es probable que de esta forma habremos logrado que nuestra preocupa-

ción trascienda más allá de nuestro ámbito de trabajo, cuya consecuencia es el refuerzo del vínculo que se anhela. El paciente sentirá casi inevitablemente la importancia que el profesional le da como persona, cuya retribución en este caso no quedará en la espera prolongada.

Tal vez resulte conveniente para objetivar mejor este trabajo, tomar una de las historias clínicas recientes, cuyo material conduzca a esclarecer algo más los conceptos vertidos. Se trata de un paciente de 28 años.

En el primer momento de la consulta surgió la impresión al mirarlo, de que se trataba de un individuo tímido y ansioso, al preguntarle cómo se sentía, la respuesta fue: "aterrorizado".

El motivo principal de la consulta estaba referida al hecho de que le molestaba una caries, que no llegaba a provocarle dolor.

Hacia aproximadamente tres años y medio que no concurría para una atención odontológica.

Su primera experiencia bucal, desde el punto de vista odontólogo-paciente, la vivió con la pérdida de un molar temporario, el profesional se la extrajo sin anestesia porque no permitió que le aplicaran la misma.

Dicha extracción se efectuó el mismo día que concurrió a la consulta, de lo que se deduce que no tuvo ninguna preparación previa. A partir de ese momento abandonó mucho el cuidado de su boca.

Comentó luego que hace aproximadamente diez años comenzó con un dolor de un tercer molar en el que tenía un verdadero "cráter". Concurrió por entonces a una clínica particular, al ser inspeccionado con un "explorador" se desmayó al instante.

A raíz de esa situación, el profesional realizó una obturación con pasta provisoria, y nuevamente interrumpió, restando toda posibilidad de tratamiento.

Posteriormente, como visitador médico-odontológico, se trató con un dentista que aplicaba gases anestésicos, quien le extrajo dos piezas dentarias sin consecuencias.

Después de un tiempo hizo un intento de tratamiento con un odontólogo de la mutua a la que pertenecía, este profesional le aplicó la anestesia local y al inyectarlo perdió el sentido; en la sesión siguiente se volvió a desmayar y, como

corolario, dejó un molar en condiciones precarias, que necesitaba tratamiento de conductos.

Pasaron seis meses y se relacionó con un odontólogo que trataba con hipnosis, requirió tratamiento por la necesidad de quedar en la espera prolongada.

Tuvo cuatro o cinco sesiones de hipnosis y se reparó la pieza dentaria correspondiente, no se le aplicó anestesia, anduvo más o menos bien, aunque el tratamiento en sí le produjo un poco de dolor, seguidamente consideró que, en general, es aprehensivo por lo inyectable.

Luego se logró obtener algunos datos de orden general, relacionado con ciertas experiencias traumáticas.

Fue intervenido quirúrgicamente de amígdalas, siendo aún muy pequeño; ingresó a la sala de operaciones con la madre, el recuerdo inmediato fue de que le aplicaron una sopapa en la boca con gas y perdió el conocimiento; no pudo precisar si estaba enterado previamente de tal hecho.

Cuando contaba con diez o doce años, fue intervenido de una frenectomía bucal, concurrió para dicho acto con la madre, señalando que nunca lo hacía con el padre.

El desvanecimiento fue inminente en esa oportunidad, dado que fue intervenido con anestésico local terminando bebiendo una poción que lo reanimó.

Posteriormente fue operado de trombos hemorroidales y respondió con otro desmayo después de haber salido de la camilla en la que permaneció durante la intervención.

Fue intervenido por una uña del pie con anestesia local y nuevamente perdió el conocimiento, ocurriéndole lo mismo a la madre que participó del acto.

Jugando al fútbol, de chico, un compañero al golpearlo le produjo una herida en el mentón, tuvo un desmayo en el consultorio del profesional mientras esperaba para ser tratado.

En una oportunidad que quiso dar sangre se desvaneció.

Hace aproximadamente seis años se extrajo un tercer molar superior retenido, usando pentotal como anestésico, sin mayores consecuencias.

Siguiendo con algunos antecedentes del paciente pudo registrarse que su nacimiento fue con principio de asfixia.

Su lactancia materna fue con extractor,

sin recordar hasta cuándo, luego pasó a la mamadera; no recuerda haber usado chupete. Caminó y se sentó en tiempo normal.

"No acostumbra" a apretar los dientes, pero tiene pesadillas de que los aprieta y le crujen.

Con respecto a la aguja inyectable se imagina que lo desgarró todo, le rompió los capilares y tejidos, dándole, además, una sensación de penetración molesta.

Enfrentando este panorama, la posibilidad de que el paciente repita actuaciones anteriores era evidente ante la eventualidad de ser tratado odontológicamente.

Cualquier apresuramiento en lo que atañe a la actitud profesional en este caso, habría llevado al individuo seguramente a adoptar una actitud compulsiva.

Después de escuchar esta historia clínica, que no es por cierto muy común, pero sí tal vez útil para aclarar algunos aspectos tanto manifiestos como latentes en un paciente odontológico, en este caso relacionado al acto anestésico en sí.

Lo abundante del relato hecho por el paciente y la actitud un tanto de resignación y desconuelo, sirvieron para tener en cuenta lo dicho por Susana Lustig de Ferrer en una de sus intervenciones en los medios odontológicos: "En la relación odontólogo-paciente, un niño puede ser que no sea un adulto, pero un adulto puede ser un niño".

Planteada la situación en esos términos, era evidente que un niño grande, como ocurre frecuentemente en nuestra profesión, había acudido a la consulta solicitando ayuda y comprensión.

El camino a seguir era entonces comenzar desde el principio, como ocurre en odontopediatría, vale decir trabajando en condiciones idénticas.

Para ello fue necesario explicarle al paciente el manejo de la jeringa que se iba a usar, permitiéndole el uso de la misma, así como también el conocimiento y la percepción del anestésico de superficie, el instrumental básico que se utilizaría, sobre todo el explorador, por ser un instrumento que muchas veces ha despertado en los pacientes el temor a ser injuriados.

Después de esta segunda entrevista, teniendo en cuenta que en la primera el manejo quedó circunscripto a preguntar y escuchar el relato del paciente, siguie-

ron dos consultas más, durante las cuales pudo nuevamente tener en sus manos el instrumental correspondiente.

Era notorio que las características de ansiedad y exagerado temor, se habían disipado algo en las últimas entrevistas, a pesar de que persistía una cuota de incertidumbre respecto del futuro desarrollo.

Para la quinta consulta ya habíamos convenido intentar aplicar anestesia con el objeto de tratar la primera caries.

Fue visible en este nuevo encuentro la perturbación que el paciente reflejaba; como alternativa se le planteó la posibilidad de elegir: actuar o no ese día respecto al trabajo por realizar. El enfermo decidió "arriesgar" porque la espera también lo alteraba demasiado. Se le planteó entonces la alternativa de que en el momento de la aplicación sintiera algún malestar, en cuyo caso haríamos una interrupción si él lo juzgaba conveniente, además por mi parte iba a estar pendiente de cualquier manifestación que surgiera.

Luego de aplicado el anestésico de superficie para tratar una caries superior, cuya elección fue hecha teniendo en cuenta que la restante era de molar inferior y exigía una regional, comenzó la aplicación acompañada de consideraciones que se fueron haciendo respecto al hecho: por ejemplo, de que podíamos interrumpir si lo creía necesario, señalando además que la aplicación se desarrollaba normalmen-

te, sin que se manifestara ningún tipo de lesiones que a él lo pudieran perjudicar. Finalizado este momento la sorpresa se añadió en el paciente a todo el acontecimiento, al ver que había transcurrido el momento, sin que se produjera ningún tipo de pérdida de conocimiento o control, y cuya tolerancia le había permitido sobrellevar un momento tan difícil.

Los signos de agradecimiento fueron evidentes.

Algunas horas después se pudo lograr una comunicación telefónica con el paciente, cuyo estado era muy satisfactorio.

En la sesión siguiente se decidió de común acuerdo, no tratar la caries que restaba, sino hacer una evaluación de los resultados obtenidos, que de alguna manera actuarían para reforzar el vínculo.

Cuando en la consulta posterior se sometió a la anestesia correspondiente, el desarrollo fue semejante al anterior, salvo un pequeño intento de intolerancia que se disipó cuando se sintió algo comprendido ante tal eventualidad.

La siguiente y última entrevista también fue de cierta utilidad, porque en ella se pudieron sintetizar los momentos vividos.

El resultado fue satisfactorio a juzgar por las últimas palabras del paciente al despedirse: "Doctor, usted me salvó la boca".

Fue tal vez para el paciente lo que debió haber sido "EL PRIMER MOMENTO ANESTESICO".

# PROGENIE

Luis Arena

## DEFINICION

En los últimos años el estudio de las progenies ha suscitado numerosos trabajos en la literatura dental. La complejidad de sus formas clínicas, los distintos mecanismos de su producción y su pronóstico incierto, así como su carácter evolutivo de gran repercusión funcional y estética incita a valorar esta maloclusión en todos sus aspectos para poder realizar su tratamiento de acuerdo con sus características específicas y en el momento oportuno.

Podemos definir a la progenie como una maloclusión sagital, en que la mandíbula toma una posición mesial con respecto al maxilar superior; presentando una mordida invertida anterior o bien una mordida invertida total, en la que la mandíbula engloba al maxilar superior.

Esta característica morfológica hace que el funcionalismo mandibular esté alterado y la transmisión de los estímulos dirigidos al macizo cráneo-facial sean inadecuados<sup>a</sup> agravando el cuadro clínico.

## ETIOPATOGENIA

Múltiples factores intervienen en la producción de una progenie. Algunos de ellos se encuentran interrelacionados.

La herencia es una causa reconocida desde antiguo en la producción de una progenie verdadera. Estudios realizados por Galippe y Rubrech en la genealogía de la casa reinante de los Habsburgos, así lo afirmó.

Recientes trabajos confirman el papel de la herencia en un gran porcentaje de casos. Si bien el mecanismo de producción no ha llegado a probarse. La explicación más compatible con los resultados parece ser que existe un método proligénico de transmisión.

Clínicamente detectar la existencia de padres o parientes cercanos con esta maloclusión presupone una tendencia progénica fuerte, de pronóstico más reservado.

## CRECIMIENTO

Con la introducción de la cefalometría se hizo posible el estudio dinámico del paciente. Estudios cefalométricos longitudinales mostraron que la cara se expande desde abajo del cráneo hacia abajo y adelante.

El área facial reconoce dos zonas bien delimitadas con características bien definidas. Una constituye la cara media que se extiende desde la base craneal determinada por el plano S.N. hasta el plano oclusal. La otra zona determina la cara inferior compuesta por un solo hueso: la mandíbula. Las alteraciones de crecimiento de estos dos huesos fundamentales de la cara y en que se asientan las arcadas dentarias pueden alterar las relaciones oclusales y su funcionamiento.

La inhibición del maxilar superior o el aumento de crecimiento de la mandíbula son características de esta maloclusión.

El tipo de crecimiento de la mandíbula es fundamental en la instalación y evolución de esta maloclusión.

Los aumentos de crecimiento no son constantes. Estudios realizados demostraron que hay un porcentaje variable de crecimiento en épocas distintas durante el desarrollo del niño. Existen brotes de crecimiento en especial en la pubertad. Los patrones de maduración varían con el paciente. Los patrones de maduración varían, pero las mayorías de las niñas tienen el brote de mayor empuje puberal entre los 10 1/2 a los 12 años. Los varones muestran mayor variación y una dispersión más amplia, que va de los 12 hasta los 18 años.

No sólo son variables los incrementos por unidad de tiempo sino que también varía la dirección del crecimiento.

Es un hecho que la mayoría de las mandíbulas tienen un incremento horizontal en los últimos estudios del crecimiento y que no es compensado por el maxilar superior.

