



R.A.A.O.
Revista del Ateneo Argentino de Odontología

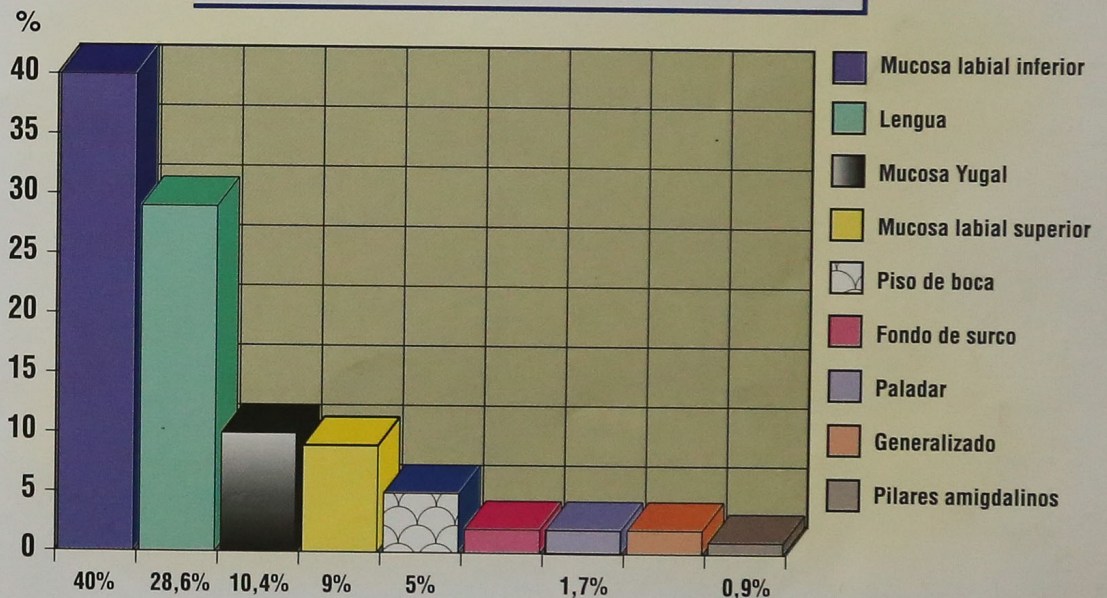
Editorial

Proyecto innovativo de Educación para la Salud Bucal

Reporte de un caso clínico utilizando expansión rápida del maxilar. Generalidades

Diagnóstico de Adenocarcinoma a partir del pedido de extracción de un molar

Localización de Aftas



Estudio Clínico epidemiológico en aftas recidivantes bucales

Monitoreo del Tratamiento Ortodóncico, modelo biológico y mecánico de la oclusión

Correo de Lectores

Libros y Publicaciones

BIBLIOTECA A.A.
HEMEROTECA
N° UBICACION: 033
FECHA: 65



PRESENTAMOS EL NUEVO ORAL-B® SATINFLOSS®

encias acariciadas por el satín, la boca refrescada con
rízante sabor a menta. Es cierto, aunque no lo crea
mos hablando de Hilos Dentales. Presentamos el
vo SATINFLOSS® de Oral-B®. Cada hebra del SATINFLOSS®
e la fortaleza y resistencia al deshilachamiento del
co conjunto de filamentos con una lujosa suavidad y
losivo sabor a menta fresca.

Quizás es por eso por lo que los pacientes prefieren usar
nuestro SATINFLOSS®. Permita que sus pacientes se
deslicen a algo más cómodo y ayude a crear más
fácilmente el hábito de usar diariamente el hilo dental.
Nuevo Oral-B® SATINFLOSS®.



R.A.A.O. Revista del Ateneo Argentino de Odontología

Editor responsable
Comisión Directiva
del Ateneo Argentino
de Odontología

Director
Ariel Osvaldo Gómez

**Consejo Editorial
de este número**
Julio Díaz
Jorge García
Graciela Libonatti
Mario Torres
Luis Zielinsky

Comité de Redacción
Juan Meer
Mario Daniel Torres
Héctor Ziegler
Luis Zielinsky
Mario Beszkin
Carlos Guberman

Diagramación
Prototipo

Composición y armado
PRINT

Impresión
C.O.G.T.A.L.

Dir. Nac. D. de Autor
Registro N° 37324
Ley N° 11.723

Ancorena 1176
(1425) Buenos Aires
Tel. 4 962-2727 / Fax 4 963-2705
E-Mail: ateneo@canopus.com.ar

Volumen XXXIX
N° 1 / Enero - Abril del 2000

COMISIÓN DIRECTIVA

Presidente	Armando Pollero
Vicepresidente	Héctor Ziegler
Secretario	Mario Beszkin
Prosecretaria	Beatriz Lombardo
Tesorera	Marcela Sánchez
Protesorera	Patricia Zalesky

VOCALES

Titulares	Suplentes
Sara Sneibrum	Angela Vallone
Luis Zielinsky	Oscar Siscar
Dra. Liliana Pivetti	Carlos Vasserman
Juan Meer	Susana Otero
Isaac Rapaport	Elías Beszkin
Luis Caputo	

COMISIÓN FISCALIZADORA

Titulares	Suplentes
Mario Torres	Jaime Fiszman
Eduardo Muño	Beatriz Lewcovicz
Claudio Sklar	J. M. Borrel

TRIBUNAL DE HONOR

Henia F. de Rapaport	José Adonaylo
Catalina Dvorkin	Leonardo Voronovisky
María Rosa Valsangiacomo	Edith Losoviz
Marta Dascal	Silvia Rudoy
Moisés Gerszensztein	

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

Presidente	Liliana Periale
Vicepresidente	Elías Beszkin
Secretaria	Susana Otero
Tesorera	Ana María Kriguer

VOCALES

Titulares	Suplentes
Elías Beszkin	Beatriz Lombardo
Noemi Lisman	Eduardo Muño
Stella Flores de Suárez	Catalina Dvorkin
Rosario Santoro	Graciela Resnik

Las opiniones expresadas en esta publicación no reflejan necesariamente el punto de vista del ATENEO ARGENTINO DE ODONTOLOGIA, a menos que hayan sido adoptados por el mismo. Serán considerados como trabajos originales los que no hayan sido publicados ni estén en vías de publicación.

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

R.A.A.O.

Revista del Ateneo Argentino de Odontología

VOL. XXXIX / NÚM. 1 • ENERO - ABRIL 2000

Sumario

- 3 Editorial**
-
- 5 Proyecto innovativo de Educación para la Salud Bucal**
Dra. Alejandra Luetich, Lic. Edda Morini y Prof. Adriana Cura
-
- 11 Reporte de un caso clínico utilizando expansión rápida del maxilar**
Generalidades
Marta Sarfatis, Bella Luque Robles y Germán Puerta Salazar
-
- 17 Diagnóstico de Adenocarcinoma a partir del pedido de extracción de un molar**
Dres. Alejandro Ostrosky, Amit Mikler, Angel Magliocco, Carmen Raunich y Carlos Peña
-
- 22 Estudio Clínico epidemiológico en aftas recidivantes bucales**
Dra. Isabel Adler, Dra. María Inés Alvarez, Dr. Guillermo Primatesta, Dr. Alexis Teodoroff, Srta. Andrea Muiño
-
- 30 Monitoreo del Tratamiento Ortodóncico, modelo biológico y mecánico de la Oclusión**
Dr. Luis Zielinsky
-
- 39 Correo de Lectores**
-
- 43 Libros y Publicaciones**
-
- 45 Agenda de Jornadas y Congresos**

Editorial

Una visión retrospectiva del último cuarto de siglo sorprende por la cantidad y calidad de los avances científicos-técnicos en el campo odontológico.

Fue un período de inimaginados avances. Los nuevos conocimientos en biología, la mayor comprensión del funcionamiento del sistema estomatognático, las posibilidades regenerativas en periodoncia, la posibilidad de reemplazar piezas dentarias utilizando elementos fijados con éxito a los huesos maxilares, los injertos, los materiales osteoconducentes, la utilización de la tecnología laser, el desarrollo de los nuevos métodos de diagnóstico por imágenes y los nuevos modelos de comunicación permitiendo la rápida difusión de estos conocimientos a todos los rincones del planeta, etc. son hechos impresionantes, que crean la sensación de que vamos por el camino correcto para solucionar la demanda de salud bucal de la población.

En paralelo a lo descripto, escuchamos las voces de los colegas cada vez más preocupados por la contradicción entre toda esta batería de recursos y la imposibilidad de aplicarlos en la práctica real por diferentes condicionamientos tales como, la situación económico-social, el régimen de atención que imponen las empresas que se adueñaron de la salud y la transformaron en una mercancía, el desaliento de quienes procuran actualizarse y no encuentran los caminos de aplicación de esos conocimientos, por nombrar algunos.

Independientemente del discurso de quienes detentaron el poder de decisión en salud en los distintos gobiernos, podemos decir que los métodos aplicados en nuestro país no están solucionando estos problemas. Los recursos que aparecen como suficientes no llegan al destinatario ni tampoco al Trabajador de la Salud.

Agreguemos a este cuadro, que a pesar de estos adelantos científicos, no detectamos cambios significativos en la salud bucal de nuestra población. Los resultados de la difusión de las ideas sobre Prevención, que honraron en particular a la Confederación Odontológica de los '70, que movilizaron los conceptos de toda una generación de odontólogos, que no se ven en la boca de la población. Recordemos lo que hoy suena como una utopía "Salud para todos en el año 2000".

Si las cifras del gasto en Salud aparecen como suficientes, si el recurso humano profesional en cantidad y en calidad lo tenemos, debería ser posible dar solución a la cuestión.

Romper con la inercia de aceptar esta realidad, es el desafío que debe convocarnos para generar políticas serias de Salud, camino que nos obliga a recorrer juntos, las Autoridades en Salud con la participación democrática en el debate de los Profesionales a través de sus Instituciones y demás actores interesados en la Salud como "Bien Social".



En odontalgias

CLINADOL®

FLURBIPROFENO 50 mg

CLINADOL® FORTE

FLURBIPROFENO 100 mg

Resuelven el problema

ANALGESICO-ANTIINFLAMATORIO NO ESTEROIDEO
INHIBIDOR DE LA RESORCION OSEA ALVEOLAR

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



Gador 

Al Cuidado de la Vida

Proyecto innovativo de Educación para la Salud Bucal

Dra. Alejandra Luetich*, Lic. Edda Morini** y Prof. Adriana Cura***

Resumen

El Proyecto Innovativo de Educación para la Salud Bucal, es una experiencia educativa que utiliza técnicas vivenciales y actividades lúdicas con el propósito de internalizar conceptos preventivos, permitiendo adquirir y afianzar hábitos y conductas que fortalezcan a los niños durante su crecimiento y desarrollo.

Palabras clave

Salud Bucal, Educación, Prevención, Talleres vivenciales y lúdicos.

Summary

The Innovative Project of Education for Buccal Health is an educational experience that uses daily life and play techniques with the aim of internalizing preventive concepts, allowing children to acquire and fix habits and behaviours which strengthen them during their growth and development.

Keywords

Oral Health, Education, Prevention, Workshops based on life experience and games.

DEFINICIÓN Y FUNDAMENTACIÓN

El Proyecto Innovativo de Educación para la Salud Bucal, es una experiencia educativa que utiliza técnicas vivenciales y actividades lúdicas con el propósito de internalizar conceptos preventivos, permitiendo adquirir y afianzar hábitos y conductas que fortalezcan a los niños durante su crecimiento y desarrollo.

El mismo ha sido "destacado" en el Concurso "Aulas sin fronteras '98", organizado por la Fundación Poder Ciudadano, auspiciado por el Ministerio de Cultura y Educación de la Nación conjuntamente con UNICEF Argentina.

Participaron en dicho Concurso más de 600 experiencias educativas de todo el país, convocando a 5.000 docentes y 100.000 alumnos.

El proyecto fue implementado en 7º Año B, 3º Ciclo E.G.B. de la Escuela Pública Nº 147 "Provincia de Entre Ríos", sita en la ciudad de Rosario, Pcia. de Santa Fe. El número de alumnos fue de 29, entre niñas y niños de 11 y 12 años, llevado a cabo en los meses de abril y mayo de 1998.

El equipo de profesionales responsables estuvo conformado por la Odontóloga Alejandra Luetich, quien capacitó sobre temas científicos y coordinó tareas especí-

ficas sobre salud bucal; la Licenciada en Comunicación Social Edda Morini, que tuvo a su cargo la planificación y utilización de códigos y canales comunicacionales adecuados para lograr la asimilación de mensajes; y la Docente Adriana Cura, que desde su rol y al frente del aula brindó toda su experiencia pedagógica para conducir el grupo y arribar con éxito al hecho educativo.

Los objetivos enumerados desde un primer momento se basaron en crear conciencia reflexiva en los niños sobre la importancia y trascendencia de la Salud Bucal, jerarquizando a la Educación como el canal adecuado para promover mensajes preventivos, comprometiendo en el trabajo interdisciplinario a distintos integrantes de la Sociedad con la salud bucal de los niños.

Esta propuesta fue concebida desde la salud, reivindicándola como el estado normal del ser humano, motivándolo para que la jerarquice y valore como un logro en sí mismo.

El concepto actual de prevención y que rige a esta experiencia educativa, va más allá del significado etimológico de la palabra (efecto o acción de evitar un daño), ya que considera a la salud como una actitud de vida, ubicándola dentro del desarrollo armónico de varios factores que en forma concomitante, la definen como un hecho social, producto de una situación política, económica y cultural, en un tiempo y lugar determinado.

La salud bucal no escapa a este axioma, sino muy por el contrario, lo amplía y sustenta en tres pilares preventi-

*Odontóloga. Rosario, Santa Fe

**Comunicación Social. Rosario, Santa Fe

***Enseñanza Primaria. Rosario, Santa Fe

vos, que la conforman como un verdadero propósito.

Al hablar de estas bases fundamentales nos referimos específicamente a la:

Higiene bucal, alimentación y controles periódicos.

La higiene bucal es un pilar preventivo que promueve la calidad del cepillado, apuntando a obtener una correcta remoción de la placa bacteriana y restos de alimentos. Con respecto a la alimentación, podemos decir que una dieta adecuada para la salud general del organismo será la indicada para la salud bucal. Por último, nos detenemos en los controles periódicos, donde se refuerza el valor preventivo de la consulta desde la motivación para permanecer en salud hasta la detección precoz de la enfermedad.

Interpretamos a la prevención como el eje motor de todo proyecto de salud, puesto que mediante ella se toma conciencia de que una enfermedad es pasible de ser prevenida disminuyendo así, índices porcentuales.

En todo momento, utilizamos el concepto de educación, entendiéndolo como un proceso de construcción del conocimiento, que produce una función innovadora, garantizando un cambio tanto a nivel social como individual, que ayuda a encaminar al ser humano hacia nuevas experiencias.

Sabemos que el proceso educativo no es completo sin la inclusión de hábitos críticos y no es sólo una disciplina del pensamiento sino una pasión creadora. Si únicamente se recibe información (cúmulo de datos), no se genera la transformación del sujeto, propiedad inherente a la educación.

La metodología de trabajo tuvo como fin otorgarle a la propuesta una dinámica apropiada, que permitiera realizar un correcto diagnóstico y poder sondear y evaluar las expectativas de logro, como así también, los contenidos conceptuales, actitudinales y procedimentales desarrollados en la misma, internalizándolos a través de talleres vivenciales y actividades lúdicas que brindasen un contexto idóneo y un espacio recreativo que motivara el proceso de aprendizaje. (Fig. 1).

Figura 1

El juego da la posibilidad tanto de pensar como de fantasear, de imitar como de crear. Entonces, y sólo entonces, será el punto de partida para el aprendizaje del niño.

METODOLOGÍA OPERATIVA

El proyecto se dividió en tres etapas: (Fig. 2).

Figura 2

- 1º Etapa: "Afluencia de conocimientos previos"
- 2º Etapa: "Internalización de conceptos"
- 3º Etapa: "Compromiso y creatividad"

1º ETAPA: AFLUENCIA DE CONOCIMIENTOS PREVIOS

El objetivo de esta etapa fue lograr que el niño exprese, tanto en forma oral como escrita, sus conocimientos y vivencias relacionados con la salud en general y con la salud bucal en particular.

Para que el docente pueda conectarse con la salud bucal, y así poder recrearla, se le entregó una gacetilla bucal (Fig. 3) con material ilustrativo inherente al desarrollo del tema, confeccionada para tal fin. En esta etapa se implementaron tres actividades educativas específicas:

1 - "Lluvia de ideas". El docente introdujo al tema y mediante preguntas motivadoras permitió que los alumnos se expresen libremente, induciendo al debate para elegir aquellas ideas que resumieran la opinión de la mayoría.

