

FOCIBA- 2da. Jornada sobre Ejercicio Profesional 1º de Octubre 2004

Vol. XLIII / Núm. 2 • Mayo - Agosto de 2004

- *Mordida cruzada posterior*
- *Técnica de Waldron - Axhausen ó del achicamiento progresivo de los quistes*
- *La formación de posgrado, la producción de conocimientos y el ejercicio profesional*



*Editorial
Jornadas
50º Aniversario*



- *Síntesis de las Jornadas 50º Aniversario*
- *Declaraciones FDI - Sidney 2003*
- *Carrera de Especialización en Ortodoncia*
- *Agenda de Congresos y Jornadas 2004 / 2005*
- *Información para los autores*



R.A.A.O.

Revista del Ateneo Argentino de Odontología

Unidad Operativa de la
UNIVERSIDAD
FAVALORO

Dirección:
Anchorena 1176.
(C1425 ELB) Cap Fed.

ISSN 0326-3827

Colgate® le acerca esta oportunidad increíble!

Cepillos Dentales

Colgate® PLUS TWISTER / Colgate® JUNIOR

Precio Final

\$0,99

Compra mínima:
50 cepillos Plus Twister ó
50 cepillos Junior por persona.

No incluye gastos
de envío*

Personalizados con su nombre

PROMOCIÓN ESPECIAL

Con la compra
de 100
cepillos:

**1 KIT
EDUCATIVO
DE REGALO**

Hasta agotar stock.



Colgate® Dr. Jorge Díaz



ORTHO ORGANIZERS

Brackets metálicos Roth OPTI-MIM



Torque en base anatómica
Alineación de ranuras
Curva de Spee Plana
Base Microarenada

Llevando 5 casos
\$72,00

Brackets de Cerámica Illusion Plus.



\$365,00
Llevando 5 casos
\$330,00

Fabricados en alumina policristalina.
Resistente a manchas y decoloración.

Bandas LUSA



\$13,50
Llevando 100 u. efectos
\$12,50

Para molares y premolares, con tubo y sin tubo
Interior microarenado

Arco Niti

Super elásticos,
óptima distribución
de fuerza.



Desde \$30,00
Por 10 u.



Alastic

\$37,00

Cadena Elástica
Fabricada en material
de larga duración.

CE

Alicates Endura



Corte de Ligadura - Corte Distal
Corte de Ligadura Mini

Corte de Ligadura
\$190,00

Corte Distal
\$210,00

Brackets Plásticos
Casos x 20 u.



\$70,00
Llevando 5 casos
\$60,00

Ortho No-Mix

RESINA PARA CEMENTACIÓN DE BRACKETS



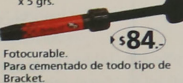
x 5 grs.

\$99,00

Ortho LC

x 5 grs.

Fotocurable.
Para cementado de todo tipo de Bracket.



\$84,00

Micro Arenador Bio-Art

\$300,00



Brackets Roth Monobloc

Pequeños, anatómicos, una sola pieza,
gran retención.



Llevando 5 casos
\$53,00

Roth c/Hook
Llevando 5 casos
\$43,00

Roth Standard
Llevando 5 casos
\$35,00

Rickets
Llevando 5 casos
\$29,00

Standard
Llevando 5 casos
\$25,00

MORELU

Bandas anatómicas



\$75,00
Llevando 50 u.
\$60,00

Soldadas con tubo

Cubetas



\$40,00

x 16 unidades
Excelente retención
Flancos Altos
Anatómicos



La empresa líder en venta de
productos odontológicos por catálogo

Venta telefónica (011) 4554-0900.
Para pedidos del interior
línea gratuita 0810-444-1111

DMD
DENTAL MARKETING DIRECTO

SERGIO TRAJTENBERG

MATERIALES Y EQUIPAMIENTOS ODONTOLÓGICOS

Anchorena 1176 (1425) - Cdad. Aut. de Buenos Aires - Tel. 4963-3503 - sergiodental@ciudad.com.ar

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

Editor responsable
Comisión Directiva
del Ateneo Argentino
de Odontología

Director
Dr. Ariel Osvaldo Gómez

**Consejo Editorial
de este número**
Dra. Isabel Adler
Dr. Ariel, Gómez
Dr. Liliana Periale

Comité de Redacción
Dr. Mario Beskin
Dr. Carlos Guberman
Dr. Juan Meer
Dr. Mario Daniel Torres
Dr. Héctor Ziegler
Dr. Luis Zielinsky

Diagramación
Prototipo

Composición y armado
Print diseño & impresiones

Impresión
COGITAL

Dir. Nac. Derechos de Autor
Registro Nº 192.365 Ley Nº 11.723
Anchorena 1176 (C1425 ELB) Bs As.
tel/fax 4 962-2727
ateneo@ateneo-odontologia.org.ar
www.ateneo-odontologia.org.ar

Volumen XLIII • Núm. 2
Mayo - Agosto de 2004

Las opiniones expresadas en esta publicación no reflejan necesariamente el punto de vista del ATENEO ARGENTINO DE ODONTOLOGÍA, 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.
FOTOS DE TAPA: Foto 1: El cofundador del Ateneo Argentino de Odontología, Dr. Luis Zielinsky y la Presidente de la Institución Dra. Beatriz Lewkowicz junto al Prof. Dr. Máximo Giglio, nombrado Socio Honorario del Ateneo Argentino de Odontología.
Foto 2: Vista general del auditorio.

**COMISION DIRECTIVA
(PERIODO: 2004 - 2005)**
Presidente: Dra. Beatriz Lewkowicz
Vicepresidente: Dr. Carlos Alberto Vaserman
Secretario: Dra. Liliana Periale
Prosecretaria: Dra. Lilian Pivetti
Tesorera: Dra. Marcela Sanchez
Protesorera: Dra. Rosario Santoro

VOCALES
Titulares: Dr. José Adonaylo, Dra. Noemi Lisman
Dra. Beatriz G. Lombardo, Dr. Armando Pollero
Dra. Angela Vallone, Dr. Hector Ziegler
Suplentes: Dra. Ester Ganiewich, Dra. Diana Kaplan
Dra. Graciela Libonatti, Dr. Eduardo Muñio
Dr. Sergio Randazzo, Dr. Lucio Scalzo

COMISION FISCALIZADORA
Titulares: Dr. Mario Daniel Torres,
Dr. Jaime Juan Fisman, Dr. Claudio Sklar
Suplentes: Dra. Sara Snehbrun, Dra. Mabel Landesman
Dra. Ana Maria Caputo

TRIBUNAL DE HONOR
Dres.: Henja F. De Rapoport - Catalina Dvorkin
Maria Rosa Valsangiacomo - Marta Dascal - Luis Zielinsky
Leonardo Voronovitsky - Edith Losoviz - Silvia Rudoy
Moisés Gerszenszteig

COMITÉ ACADÉMICO
Dra. Isabel Adler - Dra. Noemí Bordoní - Dr. Ariel Gómez
Dra. Beatriz Lewkowicz - Dra. Edith Losoviz

**SORA SOCIEDAD DE ORTODONCIA DE LA REP. ARGENTINA
SECCIONAL DEL ATENEO ARGENTINO DE ODONTOLOGIA**

Presidente: Dra. Amanda Rizutti
Vicepresidente: Dra. Stella Maris Flores De Suarez
Secretaria: Dra. Graciela Resnik
Tesorera: Dra. Ana María Kriger

VOCALES
Titulares: Dra. Ester Ganiewich, Dra. Gema Brizuela,
Dra. Marta Sarfatis, Dra. Beatriz Graciela Lombardo.
Suplentes: Dr. Luis Zielinsky, Dra. Edith Losoviz,
Dra. Beatriz Lewkowicz, Dra. Liliana Periale.

TRIBUNAL DE EVALUACIÓN
Dres.: Ester Ganiewich, Noemi Lisman
Beatriz Lombardo - Eduardo Muñio - Liliana Periale - Graciela Resnik
Amanda Rizutti - Marta Sarfatis - Luis Zielinsky

Editorial

JORNADAS 50º ANIVERSARIO

Nuestro Ateneo transita su cincuentenario, para festejarlo hemos organizado estas jornadas, que queremos dedicar a los maestros, los que están y los que se fueron, entre muchos Alfredo Fermín Alvarez y Elías Beskin, a los colegas que efectivizan la tarea docente - asistencial diaria, a los pares e instituciones nacionales y extranjeras que generosamente se sumaron a los festejos y una mención especial a las jóvenes generaciones encargados de reinterpretar los precedentes institucionales para adaptarse a las nuevas circunstancias.

Creemos que aparte del sentimiento de orgullo que esto nos produce, esta la ventaja adicional de sintéticamente definir algunas particularidades que lo identifican.

Hace 50 años asumimos con respeto la tribuna académica generando una convivencia creativa y estimulante que dio origen a propuestas que respondían a nuestras propias inquietudes y loas del medio odontológico apostamos a enseñar aprendiendo una especialidad poco difundida: la ortopedia. Las circunstancias pudieron ser convocantes pero sólo un proyecto compartido, ejercido con pasión, tuvo fuerza para perpetuarse y diversificarse en el tiempo, así nació y se desarrolló nuestro Ateneo Argentino de Odontología que festejamos, con estas jornadas.

La ética, el deseo de dar respuesta a las demandas de la comunidad odontológica. El esfuerzo reflexivo de asociar el quehacer institucional, con las necesidades de mejorar los estándares de salud oral, y la búsqueda constante por adecuar, los conocimientos científicos y las innovaciones tecnológicas a la realidad nacional son constitutivos de nuestra identidad.

Para construir nuestra propia historia, no fue ajena la decisión de atravesar los muros institucionales con ideas y convicciones que pusimos a prueba en el debate con los pares.

No cabe duda, que el desarrollo científico y fundamentalmente las investigaciones odontológicas, se benefician en grado sumo, si las instituciones académicas y científicas logran convenir programas complementarios que respetando identidades particulares; potencialicen capacidades y ayuden a superar limitaciones económicas y/o estructurales.

La adquisición de competencia clínica puede lograrse por medio de la diversidad existente en los programas de entrenamiento y enseñanza que admiten ser valorados y examinados en diferentes formas no obstante como declara la FDI es posible llegar a acuerdos entre los miembros de la profesión dental y las sociedades que los representan sobre competencias clínicas básicas y comunes en cada especialidad y la regulación de las certificaciones pertinentes.

El dialogo nos enseña que las cosas pueden verse de otra manera y las múltiples miradas enriquecen el saber diagnóstico y el hacer terapéutico. El debate resulta siempre útil, en la medida que permite

cuestionar certezas irreductibles, aclarar los disensos y construir políticas de consenso. Hoy también es necesario realizar el esfuerzo reflexivo de pensar el porvenir. Los conflictos de nuestro tiempo exigen que la problemática de la salud y sus sistemas de atención constituyan un eje ético central indiscutible e imposterizable, para construir políticas de consenso.

La realidad actual heredera de los postulados neoliberales paradigma de la década del 90, regida por las leyes del mercado como regulador social ha dejado todo confundido y una sociedad segmentada en microcosmos con marginalidad de amplios sectores de la comunidad y pauperización profesional de la población generó y consolidó obras sociales y prepagos ineficientes donde profesionales y pacientes son considerados clientes consumidores.

El eje central de esas políticas debe ser como sostiene el Dr. Máximo Glioglio e la editorial de la revista del Ateneo, "la unidad de las entidades académicas, científicas, gremiales y además odontólogos unidos y solidarios en defensa de la calidad de la atención odontológica y la naturaleza social de la educación como nuestra única esperanza.

Para ello, como universitarios tenemos el deber de hacer propuestas claras y comprensibles a la opinión pública y a los gobernantes no sólo sobre los que se debate sino sobre lo que no se discute y se debiera discutir para nuestro deseo de incorporar en el futuro la problemática de la salud oral y la dignificación de nuestra profesión; se cumpla.

Debemos comprometernos en revertir el trastorno y la ruptura de los sistemas de reglas y compartimiento moral por los cuales todas las sociedades regulan las relaciones entre sus miembros.

Efectivizar nuestra utopía de edificar sociedades adecuadas para que ellas vivan los seres humanos, tal vez pueda parecer una aspiración ingenua; pero también el único fundamento que permitirá cumplir con el sueño del progreso material y moral de la humanidad. En esta tarea nos seguimos comprometiendo.

Para finalizar, como presidente de estas Jornadas quiero agradecer sinceramente la tarea desarrollada por el Comité Organizador, por su compromiso, generosidad y cooperación y su capacidad de estar atento a una premisa formulada en los orígenes organizativos de este encuentro: Jornadas fieles al trabajo cotidiano Institucional y un marco adecuado a la generosa participación de dictantes de cursos y conferencias.

A todos ellos muchas gracias nos honran con su participación, agradecimiento que hacemos extensivo a las Instituciones académicas y Asociaciones profesionales que adhieren a ese evento, al apoyo del comercio dental y laboratorios medicinales.

Deseando que el programa científico, social y cultural, contemple vuestras expectativas, el Comité Organizador de estas Jornadas y la Comisión Directiva del Ateneo, les da la bienvenida.

Dra. Beatriz Lewkowicz
Presidente AAO
 Presidente Jornadas 50º Aniversario



Plac-out
 DIGLUCONATO DE
 CLORHEXIDINA 0,12%
gel bucal



Plac-out
 Colutorio
 CLORHEXIDINA 0,12%

**La solución integral y sostenida en
 antisepsia bucal**

UNICOS con

ALOE VERA

El excipiente activo

XILITOL

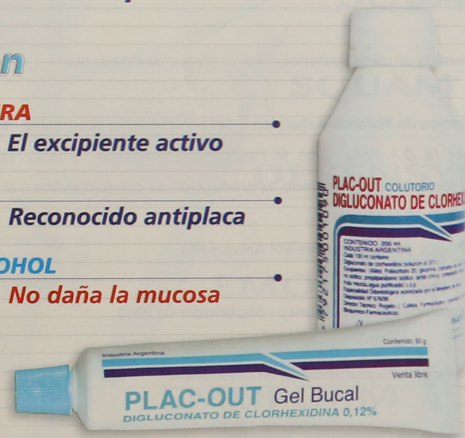
Reconocido antiplaca

SIN ALCOHOL

No daña la mucosa



VALE+
 SALUD



3.101.160 unidades vendidas

Avalan su Eficacia y Seguridad

**Doctor/a: Usted los conoce,
 gracias por su Fidelidad.**



Laboratorios Bernabó

Terrada 2346 • C1416ARZ • Ciudad Autónoma de Buenos Aires • Tel: 4501-3213/18 • Fax: 4501-3278/79 • int. 329
 E-mail: odontologia@laboratoriosbernabo.com • www.laboratoriosbernabo.com

R.A.A.O.