## FACTOR MUSCULAR

Así como el crecimiento esquelético en cuanto a cantidad y dirección es de la mayor importancia en la instalación y desarrollo de esta maloclusión, también el comportamiento muscular y de los tejidos blandos que envuelven a las partes óseas juegan un rol importante. Los tejidos blandos constituyen la matriz funcional de dichas partes óseas. Numerosos autores enfatizan el papel causal de la lengua en la evolución de una progenie. Fränkel afirma que el tamaño y posición de la lengua juegan un papel importante en la instalación de esta maloclusión.

Petrovic y colaboradores demostraron la importancia de la tracción del terigoideo externo sobre el cartilago del cóndilo de la mandíbula.

Problemas respiratorios repercuten en el crecimiento de cara media en los tres sentidos del espacio produciendo retrognasias del maxilar superior.

**FACTORES DENTARIOS**

Problemas dentarios pueden determinar alteración de posición en la oclusión y también reducción de la longitud de la arcada superior en particular produciendo una mordida invertida anterior. Agenesia de laterales superior, supernumerarios, caries; mesoerisiones y extracciones prematuras son todas causa de alteración de la arcada dentaria superior. La secuencia de erupción como la dirección de erupción de los incisivos superiores se reconocen como causas locales de una mordida forzada.

**CLASIFICACION**

Podemos distinguir en las progenies anomalías de posición y anomalías de conformación. En las primeras existe una posición mesial de la mandíbula en oclusión céntrica.

En las segundas, el patrón morfoesquelético está alterado en el nivel de cara media o inferior o bien en ambas. El primer grupo lo denominamos **MORDIDA PROGENICA FORZADA**. El segundo grupo constituye las verdaderas progenies.

- PROGENIES { A CAUSA SUPERIOS
- { A CAUSA INFERIOR
- { COMBINADAS

**MORDIDAS PROGENICAS FORZADAS**

Maloclusión que se caracteriza por una inversión dentaria anterior. El diagnóstico diferencial surge del examen clínico o funcional, del estudio de modelos y del examen telerradiográfico. El examen funcional muestra una propulsión o deslizamiento de la mandíbula hacia mesial en el momento de la oclusión. La senda de cierre se presenta quebrada. Posición de Reposo = posición de oclusión. Se detectarán las interferencias dentarias o bien la acción de empuje lingual.

Problemas respiratorios o amígdalas agrandadas. También determinan la propulsión de la mandíbula. Se presenta en la dentición primaria. Siendo la traba dentaria principal los caninos temporarios sin desgastar. Falta de desarrollo de la alveolar superior por agene-

sia de laterales. El retardo de la erupción en la parte superior por sí sólo puede conducir a una M. P. forzada. En cambio, el recambio de los incisivos si se hacen en orden cronológico normal la deformación podrá atenuarse o desaparecer. La disminución del tamaño de la arcada dentaria superior por caries o extracciones prematuras favorece la migración de los primeros molares y la retrusión alveolar superior produciendo una mordida progénica forzada.

Del estudio telerradiográfico observamos un buen patrón esquelético con problemas de inclinación de los incisivos superiores que se presentan rectos, mientras los incisivos inferiores están normales o ligeramente protruidos. La posición recta de los incisivos superiores hacen recordar al DECK-BISS y muchas veces se observan pacientes que tienen M.P.F. y hermanos portadores de DECK-BISS.

El perfil del paciente no presenta alteraciones muy marcadas. Resumiendo la mordida progénica forzada se ubica dentro de las anomalías de tipo dentoalveolar con un pronóstico favorable.

**PROGENIE POR CAUSA SUPERIOR**

El maxilar superior, hueso par, constituye la parte fundamental de la cara media. Se apoya en la base craneal anterior y su posición estará influida por el tamaño de la misma. El maxilar superior interviene en diversas funciones; siendo la de la masticación y respiración las principales.

Problemas en el crecimiento y desarrollo del maxilar superior producirá una retrognasia superior que se manifiesta en la oclusión con una mordida invertida anterior parcial o total. El estudio funcional muestra que la mandíbula pasa del estado de inoclusión a la oclusión céntrica en una línea sin escalón.

La falta de desarrollo del maxilar superior se realiza no sólo en forma ántero-posterior sino que presenta en la mayoría de los casos una compresión lateral junto con falta de desarrollo de la alveolar. La disminución del tamaño del maxilar superior trae secundariamente problemas de posición dentaria. Disrelación diente-hueso. Dientes incluidos o fuera de basal. Laterodesviación, caninos altos o retenidos. En algunos casos la mandíbula acompaña al superior en sus alteraciones. El perfil se hace cóncavo, y si los tejidos blandos no son muy gruesos se observa el clásico perfil progénico con retrusión superior y mentón prominente. Labio superior corto y retruido.

Telerradiográficamente. Observamos un maxilar retruido por tamaño y a veces por posición. La base craneal de la anterior medida, según Wylie de S (Silla Turca) a (PTM), fosa pterigomaxilar está disminuida determinando una posición retruida del maxilar superior. Los incisivos superiores tienden a protruirse y los incisivos inferiores están normales o tienden a lingualizarse. La altura anterior de la cara se encuentra en la mayoría de los casos disminuida. Con una sobremordida invertida anterior profunda. También puede acompañarse con una mandíbula con crecimiento divergente produciendo un aumento del perfil anterior con una oclusión invertida abierta. Telerradiográficamente observaremos un  $\angle B$  aumentado; igual que el  $\angle SN C_1 G_1$ . Asociado a la displasia ósea se encuentran problemas respiratorios y posición baja de lengua con problemas de deglución y empuje lingual.

**PROGENIE POR CAUSA INFERIOR**

En este grupo podemos distinguir dos tipos: uno que presenta un mayor crecimiento de la mandíbula con gran carga hereditaria y otro que reconoce una evolución de los casos anteriores. En los casos con gran crecimiento mandibular de origen hereditario se manifiestan en la dentición primaria los primeros signos. Además de la relación invertida anterior se observa una relación molar de franca mesioclusión. La inclinación lingual, síntoma de agravamiento en la progenie por causa superior, aparece ya en la dentición primaria y en el momento del recambio. Radiográficamente se observa los gérmenes dentales espaciados en el hueso alveolar. La mandíbula no sólo es más larga en sentido ántero-posterior sino también en sentido transversal. El estudio telerradiográfico confirmará la impresión clínica. El ANB se presenta negativo. La inclinación de los incisivos inferiores francamente lingualizados. El tamaño del cuerpo mandibular aumentado, y presenta un ángulo goniaco obtuso.

La base craneal posterior, medida de silla turca o fosa glenoidea, generalmente se encuentra acortada. El ángulo de flexión de la base craneal o ángulo del clivus está disminuido. Esto señala el crecimiento vertical de la sincondrovis esfeno-occipital proyectando la mandíbula hacia adelante. La altura de la cara anterior está aumentada a expensas del campo inferior. Presentando un labio inferior evertido y un labio superior corto y retruido. Presenta un aumento del ángulo SN.Go Gn,

que lleva a combinar la progenie con la mordida abierta.

**TRATAMIENTO - OBJETIVOS**

El objetivo de todo tratamiento ortodóncico u ortopédico es lograr una oclusión normal desde el punto de vista morfológico, funcional y estético.

La edad del paciente y tipo de anomalía marcará el tratamiento que debe realizarse.

Por la naturaleza de esta maloclusión se impone la terapia interceptiva a realizar en la dentición primaria y en la época de recambio. Haremos terapia interceptiva cuando restauremos las caries; desgastamos dientes que pueden ser trabas para la oclusión y mantenemos normal las arcadas dentarias. Cuando vigilemos la secuencia de erupción y quitamos hábitos perniciosos. Haremos terapia conectiva cuando se ha instalado la mordida invertida anterior.

**MORDIDA PROGENICA FORZADA**

En la dentición temporaria.

- 1º) **Desgastes.** Trabas de caninos temporarios.
- 2º) **Empuje Lingual.** Corrección del hábito por reeducación y ayuda con una placa superior con parrilla.

**EN LA DENTITION MIXTA**

- 1º) **Incisivos Rectos:** planos inclinados cementados. Deben guardar ciertos requisitos. Base amplia: debe existir espacio para el pase de los mismos y el plano inclinado debe estar tallado a 45º.

Si la sobremordida es muy marcada o tendencia a mordida abierta, usaremos placas superiores con resortes para protruir los incisivos con levante de oclusión en acrílico o gomas masticantes.

**EN LA DENTITION PERMANENTE**

Protrusión del sector anterior con aparatología fija.

**TRATAMIENTO DE LAS PROGENIES DE TIPO BASAL**

El objetivo primero es lograr una buena relación interincisiva.

Parece ser, en efecto, que si la desarmonía entre las bases óseas no es muy grande, una

## Progenie

buena oposición incisiva permitirá a las arcadas dentarias o dentoalveolar compensar el desequilibrio basal (Bjork 1961) y favorecer quizá el crecimiento anterior del maxilar. Nuestras posibilidades ortopédicas son, sin duda, mayores en el maxilar superior.

**En la dentición temporaria.** En el niño de corta edad utilizaremos a partir de los 4 años aparatología del tipo llamada funcional. La aparatología funcional de Fränkël facilitará el desarrollo del maxilar superior con sus escudos vestibulares y labiales. El tallado de las partes oclusales para la erupción de las piezas superiores más la acción de la lengua sobre la bóveda palatina y arcadas agrandará el maxilar superior en los tres sentidos del espacio. Mientras la arcada dentaria inferior está ceñida por el arco vestibular y la placa interna de acrílico.

En la dentición mixta de 6 a 12 años utilizaremos las placas activas para lograr ensanche y protrusión incisiva superior y arco de Eschler para retruir la mandíbula.

En casos de sobremordida podemos utilizar las placas planas para progenie. Permitiremos la extrusión molar superior para tratar de rotar la mandíbula hacia atrás y abajo. Los tratamientos sobre las arcadas dentarias tienen un marco limitado de acción que no siempre llegan a modificar la desarmonía esquelética y funcional produciéndose la recidiva.

En los últimos años numerosos autores han vuelto al uso de las fuerzas extraorales para corregir las discrepancias basales, el uso de la fuerza extraoral, en especial el casquete y mentonera, fue usado ya en 1805 por Fox y Cellier. Una larga lista de nombres podemos citar como Kingsley; Jackson, Iszard, Carl Case y muchos otros.

En el comienzo del siglo la preponderancia de Angle y el uso de las gomas intermaxilar hizo dejar de lado el uso de la fuerza extraoral. Es por el año 1930 que Oppenheim preconiza el uso de la fuerza extraoral no sólo sobre el maxilar superior como Kloehn, King y Fischer, sino también en forma combinada en ambos maxilares. Utiliza un arco lingual soldado en dos bandas en primeros molares, con un agarre para goma en mesial y vestibular de ambos molares. Un casquete y una mentonera que presenta dos vástagos a la altura de las comisuras para enganchar una goma que tracciona el maxilar superior hacia adelante. La fuerza de la goma es de 90 a 160 grados c/u. Juntamente con el problema ántero-posterior coexisten problemas transversales y verticales que demandan también atención terapéutica. En las maloclusiones graves con mordida cruzada bilateral se impone el uso

de la disyunción rápida. En casos menos severos, son preferibles las expansiones lentas.

Tanto la disyunción rápida como la lenta (ésta en menor medida) abren la mordida haciendo rotar la mandíbula hacia atrás. La placa de expansión lleva tornillo medio y se cubre las caras oclusales con acrílico para mejor anclaje (Skiller). Si es necesario se puede combinar la tracción póstero-anterior de Oppenheim adicionando agarres en los ganchos para gomas.