2 - "Mapa conceptual". A partir de un texto sobre salud se identificaron conceptos, reconociendo palabras enlace y realizando, en forma grupal, un "mapa conceptual" consensuado. Esta actividad fue utilizada para trabajar en forma transversal contenidos propios del área de Lengua.

3 - "Test de Conciencia Preventiva". Los chicos y un integrante de cada una de sus familias, completaron el test que permitió la autoevaluación de conductas y hábitos preventivos.

DIAGNÓSTICO DE LA 1º ETAPA

La interpretación y el análisis combinado de los gráficos surgidos de la tabulación de los Test de conciencia preventiva, como así también las respuestas obtenidas en la Lluvia de ideas, acompañadas por la movilización que causó entre los alumnos la confección del Mapa Conceptual, nos dio la certeza de trabajar sobre ciertos puntos y temas que presentaban mayores inconvenien-

Figura 3. Contenido teórico "Gacetilla bucal"

- Introducción
- Proyecto de aula:
 - Expectativas de logro
 - Contenidos: - Conceptuales
 - Procedimentales
 - Actitudinales
- Marco teórico:
 - Pilares preventivos
 - Higiene bucal
 - Alimentación
 - Controles periódicos
 - Caries
 - Placa bacteriana
 - Enfermedad periodontal
 - Anatomía dentaria
 - Partes del diente
 - Amelogénesis dentaria
 - Nutrición y salud bucal
 - Leche y sus derivados
 - Calcio
 - Vitamina D
- Glosario

tes. Así fue que procesando toda la información recopilada, pudimos realizar un diagnóstico de situación, permitiéndonos visualizar y planificar distintas actividades que fueron implementados en los pasos subsiguientes.

Paralelamente, esta etapa otorgó la posibilidad a los niños de vincularse con el tema y permitirles descubrir e internalizar conocimientos, comprometiéndolos con la salud.

Utilizando una metáfora, esta "Afluencia de conocimientos previos" fue concebida como un gran delta donde converjan interrogantes, experiencias, conceptos arraigados, prejuicios, miedos y dudas, propios de las personas. La imaginamos como un verdadero mar de información donde los alumnos pudieran sumergirse en búsqueda de conceptos válidos y totalmente asimilables.

2º ETAPA: "INTERNALIZACIÓN DE CONCEPTOS"

En esta etapa propusimos realizar diversas actividades pedagógicas que garanticen la adquisición de conocimientos relativos a los tres pilares preventivos de la Salud Bucal.

1 - Talleres vivenciales

Mediante el lenguaje del cuerpo y su percepción vivencial, se implementaron los mismos con el fin de asimilar mensajes definidos, promoviendo el desarrollo de potencialidades y el aprendizaje integral. Estos talleres fueron desarrollados con la siguiente secuencia para garantizar en forma integral el proceso de aprendizaje.

- Exploremos nuestra boca
- Observación directa a través de un microscopio óptico de la placa bacteriana
- Esquema dentario
- Juego del espejo

2 - Actividades lúdicas

Apelando al juego y al ingenio se elaboraron distintas propuestas didácticas para afianzar lo vivenciado durante la experiencia.

- Acertijos
- Cruci-salud

3 - Historietas educativas

Se utilizó el código gráfico y su poder de comunicación para transmitir conceptos preventivos.

4 - Descolgados

Situaciones problemáticas trabajadas en forma transversal relacionadas con la Salud bucal. Esta actividad fue llevada a cabo con la colaboración del docente que tiene a su cargo el área de matemáticas, trabajando en forma transversal los contenidos relacionados con la salud bucal.

• 3º ETAPA: "COMPROMISO Y CREATIVIDAD".

A partir de un debate que se originó en el aula con la participación de los alumnos y del equipo profesional responsable, surgió la necesidad de transmitir a la comunidad escolar, los conceptos vivenciados e internalizados.

Es así como se propusieron distintas alternativas de comunicación, entre las que sobresalieron una obra de títeres, una obra de teatro, láminas para colocar en los distintos ámbitos de la escuela, charlas explicativas y una radio.

Por consenso se eligió esta última, que por iniciativa de los chicos recibió el nombre de FM SALUD.

Cada uno de los niños asumió un rol determinado, surgiendo locutores, periodistas, disc-jockey, oyentes, escenógrafos, creativos publicitarios y hasta una "Odontóloga" y una "Directora de la Facultad de Odontología".

El espacio elegido para el montaje del programa fue el patio cubierto de la escuela, donde reciclaron y adaptaron el titiritero escolar para hacer de cabina de control, juntamente con los pupitres que hicieron las veces de mesas de trabajo.

Para la caracterización utilizaron auriculares, equipos de sonido, micrófonos, teléfonos celulares de juguete, aparatos telefónicos convencionales y láminas y afiches que conformaban el decorado.

El compromiso fue tal que los alumnos trabajaron fuera del ámbito escolar, reuniéndose en diferentes casas, donde realizaron una investigación, además de lo específicamente organizativo y creativo. Lo anecdótico y digno de resaltar fue que dos niños del 7º Año C solicitaron participar de la experiencia, siendo incorporados naturalmente a ella.

El resto de la comunidad escolar fue invitada al desarrollo del programa, que duró, aproximadamente, media hora y se realizó después del primer recreo, constituyendo una audiencia respetuosa e interesada que aplaudía luego de cada nota humorística.

El programa comenzó con su presentación, llevada a cabo por Julieta, que ofició de ágil conductora, dando pie a una tanda publicitaria y a los datos meteorológicos infaltables en todo programa radial.

Durante el transcurso del mismo hubo flashes informativos sobre salud bucal, que aseguraron el nivel científico de la experiencia. En el estudio, una verborrágica "Odontóloga" fue convocada para aclarar dudas provenientes de llamados telefónicos de los oyentes. Notas de humor amenizaron la propuesta comunicativa que, conjuntamente, con las tandas publicitarias se llevaron las palmas de la audiencia.

Dinámicos movileros, desde la "Facultad de Odontología" entrevistaron a la "Directora" de dicha institución, entablando un diálogo con los periodistas del Estudio.

Una sección de relevancia fue la de "Objetos Extrañados", donde la picardía y el buen humor de los chicos hicieron referencia a la pérdida de la prótesis de la "señor".

Como cortina musical compusieron un "rap educativo" que cerró el programa junto a los agradecimientos (Fig. 4).

Figura 4. "Rap educativo". Cortina musical de la Radio "FM Salud".

RAP EDUCATIVO

Este es el rap el rap de los dientes,
tené mucho cuidado, te podés enfermar,
este bicho escabador, te deja un agujero
y da mucho dolor.

Lleva el nombre de caries asesinas,
todo esto pasa por las golosinas,
lo mejor es el cepillo ¡viva los dientes con brillo!

Abarajame la muelita doctor,
y limpiate bien los dientes, "ticher"

Tener los dientes limpios es una obligación,
si no las chicas te dejan, pero por el olor.

Abarajame la muelita doctor,
y limpiate bien los dientes, "ticher".

Es de resaltar la total participación de los alumnos, quienes desde realizar encuestas callejeras hasta conseguir material ilustrativo pasando por la creación, planificación y coordinación del programa, consiguieron superar nuestras expectativas de logro.

PARTICIPACIÓN DE LAS FAMILIAS

Dentro de la experiencia educativa, consideramos a la familia como el núcleo primario de toda sociedad, donde cada uno de sus miembros asumen roles bien definidos, aportando su independencia, tolerancia y capacidad de convivencia.

En todo momento, involucramos a los componentes de la familia en forma integral, y no sólo a los padres, ya que la salud bucal es prioridad del ser humano, independientemente del papel que represente dentro del seno familiar.

Creemos que la educación recibida en la escuela y adquirida en la familia se complementan, concibiendo a la primera como nexo o espacio adecuado para continuar con la internalización de valores y principios iniciados en el hogar. Por lo tanto, el ejercicio participativo promovido en el establecimiento escolar otorga a los niños y a sus familias, pautas claras para un mejor desenvolvimiento social.

En el marco de esta propuesta, un integrante de la familia completó el Test de Conciencia Preventiva, utilizado para instalar el tema en el hogar y a su vez analizar los datos obtenidos comparándolos con los del aula.

En una segunda oportunidad se les pidió que con artículos de uso cotidiano confeccionen elementos que representen a la salud bucal. A partir de las producciones recibidas apreciamos, desde lo creativo, el poder de síntesis y el ingenio que desplegó cada familia.

Durante una Reunión de Padres, confeccionaron, en

forma grupal, afiches preventivos y de salud bucal, para transmitirlos al resto de la comunidad escolar, utilizando papeles de colores, recortes de diarios y revistas, fibrones, etc.

CONCLUSIONES

Nuestra experiencia educativa tuvo un principio fundamental que se tradujo en la plena participación de cada uno de los integrantes de la comunidad escolar, pues docentes, familias, alumnos y profesionales aunaron sus esfuerzos confirmando que se pueden cambiar pautas y métodos valorizando el respeto mutuo.

Debemos rescatar la implementación fundamental y decididamente innovadora que fue la inclusión y tratamiento de la salud bucal a través de talleres vivenciales y actividades lúdicas que garantizaron mediante el juego, la internalización sistemática de contenidos conceptuales, actitudinales y procedimentales relativos al tema.

El trabajo interdisciplinario, entendido como un medio dinámico y fructífero donde se discute, se confronta, se acepta y se consensúan ideas, posibilitó la concreción de las diferentes propuestas sugeridas en esta experiencia (Fig. 5).

Dirección del Autor: Dra. Alejandra Luetich
García del Cossio 908 bis
(2000) Rosario - Sta. Fe

Proyecto Innovativo de Educación para la Salud Bucal

Dra. Alejandra Luetich
Odontóloga

Lic. Edgá Marín
Comunicación Social

Prof. Adriana Cura
Enseñanza Primaria

Lic. Pablo N. 147 "Peña de Entre Ríos"
ROSARIO

García del Cossio 908 bis
Tel. 041-914180 - Rosario

Es una experiencia educativa que utiliza técnicas vivenciales y lúdicas con el propósito de internalizar conceptos preventivos sobre Salud Bucal, permitiendo adquirir y afianzar hábitos y conductas que fortalezcan a los niños durante su crecimiento y desarrollo.

Metodología Operativa

- Etapa:** "Afluencia de Conocimientos Previos"
 - Lluvia de ideas.
 - Mapa conceptual.
 - Test de conciencia preventiva.
- Etapa:** "Internalización de Conceptos"
 - Exploremos nuestra boca.
 - Observación directa de la placa bacteriana.
 - Esquema dentario.
 - Historietas Educativas.
 - Juego de espejo.
 - Cruci-salud.
 - Descolgados.
 - Acertijos.
- Etapa:** "Compromiso y creatividad"

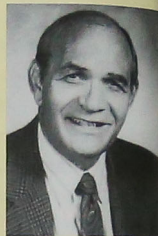
Figura 5
Panel expuesto en la Jornada Final del
Concurso "Aulas sin Fronteras '98".
Centro Cultural Recoleta.
Buenos Aires.



Ateneo Argentino de Odontología S.O.R.A.

Presentan al Dr.

Larry W. White
D.D.S., M.S.D., P.A.



Editor del Journal of Clinical Orthodontics
Director del Programa de Posgrado de
Ortodoncia - University of Texas Health
Science Center - San Antonio, Texas, EE.UU.

Quien disertará sobre:

- Importancia de los tratamientos tempranos
- Corrección Ortopédica-Realidad o ficción
- Corrección de Maloclusiones Clase II sin extracciones
- Aparato preajustado: presente-pasado-futuro
- Utilización de recursos valiosos
- Mordidas cruzadas
- Nuevas alternativas para el tratamiento con el aparato del arco recto.

*Los esperamos los días 10 y 11 de noviembre del 2000
en horario de 9 a 12.30 y de 14 a 18.*

Lugar del encuentro: Paseo La Plaza. Sala Pablo Picasso

Corrientes 1660 - Ciudad de Bs. As.

Aranceles:

hasta el 30/6: \$ 120 socios S.O.R.A.; \$ 150 No socios
hasta el 30/8: \$ 140 socios S.O.R.A.; \$ 170 No socios
inicio del curso: \$ 160 socios S.O.R.A.; \$ 190 No socios

Informes e Inscripción

Secretaría de Cursos A.A.O.
Anchorena 1176 - Ciudad de Buenos Aires
Telefax: 4962-2727 - e-mail: ateneo@canopus.com.ar

Reporte de un caso clínico utilizando expansión rápida del maxilar. Generalidades

Marta Sarfatis*, Bella Luque Robles** y Germán Puerta Salazar***

Resumen: Se realizó una extensa y actualizada búsqueda bibliográfica acerca de la E.R.M., sus logros y efectos sobre el complejo cráneo-facial. Se presentó un caso clínico de E.R.M. donde se obtuvo una verdadera separación de la sutura media maxilar, con leves inclinaciones molares, disminución de < ANB y corrección de la mordida cruzada, con lo cual se pudo comprobar que los cambios citados por diferentes autores se manifestaron en nuestra paciente.

Palabras clave: Expansión Rápida del Maxilar - Expansión Lenta del Maxilar - Anclaje - Fulcrum - Diastema - Contención.

Abstract: An extensive and updated bibliographic research about R.M.E., its achievements and effects upon cranio-facial complex, was carried out. The presentation of a R.M.E. clinic case where a real separation of the maxillary middle suture was achieved, with slight molar tilting, reduction of ANB and cross-bite correction, allowed us to demonstrate that changes stated by different authors appeared in our patient.

Keywords: Rapid Maxillary Expansion - Slow Maxillary Expansion - Anchorage - Fulcrum - Diastema - Retention.

INTRODUCCIÓN

Desde mediados del siglo pasado (1860), ya existían métodos para realizar la expansión rápida del maxilar superior (Angell)², pero estos fueron cayendo rápidamente en desuso y es sólo hasta hace unas pocas décadas que este procedimiento se vuelve a retomar como herramienta valiosa dentro de la terapéutica ortodóncica / ortopédica (Graber⁶, 1940).

Uno de los aspectos más curiosos de la disyunción es su influencia sobre el organismo en general. Sin que sea característico, es posible observar en algunos pacientes cambios en su metabolismo, en su patología habitual y hasta en su aspecto constitucional y su psiquismo¹¹.

Debido al gran aporte que la expansión rápida maxilar (E.R.M.) brinda en nuestra clínica diaria, se ha realizado una extensa revisión de la bibliografía con la presentación de un caso clínico.

DEFINICIÓN

Es separar ortopédicamente el paladar a nivel de la sutura media⁴, método frecuentemente usado para la compresión del maxilar superior.

EXPANSIÓN RÁPIDA VS. EXPANSIÓN LENTA

Expansión lenta (E.L.M.): quienes la fundamentan manifiestan una menor resistencia de las estructuras que rodean el maxilar, mejor formación de hueso en la sutura, lo que minimiza la recidiva³.

Expansión rápida (E.R.M.): los que apoyan este procedimiento tienen como fundamento teórico que aplicando una fuerza rápida a los dientes posteriores, no habría tiempo suficiente para que estos se inclinaran y que la fuerza se transfiriera a la sutura y ésta se abriría mientras los dientes se desplazarían mínimamente.

E.L.M.: El índice de separación varía entre 0,4 y 1,1 mm. por semana, lográndose un incremento del ancho intermolar total de 8 mm.

E.R.M.: La separación que se logra es de 0,2 mm. a 0,5 mm. por día, resultando un incremento intermolar de 10 mm.

E.L.M.: Los cambios esqueléticos son del 16% al 30%.

*Especialista en Ortodoncia. Docente y Jefa de Comisión de la Clínica de Ortodoncia del Ateneo Argentino de Odontología
**Especialista en Ortodoncia. Ayudante de la Clínica de Ortodoncia en Adultos del Ateneo Argentino de Odontología
***Especialista en Ortodoncia.

E.R.M.: Los cambios esqueléticos son de aproximadamente el 50% del cambio total.

EFFECTOS SOBRE EL COMPLEJO MAXILAR

La E.R.M. ocurre cuando las fuerzas aplicadas a los dientes y procesos alveolares maxilares exceden los límites necesarios para el movimiento dental ortodóncico. La presión aplicada actúa como una fuerza ortopédica que abre la sutura media palatal a lo largo y alto del vértice sin solución de continuidad. Se produce una compresión del ligamento periodontal, inclinando los procesos alveolares, el anclaje dental y abriendo gradualmente la sutura media palatina.

Frontalmente, la separación es en forma piramidal con base hacia el sector inferior (dentario)⁵, el fulcrum se encuentra en el punto nasión.

Oclusalmente es mayor en el sector anterior (incisivos) que en el borde posterior de la sutura (molares) y con un movimiento hacia abajo y adelante del punto A (generalmente mínimo).

EFFECTOS SOBRE LOS PROCESOS ALVEOLARES

Debido a que el hueso es resistente, la inclinación de los procesos ocurre tempranamente durante la E.R.M.³, la mayoría de las fuerzas aplicadas tienden a dispersarse dentro de 5 a 6 semanas y una vez terminada la estabilización cualquier fuerza residual puede provocar un efecto de rebote, siendo necesaria la sobrecorrección.