Revista del
**Ateneo Argentino
de Odontología**

RAAO • Vol. XLIII / Núm. 2 • Mayo - Agosto de 2004

Sumario

- 3 Editorial.
- 8 Mordida cruzada posterior.- Dra. L. Stefani de Podskubka
- 14 Técnica de Waldron-Axhausen ó del achicamiento progresivo de los quistes
Prof. Dr. C.A. Peña - Dres. M. Pagnotta y F. Fernandez - Srita. L. Pugliese y Sr. M. A. Perret
- 21 La formación de Posgrado, la producción de conocimientos y el ejercicio Profesional
Prof. Dr. R.L. Macchi
- 26 Síntesis de las Jornadas 50º Aniversario
- 30 Declaraciones FDI - Sidney - Septiembre de 2003
- 37 Carrera de Especialización en Ortodoncia
- 40 Agenda de Congresos y Jornadas
- 43 Información para los autores

Gador

se puso en línea

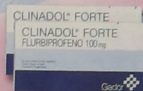


Linea
ODONTOLOGICA

SQUAM®

SQUAM® GEL

DESENSYL®



Nuevo **EMOFORM®**

Nuevo Sabor **EMOFORM®**

Dientes Sensibles

CLINADOL® FORTE



Todas las cremas
dentales de Gador tienen
la aprobación de CORA

Gador
Al Cuidado de la Vida
<http://www.gador.com.ar>

MORDIDA CRUZADA POSTERIOR

Dra. Laura Stefani de Podskubka

Resumen

En este artículo se considera la relación transversal entre ambos maxilares. Se realiza una revisión de las distintas clases de mordidas cruzadas posteriores de acuerdo a su etiología y desarrollo. Se realiza una descripción de los posibles tratamientos según los casos.

Palabra clave

Mordida cruzada posterior, discrepancia basal, relación transversal intermaxilar, asimetría.

DISCREPANCIA DE ANCHO ENTRE MAXILAR SUPERIOR Y MANDÍBULA

Es favorecida por:

- **Atresia o constricción maxilar**: origina el 90% de las mordidas cruzadas posteriores.
- **Hiperplasia mandibular** (crecimiento excesivo de la mandíbula): si se combina con la falta de desarrollo de maxilar superior se agravaría la discrepancia favoreciendo la formación de progenie con mordida cruzada bilateral (Fig. 1).
- **Micrognatismo mandibular** (falta de desarrollo mandibular): cuando la arcada superior ocluye por afuera de la arcada inferior se produce la mordida en tijera, o síndrome de Brodi (Fig. 2), situación de alta gravedad.



Figura 1

Summary

The transverse occlusal relationship is considered within this article. Also encloses a review of the different types of posterior crossbite considering the etiology and development. A description of the possible treatments is presented according to the different cases.

Key Words

Posterior cross-bite, skeletal discrepancies, the transverse intermaxillary relation, asymmetry.



Figura 1

LA MORDIDA CRUZADA POSTERIOR

Es un problema transversal en el que las cúspides vestibulares de premolares y molares superiores ocluyen en las fosas de los premolares y molares inferiores.

Existen diferentes grados de gravedad. Su etiología es multifactorial: componente genético, hábitos de succión, respiración bucal, etc.

Los hábitos de succión y respiración bucal favorecen la constricción del maxilar, ya que interfieren en el efecto expansivo de la lengua sobre el maxilar superior. A su vez la constricción maxilar favorece la mordida cruzada posterior.

McNamara remarca la importancia del ancho intermolar como indicador del desarrollo de la base ósea maxilar.

Según este autor en condiciones normales el ancho intermolar en dentición mixta es de 34-35 mm. y en la dentición permanente de un adulto de 36-39 mm.

Debemos tratarla precozmente...

La falta de tratamiento precoz pueden desencadenar los siguientes efectos:

- Desgastes anormales de los dientes comprometidos.
- Displasias en el crecimiento del componente dento-alveolar.
- Displasias en el crecimiento de ambos maxilares.
- Posible factor etiológico del bruxismo.
- Se perpetúan los reflejos neuromusculares perjudiciales.
- Posible disfunción de la ATM.

La mayor preocupación del examinador es localizar dónde radica el problema. ¿Es el maxilar superior? ¿La mandíbula? ¿Ambas? ¿Es solamente el proceso alveolar o es problema de hueso basal con una adaptación de un maxilar a otro? ¿Es una malposición unilateral de dientes o una contracción de todo el arco dentario? Es evidente que no es fácil realizar el diagnóstico diferencial. Nos ayudaremos con el estudio de modelos, el examen funcional, radiografías panorámica, frontal, completando, en caso de necesitar estudio de la ATM con tomografía computada y resonancia magnética

ESTUDIO DE MODELOS

En Maxilar superior:

Estudio del tamaño del maxilar superior. La compresión puede ser bilateral (simétrica) o unilateral (asimétrica). La forma de comprobarlo es medir la distancia desde los primeros molares superiores a la línea media del paladar mediante el Ortómetro de Korhaus (Fig. 3). Observar la inclinación axial de los dientes cruzados. Si están hacia vestibular tratando de compensar la constricción maxilar, es evidente que está implicada la parte esquelética.

En Maxilar inferior:

Estudio del tamaño y simetría de arco mandibular.

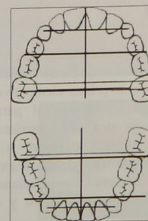


Figura 3

Relación interarquel de los modelos

La relación transversal de ambas arcadas puede establecerse en forma:

- Normal
- Mordida cruzada posterior
- Mordida en tijera
- Mordida cruzada: Las piezas inferiores desbordan lateralmente a las superiores. Puede ser unilateral o bilateral.
- Mordida en tijera: la arcada superior cubre completamente a la arcada inferior. Se suele corresponder con un micrognatismo mandibular.

Evaluación de la línea media interincisal

- Observar si está centrada en cada maxilar.
- Si coinciden o no las líneas medias entre ambos maxilares.

EXAMEN FUNCIONAL

Para la evaluación de la mordida cruzada lateral es indispensable el estudio funcional. Comparar la posición de 1º contacto muscular tónico y la posición de máxima intercuspidad u oclusión habitual, observando su falta de coincidencia con la posible desviación mandibular en sentido transversal entre una posición y otra. Un ejemplo típico es el de las mordidas cruzadas unilaterales causadas por desviaciones funcionales de la mandíbula y que se manifiesta en la oclusión habitual. Al reponerse la mandíbula en céntrica esta relación se modifica y adopta una posición cúspide a cúspide de ambos lados.

CLASIFICACIÓN

Se las puede clasificar de acuerdo a su causa (Moyers2).

1) DENTARIAS

Pueden estar involucradas una o más piezas dentarias. Suele ser el resultado de una erupción ectópica. Se observa una inclinación axial de las piezas dentarias, sin afectar la armonía y simetría del arco dentario3.

No desvía, por lo que hay coincidencia de línea media.

2) FUNCIONALES (musculares)

Implica una adaptación funcional a las interferencias dentarias.

El mecanismo de formación es el siguiente:

- Hay una interferencia dentaria (Fig. 4).
- Esto conlleva a un desvío lateral de la mandíbula por parte del paciente.
- Se produce mordida cruzada posterior en máxima intercuspidad (Fig. 5).

La interferencia dentaria hace que el paciente lleve la mandíbula a una posición más cómoda de mayor puntos de contacto, desviando la mandíbula.

Las líneas medias coinciden cuando los maxilares están en reposo y se desvían al estar en máxima intercuspidad o posición habitual. Es decir que en esa posición hay una

simetría interarquial y una asimetría interarquial (Fig. 6).

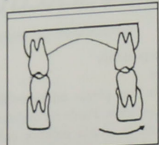


fig.4

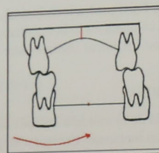


fig.5

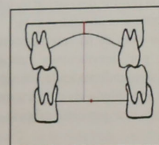


fig.6

2) ÓSEAS (esqueléticas)

Está involucrado el hueso basal. Son las mordidas cruzadas unilaterales o bilaterales verdaderas (Proffit).

- Falta de crecimiento y desarrollo del maxilar superior.
- Crecimiento asimétrico del maxilar superior o del inferior (Fig. 7 y fig. 8). No hay desviación mandibular.
- Alteración de crecimiento condilar (Fig. 9). Hay desviación del mentón hacia el lado de la lesión.

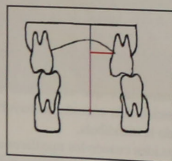


fig.7

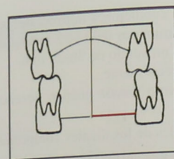


fig.8

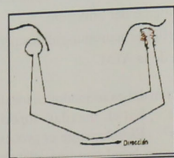


fig.9

Maxilar superior

Constricción severa simétrica o asimétrica por falta de crecimiento y desarrollo del maxilar.

•DISPLASIA MICRORRINA : Falta de desarrollo del maxilar superior (cápsula nasal externa).

Está disminuida la altura anterior de la cara (NESP.N.ANT)

•DISPLASIA MICRÓTICA : Falta de desarrollo de la base craneal. Está disminuida la medida entre la silla turca (S) y la fosa pterigomaxilar (PTM).

Maxilar Inferior (Proffit4)

- Asimetría de tamaño de hemicuerpo mandibular.
 - Asimetría de altura de rama vertical.
 - Alteración de crecimiento condilar
- Cuando hay una asimetría esquelética del cuerpo mandibular o de rama vertical se produce la desviación mandibular hacia el lado de menor crecimiento. En caso de asimetría condilar, hacia el lado de la lesión.

TRATAMIENTO

El tratamiento varía dependiendo del diagnóstico. Si es de causa dentaria, funcional o de causa esquelética. En los casos graves como primer elemento de diagnóstico se debería usar una férula oclusal para reubicar la mandíbula y tener una idea más aproximada de la verdadera relación de las basales entre sí y planear el tratamiento desde esa posición de equilibrio articular. Si hay un equilibrio funcional, con el tratamiento ortodóncico lograremos un enmascaramiento y compensación oclusal.

Tratamiento de M. Cruzada de causa dentaria

Es causada por la incorrecta ubicación e inclinación de las piezas dentarias involucradas. En edad temprana hay que tratarla corrigiendo las inclinaciones axiales dentarias, con placas removibles a las que agregaremos los resortes y aditamentos necesarios para corregir los ejes de los dientes cruzados.

En edad adulta, como en la mordida cruzada dentaria pura no hay desviación, no se trata, para no afectar el equilibrio funcional.

Tratamiento de M. Cruzada de causa funcional

La mordida cruzada posterior de causa funcional como implica la desviación mandibular, debe ser tratada precozmente. Si no se corrige la desviación mandibular puede producirse una modificación desfavorable del crecimiento, una compensación alveolar que produce una asimetría verdadera con el tiempo, además de patrones funcionales perjudiciales.

Dentición primaria :

No es raro ver mordidas cruzadas unilaterales en dentición primaria (Fig. 10).

Se realiza el examen funcional llevando a R.C. Se marcan las cúspides que interfieren en el cierre simétrico de la mandíbula. Se desgastan las interferencias dentarias detectadas, causantes de la desviación mandibular. Para que no se repita la desviación habitual de la mandíbula, se recomienda el uso de una placa con superficies cubiertas de 4 a 6 meses para desprogramar el engrama neuromuscular.

La senda de cierre desviada de la mandíbula hay que corregirla a edad temprana, donde aún no se perpetuaron los reflejos y donde aún no hubo alteración definitiva de la A.T.M.

En caso de ser necesario se coloca una placa removible de expansión (Fig. 11).



fig.10



fig.11

Dentición mixta :

Se produce una desviación mandibular por interferencia dentaria originando una mordida cruzada unilateral. No coincide la línea media.

Se coloca un jig o placa desprogramadora por una semana. Luego se observa la posición real de la mandíbula, a partir de la cual se planea el tratamiento de ortodoncia.

Hay que tener en cuenta que en la mordida cruzada posterior, el paladar está comprimido en la mayoría de los casos por lo que el tratamiento casi siempre consiste en expansión maxilar.

Para la mordida cruzada posterior por interferencia dentaria el tratamiento de elección es la expansión lenta. Se puede realizar con aparatología removible (placas activas de acrílico) o con aparatología fija: arco palatino en W (Fig. 12), bi-helix (Fig. 13), quad-helix (Fig. 14), Porter, etc.).

Las mordidas cruzadas bilaterales en edad más tardía, si no hay alteraciones funcionales, no se corrigen.



fig.12



fig.13



fig.14



Fig. 15

Tratamiento de M. Cruzada Ósea de maxilar superior Causa esquelética.

CONSTRICCIÓN UNILATERAL (asimetría transversal)

Origina una mordida cruzada unilateral esquelética. Se diagnostica porque coincide máxima intercuspidad con RC, sin desviación mandibular. Se trata con un aparato ortodóncico con mayor anclaje dentario del lado que no queremos desplazar. Puede ser un aparato removible seccionado asimétricamente. O con un arco palatino asimétrico en W, Bi-helix (Fig. 15). Se puede completar con elásticos cruzados.

GRAN CONSTRICCIÓN BILATERAL (simétrica)

Falta de desarrollo del maxilar superior. Se origina una mordida cruzada unilateral o una bilateral, ambas esqueléticas.

En los casos de menor gravedad se puede intentar una expansión maxilar lenta con el expansor de níquel titanio (Fig. 16).

En el caso de la mordida cruzada bilateral importa verificar la inclinación axial de los dientes implicados. Si están inclinados hacia lingual, con sólo expandir el arco dentario con expansión lenta se logrará buenos resultados ya que volcaríamos la zona alveolodentaria. Pero si los dientes superiores cruzados están inclinados ya hacia vestibular tratando de compensar la constricción maxilar, se deberá tratar con una expansión rápida para actuar a nivel basal. El objetivo de la expansión rápida es romper la sutura media palatina (disyunción ósea)⁶. Esto sólo es posible hasta los 16-17 años. Para ello se utilizan aparatos disyuntores cementados mediante bandas o coronas: Hyrax (Fig. 17), Haas (Fig. 18), etc. El período de activación del aparato varía entre 7-14 días (fase activa). Se debe activar 2/4 por la mañana y 2/4 por la noche, es decir 1 mm. al día aproximadamente. Luego, una vez obtenido el efecto ortopédico deseado, debemos mantener el aparato en boca en forma pasiva 2-3 meses (fase de contención). Se recomienda la sobrecorrección.

En edad tardía se puede lograr con la ayuda de la cirugía realizando la disyunción maxilar asistida quirúrgicamente: SARPE (surgically assisted rapid palatal expansion).

Fig. 17



Fig. 18



Tratamiento de Mordida Cruzada Ósea Mandibular Causa esquelética.

Laterognatismo mandibular origina una mordida cruzada unilateral verdadera.

Los problemas de crecimiento asimétrico de la mandíbula se tratan con la cirugía de la rama horizontal.

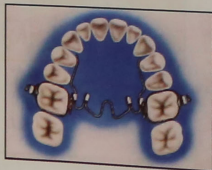
- Síndrome congénito de microsomía hemifacial : Alteración de crecimiento de los condilos (falta de tejido).
- Lesión del condilo con posterior cicatrización y fibrosis : produce una restricción del movimiento. Se resuelve con la cirugía del tejido fibroso.
- Hiperplasia condilar : excesivo crecimiento del condilo mandibular de un lado por falla unilateral del sistema de regulación de crecimiento, cuyo mecanismo exacto no se conoce bien. Tiene dos formas posibles de tratamiento, ambas quirúrgicas.
 - a) Remodelado o resección de la cabeza condilar.
 - b) Corrección de la asimetría con la osteotomía de la rama mandibular.
- Fractura condilar.