En los últimos años la escuela de Nantes, con los Dres. Verdon y Delaire preconizan la utilización de la tracción póstero-anterior con fuerzas ortopédicas de 500 g. a 1.000 g. por goma buscando la disyunción póstero-anterior del maxilar superior. La máscara facial de Delaire consiste en un apoyo frontal de acrílico y una mentonera unidas lateralmente por un alambre de 2 mm de espesor. A la altura de las comisuras se suelda un bastidor perpendicular a los alambres laterales y en este bastidor alejado unos 8 a 10 cm de la arcada dentaria superior se sue'dan 2 agarres para gomas a la altura de los laterales. El arco dentario superior lleva 2 bandas en los primeros molares con un arco lingual y otro vestibular de 1 mm soldado a la altura de los cuellos dentarios. El arco vestibular lleva 2 agarres para goma a la altura de los laterales. Una goma para fuerza extraoral se engancha en el arco vestibular y bastidor por lado. La fuerza es de 1.000 a 1.500 g. en total.

Se comienza por 1 hora; luego 2, hasta llegar a usarlo de 8 a 10 horas diarias. Está indicado su uso en la dentición mixta hasta los 10 ó 12 años.

Llegado el paciente a la dentadura permanente, se inicia la segunda etapa. Esta etapa es eminentemente ortodóncica. Habiendo eliminado la posibilidad de la cirugía, realizaremos la armonización dentaria con extracciones de 2 premolares inferiores o de los 4 premolares si la desarmonía dentoalveolar maxilar es muy importante.

Las extracciones y el tratamiento se harán cuando el empuje máximo de crecimiento haya pasado. La radiografía de la mano para verificar la edad ósea será de gran valor. La contención se mantendrá por dos años, por lo menos.

Si a pesar de todos nuestros recursos ortopédicos utilizados no logramos una relación ántero-posterior aceptable para lograr una buena oclusión morfofuncional, quedará la cirugía para lograrlo. El ortodoncista corregirá las anomalías individuales de cada arcada por separado y preparará con el cirujano el plan de operación y contención.

## BIBLIOGRAFIA:

- BJORK A.: "Timing of interceptive orthodontic measures based on stages of maturation", Trans. Europ. Orthod. Soc. 1972 - 61-74.
- BJORK A.: "Variation in the growth", Joattern of the human mandible", J. Dent. Res. 42: 400-411.
- BJORK A.: "Prediction of mandibular growth rotation" Amer. J. of Orth. 53: 585-599 - 1969.
- DELAIRE J.: "La croissance maxillaire deductions therapeutiques", Trans. Europ. Orth. Soc. 81-102 - 1971.
- GRABER T. Y SWAIN: "Ortodoncia", Edit. Panamericana 1979.
- MOYER R.: "Manual de Ortodoncia", E. Mundi 1ra. edición.
- JACOBSON: "Mandibular prognathism", Amer. J. of Orth. 66: 140-171 - 1974.
- KRAUS et al.: "Heredity and the craneo facial complex", Amer. J. of Orth. 45: 172-217 - 1959.
- LIPTON Y OTROS: "A Genetic Study of Class III Malocclusion", Amer. J. of Orth. 56: 565-576 - 1970.
- GOLD, J. K.: "A new approach to the treatment of mandibular prognathism", Amer. J. of Orth. 35: 893-912 - 1949.
- KOSKI, K.: "Centros de crecimientos", ¿Mito o Realidad? Amer. J. of Orth. 54: 566-583 - 1968.
- MOSS, M.: "La Matriz funcional", Amer. J. of Orth. 54: 474-482 - 1968.
- MOSS, M.: "The primacy of functional matrix in oral facial growth", Dent Pract. 19: 65-73 - 1968.
- ISACCCSON, R. J.: "Forces produced by rapid palatal expansion", Angle Orth. 34: 261-270 - 1964.
- HASS, A. J. Palatal expansion: Jas The beginnig of dentofacial orthopedias, Amer. J. Orthod. 57: 219-255 - 1970.

1ra. ETAPA

M. P. FORZADA	{	Desgastes
		Plano inclinado
		Placas removibles
		Reeducación
PROGENIE	{	A CAUSA SUPERIOR {
		Funcional Fränkel
		Oppenheim
		Placas Activas
PROGENIE	{	Disyunción {
		rápida lenta
PROGENIE	{	A CAUSA INFERIOR {
		Casquete y mentonera
		Tracción anteroposterior

2da. ETAPA

M. P. FORZADA	{	APARATOLOGIA REMOVIBLE
		APARATOLOGIA FIJA
PROGENIE	{	A causa superior {
		Disyunción
		Aparatología fija
		Cirugía
		A causa inferior {
		Aparatología fija
Extracciones		
PROGENIE	{	Aparatología fija y cirugía
		Combinada {
		Aparatología fija + Cirugía
		+ Extracciones
		Cirugía
		No tratar

# Reglamento de Cursos del Ateneo Argentino de Ortopedia Maxilar

## INSCRIPCION

1) Podrán inscribirse en los cursos que se dictan en el Ateneo Argentino de Ortopedia Maxilar únicamente los socios de la institución que se hallen al día con Tesorería en el momento de la inscripción y acepten las disposiciones de este Reglamento.

2) El profesional que no fuera socio podrá inscribirse condicionalmente, mientras tramita su solicitud de ingreso a la institución, para lo cual deberá abonar, además de la inscripción al curso, el importe correspondiente a un trimestre de la cuota social vigente.

3) La inscripción se hallará abierta a partir del primero de marzo hasta el día treinta del citado mes. De no alcanzarse el número máximo establecido, la inscripción continuará hasta dos días antes de la iniciación, en cuya circunstancia se cerrará, cualquiera fuese el número obtenido.

4) Si al cierre de la inscripción en los cursos con cantidad limitada de inscriptos, hubiese un número mayor al establecido se procederá a realizar un sorteo al que podrán asistir los interesados, quienes deberán recabar en Secretaría la fecha de su realización.

5) A los inscriptos que no fueran favorecidos por el sorteo se les reintegrará el importe abonado, a partir de los diez días de efectuado el mismo.

6) Los inscriptos excluidos por sorteo tendrán prioridad para inscribirse, sin participar en sorteo, si el curso se repitiera al año siguiente.

7) El arancel del curso deberá abonarse antes del día de cierre de inscripción.

8) Los cursos que excedan los seis meses de duración se podrán abonar en cuotas, según la modalidad que establezca la Comisión Directiva.

# PROGRAMA DE LOS CURSOS PARA 1980

## Curso Nº 1

### CURSO INTEGRAL DE ORTOPEDIA MAXILAR

— PRIMER AÑO —

**Iniciación:** Miércoles 16 de abril.

**Teórico:** 8.30 a 9.45 horas.

**Práctico:** 10 a 11 horas.

**Duración:** 30 sesiones.

**Finalización:** 19 de noviembre.

9) Si por cualquier razón un curso no pudiera llevarse a cabo o debiera interrumpirse una vez iniciado, la institución procederá al reintegro total o parcial, respectivamente.

10) Los inscriptos en los distintos cursos deberán proveerse de todo el material e instrumental que el dictante indique. El material de estudio resultante de los trabajos realizados por los cursantes o dictantes del curso, será de propiedad exclusiva de la institución. La misma norma se aplicará para todo el instrumental o elementos adquiridos por la institución.

11) Las planillas de asistencia permanecerán en la sala hasta diez minutos después de iniciada cada sesión del curso, luego de lo cual se retirarán y no podrán ser firmadas. En los cursos con práctica, una vez finalizada la clase teórica y antes de la iniciación de la parte práctica, se pasará lista de asistencia. La ausencia del inscripto, en tal circunstancia, significará su calidad de "ausente" para toda esa sesión.

12) Los certificados de asistencia serán entregados a los cursantes que hubieren aprobado las pruebas de evaluación correspondientes y siempre que su asistencia al curso no hubiese sido inferior al 75 % del total de sesiones.

13) En los casos que estimare conveniente, la Comisión Directiva de la institución otorgará becas para la concurrencia a cursos.

14) La Comisión Directiva de la institución se reserva el derecho de modificar o suspender los cursos.

15) Los cursos podrán ser grabados por los cursantes, previa solicitud escrita formulada ante la Comisión Directiva.

16) Toda situación no contemplada por este Reglamento, será considerada y resuelta por la Comisión de Cursos de la Institución.

#### ELEMENTOS DE DIAGNOSTICO Y PLANEAMIENTO DEL TRATAMIENTO

- 1) **Metodología:** Procedimiento sistemático para la obtención del diagnóstico. Planificación del tratamiento. Elementos de diagnóstico. Estudio etiopatogénico, morfológico y funcional. Dra. BEATRIZ LEWKOWICZ.
- 2) **Tipos de tratamiento:** Etapas, objetivos y alcances en el tratamiento preventivo, interceptivo y correctivo. Dra. BEATRIZ FRANCIA.
- 3) **Examen clínico y de los factores etiopatogénicos:** Examen clínico del paciente: labios, lengua, carrillos, epósis alveolares. Dr. RUBEN GASTI.
- 4) **Factores etiopatogénicos:** Respiración. Dra. ANA DE ZIELINSKY.
- 5) **Factores etiopatogénicos:** Fonación y deglución. Dra. ANA DE ZIELINSKY.
- 6) **Estudio de modelos:** Dra. NOEMI LISMAN.
- 7) **Examen radiológico:** Dra. BEATRIZ FRANCIA.
- 8) **Repaso y evaluación.**

#### ENTIDADES CLINICAS

- 9) **Disrelación hueso-diente:** Dr. JAIME FISZMAN.
- 10) **Distoclusión:** Dra. HENJA F. DE RAPAPORT.
- 11) **Mesiooclusión:** Dr. LUIS ARENA.
- 12) **Mordida abierta:** Dra. HENJA F. DE RAPAPORT.
- 13) **Mordida profunda, mordida cubierta:** Dra. HENJA F. DE RAPAPORT.
- 14) **Objetivos y condicionantes del tratamiento:** Niveles afectados. Enfoque tridimensional. Crecimiento. Dra. BEATRIZ LEWKOWICZ.
- 15) **Repaso y evaluación.**

#### DIAGNOSTICO CEFALOMETRICO

- 16) **Puntos y planos:** Dra. BEATRIZ FRANCIA.
- 17) **Análisis de la relación de los maxilares en sentido ántero-posterior:** Niveles afectados. Elementos de evaluación. Dra. BEATRIZ FRANCIA.
- 18) **Análisis de los maxilares en sentido vertical:** Niveles afectados. Elementos de evaluación. Dra. BEATRIZ LEWKOWICZ.
- 19) **Evaluación de la dirección de crecimiento:** Elementos para su evaluación. Dra. BEATRIZ LEWKOWICZ.
- 20) **Perfil:** Evaluación del perfil óseo en sentido ántero - posterior y en sentido vertical. Relación de Holdaway. Labios. Dra. BEATRIZ FRANCIA.
- 21) **Incisivo superior e inferior con respecto al perfil incisivo superior e inferior con respecto de la basal.** Relación interincisiva. Dra. BEATRIZ FRANCIA.
- 22) **Conclusiones clínicas:** Dra. BEATRIZ LEWKOWICZ.

## Programas de los Cursos para 1980

- 23) **Conclusiones clínicas:** Dra. BEATRIZ LEWKOWICZ.  
24) **Conclusiones clínicas:** Dra. BEATRIZ LEWKOWICZ.