EFFECTOS DENTARIOS

EN EL MAXILAR SUPERIOR

- La separación es 2 (dos) veces mayor a nivel de los incisivos centrales (diastema interincisivo) que a nivel de los molares.¹

- Las fibras elásticas transeptales unen las coronas de los incisivos rápidamente y sólo al cabo de unos cuatro meses logran la convergencia de sus raíces.

- Puede observarse una ligera extrusión y palatinización de los incisivos centrales. Se piensa que dicha palatinización es causada por el estiramiento de la musculatura peribucal.

- Se produce un cambio en la inclinación axial de los molares, extrusiones, con el consecuente aumento de la altura oclusal.

EN EL MAXILAR INFERIOR

- Se observa un ligero enderezamiento o la permanencia del eje axial de los molares.

EFFECTOS SOBRE LA MANDÍBULA

Los efectos sobre la mandíbula son consecuencia indirecta de la disyunción, y son de dos tipos:

a) Cambios en la oclusión, debido a la desaparición de posiciones forzadas (pseudoclase III por una oclusión cruzada anterior).

b) Cambios en la arcada. Según Derichsweiler, la disyunción del maxilar superior posibilita la expansión de la arcada inferior, cuando la mandíbula tiene un buen potencial de crecimiento y los procesos alveolares están muy inclinados lingualmente.

EFFECTOS SOBRE LAS ESTRUCTURAS FACIALES ADYACENTES

Un examen radiográfico oclusal muestra que la apertura de la sutura media palatina se extiende a través de los procesos horizontales de los huesos palatinos, pero la distancia entre las dos mitades expandidas es muy angosta. Es importante para la clínica recordar que la resistencia principal a la E.R.M. no está en la sutura sino en las estructuras que la rodean, principalmente en los huesos esfenoides y cigomáticos y tal resistencia a la inclinación se incrementa significativamente en las partes más cercanas a la base craneal, evitando alteraciones en las órbitas y base craneal.³⁻⁹⁻¹⁰

E.R.M. Y FLUJO DE AIRE

Anatómicamente hay un incremento en el ancho de la cavidad nasal, particularmente en el piso de la nariz (región antero-inferior de las fosas nasales).⁹ Es importante conocer que si la obstrucción del pasaje de aire se encuentra más postero-superior, será más difícil corregirla con la E.R.M. La cavidad nasal se amplía en un promedio de 1,9 mm. y a nivel de los cornetes inferiores de 8 mm. a 10 mm.

CONTENCIÓN Y RECIDIVA

Se observó que la cantidad de recidiva está relacionada con el método de retención después de la expansión. Sin contención se observó que la recidiva fue de un

45% comparada con un 10% a 20% con contención fija y de un 25% con contención removible.³ Se recomienda de 3 a 6 meses de contención.⁸

INDICACIONES

- Constricción del arco dental superior generalmente relacionado a una maloclusión esquelética de clase III.
- Constricción del arco dental superior relacionado con la respiración oral y bóveda palatina alta.
- Mordida cruzada completa.
- Mordida cruzada posterior con una inclinación dentaria promedio de molares y premolares.
- Pacientes con dentición mixta y adulta precoz (edad óptima 8 - 15 años).
- En ausencia de expansión dental previa.
- Discrepancia de ancho 4 mm. o más entre primeros molares y premolares superiores e inferiores.

CONTRAINDICACIONES

- Pacientes no colaboradores
- Pacientes con mordida abierta, plano mandibular alto (dólico).
- Pacientes con asimetría esquelética del maxilar o mandíbula.
- Pacientes con marcado problema esquelético (calificados para cirugía ortognática).
- Molares inclinados vestibularmente.

CONSIDERACIONES

1. No realizar extracciones de premolares hasta haber completado la expansión. Pueden utilizarse los primeros y segundos molares temporarios si poseen una buena superficie radicular.⁵
2. No realizar movimientos de molares y premolares previos a la expansión, por el riesgo de aumentar su movilidad e inclinación.
3. Comenzar la activación del tornillo después de 30 minutos de haber cementado el aparato, permitiendo el fraguado de cemento.
4. Proveer al paciente el horario de activación y posibles síntomas.
5. Monitorear al paciente clínica y radiográficamente durante la disyunción.
6. Una vez terminada la expansión, usar el disyuntor como retenedor fijo por tres a seis meses.

7. Una vez retirado el disyuntor colocar una barra palatina en los primeros molares superiores y un arco de acero pesado (018 - 020)⁷

8. Sobre - expandir los segmentos posteriores durante la E.R.M.

CASO CLÍNICO

Paciente del sexo femenino, doce (12) años de edad, cuya demanda eran los incisivos laterales superiores palatinizados, presentando además respiración mixta y compresión del maxilar superior, reflejada en mordida cruzada basal a nivel de premolares y molares, con un ángulo B promedio (26°) y ángulo mandibular levemente abierto para su edad (38°). (Figura 1).



Figura 1

Siguiendo los principios de Haas, que se preocupa muy particularmente de que el aparato sea construido de modo de acrecentar el movimiento ortopédico y reducir la respuesta ortodóncica, procedimos a realizar la E.R.M. con un disyuntor convencional anclado a primeros molares y primeros premolares superiores (Figura 2), con una activación de dos cuartos de vuelta por día (mañana y noche) durante dos semanas, tiempo en el que fue corregida la mordida cruzada. Luego se agregó acrílico al tornillo, usando el disyuntor como contención (Figura 3) durante tres meses y medio, dando tiempo a la neoformación ósea de la sutura. Se realizaron controles radiográficos durante todo el tratamiento activo (Figura 4) y al mes y medio de contención (Figura 5). Se adherieron brackets estéticos a la paciente desde el inicio del tratamiento debido a que su mayor preocupación era la posición de los incisivos laterales. Y de esta forma quedó satisfecha la demanda de la paciente.



Figura 2

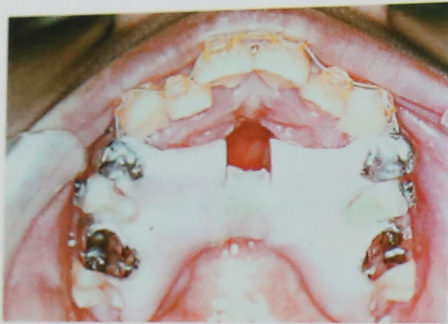


Figura 3



Figura 4

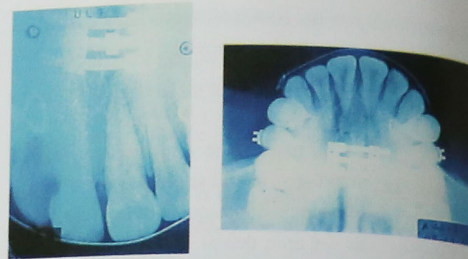


Figura 5

RESULTADOS

Se logró una verdadera separación de la sutura media maxilar como se demuestra radiográficamente, con una mínima inclinación del eje de molares y premolares, teniendo como consecuencia una corrección de la mordida cruzada posterior. I (Figura 6, Cuadro 1). Como era de esperarse, la mandíbula sufrió cierto grado de rotación postero-inferior con la consecuente disminución del ángulo ANB (Cuadro 2).

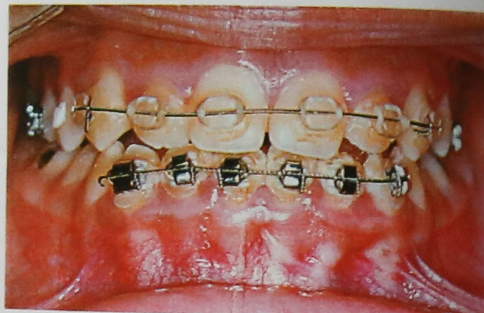


Figura 6

MEDIDAS SOBRE MODELOS DEL CAMBIO TRANSVERSAL CON LA E.R.M.			
	Ancho	Antes	Después
Sup.	Canino	31	35
	Premolar	27	34,5
	Molar	30	37
Inf.	Canino	28	30
	Premolar	33	35
	Molar	38,5	39

Cuadro 1

Las fotos extraorales del perfil muestran una mejoría del ángulo nasolabial y nasofrontal (Figura 7). Además se logró una buena estética en la vista de frente y de sonrisa de la paciente, en respuesta a su demanda.

PUNTOS CEFALOMÉTRICOS QUE VARIAN CON LA E.R.M.		
Angulo	Antes	Después
SNA	80°	80P
SNB	78°	76°
ANB	2°	4°
GoGn - SN	38°	42°
Extrusión 6	20 mm	21,5 mm
Extrusión 6	25 mm	26 mm
Extrusión 1	32 mm	32 mm
Nasolabial	106°	97°
Nasofrontal	150°	143°

Cuadro 2



Figura 7

CONCLUSIONES

- La E.R.M. es de gran utilidad para corregir las desarmonías transversales por comprensión del Maxilar Superior.
- Es necesario hacer una evaluación de qué pacientes son candidatos para la E.R.M. teniendo en cuenta la discrepancia transversal, el biotipo facial, la inclinación molar, la edad y la colaboración del paciente, entre otros.
- Es fundamental la sobre - expansión y contención, como mínimo durante tres meses.
- Dejamos en claro que la magnitud relativa de los movimientos obtenidos, como es natural, puede variar de un paciente a otro.

CONCLUSIONS

- Rapid Maxillary Expansion is a very useful method for the correction of transversal disharmonies through the compression of upper maxillary.
- An evaluation as to which patients are candidates to R.M.E. is necessary, taking into account transversal discrepancy, facial biotype, molar tipping, age and patient's collaboration, among other facts.
- Over - expansion and retention are essential for three months minimum.

BIBLIOGRAFÍA

1. Adkins, M.D., Arch perimeter changes on rapid palatal expansion. Am. J Orthod. 97: 194 - 199. March 1995.
2. Angell, E.H., Treatment of irregularities of the permanent or adult teeth, Dent. Cosmos. 1: 540 - 544. 1860.
3. Bishara, S.E. Maxillary expansion: clinical implications. Am. J. Orthod. 91. 3 - 14. January 1987.
4. Canut, J. Ortodoncia clínica. 1° ed. Editorial Salvat, 1989.
5. Da Silva, O.G., Rapid maxillary expansion in the deciduous and mixed dentition evaluated through postero-anterior cephalometric analysis. Am. J Orthod. 107: 268 - 275. March 1995.
6. Graber, T.M. Aparatología Ortodóncica Removible. 2° ed. Editorial Panamericana 1990.
7. Proffit, W. Ortodoncia teórica y práctica. 2° ed. Editorial Mosby.
8. Velásquez, P. Rapid Maxillary Expansion. A Study of the Long-Term Effects. Am. J. Orthod. 109: 361 - 367. April 1996.

9. Wertz, R.A. Skeletal and Dental Changes Accompanying Rapid Midpalatal Suture Opening. *Am. J. Orthod.* 58: 01 - 66. July 1970.
10. Derrance, J.; Spahly, J.; Witzig. *Ortopedia Maxilofacial. Clínica y Aparatología Biomecánica.* 1º Ed. 1991. Editorial Salvat.

11. Garvich, L.V. *Ortodoncia y Respiración Bucal.* 1º Ed. Asociación de Egresados de Odontología de la Universidad Nacional de Tucumán.
12. Haas, A.J. The treatment of Maxillary Deficiency by Opening the Midpalatal Suture. *Angle Orthodontist.* 35: 200 - 217. 1965.

Dirección del Autor: Dr. Marta Sarfaty
Av. Martín García 759 5º "C" - Cdad. de Bs. As.

Diagnóstico de Adenocarcinoma a partir del pedido de extracción de un molar

Dres. Alejandro Ostrosky, Amit Mikler, Angel Magliocco, Carmen Raunich y Carlos Peña*

Resumen

Los autores relatan un caso de adenocarcinoma de glándulas salivales menores del paladar, diagnosticado a partir de una derivación para la extracción de un primer molar superior izquierdo. Su localización más frecuente, evolución, características clínicas y radiográficas son presentadas así como su tratamiento quirúrgico, enfatizando sobre la actitud preventiva que debe guiar a todo procedimiento quirúrgico.

Palabras clave

Adenocarcinoma. Adenocarcinoma de glándulas salivales menores.

Summary

The authors report a case of Adenocarcinoma of minor salivary glands of the palate, on a patient derivated for a tooth extraction. Its location, evolution, clinical findings emphasize about a preventive attitude must guide a surgical procedure.

Key words

Adenocarcinoma. Minor's salivary glands adenocarcinoma.

OBJETIVO

La presentación de este caso, no sólo se basa en lo raro de esta patología, que veremos se presenta con mayor frecuencia de lo pensado, sino también en reflejar la importancia de las lesiones que afectan a las glándulas salivales menores, a veces no tenidas tan en cuenta como la parótida o la submaxilar de idéntico origen.

Generalidades:

- Representan el 9,3 de los blastomas de las glándulas salivales menores. ⁽¹⁾
- Se presentan en edades más avanzadas que otros tumores salivales, por lo general más allá de la quinta década de la vida. ^{(1),(2)}
- Su localización más frecuente es el paladar duro. También puede encontrarse en mucosa yugal, base de la lengua, piso de la boca, mucosa alveolar y labios. ^{(3),(4)}
- Clínicamente, eleva la mucosa en forma oval o redondeada, o como superficie lobulada, recubierta por

*Cátedras de Cirugía y Traumatología Buco - Máxilo - Facial y II, F.O.U.B.A. y Servicio de Cirugía Máxilo - Facial, Hospital Mariano y Luciano de la Vega, Moreno.

mucosa sana o pálida. Su base está adherida al periostio, a veces se observa un ligero cuello o estrangulación.

- A la palpación se presenta como una lesión con dureza elástica, no dolorosa. En algunos casos puede existir ulceración de la mucosa. ^{(4),(5)} No hay adenopatías. El hueso se encuentra sano. El tumor es altamente recidivante.
- En el estudio radiográfico aparece como una imagen quística.
- La evolución es lenta, sólo excepcionalmente su crecimiento es rápido.
- Puede llegar a invadir hueso y movilizar dientes. A veces es invasor en superficie y en profundidad puede llegar a nariz y órbita. También puede dar metástasis a los ganglios regionales y a distancia en pulmón, pleura, cuando hay invasión de los vasos sanguíneos.
- Histológicamente hay transformación maligna de los trayectos túbulo - acinosos de las glándulas salivales. Esta neoformación, puede presentar variedades de diferenciación con formación de túbulos, o indiferenciación con formación de cordones macizos infiltrantes con células con características citológicas glandulares. El tu-

Comentarios

Queremos conocer su opinión sobre RAAO, los trabajos que publicamos, el contenido, el formato, etc. Sus comentarios y propuestas son importantes para nosotros. Escribir a Correo de Lectores

T.M. de Anchorena 1176 (1425) Capital Federal
Tel./Fax: 4 962-2727
Correo electrónico: ateneo@canopus.com.ar

mor es multifocal con varias lobulaciones separadas protegido con colágeno denso.

- Microscopía: puede ofrecer una imagen variada de tubos, cordones, acinos, islotes de epitelio glandular anaplásico con luz interna. Las células con núcleo, claro mucinovacuíolizado y citoplasma con mucus.

- Pronóstico: Desfavorable, es el carcinoma de peor pronóstico.

- Diagnóstico Diferencial: Absceso palatino

- Carcinoma Adenoideo quístico.

- Carcinoma mucoepidermoideo

- Adenoma pleomorfo (Tumor mixto)

- Tratamiento: Quirúrgico. Puede dejar perforaciones del paladar que deben obturarse con prótesis reconstructivas. (Es poco radiosensible). (1).

CASO CLÍNICO

- Paciente de 55 años, sexo femenino. Estado general bueno. Concorre a la consulta con indicación de extracción del 1er. Molar superior izquierdo. (Foto 1). En las maniobras semiológicas se observa por distal del diente, un crecimiento exofítico de apariencia tumoral con mucosa pálida. (Foto 2). Se decide realizar biopsia bajo anestesia local, cuyo informe determina: Adenocarcinoma.

- Estudio radiográfico: El estudio radiográfico revela lesión osteolítica. La radiografía tomada con la técnica extrabucal Mento - Naso - Placa (Foto 3), revela una imagen densa de convexidad superior que ocupa la parte inferior del seno maxilar izquierdo.

- En la T.A.C. (Foto 4), se observa imagen erosiva de la pared posterior del seno maxilar izquierdo, con infiltración al músculo pterigoideo externo. En el corte coronal (Foto 5), se ve osteolisis del reborde alveolar, piso de seno maxilar y la presencia de una masa que ocupa el antro y disminuye su luz.

