

REVISTA DEL ATENEO ARGENTINO DE ODONTOLOGIA

MARIANO

MORENO

Fundador de
la Prensa

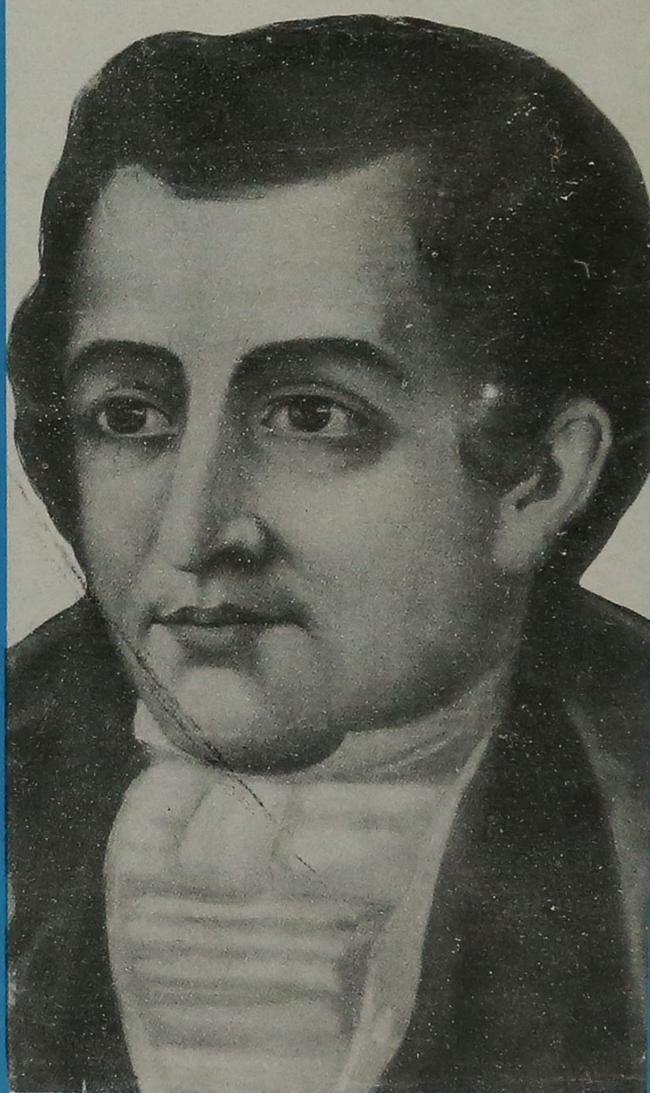
Libre en la
Argentina,

escribió en
el primer

número de
"La Gazeta

de Buenos
Aires", el

7 de Junio
de 1810:



"El pueblo tiene
derecho a saber

la conducta
de sus

Representantes..."
Y esa fecha

—7 de Junio—
fue instituida

como el Día
de la Libertad

de Prensa y
Expresión.

Familia de especialistas

NUEVOS POMOS MULTILAMINADOS



TOTAL PROTECCION BUCALE
LINEA ODONTOLÓGICA BIOSINT

*Nuevos pomos multilaminados Squam y Desensyl suman ventajas incorporando la más moderna tecnología manteniendo inalterables todas sus cualidades exclusivas.

Squam

El especialista antisarro. Squam, es la crema dental antisarro-anticaries que evita la formación del sarro, destruye la placa bacteriana y protege al esmalte.

Desensyl

El especialista en sensibilidad bucal. Por la acción combinada del citrato disódico y el Pluronic F-127, Desensyl brinda el más eficaz y permanente efecto desensibilizante.

Ateneo Argentino de Odontología

COMISION DIRECTIVA

Presidente: ALFREDO FERMIN ALVAREZ
Vicepresidente: ISAAC RAPAPORT
Secretario: ELIAS BESZKIN
Prosecretaria: LILIANA DOCTOROVICH
Tesorera: LILIANA PERIALE
Prosecretario: JOSE MARIO BESZKIN

VOCALES TITULARES

RICARDO CUFRE
EVA SCHILMAN
EDITH LOSOVIZ
BEATRIZ LEWKOWICZ
EDUARDO MUIÑO
BEATRIZ MELAMED

VOCALES SUPLENTE

ARMANDO POLLERO
GRACIELA RESNIK
FABIAN BLASCO
ANA MARIA CAPUTO
MOISES GERSZENSTEIG
ESTER GANIEVICH

COMISION FISCALIZADORA

TITULARES

EDUARDO SUSSMAN
MARIO DANIEL TORRES
CARLOS GUBERMAN

SUPLENTE

NOEMI LISMAN
JAIME JUAN FISZMAN
ALBERTO WAINSTEIN

TRIBUNAL DE HONOR

LUIS ZIELINSKY
ANGEL LAGORIO
NATALIO SCHESAK

MIGUEL STRATAS
SILVIA RUDOY
LEONARDO VORONOVINSKY

HENJA DE RAPAPORT
ELIAS SAMOILOVICH
SARA SNEIBRUM

COMISIONES Y SUBCOMISIONES

Departamento de Enseñanza y Asistencia Permanente

Presidente:
BEATRIZ LEWKOWICZ

COMISION DE CURSOS

Directora de Cursos
BEATRIZ MELAMED

Coordinadoras de Cursos de Actualización

LILIAN PIVETTI
MIRTA RESNIK

Coordinadores de Cursos del Interior

LILIANA PERIALE
EDUARDO SUSSMAN
JAIME FISZMAN

Coordinador de Cursos para Extranjeros

EDUARDO MUIÑO

Coordinador de Extensión Cultural

JAIME FISZMAN

COMISION PERMANENTE DE JORNADAS

Presidente:

ISAAC RAPAPORT
LILIAN PIVETTI
LILIANA DOCTOROVICH
ESTER GANIEWICH
MIGUEL STRATAS
MARCELA SÁNCHEZ
JULIO LALAMA
DANIEL KLETNICKI
ADRIANA PINAR
EVA SCHILMAN
SUSANA ZASZCZYNSKI
SOFÍA VINOGRAD
SONIA KANTEMIROFF
EDUARDO SUSSMAN
MYRIAM DAVIES

DIRECTOR: Alfredo Fermín Alvarez

CUERPO DE REDACCION: Mario Beszkin, Haydée Fligier,
Jorge Miguel García, Carlos Guberman y Mario Daniel Torres

Correspondencia:
Anchorena 1176/78
(1425) Buenos Aires
Tel.: 961-7349 y 0394
República Argentina

Diagramación, corrección y
coordinación
periódística:
Antonio Tarsitani
Producción Publicitaria A.F.T.

DEPARTAMENTO DE
ODONTOLOGIA
PREVENTIVA Y SOCIAL
Presidente: MARIO BESZKIN

COMITE DE PREVENCIÓN

Coordinadora:
GRACIELA LIBONATTI

COMITE DE INFECCIONES

Coordinador:
JORGE M. GARCÍA

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

Intercambio internacional: deseamos canje con revistas similares.
Nous désirons établir l'échange avec les revues similaires.

Desideriamo intercambio con rivisti simili.

Deseamos permutar com as revistas congeneres.

We wish to exchange with similar magazine.

Un austausch Wird gebeten.

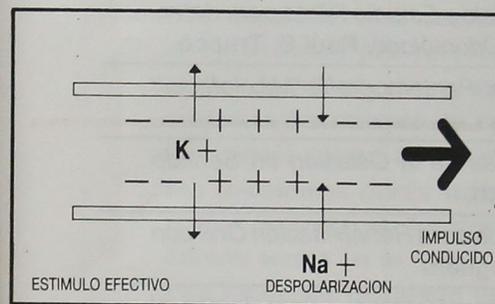
Filotricín "A"

Tirotricina 0,10% - Benzocaína 5%

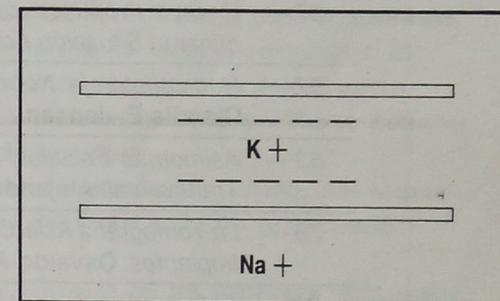
El colutorio odontológico

ACCION ANESTESIO-ANALGESICA

◀ Elimina el dolor en forma inmediata



◀ Efecto más prolongado



La Benzocaína estabiliza la membrana impidiendo la despolarización y la conducción del impulso.

Benzocaína ▷ Ester alquílico del ácido paraamino benzoico que se adhiere a la mucosa, prolongando su efecto anestésico.

ACCION ANTIMICROBIANA

◀ Su potente antibiótico polipeptídico (Tirotricina) posee una mayor eficacia que sus similares.

◀ Doble efecto bacteriostático - bactericida.

◀ Amplio espectro antimicrobiano.

◀ Mecanismo de acción pluriactivo.

Tirotricina ▷ Altera el consumo de oxígeno y la función respiratoria de los gérmenes sensibles. Mantiene su eficacia en presencia de pus. Ausencia de acción sensibilizante. Escasa resistencia bacteriana adquirida. Baja toxicidad.

Fuente: L. S. Goodman; Alfred Gillman - Bases Farmacológicas de la Terapéutica. 4ª Edición.

SINERGIA ANTIMICROBIANA ANESTESIO-ANALGESICA

Sumario

- 1 — Comisión Directiva.
- 5 — Editorial: La Bioseguridad en el Marco de la Bioética: **Alfredo Fermín Alvarez.**
- 7 — Alargamiento Mandibular en un Niño Mediante Distracción Gradual Utilizando Férula Intraoral: **Pedro Dogliotti y Col.**
- 16 — Seno Maxilar y Quistes: Métodos Diagnósticos: **Mario Daniel Torres.**
- 27 — Reflexiones y Proposiciones sobre extracciones en Ortodoncia: **Elías Beszkin.**
- 31 — Nuevos Enfoques Clínicos para el diagnóstico de las Mesio-posiciones: **Daniel Claudio Kletnicki y Col.**
- 37 — Ensayo: Propuesta de un Modelo y Estudio Piloto para determinar la Situación Actual del Odontólogo: **Raúl E. Trucco.**
- 57 — Radioanatomía Normal en la Pantomografía Máxilofacial: **Claudia E. Jensen.**
- 63 — Asimetrías Faciales: Anomalías de la Oclusión en Sentido Transversal: **Alejandra Luetich.**
- 76 — La Tomografía Axial Computada en la Rehabilitación Oral con Implantes: **Oswaldo Angel Voghera.**
- 86 — Enfermedades por Herpes Virus Hominis y Semejantes al Herpes: **Fabián C. Blasco.**
- 92 — Terapia Guía: Factores que Condicionan una Estrategia de Tratamiento: **Elías Beszkin y Col.**
- 101 — A Propósito del Cólera: **Epifanio Palermo.**
- 103 — Profesionales de Rosario: "La Pandemia de Cólera llegó a la Argentina...": **Alcibiades González.**
- 105 — El Descubrimiento de la Anestesia: **Alfredo Fermín Alvarez.**
- 111 — Tratamiento de la Enfermedad Periodontal: **Alberto Bustamante y Col.**
- 115 — Educación para la Salud: SIDA: **Fundación R.E.D.**
- 122 — Realidades acerca del SIDA y Control de la Infección.
- 124 — XII Jornadas de la AAO: Bioseguridad - SIDA.
- 125 — Calendario de Congresos y Jornadas 1992.
- 127 — Noticias del Ateneo.

Editorial

LA BIOSEGURIDAD EN EL MARCO DE LA BIOÉTICA

El avance de la tecnología médica, los nuevos procedimientos de manipulación genética, los distintos sistemas de atención de la salud, la relación profesional-paciente, la prolongación artificial de la vida, los trasplantes, los modernos métodos de fertilización, el aborto, el derecho del paciente a saber la verdad o a negarse a recibir tratamiento, son —entre otros— agudos temas que plantean abordajes multidisciplinarios.

Cuando Abraham Flexner escribió su famoso estudio sobre la educación médica a principios de 1900, los tiempos eran más simples y la medicina, más que ciencia, era un arte. La era post-flexneriana se caracteriza por revertir esa condición: la ciencia reemplazó al arte, cambió el criterio de la educación médica y la ética, hasta entonces patrimonio de religiosos y filósofos, pasó a perfilarse con relevantes rasgos en las ciencias de la salud.

Los problemas éticos surgen de una tecnología avanzada, del mayor reconocimiento de los derechos del paciente y de un acentuado énfasis social en la salud.

Una moderna disciplina agrupa al enfoque de los aspectos señalados: la bioética. La psicología, la filosofía, el derecho, la sociología, la economía, la política y las ciencias de la salud tienen responsabilidades compartidas en su consideración.

Dijo Konrad Lorenz que "el conocimiento es poder y el hombre ha logrado un gran poder sobre el universo que lo rodea, pero no en cambio sobre sí mismo y sobre su propia conducta".

Todos los cambios tecnológicos —de tecnología instrumental y tecnología intelectual hablamos— importan la necesidad de cambios de conductas. De nuestras propias conductas.

Desde hace años se viene advirtiendo en estas páginas respecto de los riesgos a que los odontólogos se exponen en cuanto al contagio, particularizando para entonces en la Hepatitis. Un odontólogo tiene seis veces más posibilidades de contraerla que un hombre de otra actividad, y nueve veces si es cirujano o periodoncista. En general, se obtuvo la llamada por respuesta, hasta que apareció el SIDA. La corte de sexo, degradación y muerte que acompañó desde su

Inicio a la nueva enfermedad conmovió a la sociedad en su conjunto, y dentro de ella de modo especial a los profesionales de la salud. No importa que sea muchas veces más fácil contraer hepatitis. No importa que alto porcentaje de éstas desemboquen en un cáncer de hígado.

Los profesionales recién tomaron conciencia de la necesidad de "protegerse". Normas de descontaminación, desinfección y esterilización, vestimenta, uso de guantes, barbijos y anteojos, manipulación de instrumental, descarte de lo descartable, etc. son procedimientos que, sistematizados y reglados, constituyen hoy un compromiso ineludible para proteger. Porque la responsabilidad del odontólogo como agente de salud, excede el marco de su propia protección para transformarse en una actitud solidaria de protección a su personal, a su familia, a sus pacientes, a la sociedad. Esa bioseguridad, inscrita en el concepto de la bioética, importa varios desafíos ineludibles. No rechazar pacientes presuntamente portadores. Organizar la atención de portadores asintomáticos o enfermos. Reconocer las lesiones estomatológicas que pueden llevar a un diagnóstico precoz. Observar escrupulosamente las normas regladas de bioseguridad.

Ponerse guantes a las 8 de la mañana y quitárselos al mediodía, además de constituir al usuario en un contagrador con guantes, revela la ignorancia en cuanto al tiempo útil de los guantes en orden a su permeabilidad. Es sólo un ejemplo.

Vale la pena insistir en estos aspectos, aunque sea de modo descarnado. Sublimes valores están en juego. Nada más y nada menos que la salud de una sociedad. La que nos formó para que la protejamos.

Alargamiento Mandibular en un Niño Mediante Distracción Gradual Utilizando Férula Intraoral

PEDRO DOGLIOTTI, RICARDO BENNUN*,
EDITH LOSOVIZ, ESTER GANIEVICH**

Esta publicación tiene por objeto presentar un caso clínico pediátrico con severa micrognatia, tratado precozmente con alargamiento del cuerpo mandibular con uso de tutor intraoral seguido durante tres años con resultado y desarrollo posterior satisfactorio.

El primer alargamiento de un fémur fue publicado por Codivilla⁽¹⁾ en 1905 para corregir una asimetría de miembro inferior. El tratamiento conjunto de la tibia y el peroné ha sido reportado por Abbott⁽²⁾, en 1927. Sin embargo, esta técnica fue popularizada por Ilizarov⁽³⁾ (ex URSS) y De Bastiani⁽⁴⁾ (Italia).

En un comienzo este procedimiento no gozó de gran difusión debido a las complicaciones que se presentaban, como inflamación local, necrosis de piel, infección alrededor de las clavijas de tracción externa y osificación impredecible de las zonas expandidas.

En una presentación posterior, Ilizarov demuestra que la tasa de complicaciones puede ser reducida realizando sólo una cortico-

tomía; es decir, produciendo solamente una interrupción de la corteza del hueso.

Snyder⁽⁵⁾, en 1973, y Michieli⁽⁶⁾, en 1977, reportaron alargamientos mandibulares mediante distracción gradual utilizando férulas extraorales en cirugía experimental en perros.

Recientemente Karp⁽⁷⁾ y col., presentaron los resultados exitosos de sus elongaciones mandibulares realizadas en laboratorio. El estudio confirmó que el alargamiento era factible y que existía reposición ósea en la zona expandida mediante corticotomía.

Los estudios histológicos revelaron la presencia de un proceso biológico altamente organizado. Las estructuras de colágeno existentes en una primera etapa, fueron

(*) Dr. Dogliotti: Jefe del Servicio de Cirugía Plástica y Quemados del Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan; Dr. Bennun: Médico Principal del Servicio de Cirugía Plástica y Quemados Prof. Dr. Juan P. Garrahan; Dra. Losoviz: área odontológica del Servicio de Cirugía Plástica y Quemados del Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan, Jefa de Clínica de Ortodoncia del Ateneo Argentino de Odontología; Dra. Ganievich: área odontológica del Servicio de Cirugía Plástica y Quemados del Hospital de Pediatría Prof. Dr. Juan P. Garrahan, Subjefa de Clínica de Ortodoncia del Ateneo Argentino de Odontología.

posteriormente reemplazadas por brotes de osificación a partir de los bordes de la corticotomía.

FISIOPATOLOGIA

La investigación⁽⁹⁾ demuestra que son múltiples los factores genéticos y epigenéticos que intervienen en el proceso de regulación del crecimiento, la remodelación ósea y la diferenciación progresiva (herencia y ambiente) los cuales probablemente coexistan y no son excluyentes (multifactorialidad):

- programación genética (intrinsicidad de las células cartilaginosas en el hueso de origen endocondral);
- sensibilidad a las tensiones biomecánicas;
- teoría de la matriz funcional⁽¹⁰⁻¹¹⁾ (los factores del desarrollo esquelético se encuentran en los tejidos blandos y no en el propio hueso);
- factor neurotrófico (redcilla de nervios motores y sensitivos que participa en las interrelaciones de retroalimentación en-



Fig. 1 A: FISURA 30 (TESSIER). Disminución de la masa mesodérmica del esponjoso y de la corteza. Agenesia de germenos de incisivos.



Fig. 1 B: Vista oclusal. Severo deterioro de los primeros molares temporarios.

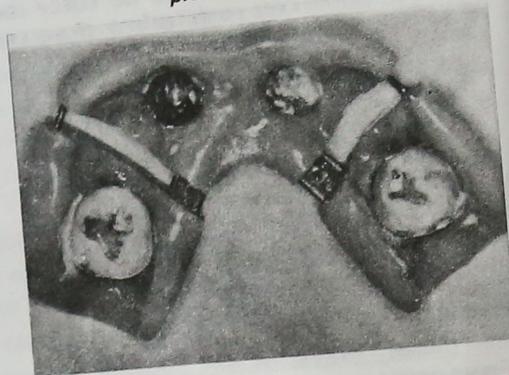


Fig. 2 A y B: Aparatología intraoral. Se observan las coronas de acero incluidas en el acrílico, tornillos distractores bilaterales, pernos y tubos telescópicos, flechas indicando el sentido de la activación.

tre los tejidos blandos y los huesos;
— efecto piezoeléctrico (las alteraciones de la forma de los cristales de colágeno del hueso causada por deformaciones mínimas del mismo por tensiones biomecánicas produce cambios bioeléctricos que desencadenarían reacciones osteoblásticas y osteoclásticas).

Es decir, que existe una cadena de enlaces reguladores, un sistema de vías de retroalimentación, intercambio de información y reacciones recíprocas.

Se generan durante el proceso de crecimiento variaciones morfológicas normales y anormales. Algunas pueden establecerse genéticamente y son determinantes. Otras dependen de cambios funcionales en relación a los tejidos blandos⁽¹²⁾. Si bien el cóndilo maxilar es importante como centro de crecimiento, no controla los procesos de todo el hueso y de cada una de sus regiones. Aunque estos centros son importantes, representan sólo campos regionales de crecimiento adaptados a las circunstancias morfológicas localizadas en sus áreas específicas.

El hueso esponjoso, compuesto por trabéculas o láminas óseas delgadas (médula ósea), abunda particularmente en las epífisis y entre las cortezas de los huesos planos del cráneo (diploe). Su vascularización es abundante y es característico de cualquier región cortical que se forme con rapidez. La extensión de riego es un índice del ritmo de depósito óseo.

Frente a severas alteraciones morfogenéticas, los conceptos invocados conducen a la necesidad de buscar equilibrio entre la masa neuromuscular y la estructura ósea que lo aloja para transformarla en función adecuada.



Fig. 3 A: Telerradiografía lateral 48 hs. después del posoperatorio.

CASO REPORTADO

(Fig. 1, derecha e izquierda)

Paciente de sexo masculino de 7 años de edad con fisura facial 30, según la clasificación de Tessier⁽⁶⁾, y agenesia transversa terminal en el nivel del tercio distal del húmero en miembro superior derecho. En el examen se diagnosticó la presencia de anquiloglosia, hipoplasia de sindactilia de 1°, 2° y 3er espacio en mano izquierda e hipoplasia de miembro inferior izquierdo.