### APARATOLOGIA

- 15) **Consideraciones generales.** Composición de los aparatos acrílicos, alambres, arcos, resortes, elementos de fijación. Planchuelas. Dr. JOSE M. BORRELL.  
26) **Tornillos. Cortes.** Repaso de lo visto hasta aquí en aparatología. Dr. JOSE M. BORRELL.  
27) **Monoblock:** Descripción, construcción y manejo. Indicaciones y diseños. Construcción de placas y su unión. Desgaste de superficies-guías. Mostración de distintos tipos de aparatos. Dr. ELIAS BESZKIN.  
28) **Monoblock:** Modo de acción, placas de Planas. Dr. ELIAS BESZKIN.  
29) **Benac.** Placa con superficie triturante de goma. Dr. JOSE M. BORRELL.  
30) **Evaluación.**

### COMISIONES DE TRABAJOS PRACTICOS

**Jefes:** Dras. BEATRIZ FRANCIA, GOLDA GROSSMAN y NOEMI LISMAN.  
**Colaboradores:** Dras. MARTA FACCHINI, ANA MARIA RODRIGUEZ, NORMA C. LUFTMAN, LAURA STEFFANI y AMANDA RIZZUTTI.  
**Coordinadora:** Dra. GOLDA GROSSMAN.  
**Arancel: \$ 480.000**

Podrá abonarse en 3 cuotas iguales, la primera en el momento de la inscripción y las otras dos con vencimiento el 16 de mayo y 16 de junio de 1980, todas con un recargo del 10 %.

### Curso Nº 2

## CURSO INTEGRAL DE ORTOPEDIA MAXILAR

— SEGUNDO AÑO —

**Iniciación:** Martes 15 de abril.  
**Teórico:** 8.30 a 9.45 hs.  
**Práctico:** 10 a 11 hs.  
**Duración:** 31 sesiones.  
**Finalización:** 25 de noviembre.

### CRECIMIENTO, DESARROLLO Y MADURACION CON REFERENCIA A LA ORGANIZACION DE LA OCLUSION

Dr. LUIS ZIELINSKY

- 1) **Conceptos generales:** Niveles de enfoque, métodos de estudio, crecimiento y variabilidad. Factores que lo rigen. El concepto de normal y sus límites.
- 2) **Teorías sobre la naturaleza del crecimiento:** Análisis crítico en relación a la fundamentación de los planes de tratamiento y aparatología ortodóncica.
- 3) **Crecimiento displásico y compensador:** Osteogénesis: los 3 mecanismos, endocrinal, sutural y remodelación por reabsorción y aposición. Base craneal: importancia de la porción prehipofisiaria para la evaluación cefalométrica y las disgnasias ánteroposteriores. La sincondrosis esenooccipital, época de cierre y papel que juega.
- 4) **Cara media y maxilar superior:** El valor de sus mecanismos de estructuración y su relación con la organización de la oclusión. Maxilar inferior: Origen de las limitaciones que impone el tratamiento ortodóncico. Su im-

## Programas de los Cursos para 1980

- portancia en la evaluación estética y en el valor funcional.
- 5) **Comportamiento rotacional:** Ajuste especial por el crecimiento alveolar. Aplicación al plan y momento oportuno del tratamiento. Ritmo de crecimiento, el problema de la predicción y sus limitaciones, evaluación, indicadores de maduración esquelética.
  - 6) **Tratamiento:** Influencia del crecimiento en el tratamiento ortodóncico y de éste en el crecimiento. Maduración: valoración del término funcional.
  - 7) **Organización de la actividad muscular:** Aprendizaje y comportamiento. La reeducación muscular y la recidiva. Integración, engramas. Memoria de la oclusión. Relación con la organización de los arcos dentales. Desarrollo de la oclusión.
  - 8) **La armonía morfofuncional como objetivo de tratamiento:** Ortofunción y envejecimiento.
  - 9) **Repaso y evaluación.**
- ### ENTIDADES CLINICAS
- 10) **Disrelación hueso-diente:** Etiopatogenia: Dr. JAIME J. FISZMAN.
  - 11) **Terapéutica:** En la dentición temporaria, mixta y permanente. Dr. ELIAS BESZKIN.
  - 12) **Mordida cruzada:** Agenesia. Diastema: Dra. NORA KOTLER.
  - 13) **Disyunción.** Dr. ELIAS BESZKIN.
  - 14) **Repaso y evaluación.**
  - 15) **Distoclusión, definición.** Objetivos: Factores etiopatogénicos y condicionantes del tratamiento. Dra. BEATRIZ LEWKOWICZ.
  - 16) **Formas clínicas.** Factores esqueléticos. Niveles. Indicación aparatológica. Dra. BEATRIZ LEWKOWICZ.
  - 17) **Factores esqueléticos:** Tipo rotacional. Indicación aparatológica. Relación vertical. Indicación aparatológica. Predicción de crecimiento. Dra. BEATRIZ LEWKOWICZ.
  - 18) **Factores musculares:** Indicación de tratamiento. Factores dentarios. Indicación de tratamiento. Oportunidad del tratamiento. Ritmo de crecimiento. Indices. Dra. BEATRIZ LEWKOWICZ.
  - 19) **Mesioclusión. Etiopatogenia.** Dra. EDITH LOSOVIZ.
  - 20) **Formas clínicas. Diagnóstico diferencial:** Dr. SAUL MERLIN.
  - 21) **Terapéutica:** Dentición temporaria, mixta y permanente. Aparatología. Casquete y mentonera. Aparatología de Oppenheim para progenie. Frankel. Dr. EDUARDO SUSSMAN. Tracción póstero-anterior, indicaciones: Dr. LUIS ARENA.
  - 22) **Cirugía de progenie.** Servicio de cirugía del AAOM.
  - 23) **Repaso y evaluación.**
  - 24) **Mordida profunda:** Etiopatogenia. Teoría de las rotaciones de Björk. Análisis funcional. Formas clínicas. Dra. SARA F. DE SNEIBRUN.
  - 25) **Mordida cubierta:** Etiopatogenia. Formas clínicas. Terapéutica: en la dentición temporaria, mixta y permanente. Aparatología. Dra. SARA F. DE SNEIBRUN.
  - 26) **Mordida abierta:** Etiopatogenia: Hábitos. Esquelética. Formas clínicas. Dra. HENJA F. DE RAPAPORT.
  - 27) **Terapéutica:** En la dentición temporaria, mixta y permanente. Aparatología. Placas masticantes. Dra. BEATRIZ LEWKOWICZ.
  - 28) **Repaso y evaluación.**
  - 29) **Contención:** El problema de recidiva. Estabilidad de la oclusión. Dr. MIGUEL STRATAS.

### COMISIONES DE TRABAJOS PRACTICOS

**Colaboradores:** Dras. BEATRIZ FRANCIA, NORA KOTLER.  
**Coordinador:** Dra. NORA KOTLER.  
**Arancel: \$ 480.000**

Podrá abonarse en 3 cuotas iguales, la primera en el momento de inscribirse y las otras dos con vencimiento el 10 de mayo y 10 de junio de 1980, todas con un recargo del 10 %.

Curso N° 3

CURSO INTEGRAL DE ORTOPEDIA MAXILAR

— TERCER AÑO —

**Iniciación:** Primera semana de abril.

**Opción:** Días lunes, miércoles o viernes de 8,30 a 11 hs.

**Finalización:** última semana de noviembre.

El curso se desarrollará con práctica en pacientes en la clínica de la institución, pudiéndose optar por alguno de sus tres días de funcionamiento (lunes, miércoles o viernes).

En los trabajos prácticos en pacientes se profundizarán todos los aspectos del diagnóstico, determinación de objetivos, planificación de tratamiento, instalación y manejo de aparatología.

Los inscriptos se obligan a tomar los cursos N° 8 ("Oclusión y ortodoncia"), N° 10 ("Conocimientos básicos gingivo-periodontales para el ortodoncista") y N° 14 ("Cirugía buco-maxilo-facial en el niño y en el adolescente", en la parte correspondiente a "Cirugía y Ortodoncia"), que se dictarán en la institución durante el año en curso.

Asimismo será obligatoria para los cursantes la participación en las reuniones de Ateneo para la discusión de casos clínicos.

En la finalización del curso se tomará un examen de aprovechamiento.

**Coordinadora:** Dra. MARTA FACCHINI.

**Arancel:** \$ 480.000 (incluye el valor de los cursos Nros. 8, 10 y 14).

Podrá abonarse en 3 cuotas iguales, la primera en el momento de inscribirse y las otras dos con vencimiento el 5 de mayo y 5 de junio de 1980, todas con un recargo del 10 %.

Curso N° 4

APARATOLOGIA REMOVIBLE

Dr. ELIAS BESZKIN

**Dictantes invitados:** Dr. MARIO ROZENWURCEL. Dr. JOSE M. BORRELL.

**Colaborador:** Dr. RICARDO PONERANIEC.

**Iniciación:** Lunes, 9 de junio de 21 a 23 horas.

**Duración:** 16 sesiones.

**Finalización:** 6 de octubre.

**Inscriptos:** Máximo, 15; mínimo 10.

- 1) **Introducción:** Dr. ELIAS BESZKIN.
- 2) **Placas activas:** Descripción, construcción y manejo. Indicaciones y diseño de la placa activa de Schwartz. Placas de Planas. Marcha del tratamiento. Dr. ELIAS BESZKIN.
- 3) **Placa de Hetz:** Descripción y distintas etapas en la activación de placa. Plataforma de goma: Descripción, indicaciones y construcción, uso del aparato. Compostura.
- 4) **Benac:** Descripción detallada y manejo del distalador. Indicación y construcción, Dr. MARIO ROSENWURCEL.
- 5) **Activadores:** Concepto sobre aparatología pasiva. Indicaciones, Dr. ELIAS BESZKIN.
- 6) **Activadores:** Construcción de placas y su unión. Desgaste de superficies, guías, demostración de distintos tipos de aparatos, Dr. ELIAS BESZKIN.
- 7) **Bimler:** Descripción, indicaciones y construcción de cada una de las partes del tipo standart, Dr. JOSE MARIA BORRELL.
- 8) **Bimler:** Activación y marcha del tratamiento, Dr. JOSE MARIA BORRELL.
- 9) **Shoenplate:** Dra. SARA SNEIBRUN.
- 10) **Evaluación.**

(\*) Requisitos: Los aspirantes a este curso deben poseer conocimientos básicos de la especialidad, debiendo exhibir para su inscripción los certificados correspondientes.

**Arancel:** \$ 270.000

**Coordinadora:** Dra. SARA RATTI.

Podrá abonarse en 3 cuotas iguales, la primera en el momento de la inscripción y las otras dos con vencimiento el 20 de mayo y 20 de junio de 1980, todas con un recargo del 10 %.

Curso N° 5

ORTODONCIA

— PRIMER AÑO — (Preclínico) —

Dres. LUIS ARENA y SAUL MERLIN

**Iniciación:** Jueves 9 de abril, de 8,30 a 10,30 horas.

**Duración:** 24 sesiones.

**Finalización:** 18 de setiembre.

**Inscriptos:** Máximo 20, mínimo 10.

Principios de aparatología fija. Sus fundamentos. Distintas clases de aparatos fijos. Aparatos con tensión propia. Aparatos sin tensión propia. Aparatos de retención y fijación.

Distintos elementos para tener en cuenta para la construcción de los aparatos ortodóncicos. Bandas y coronas. Brackets. Arcos. Aditamentos auxiliares.

Instrumental usado en ortodoncia. Alicates. Instrumentos auxiliares. Distintos tipos. Propiedades de cada uno de ellos. Material de bandas. Bandas confeccionadas.

Brackets. Condiciones que deben reunir. Distintos tipos. Tubos. Variedades de los mismos. Soldadura. Distintos métodos: a la llama y eléctrico. Adhesión directa. Principios y técnica.

Construcción de arcos. Variedad de los mismos. Arcos linguales, vestibulares, seccionales, independientes, etc.

Resortes. Botones, ganchos y otros elementos auxiliares. Ligaduras de distintos tipos. Bandas anteriores y posteriores. Construcción. Método directo e indirecto. Adaptación. Cementado.

Tracción extraoral. Distintos tipos: alta, media, baja. Casquetes y arcos de tracción. Tracción bimaxilar. Arcos seccionales. Arcos internos.

Tipos de movimiento dentario: a) apertura de espacios; b) cierre de espacios.