Proffit considera que es mejor evitar la cirugía de la ATM. Aconseja un aparato funcional para recuperar la simetría con mordida constructiva.

En caso de fractura de condilo, clínicamente se observa que, al llevar el mentón hacia atrás, hay dolor y se desvía la mandíbula hacia el lado de la lesión. Se coloca activador para mantener la simetría y se espera la consolidación ósea.

En las alteraciones de crecimiento de los condilos, se prefiere centrar la mandíbula con aparatos funcionales. Las asimetrías esqueléticas verdaderas de los adolescentes constituyen un problema muy difícil. Un posible tratamiento es un aparato funcional, pero generalmente se debe recurrir a la cirugía.

Fig. 16



CONCLUSIONES

Evidentemente, las grandes discrepancias basales son simples de detectar. El verdadero problema está en las alteraciones sutiles que en la mayoría de los casos han sufrido una compensación alveolar y dentaria y que aparentan ser más fáciles de tratar.

A veces estas alteraciones se agravan durante el tratamiento dado que las mencionadas compensaciones se descompensan y nos encontramos durante el tratamiento que ambas arcadas son imposibles de compatibilizar.

Esto agrava tremendamente las posibilidades de éxito del tratamiento. Queda la posibilidad de que se resuelva en forma quirúrgica.

Es evidente que a mayor magnitud de discrepancia basal, menos posibilidades de éxito del tratamiento de ortodoncia puro. Debemos ser concientes que hay situaciones esqueléticas que no son modificables con aparatos y occlusión⁷.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Odont, Erik Larsson. 2001: Sucking, Chewing, and Feeding Habits and the Development of Crossbite: A Longitudinal Study of Girls From Birth to 3 Years of Age. The Angle Orthodontist: Vol. 71, No. 2, pp. 116-119.

2 Robert E. Moyers DDS, Ph.D.- Manual de Ortodoncia -1976

3 Dr. Eduardo Muñio; Myriam E. Davies; Eduardo Medina -Mordida Cruzada Funcional en Dentición Temporal. Rev. Del Ateneo Argentino de Odontología. Vol. XXXIII- Nº 2 Julio-Diciembre 1994

4 William R. Proffit DDS, Ph.D -Ortodoncia Teoría y Práctica -1994

5 Dra. Herminia Pérez Varela, Dra. Clotilde Ramos Morales y Dr. Lázaro M. Domínguez Fleites. Tratamiento precoz de interferencias oclusales que provocan laterognatismo en niños de edades tempranas. Rev Cubana Ortod. 1988

6 Peter Ngan, D.M.D., Maxillary Expansion with the Tandem-loop memory expander- The Orthodontic CYBERjournal

7 Dr. Omar Maximino Milia (Universidad N. De Rosario- Argentina), Diagnóstico en Ortodoncia. Nexusediciones.

Dirección de la autora : Ateneo Argentino de Odontología : Anchorena 1176 Cap. Fed. (1425)
e-mail : podskubka@fibertel.com.ar



SISTEMA PROFESIONAL DE HIGIENE PARA MANOS
Y CUIDADO DE LA PIEL

Bag in Box[®]
SYSTEM

*Fresh
& Clean[®]*

Línea de Productos:

Alcohol en Gel sin Enjuague
Soluciones Jabonosas Bactericidas
Soluciones Jabonosas de Tocador
Toallas de Papel Descartable
Dispensadores

Laboratorios A.G.S.A.

Call 28 (progreso) 4393 (B1650HDA) San Martín
Buenos Aires, Argentina
Tel. / Fax: (54 - 11) 4839-0709
e-mail: info@agsalab.com.ar
www.agsalab.com.ar

TECNICA DE WALDRON-AXHAUSEN O DEL ACHICAMIENTO PROGRESIVO DE LOS QUISTES

Prof. Dr. Carlos A. Peña * - Dr. Miguel Pagnotta * - Dr. Francisco Fernandez *

Srta. Laura Pugliese * - Sr. Martin Alvarez Perret *

Resumen

Los autores presentan un caso de quiste dentígero donde por la naturaleza y tamaño de la lesión se decide utilizar la técnica de Waldron-Axhausen, cistostoma o técnica descompresiva. Se describe la técnica, sus indicaciones, como así también sus ventajas y desventajas.

Palabra clave

Técnica de Waldron-Axhausen, Técnica descompresiva, cistostoma.

Summary

The authors report a case of dentigerous cyst. They decided to use Waldron-Axhausen Technic because the nature and extension of this lesion. This technic is also denominated cystostomy or decompressive technic. Surgical technic, indications and contraindications are described, as well as advantages and disadvantages of this method.

Key Words

Waldron-Axhausen Technic. Cyst's decompressive technic. Cystostomy

INTRODUCCIÓN

Recordamos como quiste a aquellos tumores inflamatorios de marcha crónica con asiento en cualquiera de los maxilares, formados por un saco conjuntivo-epitelial, cuyo contenido puede ser líquido o semilíquido, que genera una presión interna produciendo una reabsorción ósea que permite el crecimiento del quiste, ganando los espacios medulares.^{1,2} Esta lesión es capaz de originar trastornos sobre órganos o dientes vecinos o bien, la técnica quirúrgica radical que se desarrolle para su enucleación llegue a ocasionarlos y en algunos casos dejar a los maxilares en

extrema debilidad estructural que haga temer una fractura postoperatoria. Con respecto a los quistes dentígeros se originan por una alteración del órgano del esmalte después que la corona dentaria se ha formado totalmente, con acumulación de líquido entre el órgano del esmalte y aquella. Es decir, que el órgano del esmalte origina por un lado un quiste y por el otro llega a formar un esmalte maduro necesario para la integración de la pieza dentaria.^{3,4}

Borello⁵, expresa que la realidad anatomopatológica debe

interpretarse de la siguiente manera: se estará en presencia de un quiste dentígero cuando la membrana del mismo se encuentre adherida al cuello de la pieza con la corona de ésta hacia la luz del quiste. Clínicamente, se encuentra siempre asociado a la corona de un diente retenido.^{2,5,6,7,8} también es posible su relación con un odontoma complejo o un diente supernumerario. La localización mas frecuente es la zona del tercer molar inferior y del canino superior. Radiográficamente presenta una imagen radiolúcida vinculada a la corona de un diente retenido que en oportunidades se proyecta lateralmente, consintiendo el quiste dentígero lateral. Dachi y Howell⁴ señalan radiográficamente como quiste dentígero a una lesión si el ancho de alguna parte de la radiolucidez que envuelve a la corona excede los 2 mm. Konkin y Stafne⁶, teniendo en cuenta el factor de amplificación en las películas panorámicas, reconocen estadios tempranos de quistes dentígeros cuando el ensanchamiento del espacio pericoronario excede los 5 mm.

LOCALIZACION MAS FRECUENTE^{1,6,7,8}

Frecuencia: Peña y Sacot⁸, encontraron que sobre 94

	3os. Molares Inf.	Caninos Sup.	Premolares
Inf.			
Heidemann	52,0 %	59,1 %	32,0 %
Presting	47,1 %	51,1 %	41,2 %
Lenz	29,0 %	69,0 %	38,0 %
Peña-Sacot	33,3 %	33,3 %	16,6 %

casos de patología quística registrada, le correspondió a los quistes dentígeros un rango cercano al 15%.

Estas entidades cursan un crecimiento lento y unilocular, con poca tendencia a la recidiva. Tienen capacidad potencial de transformarse en una lesión agresiva, ha sido descripta la transformación blastomatosas sobre la pared quística (Peña-Sacot)¹⁰, en particular hacia el ameloblastoma.

Concepto de la Técnica:

El objetivo de esta técnica consiste en reducir quistes de gran tamaño mediante la colocación de un conector que comunique la cavidad bucal con el interior de los mismos, con el fin de vaciar el contenido, anular la presión intraquística y permitir de esta forma la regeneración ósea.^{12,13}

Puede utilizarse en aquellos casos donde la exteriorización del quiste haya comprometido el piso nasal e involucre de la misma forma la integridad del seno maxilar y su mucosa de recubrimiento.

Será de elección asimismo, para aquellas situaciones donde la evolución del quiste comprometa la estabilidad estructural de la mandíbula, confiriéndole fragilidad y haciéndola susceptible de posibles fracturas llamadas "patológicas"¹⁴ y que por razones socio-económicas el paciente no pueda acceder a la colocación de placas de titanio según lo aconseja la técnica de ostesíntesis rígida. En casos de quistes relacionados con el paquete vasculonervioso dentario inferior o mentoniano, donde la cirugía de enucleación haga prever un posible daño a estas estructuras, con las predecibles secuelas postoperatorias. Es efectiva en pacientes que por su avanzada edad o por su estado de salud general, no soporten un acto quirúrgico de tales características.

Como toda intervención quirúrgica, es indispensable realizar además los exámenes preoperatorios complementarios, exámenes de laboratorio, diagnóstico por imágenes, biopsia, etc.

Pasos de la Técnica según nuestra concepción:

1. Se localiza por inspección o palpación el sitio de más fácil acceso para crear una ventana quirúrgica que comunique ambas cavidades.
2. Se interviene con anestesia local infiltrativa troncular y/o terminal.
3. Se seccionan la mucosa y el periostio con bisturí, en forma circular con un diámetro acorde al conector que se

va a colocar, que puede variar de 3 a 8 mm. El hueso subyacente suele ser delgado y papiráceo y debe ser resacado siguiendo el contorno de la resección mucoperiosteal.

4. Se secciona igualmente la bolsa quística, permitiendo el vaciamiento del contenido en su totalidad, ya que previamente pudo ser evacuado mediante aspiración.

5. Se realiza el lavado de la cavidad y se toma material para biopsia, si es posible de varios puntos de la membrana.

6. Para evitar el cierre de la ventana creada quirúrgicamente, debe colocarse un conector¹⁵, que consiste en un pequeño tubo que puede ser de distintos materiales, tales como acrílico, plástico, goma, polietileno, etc. El mismo debe mantenerse fijo a la encía vecina con puntos de sutura ubicados en cuatro puntos opuestos. La porción de membrana quística resacada debe enviarse siempre para realizar el análisis anatómo-patológico que confirme el diagnóstico.

7. El conector se deja colocado entre ocho y diez días, durante los cuales se continuarán realizando lavajes de la cavidad con soluciones antisépticas de hexetidine o de antibióticos de uso local como la rifampicina. De esta manera, los bordes de la comunicación creada epitelizarán en forma conveniente, evitándose de este modo su cierre inoportuno. Una vez constatada dicha epitelización, el conector será retirado.

8. La disminución del volumen del quiste se realiza en períodos variables que dependerán del tamaño del quiste, del poder de reedificación ósea, de la edad y estado general del paciente y puede oscilar entre seis a dieciocho meses. Dicha evolución será controlada muy de cerca con el examen clínico y radiográfico.

9. Cuando el examen radiográfico así lo aconseje se operará el quiste con la técnica radical.

Caso Clínico:

Se presenta un paciente de sexo masculino, de 44 años de edad, que manifiesta ser sano, y que desarrolla tareas en la portería de un edificio. Dado su mal estado bucal, concurre a la consulta de un profesional quien indica realizar una radiografía panorámica, donde observa una zona radiolúcida en la zona de la sínfisis mentoniana con la presencia de una pieza dentaria retenida. Por tal motivo el profesional deriva el caso para su tratamiento.

En su estado actual se constata que es desdentado total superior, portador de una prótesis completa superior, con

*Escuela de Odontología, Universidad Argentina John F. Kennedy
Recibido para su publicación en Septiembre 2003

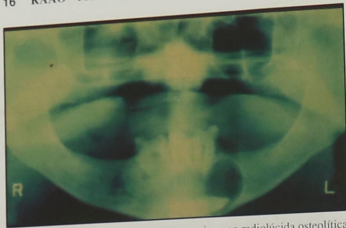


Foto 1.- Rx Panorámica donde se observa imagen radiolúcida osteolítica en el maxilar inferior zona sínfisaria y parasínfisaria (desde 4.4 hasta distal de 3.5), de contornos netos, rodeada de una cortical reactiva y en donde se presenta una imagen radiopaca en su interior compatible con una pieza dentaria retenida.

ausencia de piezas dentarias en el sector posterior bilateral. En la inspección de la zona anterior se observa una tumefacción que abomba la cortical externa y que revela signos de renitencia en algunos sectores y de fluctuación en otros.

Los dientes anteriores presentes muestran un grado muy avanzado de enfermedad periodontal crónica, cuya movilidad quiso reducir el propio paciente ferulizándolos con un compuesto de resina epoxi y amina terciaria de alcance y uso doméstico. La mucosa vestibular se presenta con una coloración rojiza intensa.

Los estudios radiográficos complementarios (Panorámica, oclusal y periapicales) muestran una amplia imagen radiolúcida de forma ligeramente oval en la inmediaciones de la sínfisis mentoniana que abarca desde el 4.5 hasta el 3.4 en el sentido horizontal y que se extiende desde el rebord alveolar hasta las proximidades de la basal mandibular en el sentido vertical. En el interior de esta imagen, en posición horizontal con respecto a la basal mandibular se encuentra una imagen radiopaca de apariencia de pieza dentaria probablemente retenida.

La lesión alcanza tan cerca a la basal mandibular que por

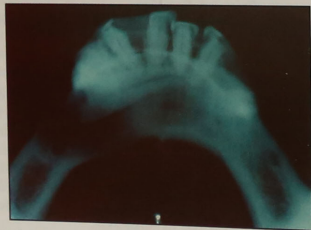


Foto 2.- Rx. oclusal. En el sector anterior se identifica la presencia de la imagen radiolúcida en el sentido antero-posterior y discreto soplamiento de la cortical lingual en el sector izquierdo.

tal magnitud se decide realizar la cistostomía o descompresión del quiste para evitar la posibilidad de ocasionar los inconvenientes ya conceptualizados en las indicaciones de la técnica.

Se realiza la ostomía completando la evacuación del contenido quístico. Se coloca el conector adosándolo al sitio mas declive posible para contar así con la ayuda de la gravedad. Se lo fija a la mucosa bucal con cuatro puntos de sutura opuestos para evitar su movimiento. A este conector se le incorporó un tapón para evitar que durante la ingesta del paciente, ingresen alimentos y líquidos a la cavidad



Foto 3.- Colocación del conector una vez realizada la descompresión de la cavidad y toma biopsica.

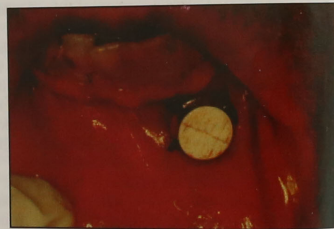


Foto 4.- Otra vista del conector y su obturador, anclado con puntos de sutura.

El informe anátomo-patológico de la biopsia revela la presencia de un quiste odontogénico embrionario -quiste dentífero- es decir aquel quiste que se origina en las estructuras dentarias.

Posteriormente se realizaron las extracciones dentarias del sector antero-inferior y se observó la epitelizeación de la mucosa del abocamiento, momento entonces, donde se decide retirar el conector.