Fue intervenido a los 5 meses realizándose la liberación de su anquiloglosia más injerto de piel.

Dos años después, se le efectuó la correc-

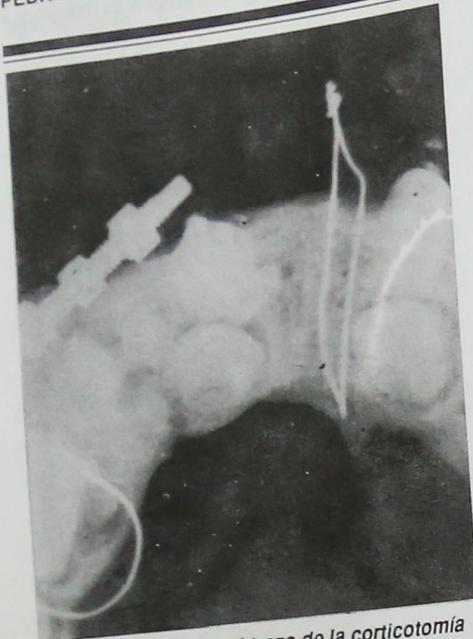


Fig. 3 B: Obsérvese el trazo de la corticotomía con la aparatología instalada y lista para comenzar la distracción.

ción quirúrgica de la sindactilia. A los 4 años se resuelve tratar la severa desarmonía esquelética anteroposterior presente en el nivel del 1/3 inferior del rostro por falta de desarrollo del cuerpo mandibular (Fig. 4). Lengua incorrectamente ubicada, interposición labial y restricción para el cierre bucal, son secundarios a la alteración basal. Babeo permanente y dificultad para la deglución son expresión del desequilibrio funcional del sistema estomatognático. Estéticamente resalta la falta de mentón insinuando un perfil extremadamente convexo.

TRATAMIENTO

a) Diseño y colocación de la aparatología (Fig. 2, derecha e izquierda)
La aparatología intraoral ortopédica con-

sistió en una placa inferior de acrílico, con coronas de acero incluidas en el mismo, para ser usadas como retenedores en segundos molares y caninos temporarios. Se incorporaron tornillos bilaterales a la altura de los primeros molares temporarios para producir la distracción de los extremos óseos, acompañados de perno y tubo telescópico para aumentar la resistencia horizontal. Se efectuaron marcas grabadas en el acrílico como guía para la activación.

La aparatología fue instalada en la boca utilizando cemento de ionómero vítreo para su fijación.

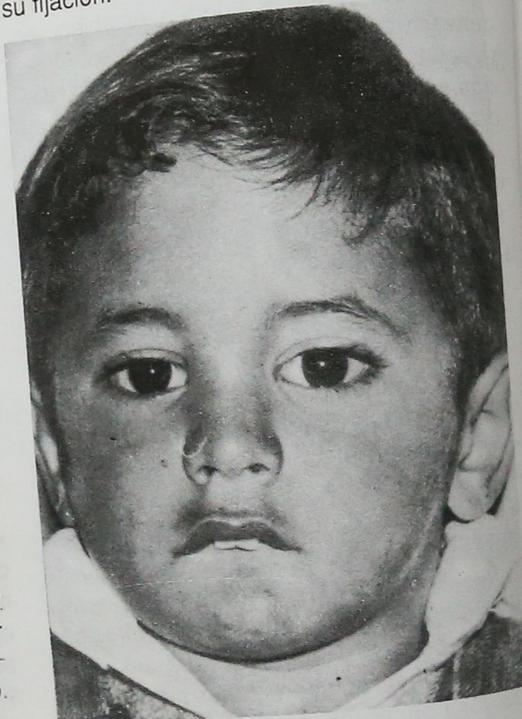


Fig. 4-A.

b) Procedimiento Quirúrgico
Bajo anestesia general, con intubación endonasal, se realizó la corticotomía circunfer-

rencial por vía superior, sin lesión del muco-periostio ni daño del paquete neurovascular. Se aseguró la fijación de la aparatología mediante 3 ligaduras circunferenciales (una media y dos laterales) (Fig. 3).

c) Manejo Postoperatorio

Para la activación del distractor, se adiestró a los padres para girar ambos tornillos 1/4 de vuelta dos veces por día durante 36 días hasta alcanzar la distracción deseada, que fue de 18 mm. en ambos lados. El control se efectuó radiológicamente con Rx panorámicas y telerradiografías laterales de cráneo.

Para mantener la expansión, el distractor permaneció en su sitio durante 3 meses.

La rehabilitación de la oclusión se completó con prótesis dental fija (a la vez contentiva) (Fig. 4).

DISCUSION

El objetivo, como en otras anomalías congénitas, es corregir las deformidades funcionales y cosméticas con tejidos similares, que posean el potencial de crecimiento para rellenar las partes deficientes acompañando el desarrollo y que produzcan la menor morbilidad en el sitio donante.

La reconstrucción mandibular en una hipoplasia severa ha sido siempre difícil por la necesidad de contar con injertos óseos obtenidos de sitios distantes y el requerimiento de un período prolongado de fijación intermaxilar. Algunos de estos inconvenientes se han reducido con la introducción de la osteosíntesis con tornillos pero, en ocasiones, se ha debido realizar traqueotomías con el objeto de asegurar la permeabilidad de la vía aérea en el postoperatorio.

La reconstrucción con hueso autógeno es generalmente el mejor método. La elección sería entre hueso vascularizado y no vascularizado. Este último tiene el inconveniente de la impredecible sobrevida de las células óseas transferidas y su comportamiento subsecuente dentro de la matriz funcional de los tejidos blandos.

El hueso vascularizado⁽¹³⁾ soluciona el problema de sobrevida del osteocito y tiene la ventaja agregada de poder transferir tejidos blandos asociados. Pero aun con estos beneficios, persisten la secuela en el sitio donante y un porcentaje aun elevado de posibilidad de fracaso.

La distracción ósea se ha constituido en una técnica sumamente popular especial-

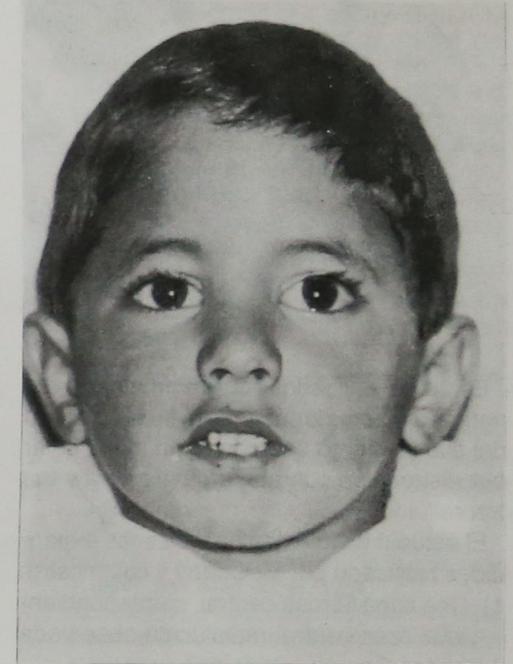
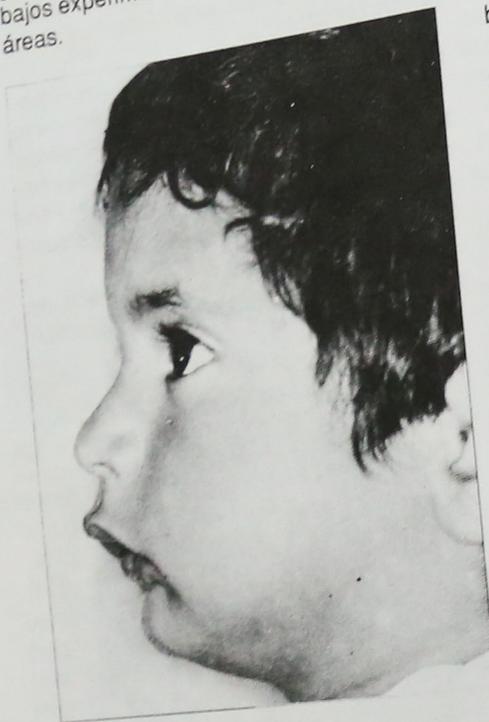


Fig. 4 A y B: Rostro de frente pre y posoperatorio.

mente en el manejo de las deficiencias congénitas y pos traumáticas de las extremidades. Si bien la experiencia clínica se ha limitado a los huesos largos (sobre el cartilago de crecimiento) existen numerosos trabajos experimentales en referencia a otras áreas.



Estudios realizados sobre animales de experimentación demostraron la factibilidad del alargamiento óseo de rama mandibular por distracción con aparatología intra y extraoral.

- El estudio histológico de las zonas expandidas realizado por McCarthy y col. mostró:
- 1) Una zona fibrosa central, correspondiente al área central radiolúcida observada en las Rx.
 - 2) Una zona de transición o sitio de forma-

- 3) Una zona de remodelación ósea o área con espículas de hueso alineadas como osteoblastos y osteoclastos.
- 4) Una zona de hueso maduro.

El alargamiento con tutores externos requiere de incisiones para su inserción; la expansión activa que el aparato produce también deja su huella en la piel. Uno de los interrogantes que esta técnica nos planteaba era acerca del efecto que la corticotomía podría tener sobre el nervio dentario inferior. La incorporación de la férula intraoral nos permitió obviar las cicatrices externas, y la realización cuidadosa de la corticotomía nos demostró que el nervio no

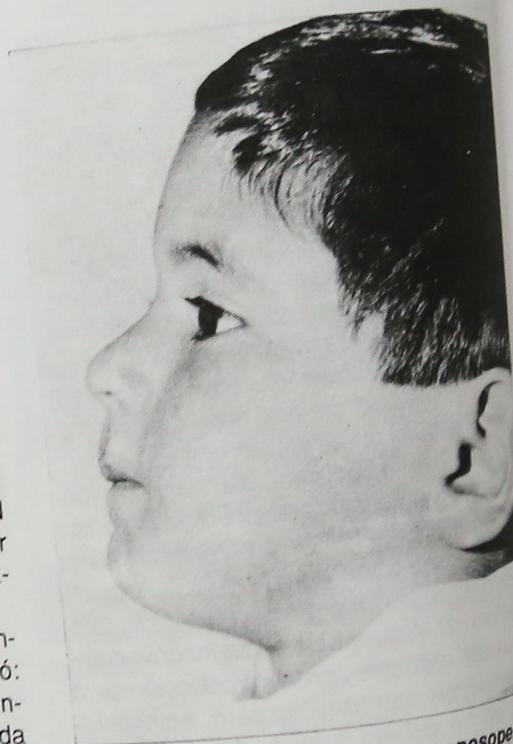


Fig. 4 C y D: Rostro de perfil pre y posoperario (2 años de evolución)

resultaba lesionado con este procedimiento.

Otra cuestión que surgía al incorporar esta nueva técnica, era la posibilidad de recidiva de la mandíbula expandida. Para ello se confeccionó un protocolo de control postoperatorio que comprende el examen clínico, fotografías, modelos, radiografías periaxiales y panorámicas y cefalogramas. Luego de un seguimiento de tres años, la expansión se ha mantenido según muestran las fotografías el perfil armónico, la morfología del mentón y la relación oclusal.

Es bien sabido⁽¹⁴⁾, que el potencial de regeneración ósea es mayor cuando los individuos son menores. La cuestión que continúa pendiente es acerca del potencial de crecimiento, en otras palabras: si la mandíbula expandida en una micrognasia presenta el mismo potencial en comparación con una mandíbula no expandida con la misma patología. Se podrá aun especular que la expansión gradual de la mandíbula realizada a temprana edad puede resultar en un alargamiento no sólo de la misma sino también de los músculos de la masticación y los nervios motores, tal como lo reportó Ilizarov⁽¹⁵⁾ con respecto al tratamiento de las extremidades.

La reconstrucción tridimensional⁽¹⁶⁾ con tomografía computada en pacientes con microsomía facial demostró un mayor volumen de los músculos de la masticación. Si una mandíbula hipoplásica puede ser incrementada en largo y volumen se podría plantear la hipótesis que también existe un potencial de mejoría de la función neuromuscular (matriz funcional) acompañado de crecimiento y desarrollo de la mandíbula afectada.

SUMMARY

We report a case of a 30 facial cleft (Tessier)

in a four year old boy. The important mandibular hypoplasia was treated with bilateral surgical corticotomy and posterior lengthening by gradual intraoral distraction.

A two year follow-up shows satisfactory maxillary occlusion and cosmetic result.

BIBLIOGRAFIA

- 1) CODIVILLA, A. On the means of lengthening in the lower limbs, the muscles and tissues which are shortened through deformity. Am. J. Orthop. Surg. 2:353, 1905.
- 2) ABBOTT, L.C. The operative lengthening of the tibia and fibula. J. Bone Joint Surg. 9:128, 1927.
- 3) ILIZAROV, G.A. The principles of the Ilizarov method. Bull. Hop. Joint Dis. Orthop. Inst. 48:1, 1988.
- 4) DE BASTIANI, G., OLDEGHERI, R., RENZIBRIVIO, L. and TRIVELLA, G. Limb lengthening by callus distraction (callotaxis). J. Pediatr. Orthop. 7:129, 1987.
- 5) SNYDER, C.C., LEVINE, G.A., SWANSON, H.M. and BROWNE, E.Z. Jr. Mandibular lengthening by gradual distraction: Preliminary report. Plast. Reconstr. Surg. 51:506, 1973.
- 6) MICHIELI and MIOTTI, B. Lengthening of mandibular body by gradual surgical-orthodontic distraction. J. Oral Surg. 35:187, 1977.
- 7) KARP, N.S., THORNE, C.H.M., MCCARTHY, J.G. and SISSONS, H.A. Bone lengthening in the craniofacial skeleton. ANN Plat. Surg. 24:231, 1990.
- 8) ENLOW, D.H. Handbook of facial growth. Philadelphia: Saunders, 1975.
- 9) MOSS, M.L. Functional analysis of human mandibular growth. J. Pros. Den. Nov.-Dec., 1960.
- 10) MOSS, M.L. and SALENTIJJN, L. The primary role of functional matrices in facial growth. Am. J. Orthod. 55:566, 1969.
- 11) SCOTT, J.H. The growth of the human face. Proc. R. Soc. Med. 47:91, 1954.
- 12) TESSIER, P. Anatomical classification of facial, craniofacial and laterofacial clefts. J. of Maxillofacial Surg. 4:69, 1976.
- 13) TAYLOR, G.I., WILSON, K.R., REES, M.D., CORLETT, R.J. and COLE, W.G. The anterior

PEDRO DOGLIOTTI, RICARDO BENNUN, EDITH LOSOVIZ, ESTER GANIEVICH

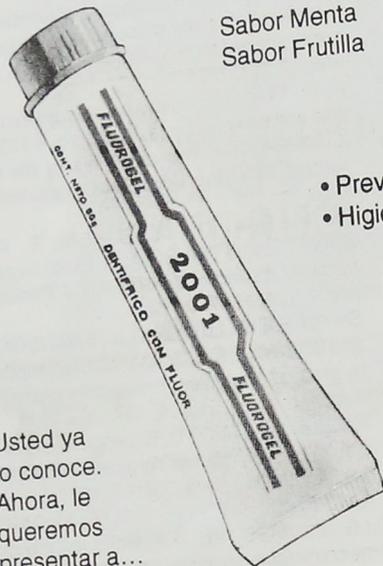
tibial vessels and their role in epiphyseal and diaphyseal transfer of the fibula: Experimental study and clinical application. BR. J. Plst. Surg. 41:451, 1988.

14) REID, C.S., McCARTHY, J.G. and KOLBER, A.B. A study of regeneration in parietal bone defects in rabbits. Plast. Reconstr. Surg. 67:591,

1981.
15) ILIZAROV, G.A., Presentation at the annual meeting of the American Society of Plastic and Reconstructive Surgeons, Boston, October 1990.
16) MARSH, J.L., BACA, D. and VANNIER M.W. Facial musculoskeletal asymmetry in hemifacial microsomia. Cleft Palate J. 26:292, 1989.

Fluorogel 2001

Sabor Menta
Sabor Frutilla



- Prevención
- Higiene

Usted ya lo conoce. Ahora, le queremos presentar a...

El enjuagatorio fluorado diario



Presentación del producto:
-Envase plástico de 200 ml.
-Tapa dosificadora de 10 ml.

Laboratorio NAF-SRL
Lamadrid 1263/5 - (CP 1653)
Villa Ballester - Tel.-Fax: 767-3910

ANDREWS



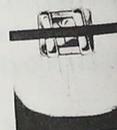
"A"-COMPANY
a Johnson & Johnson company

ARCO RECTO

Unico Sistema **Totalmente Programado** recomendado por sus creadores, Dres. L. Andrews y R. Roth. Brackets, Arcos, Asher, Extraorales, Bandas, etcétera.

ROTH

MINITWIN



Importador y distribuidor exclusivo: **SISTEMAS GRAFICOS S.A.**
Av. Independencia 3018 Tel.: 97-7229/3861/3090/3713 Fax: 903-4707



TAN GO

(CHAU PIGMENTACION)

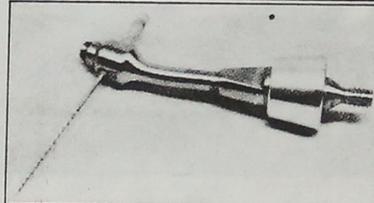
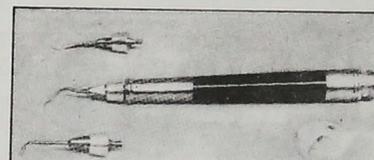
El U-N-I-C-O pulidor a bicarbonato

- Que no se tapa
- De muy sencillo uso
- Acople borden, sin modificar la presión de su turbina o micromotor
- Vida útil ilimitada
- PICOS ESTERILIZABLES, giratorios 360° y opcionales para stock esteril

**SIMULTANEO
CON
EUROPA**

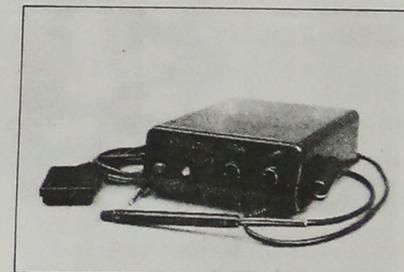
ultratec neumático

Limpiador sónico de acople Borden para periodoncia y endodoncia



ultratec 5000

Nuevo equipo de cavitación ultrasónica con comando en el gabinete y pedal interruptor



DYTEC

INDUSTRIA ARGENTINA

Además, Pulidor a bicarbonato TAN-GO — Bombas peristálticas para Implantología (Imprescindibles) — Insertos para Ultrasonido — Insertos para Scalers — Equipos portátiles para odontología Ambulatoria.

Service: Marcelo T. de Alvear 2149 - 1° "B"
(frente a la Facultad).
T.E. 83-5060 - Horario: de 10 a 17 hs.

Seno Maxilar y Quistes: Métodos Diagnósticos

MARIO DANIEL TORRES

EN un trabajo anterior¹³ al efectuar una revisión de la patología quirúrgica del seno maxilar de origen dentario, mencionábamos la importancia de los quistes como entidades frecuentemente asociadas a los senos maxilares, ya por vecindad, ya por invasión. Se señalaba allí la relevancia del diagnóstico sobre el compromiso sinusal en función de la actitud quirúrgica por asumir: radical o no.

Si bien lo expuesto se refiere a los quistes de los maxilares superiores, no puede soslayarse la existencia de los quistes mucosos que, por retención, se forman dentro del seno. Se caracterizan por su forma semicircular, adheridos a las paredes antrales con tenue radiolucidez que contrasta con la radio-

transparencia de la cavidad sinusal. Pueden desaparecer espontáneamente.

Borello¹ indica que los quistes del maxilar superior no comprometen a las fosas nasales más allá del levantamiento del piso, habitualmente moderado, y de ocasionales fistulizaciones. No es así en cuanto al seno maxilar ya que el quiste vecino trata de invadirlo, consiguiéndolo en volumen que varía según los casos. La barrera ósea que separa quiste de seno puede desaparecer, y establecerse así un contacto íntimo entre las membranas de ambos. La infección de cualquiera de ellos puede provocar la derivación del pus de uno a otro.

Generalmente, continúa Borello, se compromete la pared geniana del seno, incluso



Fig. 1-1

MARIO DANIEL TORRES



Fig. 1-2



Fig. 1-3



Fig. 1-4

PROCEDIMIENTOS RADIOGRAFICOS

Para lograr el registro de los senos maxilares sin superposición del mentón se aconseja la radiografía mento-naso-placa con la boca abierta (procedimiento de Grashey), chasis vertical, paciente de pie o sentado, cabeza erecta, máxima apertura bucal haciendo contacto con el chasis las puntas de la nariz y mentón. La dirección del rayo es sábito-naso-espinal y entra por encima del punto lambda coincidiendo con el plano sagital medio, pasa por la espina nasal anterior y llega perpendicularmente a la película (Rodríguez Mattaldi)⁸. Una variante puede ser el procedimiento de Waters: boca cerrada, cabeza extendida de modo que la línea basal forme un ángulo de 37 a 45° con el plano del chasis sobre el que apoya el mentón; direc-

hasta su destrucción; siendo raramente afectadas por el quiste las paredes orbitaria, nasal y pterigomaxilar. La lámina palatina puede ser deformada y aun destruida.