Biofísica del movimiento dentario: a) volcamiento; b) paralelo.

Tratamiento de Clase I.

Tratamiento de Clase II, 1ª División.

Tratamiento de Clase II, 2ª División.

Tratamiento de Clase III.

Los inscriptos deberán concurrir provistos del instrumental que se indicará al comenzar el curso.

**Arancel:** \$ 410.000

Podrá abonarse en 3 cuotas iguales, la primera en el momento de la inscripción y las otras dos con vencimiento el 10 de mayo y 10 de junio de 1980, todas con un recargo del 10 %.

Curso N° 6

ORTODONCIA

— SEGUNDO AÑO —

Dres. ELIAS BESZKIN, CATALINA DVORKIN, SAUL MERLIN y MIGUEL STRATAS.

**Colaboradores:** Dres. RUBEN GASTI, ANA MARIA KRIGUER y EDITH LOSOVIZ.

**Iniciación:** Martes 1º de abril, de 8,30 a 11 horas.

**Duración:** 30 sesiones.

**Inscriptos.** Máximo 20, mínimo 10.

## Programas de los Cursos para 1980

Plan de tratamiento. Anamnesis y examen funcional. Estudio de modelos. Estudio cefalométrico.

Fuerzas ligeras. Definición. Esencia de su acción. Diferencias con técnicas convencionales. Histología del movimiento dentario.

Tipos de movimiento dentario. Por volcamiento. En paralelo.

Principios del movimiento. Area de trabajo (utilización de fuerzas intrínsecas y extrínsecas). Area de anclaje.

### Normoclusión

**Clase I:** Tratamiento tipo para la clase I sin extracciones.

**Arco interno:** Principios de acción del arco interno de Mershon. Tipos de cierre. Activación. Resortes auxiliares.

**Clase I:** Tratamiento con extracciones. Aparatología tipo. Casos clínicos con distintas variedades.

**Biprotusión dentaria:** Principios y aparatología para su tratamiento.

### Distoclusión

**Clase II:** Tratamiento sin extracciones. Principios y dispositivos para el tratamiento. Preparación del anclaje mandibular, mecanismo distalador.

Acción de gomas. Tratamiento con extracciones.

**Mordida cubierta:** Dispositivo multiloop para la concreción del sector anterior.

Pasos para alineamiento y elevación de la mordida.

Consolidación del espacio. Torque.

### Mesiooclusión

**Clase III:** Plan de tratamiento de sus variedades.

Mordida progénica forzada.

Falta de desarrollo superior. Progenie auténtica.

Los inscriptos deberán concurrir provistos del instrumental que se indicará al comenzar el curso.

**Arancel: \$ 630.000**

Podrá abonarse en 3 cuotas iguales, la primera en el momento de la inscripción y las otras dos con vencimiento el 20 de abril y 20 de mayo de 1980 todas con un recargo del 10%.

## Curso Nº 7

### ORTODONCIA

— TERCER AÑO —

Dr. LUIS ZIELINSKY

**Colaboradores:** Dres. ISAAC BLEJMAN, HENJA F. de RAPAPORT y SARA SNEIBRUN.

**Iniciación:** Jueves 27 de marzo, de 8.30 a 11 horas.

**Duración:** 30 sesiones.

**Inscriptos:** Máximo 20, mínimo 10.

Etapas del tratamiento.

Terminación de casos.

Criterio de terminación.

Desbandado.

Retención. Principios que la rigen.

Tipos de retención. Aparatología.

Papel del equilibrio oclusal.

Ortodoncia en adultos.

Los inscriptos deberán concurrir provistos del instrumental que se indicará al comenzar el curso.

**Arancel: \$ 699.000**

Podrá abonarse en 3 cuotas iguales, la primera en el momento de la ins-

## Programas de los Cursos para 1980

cripción y las otras dos con vencimiento el 20 de abril y 20 de mayo de 1980, todas con un recargo del 10%.

**Coordinador de los cursos de Ortodoncia:** Dr. SAUL MERLIN.

## Curso Nº 8

### OCCLUSION Y ORTODONCIA

Dr. LUIS ZIELINSKY

**Iniciación:** Jueves 2 de octubre, de 10,45 a 12,45 horas.

**Duración:** 5 sesiones.

**Finalización:** 30 de octubre.

Oclusión, finalidad de un tratamiento ortodóncico.

Evaluación del concepto de oclusión normal.

Rasgos clínicos de la oclusión óptima funcional.

Cinemática mandibular.

Posiciones básicas.

Crítica de la concepción gnatológica.

Test de ortofunción.

Semiología y clínica de los trastornos del sistema estomatognático.

Implicancias en el plan de tratamiento ortodóncico.

Influencia en el problema de la extracción por necesidad ortodóncica.

Ajuste oclusal por tratamiento aparatológico.

Nota: Este curso forma parte del Curso Integral de Tercer año (Curso Nº 3). Quienes deseen tomarlo independientemente deberán hacer efectivo el arancel establecido.

**Arancel: \$ 79.000**

## Curso Nº 9

### CEFALOMETRIA

**Iniciación:** Miércoles 22 de agosto de 8,30 a 11 horas.

**Duración:** 9 sesiones.

**Finalización:** 17 de octubre.

Este curso se halla incluido en el desarrollo del Curso Integral de Primer Año (Curso Nº 1). Quienes deseen tomarlo independientemente, deberán hacer efectivo el arancel correspondiente.

**Arancel: \$ 180.000**

## Curso Nº 10

### CONOCIMIENTOS BASICOS GINGIVO PERIODONTALES PARA EL ORTODONCISTA

Dres. ALBERTO BUSTAMANTE, CARLOS HERRERA, HERIBERTO LAVANDEIRA e ISAAC RAPAPORT (del Grupo de Estudios Periodontales "Fermín A. Carranza")

**Iniciación:** Jueves 21 de agosto, de 10,45 a 12,45 horas.

**Duración:** 6 sesiones.

**Finalización:** 25 de setiembre.

Introducción. Falsos conceptos en relación con la enfermedad periodontal. La periodoncia y su relación con otras disciplinas odontológicas. Breve repaso sobre periodoncio normal.

## Programas de los Cursos para 1980

Etiología, histopatología, signos clínicos y radiográficos de las afecciones periodontales.

Actualización sobre el tratamiento de la enfermedad periodontal. Control de la placa bacteriana. Higiene oral. Tratamiento de la bolsa periodontal.

Oclusión. Conceptos básicos para el práctico general. Oclusión normal. Análisis funcional de la oclusión.

Oclusión y sistema masticatorio. Tratamiento de las disfunciones del sistema masticatorio.

Nota: Este curso forma parte del Curso Integral de Tercer año. Quienes deseen tomarlo independientemente deberán hacer efectivo el arancel establecido.

**Arancel: \$ 110.000**

### Curso Nº 11 PERIODONCIA CLINICA

Dr. ISAAC RAPAPORT.

**Teórico con práctica.**

**Iniciación:** Jueves, 24 de abril, de 8,30 a 10,30 horas.

**Duración:** 10 sesiones.

**Finalización:** 3 de julio.

Enfermedad periodontal. Diagnóstico clínico y radiográfico.

Placa bacteriana: Su visualización. Soluciones revelantes. Higiene bucal. Técnica de cepillado. Utilización de elementos complementarios.

Raspaje y curetaje. Técnicas. Afilado del instrumental. Gingivectomía. Técnicas.

Nota: En cada sesión habrá una breve introducción teórica y posteriormente se trabajará en la clínica.

Durante las dos primeras sesiones se mostrará el instrumental que los cursantes deberán adquirir para trabajar en la clínica. El dictante hará algunas demostraciones.

A partir de la tercera sesión los cursantes harán su práctica sobre pacientes. Se recomienda a los cursantes la provisión de pacientes.

**Arancel: \$ 196.000**

### Curso Nº 12 OPERATORIA DENTAL

Dr. SERGIO LUIS GAMBERG.

**Dictante:** Dr. RICARDO MACCHI.

**Colaboradores:** Dres. ALBERTO BUSTAMANTE, MABEL CAPURRO, ANA MARIA ERAUSQUIN, HERIBERTO LAVANDEIRA y ALCIRA BEIGELIS.

**Ayudante:** HORACIO RABOBICH.

**Teórico.**

**Iniciación:** Viernes 2 de mayo de 11 a 13 horas.

**Duración:** 18 sesiones.

**Finalización:** 3 de octubre.

- 1—Relaciones de la Operatoria Dental con otras disciplinas odontológicas.
  - a) Periodoncia. Periodonto normal. Patología periodontal. Prevención.
  - b) Oclusión. Oclusión normal. Disfunciones de origen oclusal.
  - c) Endodoncia. Diagnóstico del estado de salud pulpar. Materiales dentales y salud pulpar. Obturación del tercio apical y preparación protética del conducto.
- 2—Materiales usados en Operatoria Dental.

## Programas de los Cursos para 1980

a) Protectores dentino-pulpaes. Composición. Funciones. Indicaciones. Manipulación. Obturaciones provisionarias.

b) Amalgamas. Tipos. Manipulación.

c) Acrílicos. Composición. Manipulación.

ch) Composites. Composición. Presente y futuro.

d) Vidrios solubles. Silicato. Lonómero vitreo.

e) Medios de retención adicional. Grabado ácido. Pins. Tornillos intrarradiculares.

f) Materiales para impresiones y modelos.

g) Fundamentos para una evaluación clínica.

3—Procedimientos clínicos en Operatoria Dental.

a) Diagnóstico.

b) Aislamiento del campo operatorio.

c) Restauraciones plásticas. En el sector anterior. En el sector posterior.

ch) Restauraciones rígidas. Incrustaciones terapéuticas. Incrustaciones a perno. Pernos-muñones. Coronas individuales.

**EVALUACION.** Los cursantes deberán cumplimentar un test exploratorio en la iniciación del curso y otro al finalizar. En ambos casos, los tests serán anónimos y su única finalidad será efectuar un análisis del curso desde el punto de vista docente.

**Arancel: \$ 290.000**

### Curso Nº 13

### CURSO INTEGRAL DE PROTESIS FIJA DE PORCELANA

Dres. OMAR RIESGO, ROBERTO IDIART, PEDRO YAMASHIRO, RAUL SUZOKI, DAMIAN D'AGATA, RICARDO CHAIT.  
CENTRO DE ESTUDIOS DE CERAMICA DENTAL.  
CATEDRA DE MATERIALES DENTALES. FACULTAD DE ODONTOLOGIA.

**Técnico:** ROBERTO CAPASSO.

**Fecha de Iniciación:** Martes 15 de abril de 8,30 a 11,30 hs.

1er. AÑO TEORICO - PRACTICO

2do. AÑO TEORICO PRACTICO CON PRACTICA.

**Duración:** 12 Sesiones.

1er. Año (Circuito cerrado de T.V.)

PREPARACION DE LA BOCA. Su importancia.

LOS PILARES PARA LA PROTESIS. (Características).

LA ATM. Consideraciones que se deben tener respecto de ella en una reconstrucción.

TALLADOS. cómo realizarlos, elementos para emplear en los mismos.

CORONAS PROVISORIAS - CARACTERISTICAS DE LAS MISMAS.

IMPRESIONES: Diferentes técnicas.

PREPARACION DE LOS MODELOS.

RELACIONES INTERMAXILARES.

PORCELANA PURA (Aluminosa) color.

(Se desarrollará toda la técnica respecto de ella).

PORCELANA COCIDA SOBRE METAL.

EL METAL: Sus características.

ALEACIONES PRECIOSAS Y NO PRECIOSAS, PARA SER REVESTIDAS CON PORCELANA. (Desarrollo de toda la técnica).

COMBINACION DE PROTESIS FIJA. Cerámica con removible en Cromocobalto. (Ataches equipose).

TECNICA DE MC. CRACKEN. APPLGAFE.