- Con todos los estudios preoperatorios realizados, se decide la intervención quirúrgica, realizándose un abordaje extrabucal. (Foto 6). Se realiza hemimaxilectomía parcial izquierda, bajo anestesia general. (Foto 7 y 8). La reconstrucción del defecto quirúrgico se lleva a cabo con colgajo de mucosa yugal y músculo buccinador y confección de prótesis. (Foto 9). Se deriva a la paciente a radioterapia para completar el tratamiento, sobreviviendo una evolución postoperatoria satisfactoria. (Foto 10).



Foto 1. Facie de la paciente, previa a la intervención quirúrgica



Foto 2. Tumefacción del paladar, zona del 2.6



Foto 3. Imagen radiográfica. Mento - Naso - Placa, se observa imagen densa de concavidad superior en la luz del seno maxilar, lado izquierdo

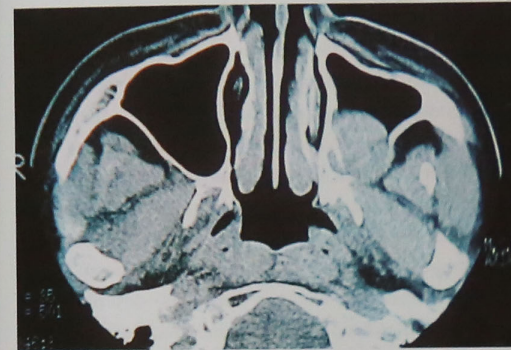


Foto 4. T.A.C. se destaca imagen erosiva de la pared posterior del seno maxilar, con infiltración al músculo pterigoideo externo.

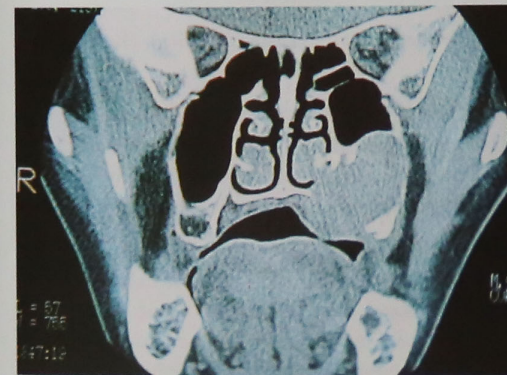


Foto 5. T.A.C. corte coronal, se ve disminución de la luz del seno maxilar lado izquierdo, con desaparición de la apófisis palatina y piso del seno maxilar

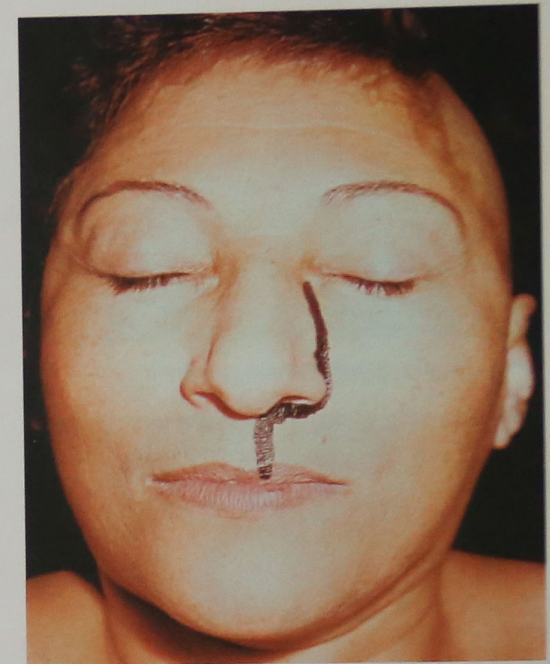


Foto 6. Demarcación de la incisión, trazo subcolumelar paralateronasal.

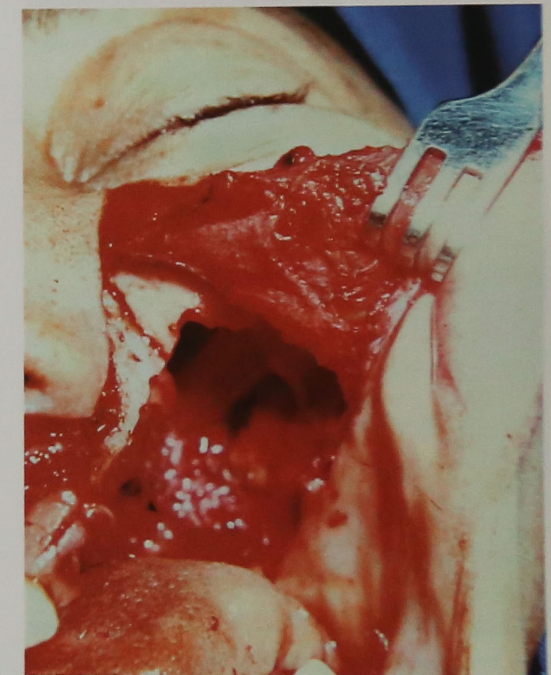


Foto 7. Intraoperatoria: Hemimaxilectomía izquierda

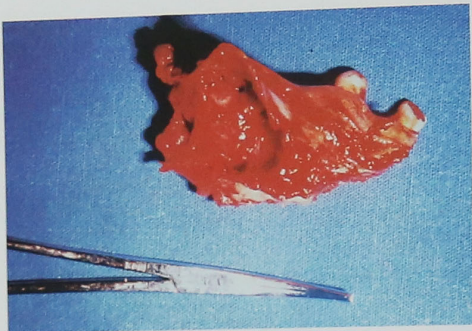


Foto 8. Macroscopía de la pieza operatoria



Foto 9. Post-operatorio. 60 días. Nótese fístula buco-antral, secuela postoperatoria.



Foto 10. Post-operatorio. 90 días. Donde no se observa asimetría facial por la cirugía reconstructiva realizada.

• **Conclusión:** Los adenocarcinomas son los tumores de glándulas salivales menores más frecuentes, que pueden ser localizadas o invadir estructuras adyacentes y de pronóstico desfavorable por ser altamente recidivantes.

Se hace referencia al hecho singular de haber sido derivada la paciente para la extracción de un primer molar superior del lado izquierdo, sin haber agotado todas las instancias del diagnóstico clínico, el estudio por imágenes, la biopsia, etc. Los adenocarcinomas, según Grinspan ⁽¹⁾, pueden confundirse con abscesos del paladar, razón por la cual se hace necesario afinar el diagnóstico para efectuar el tratamiento correcto y temprano. La detección precoz del cáncer bucal o de aquellas lesiones potencialmente malignas juega un rol importantísimo dentro de la cirugía bucal.

Lógicamente, el ideal sería realizar la detección de la patología cuando se adviertan las desviaciones primarias de la normalidad; el odontólogo que tiene acceso directo a la cavidad bucal, está en situación privilegiada para detectar las lesiones en sus primeros estadios. Esta conducta le ofrece al paciente una mayor expectativa terapéutica. Se estima estadísticamente que el 80% de todos los procesos malignos podrían curarse si se descubrieran precozmente. Normalmente se dan como signos y síntomas sospechosos de lesiones malignas, descripciones que en estricta verdad ya corresponden a la signo-sintomatología de un cáncer avanzado y que dicha lesión ha tenido un tiempo considerable de evolución y ya ha excedido el marco de la cavidad bucal.

- Se debe estar consciente del cáncer.
- Debe hacerse un examen minucioso clínico y por imágenes.
- No deben asumirse actitudes expectantes más allá del tiempo prudencial y en caso de persistencia de la lesión, a pesar de la terapéutica instalada, se debe imponer el estudio histopatológico a través de la biopsia.
- En este tipo de tumores, después de su resección suelen quedar defectos óseos y dejar instalada una comunicación buco - sinusal o buco - nasal. En primera instancia, deberá ser ocluida por una prótesis de defecto, permanente, o bien por el tratamiento quirúrgico reparativo correspondiente, que deberá esperarse por lo menos un año a los efectos de descartar posibilidades de recidivas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Grinspan D. Enfermedades de la Boca. Tomo V, Pág. 3610 - 16, Mundi, 1977.
2. Coates - Devine: Glandular Tumors of the palate, Surg. Gynecol. & Obstet. 140: 589, 1975.
3. Pajen, J.: Role des glandes salivaires dans la évolution des carcinomes de la langue et du plancher buccal. Acta Stomatol. Bel. 72: 431, 1975.
4. Russel (J.R.) E.A., Nelson J.F.: Adenocarcinoma of the pa-

- late. Diagnosis and management. Oral Surg. 45: 528, 1978.
5. Sehgal Un Bharija S.C.: Discoid lupus erythematosus and adenocarcinoma of the palate. Case Report. Indian J. Dermatol. Venerol. Lepr. 47: 123, 1981.
6. Limia C.H., Peña C.A.: Práctica de la Prevención en Cirugía Bucal. Odontol. Bonaerense. Año 5, Nº 13, Pág. 6, 1982.
7. Peña C.A.: Prótesis reconstructiva máxilo - facial. Revista Círculo Argentino de Odontología: 46: 27. 1984.

Dirección del Autor: Dr. Alejandro Ostrosky Gallo 1463 2º "D" (1425) - Cdad. de Bs. As.

Estudio clínico epidemiológico en aftas recidivantes bucales

Dra. Isabel Adler - Dra. María Inés Álvarez - Dr. Guillermo Primatesta,
Dr. Alexis Teodoroff, Srta. Andrea Muiño*

Resumen

Se realizó un estudio epidemiológico en 119 pacientes que concurrieron al Servicio de Estomatología del CEMIC, con historia y diagnóstico de aftas recidivantes. Se evaluó aspecto clínico, tamaño, localización, inicio, tiempo de evolución, historia familiar, factores generales (alt. hemáticas, hormonales, gastrointestinales), factores locales (sepsis y trauma). Si bien el factor local se hallaba presente en un 85% de los casos, los factores de orden general se presentaban concomitantemente con los mismos. La detección temprana de alteraciones orgánicas a través de esta patología resulta beneficiosa no sólo por el control de la misma sino también por el diagnóstico precoz de las afecciones generales en ocasiones desconocidas por el paciente.

Palabras clave

Aftas recurrentes - Aftas - Ulceración oral

INTRODUCCIÓN

Las aftas constituyen una de las patologías más frecuentes de la mucosa bucal que motiva la consulta del paciente debido a la sintomatología dolorosa aguda. A pesar de que algunos autores sostienen que su etiología es desconocida, Hipócrates (377 a C.) denomina así a toda lesión erosivo-ulcerosa que se ubica en mucosas y responde a una etiología diversa.

En 1802 Heberden realiza la primer descripción detallada; en 1898 Mikulicz y Kummel la describen como afta crónica recurrente de etiología desconocida. A través de la observación y el estudio clínico de pacientes afectados con aftas recurrentes se pudo confirmar el pensamiento de Hipócrates, y distintos investigadores han demostrado que nos encontramos ante una patología que responde a factores de orden local y general en un terreno inmunológico determinado. (1, 2, 3).

* Dra. Adler: Especialista asociada en Estomatología. Docente de Estomatología y Coordinadora del Área de Investigaciones Experimentales y Clínicas en Odontología del CEMIC.
Docente de FOUBA. Aieneo Argentino de Odontología y AIA.
Dra. M. Luisa Álvarez: Profesional de Grado 3. Laboratorio Unidad Sanitaria N° 1 - Ciudadela.
Dr. Primatesta: Jefe del Departamento de Odontología del CEMIC.
Dr. Teodoroff: Residente de Odontología del CEMIC.
Sta. Muiño: Alumna de Odontología.

Abstract

An epidemiology study was realised in 119 patients which had attend to the stomatologic service of CEMIC, with their clinical record and diagnostic of recurrent aphthas. There were evaluated clinic aspect, size, location, initiation, evolution time, familiar history, general factors (hematic, hormonal and gastrointestinal alterations), local factors (sepsis and trauma). Although the local factor was present in an 85% of the cases; the general factors were concomitant present with the first ones. The early detection of organic alteration through this pathology results beneficial not only for its control but also for early diagnostic of general affection in unknown occasion for the patient.

Key word

Recurrent aphthous stomatitis - Aphthae - Oral ulceration

OBJETIVO

En el presente trabajo se correlacionaron los factores de orden general y local con la aparición de las aftas, teniendo en cuenta su inicio, tiempo de evolución y características clínicas de las mismas.

MATERIAL Y MÉTODO

Se estudiaron 119 pacientes que concurrieron al Servicio de Estomatología del Centro de Educación Médica e Investigación Clínica "Norberto Quirno" (CEMIC), con manifestaciones clínicas de aftas recidivantes. En todos los casos se elaboró una historia en base a un protocolo confeccionado para aftas recidivantes donde se tuvieron en cuenta los siguientes ítems: datos generales del paciente, sexo, edad, antecedentes personales, factores de orden general y local, antecedentes hereditarios, solicitud de exámenes de laboratorio (rutina, serología). Se consideraron como parámetros el tamaño de las lesiones: de 0,5 a 1 cm. aftas menores (Foto 1), tamaño superior a 1 cm. aftas mayo-

res (Foto 2 - 3) y aquellos cuadros de lesiones erosivas múltiples y pequeñas aftas herpetiformes (Foto 4). A los pacientes que concurrían con este último aspecto clínico se le solicitó serología, detección directa, y cultivo para el virus del herpes simple. Se evaluó el tiempo de duración de las mismas, momento inicial de la patología y la localización.

Foto 1.

Afta menor o leve en fondo de surco.

Paciente pediátrico con lesión erosivo-necrótica, rodeada por halo eritematoso. El niño padecía esos episodios cada vez que ingería queso parmesano.



Foto 2.

Afta mayor o severa en mucosa de labio inferior.

En mucosa de labio inferior se observa ulceración rodeada de halo eritematoso de 15 días de evolución.



Foto 3.

Afta mayor o severa en mucosa de labio superior.

Ulceración dolorosa, de 30 días de evolución. Presenta otras lesiones similares en la cavidad bucal. Las recurrencias son continuas. Los exámenes de laboratorio muestran anemia y neutropenia.



Foto 4.

Aftas herpetiformes en cara ventral de lengua

Erosiones miliares de fondo necrótico y halo eritematoso que tienden a coalescer, lo que le da un aspecto herpetiforme (de ahí su nombre). Ubicadas en cara ventral de lengua. El paciente padecía episodios recurrentes y la detección directa de antígenos para Herpes virus con anticuerpos monoclonales dio resultado negativo.



Los factores de orden local considerados fueron:

Traumáticos:

Bordes dentarios cortantes, aparatología ortodóncica o protésica, sépticos: grado de higiene bucal; probables alérgenos: pasta dental y alimentos.

Los factores de orden general:

1. Alteraciones hematológicas:

Anemia ferropénica, neutropenia, déficit de Zn.

2. Alteraciones gastrointestinales:

Colitis ulcerosa, enfermedad celíaca, gastritis, hernia hiatal.

3. Antecedentes hormonales:

Menstruación, embarazo, menopausia.

4. También se consideraron los antecedentes hereditarios con respecto a padre, madre y hermanos. Los pacientes fueron evaluados por dos operadores previamente calibrados.

ANÁLISIS ESTADÍSTICO

Se realizó una base de datos utilizando el Data Entry del paquete estadístico SPSS, fijándose rango de valores admisibles para todas las variables para el procesamiento de la información.

Las edades de los pacientes estaban comprendidas entre 2 y 82 con un rango de 80 años, con una media de 37,04, una mediana de 31,5 y un modo de 24 años. Setenta y dos (60,5%) eran de sexo femenino y cuarenta y siete (39,5%) eran de sexo masculino (Tabla 1 - 2).

Tabla 1

SEXO FEMENINO			
	Menores	Mayores	Herpetiformes
Mínimo	10	11	26
Máximo	79	78	26
Media	37,45	45	26
Total	49	22	1
%	68	30,5	1,5

Tabla 2

SEXO MASCULINO			
	Menores	Mayores	Herpetiformes
Mínimo	4	2	2
Máximo	82	62	2
Media	30,74	40,29	2
Total	32	14	1
%	68,10	29,80	2,10

RESULTADOS

De los 119 pacientes 81 (68,1%) presentaban aftas menores, 36 (30,3%) aftas mayores y sólo 2 (1,7%) aftas herpetiformes (Tabla 1 - 2).

Con respecto al tiempo de evolución;

De 7 a 14 días el 58,8%, de 14 a 30 días el 22,7% y más de 30 días el 18,4% (Figura 1).

En cuanto a la frecuencia del inicio el 40,3% lo relaciona con su paso por la escuela primaria (Figura 2).

La ubicación más frecuente fue la mucosa labial inferior con el 40%, lengua 28,6% y mucosa yugal 10,4% (Figura 3).

Dentro de los antecedentes hereditarios el 31,9% tienen su historia familiar: 44,7% con la madre, el 28,9% con hermanos y el 26,3% con el padre.

Alteraciones de orden general:

El 35% presentaba anomalías hematológicas: anemia el 73%, neutropenia 22%, déficit de zinc 5% (Figura 4).