Aunque no tenga valor absoluto, el estado radiográfico de los dientes vecinos puede aportar al diagnóstico. Las rizolisis son moderadas y suele haber modificación de la ubicación de las raíces ante la presión del quiste en avance. Los quistes inflamatorios tienden a originar reabsorciones radiculares irregulares, lacunares, mientras que los foliculares reabsorben de manera más neta o n pico de flauta¹.

TABLA I
COMPARACION DE LA PANTOMOGRAFIA Y DE LA PROYECCION DE WATERS EN LOS SENOS MAXILARES

PANTOMOGRAFIA

No se visualizan los reales límites anatómicos del seno.
No se visualizan las paredes anterior, posterior y medial.
Se ve claramente la relación dientes-seno.
Superposición de imágenes de la nariz.
La variación radiográfica entre los senos izquierdo y derecho es considerable.
Se representa el sector ánteroposterior del seno (posición estándar); también se muestra el sector mediolateral del seno (posición modificada).

PROYECCION DE WATERS

Las paredes lateral y medial forman, respectivamente, los contornos lateral y medial del seno en la radiografía.
La pared lateral se diferencia de la pared medial.
Relación dientes-seno enmascarada.
No superposición de estructura nasal.
Es posible la comparación radiográfica entre los senos derecho e izquierdo.
Se representa el sector mediolateral del seno.

Fuente: CHOMENKO, A.G.2



Fig. 1.5

ción del rayo central igual a Grashey⁸. En los estudios pansinusales es preferible el procedimiento de Grashey (boca abierta) ya que se pueden observar también los senos esfenoidales.

Para tomas laterales, la relación cabeza-chasis es la misma, variando ligeramente la ubicación del punto de entrada del rayo central⁸.

Killey y col.⁴ apuntan algunas diferencias radiográficas en las imágenes de quistes y de seno maxilar, de las cuales sobresalen las siguientes:

1. El seno tiene un patrón óseo subordinado a estructuras tales como el hueso, los canales neurovasculares y eventuales tabicamientos. El quiste es generalmente un área radiolúcida sin estructura.
2. Los senos son habitualmente simétricos.
3. Relación de la canastilla alveolar de los dientes con la cavidad: en el seno, intacta, en el quiste desaparece.
4. Los márgenes de los senos maxilares son delgados, discretos e irregulares en una radiografía intraoral; el borde de un quiste es uniformemente curvo por la presión centrífuga que provoca el líquido.

Sonesson¹⁰ encuentra en su serie que el 80% de los casos muestran quistes sin margen cortical visible. Seward⁹, por su parte, manifiesta que —con algunas excepciones— si una imagen radiolúcida cavitaria en maxilar superior está separada del hueso por una línea cortical radioopaca, es casi seguramente el seno maxilar.

Laskin⁵, refiriéndose a los quistes propios del seno maxilar, sostiene que se ven con facilidad en la incidencia de Waters por la inclinación de la cabeza y porque se acentúa su tamaño en relación con el antro. En cam-

bio, los quistes posteriores del seno maxilar pueden pasar inadvertidos hasta que alcanzan dimensiones considerables.

Además de la incidencia de Waters, la radiografía lateral de la cabeza es excelente para determinar el margen superior de un gran quiste odontogénico que ha invadido el antro, para definir los límites de un quiste mucoso benigno del seno y para localizar un gran quiste dentífero maxilar.⁵

Con respecto a la radiografía panorámica en el examen del seno maxilar, Chomenko² considera que la pantografía es útil para el "screening" del seno maxilar, pero recomienda la proyección de Waters siempre que se sospeche enfermedad de los senos, y compara ambos procedimientos (Tabla I).³⁻⁶

Aunque la proyección de Waters visualiza mejor el seno maxilar que cualquier otra, no puede representar sus paredes anterior y posterior porque se superponen. También se aprecia con dificultad la relación del piso sinusal con los dientes. La pantomografía estándar, las radiografías periapicales y oclusales aportan buenos datos en ese sentido².

Quando es difícil hacer un diagnóstico confiable entre seno y quiste con las proyecciones enunciadas, la inyección de una sustancia de contraste previa aspiración del contenido quístico, son ayudas indispensables. Sin embargo, la introducción de un medio radioopaco en una lesión quística es una investigación raramente utilizada, subraya Killey⁴ apuntando las características del método.

Debe tratar de evitarse la presión negativa al aspirar o el exceso de presión al inyectar para lo cual es útil colocar otra aguja equilibrando las presiones. Toller¹¹ diseñó para ello una aguja de doble luz.



Fig. 2-1

Un llenado insuficiente puede llevar a interpretación correcta usándolo para definir



Fig. 3-1



Fig. 3-2



Fig. 3-3

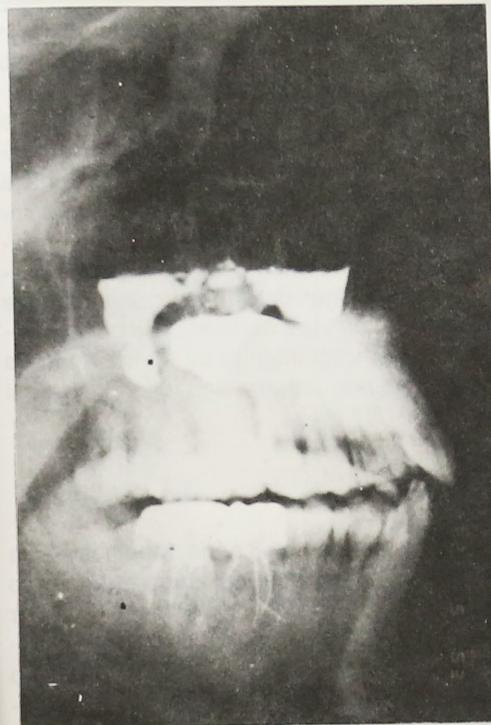


Fig. 3-4

las dimensiones de un gran quiste al hacer mover la cabeza del paciente en las sucesivas tomas radiográficas.

No debe hacerse un gran esfuerzo en la inyección para evitar en lo posible la ruptura de la membrana del quiste con extravasación del líquido de contraste hacia sus paredes laterales, o la ruptura de ambas membranas con invasión del líquido en el quiste.

Debe atenderse a que los líquidos de contraste son compuestos yodados, contraindicados en pacientes renales, hepáticos o alérgicos a la droga.

Cuando el líquido de contraste entra en el seno desde la cavidad quística o es colocado directamente en la cavidad a través de

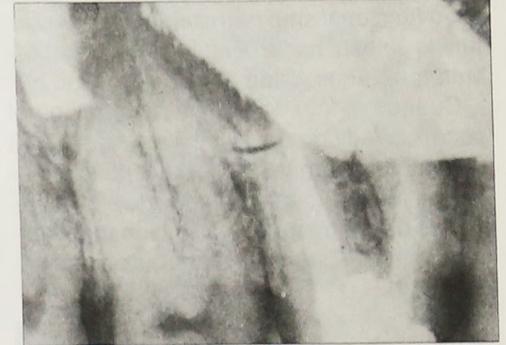


Fig. 3-5

ostium por el método de Proetz⁷, es posible comprobar el estado de salud del seno maxilar.

Tal como señaláramos oportunamente¹² "la cavidad sinusal está tapizada por una mucosa similar a la pituitaria, más delgada que ella, constituida por un epitelio pavimentososo, pseudoestratificado, cilíndrico y ciliado,

Fig. 3-6



cuyo funcionalismo permite evacuar el contenido sinusal hacia la nariz a través del ostium maxilar, ubicado en el meato medio".

Cuando el líquido de contraste ocupa el seno, las radiografías sucesivas a las 24, 48 ó 72 horas darán las pautas necesarias para certificar si el seno es capaz de eliminar el líquido de contraste y está funcionando adecuadamente. Esta circunstancia, debidamente



Fig. 3-7

te avalada por la fisiopatología será la clave para definir la táctica y la técnica quirúrgica.

Por último, dentro del capítulo del diagnóstico por imágenes, la tomografía computada es un recurso hábil cuando se han agotado las seguridades diagnósticas con los métodos expuestos. La tomografía puede

estar indicada cuando, por la superposición de imágenes de las estructuras craneales adyacentes, quedan ocultos cambios sinusales anormales. El examen combinado de las tomografías ánteroposterior y basal o lateral se recomienda cuando se sospecha la presencia de tumores de los senos maxilares. La destrucción ósea se visualiza más fácilmente en la tomografía, así como la localización de origen del tumor, la trayectoria de diseminación y la extensión de la afección ósea. No se recomienda su uso cuando se sospecha una enfermedad inflamatoria del seno.²

CASOS CLINICOS

Caso Nº 1

Paciente varón de 8 años. Manifiesta que dos años antes se le realizó un tratamiento con formocresol en el primer molar superior izquierdo primario, aportando una radiografía de ese entonces (Fig. 1-1), en la que no se observan lesiones significativas. Se presenta a la consulta con aumento de volumen por vestibular y convergencia hacia incisivo de lateral superior izquierdo permanente y canino primario. En las radiografías periapicales se observa una amplia imagen radiolúcida, desplazamiento de las raíces de los dientes mencionados, conservación de la cortical del incisivo lateral y el canino ubicado en el extremo superior de la imagen (Fig. 1-2). Una radiografía oclusal (Fig. 1-3) confirma lo dicho. En una mento-naso-placa boca abierta (Fig. 1-4) se observa la posición del canino permanente retenido en relación con el seno maxilar, lo que puede confirmarse en la panorámica (Fig. 1-5).

Caso Nº 2

Paciente varón de 8 años, muy similar

anterior del lado derecho, con antecedentes de formocresol. Canino y quiste en relación con el seno maxilar, desplazamiento y rotación de premolares. (Fig. 2-1)

Caso Nº 3

Paciente varón, 25 años. Consulta por au-

mento de volumen en fondo de surco a la altura del primer molar superior derecho que, en la radiografía periapical (Fig. 3-1) muestra una imagen radiolúcida relacionada con el tercio apical. En una vista panorámica

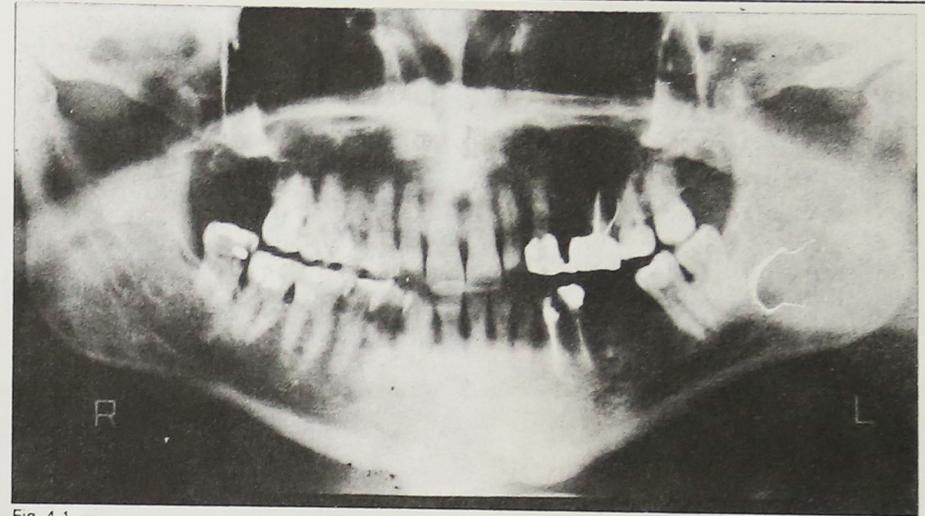


Fig. 4-1

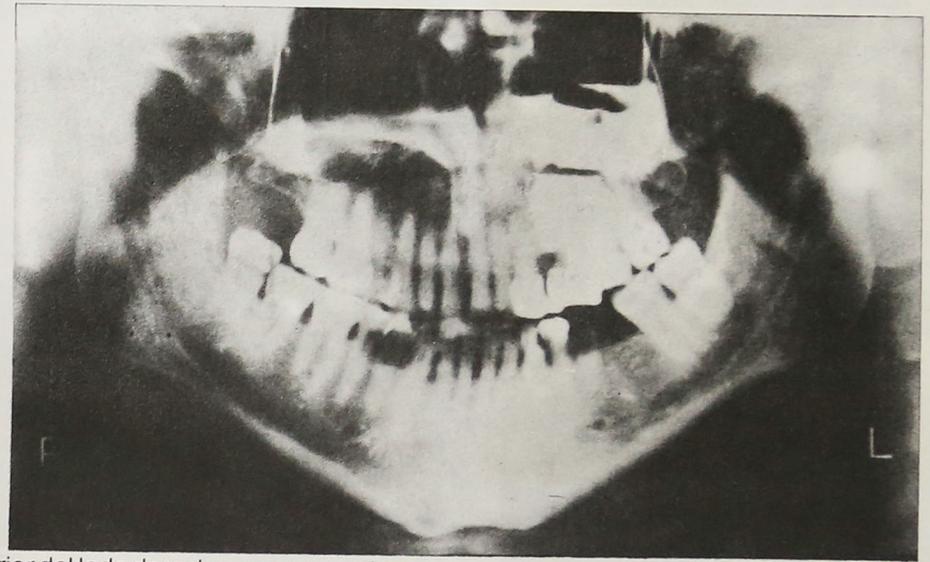


Fig. 4-2

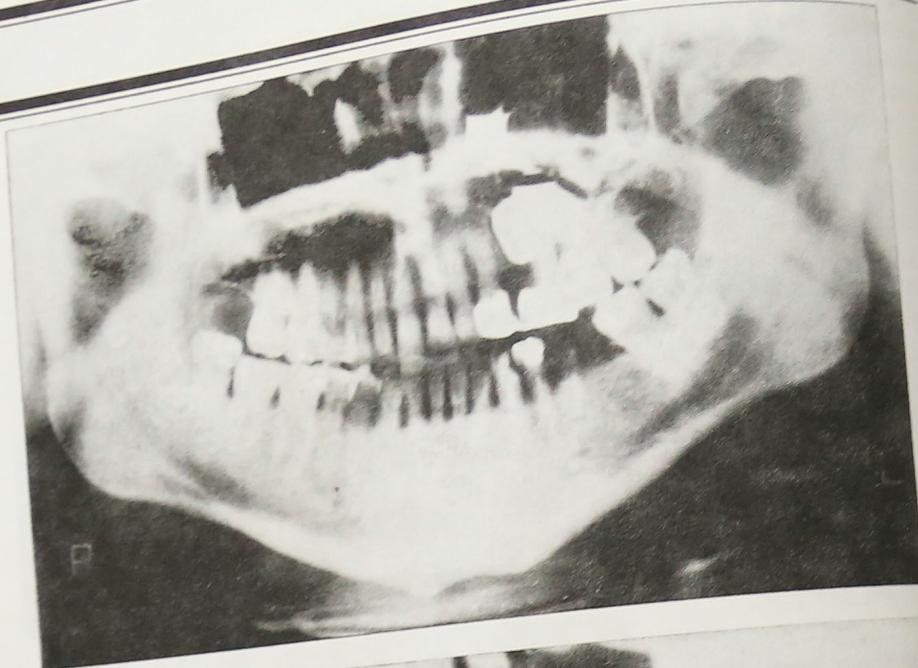


Fig. 4-3

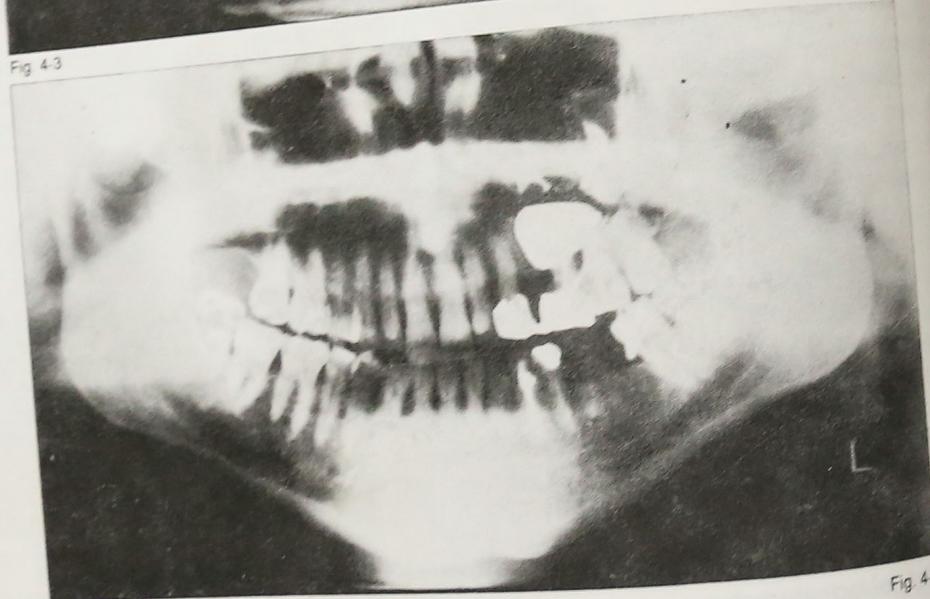


Fig. 4-4

(Fig. 3-2) y especialmente en una mento-naso-placa puede visualizarse la imagen quística en relación con seno maxilar (Fig. 3-3). Se inyecta líquido de contraste en el quiste pasando líquido al seno maxilar como se ve en la radiografía lateral (Fig. 3-4) y en la pe-

riapical (Fig. 3-5). En tomas sucesivas a las 24 hs. (Fig. 3-6) y a las 48 hs. (Fig. 3-7) se observa que el líquido de contraste permanece en el quiste y es eliminado del seno que mantiene intacta su funcionalidad.

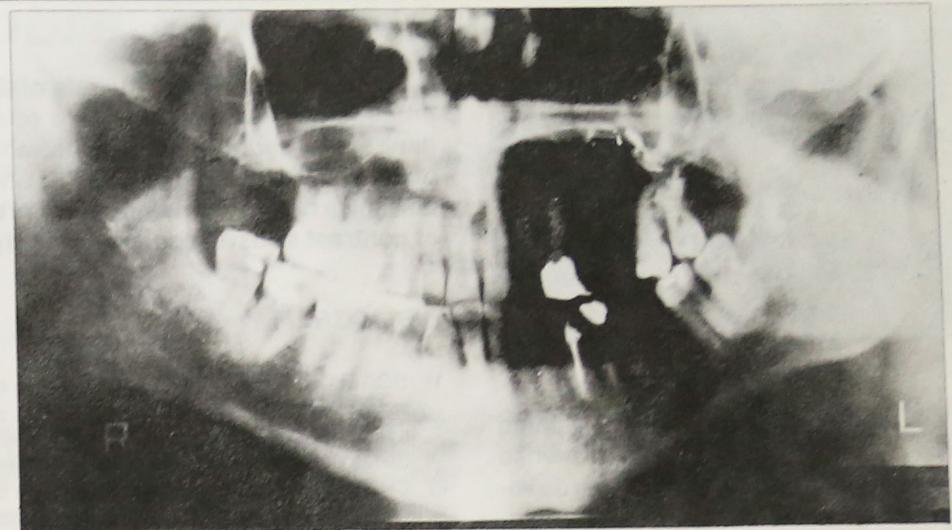


Fig. 4-5

cido parcialmente el líquido del seno, permaneciendo en el quiste; a las 48 horas (Fig. 4-4) casi ha desaparecido del seno. El paciente fue operado con extracción del molar causal (Fig. 4-5).

Caso N° 5

Paciente varón, 54 años. El paciente concurre a la consulta después de haber sido atendido en otro servicio, donde le diagnosticaron un tumor ocupante del seno maxilar

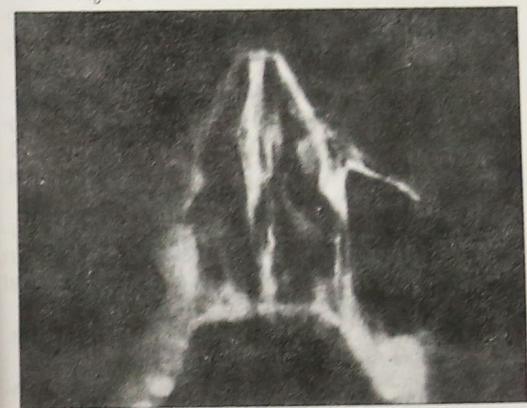


Fig. 5-1

Caso N° 4

Paciente varón, 40 años. Un aumento de volumen renitente en vestibular lado izquierdo en el nivel de molares superiores indica una radiografía panorámica (Fig. 4-1) que muestra una cavidad patológica en íntima relación con el seno maxilar. Se inyecta líquido de contraste que invade el seno (Fig. 4-2). A las 24 horas (Fig. 4-3) ha desapare-



Fig. 5-2



Fig. 5-3

con un tercer molar retenido hacia la pared interna del seno (Fig. 5-1). Existe movilidad de los molares de ese lado y aumento de volumen. En sucesivos cortes de la tomografía computada puede observarse la imagen del tercer molar en relación con el seno maxilar y conservación de la pared nasal (Fig. 5-2) y la masa ocupante de prácticamente todo el seno maxilar, del que queda una mínima porción (Fig. 5-3). El paciente fue operado con intervención radical de seno, extracción del retenido y los otros dos molares de ese lado. Diagnóstico histológico: quiste dentígero.

RESUMEN:

Se analizan los métodos diagnósticos para investigar el compromiso del seno maxilar ante quistes vecinos. Se comenta la información que brindan las radiografías periapicales, oclusales, mento-naso-placa, laterales y panorámicas. Se explica el valor de las radiografías previa inyección de líquidos de contraste.