## Programas de los Cursos para 1980

TINTES. TERMINACION DE LA PORCELANA COCIDA SOBRE METAL Y DE LA REMOVIBLE. REMONTA.  
CORROSION: SOLDADURAS PRE Y POST CERAMICA.  
MONTAJE EN ARTICULADORES. NOCIONES BASICAS SOBRE OCLUSION.  
2do. AÑO: LOS CURSANTES EFECTUARAN CORONAS Y PUENTES EN BOCA, APLICANDO LO ENSEÑADO EN EL 1er. AÑO.

Arancel: \$ 196.000

### Curso Nº 14

## CURSO INTEGRAL DE ODONTOPEDIATRIA

#### Teórico.

**Iniciación:** viernes 2 de mayo, de 10.30 a 12.30 horas.

**Duración:** 14 ó 16 sesiones.

**Finalización:** 22 de agosto.

- 1) Situación odontopediátrica, Dra. MALARET.
- 2) Preparación del niño para las distintas intervenciones. Manejo de la conducta, Dra. MALARET.
- 3) Odon ología preventiva. Niveles de aplicación clínica, Dra. ROSALINDA VARVERI. (1ra. parte).
- 4) Placa bacteriana. Aspectos clínicos en previsión de caries. Dra. ROSALINDA VARVERI.
- 5) Diagnóstico clínico en odontopediatría, tejidos duros y blandos. Importancia del 1er. molar permanente, Dra. MARTA GOLDIN.
- 6) Contribución radiológica en odontopediatría. Alteraciones en la erupción dental, Dr. MARIO TORRES.
- 7) Enfermedad periodontal en niños y adolescentes, I parte, Dr. JOAQUIN ORLANDO.
- 8) Enfermedad periodontal en niños y adolescentes, II parte, Dr. JOAQUIN ORLANDO.
- 9) Operatoria dental, I parte, Dra. SILVIA BRUGNEROTTO.
- 10) Operatoria dental, II parte, Dra. SUSANA REBOIRAS.
- 11) Tratamientos pulpares, Dr. ERNESTO GARCIA.
- 12) Tratamientos conservadores de la vitalidad pulpar en dentición permanente. Diagnóstico pulpar y periapical, Dr. JUAN MEER.
- 13) Factores musculares predisponentes de maloclusiones, Dra. HENJA F. DE RAPAPORT.
- 14) Prevención de maloclusiones, Dra. BEATRIZ LEWKOWICZ. Evaluación conjunta del curso.

**Coordinadoras:** Dras. MARTA GOLDIN y GRACIELA LIBONATTI.

Arancel: \$ 196.000

### Curso Nº 15

## CIRUGIA BUCO - MAXILO - FACIAL EN EL NIÑO Y EN EL ADOLESCENTE

Dres. ALFREDO F. ALVAREZ (coordinador), NESTOR J. BLANCO, ANGELA L. SMERILLI y MARIO D. TORRES.

**Jefe de Clínica:** Dr. RAFAEL O. CINI.

#### Teórico-práctico.

**Iniciación:** Jueves 23 de agosto, de 10.45 a 12.45 horas.

**Duración:** 12 sesiones.

**Parte teórica:** jueves de 10.45 a 12.45 horas.

# fulleilina

## AMOXICILINA SINTYAL

Antibiótico sin riesgos  
en cualquier edad,  
cubre los procesos  
infecciosos mas comunes,  
activo contra  
gérmenes  
gram (+) y  
gram (-)



#### INDICACIONES:

ANTIBIOTICO BACTERICIDA ACTIVO SOBRE GERMESES GRAM (+) Y GRAM (-), EN INFECCIONES TANTO AGUDAS COMO CRONICAS: otitis, sinusitis, rino faringitis, faringitis, amigdalitis, anginas, laringotraqueitis, bronquitis, fiebre tifoidea y paratifoidea, brucelosis, infecciones hepato biliares bacterianas, infecciones renales y de las vias urinarias, gonorrea, procesos infecciosos de piel y tejido celular como forúnculos, acné, hidrosadenitis, abscesos y como preventivo de complicaciones en el sarampión, coqueluche, gripe, etc.

#### COMPOSICION:

FULLCILINA PEDIATRICA se presenta en frascos conteniendo polvo para preparar 60 ml de suspensión que contiene 125 mg, 250 mg y 500 mg cada 2,5 ml, 5 ml y 10 ml, respectivamente, de Amoxicilina Trihidrato (equivalente a Amoxicilina Base) y en cápsulas conteniendo 250 mg y 500 mg de Amoxicilina Trihidrato (equivalente a Amoxicilina Base).



sólo 3  
tomas al día

#### POSOLOGIA:

FULLCILINA PEDIATRICA 125 mg a 500 mg: cada 8 horas.  
FULLCILINA 250 mg y 500 mg: 1 cápsula cada 8 horas.

#### PRESENTACION:

FULLCILINA PEDIATRICA: frasco con polvo para preparar 60 ml de suspensión, acompañado de un envase dosificador.  
FULLCILINA 250 mg: envase conteniendo 16 cápsulas.  
FULLCILINA 500 mg: envase conteniendo 8 cápsulas.



El antibiótico bactericida con la mayor tolerancia menor  
C.I.M. y nula toxicidad. DL<sub>50</sub> = 5.000 mg/kg

## Programas de los Cursos para 1980

**Farte práctica:** martes, miércoles o sábados de 9.30 a 11.30 horas (opcional).  
**Finalización:** 6 de noviembre.

### **CIRUGIA BUCO-MAXILO-FACIAL:** alcances.

Hábitos quirúrgico, semiológico y preventivo: técnicas y tácticas.

El niño y el adolescente como pacientes quirúrgicos.

Interacción multidisciplinaria (odontológica y médica).

**Métodos de diagnóstico:** Interrogatorio, examen del enfermo, análisis clínicos, radiología, biopsia, citología exfoliativa, bacterioscopía, antibiograma. Otros métodos.

**Historia clínica:** integración, seguimiento. Registros: evaluación de datos.

**Pre y postoperatorio:** farmacología del dolor, de la inflamación y de la infección.

**Anestesia:** tópica, local, regional y general. Indicações. Fármacos. Técnicas. Premedicación. Accidentes y complicaciones.

**Exodoncia:** recursos adicionales: alveolectomía y odontosección. Instrumental. Elevadores. Accidentes y complicaciones.

**Hemostasia:** factores extravasculares, vasculares e intravasculares. El proceso de coagulación. Cirugía bucal en portadores de hemopatías.

**Cirugía radicular:** apicectomía, radectomía, sellado con amalgama.

**Infecciones piógenas máxilo-faciales:** tratamiento quirúrgico, extraquirúrgico y combinado.

**Traumatología máxilo-facial:** Fracturas dentarias y alvéolodentarias. Reimplante. Fractura de la mandíbula y del tercio medio de la cara. Procedimientos incruentos y cruentos.

Problemas específicos en traumatología bucal pediátrica: dientes y gérmenes en trazos de fractura; fracturas condíleas: prevención y seguimiento.

### **Patología sinusal y parasinusal**

**Tumores blastomatosos y no blastomatosos:** Incidencia. Tratamiento.

**Fisuras labio-alvéolo-palatinas:** Orientación terapéutica. Oportunidad. Interacción multidisciplinaria.

### **Cirugía y Ortodoncia**

**Patología de la erupción dentaria:** dientes no erupcionados y retenidos. Tácticas: ortodoncia, liberación, ortodoncia quirúrgica, trasplante, extracción. Prevención de dilaceraciones.

**Obstáculos para la erupción:** dientes supernumerarios, odontomas, quiste, tumores. Gingivitis hiperplásicas. Frenillos y bridas. Lengua.

**Desarmonías morfofuncionales:** progenie, pronasia, retrusión y protrusión superior e inferior, laterodesviación, asimetría facial, mordida abierta. Otras alteraciones.

Interacción ortopédico-protético-quirúrgica.

**Arancel: \$ 289.000**

## Programas de los Cursos para 1980

### Curso N° 16

## EXODONCIA, USO DE ELEVADORES

**Coordinador:** Dr. MARIO D. TORRES.

**Jefes de Clínica:** Dres. JORGE AIMONE y OSCAR MARTINEZ GARZA.

**Teórico con práctica.**

**Iniciación:** Miércoles 9 de abril, de 8.30 a 11.30 horas.

**Duración:** 10 sesiones.

**Finalización:** 11 de junio.

**Inscriptos:** Máximo 12, mínimo 6.

Historia clínica. Examen radiográfico.

Instrumental quirúrgico. Esterilización.

Anestesia. Fármacos. Técnica.

Extracción dentaria. Técnica quirúrgica.

Recursos adicionales: alveolectomía y odontosección.

Toilette de la herida. Síntesis de los tejidos.

Elevadores. Tipos. Principios en que se sustentan.

Elección y aplicación del elevador.

Incisiones y colgajos.

Extracción de dientes retenidos.

Exodoncia con vistas a prótesis. Exodoncia para prótesis inmediata.

El postoperatorio.

Accidentes y complicaciones en exodoncia.

Los dictantes realizarán demostraciones prácticas y los cursantes ayudarán a operar según lo estimen los dictantes. Los cursantes aportarán pacientes para su atención.

Es imprescindible la concurrencia con ambo de guardia o guardapolvo cerrado con gorro o cofia.

En la última sesión se efectuará una prueba de evaluación.

**Arancel: \$ 244.000**

Se podrá abonar en 2 cuotas iguales, la primera en el momento de la inscripción y la otra, con vencimiento el 10 de mayo de 1980, con un recargo del 10 %.

### Curso N° 17

## CIRUGIA RADICULAR

**Dr. NESTOR J. BLANCO** (coordinador.)

**Jefa de Clínica:** Dra. ELSA RIZZO.

**Teórico-práctico.**

**Iniciación:** Lunes 1° de setiembre, de 9 a 11 horas.

**Duración:** 4 sesiones (más una sesión práctica, que se dictará en día sábado).

**Finalización:** 22 de setiembre.

Cirugía y endodoncia.

Estudio clínico y radiográfico.

## Programas de los Cursos para 1980

Apicectomía.  
Sellado radicular con amalgama.  
Radectomía.  
Indicaciones y contraindicaciones.  
Seguimiento. Complicaciones.

**Arancel: \$ 84.000**

### Curso Nº 18

## PATOLOGIA QUIRÚRGICA DEL SENO MAXILAR

Dres. MARIO D. TORRES (coordinador) y ANGELA SMERILLI.

**Jefe de Clínica:** Dr. CARLOS GUBERMAN.

**Teórico-práctico.**

**Iniciación:** Sábado 3 de mayo, de 10 a 12 horas.

**Duración:** 4 sesiones.

**Finalización:** 24 de mayo.

**Inscriptos:** Máximo 12, mínimo 6.

Seno maxilar: anatomía y fisiología.  
Patología sinusal. Estudio clínico y radiográfico.  
Sinusitis. Tumores. Traumatismos.  
Comunicación buco-antral.  
Tratamientos quirúrgico, extraquirúrgico y combinado.  
Seguimiento.

**Arancel: \$ 85.000**

### Curso Nº 19

## EMERGENCIAS MEDICAS EN ODONTOLOGIA

Dr. NESTOR G. CHUDNOVSKY (médico del Hospital-Escuela Gral. San Martín - 1ª Cátedra de Clínica Médica).

**Teórico.**

**Iniciación:** Lunes 5 de mayo, de 21 a 23 horas.

**Duración:** 3 sesiones.

**Finalización:** 19 de mayo.

**Inscriptos:** máximo ilimitado.

Aspectos médicos. Planteo general.  
Detención cardio-respiratoria: reanimación. Paro cardíaco, paro respiratorio y paro cardio-respiratorio. Diagnóstico y tratamiento.  
Reacciones adversas por drogas.  
Crisis vasculares y respiratorias.  
Emergencias metabólicas. Diabetes.  
Emergencias respiratorias. Asma bronquial.