Dentro de las alteraciones gastrointestinales estaban comprendidos el 16%. Con 41,2 colitis ulcerosa, el 35,3% gastritis y tanto la enfermedad celíaca (11,8%) como hernia hiatal (11,8%) fueron observados en pacientes con aftas.

En la población estudiada sólo fumaba el 19,3%.

El 19% de los pacientes presentaban alteraciones hormonales. El 65% presentó aftas durante su periodo menstrual. El 26% en la menopausia, la menor frecuencia se observó en el transcurso del embarazo 9%. (Figura 5).

Figura 1

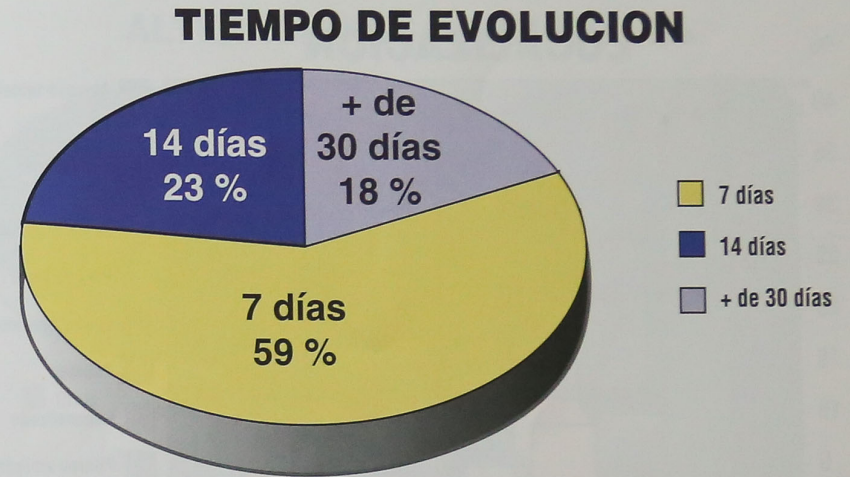
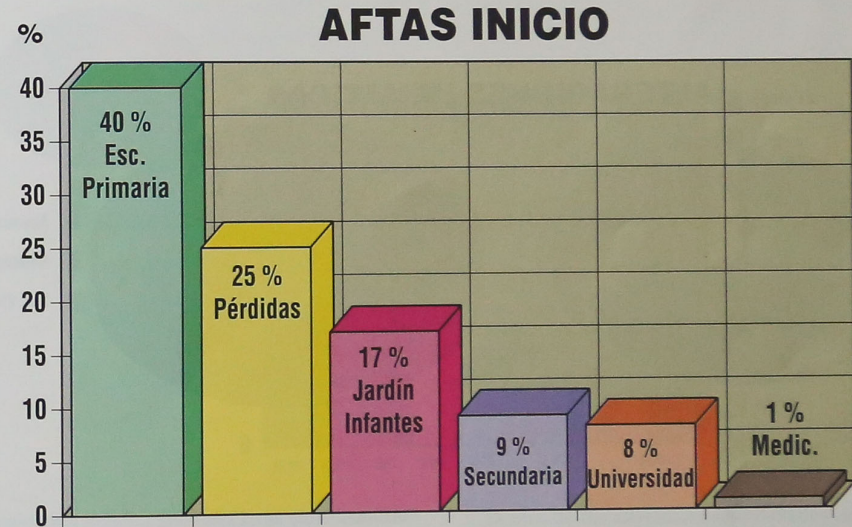


Figura 2



Alimentos alérgicos

Se observó una marcada hipersensibilidad (30%) a los siguientes alimentos: Chocolate 25,7%, lácteos 22,9%, jugos sintéticos 20%, tomate 8,6%, vinagre 6,4%, frutilla 3,6%, kiwi 3,6%, harina 2,9%, picantes 2,9% (Figura 6).

Dentro de los predisponentes locales se observó fac-

tor traumático en un 85% de los casos correspondiendo el 78,2% a la lesión por borde dentario filoso, 5,9% por aparatología protésica, 3% por aparatología ortodóncica. La sepsis bucal sólo se halló presente en un 15% debido a las características socioculturales de la población estudiada. (Figura 7).

Figura 3

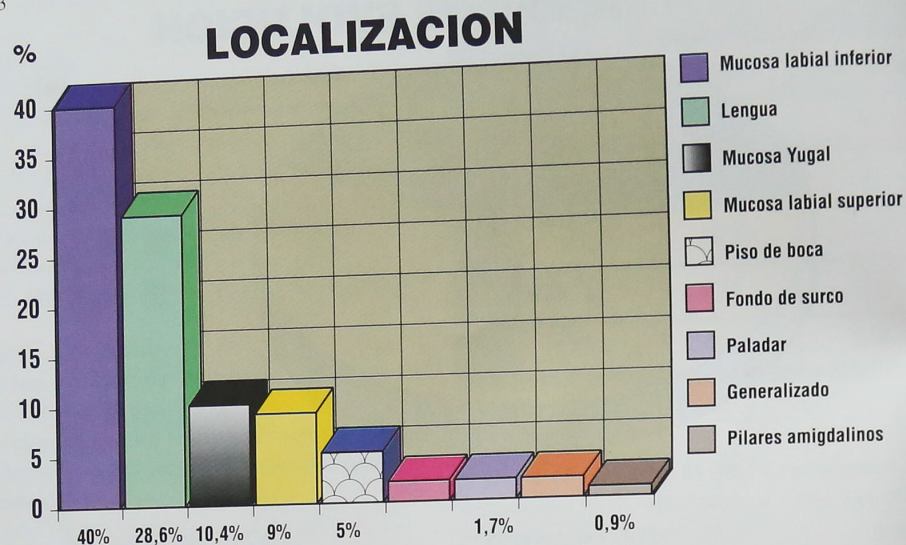
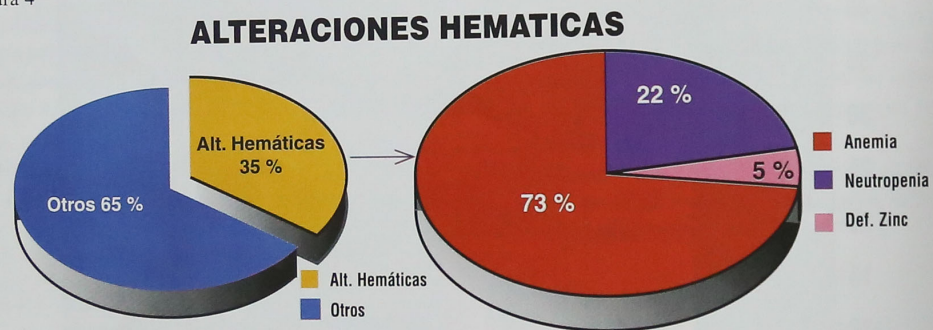


Figura 4



DISCUSIÓN

Las aftas bucales en las cuales el factor traumático es un desencadenante de gran importancia (bordes cortantes, prótesis desadaptadas) constituyen un signo de diagnóstico donde es vital la evaluación del estado general del paciente ya que serían la expresión clínica de múltiples desórdenes.

En nuestro trabajo las alteraciones de orden general observadas fueron las siguientes: alteraciones hemáticas en un 35%, alergia alimentaria en un 30%, alteraciones

hormonales en un 19%, alteraciones gastrointestinales en un 16%.

Dentro de las alteraciones hemáticas la anemia ferropriva fue encontrada en el 73% de los casos, seguido por un 22% de neutropenia y déficit de zinc 5%. Fiel en 1987 halla un 20% de anomalías hematológicas en pacientes con aftas recidivantes y Challacombe en 1983 detecta sideropenia en aftas mayores y herpetiformes, pero no en menores (4). Porter en 1993 registra bajos niveles de ferritina en aftas menores. (5, 6, 7, 8).

Figura 5

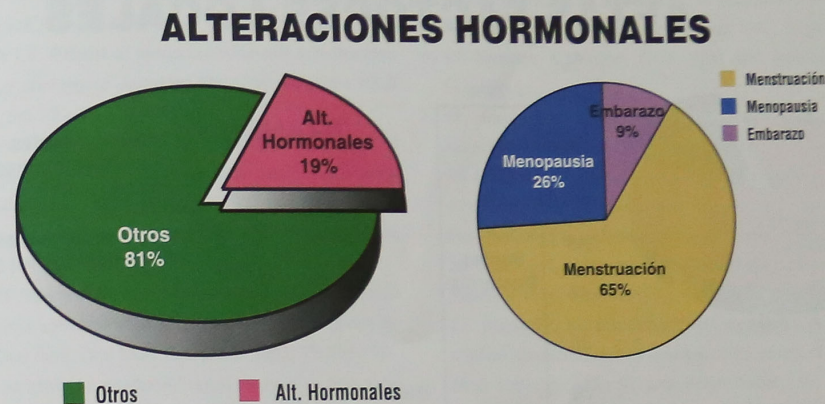
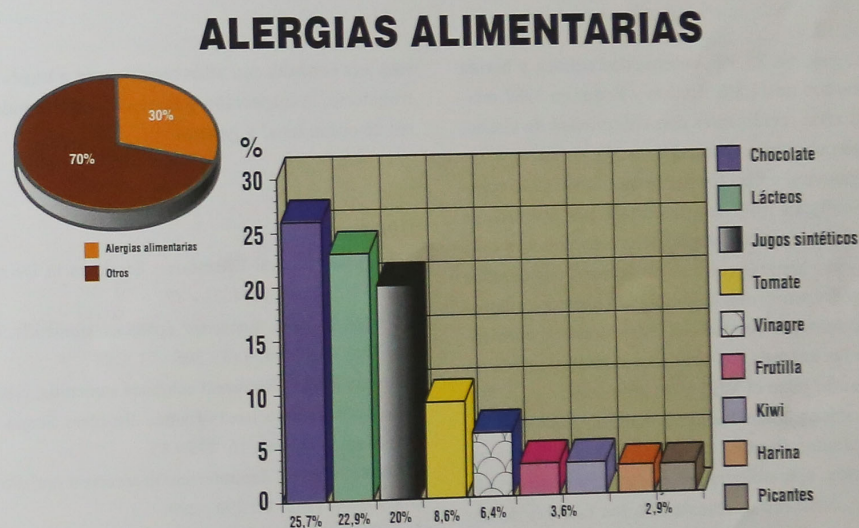


Figura 6



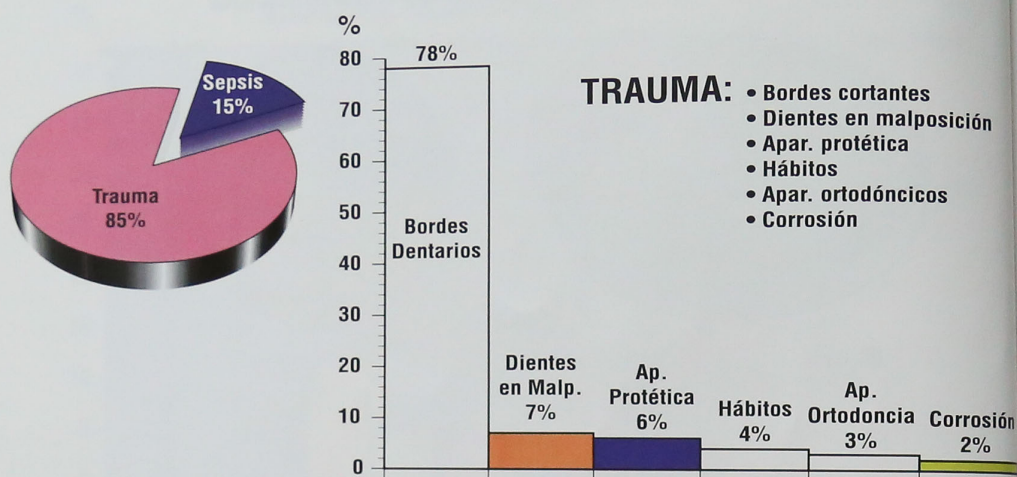
En cuanto a las alergias alimentarias el chocolate fue el de mayor frecuencia con un 25,7% seguido por lácteos (22,9%), jugos sintéticos (20%) y por debajo del 10% tomate, vinagre, frutilla, kiwi, picantes y harinas. Wray en 1978 (9), Eversole en 1982 (10) Malmstrom en 1983, Hay y Reade en 1984 (11) y Nolan (12) en 1991 encontraron hipersensibilidad a los siguientes alimentos: queso, tomate, frutas cítricas, leche de vaca, harina de trigo, conservantes alimentarios y algunas especias. Hunter y Scully hallaron hipersensibilidad al gluten en pacientes no celíacos. (13).

Dentro de las alteraciones hormonales las aftas que se relacionan con el ciclo menstrual se presentan en un 65% de los casos. Si bien se observan durante la menopausia (26%) y el embarazo (9%), los valores hallados son menores. Los valores aportados por Ferguson son similares a los hallados en el presente trabajo (14). En 1992 Forabosco describe una importante incidencia en el comienzo del embarazo y la menopausia.

Las alteraciones gastrointestinales más frecuentemente encontradas en los pacientes fueron: colitis ulce-

Figura 7

AFTAS FACTORES LOCALES



rosa 41%, gastritis 35,3%, enfermedad celíaca y hernia iatal ambos con un 11,8%. Hutton y Roger en 1987 relacionan las aftas recidivantes con enfermedad de Crohn, colitis ulcerosa y enteropatía celíaca.⁽¹⁵⁾

El origen viral en las formas herpetiformes fue sugerido por Scully en 1993, fue descartado por nosotros ya que los pacientes con serología, detección directa y cultivo para virus herpes positivos no fueron considerados como aftas herpetiformes coincidiendo nuestros valores con los hallados por Petersen en 1993, donde si bien clínicamente las lesiones son similares al herpes simple no hay asociación entre el VHS y las erosiones.

El factor local traumático se hallaba en el 85% de los casos estudiados (bordes dentarios filosos, dientes en mala posición, aparatología protésica y ortodóncica, hábitos, etc.), concomitantemente con los factores de orden general analizados. Ya en 1958 Ross nos habla del trauma como predisponente del inicio de las aftas recidivantes. Eversole manifiesta que en algunos pacientes la irritación mecánica provocada por bordes filosos, alineación incorrecta de piezas dentarias podrían precipitar la aparición de esta patología.

CONCLUSIÓN

La intención del presente trabajo es que el práctico general evalúe correctamente a los pacientes que concu-

ren a la consulta con aftas recidivantes a través del interrogatorio, la inspección y la evaluación de todos factores de orden local y general.

BIBLIOGRAFÍA

1. Fischman S. Oral Ulterations. Seminars in Dermatology. Vol. 13 N2 (June). 1994: 74 - 77.
2. Porter SR et al. Recurrent aphthous stomatitis. Crit Rev Oral Biol Med 1998; 9 (3): 306 - 21.
3. Rogers RS 3rd. Recurrent aphthous stomatitis: clinical characteristics and associated systemic disorders. Semin Cutan med Surg. 1997. Dec; 16: 278 - 83.
4. Challacombe SJ. Serumferritin in recurrent oral ulceration. J Oral Pathol. 1983; 12: 290 - 299.
5. Barnadas M. Hematologic deficiencies in patients with recurrent oral aphthae. Med. Clin. (Barc) 1997 Jun 14; 109 (3): 85 - 7.
6. Porter SR, Scully C, Standen R. Autoimmune neutropenia manifesting as Recurrent oral ulceration. Oral Surg. Oral med Oral Pathol 1994; 78: 178 - 80.
7. Scully, BSC. Oral Manifestations in Cyclic Neutropenia. British Journal of Oral Surgery. (1982) 20, 96 - 101.
8. Porter SR. Audit of diagnosis and investigations in patients with recurrent aphthous stomatitis. Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol 1993; 76: 449 - 52.

9. Wray D. Nutritional deficiencies in recurrent aphthae. J Oral Path. 1978; 7: 418 - 423.
10. Eversole LR. Effects of suspected foodstuff xchallenging agents in the etiology of recurrent aphthous stomatitis. Oral Surg. 1982; 54: 33 - 38.
11. Reade PC. The use of elimination diet in the treatment of recurrent aphthous ulceration in the oral cavity. Oral Surg. 1984; 57: 504 - 507.
12. Nolan A. Recurrent aphthous ulceration and food sensitivity. J. Oral Med 1991; 20: 473-75.
13. Hunter IP Effects of dietary gluten elimination in patients with recurrent minor aphthous stomatitis and no detectable gluten enteropathy. Oral Surg. Oral Med. Oral pathol 1993; 75: 595 - 98.
14. Ferguson MM. An epidemiological study of factors associated with recurrent aphthae in women. J. Oral Med, 1984; 39: 212 - 217.
15. Kathleen P. Hutton et al. Recurren Aphthous Stomatitis. Dermatologic Clinics - Vol. 5, N° 4, 761 - 768, octubre 1987.