El paciente es controlado periódicamente, se lo instruye

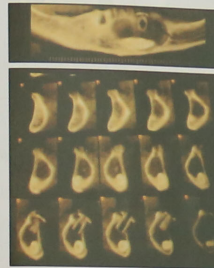


Foto 5.- T.A.C. Se observa reducción de la cavidad quística y distintos cortes de la misma en el sentido caudal.

para que realice los lavajes cotidianos de la cavidad, durante cinco meses, se le indica un estudio de T.A.C. en el maxilar inferior que muestra la ostensible reducción de la cavidad quística y sus relaciones con el conducto dentario inferior y el orificio del mentoniano.

Cursando el sexto mes de tratamiento de acuerdo con el paciente se resuelve realizar la intervención quirúrgica para enuclear el quiste por el método de Partsch II



Foto 6.- Imagen clínica preoperatoria. Se observa el ostoma epitelizeado.

Parte quirúrgico:

Anestesia: Local infiltrativa troncular para el nervio dentario inferior y terminal para el mentoniano.

Se realiza una incisión tipo Wassmund y se procede al legrado del colgajo para exponer la estructura ósea. Con una pinza sacabocados de Citelli se amplía la ventana quirúrgica para exponer la membrana quística. Se procede a su enucleación según técnica y al retirarla se visualiza la pieza dentaria retenida, que mediante sección coronaria se extrae.

Luego de una minuciosa toilette de la cavidad y en virtud a la magnitud de la misma, se decide colocar en su interior un empaquetamiento de gasa iodoformada embebida en

Bálsamo del Perú.

Se deja un extremo de ésta al exterior para ir retirándola parcialmente en los primeros días y luego cambiándola según necesidad, ya que la presencia de un coágulo exclusivamente obstruyendo la cavidad, podría infectarse y ocasionar los consiguientes problemas postoperatorios. El colgajo es vuelto a su posición y se realiza la síntesis con puntos de sutura separados.

Se observa una buena evolución postoperatoria. Se retiran los puntos de sutura a los diez días.



Foto 7.- Intraoperatoria. Abordaje de la cavidad, retiro de la membrana quística y el diente retenido.



Foto 8.- Cavidad resultante.

Se realizan los cambios de gasa periódicos, no observándose secuelas ni parestesia del labio inferior. Se da el alta a los ocho meses, cuando en los controles clínicos radiográficos nos indican la buena evolución del hueso mandibular.

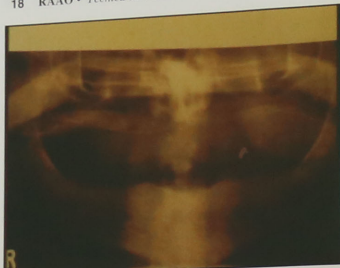


Fig. 9.- Rx. Panorámica postoperatoria a los 8 meses de evolución. Se observa completa remineralización ósea.

CONCLUSIONES:

Indicaciones:

Quistes de gran tamaño
Quistes que hayan realizado una extensa lisis ósea.
Quistes que afecten órganos vecinos o elementos nobles que pudieran lesionarse con la intervención radical.
Por razones socio-económicas.

Pacientes que por su edad o su estado general no soporten una intervención radical.

Contraindicaciones:

Queratoquistes, por su capacidad potencial de recidivas y evolución posterior hacia un blastoma.

Ventajas de la Técnica:

Favorece la neoformación ósea.
Conserva y asegura la vitalidad de órganos y elementos cercanos al quiste.
Facilita la intervención a distancia.
Mejora la rehabilitación del maxilar con menos técnicas invasivas.

Desventajas:

Exige una gran responsabilidad y constancia del paciente para cumplir el tratamiento, así como también el refuerzo de su higiene bucal.

BIBLIOGRAFÍA:

- 1.- Ries Centeno Guillermo A. Cirugía Bucal con patología clínica y terapéutica. Edit. Mundi. Buenos Aires. 1978.
- 2.- Kruger Gustav. O. Cirugía Bucal. Editorial Médica Panamericana. Quinta Edición. Buenos Aires, 1986.
- 3.- Grinspan D. Enfermedades de la Boca. IV Tomo Tumores de la Boca. Borello E. Edit. Mundi. Buenos Aires, 1980, Pag.3977/89.
- 4.- Dachi S.F., Howell F.V. Survey of 3.874 Routine Full Mouth Radiographs. A study of impacted teeth. Oral Surg. 1961, 14:1165
- 5.- Cabrini Rómulo L. Quistes de los Maxilares. Anatomía Patológica Bucal. Edit. Mundi 1988, Pag.228.
- 6.- Lobos Nelson J.F. Quistes Epiteliales de los maxilares. Patol. Y Clasific. Revista de la Facultad de Odontología. U.B.A. Vol. 5 1985.
- 7.- Toller A. Origin and Growth of the cysts of the jaw. Ann. Royal Coll. Surg. Engl. 120:306 1967
- 8.- Peña C. A., Sacot N.J. Quistes Dentigeros, ¿Patología de origen iatrogénico? Revista de la Facultad de Odontología U.B.A. Vol XII, N° 30 :23-28, 1992
- 9.- Peña C.A., Keszler A., Luberti R.F. Ameloblastoma Uniquístico. Revista del Círculo Argentino de Odontología. 28, N° 184: 24-32 1999.-
- 10.- Peña C.A., Sacot N.J. Conference. Dentigerous Cysts. Complication or Iatrogenia? IX International Conference on Oral Maxillofacial Surgery - I.A.O.M.S. 1992. Argentina.
- 11.- Keszler A. Dominguez F. Quistes Dentigeros en niños. Revista de la Facultad de Odontología U.B.A. Vol. 6 1986.
- 12.- Oribe J. A. Cirugía Maxilofacial. López Libreros Editores. Bs.As. 1981
- 13.- Killey Key Lenard. Lesiones quísticas benignas de los maxilares. Editorial Médica Panamericana Bs. As. 1979
- 14.- Donado M. Cirugía Bucal Patologías y Técnica. Editorial Masson 2ª. Edición Buenos Aires 1998. -

ORTHO HOUSE

Ahora puede hacer su pedido al tel. / fax: (5411) 4771-6168 - cel. 15 5402-6469

IMPORTADOR DE PRODUCTOS DE ORTODONCIA PROCEDENCIA USA, ITALIA Y BRASIL



ASESORAMIENTO PROFESIONAL GRATUITO

TITANTEC



Holder / Transfer / Carrier
Portaimplante Multifunción
Tornillo Protético.

Implante Ti-lock

Componentes Protéticos

Pilares Angulares

15°



25°



UCLA



Calcinable



Tapones cicatrizales



Pilares Rectos cónicos



Ball Attached



- Espiras de dimensión ampliada.
- Flancos de perfil biomecánico.
- Sección interespira óptima para inserción ósea.
- Anillo cervical con flancos lisos sobrelevados.
- Apice autorroscante.
- Titanio grado 4.



Diámetro (mm)	Longitud (mm)	Plataforma (mm)
3,25	8 - 10 - 11,5 - 13	3,4
3,75	8 - 10 - 11,5 - 13 - 15	4,1
4	8 - 10 - 11,5 - 13 - 15	4,1
5	8 - 10 - 11,5 - 13 - 15	5,0

Nuevas Oficinas:

Laboratorios: Av. del Libertador 8250 2º piso - of. 2113/18 • CP (C1429ABN) • Capital Federal • Argentina.
Administración y Ventas: M.T. Alvear 2181 • (1º p. - Of. 5) CP (C1122AAG) • Capital Federal • Argentina
Tel.: (011) 4826-9082 • 4822-5800 • Tel./Fax.: (011) 4822-3330.

NUEVO !!!

Sistema de blanqueamiento dental



Peróxido de Carbamida

ALTO PODER DE ACCION
LIBERACION SOSTENIDA DE AGENTE BLANQUEADOR
GEL DE ADECUADA VISCOSIDAD Y ALTA ADHERENCIA
LA MEJOR RELACION COSTO/CALIDAD
APROBADO POR A.N.M.A.T.

PRESENTACIONES:

ENVASE CON 6 APLICADORES AL 37%

ENVASE CON 6 APLICADORES AL 16%

ENVASE CON 6 APLICADORES AL 10%

KIT (*) AL 37% - 16% y 10%

(*) El Kit contiene dos unidades de cada concentración.

Y PARA UN ADECUADO MANTENIMIENTO POSTERIOR...



Gel Dentífrico de Acción Blanqueadora Progresiva
Presentación: Pomo x 50 gr.

PHARMATRIX
COMPROMISO CON LA INNOVACION

ARENALES 259 RAMOS MEJIA
BUENOS AIRES. ARGENTINA
Tel./Fax: 54-11-4656-1816 / 471
E-mail: odonto@pharmatrix.com
www.pharmatrix.com

LA FORMACIÓN DE POSGRADO, LA PRODUCCIÓN DE CONOCIMIENTOS Y EL EJERCICIO PROFESIONAL.

Dr. Ricardo L. Macchi *

Presentado en la sesión sobre "Marco socioeconómico del ejercicio profesional" durante las Jornadas 50° Aniversario del Ateneo Argentino de Odontología, Junio 2004.

El tema para esta presentación tiene relación con la totalidad de los aspectos que incluye lo que puede ser denominado "trabajo científico". Si se parte del concepto de que la ciencia es un conjunto de conocimientos, trabajar en el campo científico es "hacer algo" con ese conocimiento. Ese "algo" puede ser: "transmitirlo" a través de la docencia de grado y posgrado, "generarlo" a través de la labor de investigación científico o "aplicarlo" en un ejercicio profesional.

La formación de posgrado atraviesa todos estos aspectos e influye o debe influir en cada uno de ellos. En diversas oportunidades se ha hecho mención a esto y son tan solo un ejemplo las siguientes palabras que fueron, hace no muchos años, vertidas por quien se desempeñaba como Secretario de Políticas Universitarias en el entonces Ministerio de Cultura y Educación de la Nación¹:

"La enseñanza de posgrado puede funcionar como un instrumento clave para mejorar el nivel de calidad del grado y para fortalecer las actividades de investigación y desarrollo. Es por eso que se suele decir que el desarrollo del posgrado es posiblemente el mecanismo principal de transformación del sistema universitario en su conjunto". Se reconoce que la formación de posgrado incluye actividades organizadas en ^(a) Cursos de actualización, ^(b) Cursos de Perfeccionamiento y ^(c) Carrera de posgrado. En la Argentina está dentro de las atribuciones 2 de las instituciones universitarias la creación y desarrollo de estas carreras que culminan con la obtención un Título de Posgrado otorgado por esa institución al que la completa. Centraremos nuestra presentación en la última de estas modalidades, no queriendo con ello menospreciar la importancia de la actualización y perfeccionamiento como eje básico de la formación continua, que está implícita en el ejercicio de una profesión de la salud.

Las Carreras de Posgrado

Dentro de nuestro país se reconocen tres formas de carreras de posgrado, con finalidades distintas aceptadas por los organismos encargados de su evaluación: Carreras de Especialización, Maestría y Doctorado. La Comisión

Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria (CONEAU), organismo del estado argentino, reconoce para ellas las características que se transcriben a continuación¹.

Especialización: tiene por objeto profundizar en el dominio de un tema o área determinada dentro de una profesión o de un campo de aplicación de varias profesiones, ampliando la capacitación profesional a través de un entrenamiento intensivo. Cuenta con evaluación final de carácter integrador. Conduce al otorgamiento de un título de Especialista con especificación de la profesión o campo de aplicación.

Maestría: tiene por objeto proporcionar una formación superior en una disciplina o área interdisciplinaria, profundizando la formación en el desarrollo teórico, tecnológico, profesional, para la investigación y el estado del conocimiento correspondiente a dicha disciplina o área interdisciplinaria. La formación incluye la realización de un trabajo, proyecto, obra o tesis de carácter individual, bajo la supervisión de un director y culmina con la evaluación por un jurado que incluye al menos un miembro externo a la institución. El trabajo final, proyecto, obra o tesis debe demostrar destreza en el manejo conceptual y metodológico correspondiente al estado actual del conocimiento en la o las disciplinas del caso. Conduce al otorgamiento de un título académico de Magister con especificación precisa de una disciplina o de un área interdisciplinaria.

Doctorado: tiene por objeto la obtención de verdaderos aportes originales en un área de conocimiento, cuya universalidad debe procurarse en un marco de nivel de excelencia académica. Dichos aportes originales deben estar expresados en una tesis de Doctorado de carácter individual realizada bajo la supervisión de un director de tesis y culmina con su evaluación por un jurado con mayoría de miembros externos al programa y donde al menos uno de éstos sea externo a la institución. Dicha tesis conduce al otorgamiento del título académico de Doctor.

Desde una perspectiva histórica puede rescatarse que,

* Profesor Regular Titular, Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires, Argentina.
Recibido para su publicación en Junio 2004

tradicionalmente, posgrado fue sinónimo de "Doctorado" en las ciencias físico-naturales y de "Especialización" en ciencias de la salud; los posgrados eran casi inexistentes en las ciencias sociales. Es de interés destacar que, en ese entonces, era de las instituciones profesionales en el campo de la salud el patrimonio de ese nivel de formación.

La situación experimentó un cambio muy significativo y notorio en las últimas dos décadas⁴. El Cuadro I refleja lo que refleja en sus valores relacionados con la totalidad del sistema universitario argentino, estatal y privado. Otro documento⁵ hace mención a la expansión de las oferta de posgrado, que pasó de 793 en 1994 a 1941, lo que representa un aumento de 144.8% con un crecimiento mayor en el sector estatal con respecto al privado. Es de destacar el aumento notorio en el área de las Maestrías que de ser prácticamente inexistentes hace poco más de veinte años llegan a representar una porción significativa de la oferta actual.

Cuadro 1- Oferta de posgrados en Odontología

INSTITUCIÓN	ESPECIAL.	MAESTRÍA	DOCTORADO
ISALUD / CAO	1		
SAO	1		
U FAVALORO	1		
U KENNEDY	1		
U MAIMONIDES	5	1	SI
U MORON	1		
UBA	8	2	SI
UCA BsAs	2		
UCA LA PLATA	1		
UCA SALTA	9		
UNC	2		SI
UNLP	2	4	SI
UNNE		1	
UNR	4	2	SI
UNT	3		SI
USAL / AOA	5		SI
TOTAL	46	10	6

Las Carreras de Posgrado en Odontología

La situación relacionada específicamente con la odontología se visualiza en el Cuadro I. La información puede no ser completa pero es la que surge de una consulta rápida a la información brindada por las distintas instituciones citadas en sus páginas de Internet.

También es interesante destacar que, en el campo odontológico, las Maestrías no tienen características equivalentes en todos los casos. Algunas de ellas responden al esquema de complemento de la especialización profesional siguiendo un esquema que es habitual en el sistema universitario de Estados Unidos de América o en Brasil. En otros casos, en cambio, son programas orientados más específicamente a la formación académica o en áreas más abarcativas que una especialidad.

Cuadro 2- Posgrados en odontología acreditados por CONEAU*

Posgrado	Cantidad	Institución
Cirugía	1	Tucumán
Endodoncia	4	UNR UNT Maimónides USAL
Legal	4	USAL/AOA UBA Maimónides Kennedy
Odontopediatría	2	USAL ISalud/CAO
Ortodoncia	2	UNT UCA
Periodoncia	1	UBA
Doctorado	4	UBA UNC UNLP Maimónides
Maestría	2	Maimónides UNLP

Menos de la mitad de esas Carreras de Posgrado han sido sometidas a evaluación por parte de la CONEAU⁶ y han sido acreditadas y, algunas de ellas categorizadas de acuerdo con las normativas vigentes tal como se muestra en el Cuadro II.