SUMMARY:

The author describes the role of the roentgenogram in the diagnosis of maxillary sinus and cysts relations, and expounds about intraoral, extraoral and panoramic radiographies. The importance of contrast substances are emphasized.

BIBLIOGRAFIA

- 1) BORELLO, E.D. Tumores verdaderos o blastomas y tumoroides o falsos blastomas de los maxilares. Capítulo LII de Grispan, D. Enfermedades de la boca. Ed. Mundi, Bs. As., 1983.
- 2) CHOMENKO, A.G. Atlas interpretativo de la radiografía máxilo facial. Ed. Doyma, Barcelona, 1990.
- 3) HADAR, K. Diagnostic limitations of orthopantomography with lesions of the antrum. Oral Surg. 46: 449-453; 1978.
- 4) KILLEY, H.C.; KAY, L.W.; SEWARD, G.R. Lesiones quísticas benignas de los maxilares, su diagnóstico y tratamiento. Ed. Mundi, Bs. As., 1978.
- 5) LASKIN, D.M. Cirugía bucal y máxilo facial. Ed. Panamericana, Bs. As., 1987.
- 6) OHBA, T. and KATAYAMA, H. Comparison of panoramic radiography and Water's projection in the diagnosis of maxillary sinus disease. Oral Surg. 42:534-538; 1976.
- 7) PROETZ, A.W. Applied Physiology of the Nose. St. Louis Annals. Publishing Co. 1953.
- 8) RODRÍGUEZ MATTALDI, R.A. Radiología odontológica. Ed. Mundi, Bs. As., 1968.
- 9) SEWARD, G.R. Radiology in general dental practice. London. Brtt. Dent. Assoc., 1964.
- 10) SONESON, A. Acta Radiol. Suppl. 81; 1950.
- 11) TOLLER, P.A. Br. Dent. J. 128:317; 1970.
- 12) TORRES, M.D. Patología quirúrgica del seno maxilar de origen dentario. Rev. Ateneo Argent. Ont. XVII:15-23; 1982.

Dirección del autor:
S. de Bustamante 1788,
(1425) Buenos Aires

Reflexiones y Proposiciones sobre Extracciones en Ortodoncia

ELIAS BESZKIN

Después de haber escuchado las distintas intervenciones sobre la actualización de la procedencia o no de la extracción en ortodoncia, me parece lógico hacer unas reflexiones sobre las mismas para ubicar el problema en el contexto del devenir de la ciencia, más que agregar o enumerar alguna otra investigación.

La decisión de extraer o no extraer pasa en ortodoncia por extremos tales que en un tiempo se consideraba pecado la extracción en cualquier circunstancia, para pasar luego a considerar a casi todas las irregularidades como casos de extracción.

Por otra parte, los ortodontistas por un tiempo consideraban que había pocos casos límites, en los cuales la decisión de extracción se hacía conflictiva; concepto éste que muchos autores creen erróneo, pues entienden que los casos límites son más numerosos de lo que se sospecha.

Hacer una revista de la historia de esta controversia ortodóncica nos mostrará que las distintas posiciones están basadas en condiciones filosóficas de la condición humana y del estado de los conocimientos científicos que en ortodoncia se produjo en este siglo, para llegar a la conclusión que ninguno de los defensores de una u otra po-

sición aparece aún como un triunfador neto.

Angle decía, en 1907, que cada individuo tiene el potencial de poseer 32 dientes en oclusión normal, y todavía hoy hay autores que, aun aceptando que los terceros molares no participen de la oclusión normal, les resulta imposible avalar la extracción de premolares u otras piezas por la posibilidad de producir problemas funcionales, aunque poca o ninguna evidencia exista al respecto.

Angle fue influido por la filosofía de Rousseau en boga en esa época y por los conocimientos biológicos de ese momento.

Rousseau enfatizaba en la perfectibilidad del hombre y que muchas de las enfermedades del hombre moderno podrían ser controladas.

Angle decía que en una época en la que se pueden salvar las piezas dentarias con los nuevos tratamientos, sería inapropiado extraerlas con fines ortodóncicos e insistía en la convicción de que cada persona tiene la posibilidad de obtener una relación ideal de 32 piezas dentales. Por la misma época, Angle estaba influido por los hallazgos del fisió-

* Relato leído en la Mesa de Cierre de las XI Jornadas del Ateneo Argentino de Odontología el 20-9-91.

logo German Wolff, quien decía que las trabéculas óseas se ordenaban de acuerdo con respuestas o no a las líneas de tensión que se ejercían sobre el hueso. Esto llevó a Angle a la conclusión que una función adecuada de la dentadura es la llave para mantener su posición, por más grande que haya sido la expansión a que se la hubiera sometido, llevando los dientes corporalmente con su aparato, al que llamó "el aparato de crecimiento del hueso".

Las recidivas eran para Angle consecuencia de no haber logrado una oclusión adecuada.

En cuanto a los problemas estéticos, el tema fue resuelto a través de su relación con un famoso artista de esa época, profesor Wuerpel. Angle en un principio buscaba un perfil estético, y cuando se lo comunicó a Wuerpel, éste lo convenció de la tremenda variabilidad del rostro humano, que hace imposible especificar una sola forma facial como ideal, lo que indujo a Angle a sostener que el rostro ideal para cada paciente debería ser el resultado de una oclusión ideal previamente lograda.

Lo dicho hasta ahora es un aspecto de la discusión en la historia de la ortodoncia,

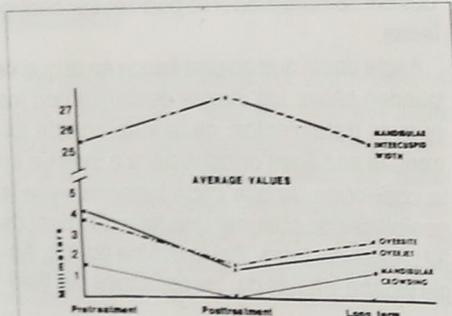


Fig. 1 Mean values for mandibular intercuspid width, overbite, overjet, and mandibular crowding for 43 non-extraction cases before treatment and short and long term posttreatment. Standard deviations for all values were higher than the mean changes. See Tables 2, 4.

Fig. 1

pues posteriormente Tweed, discípulo de Angle, alrededor de 1930, notaba un gran porcentaje de recidivas en los casos de expansión sin extracción. Los vuelve a tratar con la extracción de los cuatro primeros premolares observando mayor estabilidad, produciendo una verdadera revolución en la ortodoncia americana a fines de 1940.

Por otro lado, otro discípulo de Angle, el australiano Raymond Begg, destacaba las limitaciones del hombre en la adaptación social y física, y puso de relieve las discrepancias genéticas entre el tamaño del hueso de los dientes y en la falta en el hombre moderno de los desgastes proximales que ha-

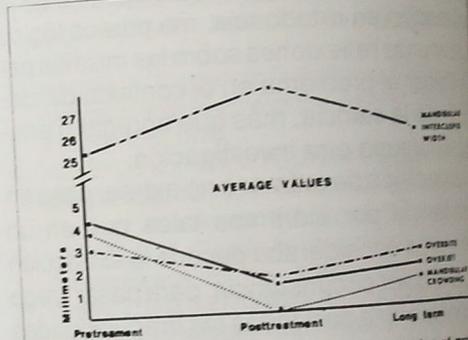


Fig. 2 Mean values for mandibular intercuspid width, overbite, overjet, and mandibular crowding for 27 extraction cases before treatment and short and long term posttreatment. Standard deviations for all values were higher than the mean changes. See Tables 2, 4.

Fig. 2

ría observado en los esqueletos de los aborígenes australianos, como consecuencia de la dieta alimenticia primitiva que provocaba un acortamiento del arco dentario y bilitaba la ubicación de todas las piezas en una oclusión sin apiñamientos. Estas variaciones lo llevaron a la conclusión que el hombre primitivo, que avaló científicamente la posibilidad de producir desgastes de la longitud del arco dentario por vía natural, sería lógico producirlos mecánicamente de los dientes, mejorando las relaciones entre el tamaño óseo y dentario, y poder lograr el espacio necesario para tener una buena oclusión. Con esta concepción

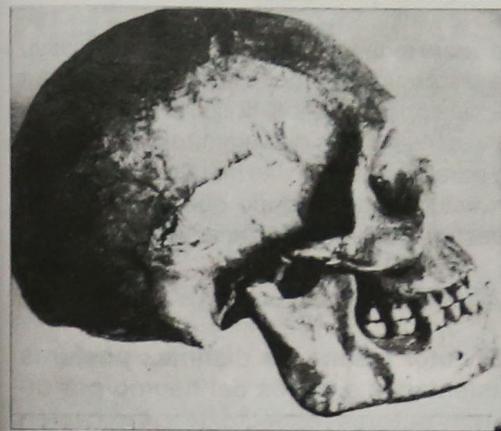


Fig. 3

ción ideó la aparatología que lleva su nombre, y que es fundamentalmente extraccionista. Las ideas de Tweed y Begg produjeron un auge extraccionista alrededor de 1960.

En la actualidad este auge ha disminuido, pues hay investigaciones que demuestran que si bien algunas anomalías no podrían ser solucionadas sin extracciones, no parece ser ésta la única solución para resolver todos los casos, pues se ha demostrado que muchos tratamientos con y sin extracciones, analizados después de muchos años, tienden a recidivar hacia los valores que tenían en un trabajo muy interesante Uhde, Sarigénes, Uowsky y Begole, y se puede observar en las Figs. 1 y 2.

Vuelvo a recordar las investigaciones de Begg sobre la evolución del cráneo humano y sus piezas dentarias a lo largo de la vida del hombre primitivo, que avaló científicamente la posibilidad de producir desgastes mecánicos de los dientes, mejorando las relaciones entre el tamaño óseo y dentario, y que constituye otro recurso para congeniar la discrepancia hueso-diente dentro de ciertos

límites, como podermos observar en las Figs. 3, 4 y 5.

También hay que destacar el aporte que produce la aparatología funcional europea, usada en el momento oportuno, que a la luz de las últimas investigaciones es un elemento en favor de la disminución de los casos de extracción.

Proffitt y Ackerman sostienen que desde un punto de vista racional contemporáneo, hay pacientes ortodóncicos que requieren extracciones. Muchos pacientes (ellos dicen la mayoría) pueden ser tratados sin extracciones, lo que no quiere decir que todos, por lo que es necesario comprender la pertinente historia para evitar repetirla.

Siguiendo los conceptos de Jaraback, la aplicación de la cefalometría al diagnóstico de los casos clínicos ha dado al ortodoncista una guía para establecer un plan de trata-

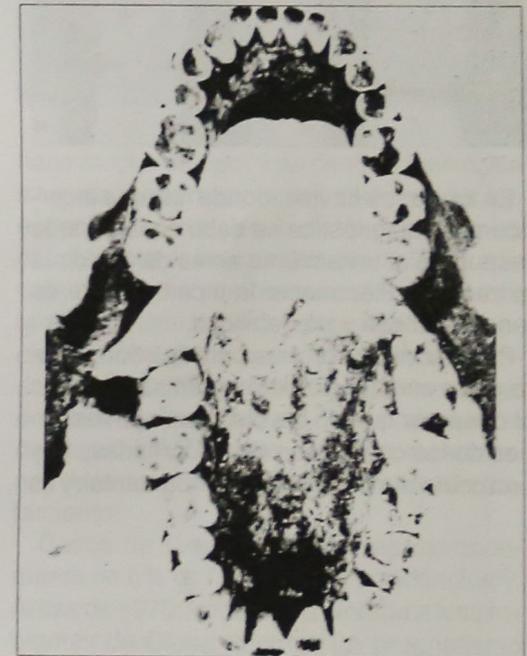


Fig. 4

miento. La cefalometría ha demostrado la interrelación existente entre las piezas dentarias y el complejo esquelético que lo enmarca. Esa guía tan importante para el diagnóstico no siempre es utilizada para el pronóstico del crecimiento o para saber qué es lo que debe hacerse. Como dice el autor, "los dientes son extraídos para facilitar una filosofía clínica dependiente de una aparatología en vez de tenerse en cuenta la necesidad del paciente y su cara en crecimiento".

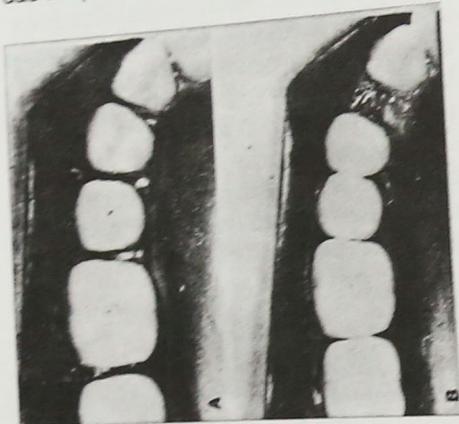


Fig. 5

En los casos límites, donde hay una incertidumbre diagnóstica se debe considerar la respuesta al tratamiento antes de decidir la extracción. Reconocer la incertidumbre es tener fortaleza y no debilidad.

Para terminar con esta participación, quiero dejar constancia de mi gran satisfacción al observar que en las distintas intervenciones de los colegas en estas Jornadas, hay una coincidencia temática fundamental, y es

que la justificación de la extracción o no, pasa sobre todo por un diagnóstico exhaustivo de las anomalías, por encima de cualquier técnica aparatológica, la que, en última instancia, no es más que un medio instrumental para llevar a cabo las metas derivadas de un estudio concienzudo que cada uno de nuestros pacientes merece.

RESUMEN

El autor reseña las distintas posturas sustentadas a través del tiempo por diversos autores respecto de la indicación o no de extracciones dentarias en los tratamientos ortodóncicos. Analiza las propuestas de Angle, Tweed, Begg, Proffit, Ackerman y Jarabak, concluyendo que la justificación de extracciones o no pasa fundamentalmente por un diagnóstico exhaustivo de las anomalías, más allá de cualquier técnica.

SUMMARY

Evolution of ideas about teeth extractions in orthodontic treatment are described. Propositions of Angle, Tweed, Begg, Proffit, Ackerman and Jarabak are analyzed. The author of this paper indicate the importance of correct diagnosis above orthodontic appliances.

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

Nuevos Enfoques Clínicos para el Diagnóstico de las Mesioposiciones

DANIEL CLAUDIO KLETNICKI,
STELLA SOSA, MIRIAM DAVIES,
SONIA CRISTINA KANTEMIROFF

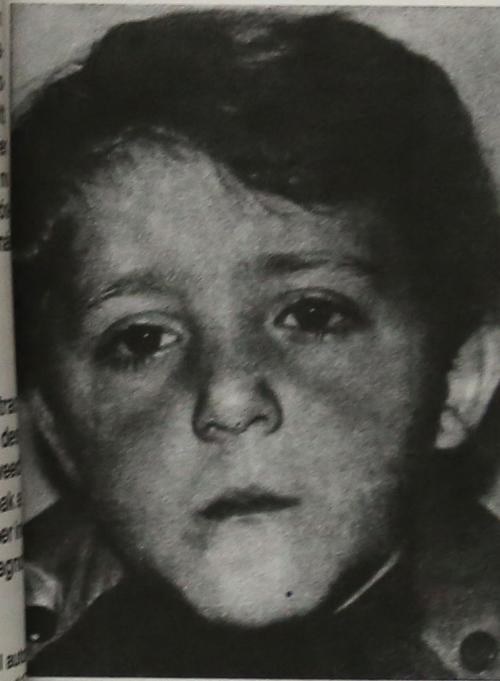


Fig. 2

El desarrollo de la maloclusión de Clase III es uno de los problemas más desafiantes que afronta la práctica ortodóncica. Como ya dijo Angle, en 1907, es la mayor deformidad que al ortodoncista se le pide que trate⁽¹⁾ (Fig. 1, 2 y 3).

El tratamiento de esta anomalía data de

hace mucho tiempo, y se continúa evitando intervenciones tempranas, puesto que los especialistas creen que dicha anomalía es causada por sobrecrecimiento de la mandíbula que no es posible controlar. Se suma también a esto la poca colaboración del paciente, dado que la aparatología es incómoda y antiestética y la falta de experiencia del ortodontista en el manejo de la maloclusión de Clase III. Por lo tanto, se deja todo en manos de la cirugía como único e inevitable tratamiento.

Casos de Clase III suman aproximadamente un 5% de la patología ortodóncica⁽²⁾. Antes de 1970, la literatura pintaba a los problemas de Clase III como un prognatismo mandibular. Algunos estudios recientes su-

gieren, sin embargo, que la mayoría de las anomalías de Clase III tienen retrusiones maxilares debido, en gran parte, a la etiología estructural⁽⁹⁾. Gruyer, Ellis, Mc Namara y Berents encontraron en un estudio realizado en jóvenes y adolescentes el siguiente porcentaje del componente de la Clase III: a) Las protrusiones mandibulares en combinación con un maxilar normal en sólo 19% de los casos. b) Contrariamente con protrusiones maxilares en combinación con protrusiones mandibulares ocurrieron en un 34% de la muestra. c) Retrusiones maxilares relacionadas con una mandíbula normal en un 28%. Se destaca que la retrusión esquelética maxilar estaba presente en el 62% del grupo⁽⁴⁻⁵⁾.

Sue y colaboradores, utilizando el análisis de Rickets encontraron que el 62% de sus casos de Clase III involucraban retrusiones maxilares. Esto corrobora los estudios hechos por Gruyer, Ellis y Mc Namara⁽⁶⁾.



Fig. 3

Resulta obvio de estos estudios que el tratamiento de muchos casos esqueléticos de Clase III tendría que incluir tracción maxilar como mejor objetivo.

En nuestro diario ejercicio, tanto privado como en la clínica del Ateneo Argentino de Odontología, hemos observado al realizar

anamnesis del paciente, que aparentemente sufre prognatismo, esto refiere que su característica es hereditaria.

Nosotros nos preguntamos: ¿qué es lo hereditario?, ¿quién es el causante de esta anomalía?

En nuestros estudios clínicos hemos corroborado que no siempre el culpable es el maxilar inferior, sino que hay otros factores coadyudantes no detectados por el ortodontista a temprana edad, y con el correr del tiempo producen características de Clase III.

CAUSAS PREDISPONENTES DE LA CLASE III

1) Desde que el niño nace puede tener una posición progénica de sus rebordes, lo cual puede tener dos significados: a) se manifiesta una manifestación clínica postural, persistente del estadio embrionario, en el cual avanza el maxilar inferior para permitir el desarrollo del paladar. Esto ocurre alrededor del tercer mes de vida intrauterina. Si es así, esta mesioposición desaparece al año de vida o bien en un segundo término; b) ser una posición genética.

2) En el primer año de vida puede instalarse una mesioclusión por la posición recta de los incisivos temporarios superiores, lo que sumado al deslizamiento de la mandíbula hacia adelante produce la posición progénica.

3) La forma de los rebordes alveolares en el neonato y su oclusión demasiado planas.

4) Instalada la dentición primaria, las bajas caninas deben ser el primer signo de alarma.

Los caninos temporarios están situados en la sutura inciso-canina de la premaxila cuando su oclusión está trabada actuando

nando el desarrollo del maxilar superior tanto en sentido transversal como ánteroposterior (Fig. 4 y 5).

5) El retraso de la erupción de los incisivos superiores permanentes con respecto a los inferiores puede producir fácilmente una mordida invertida, colocando la mandíbula en una mesioposición alterando el equilibrio facial (Fig. 4).

6) Muchos autores enfatizan el papel causal de la lengua en la progenie. Son importantes el tamaño y la posición de la misma. La lengua en una posición normal se en-

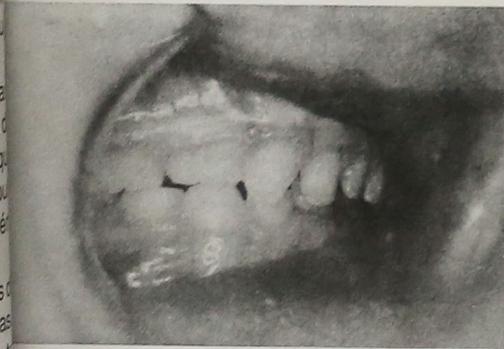


Fig. 5

contra con el dorso apoyado en el paladar y la punta debajo de los incisivos inferiores. Cuando no mantiene esta postura y ocupa posiciones bajas produce: a) empuje den-

tario y b) empuje mandibular estimulando, además, el adelantamiento mandibular (Fig. 7).

7) Factores respiratorios: la congestión de la mucosa nasofaríngea, el tabique nasal desviado, alergias, obstrucción de las vías respiratorias superiores (adenoides), producen falta de desarrollo del maxilar superior.

8) Herencia: muchos autores señalan la herencia como causa de prognatismo recordando como ejemplo el prognatismo mandibular de los Reyes Españoles de las casas de Hamburgo, Castilla y Borbón. Mayoral plantea que se hereda el micrognatismo maxilar y que además está acompañado de macrognatismo mandibular y aumento del ángulo goníaco, lo que dificulta el tratamiento ortodóncico⁽⁷⁾.

ANÁLISIS DEL PERFIL

Jacobsen considera que gran cantidad de casos diagnosticados cefalométricamente como prognatismo mandibular, al ser reconsiderados por un análisis clínico del perfil demostraron ser realmente retrognatismo maxilar superior⁽⁸⁾ y⁽⁹⁾.