## Programas de los Cursos para 1980

Emergencias neurológicas. Crisis convulsivas.  
**Historia clínica básica**

**Arancel: \$ 36.000**

### Curso Nº 20

## CIRUGIA EN PROTESIS ODONTOLOGICA

**Dictantes:** Dres. ALFREDO FERMIN ALVAREZ, NESTOR J. BLANCO y MARIO DANIEL TORRES.

**Jefe de Clínica:** Dr. JORGE GARCIA.

**Teórico-práctico:** 4 sesiones.

Días martes de 9 a 11 hs.

**Iniciación:** 17 de junio.

**Finalización:** 8 de julio.

**Inscriptos:** mínimo 6; máximo 12.

**Temario:**

**Cirugía sobre tejidos duros:**

- alveolectomía estabilizadora y correctora
- torus palatino y mandibular.
- línea oblicua interna.
- apófisis geni.
- exostosis.
- tuberosidad ósea.

**Cirugía sobre tejidos blandos:**

- hiperplasias por prótesis desadaptadas.
- frenillos y bridas.
- tuberosidad fibrosa.
- vestibulo plastias.

**Arancel: \$ 84.000**

**Prótesis inmediata:** principios quirúrgicos

**Injertos.**

**Prótesis fija:** ayudas quirúrgicas.

# Programa que se Dictará en la Ciudad de Rosario

## CURSO INTEGRAL DE ORTOPEDIA MAXILAR

### TEORICO-PRACTICO

**DURACION:** 2 años

#### PROGRAMA DEL PRIMER AÑO

**Iniciación:** 18 de abril y se desarrollará todos los 3os. viernes y sábados de cada mes.

**Teórico:** viernes, de 21 a 23 horas y sábados de 14 a 17 horas.

**Práctico:** sábados, de 9 a 12 horas. Se realizará en la clínica de la Institución.

**Finalización:** 15 de noviembre de 1980.

#### ELEMENTOS DE DIAGNOSTICO Y PLANEAMIENTO DEL TRATAMIENTO

Metodología

Tipos de tratamiento

Examen clínico y de los factores etiopatogénicos

Estudios de modelos

Examen radiográfico.

Drs: BEATRIZ FRANCIA y GOLDA GROSMAN

#### ENTIDADES CLINICAS

Disrelación hueso-diente

Distoclusión

Mesioclusión

Mordida abierta

Mordida profunda. Mordida cubierta.

Objetivos y condicionantes del tratamiento

Drs.: BEATRIZ LEWKOWICZ - LUIS ARENA y HENJA RAPAPORT.

#### DIAGNOSTICO CEFALOMETRICO

Puntos y Planos

Análisis de la relación de los maxilares en sentido antero-posterior

Análisis de los maxilares en sentido vertical.

Evaluación de la dirección del crecimiento

Perfil incisivo superior e inferior con respecto al perfil.

Perfil incisivo superior e inferior con respecto a la 2da. basal.

Conclusiones clínicas.

#### APARATOLOGIA

Activadores

Placas activas

Placas con superficies triturantes de goma

Placas de Planas

El distalador de Benac

#### ODONTOPEDIATRIA

Situación odontopediátrica

Preparación del niño para las distintas intervenciones

Manejo de la conducta

Contribución radiológica en odontopediatría

Operatoria dental en el sector anterior primario

Operatoria dental en el sector posterior primario

Tratamientos pulpares en detención primaria

Tratamientos conservadores de la vitalidad pulpar en dentición permanente

Diagnóstico pulpar y periapical.

Prótesis en el niño.

Que dictarán los doctores E. GARCIA, DIANA KAPLAN, MARTA GOLDIN y HENJA RAPAPORT

La fecha se confirmará.

#### CURSO DE ORTODONCIA

Teórico-Práctico.

Fundamento, diseño y aparatología.

Se realizará los 1ros. fines de semana, por docentes del Ateneo.

**EL ATENEO ARGENTINO DE ORTOPE-  
DIA MAXILAR agradece la valiosa parti-  
cipación de disertantes y colaboradores  
en el dictado de estos cursos.**

## ARTICULOS PARA ODONTOLOGIA

**MATERIALES DENTALES**  
**EQUIPOS DENTALES**  
**EQUIPOS DE RAYOS**  
**MICROMOTORES-TURBINAS**

SERGIO TRAJTEMBERG  
CAMARONES 1519 - 6º B  
T. E. 773-3357 772-9492

## TELERRADIOGRAFIA

CEFALOGRAMA DE WYLIE

CEFALOGRAMA DE STEINER

CEFALOGRAMA DE DOWNS

CEFALOGRAMA DE SCHWARZ



ANCHORENA 1176

821-7349

Solicitar turno de lunes a sábado de 8 a 14 hs.

# 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

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

## NOVEDADES

### ANATOMIA PATOLOGICA BUCAL

Por Rómulo L. Cabrini y colaboradores

Se ha volcado en este libro una larga experiencia docente, resultado de más de 15 cursos dados en la materia en la Cátedra de Anatomía Patológica de la Facultad de Odontología de Buenos Aires. Se aparta en muchos aspectos en lo convencional y por lo tanto pretenden llenar un lugar dentro de los textos necesarios en las Facultades de Odontología.

### MOVIMIENTOS DENTARIOS MENORES EN NIÑOS

2da. edición, por Joseph M. Sim

A través de esta nueva edición, ampliada y actualizada, el estudiante de odontología puede comprender a través de las experiencias clínicas y de laboratorio el tratamiento de cada paciente como un patrón de sucesos que pueden ser controlados y dirigidos.

### COMO ENCARAR EL DISEÑO EN PROTESIS PARCIAL REMOVIBLE -

Manual de consulta, por  
Jorge I. Macagno

Los diseños que se presentan para tratar de solucionar los distintos casos que el estudiante y el odontólogo pueden encontrar en el ejercicio de su profesión, mostrando las diversas posibilidades que se le brindan mediante el conocimiento y correcta aplicación de los elementos protéticos. Con 493 ilustraciones originales.

### ODONTOLOGIA PEDIATRICA

Por Samuel Leyt

Agotada la edición de "Temas de odontología pediátrica", el autor ha actualizado y ampliado los problemas de mayor interés práctico para el odontólogo que atiende niños, en este nuevo e importante aporte a la bibliografía de la materia profusamente ilustrado.

### DISTRIBUIDOR EXCLUSIVO PARA ARGENTINA Y URUGUAY DE LAS EDICIONES EN ESPAÑOL

De Quintessence Publishing Co.

MORFOLOGIA OCLUSAL - Celenza.

APRENDIZAJE METODICO DEL MODE LADO OCLUSAL - Gröndler.

QUISTE MAXILARES - Harnisch.

TRABAJO EN EQUIPO EN LA PRACTICA ODONTOLOGICA - Fritz Schön.

ATLAS DE TALLADOS PARA CORONAS - Shillingburg, Hobo y Fischer.

ENDODONCIA SISTEMATICA - Shoji.

CONTROL DEL DOLOR - Norman Trieger.

PROTESIS PARA DESDENTADOS - Uhlig.

FUNDAMENTOS DE PROSTODONCIA FIJA - Shillingburg, Hobo y Whitsett.

FUNDAMENTOS CLINICOS PRACTICOS DEL TRATAMIENTO PERIODONTAL - Chaikin.

Y de la Revista mensual de Odontología Clínica "QUINTAESENCIA" - EDICION ESPAÑOLA

Paraguay 2100  
Buenos Aires

Tel. 83-9663/9339  
Argentina

# Informaciones

De la Confederación  
Odontológica de la  
República Argentina

**CAMBIO DE AUTORIDADES.** Ha quedado constituido el nuevo Comité Ejecutivo de la C.O.R.A. Fueron electos: Presidente, Dr. Roberto H. Lemme; Vicepresidente, Dr. Héctor H. Ahumada; Secretario, Dr. Horacio A. Maggiori; Tesorero, Dr. Efraín S. Gómez; Prosecretario, Dr. Salomón Nallar; Vocales, Dres. Omar G. Oxilia, Héctor Maddalena, Alberto C. Villani y Carlos A. Navarro Nieto.

Así ha terminado la brillante gestión presidencial del Dr. Ariel O. Gómez, quien ha desarrollado una tarea de relevantes perfiles en el progreso de la institución que, precisamente, en este año ha cumplido sus cincuenta años de existencia.

Transcribimos a continuación la primera manifestación pública del nuevo Presidente, Dr. Roberto H. Lemme, pronunciada en el acto inaugural del "Primer Encuentro de Prevención y Educación para la Salud", organizado por el Círculo Argentino de Odontología, el 6 de diciembre de 1979.

En este ámbito que me trae preciados recuerdos, con profunda satisfacción, tengo el agrado de dirigirme a ustedes en nombre de la Confederación Odontológica de la República Argentina, en este Primer Encuentro de Prevención y Educación para la Salud. Y ella es nutrida por distintas motivaciones, como son: la importancia de que una institución como el Círculo Argentino de Odontología, a través de su Escuela respectiva, ha tenido la visión de organizarlo. El nivel de los demostradores, la riqueza de los temas a tratar, la conjunción de Autoridades Nacionales, Universitarias, Dirigentes de Instituciones y los Colegas que desde distintas latitudes se han dado cita en la Ciudad de Buenos Aires.

La C.O.R.A. ha tenido un permanente interés en este

capítulo, y es así que le ha dado, a través de su Comité Ejecutivo, a la Comisión de Educación para la Salud un carácter nacional para permitir la participación de todas las entidades con un sentido federativo e integrador.

Historiando, desde del año 1973, la C.O.R.A. trabaja en la Educación para la salud con una labor docente a través de Cursos, Seminarios y Reuniones de trabajo para Odontólogos. Organizó los Congresos 1.3.1. en 1974, cuyos temas principales abarcaron estos conceptos, así como el 2.4.2. en 1976 y también el reciente Congreso de FOLA/ORAL en junio del corriente año.

Además, elabora material didáctico. Participa en Congresos, Jornadas, Reuniones de Trabajo. Publica en el órgano oficial de la Confe-

deración, la revista Salud Bucal, nutrido material, trabajos y documentos. Realiza labor de investigación en Escuelas y Centros deportivos. Efectúa una tarea de asesoramiento e intercambio institucional, donde se coordinan reuniones en el nivel de entidades en el orden nacional. Recopila información actualizada sobre los distintos aspectos de fluorización y hace una evaluación periódica de la labor realizada.

Hecha esta presentación a grandes rasgos, que realiza la CORA en esta área, demostrando la prioridad que le asigna, entiendo que debemos referirnos a los distintos factores que crean la difícil problemática de la prevención y educación.

En 1975 se estimó que la población de América latina y el Caribe, era de aproximadamente 325 millones, ci-

fra que se espera se duplicará para fines del presente siglo; por otra parte se ha registrado una transformación en la distribución urbano-rural de la población, con una marcada migración hacia los centros urbanos, lo que requerirá un prolijo estudio de los sistemas para poner en ejecución.

Sigue siendo una preocupación de las autoridades, y así también lo afirma la O.P.S., la extensión de la cobertura de los servicios de salud, en especial los orientados hacia la atención primaria, y se ha venido insistiendo en que dicha atención para que obtenga éxito depende de la máxima participación de la comunidad.

Se debe procurar que los habitantes de las comunidades participen en la solución de los problemas para lograr la aceptación y el interés de los usuarios y obtener un apoyo directo y su intervención en esas actividades.

Por lo tanto, en la A.P.S. hay que sumarle la participación de la comunidad, la tecnología apropiada, la programación intersectorial, el trabajo en equipo y adaptarla a las necesidades locales, procurando poder lograr un servicio integral de salud.

Por otra parte, tanto la O.P.S. como la O.M.S. han establecido como meta "salud para todos en el año 2000". Pero esto no hay que tomarlo como un simple "slogan".