Impacto de las carreras de posgrado

Con estos antecedentes históricos y descriptivos puede encararse algún análisis del impacto que ha tenido esa evolución en los distintos aspectos del trabajo en odontología que, como se dijo más arriba, incluye la investigación la docencia y el ejercicio profesional en la atención de pacientes.

Es interesante evaluar este impacto en forma comparativa con las conclusiones a que se llega con análisis de esa naturaleza llevados a cabo en países comparables al nuestro⁷. Brasil y México reúnen estas condiciones aunque el sistema de posgrado del segundo es más parecido al nuestro ya que incluye las Carreras de Especialización como programa independiente de la formación en Maestrías y Doctorados.

Impacto en la investigación

Sin duda es en este aspecto donde se puede visualizar con mayor precisión y objetividad esta variable. Como la producción científica se expresa en la publicación de los resultados, el análisis bibliométrico lo posibilita. A través de él puede cuantificarse la producción a lo largo del tiempo y así puede seguirse la evolución de la producción en

un país o región. Estos análisis muestran cómo ha crecido la cantidad de publicaciones de nuestro país y de nuestra región a partir del momento en que comenzó el crecimiento de la oferta de posgrado curricular – carreras de posgrado.

Un dato interesante⁸ indica que, si bien la participación latinoamericana en el total de las publicaciones científicas mundial sigue siendo baja en comparación con los Estados Unidos de América o Europa, es la región de mayor crecimiento en este aspecto junto con China. En Brasil esto ha sido relacionado en forma directa con el crecimiento de los posgrados acreditados que buscan garantizar no solo un crecimiento cuantitativo sino también cualitativo en la oferta.

Impacto en docencia

En esta dimensión del impacto la situación no es tan alentadora como en el campo de la investigación. Si bien se ha partido del presupuesto de que "más y mejor investigación" conduce a "mejor docencia" los datos recolectados con los sistemas de evaluación más desarrollados no llevan a aceptar en forma completa esa hipótesis. Más aun, algunos indicios hay que muestran que el centrar la valoración de la calidad de un programa académico como una carrera de grado o posgrado en la cuantificación de la producción en investigación puede ser contraproducente. Las instituciones tienden a valorar más la producción en investigación que la labor docente ya que de ello depende en mayor medida la categorización de sus posgrados. Los docentes, a su vez, tienden a dedicar más tiempo y más actividades de perfeccionamiento a su labor de investigación que a su labor docente ya que la primera es más reconocida incluso a través de incentivos salariales como los que han sido puestos en práctica en nuestro país y en México.

Un desafío actual es encontrar procedimientos alternativos de valoración e incentivación que permitan acompañar el crecimiento en investigación con un equivalente crecimiento en la calidad de la docencia en todos sus niveles. Otro desafío está relacionado con ir eliminando las barreras que separan la formación en investigación en la que se centran las carreras del Doctorado y, en menor medida, las Maestrías, con la formación profesional que encaran las carreras de Especialización. Un medio posible de alcanzar este objetivo podría estar en encargar en forma conjunta, por parte de los dedicados prioritariamente a la investigación y los dedicados a la formación profesional de grado y posgrado, el estudio y aplicación de la denominada "Odontología Basada en Evidencias". Es ésta la posibilidad de tener una forma compartida de encarar los problemas que debería llevar a la articulación mejorada de ambas tareas.

Impacto en el ejercicio profesional

Es ésta una dimensión en la cual existe amplio margen

para progreso. El posgrado curricular – las carreras de posgrado – en el ámbito universitario han surgido desde el propio ethos universitario.

Los Doctorados y Maestrías han sido pensados básicamente como respuesta a los problemas de formación de los propios docentes e investigadores de la universidad. Existen pocos ejemplos de posgrados de ese tipo pensados a partir de problemas específicos de una comunidad o sociedad y orientados a generar recursos que puedan resolverlos o, por lo menos encausarlos. Esto se refleja también en la evaluación centrada en lo académico y escasa evaluación de su impacto en el desarrollo y progreso de la sociedad.

Las carreras de especialización en ciencias de la salud – lo que incluye a las carreras de especialización en odontología – en el ámbito universitario surgen luego de su desarrollo en las instituciones profesionales, como se mencionó más arriba. Al encarar la docencia curricular de posgrado, las universidades se vieron necesitadas de competir en un mercado. En el caso de la universidad estatal esta situación se ve potenciada por el hecho de que los recursos asignados en su presupuesto oficial no incluyen tradicionalmente una financiación específica para carreras de posgrado como sí lo hacen para el grado que, en nuestro país, no es arancelado.

Esta situación hace que se organicen fundamentalmente carreras para las que se tenga razonable confianza de inscripción arancelada en cantidad suficiente para garantizar su financiación. El costo de ese arancelamiento es cubierto por los propios profesionales participantes dada la escasa disponibilidad de financiamiento a través de becas. Así, la cantidad de cursantes queda garantizada ofreciendo capacitación en prácticas para las que existan profesionales con posibilidad de invertir y que, con posterioridad a la graduación, tengan razonables posibilidades de recupo de la inversión a través de su práctica profesional.

Por estos motivos la especialización en carreras de posgrado produce un impacto significativo en solo una parte, seguramente minoritaria, de los profesionales de la salud. A su vez, esa formación alcanzada es aplicada en el trabajo de atención de la salud de una parte, también seguramente minoritaria, de la comunidad que puede afrontar el recupo de la inversión que ese profesional ha debido realizar.

Puede pensarse que tenemos un estado que sostiene un sistema educativo y que sostiene un sistema de salud, o por lo menos parte de ellos. Sin embargo, los profesionales que trabajan en el sistema estatal de salud tienen pocas opciones de acceder a la formación de posgrado en el sistema estatal universitario ya que no son adecuadamente compensados por ello. La consecuencia es que solo la parte de la población que puede acceder al sistema no estatal de atención de la salud, registra el impacto de la

formación de posgrado en el ejercicio profesional. Un desafío sustancial es entonces encontrar mecanismos de encuentro entre el sistema prestador de salud y el sistema prestador de formación de posgrado para que también sea realidad lo que sugieren otras palabras del ya citado 1 Secretario de Estado:

"La formación de posgrado juega en nuestros días un papel verdaderamente estratégico, no solo si se la ve en la perspectiva del sistema universitario sino también desde el punto de vista del desarrollo y evolución de la sociedad como conjunto."

BIBLIOGRAFIA

1. Sánchez Martínez E. Prologo. En (Marquis C, Spagnolo F, Valenti Nigrini G. Desarrollo y acreditación de los posgrados en Argentina, Brasil y México. Serie Nuevas Tendencias, Ministerio de Cultura y Educación. Buenos Aires, Argentina. 1998). Pp. i-iv.
2. Ley Nacional de Educación Superior. Ley 24521. Argentina. 1995.
3. Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria. Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología.

Argentina <<http://www.coneau.edu.ar/posgrado/acreditacion/acreditacion.htm>> [Acceso Junio 2004]

4. Marquis C. Acreditación y desarrollo de los posgrados en la Argentina. En (Marquis C, Spagnolo F, Valenti Nigrini G. Desarrollo y acreditación de los posgrados en Argentina, Brasil y México. Serie Nuevas Tendencias, Ministerio de Cultura y Educación. Buenos Aires, Argentina. 1998). pp. 1-23.

5. Universidad de Belgrano. Los Posgrados bajo el microscopio de la Universidad de Belgrano.

<http://www.onlineub.com/ubnews/2004_Junio_01/investigacion.htm> [Acceso 30/7/04]

6. Comisión Nacional de Evaluación y Acreditación Universitaria. Ministerio de Educación, Ciencia y Tecnología, Argentina <http://www.coneau.edu.ar/posgrado/acreditacion/odontologia/odontologia.html> > [Acceso Junio 2004]

7. Marquis C, Spagnolo F, Valenti Nigrini G. Desarrollo y acreditación de los posgrados en Argentina, Brasil y México. Serie Nuevas Tendencias, Ministerio de Cultura y Educación. Buenos Aires, Argentina. 1998.

8. Bär N. ¿Acciones científicas en alza? Diario La Nación, Buenos Aires, Argentina. Junio 2, 2004.

LOS MEJORES PRODUCTOS DE ORTODONCIA Y EL MEJOR SERVICIO



DISTRIBUIDORES

CORDOBA MARCELO MISSANA
AV. MAIPU 44 3° A°. TEL: (0351) 4240-37
CEL: (0351) 156431593 (TUCUMAN).
E-MAIL: MARCELOMISSANA@HOTMAIL.COM

MENDOZA PABLO MISSANA
TEL: (03543) 492-453
E-MAIL: PABLOMISSANA@HOTMAIL.COM

COMIENTES ERNESTO FEU
CHACO 1411. TEL: (03783) 426-002

Orthodent

ORTHODENT_ARG@HOTMAIL.COM

OFICINA:
JUNÍN 969 2ºA
CAPITAL FEDERAL
TEL/FAX: 4961.9260

SUCURSAL S.A.O.
MONTEVIDEO 971
CAPITAL FEDERAL
TEL/FAX: 4816.2436

PERIODIL®



La única respuesta total en antisepsia bucal
Digluconato de Clorhexidina + Cloruro de Cetilpiridinio



✓ **MAXIMA COBERTURA ANTIMICROBIANA**

✓ **OPTIMA FORMULACION**

✓ **EFICACIA CLINICAMENTE COMPROBADA**

✓ **RAPIDO Y SOSTENIDO EFECTO ANTIPLACA**

✓ **MAXIMA ACEPTABILIDAD DEL PACIENTE**

✓ **LA MEJOR RELACION COSTO - BENEFICIO**



La opción de avanzada que cubre todas sus necesidades terapéuticas

Presentaciones:

PERIODIL Tratamiento - COLUTORIO x 250 ml - SPRAY x 50 ml
Clorhexidina 0.12% - Cloruro de Cetilpiridinio 0.05% - Xilitol

PERIODIL Mantenimiento - COLUTORIO x 250 ml
Clorhexidina 0.05% - Cloruro de Cetilpiridinio 0.05% - Xilitol

PERIODIL Gel Bioadhesivo - POMO x 75 g
Clorhexidina 0.12%



PHARMATRIX

COMPROMISO CON LA INNOVACION

Servicio de Atención al Profesional
Directo: 4656-9400 Fax (24 hs): 4656-8600
E-mail: odontolo@pharmatrix.com.ar



Ateneo Argentino
de Odontología



UNIVERSIDAD
FAVALORO

JORNADAS 50º ANIVERSARIO del A.A.O.

Realizadas del 7 al 12 de junio de 2004
Regente Palace Hotel - Bs. As. – Argentina

En la semana del 7 al 12 de junio, en la Ciudad de Buenos Aires, con sede en el Ateneo Argentino de Odontología y en el Hotel Regente, se llevaron a cabo las Jornadas 50º Aniversario del Ateneo Argentino de Odontología que culminaron los festejos del cincuentenario de nuestra Institución.

El inicio de las mismas se llevó a cabo con un Acto Inaugural con la presencia de autoridades gubernamentales en el área de Salud de orden Nacional y Provincial, y Académicas de la Universidad Nacional de Buenos Aires, Universidad de La Plata, Universidad Favaloro, representantes de Universidad Maimónides, Universidad del Salvador e Instituciones académicas y gremiales, representativas del ámbito odontológico nacionales y extranjeros.

La presidente del Ateneo Argentino de Odontología, y de las Jornadas 50º Aniversario, Dra. Beatriz Lewkowicz, en su discurso de apertura, hizo referencia a los objetivos fundacionales de la Institución, señalando que la ética, el deseo de dar respuesta a las demandas de la comunidad odontológica y el esfuerzo reflexivo de asociar el quehacer institucional, con las necesidades de mejorar los estándares de salud oral, constitutivos de nuestra identidad.

Destacamos en el Acto Inaugural, la conferencia del Dr. Francisco Maglio Vicepresidente de la Sociedad Argentina de Antropología – Asociación Médica Argentina – quien disertó brillantemente sobre el tema "Globalización y Salud" relacionando calidad y acceso a la salud.

En la organización de las Jornadas, nuestros objetivos fueron la comunicación y el debate sobre el

- Estado Actual de la Ciencia Odontológica
- Tecnologías de nueva generación
- Tendencias en el Mercado Laboral

Nos sentimos orgullosos de haber cumplido con estas premisas gracias a

- La participación de dictantes representativos de las distintas escuelas odontológicas,
- El nivel de generosidad de dictantes de cursos y conferencias
- La intensidad y calificada participación de ateneístas
- La presencia de numerosas delegaciones del Interior del país y del exterior
- La participación de jóvenes estudiantes de Odontología, alumnos de las Facultades de odontología de la Universidad de Buenos Aires y de La Plata, quienes presentaron sus trabajos en el Capitulo Estudiantil.
- La enorme concurrencia de colegas a los cursos de Jornadas y Pre Jornadas
- El apoyo del comercio dental, laboratorios y prensa odontológica
- El compromiso y la capacidad del Comité Organizador

A todos ellos muchas gracias nos honraron con su participación, agradecimiento que hacemos extensivo a las Instituciones académicas y Asociaciones profesionales, comercio dental y laboratorios medicinales. Que adherieron a este evento.

Con este evento el Ateneo se compromete a seguir proyectándose proponiendo futuras actividades que permitan hacer de nuestra institución un sitio atrayente para mejorar nuestro quehacer científico y profesional



Prof. Dr. Yuri Turanza, exponiendo sobre "Elevación de Piso de Seno Maxilar" en el Ateneo Argentino de Odontología.



Dr. Mario Beszkin, Ateneo Argentino de Odontología, exponiendo su Curso "Sobredentaduras"



Prof. Dra. Julia Harfin, dictando su curso de Técnica Lingual, en el Salón Imperio del Regente Palace Hotel



Prof. Dr. Francisco Maglio, en su presentación en el Acto Inaugural



Prof. Marcelo Chain (Brasil), disertando sobre "Restaurando con estética, función y calidad. La nueva generación de materiales restauradores y sus aplicaciones clínicas"



La Presidente del Ateneo Argentino de Odontología y Presidente de las Jornadas 50º Aniversario, Dra. Beatriz Lewkowicz en su discurso Inaugural.



Vista general del auditorio



El cofundador del Ateneo Argentino de Odontología, Dr. Luis Zielinsky y la Presidente de la Institución Dra. Beatriz Lewkowicz junto al Prof. Dr. Máximo Giglio, nombrado Socio Honorario del Ateneo Argentino de Odontología.