Fig. 6

Suárez y Sánchez, en un estudio realizado en treinta pacientes con diagnóstico clínico de prognatismo mandibular, hallaron que el 56% de los casos presentaban retrognatismo maxilar con el análisis cefalométrico de Steiner y el 90% de los casos, según el análisis cefalométrico de Sassouni, tenían como mayor componente de la anomalía de mesioclusión al maxilar superior retruido⁽¹⁰⁾. Sue y colaboradores, encontraron gran variabilidad en la etiología estructural en los distintos análisis cefalométricos.

Cuando fueron usados el ángulo SNA y SNB de Steiner, la mandíbula se encontraba como mayor contribuidor; pero cuando fueron estudiados la profundidad del maxilar y facial, según Rickets, teniendo en cuenta el punto A, la mayoría de los casos fueron clasificados como retrusión maxilar superior.

Debido a esta gran variabilidad que existe en los distintos análisis cefalométricos se deben tener en consideración otros elementos para planificar el tratamiento de Clase III.

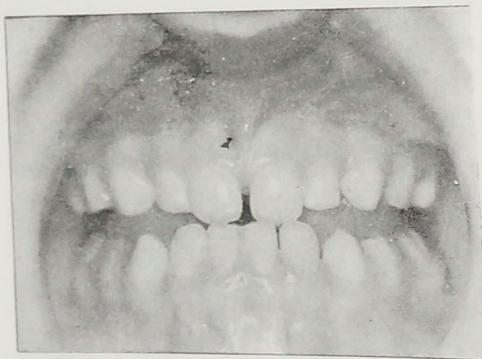


Fig. 7

Sería adecuado basarse también en el perfil facial del paciente, si lo que queremos lograr es un perfil armónico.

Una evaluación facial requiere un análisis total del perfil, estudiar la posición del mentón, maxilar superior y cara media.

Al perfil facial lo clasificamos en: cóncavo (Fig. 8), recto (Fig. 9) y convexo. Debemos concentrarnos en áreas de balance para saber si el paciente presenta un maxilar superior retruido o una mandíbula protruida.

Para estudiar la posición del mentón colocamos al paciente (Fig. 10) en una posición recta. Se traza una línea imaginaria que baja desde el punto Nasion, pasando por los tejidos blandos y perpendicular al piso, se cubren los labios superior e inferior y se evalúa a la posición del mentón con respecto a esa



línea si aparece protruido o balanceado (Fig. 9 y 11).

RESUMEN

De la bibliografía consultada y la experiencia clínica, los autores concluyen que, debido a la variabilidad del análisis cefalométrico, se tendrán que tomar en consideración otros factores cuando se planifica el tratamiento de una Clase III. Sería más apropiado basar las decisiones en el estudio del perfil facial del paciente teniendo en cuenta la posición del mentón y del maxilar superior en base a los elementos clínicos de diagnóstico propuestos, ya que cuando la demanda del paciente, como nuestro objetivo, es optimizar la estética facial.

SUMMARY

From the submitted bibliography and the clinical experience, the authors have concluded that due to the variability of the cephalometric analysis, other factors will have to be taken into consideration when planning treatment for patients of Class III. It would be more appropriate to base the decisions on the study of the facial profile taking into account the position of the chin and upper maxilla, on basis of the proposed diagnosis clinical elements, as the main objective is to optimize the facial esthetic.

BIBLIOGRAFIA

- 1) KINGSLEY N.W., Oral Deformities, Appleton & Co., New York, 1879.
- 2) KELLEY J.E.; SANCHEZ M. and VAN KIRK L.E., An Assessment of Occlusion of the Teeth of Children, National Center for Health Statistics. U.S. Department of Health, Education and Welfare.

Para estudiar la posición del maxilar superior, el paciente también tiene que estar en posición recta. Se traza una línea imaginaria que baja del borde interno inferior de la órbita hasta la comisura, pasando por la base alar de la nariz y bloqueando el labio inferior y el mentón (Fig. 12). Si observamos el ala



Fig. 9

de la nariz, si se encuentra por detrás de esa línea, estamos en presencia de falta de desarrollo del maxilar superior y cara media (Fig. 8). Además, toda medición mandibular cefalométrica debe tener en consideración la cantidad y dirección de toda desviación mandibular al cierre que va de relación céntrica II.

- 3) GRABER T.M.; CHUNG D.D.B. and Aoba J.T., Dentofacial Orthopedics versus orthodontic, J. Am. Dent. Assoc. 75: 1145-1146, 1967.
- 4) SASSOUNI V., Dentofacial Orthopedics, A Critical review, Am. J. Orthod. 61: 255-269, 1972.
- 5) GRUYER E.C.; ELLIS E.E.; McNAMARA J.A. and Behrents R.G. Components of Class III Malocclusion in Juveniles and Adolescents. Angle Orthod. 56:7-30, 1986.
- 6) ELLIS E. and McNAMARA J.A., Components of Adult Class III Malocclusion. J. Oral Maxillofac. Surg., 42:295-305, 1984.
- 7) SUE G.; CHASENAS S.J.; TURLEY P.K. and ITOH J., Indicators of skeletal Class III Growth, J. Dent. Res., 66 (special issue): 348, 1987.
- 8) MAYORAL, J. y G., Principios fundamentales y prácticos. 2da. edición, Barcelona; Ed. Labor S.A.; 1971, pp. L 76-183, 216-243, 289-297-568.

- 9) TEJERA CHILLON, A. de la, Cambios Dentales y esqueléticos encontrados en pacientes dados de alta con aparatos funcionales tipos Bimble Standar: Trabajo para optar por el título de especialista de posgrado en ortodoncia. Sgo. de Cuba, Clínica Estomatológica Provincial, 1984.
- 10) JACOBSON SUE Y colaboradores; Fajardo, J. E., Variaciones Cefalométricas de especialista de 1º grado en Ortodoncia. Santiago de Cuba, 1981.
- 11) SUAREZ J. y SANCHEZ M., El estudio cefalométrico como medio auxiliar de diagnóstico. Rev. Cub. Estomat. 3:183-186, 1980.
- 12) Orthopedic Correction of Class III. Malocclusion with Palatal Expansion and Custom Protaction Headgear. Patrick Turley D.D.S., M.S.A., M.E.D. J.C.O., Mayo 1988 (314-325).

* Las figuras 10, 11 y 12 serán publicadas en el próximo número.

LABORATORIO INTEGRAL JADE

ALTIMARI Y JAIME

M.N. 2513

M.N. 2512

Le Brinda un Estilo Diferente.

Envíos al Interior

Porcelana - Isosit - Prot. Fija - Removible - Completa - Cromo Cobalto - Attachment

En Constante Evolución le Ofrecemos Porcelana sobre Metal con Cuello Cerámico. Prótesis Fija y Removible sobre Implantes

Sus pacientes agradecerán nuestra calidad.

Prudan 1248 (altura Avda. San Juan 3150) C.P. 1242, Capital. Teléfono: 93-8023

ACLARACION:

El material gráfico utilizado en el artículo "El Torque en Ortodoncia" de los Dres. Gasti, Melamed y Beskin, en el número anterior de esta revista (pág. 96 a la 101), es material facilitado por "A" Company - Sistemas Gráficos S.A. Argentina. ¡Muchas Gracias!

Ensayo: Propuesta de un Modelo y Estudio Piloto para Determinar la Situación Actual del Odontólogo

RAUL E. TRUCCO

INTRODUCCION:

En las dos últimas décadas se han producido una cantidad de hechos que iniciaron un ciclo totalmente inédito para las profesiones en el orden mundial. El cambio de los factores históricos y el agregado de otros constituyen un conjunto ambiental, demográfico, social, de utilización de servicios; índices asistenciales y perfiles de demanda potencial y real, económicos, financieros y políticos; sistemas de atención, recursos humanos con problemas de planificación y distribución, etcétera. La odontología no podía permanecer ajena, pero no es su patrimonio. Medicina y sus ramas, ingeniería en sus especialidades, tecnología en su evolución, leyes, revisión histórica, etc. Así como quienes la ejercen encuentran una permanente ruptura de los tradicionalismos y paternalismos. Hay un nuevo horizonte inevitable y previsible. También es cierto que esta transformación ha hecho que quedásemos en el furgón de cola. Y el concepto de profesionalismo en su acepción cabal debe ser revisado y puesto al día. Para quienes seguimos viviendo de nuestros consultorios en diario trajinar de producir los medios para atender los materiales de nuestras expectativas y la salud de la población, se ha convertido en dura y compleja tarea. Si llevamos a nuestra Argentina las cosas, son un claro ejemplo de la profunda metamorfosis que no se detiene. Creo que es un hecho positivo y constituye un gran desafío. Existen parámetros que no están a nuestro alcance, están muy fuera y lejos de la voluntad personal. A nuestras instituciones, con tanto mérito, las necesidades las han forzado a establecer dentro de su seno comisiones que están también en el gremialismo. Nadie puede quitarles el trabajo, voluntad y esfuerzo que han hecho, hacen y harán en aras del mejoramiento de estas nuevas ideas. Cuando nuestros pares las fundaron y organizaron cumplían las tareas de educación postgrado

con exclusividad. Hoy la tarea científica se ha ampliado y las nuevas disciplinas sociales están en sus cuadros como ciencia. No tengo la menor duda que, por muchos años por venir, habrá una gran gimnasia y fundamentalmente una gran formación de todos nosotros. No es el momento de encerrarse y pasar a ser protagonistas; es la responsabilidad de todos y no solamente de algunos.

Este trabajo pretende estudiar qué es lo que se piensa y cuál es el pensamiento del colega. Por ello la pretensión de conocer primariamente su idea realizado por una estadística pobre en cantidad y con poca respuesta, pero que contiene un posible modelo con preguntas muy específicas contestadas y que son analizadas acápite por acápite. Tengo la enorme esperanza de que despertará polémicas y que muchos de mis lectores no están de acuerdo en las reflexiones. Tiene la intención de compartir conocimientos y despertar inquietudes. De esta manera estará plenamente justificado.

OBJETIVOS

La construcción del modelo apunta a un amplio espectro. Estructuralmente marca una actitud y pensamiento que podemos sintetizar en las siguientes metas:

- Test personal.
- Configurar datos regionales y locales para obtener un "mapa" general de la profesión nacional e internacional.
- Cumplir con las reglas de la informática.
- Determinar los factores primordiales que dificultan el ejercicio profesional.
- Respuesta del odontólogo frente a su propia problemática.
- Las posibles adicciones a drogas y alcohol.
- La relación paciente-profesional, profesional-profesional, personal auxiliar y laboratorio de prótesis.

- La formación educativa.
- La salud del odontólogo y su incidencia por rubro.
- La situación económica.
- El cumplimiento de las expectativas en nivel de satisfacción profesional.
- La ingerencia de las terceras partes: administradores de salud, obras sociales, mutualidades y gobierno.
- Administración y organización de consultorio.

MATERIAL Y METODOS

Se distribuyen 320 formularios en la zona del Colegio de Odontólogos de la Provincia de Buenos Aires, que abarca el sur de la Provincia en el último trimestre del año 1991 cuyo texto-modelo es el siguiente:

INTERROGATORIO PERSONAL

- 1.— ¿Le cuesta ir al consultorio?
- 2.— ¿Va al consultorio como obligación?
- 3.— ¿Siente que las cosas están fuera de control?
- 4.— ¿Siente hostilidad por alguno de sus pacientes?
- 5.— ¿Percibe miedo en sus pacientes?
- 6.— ¿En actitud de desagrado ha arrojado de sus manos algún instrumental?
- 7.— ¿Necesita un "par de tragos" después de un día de trabajo?
- 8.— ¿Toma usted tranquilizantes o sedantes?
- 9.— ¿Ha gritado usted alguna vez a un paciente o personal auxiliar?
- 10.— ¿Se siente bien si trabaja con otro odontólogo?
- 11.— ¿Trabaja usted para su propio interés sin tener en cuenta a su paciente?
- 12.— ¿Tiene usted duda que realiza alguna prestación no todo lo bien que quisiera?
- 13.— ¿Siente usted que le sobra tiempo?
- 14.— ¿Se siente usted fatigado frecuentemente?
- 15.— ¿Tiene usted jaquecas con frecuencia?
- 16.— ¿Confía usted en sus proveedores de materiales?
- 17.— ¿Se siente mal si no ha pagado sus cuentas puntualmente?
- 18.— ¿Tiene usted dificultad con la calidad de los trabajos de su laboratorio?
- 19.— ¿Está usted presionado por hacer más dinero?
- 20.— ¿Tiene usted un colega amigo y confidente con el cual puede discutir sus problemas profesionales?
- 21.— ¿Es usted reticente de revelar sus dificultades a otros?
- 22.— ¿Ha encontrado usted en la odontología la respuesta económica a sus expectativas?
- 23.— Cuando se recibió usted, ¿creyó estar bien preparado para ejercer la profesión?
- 24.— ¿Disfrutó usted de su trabajo?
- 25.— ¿Qué es lo que más sufre físicamente?

a) Resfríos	<input type="checkbox"/>	d) Dificultades al dormir	<input type="checkbox"/>	g) Asma	<input type="checkbox"/>
b) Cardiovascular	<input type="checkbox"/>	e) Presión arterial	<input type="checkbox"/>	h) Ulceras	<input type="checkbox"/>
c) Indigestión	<input type="checkbox"/>	f) Osteoarticulares	<input type="checkbox"/>	i) Oído	<input type="checkbox"/>
- 26.— ¿Está usted desilusionado con su salud personal?

a) Nunca	<input type="checkbox"/>	b) De vez en cuando	<input type="checkbox"/>
c) Ocasionalmente	<input type="checkbox"/>	d) Frecuentemente	<input type="checkbox"/>
- 27.— ¿Cómo considera su habilidad profesional?

a) Normal	<input type="checkbox"/>	b) Mejor que lo normal	<input type="checkbox"/>	c) Por debajo de lo normal	<input type="checkbox"/>
-----------	--------------------------	------------------------	--------------------------	----------------------------	--------------------------
- 28.— ¿Se siente usted agredido por:

a) Intrusismo	<input type="checkbox"/>	b) Obras sociales	<input type="checkbox"/>	c) Participación del Gobierno	<input type="checkbox"/>
d) Juicios por mala práctica	<input type="checkbox"/>	e) Auditorías	<input type="checkbox"/>		

- 29.— ¿Qué es lo que más le impacta en su práctica?
- a) Incumplimiento de horarios
 - b) Relación con personal auxiliar
 - c) Manejo del dinero
 - d) Falta de descanso
 - e) Dificultad en el cobro
 - f) Falta de pacientes en sus citas
 - g) Laboratorio protético
 - h) Procedimientos profesionales
 - i) Economía
 - j) Otros (describalos)

RESULTADOS: DISCUSION PARTICULAR

Se obtienen 50 respuestas:

Cantidad	Por Ciento	Respuestas: Cantidad	Por Ciento
320	100%	50	15.62%

Pregunta N° 1:
¿Le cuesta ir al consultorio

Sí	% de Sí	No	% de No
2	4%	48	96%

Comentario:
La necesidad del trabajo en su manifestación permite afirmar que hay una buena disposición y satisfacción en el encuentro con el trabajo.
Aun así, aparecen colegas que ofrecen resistencia a concurrir a su lugar de actividades. Pero esto en estos números no ofrecen gran diferencia con otras profesiones y tareas humanas.

Pregunta N° 2:
¿Va al consultorio como obligación?

Sí	% de Sí	No	% de No
2	4%	48	96%

Comentario:
Se repite la misma figura de la anterior pregunta. Es importante establecer la edad y año de profesión de las respuestas negativas.

Pregunta N° 3:
¿Siente que las cosas están fuera de control?

Sí	% de Sí	No	% de No
12	24%	38	76%

Comentario:
Es evidente que la profesión no hace todo lo deseable como sensación general. Una de cada 4 expresan que la marcha normal en todos los aspectos no es todo lo normal. Los factores generales de cualquier tipo, incluidos en este acápite, serán comentados en este cuestionario.

Pregunta N° 4:
¿Siente hostilidad por alguno de sus pacientes?

Sí	% de Sí	No	% de No
15	30%	35	70%

Comentario:
Existe una falta de interrelación. La proporción es demasiado elevada, superando que más de uno, cada cuatro pacientes es motivo de irritabilidad en la consulta.

Pregunta N° 5:
¿Percibe miedo en sus pacientes?

Sí	% de Sí	No	% de No
12	24%	38	76%

Comentario:
Es uno de los más importantes parámetros durante el diario trajinar y una de las dificultades por superar con las ciencias de la comunicación.

Pregunta N° 6:
¿En actitud de desagrado ha arrojado de sus manos algún instrumento?

Sí	% de Sí	No	% de No
1	2%	49	98%

Comentario:
Ya en forma incomprensible que indica falta de control y de límites, aunque pueda significar un acto de desahogo en un momento dado, aparece un colega que lo señala.

Pregunta N° 7:
¿Necesita un "par de tragos" después de un día de trabajo?

Sí	% de Sí	No	% de No
2	4%	48	96%

RAUL E. TRUCCO

Comentario:
La primera presencia de las tendencias al alcoholismo. Siempre hay un inicio y en las estadísticas mundiales tenemos una proporción semejante a nuestro interrogatorio.

Pregunta N° 8:
¿Toma usted tranquilizantes o sedantes?

Sí	% de Sí	No	% de No
3	6%	47	94%

Comentario:
Asociados a las dependencias, los psicofármacos están entre nosotros. En relación a la población, el consumo es bajo aun comparativamente. Lo importante es que se asocia al ejercicio profesional ingerir alguna ayuda. En el acápite próximo, veremos que el insomnio es de proporción alta entre nosotros.

Pregunta N° 9:
¿Ha gritado usted alguna vez a un paciente o personal auxiliar?

Sí	% de Sí	No	% de No
22	44%	28	56%

Comentario:
Retornando a lo psicológico y conducta, es muy elevada la cantidad de problemas. Es posible que a veces una actitud enérgica sea necesaria pero no se justifica el hecho de perder las líneas generales del comportamiento. Indica problemas tensionales y falta de comunicación.

Pregunta N° 10:
¿Se siente bien si trabaja con otro odontólogo?

Sí	% de Sí	No	% de No
32	64%	18	36%

La positiva mentalidad de compartir, que es la mejor terapia a los innumerables inconvenientes que en la práctica de la odontología asume. Asimismo, el mayor incremento de las especialidades y derivación de pacientes incrementa los índices.

Pregunta N° 11:
¿Trabaja usted para su propio interés sin tener en cuenta a su paciente?

Sí	% de Sí	No	% de No
2	4%	48	96%

Comentario:
Es muy importante que el profesional no piense solamente en su "ego" y en su bolsillo. Mi

ca la evidente vocación de entrega que el área de salud imprime a quienes el sentido social lo anima y nutre.

Aun así, hay presencia de quienes piensan en sí mismo por encima de las expectativas del paciente.

Pregunta N° 12:
¿Tiene usted duda de que realiza alguna prestación no todo lo bien que quisiera?

Sí	% de Sí	No	% de No
49	98%	1	2%

Comentario:

La honestidad de las respuestas indican una toma de conciencia importante en el autocontrol. La profesión es consciente que debe mejorar la calidad de sus servicios. Es un severo llamado de atención a las instituciones formativas técnicas que educan al colega. Justifica los fracasos que se ven en nuestra tarea general.

Pregunta N° 13:
¿Siente usted que le sobra tiempo?

Sí	% de Sí	No	% de No
34	68%	16	32%

Comentario:

La baja mundial de los índices asistenciales hace que ya sea mayoría la disponibilidad de espacios en sus libros de citas. Se conjugan una serie de factores que pasan desde situación económica y exceso de odontólogos en determinadas áreas de la zona.

Pregunta N° 14:
¿Se siente usted fatigado frecuentemente?

Sí	% de Sí	No	% de No
1	2%	49	98%

Comentario:

En conexión con la pregunta anterior, al existir tiempo libre está presionado por otros multifactores. El hecho es real de que hay mano de obra ociosa.

Pregunta N° 15:
¿Tiene usted jaquecas con frecuencia?

Sí	% de Sí	No	% de No
2	4%	48	96%

Comentario:

En comparación con la población común, los índices son muy semejantes y lo mismo en

cuanto a los trabajos presentados por investigadores dentro de la odontología en este mismo rubro.

Pregunta N° 16:
¿Confía usted en sus proveedores de materiales?

Sí	% de Sí	No	% de No
37	74%	13	26%

Comentario:
La provisión no es siempre lo satisfactorio que se espera. Acostumbrado a adquirir lo necesario y lo no necesario, va aprendiendo a seleccionar los elementos que la industria produce. Ya sabe que bien por desconocimiento o bien porque no son la panacea que se nos presenta.

Pregunta N° 17:
¿Se siente mal si no ha pagado sus cuentas puntualmente?

Sí	% de Sí	No	% de No
14	28%	36	72%

Comentario:
La presión de las obligaciones cada vez mayores y de más monto en relación con el ingreso hace que las obligaciones personales y familiares sean difíciles de cumplir y la voluntad de pago tiende a minimizarse sin importar la justicia o injusticia de las imposiciones.

Pregunta N° 18:
¿Tiene usted dificultades con la calidad de los trabajos de laboratorio?

Sí	% de Sí	No	% de No
25	50%	25	50%

Comentario:
Uno de los más conflictivos problemas de la práctica diaria. Uno de cada dos odontólogos tropieza no solamente con los costos sino también con la calidad, lo que agrava el problema.

Pregunta N° 19:
¿Está usted presionado por hacer más dinero?