Lograr este objetivo es una tarea mancomunada que, no sólo en el nivel nacional sino que en este mundo en desarrollo, debemos procurar una verdadera participación entre todos los países en vías del mismo.

Así como la O.M.S. rápi-

damente adoptó como política la Cooperación Técnica entre Países en Desarrollo (C.T.P.D.), las dificultades con que trabaja actualmente la economía mundial, hacen aún más necesario que los países en desarrollo elaboren estrategias basadas en una mayor confianza nacional colectiva hacia los organismos internacionales.

Haremos también una referencia a la Salud Ambiental, ya que en 1978 se calculó para América latina y el Caribe, que tan sólo el 61 % de la población total estaba abastecida de agua mediante conexiones domiciliarias o tenían acceso a ella.

Hay que desarrollar un programa activo en esta área que incluye el abastecimiento de agua potable, control de la contaminación de la misma y la fluoración de las aguas con normas basadas en la calidad y continuidad.

Destaquemos que en las zonas rurales el abastecimiento es mucho más deficitario que en las ciudades.

De esto surge por qué la década (1981-1990) ha sido declarada "Década Internacional de las Naciones Unidas para el Abastecimiento de Agua Potable", como dato, podemos destacar que representantes de la O.P.S. participaron en una reunión regional de Latinoamérica por la CEPAL, sobre el plan de Acción de la conferencia de las Naciones Unidas, sobre Abastecimiento de Agua (Mar del Plata, mayo 1977).

Así vemos que cada vez se concede mayor atención al establecimiento de vínculos entre el abastecimiento de agua, saneamiento y la O.P.S.

Por lo tanto, la A.P. es la asistencia básica ofrecida

por personal de salud en la comunidad, pero la definición de la O.M.S. pone también énfasis en los aspectos de prevención.

Y es así señores, que debemos procurar que en la puerta de entrada de la A.P. deba incorporarse, como a cualquier plan de salud que se precie de serlo, la prevención, procurando una mayor cobertura, merced a la planificación y utilización de las inversiones, mejorando la calidad de las prestaciones. con el asesoramiento de las instituciones profesionales, que gran experiencia tienen en el problema, y garantizan así su funcionamiento llevando la atención lo más cerca posible del lugar donde residen y trabajan las personas, ya que constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

Debemos paralelamente formar odontólogos con una conciencia humanística y preventiva, dejando atrás arcaicas prácticas mutilantes y otras eminentemente curativas.

Hay que motivar el rol que debe desempeñar el colega para que prime en él una actitud preventiva, con una adecuada formación científica y transferir esta mentalidad a la comunidad.

Entramos en una nueva década y no podemos seguir "navegando en la niebla", hay quienes tienen miedo a la prevención porque egoístamente creen que pueden perder trabajo, y debemos afirmar categóricamente que la misma modificará, sí, el ejercicio profesional, pero aumentará la demanda de atención.

Prueba de ello son las estadísticas vertidas por el Dr. Charon, Presidente de

Honor del último Congreso de la F.D.I. efectuado en París, en la cual se destaca como referencia que en Francia entre los años 1959 a 1978, la población aumentó en un 17 % y los odontólogos en un 105 %, y que en el año 1901 sobre 38 millones de habitantes, existían 1788 odontólogos, y en 1978 sobre 53 millones,

30.000 odontólogos. Y a pesar de ello, afirman que la práctica de la prevención aumentará el desarrollo de la profesión. Para finalizar, señores, a toda esta problemática debemos manifestar: para que exista salud bucal, debemos poseer recursos económicos suficientes, pero que un Plan de Salud no puede erróneamente en-

rrárselo simplemente en una fórmula algebraica, ya que a mayor inversión en prevención, menor gasto en enfermedad. Por ello procuremos no estar sujetos a la incertidumbre de que las matemáticas regulen el futuro de la odontología, porque el futuro lo debemos construir nosotros, teniendo como postulados la prevención y la Educación para la Salud.

# FOCIBA

FEDERACION  
ODONTOLOGICA DE  
LA CIUDAD DE  
BUENOS AIRES

banos de la Pvcia. de Bs. As.,  
F.E.M.E.R.I.C.A.; con arancel  
del I.N.O.S.; IOMA, Petroquí-  
mica Gral. Mosconi, I.S.S.A.  
R.A., Marina Mercante.

— Plus por cada otra entidad  
primaria federada a la que  
pertenezca el solicitante:  
\$ 4.000 diarios.

— Socio de una entidad pri-  
maria federada no inscrip-  
to en la lista de trabajo:  
\$ 4.000 diarios.

SUBSIDIO POR  
INCAPACIDAD  
TRANSITORIA O  
FALLECIMIENTO

FALLECIMIENTO

— Odontólogo de la lista de  
trabajo socio de una o  
más entidades primarias  
federadas: \$ 320.000.

INCAPACIDAD  
TRANSITORIA

— Odontólogos de la Lista de  
Trabajo, socios de una en-  
tidad primaria federada:  
\$ 8.000 diarios.

— Odontólogo socio de una  
o más entidades primarias  
federadas no inscripto en  
la Lista de Trabajo: pesos  
80.000.

# FEDERACION DENTAL INTERNACIONAL

Recomen  
daciones  
para las

Técnicas  
radiográficas  
dentales

## COMISION DE MATERIALES, INSTRUMENTOS, EQUIPO Y TERAPEUTICOS DENTALES (COMIET), VERSION ESPAÑOLA.

Como ninguna radiación con rayos x está biológicamente indicada, la Comisión recomienda se limiten las radiografías de diagnóstico a aquellos casos en los que el odontólogo espera tener la posibilidad de obtener una información que contribuirá materialmente a la formulación de un diagnóstico correcto y a la prevención de la enfermedad, y que, por lo tanto, los beneficios conseguidos sobrepasarán todo daño debido a la radiación.

La Comisión recomienda las siguientes reglas que se deberán seguir en la práctica radiográfica dental:

1. Uso del juicio profesional para determinar la frecuencia y extensión de cada examen radiográfico. Determinar el número de exposiciones requeridas en el examen radiográfico. Determinar el número de exposiciones requeridas en el examen radiográfico, que se justifican en función de la cantidad prevista de infor-

mación por obtener que se utilizará en el diagnóstico.

2. Uso de película radiográfica de la más alta velocidad disponible.

3. Restricción del haz útil de radiación de modo que la superficie del tejido (y el volumen) expuesta en cada película no exceda el área mínima cubierta consistente con el cumplimiento de los requisitos del diagnóstico y la posibilidad clínica. Cuando se usa un aparato de rayos x colimados cilíndricamente, el haz circular que choca con la cara no debe ser de más de 6 cm, y nunca exceder los 7 cm, de diámetro. Es preferible una mayor restricción del haz para reducir la radiación, y se la puede lograr mediante una colimación rectangular.

4. Asegurarse que el aparato de rayos x contenga una filtración mínima total de 1,5 mm de equivalente de aluminio, ubicado en el haz útil tan cerca de la fuente

(punto focal) del tubo como sea posible. La energía del haz de rayos x primarios debe ser seleccionada por su capacidad de satisfacer los requisitos de contraste en la imagen con la menor exposición posible a los rayos x.

5. Uso exclusivo de conos de extremos abiertos para reducir la dispersión de la radiación. Además, cuando se usa la técnica de largos conos, se obtiene una reducción significativa en la exposición. Toda dispersión de radiación debe ser eliminada o contenida, excepto la ocasionada al pasar los rayos x a través de los tejidos para alcanzar la película.

6. Exposición correcta de la película radiográfica. Una sobreexposición corregida mediante un revelado insuficiente somete al paciente y al personal a una radiación innecesaria.

7. Regulación de los niveles para cada película, de modo de usar la menor cantidad de radiación necesaria para producir densidad y contraste de imagen. Se debe extender lo suficiente el revelado de la imagen como para lograr la mayor respuesta a las diferencias de exposición a los rayos x, sin llegar a velar la imagen químicamente en forma significativa.

8. Uso de delantales emplomados sobre niños y todos aquellos pacientes incluidos en el grupo de edad reproductora, como condición adicional a la prevención de la radiación a las gónadas.

9. Uso de la porta-películas, papel para mordida, y otros métodos para colocar la película durante la exposición. Ni el odontólogo ni el asistente deben jamás sostener la película en su sitio en lugar del paciente.

10. La instalación dental debe ser hecha de tal manera que el operador pueda permanecer fuera del haz de radiación, por lo menos a 2 metros del tubo y del paciente. Si el volumen de trabajo es de más de 30 mA minutos por semana se puede requerir el uso de una pantalla bien protegida.

11. Encargar que se haga una inspección periódica de la protección contra la radiación en el consultorio, de modo que se puedan tomar las medidas necesarias para proteger la salud radiológica de todo el personal expuesto en todo momento.

12. Continuación de la educación en radiología, así como en otras áreas de la práctica dental.

Fundamentalmente, la decisión del uso de la radiografía en el diagnóstico depende del juicio profesional sobre su necesidad para beneficio de la salud total del paciente. Una vez que se ha tomado esta decisión, es el deber de todo radiólogo dental el producir una cantidad máxima de información por unidad de exposición a los rayos x.

# Atención de Pacientes en las Clínicas del Ateneo Argentino de Ortopedia Maxilar

## ORTOPEDIA:

Martes, jueves y sábados de 8,30 a 11,30 horas.

## ORTODONCIA:

Lunes, miércoles y viernes de 8,30 a 11,30 horas.

## ODONTOPEDIATRIA:

Lunes, miércoles y viernes de 8,30 a 11,30 horas.

## CIRUGIA:

Martes, jueves y sábados de 8,30 a 10 horas.

## OTRAS ESPECIALIDADES:

Consultar horarios.

## En la filial Rosario

Sábados de 8:30 a 11,30 horas.

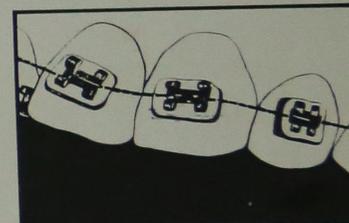
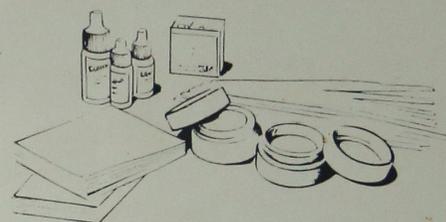
MITRE 469 - Rosario



EFICIENTE Y DURADERO SISTEMA DE RETENCION

# Concise

## ORTHODONTIC BOND SYSTEM



Tratamiento previo con sistema de adhesión al esmalte para fijación de brackets.

- Elimina la necesidad de bandas
- Provee la retención más segura
- Evita la descalcificación del esmalte
- Los arcos pueden ser colocados 10 minutos después de fijado el bracket.
- Un sistema rápido, fácil de usar y económico.

DISTRIBUYE  
AL POR MAYOR



**BUENOS AIRES DENTAL S.A.C.I.**

PASTEUR 777 - (1028) BUENOS AIRES - TEL. 48-6771/8543



**LABORATORIOS RIKER S.A.**  
División Productos Dentales

AVDA. DEL TRABAJO 5820 - (1439) BUENOS AIRES - TEL. 68-3136/3234/9401

AL SERVICIO DE LA ODONTOLOGIA

Vale más  
prevenir que curar...

y en prevención  
**BERNABO**  
tiene mucho que decir.

**PLAC-OUT**

GLUCONATO DE CLORHEXIDINE

Inhibe la Formación de la Placa Bacteriana

**LE TRIDENT**

MONOFLUORFOSFATO DE SODIO / N-LAURIL SARCOGINATO DE SODIO

Profilaxis de las Caries  
y de la Hipersensibilidad Dentinaria

DEPARTAMENTO ODONTOLÓGICO  
Laboratorios BERNABO