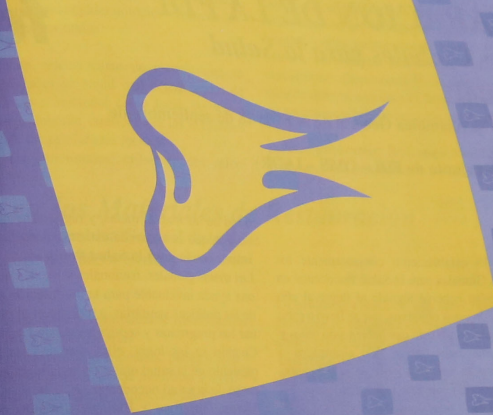


Simpósio Relación de la Periodoncia con otras disciplinas odontológicas



Los jóvenes colaboradores del Capítulo Estudiantil junto a la Dra. Diana Kaplan

ORTHODONTIKA



Marcelo T. de Alvear 2043, 3º A. (C1122AAC) - Ciudad de Buenos Aires
Tel./Fax: (54-11) 4829.0313/4 - 4826.7377
www.orthodontika.com / info@orthodontika.com




ORTHODONTIKA

DECLARACIÓN DE LA FDI Objetivos Globales para la Salud Bucodental

Aprobada por la Asamblea General de la FDI: 18 de septiembre de 2003 – Sydney
(Declaración Conjunta de FDI – OMS – IADR)



BASE LÓGICA

La FDI y la OMS establecieron conjuntamente los primeros Objetivos Globales para la Salud Bucodental en 1981 los que deberían haberse logrado al llegar al año 2000. EL exámenes de estos objetivos, que se llevó a cabo justo antes del periodo, estableció que habían sido útiles y que en muchas poblaciones habían sido alcanzados o excedidos pero que para una gran parte de la población mundial aún siguen siendo sólo una aspiración lejana.

Un taller de Trabajo de la Sección de Salud Pública de la FDI examinó en octubre de 1999 en la Ciudad de México los objetivos Globales de 1981. En forma paralela la Oficina Central de la OMS y sus Oficinas Regionales llevaron a cabo una evaluación del logro de los objetivos e iniciaron la tarea de formular nuevos objetivos para el año 2020.

Posteriormente se nombró un Grupo de Trabajo que incluyó a miembros de la FDI, de la OMS y de la IADR quienes fueron escogidos de diferentes partes del mundo y este grupo ha preparado los nuevos objetivos para el año 2020.

Estos fueron sometidos a la consideración de las Asociaciones Dentales Nacionales, de los Centros de Colaboración en Salud Oral de la OMS y de otros individuos y grupos interesados.

Evidencia

Habiéndose examinado los Objetivos Globales para el año 2020: el uso que se les había dado y el éxito en lograrlos, se determinó que los nuevos objetivos deberían reflejar las aspiraciones generales de la profesión dental para la salud oral mundial y que el éxito de su utilización dependería de que los detalles de los objetivos fijados reflejasen las prioridades de salud oral a nivel nacional o local.

Se examinaron los objetivos de salud oral de diferentes países para determinar el formato más apropiado para las nuevas metas mundiales. El formato adoptado permite la inclusión tanto de las Metas como de los Objetivos Globales pero también estimula la fijación a nivel local de objetivos nacionales y locales.

Investigaciones futuras

Es necesario un seguimiento a largo plazo del uso y la uti-

lidad de las nuevas metas, y registrar también la frecuencia con que se logran de manera satisfactoria estas metas.

Importancia para la Salud Pública

Las metas globales, nacionales y locales pueden constituir una ayuda invaluable para la modulación y promulgación de las políticas sanitarias a todo nivel al planificar y evaluar los programas y servicios de salud oral.

Cuando se las logra, ellas dan una medida del mejoramiento de la salud oral y de la calidad de la profesión a cargo de la salud bucodental.

Metas, Objetivos y Blancos Globales de Salud Oral para el año 2020

Metas

Promover la salud bucodental y minimizar el impacto de las enfermedades de origen bucodental y craneofacial sobre la salud general y sobre el desarrollo psicosocial, dando un mayor énfasis a las poblaciones que se ven más afectadas por esas condiciones y enfermedades.

Minimizar el impacto de las manifestaciones orales y craneofaciales de las enfermedades generales sobre los individuos y la sociedad y usar estas manifestaciones para el diagnóstico precoz, la prevención y el manejo eficaz de las enfermedades sistémicas.

Objetivos

- Reducir la mortalidad por enfermedades bucodentales y craneofaciales.
- Reducir la morbilidad de las enfermedades bucodentales y craneofaciales aumentando de este modo la calidad de vida.
- Fomentar en los sistemas de salud oral las políticas y programas sostenibles, de acuerdo a las prioridades, las que deberán provenir de revisiones sistemáticas de las mejores prácticas (i.e. las políticas deben estar basadas en la evidencia científica).

- Desarrollar programas de salud oral para mejorar la salud general.
- Reforzar los sistemas y los métodos de vigilancia de la salud oral, tanto en lo que se refiere al proceso como al resultado de estos.
- Promover la responsabilidad social y una práctica profesional ética entre los encargados de la entrega de atención.
- Reducir las disparidades de salud oral entre los diferentes grupos socio-económicos de cada país y las desigualdades en la salud oral de todos los países.

• Aumentar el número de proveedores de atención sanitaria capacitados en la vigilancia epidemiológica exacta de las enfermedades y trastornos orales

Blancos

Los objetivos deben seleccionarse de manera que se ajusten a las prioridades de salud oral determinadas de antemano tanto a nivel nacional como local. Al seleccionar los objetivos deberán considerarse las siguientes áreas, basándose en las prioridades locales:

Dolor, alteraciones funcionales, enfermedades infec-

ciosas, cáncer orofaríngeo, manifestaciones bucodentales de la infección por HIV, noma, tauma, anomalías craneofaciales, caries dental, anomalías de desarrollo de los dientes, enfermedad periodontal, enfermedades de la mucosa oral, alteraciones de las glándulas salivales, pérdida de dientes, servicios de atención sanitaria y sistemas de información para la atención sanitaria.

Autores principales: Profesores Martin Hodbell, Newell Johnson, Poul Erik Petersen y John Clarkson.

Floruro en los Materiales de Restauración

Aprobada por la Asamblea General de la FDI:
18 de septiembre de 2003 – Sydney

BASE LÓGICA

La causa más común para el reemplazo de restauraciones es la presencia de caries secundarias

El fluoruro iónico tiene acción anticaries, puede alterar la dinámica del proceso carioso, puede modificar los tejidos dentales duros y tiene un efecto antimicrobiano

Por lo tanto, debería investigarse el efecto de los materiales que liberen fluoruros en la incidencia de caries secundarias.

Evidencia

Se ha investigado la liberación de fluoruros por los cementos ionómeros vítreos y por los ionómeros vítreos modificados con resinas, por las resinas compuestas, por las resinas compuestas modificadas con polímeros (compómeros), por los selladores de fisuras y por la amalgama. Hay una cantidad mucho mayor de investigaciones de laboratorio que de investigaciones clínicas.

Las comparaciones entre estudios se han visto dificultadas por la falta de un diseño estandarizado para dichos estudios.

Antibióticos de uso tópico y sistémico en el manejo de las enfermedades periodontales.

Aprobada por la Asamblea General de la FDI:
18 de septiembre de 2003 – Sydney

Antecedentes:

El reconocimiento, durante las últimas tres décadas, de la especialidad microbiana de la enfermedad periodontal ha llevado a un aumento del uso de agentes antimicrobianos en el manejo de las infecciones periodontales. Estos incluyen antibióticos por vía sistémica, por vía tópica y antisépticos de uso tópico. A pesar del frecuente uso de antibióticos en el manejo de las enfermedades periodontales la literatura indica que hay muy pocas investigaciones clínicas controladas comparando la eficacia del uso

adicional de antibióticos con una terapia mecánica por sí sola.

Actualmente hay varias investigaciones en curso y mucho interés por este tema en la profesión dental, especialmente en vista del problema global de la aparición de organismos resistentes a los antibióticos. De aquí que el conocimiento básico sobre este tema esté aumentando rápidamente y al momento de escribir, la FDI toma la siguiente posición:

Posición actual:

La evidencia científica disponible indica que por lo ge-



neral el tratamiento periodontal mecánico por sí solo es suficiente para mejorar o resolver la condición clínica en una gran mayoría de los pacientes con enfermedades periodontales.

El uso de antibióticos adicionales debe hacerse después de una cuidadosa evaluación clínica de la condición, estando concientes que su injustificado puede otorgar un beneficio insignificante para el paciente, mientras que a largo plazo puede fomentar la aparición de organismos resistentes a los antibióticos en la comunidad.

Sin embargo el uso adicional de agentes antimicrobiano aplicados en forma local o sistémica puede aumentar el efecto de la terapia en ciertas situaciones específicas. Los antibióticos de uso sistémico pueden ser considerados en casos de periodontitis agnosa (de indicación precoz y refractaria) y en pacientes con enfermedades sistémicas generalizadas que puedan afectar la resistencia del anfitrión.

El uso de antibióticos o antisépticos por vía tópica junto a un desbridamiento mecánico están indicados en sitios de infección focal en que no hay respuesta al tratamiento o para enfermedades localizadas recurrentes.

El dentista debe poner al paciente bajo un tratamiento posterior de atención y mantenimiento adaptado a sus necesi-

dades, después de haber resuelto la infección periodontal específica.

El control óptimo de la placa por el paciente es de una importancia fundamental para una respuesta clínica y microbiológica favorable en cualquier forma de terapia periodontal.

Autores principales: Profesores LP Samaranayake, A. Mombelli, N. Johnson

Presentado por: La Comisión de Ciencias de la FDI.

Referencia: Proyecto 2-99 de la Comisión de Ciencias de la FDI: Indicaciones y Contraindicaciones de los Antibióticos Sistémicos y Tópicos en el Manejo de la Enfermedad Periodontal.

Samaranayake LP and Johnson N Pautas para el uso de agentes antimicrobianos para minimizar el desarrollo de resistencia. Proyecto 2-96 de la Comisión de la FDI. International Dental Journal 1999; 49:189-195.

Mombelli A y Samaranayake LP Antibióticos tópicos y sistémicos en el manejo de las enfermedades periodontales: Proyecto 2-99 de la Comisión de la FDI, International Dental Journal (en preparación)



Formación dental básica

Aprobada por la Asamblea General de la FDI:
18 de septiembre de 2003 – Sydney

El objetivo primordial de la formación dental es asegurar que los odontólogos calificados son capaces del pensamiento crítico y que poseen la habilidad de continuar aprendiendo durante toda la vida. El recién graduado debe ser también capaz de ejercer independientemente de una consulta sin causar daño al paciente, utilizando métodos de tratamiento modernos, apropiados, efectivos y actualmente aceptados. El recién graduado debe ser también capaz de poner en práctica programas orientados a la comunidad. Para lograr ese propósito, la educación dental debe ofrecer al estudiante una formación clínica sólida basada en principios humanitarios, científicos y en la enseñanza basada en la evidencia.

El término competencia clínica se refiere a una combinación de conocimientos, técnicas y criterios que proporcionan al profesional la capacidad para llevar a cabo tareas clínicas específicas. Los conocimientos requeridos incluirán una apropiada comprensión de los principios de la biología molecular así como de los aspectos anatómicos y fisiológicos y la patogénesis de los procesos de enfermedades. No se trata sólo de la adquisición de destrezas

técnicas o de una cantidad determinada de conocimientos sino que implica mucho más que esto. La competencia clínica puede lograrse a través de una variedad de programas docentes y de formación que pueden ser evaluados y examinados de diferentes maneras en todo el mundo. No existe un currículum único apropiado para lograr la competencia clínica básica, es por ello que la Comisión de Práctica Dental de la FDI específicamente ha evitado recomendar regulaciones detalladas. Aparte de la competencia clínica requerida, todos los temas asignaturas o conjunto de temas deberían formar parte de una filosofía educativa global en la educación del estudiante de odontología. Es esencial que se siga en currículum global integrado, para evitar la preeminencia de ciertos temas sobre otros, aunque puede haber variaciones en el énfasis entre una escuela y otra o de país a país.

En el mundo hay una gran variedad de sistemas de formación dental. Estos sistemas elaborados, gobernados, ejecutados y aplicados en forma diferente, pero todos deben conducir a que el graduado sea capaz de ejercer, tanto a nivel nacional como internacional, la competencia clínica

básica acordada, que abarcará un examen de evaluación y de diagnóstico del paciente, la comunicación y educación del paciente, ética y jurisprudencia, tratamiento, emergencias médicas, manejo/administración de la consulta. Las asociaciones dentales nacionales deben recomendar a las agencias reguladoras pertinentes que cumplan con esta

descripción de formación dental básica. Debe leerse esta declaración conjuntamente con el documento base (Carpetas de la Asamblea General páginas 143 – 148).

Autores principales: Dr. Claus Munck

Presentado por: La Comisión de Práctica Dental de la FDI.

Atención Bucal y Dental de la Gente con Minusvalías

Aprobada por la Asamblea General de la FDI:
18 de septiembre de 2003 – Sydney

1. La declaración de Misión de la FDI apoya el principio de que la gente debe tener acceso a la mejor atención posible para lograr una salud oral óptima.

2. Los principios Éticos Internacionales de la FDI para la Profesión Dental establecen que el profesional odontológico deberá proteger la salud oral de los pacientes independientemente de su estado individual.

3. La FDI apoya la declaración de las Naciones Unidas de que las personas minusválidas deben tener acceso a tratamiento médico sin discriminación alguna.

4. La atención bucal y dental para la gente minusválida debe ser del mismo nivel que se ofrece a la gente para la gente no discapacitada, teniendo presente las consecuencias de las enfermedades bucodentales y/o su tratamiento para las personas minusválidas.

5. La salud oral de la gente discapacitada debe mantenerse a través de la educación para la salud bucodental y la prevención de las enfermedades bucodentales.

6. La colaboración con los encargados de la formulación de políticas y con otros interesados debe formar parte de la estrategia global para desarrollar e implementar los servicios para la salud bucal y dental para la gente con minusvalías.

Autores: Dr. Peter Swiss

Presentado por: El Comité Especial de Discapacidad y Salud Oral de la FDI y el Comité Especial de Ética y Legislación Dental de la FDI.

Referencia: Declaración de la Asociación Odontológica de Corea "Códigos éticos de la profesión Odontológica para la Gente con Discapacidades"



LABORATORIO "Del Ateneo"

Aparatología de Ortopedia Funcional y
Ortodoncia en toda su variedad

Ricardo N. Llanes - Eduardo H. Aguirre

Anchorena 1176. Capital Federal. Buenos Aires | tel. 4963 6802

Floruros Tópicos y Sistémicos en Niños con Patología Renal

Aprobada por la Asamblea General de la FDI:
18 de septiembre de 2003 - Sydney

Luego de la ingestión de fluoruros, alrededor de un 50% es excretado normalmente en 24 horas por los riñones y la mayor parte del resto es absorbido por tejidos calcificados tales como los huesos y los dientes. Los pacientes con disfunción renal específicamente los niños pequeños pueden requerir una mayor ingesta de agua.

Sin embargo, no existe evidencia de que los fluoruros en las dosis recomendadas para la fluoración de las aguas de abasto presenten algún riesgo para los niños con patología renal.

Los pacientes con terapia de sustitución renal que requieren diálisis pueden estar bajo hemodiálisis o diálisis peritoneal. Los fluidos utilizados en diálisis peritoneal están especialmente preparados y no hacen uso de los abastecimientos locales de agua, de manera que el agua fluorada no constituye un factor de riesgo. Los pacientes con hemodiálisis están expuestos a grandes cantidades de

agua tres veces a la semana. El equipo y las instalaciones para diálisis tienen estándares y controles muy estrictos y cualquier cantidad de fluoruros en el agua utilizada es eliminada como parte de estos procedimientos. El mantenimiento de estos equipos y la aplicación de estándares adecuados es importante para controlar el consumo de fluoruro en pacientes con hemodiálisis.