Sí	% de Sí	No	% de No
16	32%	34	68%

Comentario:
A diferencia de otras estadísticas mundiales que datan de años anteriores, el factor económico y financiero se va convirtiendo en un verdadero parámetro en detrimento de las e...

pectativas. Ya en la pregunta anterior se marcaba un bajo nivel de demanda. Esta pregunta confirma la cuestión.

Pregunta N° 20:
¿Tiene usted un colega amigo y confidente con el cual pueda discutir sus problemas profesionales?

Sí	% de Sí	No	% de No
46	92%	4	8%

Comentario:
Todos nosotros sabemos de la importancia de compartir. Es de desear que con el tiempo el 100% recurra al apoyo que significa tener un par en el cual podamos confiar nuestras responsabilidades e inquietudes.

Pregunta N° 21:
¿Es usted reticente a revelar sus dificultades a otros?

Sí	% de Sí	No	% de No
4	8%	46	92%

Comentario:
Si la figura de la pregunta 20 indicaba alguna duda, ésta, complementaria, confirma plenamente la respuesta anterior.

Pregunta N° 22:
¿Ha encontrado en la odontología la respuesta económica a sus expectativas?

Sí	% de Sí	No	% de No
24	48%	26	52%

Comentario:
Es la evidencia de la no satisfacción en los planos económicos y financieros. Las causas hay que buscarlas en la dificultad de aceptar el hecho de que el tradicionalismo en que la profesión se ha desempeñado hasta ahora está quebrado y debe ser reemplazado por otros sistemas más acordes con los tiempos que corren.

Pregunta N° 23:
Cuando usted se recibió, ¿creyó estar bien preparado para ejercer la profesión?

Sí	% de Sí	No	% de No
12	24%	38	76%

Comentario:
El déficit educativo queda puesto plenamente de manifiesto en la autocrítica que realiza el

colega. Es más que evidente que los objetivos no se cumplen por parte de nuestras escuelas de tercer nivel, dejando establecida una falla que entiendo debe ser urgentemente corregida.

Pregunta N° 24:

¿Disfruta usted de su trabajo?	% de Sí	No	% de No
Sí	80%	10	20%
40			

Comentario:

La suma que la estadística va señalando pone en evidencia que existe un alto porcentaje de dificultades que se traducen en presencia de un alto porcentaje de colegas en que su actividad no es realizada con agrado y se convierte en una carga.

Pregunta N° 25:

¿Qué es lo que más sufre físicamente?	Sí	% de Sí	No	% de No
a) Resfríos	8	16%	42	84%
b) Cardiovascular	2	48%	48	96%
c) Indigestión	9	18%	41	82%
d) Dificultades para dormir	22	44%	28	56%
e) Presión arterial	9	18%	41	82%
f) Osteoarticular	24	48%	26	52%
g) Asma	2	4%	48	96%
h) Ulceras	2	4%	48	96%
i) Oído	13	26%	37	74%

Comentario:

En general, los resultados obtenidos difieren en los promedios generales de las tablas semejantes mundiales. Hemos agregado el insomnio por no ser una pregunta que se halle en los cuestionarios de la bibliografía mundial sino excepcionalmente. La cantidad de respuestas afirmativas justifican la misma y el resultado la importancia como consecuencia del problema estresante de la profesión.

Pregunta N° 26:

¿Está usted desilusionado con su salud personal?	Sí	% de Sí	No	% de No
a) Nunca	8	16%	42	84%
b) De vez en cuando	4	8%	46%	92%
c) Ocasionalmente	2	4%	48	96%
d) Frecuentemente	3	6%	47	94%

Comentario:

De acuerdo con estas cifras es posible aceptar que el nivel de salud entre los que contestaron el formulario es bueno. La comparación con otros estudios es favorable a esta estadística, pero hay contradicción con los resultados obtenidos en la pregunta anterior, lo que debe ser motivo de más investigaciones, y que analizaremos en el capítulo siguiente de este trabajo.

Pregunta N° 27:

¿Cómo considera su habilidad profesional?	Sí	% de Sí	No	% de No
a) Normal	24	48%	26	52%
b) Mejor que lo normal	26	52%	24	48%
c) Debajo de lo normal	0	0%	50	100%

Comentario:

Hay paridad en las dos primeras respuestas. Una vez más el autocontrol surge como mérito de la evaluación que realiza de sí mismo.

Pregunta N° 28:

¿Se siente usted agredido por:	Sí	% de Sí	No	% de No
a) Intrusismo	9	18%	41	82%
b) Obras sociales	13	26%	37	74%
c) Participación del gobierno	6	12%	44	88%
d) Juicios de mala práctica	1	2%	49	98%
e) Auditorías	1	2%	49	98%

Comentario:

Es un hecho que la presencia de sistemas de atención en manos de administradores de salud producen escozor en los colegas. Sin embargo, hay un alto grado de aprobación por parte de la profesión al aceptar realidades que lo llevan a la participación de las terceras partes como inevitable en el ejercicio profesional. En este país aún no hay alto número de acciones legales, pero ya hay presencia de alguna participación, lo que será un parámetro cierto en el futuro.

Pregunta N° 29:

¿Qué es lo que más le impacta en su práctica?	Sí	% de Sí	No	% de No
a) Incumplimiento de horarios	9	18%	41	82%
b) Relación con Personal Auxiliar	2	4%	48	96%
c) Manejo de dinero	8	16%	42	84%

d) Falta de descanso	6	12%	44	88%
e) Dificultad en cobros	6	12%	44	88%
f) Falta de pacientes en sus citas	7	14%	43	86%
g) Laboratorio	12	24%	38	76%
h) Procedimientos profesionales	1	2%	49	98%
i) Economía	21	42%	29	58%
j) Otros	0	0%	0	0%

Comentario:

Dentro del ordenamiento no llama la atención ser encabezado por las dificultades de economía y los factores extra profesionales. Formular, además, que existe una marcada deficiencia en los aspectos organizativos y administrativos de la práctica no es sino confirmar la presunción de los estudios realizados.

DISCUSION GENERAL

Cuando se elaboró el texto de la encuesta transcripto y siguiendo una estrategia sugerida por la experiencia, no seguimos un orden establecido para evitar preguntas he-

chas, respuestas hechas. Se elaboró un orden aparentemente no continuo, dividiendo las preguntas de los objetivos para obtener un mejor resultado. Para mejorar la comprensión del lector, la secuencia está agrupada de la siguiente manera:

Tema	Preguntas
Actitud frente a la obligación	1 y 2
Manejo del consultorio	3
Interrelación	4-5-16-18-29 acápite g) y b)
Comportamiento	6 y 9
Alcoholismo	7
Droga	8
Relación con otro odontólogo	10 y 20
"Ego"	11 y 21
Calidad	12 y 18
Productividad	13
Salud personal	14-15-26-27
Prestaciones	16
Administración	17
Factores extra profesionales	19
Economía y financiación	29
Educación	19 y 22
	12 y 23

La propuesta de unificar todo el ámbito profesional en la investigación de un "test" único que siguiendo criterio uniforme lleva la pretensión de tener estadísticas logradas con el mismo método de trabajo que tracen un correcto panorama en base a conceptos uniformes. El formulario puede ser, por supuesto, modificado y mejorado. Indica un camino a seguir.

Era perceptible, razonable y lógico que iba a haber pocas respuestas. Solamente contestó uno de cada seis colegas pese a las insistencias telefónicas y por correo. No hay muchos antecedentes de trabajos realizados en el país como éste. Lamentablemente por falta de dichos antecedentes, es muy difícil obtener respuestas masivas. De ahí que este estudio sea titulado como un ensayo de otros proyectos más importantes en cuanto concierne a la cantidad de participantes y que cumplan más cantidad, lo que reduce el error y los índices de desviación de las estadísticas. Conociendo estas circunstancias, la búsqueda estuvo dirigida a un auditorio general y por ello se evitaron exproceso la obtención de datos muy importantes tales como la demografía en edad y sexo, antigüedad en el ejercicio profesional, etc., que pueden ser incorporados en una futura encuesta. La meta era llegar a un 25% de contestaciones del total de las 320 enviadas. No fue posible debido a la actitud de los participantes, pero esto no debe ser motivo de desánimo sino, todo lo contrario, para obtener más y mejores informaciones que permitan lograr un mapa general de la situación del odontólogo como tal en el contexto nacional e internacional. Por ello se hacen necesarias mayores investigaciones que pueden ser profundizadas para obtener figuras de mayor peso y objetivizadas por la evidencia de los números obtenidos.

De los resultados se puede extraer una serie de consideraciones de gran riqueza potencial. En este comentario quedarán sin duda muchos otros que el lector puede sacar provecho y de acuerdo al juzgamiento personal también una serie de dudas y consideraciones. De allí que puede haber omisiones, interpretaciones y hasta excesos en la evaluación de los resultados, así como aparentes contradicciones. A juicio de quien escribe esto, el desarrollo de la objetividad indica que es difícil y complejo. El conjunto de factores, cambio de los factores extra-profesionales, el momento transicional, situación política, social y económica en el medio y un sinnúmero de aspectos que han caracterizado la última década y quinquenio último con una real transformación del ejercicio profesional de estos últimos 15 años, signados por una inestabilidad generalizada, hace que la interpretación sea diversa y distinta. Existen en la profesión, de acuerdo con los números obtenidos, graves problemas en la ciencia de la comunicación y comportamiento. El ambiente necesario para una mejor interrelación no está dado y tropieza por falta de conocimiento en el desarrollo y ámbito de comprensión mutua. Si podemos afirmar que el paciente es la sociedad y el profesional la profesión, no hay una correcta comprensión de los problemas mutuos. ¿La profesión es una isla dentro de la actividad humana? La hostilidad del paciente pasa por la naturaleza del trabajo en la boca, bolsillo del paciente; sistemas de atención, falta de claridad y transparencia de pautas básicas. Coberturas de un mercado fragmentado y segmentado, no se sabe qué es lo que hacer y existe confusión. La encuesta y sus figuras así lo dejan en evidencia. Suplido por la personalidad del profesional en un esfuerzo personal con cierto apoyo de

quienes lo respetan. Se dan conductas-patrimonio de la propia educación sin tener caminos determinados y que abarquen al todo de la odontología.

El manejo del consultorio adolece de serias dificultades en el aspecto organizativo y administrativo. La alta incidencia de faltas a citas, incumplimiento de las pactadas, dificultades de la caja diaria, control de gastos y especialmente de costos marginales que pueden ser evitados sin deteriorar buenas prácticas, dificultades con la provisión de materiales, demora y dificultad de cobro sea quien sea el agente de pago que va desde lo personal hasta el administrador de salud.

El laboratorio de prótesis merece un párrafo aparte. Ofrece problemas permanentes que pueden pasar desde el incumplimiento de la puntualidad en la entrega, fijación de aranceles arbitrarios y hasta autoritarios sin estar remotamente reglados. Tomados éstos unilateralmente y los agentes de intrusismo, son unos de los principales logros de la encuesta, y pone en la superficie un aspecto muy poco estudiado. Obligación es, pues, un estudio serio y profundo.

Aparecen actitudes de violencia y algunos aspectos de falta de control por parte del líder de la práctica. Es positiva la relación con el personal auxiliar de consultorio, que es quien comparte el trabajo diario. En favor es la actitud de saber compartir y tener con quien hacerlo en la figura del colega.

Se hace saliente el hecho de la economía y financiación. La inestabilidad ya mencionada (inflación, situación del país acoplada a conflictos internacionales y colisiones de intereses, además de todos los otros factores sociales) han ido en desmedro de las expectativas del odontólogo. No es el único caso, pues el profesionalismo es hoy un en-

te cambiante que debe adaptarse a nuevos requerimientos y hechos. Es real que no está conforme con los logros esperados. Pero esto no termina solamente en el aspecto de los ingresos. No hay satisfacción total en los aspectos profesionales. Interpreto que, si bien es cierto una justa retribución ayuda a un mejor desenvolvimiento, todo no es dinero para nosotros. La conjunción de las respuestas puede hacer pensar que existe una íntima relación, pues no hay ingreso lógico en comparación al ejercicio de una actividad cada día más onerosa y de amplio consumo. La tecnología cumple con su estigma de no bajar costos y la exigencia de la misma en su utilización es diaria y permanente.

En materia de adicciones ya hay indicios de dependencia y presencia. En las investigaciones de estos últimos cinco años es alarmante el incremento, especialmente en los profesionales de la salud. En comparación a otras actividades humanas, el consumo en alcohol es alto. En cuanto a los psicofármacos, y en tiempo de escribir este estudio, estamos en un plano de igualdad, aunque no es difícil prever en el futuro una tendencia a una mayor ingesta.

Hay falta de demanda real. Disponibilidad de tiempo con excesos de libros, son el tiempo no productivo que indica varios interrogantes. El recurso humano está sobredimensionado con más mano de obra y ha quedado rota la dimensión entre población y odontólogos en actividad. Falta de planeamiento en cantidad y también calidad del egresado. Y aquí se conjuga la confesión de que un alto porcentaje de nosotros siente que al egresar no está suficientemente capacitado para producir los procedimientos deseados. Desperdicio del factor humano, infraestructura y tecnología de costo alto, frustración y peor aprovechamiento de dis-

ponibilidades que pueden y deben ser usadas para el bien común constituyen una realidad de este estudio. Se hace evidente la necesidad de que una vez más, por lo menos, se intente instrumentar políticas de salud coherentes asociadas con los planes de educación de nuestras escuelas.

En materia de salud personal se confirma la presencia de los problemas de las estadísticas de la patología osteoarticular. Lo que sorprende es la presencia del insomnio o parecidas dificultades para un adecuado descanso con aspecto tensional. Se sabe que las hipertensiones son poco conocidas por la población y también entre nosotros. Los hipertensos son mucho más que los que se conocen y manifiestan. Se afirma que el 50% de los hipertensos no lo saben y del 50% que conocen su situación el 25% no lo trata. Esto es un alerta para todos nosotros. Figura alta son los traumatismos acústicos siguiendo una tónica ya demostrada por éste, otros y numerosos estudios. En este parámetro general de salud permanentemente rastreado, nuestras figuras son coincidentes con las de otros investigadores.

Quedan en el tintero una serie de consideraciones. Las que se señalan son las más importantes a mi criterio. Quedan en la imaginación y mucho más en la realización de nuevas tendencias y modernas de profundas investigaciones las que aporten nuevas posibilidades. Lo que sí es fundamental es incorporar otras secciones que aún permanecen oscuras y llenas de interrogantes. Hay nuevas ciencias hasta ahora no contempladas y que abren las rutas de futuro.

CONCLUSIONES:

- El contenido, esencia y espíritu de los distintos puntos de la encuesta fueron

bien interpretados y entendidos por el interrogado.

- Contemplar todos los medios disponibles para obtener el mayor número de respuestas a los efectos de obtener los menores errores de las desviaciones de las reglas estadísticas.
- Obtener en próximas investigaciones la demografía de la población sectorial.
- Existen factores extraprofesionales a considerar que deben ser incluidos en el texto.
- Marcado déficit en las ciencias del comportamiento y de comunicación.
- La presencia de un mercado odontológico de demanda que está fraccionado y segmentado.
- Como consecuencia de los déficit de la interrelación hay serios problemas en la organización y práctica administrativa en numerosos consultorios.
- La mala vinculación con los laboratorios de prótesis.
- La presencia de problemas tensionales que afectan al desenvolvimiento profesional.
- Una buena predisposición a la constitución del equipo dental en el ámbito de trabajo con niveles altos de comunicación con el personal auxiliar del mismo.
- Las expectativas económicas y financieras no están cumplidas.
- Aún no hay gran preocupación por juicios de mala práctica y auditorías.
- Falta de satisfacción personal en el ejercicio profesional.
- Una seria y marcada disponibilidad de tiempo ocioso.
- Mano de obra especializada con grandes espacios vacíos de tiempo utilizable.
- Disposición positiva para el cumplimiento de las obligaciones.

BIBLIOGRAFIA

- La necesidad de desarrollar planes coherentes y claros de participación de gobierno y administradores de salud en conjunción con la profesión organizada.
- En general, el colega manifiesta poseer un grado aceptable de su salud personal.
- Los problemas osteoarticulares están a la cabeza de las afecciones.
- Traumatismo acústico e insomnio son de alta frecuencia.
- La hipertensión confirma los resultados de que los odontólogos están por encima de los índices de la población común.
- La absoluta necesidad de elaborar estudios e investigaciones con el mismo sistema para establecer objetivos de interés común con niveles locales, zonales, nacionales e internacionales.
- La percepción de no estar suficientemente preparado para ejercer la profesión por parte del recién egresado.
- La necesaria complementación por educación postgrado y la evaluación profunda de la currícula de la enseñanza actual.
- 1) BARISH N.H., COLLINS W.K. "Peer review for quality care in private solo dental practice". J Am Dent Assoc. 1974; 89(4):866-71.
 - 2) BELLIN L.E., KAVALER F. "Policing public funded health care for poor quality, overutilization and fraud". "The New York City Medicaid experience". J Am Public Health 1970, 60(5):811.
 - 3) BAILIT H.L. "Is overutilization the major reason for increasing dental expenditures? Reflexions on a complex issue". J Dent Pract Adm 1988 Jul./Sept.: 5 (3): 112-15.
 - 4) GIFT H.C., NEUMAN J.F., LOEWY S.B. "Attempts to control dental health care costs: the US experience". Soc Sci Med 1981; 15 A: 767-79.
 - 5) GREMBOWSKI D., CONRAD D. "Insurance effects on employer group dental expenditures". Med Care 1984; 22(6): 501-10.
 - 6) RASKIN M.N. "Capitation, a reimbursement alternative". NYS Dent J 1981 Dec 47 (10): 634-5.
 - 7) JERGE C.R., MARSHALL W.E., SCHOEN M.H., FRIEDMAN J.W. "Group practice and the future of dental care". Philadelphia, PA: Lea & Febiger 1974.
 - 8) California Dental Association. "Quality evaluation for dental care, guidelines for the assessment of clinical quality and professional performance and the standards for program design to assure the quality of care of the California Dental Association". Los Angeles: California Dental Association, 1976.
 - 9) American Dental Association. "CDC recommends infection control regimens masks, gloves, glasses, sterilization. urged". Am Dent Assoc News Sept. 2 1985; 16 (17): 19.
 - 10) MORRIS A.L., BENTLEY J.M., VITO A.A., BOMBA M.R. "Assessment of private dental practice: report of study". J Am Dent Assoc 1988; 117(7): 153-62.
 - 11) MORRIS A.L., KEPHART B.E., BAILIT H.L., VITO A.A. "Assessment of dental practice". J Am Coll Dent 1982 Fall/Winter; 49 (3-4): 53-9.
 - 12) MC FAIL W.F., BADER J.D., ROZIER R.G., RAMSEY D., et. al. "Presence of periodontal data in patients records of general practitioners". J. Periodontol 1988 59 (7): 445-9.
 - 13) ROBINSON A.D. "The life of a filling". Br Dent J 1971; 130: 206-8.
 - 14) ALLAN D.N.A. "A longitudinal study of dental res-

- tations". Br Dent J 1977; 143: 87-9.
- 15) PATERSON N. "The longevity of restorations". Br Dent J 1984; 157: 23-5.
 - 16) ELDERTON R.J. "The prevalence of failure of restorations: a literature review". J Dent 1976; 4: 207-10.
 - 17) MAJÖR I.A. "Placement and replacement of restorations". Oper Dent 1981; 6: 49-54.
 - 18) ANDERSEN P.K., VAETH M. "Statistisk analyse av overlevelsels data ved laegevidenskabelige undersokelser". Copenhagen. Denmark: FADL's forlag. 1984: 213.
 - 19) FEHR F.R. vd. "Evidence of decreasing caries prevalence in Norway". J Dent Res 1982; 61 (spec iss): 1331-5.
 - 20) SHAW L., MURRAY J.J. "Inter-examiner and intra-examiner reproducibility in clinical and radiographic diagnosis". Int Dent J 1975; 25: 280-288.
 - 21) MILEMAN P., PURSELL-LEWIS D., VANDER WEELE L.T. "Variation in radiographic diagnosis and treatment decisions among university teachers". Community Dent Oral Epidemiol 1982; 10: 329-334.
 - 22) WEERHEIJM K.L., VAN AMERONGEN W.E., EGGINK G.O. "The clinical diagnosis of occlusal caries: a problem". J Dent Chile 1989; 18: 196-200.
 - 23) Kidd E.A. "The diagnosis and management of the 'early' carious lesion in permanent teeth". Dent Update 1984; 11: 69-81.
 - 24) BERRY T.G.; LASWELL H.R.; OSBORNE J.W. and GALE E.N. (1981): "Width of Isthmus and Marginal Failure of Restorations of Amalgam". Oper Dent 6: 55-58.
 - 25) LETZEL H.; VRIJHOEF M.M.A.; VANT' HOF M.A.; MARSHALL G.W. and MARSHALL S.O. (1989): "A controlled Clinical Study of Amalgam Restorations: Survival, Failures and Causes of Failure". Dent Mater 5: 112-115.
 - 26) OSBORNE J.W.; WORMAN R.D.; CHEW C.L.; SECTOS J. and WILLIAMS K. (1989b): "Long-term Clinical Assessment of Amalgam Restorations". J. Dent Res 68: 189, Abst. N° 57.
 - 27) NUTTALL M.N., ELDERTON R.J.: "The nature of restorative dental treatment decisions". Br Dent J 1983; 154: 363-365.
 - 28) ELDERTON R.J., NUTTALL N.M.: "Variation among dentists in planning treatment". Br Dent J 1983; 154: 201-206.
 - 29) California Dental Association: "Quality Evaluation for Dental Care. Guidelines for the Assessment of Clinical Quality and Professional performance", 1977.
 - 30) Conference report: "Criteria for placement and replacement of dental restorations". J Dent Res 1988; 67: 795-796.
 - 31) KEMPE C.H., SILVERMAN F.N., STEELE B.F., DROEGMUELLER W., SILVER H.K. "The battered child syndrome". J Am Med Assoc 1962; 181: 17-24.
 - 32) WACINTYRE D.R., JONES G.M., PINCKNEY R.C. "The role of the dental practitioner in the management of non accidental injury to children". Br Dent 1986; 161: 108-110.
 - 33) JACKSON A.D. "Non-accidental injuries to children". Proc Br Paedodont Soc 1976; 6: 11-13.
 - 34) "Child abuse and neglect". Pediatr Dent 1986; 8 (special issue).
 - 35) FALK I., KLEM M. and SINAI N. "The incidence of illness and the Receipt and Costs of Medical Care Among Representative Families, Publications of the Committee on the Costs of Medical Care: N° 26 (Chicago: University of Chicago Press, 1933)", Table 21 and Appendix Table B-27.
 - 36) UPTON C. and SILVERMAN W. "The Demand for Dental Services", Unpublished paper from Graduate School of Business, University of Chicago, 1970.
 - 37) SCHNECK M.K.; REISBERG B. and FERRIS, S.H. "An overview of current concepts of Alzheimer's Disease". Am J Psychiatry 139 (2): 165-174, 1982.
 - 38) KATZMAN R. "The prevalence and malignancy of Alzheimer's disease". Arch Neurol 33: 217-218, 1976.
 - 39) SHORE, D.; OVERMAN C.A. and WYATT R.J. "Improving accuracy in the diagnosis of Alzheimer's disease". J Clin Psychiatry 44 (6): 207-210, 1983.
 - 40) SINEX F.M. and MYERS R.H. "Alzheimer's disease, Down's syndrome, and aging the genetic approach". Ann NY Acad Sci 396: 3-13, 1982.
 - 41) PRICED L. and others. "Alzheimer's disease and Down's syndrome". Ann NY Acad Sci 396: 145-158, 1982.
 - 42) FELDMAN R.G. and others. "Familial Alzheimer's disease". Neurology 13: 811-824, 1963.
 - 43) SJORGEN T., SJORGEN H. and LINDGREN A.G. "Morbus Alzheimer's and morbus pick, genetic, clinical and pathoanatomical study". Acta

RESUMEN

Se envían 320 formularios de los cuales se obtienen 50 respuestas. Se analizan los aspectos de comportamiento, comunicación, educación, satisfacción personal, economía, financieros, salud. Se concluye poniendo énfasis en los acápites distintos determinando lo positivo y negativo de los resultados. Se sugieren nuevos estudios orientados por la misma encuesta para obtener resultados basados en la misma temática.