16. Harries AD, et al. malnutrition in inflammatory bowel disease: an anthropometric study. Hum Nutr 1982; 36 (4): 307 - 13.
17. Stephen K. Young, DDS Viral and Aphthous Lesions Home Page
18. Horstein OP. Aphthae and aphthous lesions of the mouth mucosa HNO 1998 Feb; 46 (2): 102 - 11.
19. Laszlo Endre. Recurren aphthous ulceration with zinc deficiency and cellular immune deficiency. Oral Surg, Oral Med, Oral Pathol 1991; 72: 559 - 61.
20. Frera S. La stomatite aftosa ricorrente. G Ital Dermatol Venereol 1990; 125: 429 - 33.
21. Bagán JV. Recurrent aphthous stomatitis. A study of the clinical characteristics of lesions in 93 cases. J. Oral Pathol Med. 1991; 20: 395 - 97. Dra. Adler Isabel.

CEMIC - Talcahuano 1234, 2° piso.
E-mail: liadler@intramed.net.ar

Monitoreo del Tratamiento Ortodóncico. Modelo Biológico y Mecánico de la Oclusión

Dr. Luis Zielinsky

Resumen

El tratamiento ortodóncico es diagnóstico desde el principio al fin, pues no siempre la mecanoterapia opera exactamente como lo hemos previsto, además la variación en el tiempo de los factores biológicos que determinan la organización de la oclusión operan en la forma y momento previstos, por ello hay que llevar un control continuo (Monitoreo) especialmente en lo que se relaciona con el balance morfo-funcional para lograr resultados estables. El modelo que tiene que tener en mente el profesional el biológico con consideraciones mecánicas, pero nunca el estrictamente mecánico, porque la boca no es un Typodont. Se expone un método reglado para un control sistemático de la organización morfuncional que da más probabilidades de estabilidad.

Palabras claves

Simetría - Posiciones básicas contactantes mandibulares - Dinámica - Cinemática - Fulcrum - Contactos interarquiales - Curvas cinemáticas - Modelo Biológico

La importancia práctica de este problema, consiste en evaluar el criterio con el que se inicia y valora la marcha de un tratamiento Ortodóncico.

La actitud más frecuente es tomar como base una técnica aparatológica y en base a ella se desarrolla lo que se acostumbra a llamar Filosofía del Tratamiento, es decir que tareas mecánicas puede hacer esa técnica y se siguen pasos reglados para algunas variantes que puede darse en el caso clínico que se va a tratar.

Pero la realidad tiene poco que ver con este planteo pues todos los casos son distintos y lo fundamental es

* Jefe del Servicio de Oclusión; Disfunción; ATM y Dolor
* Crónico del Ateneo Arg. de Odontología
* Jefe de Clínica de Ortodoncia

Summary

Orthodontic treatment is diagnosis from the beginning to the end. Not ever mechanics works exactly as we wish, moreover timing variation of biologic factors in occlusal organization works not in form and time predicted, in order to get good results; continuous control (Monitoring) is necessary. Related specially to morfo-functional balance in order to avoid relapse. Biological model ought to be in Orthodontist mind (With mechanical related considerations). But never a pure Mechanical Model because the mouth is not a Typodont.

A ruled method is presented for occlusion systematic control, for more chances of stable results.

Key Words

Symmetry - Basic Mandibular contact positions - Dynamics - Kinetics - Fulcrum - Interarchal contacts - Kinetics curves - Biological Model

saber que maloclusiones tiene el paciente e incrementar un tratamiento apropiado para la corrección de los problemas que tiene cada caso clínico.

Además los avatares de factores no previstos hacen que el curso del tratamiento no siga el curso previsto y deseado; sobre todo en Ortodoncia que se hace en pacientes en crecimiento, desarrollo, organización o desorganización de la Oclusión (sobre todo en la Ortodoncia practicada en Adultos, lo que no es tenido en cuenta suficientemente).

A esto se lo acostumbra a llamar Diagnóstico y plan de tratamiento, pero no es tan simple ni tan desvinculado de la práctica (lo que hace que muchas veces se lo desdeñe o se lo vaya dejando de lado) atendiendo a me-

dios (Brackets y alambres) y maniobras prácticas mecánicas, en la creencia de que nos van a llevar de por sí a un resultado satisfactorio.

Ya decía Seneca hace más de 2000 años que nadie cuando navega tiene vientos favorables cuando no sabe donde va.

Tal como lo afirma Thurow ⁽¹⁾ En su libro "Técnica del Arco de Canto" el tratamiento ortodóncico es fundamentalmente diagnóstico desde el principio hasta el fin.

A tal efecto en nuestra práctica usamos el esquema de Brigitte Rollet ⁽²⁾ en el que partimos de un banco de datos (Clínicos, de modelos, Panorámica y Cefalométricos) de los que escogemos los **RELEVANTES** y desechamos los redundantes; que lo único que hacen es enturbiar la evaluación clínica.

Con aquellos formulamos una HIPOTESIS DIAGNOSTICA que juzgamos probable y nada más que eso es posible a la luz de los conocimientos científicos y de Filosofía de la Ciencia actuales (de acuerdo a los conceptos expuestos por Gregorio Klimowsky ⁽³⁾).

Teniendo en cuenta que si tenemos claridad sobre los OBJETIVOS que nos proponemos lograr, durante el tratamiento es fundamental el MONITOREO de la marcha del mismo e introducir los cambios necesarios en la mecanoterapia para no apartarnos de las metas que se buscan y poder arribar a ellas.

Lo esencial es que **debemos controlar** para arribar a un final satisfactorio.

No es superfluo retener cuales son los objetivos de un tratamiento ortodóncico

- 1) Estética
- 2) Función
- 3) Estabilidad de los resultados obtenidos

El primero de ellos es el que generalmente requiere el paciente y se refiere a alinear agradablemente los 6 dientes anteriores y superiores y es lo que se puede lograr con menores dificultades.

El punto 2) FUNCION, al que no se presta demasiada atención se refiere a la **MOTRICIDAD MANDIBULAR**, que es gobernada por la actividad neuro-muscular. La importancia radica en que es el aspecto fundamental de los resultados obtenidos punto 3) de los objetivos del tratamiento y que de acuerdo a las conclusiones de las investigaciones de Riedel ⁽⁴⁾ y de Little ⁽⁵⁾ es más difícil, pues la observación de los principios de la mecánica permite lograr el (1) pero el **más difícil es mantenerlos**.

ARMONÍA FORMA-FUNCIÓN

Generalmente se muestra los resultados de un tratamiento en una de las posiciones de la mecánica, la estática, con la boca cerrada en máxima intercuspación.

Pero esta no es una posición funcional. Recordemos que las 3 funciones de la boca son: la masticación, la deglución y la articulación de la palabra (lenguaje) se realizan por la Motricidad Mandibular y de los músculos insertados en ella (aunque más no sea parcialmente) labios, lengua y carrillos, es decir movimiento mandibular.

No es pequeña cosa recordar que la mecánica tiene tres componentes; la estática ya mencionada, la dinámica (fuente del movimiento: que es neuromuscular y regida por la actividad refleja del Quinto par Craneal (Trigémino) coordinada con el Facial (lenguaje gestual) Glossofaríngeo (deglución) y el X, Neumogástrico o Vago que rige la actividad de la laringe emisora de la voz pero esta es articulada y modulada por lengua, labios y carrillo, participando la arquitectura de los arcos dentarios especialmente en el sector anterior, de caninos para adelante en el fenómeno de la modulación del lenguaje.

El tercer componente es la cinemática, es decir la trayectoria del Movimiento mandibular, con los músculos y el arco inferior (Elemento Móvil del Sistema integrado Estomatognático) y a eso se lo llama **Motricidad Mandibular**.

La posibilidad de que la actividad muscular pase de una función a otra en fracción de segundos se llama en Neurofisiología Ley de Beevor y es coordinada por circuitos neuronales centrales, tal como lo está demostrando la investigación experimental de la última década.

Cabe entonces tener en cuenta que la estabilidad de los resultados finales de un tratamiento ortodóncico no depende solamente de factores estrictamente locales como el recobramiento elástico de las fibras periodontales (que tiene su importancia) sino de los factores biológicos que cambian con el tiempo, Crecimiento, Maduración y actividad Motriz.

Una vez alineados los dientes en cada uno de los arcos, en el superior esto es la clave de los objetivos estéticos. Esto es probablemente una de las bases del éxito en la profesión de los Brackets pretorquados (Arco recto) pero esto es válido sólo para anomalías no complejas, las dificultades se presentan para las discrepancias del arco.

Para salvar este inconveniente y basados en la Teoría Gnatológica se propone como medio diagnóstico el montaje en Articulador en Relación céntrica.

Esto nos lleva a un problema básico. Cual es el modelo real de la Oclusión: El mecánico o el Biológico. Sobre todo cual es el que tiene una relación la motricidad.

Mollenhauer (6) refiere que Ronald Roth en un curso dictado en Melbourne dijo que "la boca es un pobre articulador" por ello es imprescindible montar en Articulador para hacer diagnóstico, pero más adelante Mollenhauer indica que los vastagos que se colocan en el conducto auditivo externo tanto para cefalometría como para el arco facial para el montaje en articulador cambian la posición de la mandíbula.

El paradigma del Articulador lleva a decir que hay que obtener una llave canina y una guía canina (por deslizamiento) una guía incisiva; una llave molar; una guía condilea (por deslizamiento). Como podemos apreciar todos estos conceptos derivan de un modelo mecánico de la oclusión.

Según el llamado Report del Presidente Griffiths (7) y otros sucesivos convocados con el auspicio de la NIH (National Institut of Health) nunca fueron presentadas pruebas biológicas de que la boca funcionara sobre la base de este modelo mecánico (el Articulador), que no es más que un artefacto del laboratorio del Mecánico para hacer Prótesis.

Inversamente WE.Bell (Que fue el maestro de Oke-son, y al que dedica su libro) dice que el día que se pueda construir un articulador con terminaciones nerviosas perceptivas y musculos lo va a utilizar; mientras no le dedica al montaje en articulador mas que 10 renglones (8).

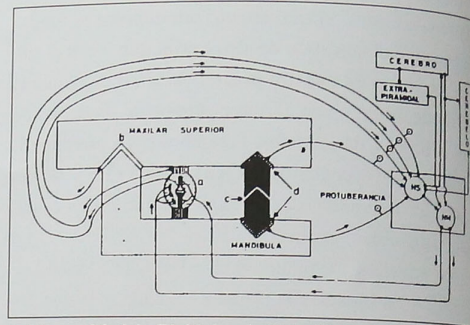
MODELO BIOLÓGICO

Ante todo aclaremos que es un modelo. Se trata de la objetivación de una teoría en proceso de verificación.

En otras palabras no existen las verdades absolutas, ni sus consecuencias; los dogmas.

En la figura 1 tomada de Arturo Manns (9) se percibe claramente que el sistema Estomatognático es un sistema integrado, con información proveniente de terminaciones propioceptivas provenientes del periodonto de los dientes, de los husos neuromusculares y los de la ATM todas estas percepciones van por la vía ascendente hasta el nucleo del puente Trigeminal donde se conecta con la

vía central, donde tras conectarse con las vías cerebelosas (que rigen el equilibrio de la cabeza en relación a la posición postural general desde allí donde los engramas que se elaboran por aprendizaje y mecanismos feedback de ajuste en el punto de partida para la vía motora que va a manejar la motricidad mandibular.



1. Manns- Modelo Biológico de Oclusión

La figura 2 muestra las terminaciones propioceptivas periodontales que registran las posiciones contactantes interarquiales, según los estudios histológicos de Griffin y Harris y verificados por estudios experimentales.

Como puede verse no es la morfología cuspeada ni las facetas, ni la guía condílea los que conducen el movimiento sino la información propioceptiva registrada selectivamente por las terminaciones periodontales la que determina la excitación o inhibición de los grupos funcionales musculares actuantes de acuerdo a las relaciones Contactantes (verificadas por los estudios experimentales en gatos de Yoshio Kawamura (11) siendo los sensores periodontales de incisivos y caninos los más sensibles al contacto).

Los molares son los menos sensibles y los premolares son los que siguen a los caninos en perceptividad, por lo tanto, como explicaremos más adelante, allí es donde debe ubicarse el Fulcrum con actividad física (fuerza de las relaciones contactantes interarquiales. De acuerdo a las maloclusiones, al tipo rotacional de crecimiento óseo, y la tipología de esquema funcional masticatorio (12) los que tenemos que tener en cuenta en el Monitoreo de la marcha del tratamiento.

La imagen de la Fig. 3 nos muestra como la información proveniente de los sensores periodontales son los que manejan principalmente la activación e inhibición de los musculos de apertura y cierre. Para la masticación y todas las relaciones contactantes (Manns).

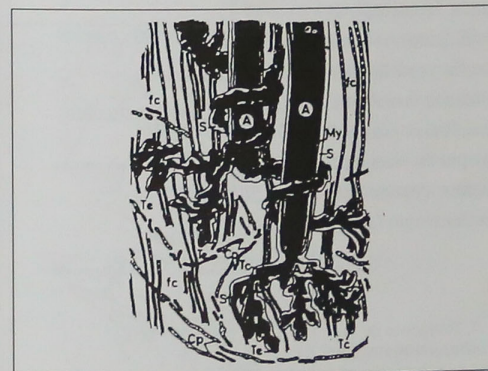
Los sensores propioceptivos de la ATM proveen información a los núcleos y engramas centrales de Motricidad Mandibular de la posición de los cóndilos en cada movimiento mandibular para coordinar el tipo de actividad muscular (dirección, fuerza, límites, etc.) con el resto de la información aferente.

En cuanto a las terminaciones propioceptivas de los husos Neuromusculares y el Organo de Golgi, son tanto más abundantes y perceptivos de acuerdo a la función del músculo.

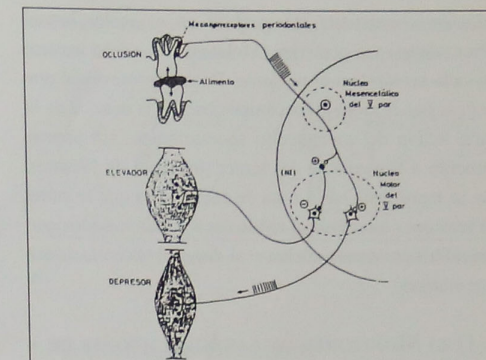
Por ejemplo en el sistema estomatognático el más rico es el Pterigoideo Externo cuyas funciones son la de estabilización condilea. Cabe tener en cuenta que en el lenguaje debe coordinarse con funciones de velocidad con el mínimo de fuerza en el cóndilo y sin rozamientos dentarios.

E. Moller demostró experimentalmente con electromiografía que el proceso de deglución comienza al cesar el contacto dentario y por la información de contacto perceptivo mucoso comienza un ciclo que cierra los labios, eleva la lengua que es recorrida con una onda contractiva que lleva el líquido o alimento hacia atrás al mismo tiempo que al elevarse la mandíbula cuando toman contacto los dientes posteriores, la señal pasa el comando del ciclo deglutivo del Trigémino al Gosofaríngeo (13).

Como puede observarse el Modelo Biológico de la Oclusión tiene un alto grado de verificación experimental que ha progresado y enriquecido en la última década, y que no podemos desarrollar dado la índole y el objetivo clínico práctico de este trabajo. Pero que haremos en una próxima publicación.



2. Griffin y Harris- Terminaciones perceptivas del Periodonto



3. Manns- Circuito perceptivo a partir del periodonto que maneja a través del centro sensitivo y motor trigeminal, los músculos elevadores depresores mandibulares

MONITOREO MORFOFUNCIONAL

El protocolo que presentamos en la fig. 4, tiene por objetivo el realizar 5 tipos de pruebas para verificar durante el tratamiento la marcha de la organización morfológica y espacial (los 3 planos del espacio en las 3 zonas biológicas de la oclusión y que guarde congruencia con las funciones del Sistema Estomatognático.

- 1) Simetría y/o limitaciones del grado de movimiento mandibular.
- 2) Posiciones básicas contactantes dentarias.
- 3) Fulcrum (punto de contacto interarquial [Motricidad con fuerza])
- 4) Contactos intermaxilares a nivel: canino, incisivo premolar y molar
- 5) Curvas cinemáticas de Monson (superior) Wilson (inferior) vistas de frente; de Spee (vista lateral)

*(1) a) MONITOREO DE LA SIMETRÍA CRANEO-MANDIBULAR

Con el paciente sentado en la posición más derecha posible y la cabeza apoyada se coloca una regla que una la Glabella con la Espinal Nasal Anterior (mirando de frente) se pide al paciente que abra la boca lentamente al máximo; si en la posición de máxima apertura el punto interincisivo inferior se desvía lateralmente, existe una Laterodesviación que puede deberse a una Disfunción Motriz.