No existe evidencia de que el consumo de fluoruros de otras fuentes aparte de la fluoración del agua, tales como de suplementos, colutorios y dentífricos fluorados, presente algún riesgo para los pacientes con patología renal, una vez que se hayan tomado las precauciones normales que deben aplicarse al uso de estos productos.

Autores principales: Profesor Jhon J Clarkson, Dra. Mary Waldron

Presentado por: La Comisión de Ciencias de la FDI



Efecto de la Masticación sobre la Salud General

Aprobada por la Asamblea General de la FDI:
18 de septiembre de 2003 - Sydney

El mantenimiento de la habilidad para masticar tiene beneficios importantes no sólo en relación con la digestión de los alimentos, sino también porque contribuye al bienestar físico y mental.

Existe evidencia que afirma que:

La masticación estimula el flujo de la saliva, la que contiene compuestos que mantienen la salud de los tejidos orales y protege además al organismo contra agentes patógenos.

Se ha demostrado que la masticación aumenta el flujo sanguíneo en el cerebro y estimula la actividad neural central. Las consecuencias o resultados no son muy claros y tienen que ser investigados más a fondo.

La discapacidad masticatoria puede estar relacionada con complicaciones emocionales y físicas.

Los dentistas y los pacientes tienen la responsabilidad de

contribuir a la salud general mediante el mantenimiento de la función masticatoria.

Será necesario investigar más a fondo la relación entre la función masticatoria y la salud general.

Autores principales: Profesores Minoru Nakata y Hideaki Suda

Presentado por: Comisión de Ciencias de la FDI

Referencia: Proyecto 1-95 de la Comisión Científica de la FDI: Función Masticatoria y sus efectos sobre la Salud General. Nakata, M "Masticatory function and effects on general health". Int. Dent. J. 1988 48: 540-548.



Brackets

Arcos

Elásticos

Máscaras

Instrumental

Articuladores

Brackets linguales

Nuevos Productos

¡Asesoramiento!

ORTOTEK
EN ORTODONCIA... TODO

sds Ormco
SYSTEM DENTAL SPECIALTIES

Artículos Odontológicos S.A.

Junín 967 - Buenos Aires - (C1113 AAC) Argentina

Tel. / Fax: (54-11) 4963-8501

e-mail consultas@ortotek.net

www.ortotek.net

En Rosario: Moriena - Seisas - Tel. / Fax: (0341) 435-5156 / En Mar del Plata: Alejandro Bary - Tel. / Fax: (0223) 474-5981

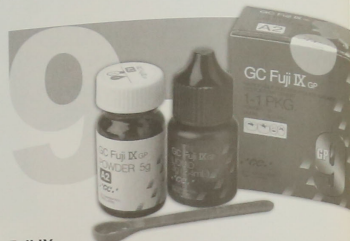
FUJI, 'GC'®

LIDER MUNDIAL EN IONOMEROS VITREOS



Fuji I
Ionómero de vidrio convencional para cementación de metales, metales con porcelana, metales con resina y bandas para ortodoncia. Radiopaco.

Presentación:
15 gr. de polvo,
10 ml. de líquido.



Fuji IX
Ionómero de vidrio convencional, radiopaco de alta densidad para posteriores. Se utiliza en pediatría, geriatría, técnica TRA, base y obturación.

Presentación:
5 gr. de polvo,
2,4 ml. de líquido.



M. T. de Alvarez 2081
(C1122AAE) Buenos Aires
Tel: 011-4821-4114
Fax: 011-4821-3229
0-800-444-Grimberg (47482)
www.grimbergdental.com
ventas@grimbergdental.com

ORIGEN JAPON

Atención de Pacientes en las Clínicas del A.A.O.

ORTODONCIA

Martes 11:00 - 13:00
Jueves 9:30 - 11:30 y 13:00 - 15:30
Viernes 10:00 - 12:00
Sábado 8:30 - 11:00 (quincenal)
ORTODONCIA EN ADULTOS
Miércoles 13:00 a 15:00 (quincenal)

ODONTOPEDIATRIA

Viernes 8:30 a 10:00

IMPLANTES

Viernes 8:30 a 11:30

PRÓTESIS

Martes 9:00 a 11:30

SIRIA

Lunes 9:00 a 11:30

Sábado 9:00 a 12:00

OPERATORIA

Lunes 13:00 a 15:30

OCCLUSIÓN Y DISFUNCIÓN

Lunes 9:00 a 10:30

ORTOPEDIA

Miércoles 8:30 a 10:30
Viernes 13:30 a 15:00
Sábado 9:00 a 11:00 (quincenal)

SINA

Miércoles 9:30 a 11:00 (quincenal)

CIRUGIA I

Martes 8:30 a 10:30

Sábados 8:30 a 12:00

DEFORMIDADES DENTOFACIALES

Martes 13:00 a 15:30

PERIODONCIA

Miércoles 9:30 a 11:30

ENDODONCIA

Miércoles 12:00 a 14:30

CIRUGIA II

Jueves 9:30 a 11:30

ESTOMATOLOGIA

Jueves 9:30 a 11:30

ARCO RECTO

Sábados 9:00 a 12:00 (mensual)



CARRERA DE ESPECIALIZACION EN ORTODONCIA



TITULO UNIVERSITARIO DE ESPECIALISTA EN ORTODONCIA
Resolución del Ministerio de Educación 114/02

Duración : 3 años - Fecha de inicio: 11 de Abril de 2005 - Vacantes limitadas

- Aprendizaje de las distintas técnicas ortodóncas
- Enseñanza intensiva y personalizada con tutores
- Indicación y manejo de aparatología fija y removible
 - Apoyo informático
 - Inglés técnico
- Metodología de la investigación

Director: Dr. Luis Zielinsky

Coordinadores: Dr. Eduardo J. Muño, Dra. Liliana N. Periale

CONTENIDOS PROGRAMÁTICOS

Primer año - Ciclo Preclínico

- Formación biopsicosocial.
- Diagnóstico y planificación terapéutica
- Biomecánica.
- Asignaturas Cocurriculares: Inglés técnico I.
- Metodología de la investigación I.
- Fundamentos y metodología para el aprendizaje permanente. Taller de búsqueda Bibliográfica.

Tercer año - Ciclo Clínico II

- Ortodoncia preventiva, interceptiva y/o correctiva en dentición primaria y mixta II.
- Técnicas combinadas con fuerzas ligeras II.
- Técnica de Ricketts, Hilgers, Arco Recto y Mulligan II.
- Técnicas con fuerzas ligeras y técnica de arco recto II.
- Técnica combinada "Kiss 81" II.
- Ortodoncia en adultos II.
- Integración disciplinaria II.
- Asignaturas Cocurriculares:
- Metodología de la Investigación III.

Segundo año - Ciclo Clínico I

- Ortodoncia preventiva, interceptiva y/o correctiva en dentición primaria y mixta I.
- Técnicas combinadas con fuerzas ligeras I.
- Técnica de Ricketts, Hilgers, Arco Recto y Mulligan I.
- Técnicas con fuerzas ligeras y técnica de arco recto I.
- Técnica combinada "Kiss 81" I.
- Ortodoncia en adultos I.
- Integración disciplinaria I.
- Asignaturas Cocurriculares: Inglés técnico II.
- Metodología de la Investigación II.
- Seminario de formación pedagógica.

INFORMES:

Unidad Operativa Ateneo Argentino de Odontología: Tomás M. de Anchorena 1176 (1425) Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Argentina.
Tel./Fax: 4962-2727
E-mail: ateneo@ateneo-odontologia.org.ar
www.ateneo-odontologia.org.ar
Unidad Académica Universidad Favaloro:
Tel: 4378-1178
www.favaloro.edu.ar

CURSOS QUE SE DESARROLLAN A PARTIR DEL MES DE SEPTIEMBRE

• MONTAJE EN ARTICULADOR PARA DIAGNÓSTICO ORTODONTICO

Teórico - práctico con evaluación
Dictante: Dra. Graciela Resnik
Duración: 5 sesiones
Inicio: 11 de Noviembre
Días y Horario: Martes y Jueves de 9 a 12 hs.

• TÉCNICA DE MULLIGAN

Teórico - práctico con evaluación
Dictante: Dr. Julio Lalama
Duración: 3 sesiones
Inicio: 7 de Diciembre
Día y Horario: Martes de 11 a 13 hs.

• PRECLÍNICO DE ARCO RECTO

Teórico - práctico con evaluación
Dictante: Dra. Graciela Iglesias, Julio Lalama, Eduardo Muño y Marta Sarfatí.
Duración: 8 sesiones
Inicio: 30 de Noviembre
Día y Horario: Martes y Jueves de 9 a 12 hs.

• OCLUSIÓN, DISFUNCIÓN, ATM Y DOLOR CRÓNICO OROFACIAL DESORDENES TEMPOROMANDIBULARES

Teórico

Dictante: Dr. Luis Zienisky
Duración: 5 sesiones
Inicio: 6 de Septiembre
Día y Horario: Lunes de 8,30 a 11,30 hs.

• PREVENCIÓN DE LAS MALOCCLUSIONES. TERAPIA INTERCEPTIVA

Dictante: Dra. Henja Firszt de Rapaport
Duración: 3 sesiones
Inicio: 10 de Septiembre
Día y Horario: Viernes de 12 a 15 hs.

• INTEGRAL DE CIRUGÍA BUCAL. CIRUGÍA EN RELACIÓN CON ORTODONCIA.

Dictantes: Dres. Mario D. Torres y Jorge M. García
Duración: 10 sesiones
Inicio: 16 de Octubre
Día y Horario: Sábado de 8,30 a 12,30 hs.

• CEFALOMETRÍA DE BJORK-JARABAK Y MCNAMARA

Teórico con evaluación
Dictantes: Dra. Liliana Periale y Stella Maris F. de Suarez
Duración: 3 sesiones
Inicio: 6 de Septiembre
Día y Horario: Lunes y Miércoles de 11 a 14 hs.

Consultorio de Radiología Dento-Máxilo Facial

40 años acompañando como especialidad a los odontólogos y médicos argentinos

- .radiografías
- .telerradiografías con estudios
- .cefalométrico convencionales y computados
- .radiografías panorámicas condilografías
- .implantogramas: intraorales y extraorales

aranceles preferenciales a socios del Ateneo.

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

Horario: de lunes a viernes de 9.30 a 19 hs / sábados de 9.30 a 12.30 hs.

Corrientes 2362, 1° A (1046) Capital Federal. Buenos Aires | tel 4951 4532

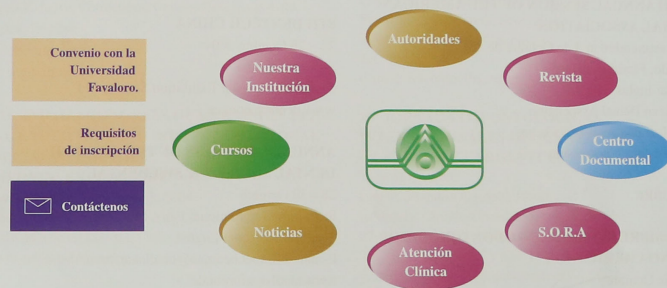
Nueva página en internet

Conéctese con:

www.ateneo-odontologia.org.ar

e.mail: ateneo@ateneo-odontologia.org.ar

Ateneo Argentino de Odontología



Ateneo Argentino
de Odontología

El Ateneo Argentino de Odontología
es Unidad Operativa de la



UNIVERSIDAD
FAVALORO

4º CONGRESO INTERDISCIPLINARIO EN ODONTOLOGIA 2º ENCUENTRO MEDICO-ODONTOLOGICO DEL ATENEO ARGENTINO DE ODONTOLOGIA

6 AL 9 DE JUNIO DE 2007

Objetivos

Realizar un Congreso de Actualización en Odontología a nivel internacional
Fijar los alcances de la Odontología en relación con la Medicina actual,
a través de las distintas disciplinas
Presentar tecnologías de nueva generación

Ateneo Argentino de Odontología - Anchorena 1176 - Ciudad Autónoma de Buenos Aires
Tel. Fax.: 4962-2727 - E-mail: ateneo@ateneo-odontologia.org.ar Web site: www.ateneo-odontologia.org.ar

Agenda de Congresos y Jornadas 2004

Fuentes de información: A.D.A. (American Dental Association) A.A.O. (Ateneo Argentino de Odontología)
F.D.I. (Federación Dental Internacional)

En el 2004 **En el exterior**

SEPTIEMBRE

14TH ANNUAL SESSION OF THE AMERICAN DENTAL ASSOCIATION

30 de septiembre al 3 de Octubre de 2004
Orlando, Florida, USA
Idioma: Ingles
American Dental Association
E-mail: annualsession@ada.org
www.ada.org/goto/session

OCTUBRE

IV CUMBRE SEMINARIOS ODONTOLÓGICOS LATINOAMERICANOS

6 - 9 de Octubre
CENTRO DE CONVENCIONES DE LA FERIA DEL PACIFICO
PERU
E-mail: sola-i@dentalase.net
www.sola-i.org

ANNUAL CONGRESS OF THE NORWEGIAN DENTAL ASSOCIATION & NORDENTAL

14 -16 Octubre
Lilleström, Norway
Norwegian and some English
E-mail: sissel.bjornqvist@tannlegeforeningen.no
www.tannlegeforeningen.no

III REUNION ANUAL AIOP Y XI REUNION ANUAL DE LA IADR - SECCION PERU

15 - 16 de Octubre
ASOCIACIÓN INTERNACIONAL DE INVESTIGACIÓN ODONTOLÓGICA - SECCION PERU
EL PARDO DOUBLE TREE HOTEL
E-mail: iadr_peru@yahoo.com
www.iadr-peru.org

FDI CONTINUING EDUCATION 2004

22 - 24 de Octubre
Lugar: HANGZHOU, China
Idioma: Inglés
E-mail: congress@fdiworldental.org

8TH DENTECH CHINA

26 - 29 Octubre 2004
Shanghai, China
Shanghai Showstar Exhibition Service Ltd.
www.dentech.com.cn

ANNUAL CONGRESS OF THE SWEDISH DENTAL SOCIETY & SWEDENTAL

28 - 30 Octubre
Stockholm International Fairs, Stockholm, Sweden
Swedish and some English
E-mail: elisabet.hedman@tandlakarforbundet.se
www.tandlakarforbundet.se

10TH JAPAN DENTAL SHOW

29 - 31 Octubre 2004
Yokohama, Japan
www.jetro.go.jp

XIV CONGRESO INTERNACIONAL

30 - 31 de Octubre
ASOCIACIÓN IBEROAMERICANA DE ORTODONCISTAS JW MARRIOT HOTEL AND STELLARIS CASINO LIMA - PERU
E-mail: congresoortodoncia2004@yahoo.es

NOVIEMBRE

FDI AND PAKISTAN DENTAL ASSOCIATION, CONTINUING EDUCATION 2004

4 - 6 de Noviembre
Lugar: Karachi, Pakistán
Idioma: Inglés
E-mail: rcoll@pacific.sg