- Psychiatr Scand (Suppl) 82: 611-617, 1952.
- 44) HAM W.T., Br. MUELLER H.A., RUFFOLO J.J. Jr. et al. "Sensitivity of the retina to radiation damage as a function of wavelength". *Photochem Photobiol* 29: 735-743, 1979.
- 45) PITTS, D.G. "Threat of ultraviolet radiation to the eye - How to protect against it". *J Am Optom Assoc* 52: 949-957, 1981.
- 46) SATROM K.D., MORRIS M.A. and CRIGGER L.P. "Potential Retinal Hazards of Visible-light Photopolymerization". *Units. J Dent Res March* 1987. Vol. 66 N° 3.
- 47) American Conference of Governmental Industrial Hygienists (1985): *Thres room. Environment and Biological Exp. Indices with Intended Changes for*
- 48) ELLINGSON O.L., LANDRY R.J. and BOSTROM R.G. (1986): "An evaluation of Optical Radiation Emissions Fromm Dental Visible Photopolymerization Devices". *J Am Dent Assoc* 112: 67-70.
- 49) HAM W.T. Jr. (1983): "Ocular Hazards of Lirht Sources: Review of Current Knowledge". *J Occup Med* 25: 101-103.
- 50) POLLACK B.F. and LEWIS A.L. (1981): "Visible Light Resinuring Generators: A comparison". *Gen Dent* 29: 488-493.
- 51) SLINEY D.H. (1983): "Standards for Use of Visible and Nonvisible Radiation on the Eye". *Am J Optom Physiol Opt* 60: 278-286.
- 52) SLINEY D.H. and WOLBORSH T.M.L. (1980): "Safety standards and Weasurement Techiniques for High Intensity Light Sources". *Vision Res* 20: 1133-1141.
- 53) HELING I, D.M.D., M.S., M. SOMMER, KOTI I. "Rubber dam - an essential safeguar". *Quintessence International*. Volume 19, Number 5, 1988.
- 54) VICENTE MONASTERIO, GOIKOURIA ECHEBARRIA, URIZAR AGUIRRE, CONDE-LLAMOSAS, M. MARTINEZ: "El dolor de espalda en la práctica Odonto-estomatológica". *Rev. Europea de Odontoestomatología*.
- 55) FERRER J.L. "Aspectos socioeconómicos de las lumbalgias". *Tribuna Médica* 874. 19-20, 1980.
- 56) Fundación Mapfre: "Lumbalgias". Editorial Mapfre S.A. Madrid, 1986.
- 57) MASON A.S., GUMMEL O.M., GOLDING P.L.: "Sjorgeens Syndrome. A clinical Rev. Semin. Arthritis Rheum. 2: 301-331, 1973.
- 58) PEARSON C.M., LEVY O.: "Inmunosuppressive Drugs: Mechanism of Action, Toxicity and Clinical effects". *Clin. Khau. Dis* 1: 459-478, 1975.
- 59) RAGAN C., FARRINGTON E.: "The clinical features of rheumatoid arthritis". *Jama* 181: 663-667, 1962.
- 60) WISE K.S.: "The anatomy of the metacarpo - Phalangeal points with observations of the Aetiology of ulnar Drift". *J. Bone Joint Surg.* 57: 8: 485-490, 1975.
- 61) BIERING, SERENXEN F. "Low back trouble in a generalpopulaton of 30-40-50 and 60 year old menta a women". *Study desing representativeness and basic results. Dan Med Bull* 1982; 29: 289-99.
- 62) ANDERSON J.A.D. "Epidemiological aspects of back pain". *J. Soc Occup Mad* 1986; 36: 90-94.
- 63) CHAFFIN D.B. "Human strenght capability and low-back pain". *J Occup Med* 1974; 16: 248-54.
- 64) SPARUP K.H. "Late prognosis in lumbar disc herniation". *Copenhagen: Munksgaard*, 1960.
- 65) PLUM P., REHFELD J. "The treatment of acute and chronic back pain by muscular exercise". *Lancet* 1985; 1: 453-54.
- 66) WADDELL G. "Clinical assessment of lumbar impairment". *Clin Orthop Rel Res* 1987; 221: 110-20.
- 67) BIERING-SORENSEN F. "Physical measurements as risk indicators for low back trouble over a one year period". *Spine* 1984; 9: 106-19.
- 68) DAVIES J.E. "The value of exercise in the treatment of low back pain". *Rheum Rehabil* 1979; 128: 243-47.
- 69) MANICHE C. "Back exercises for low back pain". (Summary in English). *Ugesker Laeg (in press)*.
- 70) ALBRIGHT F. "The effect of hormones on osteogenesis in man", en Pngus G. "Recent progress in Hormone research", vol. I 293, Nueva York, 1947.
- 71) LERICHE R.: "Physiologie et Pathologie du tissue oseux", París, 1938.
- 72) BABAANTZ L.: "Les osteoporosis" *Radiol. Clin.* 16 (1947), 291.
- 73) RIMMELSTEIN D.U., WOOLHANDLER S. "Cost without benefit: administrative waste in U.S. health care". *N Engl. J. Med.* 1986; 314: 441-5.
- 74) RIMMELSTEIN D.U., WOOLHANDLER S. "Free care: a quantitative analysis of the health and cost effect of a national health program". *Int J. Health Serv.* 1988; 18: 393-9.
- 75) COLOMBATAS J., KIRKCHNER C. "Physicians and social change". *New York: Oxford University Press*, 1986.

- 76) ENTHOVENA A. "Theory and practice of managed competition in health care finance". *Amsterdam: North Holland*, 1988.
- 77) ENTHOVEN A.C. "Managed competition in health care and the unfinished ages Health Care Financing Rev 1986; Ann Suppl.: 105-20.
- 78) ENTHOVENA A. "Managed competition of alternative delivery system". *Health Polit Policy Law* 1988; 13(2): 305-21.
- 79) Idem. "Assessing competition in health care: an agenda for action". *Health Aff (Millwood)* 1988; 7(2): 25-47.
- 80) NEWHOUSE J.P. "Is competition the answer?". *J. Health Econ* 1982; 1 (1): 109-15.
- 81) ENTHOVEN ALAIN and KRONICK RICHARD: "A consumer choice health plan for the 1990s".
- 82) SALTMAN R.B., VON OTTER C. "Re-vitalizing public health care system: a proposal for public competition in Sweden". *Health Policy* 1987; 7: 21-40.
- 83) ELLWOOD D.T. "Poor support: poverty in the American Family". *New York: Basic Books*, 1988.
- 84) S. 1265. "Mlimum Health Benefits for All Workers Act of 1987".
- 85) NORDENRAM G., BOHLIN E. "Dental Status in the elderly: a review of Swedish literature". *Gerodontology* 1985; 4: 3-24.
- 86) ALANEN P. "The effect of subvention on dental health". *Proc FindDent Soc (Suppl. 1)* 1982: 82.
- 87) BEAZOGLOU TRYFON, GUAY ALBERT, HEFFLEY DENNIS. "The economic health of dentistry: past, present, and future". *Jada*, vol. 119, July 1989.
- 88) GREENE R. "What's good for American Isn't necessarily good for the dentists". *Forbes* 1984; 8: 79-84.
- 89) HEIN J.W. "In my opinion. The future of dentistry - Especially dental education". *J Dent Educ* 1986; 50: 162-6.
- 90) Council on Dental Education. *Supplement 1 to the Annual Report 85/86 Dental Education*. Chicago: American Dental Associaton. 1986.
- 91) FREIDSON E. "The future of the professions". *J Dent Educ* 1987; 51: 140-4.
- 92) GOTOWKA T.D. "Economic growth of the dental profession: comparisons with other health sectors". *Jada* 1985; 110: 179-87.
- 93) WILHELMSK. "the future of dentistry. A favorable prognosis". *Conn Dent Student J* 1987; 7: 3.
- 94) BAILIT H.L. "Environmental issues in dentistry: reflections on the practice of dentistry in the 21 st century". *PEW National Dental Education Program*. 1987.
- 95) Bureau of Ecnomic and Behavioral Research. "Distribution of dentists in the United States by region and state". *Chicago: American Dental Association*, 1982.
- 96) BEAZOGLOU T., GUAY A., HEFFLEY D. "Capitation and fee-for-service plans: e economic incentives, utilization and service-mix". *Jada* 1988; 116: 483-7.
- 97) Bureau of Economic and Behavioral Research. "The 1985 survey of dental practice". *Chicago: American Dental Association*, 1985.
- 98) THIRPE KENNETH, SIEGEL JOANNA, DAILEY THERESA. "Including the Poor: the Fiscal Impacts of Medical Expansion". *Jama*, Febr. 17 1989, vol. 261, n° 7.
- 99) US Dept of Health and Human Services. "Health Care Financing Program Statistics: Analysis of State Medicaid Program Characteristics, 1986".
- 100) "Medicaid Services by State, Health Care Financing by State, Health Care Financing Administration publication 02155-88". *US Dept of Health and Human Services*; October 1987.
- 101) Form 2082 Date Set. "Health Care Financing Administration; 1986".
- 102) DUNCAN P., COLBERT J., PENDERGAST J. "State University Study of Indigent Care; The analytical Report". *Gainesville, Fla: Center for Health Policy Research, Univ. of Florida Health Center*; 1986; 2.
- 103) MILGROM P. and others: "Treating fearful dental patients: a clinical handbook". *Resoth, VA, Reston Publishing Co* 1985.
- 104) KROEGER R.F. "Managing the apprehensive dental patient". *Cincinnati, Heritage, Communications*, 1987.
- 105) CORAH N., BISSELL G.D. and ILLIG, S.J.: "Effect of perceived control on stress reduction in adult dental patients. *J Dent Res* 57: 74-76, 1978.
- 106) GOULDIN P.E. "What the public thinks of the dentist and of dental health". *Am. Dent. A.J.*, 70: 1211-15, May 1965.
- 107) RICHARDS N.D. and COHEN LOIS K., eds. "Social sciences and dentistry: critical bibliography". (London, Federation Dentaire International, 1971), 380 p.
- 108) MCKEITHEN L.J. "The patient's image of the dentists". *Am Col. Dent J.* 33. 87-107, Apr. 1966.

- 109) DONAVEDIAN, AVEDIS. "Promoting quality through evaluating the process of patient care". *Medical Care*, 6: 181-202, May-June 1968.
- 110) GALE E.N. and AYER W.A. "Treatment of dental phobias". *Jada* 78: 1304-1307, 1969.
- 111) HOWITT J.W. and STRICKER G. "Sequential changes in response to dental procedures". *J Dent Res* 49: 1074-1077, 1977.
- 112) MESSER J.G. "Stress in dental patients undergoing routine procedures". *J Dent Res* 56 (4): 362-367, 1977.
- 113) EYSENCK HANS J. (ed.): "Behavior therapy and the neuroses", New York, Pergamon, 1960.
- 114) HILGARD ERNEST R. and BOWER GORDON H.: "Theories for learning", 3rd. ed., New York, Appleton-Century-Crofts, 1966.
- 115) ROGERS CARLS R.: "On becoming a person", Boston, Houghton, Mifflin, 1961.
- 116) AYER W.A., DOMOTO P.K., GALE E.N. et al. "Overcoming dental fear: Strategies for its prevention and management". *J Am Dent Assoc* 1983; 107 (1): 18-27.
- 117) SONG A., DE SOUZA M.B., FRIEDMAN P.K. et al. "Analysis of consumers who respond to dental advertising". Henry M. Goldman School of Graduate Dentistry, 1985.
- 118) CHMBERS DAVID. "Problems and Problems Solving Strategies During the First 12 Years of Dental Pract". *J. of Dent Pr. Ad. Jan/March* 1989.
- 119) McCANN D. "The dental work force: meeting the public's and professions need". *Jada* 1989; 118: 423-32.
- 120) CORAH N.L., GALE E.N., ILBING S.H. "Assessment of a dental anxiety scale". *Jada* 1978; 97: 816-9.
- 121) KROEGER R.F. "How to overcome fear of dentistry". Cincinnati: Heritage Communications, 1988.
- 122) MILGROM, WEINSTEIN P., KLEINKNECHT R., KETZ T. "Treating fearful dental patients". Reston VA; Reston Publishing Co., 1985.
- 123) American Central Association Combined Councils Summary Report. "The ter for the study of human performance in dentistry". Presented at the Third Meeting of the World Performance simulation in Oral Health Congress Thailand, Feb. 7, 1985.
- 124) REESE E.L., WORGANSTEIN W., BLENKY M. et al. "Activities report of the center for the study of human performance in dentistry". Presented at the Third Meeting of the World Performance simulation in Oral Health Congress Thailand, Feb. 7, 1985.
- 125) BOOK D., STOCKTON H. "Why patients choose a particular dentist", *J Can Dent Assoc* 1986; 2: 123-126.
- 126) HAWES J. "What patients want". ODP 1986; 3(1): 4-7.
- 127) LOPUE M., DE ANGELIS A., HAGGE J. "The competencies in managing a primary practice II: Interpersonal and administrative considerations". *JCPA* 1986 3 (1): 20-31.
- 128) MILES L. "Modern marketing". *JCPA* 1987; 4 (1): 39-43.
- 129) KRESS C., SILVERSIN J. "Internal marketing and quality assurance through patient feedback". *J Am Dent Assoc* 1985; 110: (1): 29-34.
- 130) PERICH .. "A guide to marketing your practice". *JCPA* 1984; 1 (2): 50-57.
- 131) BONNER P. "Internal marketing of the dental practice". *Dent Clin North Am* 1988; 32 (1): 47-58.
- 132) NASH A., WORELAND E., MORGANSTEIN W., CARROL S.: "Team management of a dental practice". Baltimore: University of Maryland Dental School, Progr. 2, 1986: 2-5.
- 133) CONGER S. "Practice profitability: the total picture". *Dent Mgt* 1988 (accepted).
- 134) BROWN D.F.; WRIGHT F.A. and McMURRAY M.E.; "Psychological and behavioral factors associated with dental anxiety in children". *J Behav Med* 9: 213-18, April 1986.
- 135) BERGGREN, D.: "Reduction of fear and anxiety in adult fearful patients". *Int. Dent. J* 37: 127-136, June 1987.

Radioanatomía Normal en la Pantomografía Máxilofacial

CLAUDIA E. JENSEN

BREVES NOCIONES DE LA APARATOLOGIA

El Pantomógrafo está diseñado para producir una imagen plana bidimensional de los maxilares, para lo cual posee un haz de rayos rotatorio y estrecho y una película en movimiento.

La película se monta dentro de un chasis, el que puede ser rígido o flexible; este chasis es esencial para lograr un contacto uniforme entre las superficies de la película y la pantalla, ya que un contacto deficiente durante la exposición reduce la nitidez y el contraste de la imagen.

El haz de radiación debe atravesar ambos lados de la arcada, pero sólo impresiona o registra en forma clara el más cercano a la placa.

La exposición comienza en la apófisis mastoidea, sigue hacia adelante describiendo una trayectoria elíptica, similar a la de la mandíbula y termina en la apófisis mastoidea contralateral (Fig. 1), por lo tanto se deduce que el cóndilo y la rama ascendente son atravesados en forma oblicua y las arcadas en forma perpendicular, lo que minimiza la superposición dentaria. Esto varía con las distintas marcas de los aparatos (Fig. 2).

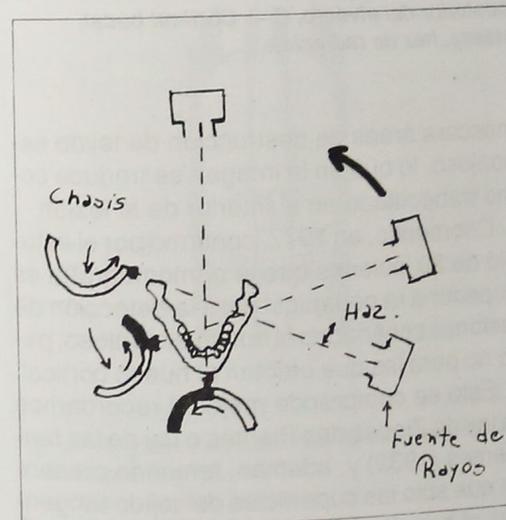


Fig. 1: Secuencia de exposición.

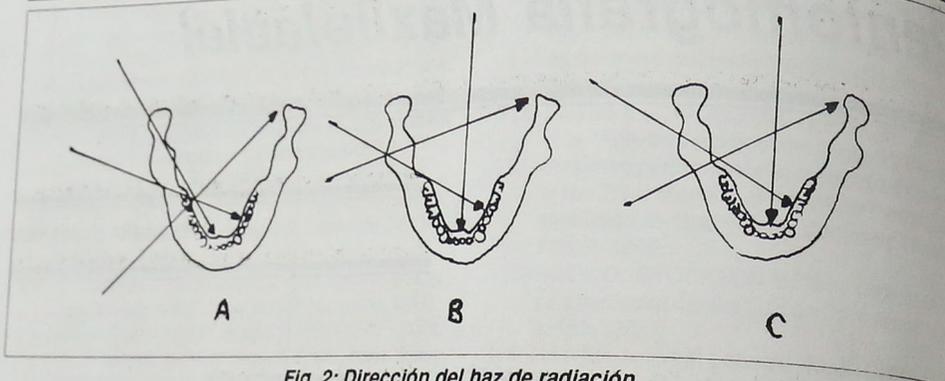


Fig. 2: Dirección del haz de radiación
 A. Panorex B. Orthopantomograph C. Panlipse

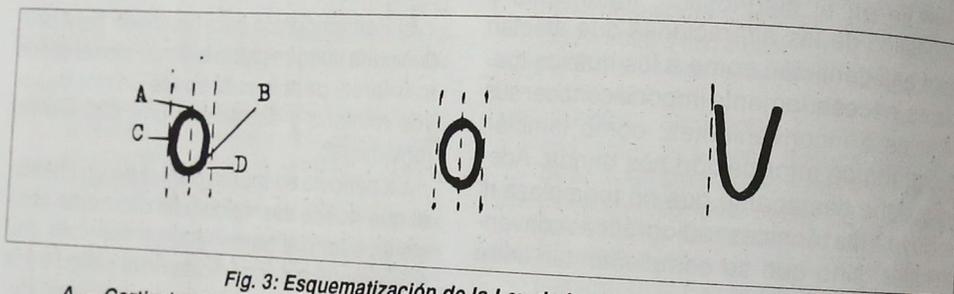


Fig. 3: Esquemización de la Ley de las tangentes:
 A.— Cortical anterior del alvéolo. B.— Cortical posterior del alvéolo. C.— Cortical bucal.
 D.— Cortical lingual. Línea punteada, haz de radiación.