Por ello es clave hacerlo antes de comenzar el tratamiento Ortodóncico; si aparece en el curso del tratamiento y no preexistía es importante verificar si en la

relación contactante interarquial en el sector lateral (Premolares) y/o posterior (Molares). Esto debe hacerse en cada sesión con el paciente. Pues el profesional que se guía por el modelo mecánico observa la marcha de la parte activa del mecanismo aparatológico, sin prestar atención a la vigencia del tercer principio de Newton, que se manifiesta en la zona de anclaje a la que se suma las tensiones internas del tejido óseo y blandos a los que nos referiremos más adelante al describir las relaciones contactantes.

*** (1) B) MONITOREO DE LAS LIMITACIONES DE MOTRICIDAD**

Se pide al paciente que abra la boca al máximo (debe poder hacerlo no menos de 40 mm.) que deslice la mandíbula para ambos lados (no menos de 7 mm.) y de protrusión. Si no es preexistente puede deberse a una discrepancia de arco en cualquier de los 3 sentidos del espacio.

*** (2) a) POSICIÓN PERCIBIDA DE PRIMER CONTACTO INTERARQUIAL**

Está totalmente ligada a la posición postural, por lo tanto debe colocarse al paciente sentado en el extremo anterior del borde del sillón formando su espalda 90 grados con el respaldo **sin apoyarse en él**, con la columna erguida con la vista mirando al infinito. Esta es la posición postural básica sin que contacten los dientes (recordemos que el ser humano es biológicamente un vertebrado, y que su carácter básico es la posición erecta).

Se le pide entonces que cierre suave y lentamente (actividad tónica) y que nos diga si toca primero de un lado, o adelante. Si eso sucede es porque no hay congruencia de curvas cinemáticas. Cuando hay equilibrio morfofuncional no percibe diferencias y que los contactos experimentados por los sensores periodontales son armónicos con la posición funcional condílea en la ATM y la actividad de los grupos musculares actuantes, lo que tiene las mayores posibilidades de mantener el equilibrio de la Motricidad Mandibular y por ende la estabilidad Morfo-funcional.

No hay que perder de vista que lo más importante es que no se altere la Relación Maxilo-Mandibular que es lo que trae cuando no está equilibrada un factor irritativo del Circuito Neuronal, que incita o agrava el bruxismo

que a corto o largo plazo destruye la armonía estética que se busca en el sector anterior.

*** (2) b) OCLUSIÓN CENTRICA - RELACIÓN CÉNTRICA**

La Oclusión centrica (que es sinónimo de máxima intercuspación) es la posición de la mandíbula en relación al maxilar en la que se consigue el máximo de puntos de contactos interdentarios posible en la articulación de los dientes.

La relación centrica es la posición mandibular en la que la función rotatoria (eje de bisagra) está funcionando en su posición más fisiológica y se determina cuando el contacto inicial interdentario está contenido en el eje de bisagra.

Ambas se toman con el paciente con la espalda y cabeza apoyados en el respaldar y cabezal, por lo tanto no forma parte de la posición postural.

La oclusión de máxima intercuspación es una posición estática conseguida con esfuerzo muscular, pero no significa equilibrio muscular, sino equilibrio contactante dentario estático bajo esfuerzo y no dinámico ni cinemático.

Es importante la relación entre las dos; cuando se lleva con los dedos apoyados en el mentón la mandíbula hacia arriba y atrás y hay resistencia muscular significa que hay cierto grado de contractura muscular y por lo tanto incongruencia cinemática que lleva a problemas en la dinámica muscular.

Cuando la posición percibida de primer contacto interarquial coincide con la de máxima intercuspación tenemos la mandíbula realmente centrada, tenemos estabilidad con el mínimo esfuerzo y si además coincide con relación centrica las condiciones son ideales para la estabilidad de motricidad mandibular, esto último puede traer problemas cuando hay deslizamiento lateral.

MONITOREO MORFO-FUNCION

- SIMETRÍA
- LIMITACION DE MOTRICIDAD

POSICIONES BÁSICAS CONTACTANTES Y NO CONTACTANTES:

- POSICIÓN POSTURAL
- POSICIÓN PERCIBIDA DE PRIMER CONTACTO INTERARQUIAL
- OCLUSIÓN CENTRICA
- RELACION CENTRICA

FULCRUM

- UBICACION APROPIADA (TIPO ROTACIONAL) CONVERGENTE/ DIVERGENTE

CONTACTOS

- CANINOS
- INCISIVOS
- PREMOLARES
- MOLARES

CURVAS

- MONSON
- WILSON
- SPEI

4. Protocolo de monitoreo ortodóncico del estado morfo-funcional.

*** (3) FULCRUM (APALANCAMIENTO)**

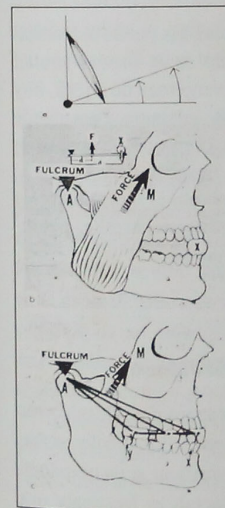
En el caso en que dos huesos están conectados por medio de una articulación móvil (ATM) uno de ellos debe ser fijado en una posición, para que el otro pueda ejercer una acción mecánica contra él; por ejemplo; para levantar un peso con la mano y el antebrazo deben ser fijados muscularmente para que la acción de la contracción del biceps pueda hacer la fuerza.

En el caso de la mandíbula, la que debe ser fijada es la cabeza por los músculos pre y retrovertebrales. Cuando hay que hacer fuerza contra el arco dentario superior (Masticación) la porción horizontal de la mandíbula actúa mecánicamente como una palanca de Clase 3 ⁽¹³⁾ es decir como una pinza de algodón, para proteger a la ATM que es el punto más débil del aparato masticatorio por ello en la zona anterior es donde los músculos ejercen menos fuerza. Fig. 5

Por ello cuando el punto de apoyo o apalancamiento (Fulcrum) del arco dentario inferior contra el superior está ubicado en la zona molar posterior, cambia el sistema de apalancamiento pasa a ser del tipo 1 (cuyo símil sería un forceps) y en caso de bruxismo severo y/o prolongado daña el menisco de la ATM.

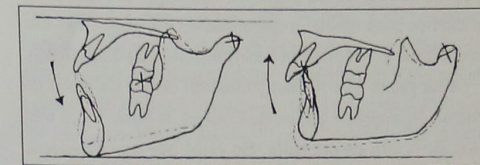
En la fig. 6 podemos ver los dos tipos extremos rotacionales maxilo mandibulares demostrados por A. Björk en sus estudios longitudinales con implantes en los que podemos ver la ubicación del Fulcrum marcados con una (x).

Las rotaciones convergentes (con un ángulo interbasal en el cefalograma de Björk menor de 25 grados) hay que llevar en el tratamiento ortodóncico el punto de contacto interarquial (Fulcrum) lo más atrás posible y este es el objetivo fundamental del tratamiento que hay que Monitorear. Inversamente en las rotaciones divergen-



5. Krogh Poulsen- Acción mecánica de palanca de tercer género de la mandíbula.

tes (ángulos mayores de 30 grados) el tratamiento consiste en llevar el Fulcrum lo más adelante posible.



6. Ubicación del Fulcrum en basales convergentes y divergentes.

*** (4) CONTACTOS DENTARIOS**

a) CANINOS SUPERIORES CON INFERIORES

Este es el segundo punto capital de diagnóstico de la marcha del tratamiento ortodóncico (Monitoreo) en el que se logre cuspeideo interarquial bilateral simultáneo, no importa si es en clase 1 o 2; aunque esta última forma es la más conveniente porque proporciona por un parte la mayor distancia intercanina que permita armonizar bellamente el grupo dentario anterior que es la demanda de los pacientes; por otra parte hay que monitorear que se mantenga el contacto intercanino en el largo período de contención, pues por la forma de la mandíbula los inferiores tienden a lingualizarse y perder contacto con los superiores con lo que aparece una nueva maloclusión señalada por Thurow ⁽¹⁾ (la discrepancia de ancho transversal canina).

No obtener contacto canino en sentido vertical o que este se pierda por crecimiento, puede ser un síntoma importante de la aparición de una mordida abierta basal tardía.

La relación interarquial canina es una de las pruebas a la que hay que prestar la mayor atención **DURANTE** el tratamiento, especialmente si es unilateral porque instala una perturbación en los engramas centrales que tienden por la alteración de la percepción perceptiva a la desorganización de la motricidad, cuando es no contactante, produce con el tiempo sobreerupción en el antagonista y alteración de las curvas cinemáticas de oclusión. Por el contrario si los caninos superiores están sobrerupcionados y cubren la mitad del canino inferior producen una traba en el movimiento lateral que puede llegar a ser un bloqueo cinemático con deterioro de la función, que es progresivo.

b) RELACIÓN CONTACTANTE INCISIVA

Esta es una de las primeras cosas que hay que tener en cuenta para medir la severidad de los problemas que nos plantea a través de la jerarquización del diagnóstico.

A tal punto que Anthony Gianelli divide los casos de protrusión superior en los de Overjet de hasta 4 o 5 mm y los de 6 mm en adelante. En estos hay que conseguir espacio tempranamente para retruir los anteriores pues si no cuando al hacerlo se inclinan los incisivos hacia atrás queda su eje de acción en el cierre por detrás del centro de resistencia de los incisivos superiores y la estabilidad de los resultados muy precaria para evitar la recidiva es necesario un marcado torque radicalar.

Estas posibilidades tiene sus límites por lo que los casos de gran overjet hacen recomendable no efectuar extracciones inferiores.

Es imprescindible evaluar el overjet, **durante todo el tratamiento**, a partir de la Relación Céntrica, pues no basta hacerlo en el Diagnóstico inicial pues es muy frecuente que por cambios cuspideos en la zona posterior por movimientos reactivos en el anclaje, y de fuerzas reactivas elásticas del tejido óseo, y ello activa la contracción protectora de los Pterigoideos Externos que nos hacen creer en una reducción del overjet importante que no es tal, sino un cambio de posición mandibular por Disfunción.

Esta es una de las tantas razones por que el pretorqueado de arcos continuos multibracket instalados al comenzar, puede complicar el tratamiento más que solucionarlo.

La evaluación de la relación incisiva se hace con papel de articular y debe ser suave y no dejar teñidas zonas muy marcadas; pues su papel es emitir una señal perceptiva a los centros neurológicos para indicar el límite anterior del movimiento mandibular.

c) RELACIÓN CONTACTANTE PREMOLAR

Es muy importante pues en esa zona está ubicado el fulcrum y hay dos formas de evaluarla.

- 1) Por la posición percibida de primer contacto tónico, que tal como lo hemos explicado en el punto 2.(a) el paciente es el que nos tiene que decir que percibe contactos bilaterales multaneos o que no siente diferencia entre un lado y otro.

- 2) Al ocluir en máxima intercuspación utilizando la función muscular fásica (con fuerza) estamos determinando la posición del fulcrum, se debe hacer con papel de articular; en ambas formas estamos evaluando en primer lugar si el Fulcrum es el más conveniente desde el punto de vista de la protección de la ATM contra fuerzas excesivas (Bruxismo) y por otra parte si los grupos musculares actuantes derechos e izquierdo están actuando en fase, ya sea simétricamente en apertura y cierre y/o en la masticación unilateral en forma congruente, cumpliendo la ley neurofisiológica de Beevor, tal como lo explica K.Paulsen ⁽¹⁴⁾.

La relación interpremolar debe ser evaluada mirando al paciente de frente, teniendo en cuenta la tipología morfofuncional, ⁽¹²⁾ si tiene los ejes de los superiores e inferiores hacia adentro que se puede dar tanto combinada con mordida cubierta en la zona anterior que es lo más frecuente o con protrusión superior. Lo que hay que vigilar es que no se haga una relación no contactante, nuevamente el papel de articular es el elemento más apropiado para controlar (Monitorear) que esto no se de.

Si los ejes divergen hacia afuera una excesiva expansión en los superiores puede dar una curva de Monson inapropiada, además que solo permite ganar 1 mm. de espacio. Una mecanoterapia de estiramiento o alargamiento del arco puede lograr hasta 5 mm.

d) RELACIÓN CONTACTANTE MOLAR

En los casos de mordidas profundas puede ser ventajoso que el Fulcrum esté ubicado en el Primer Molar, pero en los tipos rotacionales divergentes de Björk, hay que tratar que el Fulcrum esté mas adelante. Pues puede llevar hacia una mordida abierta, o un tipo de apalancamiento que no sea de tipo 3 y es riesgoso para la ATM.

Es muy importante vigilar durante la mecanoterapia que en la zona de anclaje no se extruyan cuspides palatinos lo que trae discordancia de curvas.

*** (5) CURVAS ARQUIALES****a) MONSON (DEL MAXILAR SUPERIOR)**

Se evalúa con el mango del espejo dental, tal como lo aconseja Marcotte, vista de frente colocandolo en forma transversal y lo que hay que verificar si es perpendicular al eje de simetría craneo-facial, es frecuente que

durante el tratamiento un lado tenga mayor convexidad que el otro y entonces el funcionamiento bilateral muscular no opera en fase (armonicamente).

La evaluación en sentido longitudinal, también con el mango del espejo, muy a menudo presenta una forma de senoide, como ya explicamos mas arriba, que puede producirse por una retrusión incisiva con extrusión anterior y que generalmente engendra una curva opuesta en el antagonista, que puede llevar a una desorganización funcional en el mediano o largo plazo; esto debe detectarse lo mas temprano posible porque un arco pesado de alineamiento cuando el problema está instalado puede traer problemas en otras zonas de la oclusión.

b) WILSON (MANDIBULAR)

Las consideraciones son las mismas que las del superior, además es importante ver si ambas se corresponden en los 3 planos del espacio, haciendo movimientos tridimensionales deslizantes, teniendo en cuenta todo lo que hemos puntualizado mas arriba.

c) SPEE

Es la llamada curva de compensación del sector molar, especialmente segundos y terceros.

Una de las consideraciones prácticas es si conviene embandar el segundo molar, la experiencia practica lo aconseja, pero ello depende del angulo interbasal, que cuando tiene magnitudes altas obliga a movimientos de torque complejo. Otro recurso es el ajuste acusal que muchas veces es ineludible cuando la erupción del sector posterior es muy tardía.

Queremos resaltar que actualmente se quiere centralizar el diagnóstico y el monitoreo del tratamiento ortodóncico en el chequeo de la Relación Céntrica como punto fundamental de referencia de la posición correcta de la Mandíbula Céntrica (RC) pues no se mastica en RC ni cerca de ella. Además no se trata de un punto fijo en el espacio, sino que varia intraindividualmente; y que estudios de animales (que coincide con observaciones en humanos) demostraron que el dolor hace variar la actividad muscular y por lo tanto la RC ⁽¹⁵⁾

Además Barry Sessle (Decano de la Univ. de Toronto) e investigador Neurologico del mas alto prestigio enfatiza que la sensibilización periférica (Allodynia) que

es alteraciones de los receptores periféricos arriba descritos (asociados a cambios neuroquímicos) en neuronas centrales nociceptivas del Talamo y de cambios Neuroplásticos en la zona de la corteza (por influencias emocionales y/o afectivas) que contribuyen a los rasgos clínicos de sintoma irritativos y de Dolor en ATM y en los músculos Masticatorios ⁽¹⁶⁾ que pueden variar la relación interarquial.

Es muy importante tener en cuenta que como lo demuestra Stohler ⁽¹⁷⁾ los puntos "Trigger" (Gatillo), pueden hacerse irritativos o sensibles a partir de influencias centrales (Neuroquímicos, emocionales o ambos) inversamente a lo que sostenia J.Travell, y pueden estar latentes o presentes aunque el paciente no lo perciba conscientemente o los refiera a la pregunta si tiene dolor (por mecanismos inhibitorios centrales) pero que influyen igualmente en la actividad muscular.

Por ello es importante evaluar la Motricidad en Ortodoncia especialmente en lo que hace a la restricción o la distorsión de los movimientos mandibulares (Punto 1 (a) y b) del protocolo de monitoreo ortodóncico. Esta es la Cinemática Clínica de la Boca real y no la del Articulador. De mucho mayor valor para el control de la marcha del tratamiento que la Posición interarquial mordiendo (Estática) y sobre pasa la estabilidad de los resultados.