FDI & HONG KONG DENTAL ASSOCIATION joint CONTINUING EDUCATION

17 - 19 de Noviembre
Lugar: Hong Kong
Idioma: Inglés
Hong Kong Dental Association
E-mail: hkda@hkda.org

GREATER NEW YORK DENTAL MEETING

28 de Noviembre - 1 Diciembre de 2004
Jacob K Javits Convention Center, New York, USA
Inglés: English
E-mail: gnydm@aol.com
www.gnydm.com

THE 2ND (IX) CONGRESS OF UKRAINIAN DENTAL EXHIBITION AND 28TH INTERNATIONAL SPECIAL EXHIBITION "MEDVIN: EXPODENTAL"

November 30 - December 3, 2004
Kiev, Ukraine
medvin@carrier.kiev.ua
www.medvin.kiev.ua

DICIEMBRE

CONGRESO INTERNACIONAL "BODAS DE DIAMANTE" DE LA ACADEMIA DE ESTOMATOLOGIA DE PERU

Diciembre 1 - 4
Teléfono: 475-1717
Fax. 475-1878
E-mail: cbelmont@millicom.com.pe
www.estomatologiaaperu.com

SECOND (IX) CONGRESS OF UKRAINIAN DENTAL ASSOCIATION

December 1-3, 2004
Kiev, Ukraine
The final exhibition of 2004 of Ukrainian Dental Association "dentistry-2004" will be held.
www.uda.com.ua or www.medvin.kiev.ua

FDI CONTINUING EDUCATION 2004

December 4 - 5 2004
Hyderabad, India
Language: English
Dr C R Vijaya Shankaran
anandrv@md3.vsnl.net.in

En el 2004 **En la Argentina**

OCTUBRE

2º JORNADA SOBRE EJERCICIO PROFESIONAL FOCIBA

1 de octubre 2004
Lugar: Regente Palace Hotel
Suipacha 964 - Capital Federal
Informes: Junín 959 5to. piso
Tel. 4962-3198
E-mail: info@fociba.org.ar

20ª JORNADAS ODONTOLÓGICAS INTERNACIONALES DEL CENTRO DE LA REPUBLICA ARGENTINA

7 - 9 de Octubre
Lugar: Sheraton Córdoba Hotel
Informes: Círculo Odontológico de Córdoba
27 de Abril 1135 - (5000) Córdoba
Tel. (0351) 421-6207 / 424-1511
E-mail: info@coc-cordoba.com.ar
www.coc-cordoba.com.ar

IX JORNADAS DE ACTUALIZACION EN ESTOMATOLOGIA CLINICA

22 de Octubre
Lugar: Círculo de Oficiales de la Fuerza Aérea
Informes: SAC y PBMF. Junín 959
Ciudad de Buenos Aires
Tel. 4961-6141 int. 400
E-mail: secretaria@aoa.org.ar

JORNADAS INTERNACIONALES 2004, CIRCULO ODONTOLÓGICO DEL NORTE, 9as. JORNADAS DE ESTOMATOLOGIA, 3er. ENCUENTRO INTERINSTITUCIONAL DE PREVENCIÓN EN ODONTOLOGIA.

22 y 23 de Octubre
Lugar: Círculo de Oficiales de la Fuerza Aérea
Informes: Av. Libertador 16056, San Isidro
Prov. de Buenos Aires
Tel. 4747-7308 / 4742-9503
E-mail: conorte@fibertel.com.ar
conorte@uolsinetics.com.ar

**XX REUNION DE LA S.A.C. Y T.B.M.F.
(SOCIEDAD ARGENTINA DE CIRUGIA Y
TRAUMATOLOGIA BUCOMAXILOFACIAL)
XIV CONGRESO DEL CONO SUR DE
CIRUGIA BUCOMAXILOFACIAL**
27 - 30 de octubre 2004
Lugar: Hotel Sheraton Mar del Plata
Informes: Sociedad Argentina de Cirugia y
Traumatologia Bucomaxilofacial
Junin 959, 5° P - C1113AAC - Bs. As.
Tel: 4961-6141 (Int.415)
Email: sac@aoa.org.

NOVIEMBRE

**28° REUNION ANUAL DE LA SOCIEDAD
ARGENTINA DE PERIODONTOLOGIA**
4 - 6 de noviembre de 2004
Lugar: Hotel Marriot Plaza Bs. As.
Informes: SAP (Sociedad Arg. de Periodontologia)
Junin 959 5° Piso - Tel: 4961-6141

**III CONGRESO HOSPITAL PUBLICO Y
SALUD BUCAL**
5 y 6 de Noviembre
Lugar: Howard Johnson Corregidor Inn. - La Plata
Informes: Hospital especializado "A.Bollini"
Av. 53 esquina 16 (1900) - La Plata
Prov. de Buenos Aires
Tel. (0221) 457-0262 / 452-5275
E-mail: congreso3@ms.gba.gov.ar
www.ms.gba.gov.ar

**CONGRESO ODONTOLÓGICO
PATAGONIA 2004**
11-12-13 de Noviembre
Lugar: San Carlos de Bariloche
Informes: AOA, COB
E-mail: cobbar@infovia.com.ar
aoa@aoa.org.ar

**27° CONGRESO INTERNACIONAL DE
ODONTOLOGIA**
15 - 17 de noviembre de 2004
Lugar: Complejo Cinemark - Puerto Madero - Bs. As.
Informes: Círculo Argentino de Odontología - Eduardo
Acedo 54 - C1405BUB
Tel: 4901-9311/5488 - Fax: 4903-7064
www.cao.org.ar

En el 2005 En la Argentina

**2° CONGRESO INTERNACIONAL DE
AUDITORIA ODONTOLÓGICA**
25 - 28 de Mayo 2005
Lugar: Federación Económica de la Provincia
de Tucumán
Informes: Junin 959 5° Piso - Tel: 4961-6141 int. 203
E-mail: acadobsas@hotmail.com
www.acadaonline.com.ar

CONGRESO CORA
26 - 28 de Mayo 2005
Informes: Confederación Odontológica de la Ciudad de
Buenos Aires, Riobamba 373, Ciudad de Buenos Aires
E-mail: info@cora.org.ar

**33as. JORNADAS INTERNACIONALES DE
LA ASOCIACION ODONTOLÓGICA
ARGENTINA**
9 - 12 de Noviembre 2005
Informes: Junin 959 5° Piso
Tel: 4961-6141 int. 108
E-mail: jornadas@aoa.org.ar
www.aoa.org.ar

En el 2005 En el exterior

**VII CONGRESO PARANAENSE DE
ODONTOLOGIA (CIOPAR) - BRASIL**
Agosto 2005
Informes: E-mail: egas.aragao@terra.com.br

**CONGRESO INTERNACIONAL
ESTOMATOLOGIA 2005 - 105 ANIVERSARIO
DE LA FUNDACION DE LA ESCUELA DE
ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD DE
LA HABANA**
19 - 22 de Noviembre de 2005
Informes: E-mail: decano@infomed.sld.cu
msrosale@infomed.sld.cu
www.saludbucal.sld.cu
www.loseventos.com/estomatologia2005
www.complejopalco.com

Información para los autores

La revista del Ateneo Argentino de Odontología (RAAO), informa los tipos de trabajos que serán considerados por el Comité de Redacción.

1.- Artículos originales que aporten nuevas experiencias clínicas y/o de investigaciones odontológicas.

2.- Artículos de actualización bibliográfica sobre temas puntuales y que comprendan una revisión de la literatura dental desde un punto de vista científico, crítico y objetivo.

3.- Casos clínicos, serán considerados para su publicación casos clínicos poco frecuentes o que aporten nuevos conceptos terapéuticos que sean útiles para la práctica odontológica.

4.- Versiones secundarias de artículos publicados internacionalmente y que sean de actualidad y/o novedad científica, técnica de administración de salud, etc. Al pie de página inicial se deberá indicar a los lectores su origen, por ejemplo: Este trabajo se basa en un estudio de..... publicado en la revista..... (referencia completa).

5. Correo de lectores: este espacio será para exponer opiniones personales sobre artículos publicados u otros temas de interés del lector y/o lectores. Para el caso de trabajos publicados, el autor y otros, tendrá su derecho a réplica o respuesta. Este Correo de Lectores aceptará una redacción continua, sin apartados, de dos hojas tamaño carta acompañada de una sola figura o tabla y con cinco referencias bibliográficas como máximo.

6. Noticias institucionales y generales que

refieran a la odontología, su enseñanza y/o su práctica y comentarios de libros.

7.- Agenda Nacional e Internacional de Congresos, Jornadas, Seminarios, etc. que expresen la actividad de la profesión.

8.- Presentación y estructura de los trabajos a publicar, según las siguientes normas:

8.1.- Los trabajos deberán ser presentados en diskette, zip ó CD y 3 pruebas impresas en hoja blanca tamaño carta de un solo lado, con espacio entre líneas razo-nable y un margen de 2.5 cm (incluyendo la impresión de las imágenes)

8.2.- En la primera página se consignará:

8.2.1.- Título en letras mayúsculas.

8.2.2.- Autor(es), con nombre(s) y apellido(s). En caso de aclarar cargo o lugar de trabajo, colocar un asterisco a continuación del nombre del autor que corresponda, consignando la aclaración al pie de la página.

8.2.3.- El trabajo se iniciará con un resumen y palabras claves en castellano y un Abstract y Keywords en inglés.
El resumen debe llevar como máximo 200 palabras y comunicar el propósito del artículo, su desarrollo y las conclusiones más sobresalientes. Las palabras claves identificadas como tales (entre 3 y 10 palabras máximo) servirán para ayudar a los servicios de documentación a hacer el índice del artículo.
El resumen y las palabras claves deben consignarse en castellano e inglés.

8.2.4.- A continuación, se transcribirá el trabajo, numerándose las páginas.

8.3.- Las referencias bibliográficas se señalarán en el texto con el número según la bibliografía, ubicado sin paréntesis por encima del autor o cita que corresponda. Por ejemplo, a) Petrovic¹⁶ dice...; b) ...la ubicación de los caninos según la técnica expuesta en otro trabajo¹¹. Dichas referencias bibliográficas deben ser enumeradas en el orden en que ellas aparecen en el texto, con las siguientes normas y ejemplos:

8.3.1.- Autor(es): en mayúsculas, apellido e inicial(es).

8.3.2.- Título: a continuación, sin comillas, en minúsculas.

8.3.3.- Fuente:

8.3.3.1.- Si es libro: número de edición y editorial.

8.3.3.2.- Si es publicación en revista: título de la revista, volumen, páginas, mes y año.

Ejemplo:

1.- GRIFFITHS R.H. Report of the president's conference on the examination, diagnosis and management of temporomandibular disorders. Am. J. Orthod 35: 514 - 517; June 1983.

2.- KRUGER, G. Cirugía Buco-Máxilo-Facial. 9ª ed. Ed. Panamericana, 1982.

8.4.- La remisión a las figuras se incluirá en el texto, por ejemplo: ...el estudio cefalométrico demuestra (Fig.3) la existencia de una anomalía...

8.5.- No deberá dejarse espacio para las figuras.

8.6.- Los cuadros, gráficos y dibujos deberán presentarse cada uno en hoja aparte blanca, en tinta negra, listos para su reducción y reproducción.

8.7.- Las fotografías se presentarán en papel, con el número de la figura en lápiz en el reverso. Imágenes obtenidas de internet o scaneadas: en 300 dpi, jpg, CMYK. No se admitirán diapositivas.

8.8.- La Revista consignará al pie de la página inicial la fecha de aceptación del trabajo independiente del momento de su publicación.

8.9.- Al final del trabajo, después de la bibliografía, el autor(es) debe consignar una dirección postal, N° de e-mail **8.10.-** En hoja aparte, se incluirán los títulos para las figuras, en caso que corresponda.

8.11.- No se devuelven los originales.

9.- Proceso editorial: los artículos serán examinados por el director y el Consejo Editorial de cada número a publicar. La valoración de los revisores seguirá un protocolo y será anónima.

En caso que el artículo necesitare correcciones, el autor y/o autores, deberán remitirlo a la revista antes de 30 días corridos de recibir el mismo.

10.- La Corrección de texto e imagen antes de entrar en prensa deberá ser aprobada por los autores, remitiendo cada página del trabajo firmada.

11.- Separatas. El autor o autores recibirán por artículo publicado 20 separatas en forma gratuita, pudiendo encargar copias adicionales haciéndose cargo del costo correspondiente.



Colgate tiene una nueva manera de hacerte sentir bien cepillándote

El **Nuevo Cepillo Dental Colgate MASSAGER** ha sido diseñado para remover la placa y masajear suavemente la encía, proporcionando dientes limpios y encías sanas.

- Acceso profundo entre los dientes, removiendo más placa interproximal.
- Cerdas suaves de goma ubicadas en los laterales de la cabeza del cepillo, que permiten estimular las encías.
- Cabeza flexible que se adapta a las superficies de sus dientes.
- Mango con goma antideslizante que permite un mejor control en el cepillado, y disminuye el exceso de presión.

Recomiende el cepillo Colgate MASSAGER a sus pacientes y ayúdelos a mantener una buena higiene oral.

Colgate® MASSAGER®

Si desea estar incorporado en la base de datos de Colgate e informarse sobre éste y otros productos, visite:
www.colgateprofesional.com

AYUDA A SUS PACIENTES A CEPILLARSE MEJOR

nuevo **Ibuprofeno**



Rápida Acción
Actron



EL PRIMER IBUPROFENO 400 mg EN CAPSULAS DE GELATINA BLANDA.

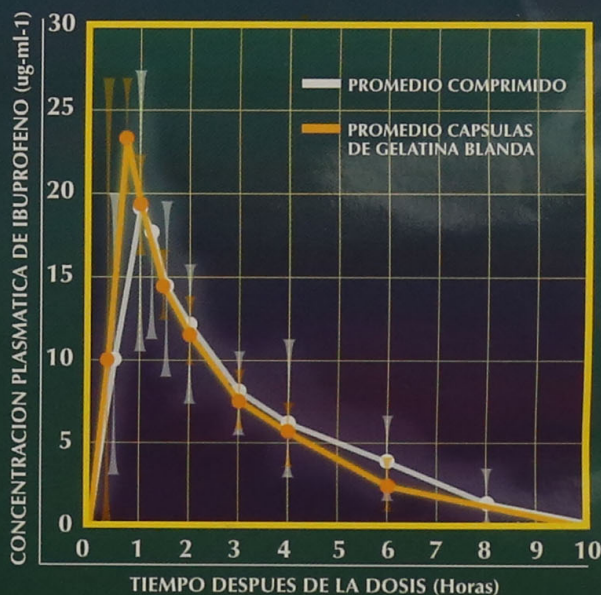
La más nueva, inmediata y efectiva respuesta para los dolores corporales intensos.

Rápida acción

Las cápsulas de gelatina blanda se disuelven y absorben más rápido que los comprimidos tradicionales, logrando una acción inmediata.



Estuches x 10 y x 20



Fuente: Patel MS; Morton FSS; Seager H. "Advances in Softgel Formulation Technology", Manuf Chem; 60; N° 7; 26-28; 1989

Rápida Acción
Actron
Ibuprofeno



• Analgésico • Antiinflamatorio • Antifebril

Para mayor información, llámenos al 0800-888-8020: lunes a viernes, de 9 a 16 hs