BIBLIOGRAFÍA

- (1) Thurow Raymondo - Ortodoncia de Arco de Canto Ed.Limusa.
- (2) Brigitte Roland (en Diagnosis del Diagnostico de Pawlik) Ed Herder 1990
- (3) Klimovsky Gregorio. Las desventuras del conocimiento científico. Una introducción a la Epistemología. AZ de 1994.
- (4) Riedel Richard A. et al. Mandibular arch legth increase during the mixed dentition Am. J. of Othodontics 1990;97:939-404.
- (5) Little Robert M. et al. An evaluation of changes in mandibular anterior alignment. Am J. of Orthodontics. 1988;93:423-8.
- (6) Mollenhauer Barry. Towards paradigmless orthodontics. Australian Orthodontic Journal 1986;9:354-60
- (7) Griffiths RH. Report of the President's conference on TMD.JADA. 1983;106:75-77
- (8) Bell WE. TMD. Year Book Medical Publisher 1990.-p 166-176-

La Salud está en peligro

Sr. Director de "Revista del Ateneo Argentino de Odontología" Ariel Osvaldo Gómez
Su despacho

Que el mundo fue y será una porquería ya lo se, en el 510 y en el 2000 también...

Al más clásico estilo Alderefta, las actuales autoridades del PAMI resolvieron privatizar la atención odontológica, concursando la misma a gerencadoras que formarán redes de atención, ahora con el cambio de estilo pasan a denominarse administradoras.

Pero esto es la mitad del problema, la otra mitad que cierra el círculo de la corrupción o de la ineptitud, aún bajo la tutela de la ONU, es el poner en PELIGRO REAL LA SLUD.

El Instituto ha dispuesto pagar una capita mensual por beneficios de \$ 1,10, que estará destinado a la cobertura odontológica integral, incluyendo prótesis dentaria. La administradora retendrá el 50% que destinará a gastos administrativos, especialidades, ambulancia de urgencia y laboratorio de prótesis.

El profesional recibirá \$ 0,55 por beneficiario, monto al que se le deberá reducir los impuestos, lo que hará fluctuar la capita neta entre \$ 0,30 y \$ 0,40, con lo que tendrá que brindar atención primaria, afrontar los gastos de materiales odontológicos, descartables, drogas, medicamentos y cumplir con las normas de bioseguridad; además de realizar hasta 8 trabajos protéticos mensuales cubiertos por dicha práctica.

No hace falta ser Economista o Genio de las matemáticas para comprender que con dichos montos no se puede

dar ningún tipo de atención, a una población que sin contar las prácticas protéticas, tiene una necesidad promedio de 2 prácticas anuales.

Es por esto que acusamos a las autoridades del I.N.S.S.J.P. de:

Persistir con los métodos de tercerización, a pesar de tener estructura propia para contratar profesionales directamente, lo que permite retornos y dispersa los fondos disponibles, favoreciendo a grupos administradores, llegando montos miserables a quienes deben brindar atención, y perjudicando al beneficiario.

De asignar un valor capita, que no cubre los costos, de atención, fomentando e induciendo indirectamente ejercicios de mala práctica.

De delegar la responsabilidad de velar por la buena atención de la Salud, recayendo finalmente todo el peso en quien recibe un monto incoherente con la realidad. **QUE LE VAN A EXIGIR A UN PROFESIONAL QUE TENDRÁ QUE HABILITAR UN CONSULTORIO 5 VECES POR SEMANA, Y QUE POR UNA CAPITA DEL 1.000 BENEFICIARIOS RECIBIRÁ EN EL MEJOR DE LOS CASOS \$ 400 MENSUALES, CON LOS QUE TENDRÁ QUE AFRONTAR LOS GASTOS DE LA ATENCIÓN, LOS QUE DEMANDE EL MANTENIMIENTO DEL CONSULTORIO Y LOS PROPIOS DE LA BIOSEGURIDAD (TAN DECLAMADA, PERO NUNCA TENIDA EN CUENTA), Y DE LOS HONORARIOS, BIEN GRACIAS.**

EL CAPITALISMO SALVAJE, NO SE DIFERENCIA DE SU ARCHIENEMIGO EL COMUNISMO, TODO ES CUESTION DE MERCADO.

Dr. Carlos A. Vaserman

Vocal del Ateneo Argentino de Odontología.

Miembro de la comisión gremial.

Vocal de la F.O.C.I.B.A.

Novedad Editorial

Ortodoncia en Adultos

Doctores Alcibiades González y José Suarez Lorenzo.

UN LIBRO DE 328 PÁGINAS CON 35 DIBUJOS Y 120 FOTOS EN BLANCO Y NEGRO Y 212 A TODO COLOR

Prólogo del Dr. Luis Zielinsky

Fundamentos de la terapéutica en adultos con una abundante Casuística.
y con un capítulo dedicado a lo nuevo en Biomecánica Ortodóncica.

Pedidos a: ODONTOLIBROS - Sr. Alberto Pellegrini - Teléfono (0341) 491-3057

Libros y publicaciones

dice el Dr. Aroldo A. Ritacco, uno de sus maestros, en el prólogo de su libro: "La Operatoria Dental es una disciplina en constante evolución"

Conviven en él con comodidad y armonía, los compómeros con la amalgama, el aparato creado por Roentgen con la radiología digital, la turbina y el micromotor con el laser, las cámaras intraorales, los sistemas computarizados Cad Cam, el dispositivo electrónico para conductometría y el dispositivo electrónico para estudio de ATM.

Comenzando con una valiosa introducción, no deja tema sin abarcar, tanto referidos al profesional, (postura, economía de tiempos, normas de bioseguridad), como al confort del paciente.

Proporciona una detallada y moderna visión del consultorio y de la actividad del auxiliar a cargo. Describe las estructuras dentarias y los procedimientos diagnósticos y terapéuticos para tratar sus afecciones, desde la prevención al tratamiento, adecuándolo para satisfacer una rehabilitación no solo de la función sino también de la estética.

Nos introduce hacia los nuevos materiales, sus preparaciones cavitarias e indicaciones particulares, pero sin apartarlos del concepto integrador que relaciona a la Operatoria Dental con las otras disciplinas odontológicas. No abandona a la antigua y siempre vigente amalgama o a las incrustaciones metálicas, pero nos lleva hasta las incrustaciones de composite y porcelana o a las carillas.

En pocas palabras incorpora los avances científicos tecnológicos, los adelantos de la industria y la mecanoterapia, a la Odontología de hoy.

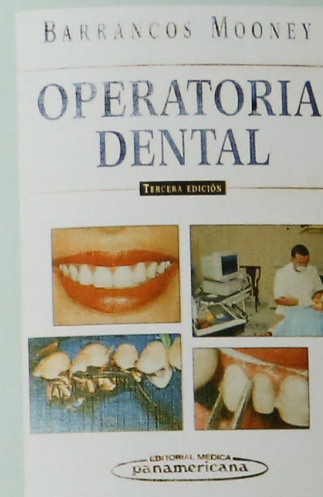
Está narrado en forma clara y precisa, con excelente fotografía y diseño y con un ordenamiento coherente, que facilita su utilización como texto de consulta permanente para el profesional.

Además cabe destacar la auténtica capacidad del autor para recopilar con agudeza y concepción clínica, las obras más sobresalientes y actualizadas sobre los temas de mayor relevancia, escritas e investigadas por autores destacados a los cuales menciona a lo largo de toda la obra.

Y por último este trabajo, busca proporcionar para el engrandecimiento profesional, no solo el conocimiento científico o técnico de avanzada sino que aún marca pautas de conducta y vínculo paciente profesional encarando una visión humanística.

Por lo tanto, felicito al Dr. Barrancos Mooney y a todos sus colaboradores, por ese valioso aporte, que ofrece una puesta al día, a la Odontología Argentina.

Dra. Beatriz Graciela Lombardo



"Operatoria Dental"

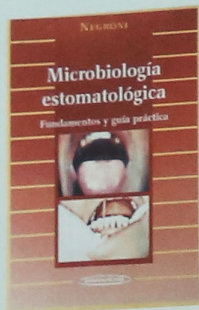
de Barrancos Mooney y Colaboradores

Emitir una opinión puede ser algo trivial, pero realizar un comentario bibliográfico ya pasa a ser una seria responsabilidad; y hacerlo sobre la obra del Dr. Barrancos Mooney y colaboradores, es todo un atrevimiento de mi parte, ya que cuento para ello con dos únicos baluartes: uno el ser Odontóloga, es decir pertenecer durante largo tiempo a esta profesión, y el otro haberme dejado atrapar científicamente por la obra.

Gran parte del camino me fue allanado, por el hecho de que se presenta su tercera edición, en 1981 editaron la primera y su aceptación en los medios académicos dió pie para que, en 1988 y en 1999, se publicaran ampliadas y actualizadas una segunda y tercera ediciones.

Este texto completísimo sobre uno de los basamentos más importantes de la Odontología como lo es la Operatoria Dental, tiene el don de presentar una terapéutica nueva y actualizada, con excelente rigor científico, pero sin ser detractora sobre los conceptos que han quedado en el tiempo, modificandolos o no y haciéndose eco de lo que

Libros y publicaciones



Microbiología Estomatológica- Fundamento y Guía Práctica

Autores: Marta Negroni y Colaboradores

Este libro será una obra indispensable de consulta de los que están formándose en la profesión odontológica y de todo aquel que quiera completar sus conocimientos en el difícil y arduo campo de la microbiología y de la inmunología estomatológica.

Con 565 páginas divididas en VII partes amalgama temas actualizados tales como: generalidades de microbiología, inmunología y microbiología bucal, enfermedades infecciosas bucales y peribucales, microbiología aplicada de interés odontológico, una guía de trabajos prácticos y por último un apéndice.

Es interesante pedagógicamente como en el inicio de cada tema se presenta el contenido y los objetivos que se pretenden alcanzar. De la misma manera al finalizar el mismo existe un resumen y preguntas de revisión, lo cuál facilita al lector el análisis de la leído.

Una mención especial merece la parte V donde la autora nos enseña de manera sencilla como arribar con éxito al diagnóstico del agente etiológico en la práctica diaria.

Un párrafo final merece la destacada trayectoria de su autora, la Dra. Marta Negroni y sus colaboradores todos de gran prestigio, que con su experiencia y capacidad han logrado una obra que no solamente será consulta obligada de los alumnos, sino de todo profesional que quiera conocer en profundidad la microbiología de la patología oral.

Dra. Isabel Adler
Estomatóloga.

Noticias del Ateneo Nuevas Autoridades

Período Enero 2000 a Diciembre 2001

Tal como está previsto en los estatutos del Ateneo Argentino de Odontología (AAO), el día 17 de Diciembre de 1999, fue electa en Asamblea, la Nueva Comisión Directiva, que quedó constituida por: **Presidente**, Dr. Armando Pollero; **Vicepresidente**, Dr. Ricardo Pomeranic; **Secretario**, Dr. Mario Beszkin; **Prosecretaria**, Dra. Beatriz Lombardo; **Tesorera**, Dra. Marcela Sanchez; **Protesorera**, Dra.

Patricia Zaleski; **Vocales Titulares**, Dres. Héctor Ziegler, Sara Sneibrun, Luis Zielinsky, Juan Meer, Isaac Rapaport, Luis Caputo; **Vocales Suplentes**, Dres.: Lilian Pivetti, Angela Vallone, Oscar Siscar, Carlos Vaserman, Susana Otero, Elías Beszkin; **Comisión Fiscalizadora**, Dres.:

Mario Daniel Torres, Eduardo Muíño, Claudio Sklar, Jaime Juan Fiszman, Beatriz Lewkowicz, José María Borrell.

El presidente electo Dr. Armando Héctor Pollero se graduó en la Facultad de Odontología de la UBA en 1969 y recibió el título de especialista en Ortodoncia en 1994, es socio fundador de la Sociedad de Ortodoncia de la República Argentina (SORA) y desde el año 1989 ha ocupado cargos directivos en el A.A.O.

Es docente de posgrado en su especialidad desde 1979 en que comenzó como ayudante, siendo actualmente Jefe de Clínica de Ortodoncia. Dictante del curso integral del tratamiento de las maloclusiones y de técnicas combinadas con fuerzas ligeras y coordinador y dictante en el curso integral de ortodoncia para profesionales del interior del país.

Fue secretario y presidente de las IX y X jornadas del A.A.O. respectivamente. Es casado, de 56 años de edad y padre de 3 hijos.

Conducirá el Ateneo Argentino de Odontología, hasta diciembre del año 2001.



Dr. Armando H. Pollero.

Agenda de Congresos y Jornadas*

EN ARGENTINA:

□ **CONGRESO ODONTOLÓGICO - 1º DECENTENIO DE LA F.O. DE LA U. MAIMONIDES.**
25 AL 27 DE MAYO DE 2000. LUGAR BUENOS AIRES
INFORMES: FOUH HIDALGO 775
1405 BUENOS AIRES
TEL: (011) 4982 - 3425 / 8188 / 8181.

□ **PRIMER CONGRESO MULTIDISCIPLINARIO DE LA FEDERACION ODONTOLÓGICA DE LA PROVINCIA DE BUENOS AIRES**
25, 26, 27 DE MAYO DE 2000. HOTEL PROVINCIAL SIERRA DE LA VENTANA, HOTEL PROVINCIAL PROV. DE BUENOS AIRES

□ **41ª JORNADAS ODONTOLÓGICAS INTERNACIONALES DE LA FACULTAD DE ODONTOLÓGICA DE ROSARIO CIRCULO ODONTOLÓGICO DE ROSARIO - ATENEO DE ODONTOLÓGICA DE ROSARIO**
14 AL 17 DE JUNIO DE 2000. INFORMES E INSCRIPCIÓN: SANTA FE 3160 ROSARIO - SANTA FE
TEL: 0341-480-4609 / FAX 0341-480-4605. COR: RIOJA 2471 ROSARIO SANTA FE
TEL: 0341-4405817. A.A.O.: 3 DE FEBRERO 1274.
ROSARIO - SANTA FE.
FAX: 0341-448-0558

□ **40as JORNADAS INTERNACIONALES DE LA FACULTAD DE ODONTOLÓGICA DE ROSARIO Y 1ª JORNADA INTERNACIONAL DE ESTUDIANTES**
15 AL 17 DE JUNIO DE 2000. INFORMES E INSCRIPCIÓN: SANTA FE 3160 (2000) ROSARIO SANTA FE, TEL: 0351-480-4606/07/08/09.

□ **ACTO 21.**
28, 29, 30, DE JUNIO Y 1 DE JULIO DE 2000. LUGAR :CESAR PARK INFORMES SIDDY MAD
JUNIN 959 (C1119AAC) BUENOS AIRES
TEL: (011)4961-6141 INT. 205 - FAX: (011) 4961-1110.

* Fuente: Asociación Dental Americana - Federación Dental Internacional - Ateneo Argentino de Odontología

□ **EXPODENT 2000 - BUENOS AIRES**
ODONTOLÓGICA PARA EL TERCER MILENIO.
SEDE: CENTRO DE EXPOSICIONES DE LA CIUDAD DE BUENOS AIRES. 16 AL 20 DE AGOSTO 2000
ORGANIZA: CACID. CAMARA ARGENTINA DEL COMERCIO E INDUSTRIA DENTAL: PASTEUR 765 PISO 3
BS. AS. TEL/FAX: (54-11) 4953-3867 / (54-11) 4952-9376
e-mail: cacid@ba.net

□ **COSAE 2000**
X CONGRESO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE ENDODONCIA - SECCIONAL DE LA ASOCIACION ODONTOLÓGICA ARGENTINA
17 AL 20 DE AGOSTO DE 2000. SEDE: HOTEL SHERATON LIBERTADOR BUENOS AIRES INFORMES E INSCRIPCIÓN: JUNIN 959 5º PISO
PISO (1113) TEL: (54-11) 4961-6141 INT. 203
FAX (54-11) 4961-1110 - e-mail: sae@aoa.org.ar

□ **XXVI REUNION ANUAL DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE PERIODONTOLOGIA.**
31 DE AGOSTO AL 2 DE SETIEMBRE DE 2000.
INFORMES E INSCRIPCIÓN: SAP JUNIN 959 5º PISO (C1119AAC) BUENOS AIRES TEL: (54-11)4961-6141 INT.204 FAX: (54-11)4961-1110 E-
e-mail: sap@aoa.org.ar http: www.aoa.org.ar

□ **JORNADAS 10º ANIVERSARIO DE LA ASOCIACION IMPLANTODONTOLÓGICA ARGENTINA**
SEDE: SALON AUDITORIO DEL CIRCULO OFICIALES DE MAR. 8 Y 9 DE SETIEMBRE 2000.
INFORMES: BME. MITRE 1470 1º PISO 9 A 18 HS.
TEL/FAX: 4381-8796

□ **ESPACIO DE ACTUALIZACION EN CIRUGIA.**
9 DE SETIEMBRE DE 2000 INFORMACIONES: DR. MARIO CODERCH - JUNIN 959 5º PISO (C1113 AAC) CAPITAL TEL: 54-11-4961-6141 INT. 415
FAX: 54-11-4961-1110
e-mail: aoa@aoa.org.ar

Dos cremas que iluminan todas las sonrisas

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

PRESENTACION:

Pomos multilaminados con 100 gr.

Crema dental para dientes sensibles y encías sangrantes

PRESENTACION:

Pomos con 100 gr.



Productos
aprobados
por CORA

Gador 
Al Cuidado de la Vida

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