PANTOMOGRAFIA VS. PERIAPICAL VS. OCLUSAL

La Pantomografía demuestra la destrucción de hueso esponjoso, esto es debido a que la imagen de los maxilares aporta sombras diferenciadas del plano maxilar central y las corticales quedan difuminadas o desplazadas.

En la radiografía periapical la imagen está formada por la suma de las sombras diferenciadas de cada estructura atravesada por el haz de radiación, por lo tanto al superponerse las corticales bucal y lingual en-

mascara áreas de destrucción de tejido esponjoso, lo que en la imagen se traduce como trabeculado en el interior de la lesión.

Chomenko, en 1977, confirmó por el estudio de 30 lesiones que la pantomografía es superior a la periapical para la detección de lesiones confinadas al hueso esponjoso, pero no para las que afectan al hueso cortical.

Esto se comprende mejor si recordamos la ley de Ziedes des Plantes o ley de las tangentes (1932) y, además, teniendo presente que sólo las superficies del tejido tangentes al haz de radiación forman patrones radiográficos diferenciados (Fig. 3).

En la Pantomografía como en la periapical, las corticales anterior y posterior (lámina dura) son atravesadas tangencialmente, por lo tanto se observan claramente; en cambio, las bucal y lingual son atravesadas perpendicularmente, y no se observan. En la oclusal no se observa la lámina dura porque ninguna cortical es tangente al haz de radiación.

ESTRUCTURAS ANATOMICAS NORMALES EN LA PANTOMOGRAFIA

La Pantomografía consta de 3 categorías de sombras:

- 1.— Sombras primarias: son imágenes diferenciadas.
- 2.— Sombras secundarias: son imágenes indiferenciadas.
- 3.— Sombras falsas: no tienen base anatómica y están formadas por superposi-

ción de las dos anteriores.

Para identificar las estructuras anatómicas que se observan en la Pantomografía, dividiremos la cara y cabeza en 5 regiones. (Fig. 4)

Región medial: determinada por planos sagitales mediales en los rebordes orbitarios. Se visualiza en el centro de la placa. Las estructuras únicas forman dos conjuntos de sombras, uno de cada lado del centro de la placa. Las estructuras pares muestran un solo conjunto de sombras en cada lado de la placa.

Región paramedial: determinada por planos sagitales laterales en los rebordes orbitarios remanentes. Las estructuras forman un conjunto de sombras de cada lado del centro de la placa.

Región lateral: es la región externa de los planos sagitales mencionados. Las estructuras forman un solo conjunto de sombras en cualquier lado de la placa.

Como las estructuras que se visualizan en la radiografía pueden tener variaciones, aclaramos que las que describimos se registran con los maxilares en posición estándar. (Figs. 5, 6 y 7)

INTERPRETACION DE LOS CAMBIOS FISICOS OSEOS

La imagen que nosotros observamos en la radiografía de las lesiones maxilares, son el reflejo de los cambios físicos que ocurren en el hueso.

Estos hallazgos no son patognomónicos, por lo que para realizar una correcta interpretación se deben examinar todas las manifestaciones de la enfermedad.

Chomenko, en 1980, sugirió un programa en cinco etapas.

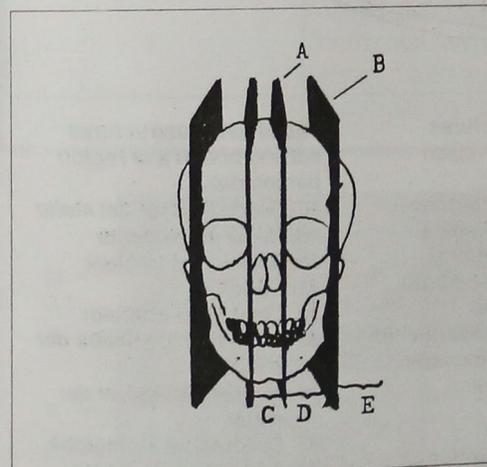


Fig. 4: Regiones anatómicas de cabeza y cara.
 A.— Plano sagital medial.
 B.— Plano sagital lateral.
 C.— Región Medial.
 D.— Región Paramedial.
 E.— Región Lateral.

- 1.—Investigar la imagen en busca de defectos, ya sea neoformación, reabsorción, aumento de volumen o bien el desplazamiento de estructuras anatómicas.
- 2.—Describir la lesión, así como también el tejido óseo adyacente.
- 3.—Correlación con anamnesis, hallazgos clínicos y de laboratorio.
- 4.—Diagnóstico diferencial, debiéndose incluir todas las enfermedades relacionadas.

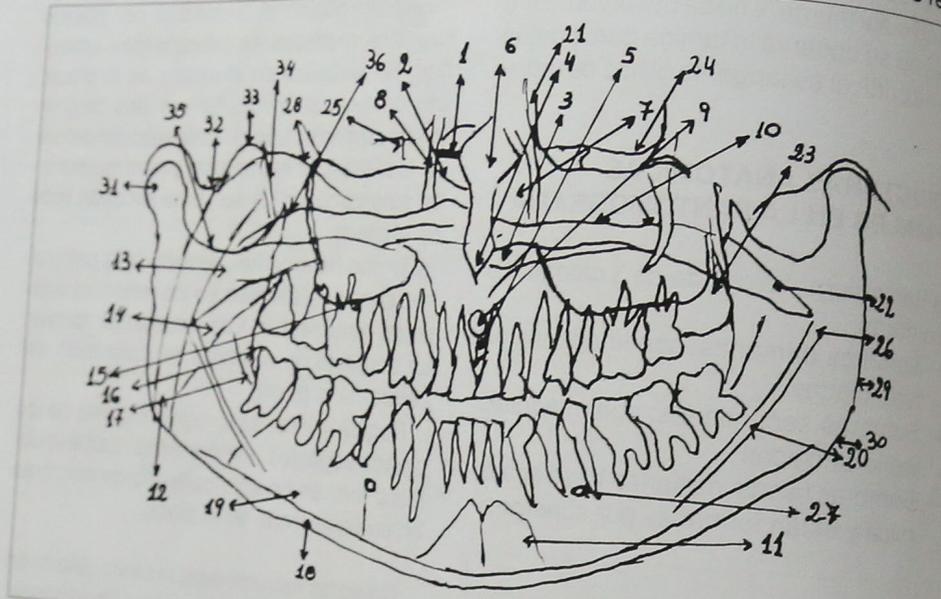


Fig. 5: Diagrama de una Pantomografía

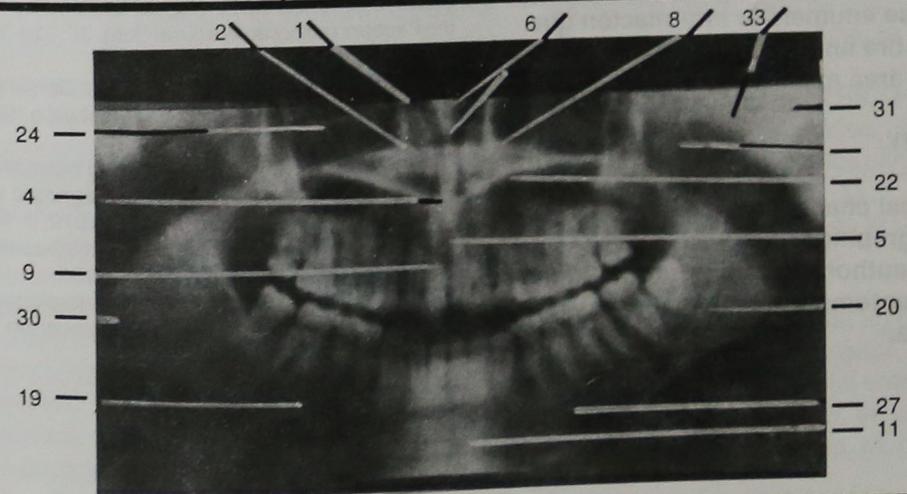
1. Meato nasal medio
2. Cornete inferior
3. Meato nasal inferior
4. Espina nasal anterior
5. Sutura palatina media
6. Septo nasal
7. Fosa nasal
8. Pared lateral de fosa nasal
9. Conducto incisivo
10. Lámina horizontal del hueso palatino
11. Apófisis geni
12. Nasofaringe
13. Paladar blando
14. Orofaringe

- Todas estas estructuras corresponden a la región medial.
15. Suelo de seno maxilar
 16. Línea oblicua externa
 17. Línea oblicua interna
 18. Borde basal mandibular
 19. Fosa submaxilar
 20. Conducto dentario inferior
 21. Conducto lacrimonasal
 22. Proceso hamular
 23. Tuberosidad
 24. Piso de órbita
 25. Conducto infraorbitario
 26. Agujero mandibular (espina de Spix)
 27. Agujero mentoniano

- Todas estas estructuras corresponden a la región paramedial.
28. Borde inferior del malar
 29. Rama ascendente
 30. Angulo mandibular
 31. Cóndilo
 32. Eminencia articular
 33. Apófisis cigomática del temporal
 34. Apófisis temporal del malar
 35. Escotadura sigmoidea
 36. Apófisis coronoides
- Todas estas estructuras corresponden a la región lateral.

CUADRO COMPARATIVO DE PANTOMOGRAFIAS Y RADIOGRAFIAS CONVENCIONALES

CARACTERISTICAS:	PANTOMOGRAFIAS:	RADIOGRAFIAS CONVENCIONALES:
Planos incluidos.	Imagen de los planos maxilares seleccionados.	Planos compuestos de todos los planos maxilares.
Nitidez de las imágenes:	Imagen global menos nítida, la difuminación surge del movimiento de sombras, empleo de intensificador de imágenes y una mayor distinción entre los maxilares y la placa.	Imagen global más nítida cuando la placa se expone directamente sin pantalla y los maxilares están más cerca de la placa.
Tamaño de la lesión:	Es desigual entre la longitud y la altura de los maxilares, ambas dimensiones varían continuamente en toda la imagen, especialmente la dimensión horizontal, en la que algunas zonas maxilares pueden estar reducidas de tamaño.	Imagen magnificada equitativamente en ambas dimensiones.



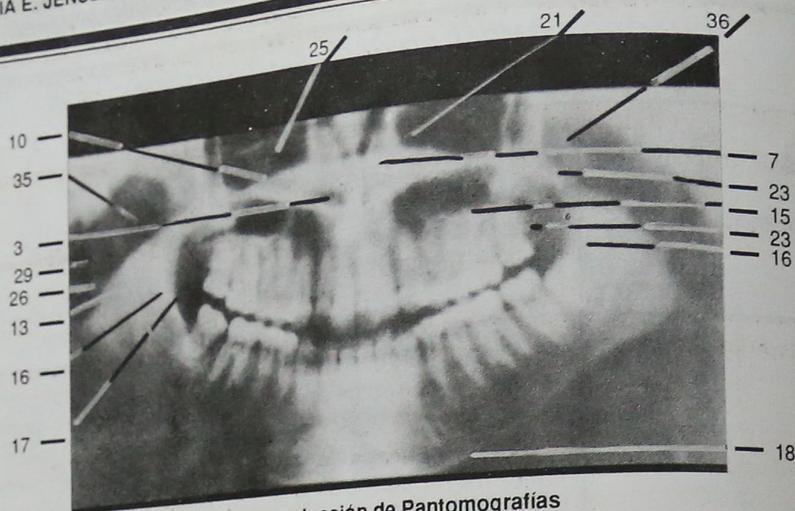


Fig. 6 y 7 Reproducción de Pantomografías

nadas con la imagen.

5.—Estimar la tasa de crecimiento de la lesión.

RESUMEN:

Se comunican las características técnicas y los fundamentos de la pantomografía, y se enumera la información que brinda sobre anatomía radiográfica normal en el área máxilofacial.

SUMMARY:

Technical characteristics and basis of pantomographic procedures are presented. The author describes normal anatomy in pantomographies of the maxillofacial area.

BIBLIOGRAFIA

- 1) CHOMENKO A.G. Atlas interpretativo de la pantomografía máxilofacial.
- 2) BLACKMAN S. Anatomic structures as visualized on the Panoramix. (Oral Surg. 26: 321, 1968).
- 3) KNIGHT N. Anatomie structures as visualized on the Panorex radiographys (Oral Surg. 36: 326-331, 1968).
- 4) WUEHRMANN A. and Manson Hing L. Dental Radiology 2a. ed. St. Louis: The c.v. Mosby Co. 1969 pp. 152-163, 246-247.
- 5) CHRISTENSEN E.E., Curry T.S. and Nunnally J. An introduction to the Physicies of Diagnostic Radiology. Philadelphia: Lea y Febiger 1972, p. 121.
- 6) PAATEROY. V. Pantomography and Orthopantomography, Oral Surg. 14:947-953, 1961.
- 7) LANGLAND D.E. and SIPPY F.H. Anatomic structures as visualized on the Orthopantomogram. Oral Surg. 26:475-484, 1968.

Asimetrías Faciales: Anomalías de la Oclusión en Sentido Transversal

ALEJANDRA LUETICH

Cuando nos encontramos frente a una maloclusión podemos hablar de una desarmonía del patrón morfogénético (forma y función), ya que éste es la resultante del equilibrio entre el factor neuromuscular, el factor dentario y el factor esquelético, todos íntimamente ligados entre sí y en el tiempo. Estas anomalías de oclusión se pueden presentar en los tres planos del espacio: cuando está afectado o comprometido el plano horizontal estamos en presencia de una maloclusión en sentido transversal.

Etiológicamente podemos decir que las causas de estas anomalías pueden ser genéticas y proximales, ya sean las presiones intrauterinas, las alteraciones en la tasa de crecimiento y desarrollo, la interrupción en el balance muscular, etc., pudiendo ejercer una poderosa influencia en la morfología final y en la forma y función de las estructuras cráneo-faciales.

Estas anomalías las clasificamos en esqueléticas o estructurales, oclusofuncionales u oclusoposicionales, desviación dentaria (asimetría dentaria propiamente dicha) y mixtas.

Para llegar a un correcto diagnóstico debemos comenzar por realizar un exhaustivo análisis clínico, poniendo énfasis en la observación de la postura general del paciente porque una asimetría cráneo-facial se co-

responde con una posición escoliótica de la columna vertebral, ya que la fuerza de gravedad es una y al romperse el equilibrio propioceptivo muscular se compromete la postura del paciente y la simetría mandibular.

Este diagnóstico se complementa con un análisis dentario que se realiza sobre modelos y paciente midiendo índices y un análisis estructural valiéndonos de la telerradiografía frontal, que juntamente con una lateral y una radiografía panorámica de los maxilares nos permiten llegar a un diagnóstico tridimensional del paciente.

Las alteraciones en los anchos y asimetrías esqueléticas, se pueden localizar y cuantificar en los estudios cefalométricos frontales, siendo la intención de éstos, comparativa, cuantitativa y escasamente normativa.

ANALISIS CEFALOMETRICO FRONTAL

Para comenzar un análisis cefalométrico frontal debemos localizar los principales puntos craneométricos. (Fig. 1)

Los que se encuentran en la línea media y son únicos:

- Cg — Crista Galli.
- ANS — Espina nasal anterior.
- A — Punto incisivo superior. Se ubica en la papila interdental entre los dos incisivos superiores, en la unión de la corona y la gingiva. Muchos autores

- lo localizan en el borde incisal de los incisivos superiores.
- B — Punto incisivo inferior. Se localiza en la papila interdental entre los dos incisivos inferiores, en la unión de la corona y la gingiva. Al igual que el punto A, muchos autores lo marcan sobre el borde incisal de los incisivos inferiores.
- Me — Punto mentoniano. Es el punto más inferior de la mandíbula, marcado sobre el borde de la misma. Los puntos que se encuentran en ambos lados del plano medio sagital, siendo homólogos:
- Z — Punto zigomático. Lo encontramos sobre la sutura fronto-zigomática en el lugar más próximo a la órbita.
- AZ — Punto del arco zigomático. Se lo marca en el centro de la raíz del arco zigomático.
- Co — Punto condilar: es el punto más alto del cóndilo mandibular.
- J — Punto yugal: es la parte más depimida de la tuberosidad del maxilar superior.
- NC — Punto nasal: es el punto más externo de la cavidad nasal.
- M — Punto molar: corresponde a la zona de mayor intercuspidación en el nivel de los molares.
- C — Punto canino inferior: se ubica en el vértice de la cúspide del canino inferior permanente.
- AG — Punto mandibular o antegoníaco: lo localizamos sobre el margen inferior mandibular en el nivel de la escotadura facial.

Una vez localizados los principales puntos craneométricos, comenzamos nuestro análisis cefalométrico frontal buscando una referencia vertical, el plano medio sagital

(MRS), que se traza desde Cg hasta ANS prolongándolo hacia la región mentoniana. Generalmente este plano es perpendicular al plano Z-Z, formado por la unión de los dos puntos Z. Pero muchas veces la construcción de este plano se dificulta porque hay pacientes que tienen variaciones anatómicas en el tercio superior y medio de la región facial y no se puede localizar correctamente el punto Cg. En estos casos buscamos la mitad de la distancia entre ambos puntos Z sobre el plano Z-Z, marcando el punto Cg desde el cual trazaremos el plano medio sagital (MRS) pasando por ANS.

Como referencia horizontal nos valemos del plano Z-Z, ya que en la radiografía frontal, éste se relaciona con el plano horizontal de Francfort.

A partir de estas referencias, podemos organizar nuestro estudio cefalométrico en distintos objetivos:

1º Objetivo: PLANOS HORIZONTALES (Fig. 2):

Buscamos el paralelismo entre los distintos planos horizontales, que nos van a mostrar el grado de alteración de las estructuras faciales. Estos planos son los formados por los puntos homólogos y bilaterales, quedando establecido el plano Z-Z de referencia, el plano AZ-AZ, el plano J-J, el plano oclusal (M-M), el plano Ag-Ag y el plano Me, trazado paralelamente al Z-Z pasando por Me.

2º Objetivo: DIFERENTES MEDIDAS ENTRE PUNTOS HOMOLOGOS (Fig. 3):

Medimos la distancia en milímetros desde un punto craneométrico al plano medio sagital (MRS) sobre una perpendicular al mismo. Comparamos las medidas obtenidas, a derecha e izquierda, y establecemos las diferencias. Hasta 3 mm en más o en menos se

considera variable biológica.

3º Objetivo: COMPARACIONES VOLUMÉTRICAS (Fig. 4):

Es un método rápido y simple para apreciar las asimetrías máxilomandibulares. a) Morfología mandibular: formamos dos triángulos, uno derecho y otro izquierdo uniendo los puntos Co-AG-Me de cada lado y comparamos las superficies obtenidas. b) Comparaciones máxilomandibulares: si trazamos una perpendicular al plano medio sagital (MRS) que pase por el punto J y otra por el punto AG y a su vez conectados estos puntos individualmente con Cg, nos quedarán formados cuatro triángulos en caso de existir una asimetría máxilomandibular. Por el contrario, si quedan dibujados dos triángulos (J-Cg-J) y (AG-Cg-AG) estamos en presencia de una simetría.

4º Objetivo: PROPORCIONES ESTÉTICAS:

Estas proporciones son mediciones que están íntimamente relacionadas con la raza y tipología del paciente. Se podría decir que son valores subjetivos, pero de todas maneras no se deben despreciar, ya que el producto final de un análisis cefalométrico es una sumatoria y una recopilación de datos.

a) Proporciones vértico-frontales (Fig. 5):

Se calculan los porcentajes de las distintas medidas tomadas a lo largo del eje Cg-Me, con divisiones en los puntos ANS, A y B.

El "porcentaje facial superior" se establece midiendo desde el punto Cg al ANS, que correspondería al 42% de la distancia Cg-Me.

El "porcentaje facial inferior" se calcula sobre la medida ANS-Me, que debería ser el 58% de la distancia Cg-Me.

El "porcentaje del maxilar superior" corresponde a la distancia entre ANS y A que im-

plicaría el 54% de ANS-Me.

El "porcentaje total del maxilar superior" surge de la medición hecha entre ANS y A, que equivaldría al 31% de la distancia Cg-Me.

El "porcentaje total del maxilar inferior" se establece entre B y Me, que debería ser el 32% de Cg-Me.

El "porcentaje máxilomandibular" surge de la medición de ANS-A, que correspondería al 97% de la distancia B-Me.

b) Proporción nasal (Fig. 6 A):

Se mide el ángulo inferior formado por las diagonales del cuadrilátero construido por el ancho nasal y la altura desde ANS hasta el plano Z-Z. Este ángulo nos evalúa el ancho con respecto al largo de la cavidad nasal.

c) Proporción maxilar (Fig. 6 B):

Se mide el ángulo formado por las diagonales del cuadrilátero que surge del plano J-J proyectado sobre el plano Z-Z. El valor normal para este ángulo corresponde a 103° para 8.5 años y va disminuyendo 0.25° por año. La desviación estándar es de $\pm 5^\circ$. Mediante esta proporción obtenemos el ancho relativo del maxilar superior.

d) Proporción mandibular (Fig. 6 C):

Es el ángulo inferior formado por las diagonales del cuadrilátero compuesto por el plano AG-AG proyectado sobre Z-Z. El valor normal es de 89° para 9 años decreciendo 0.4° por año y siendo su desviación estándar de $\pm 4^\circ$. Nos indica el ancho relativo del maxilar inferior.

e) Proporción facial (Fig. 6 D):

Medimos el ángulo inferior formado por las diagonales que conforman el cuadrilátero que está formado por el plano Me y la proyección sobre Z-Z de una perpendicular que pase por el punto AZ. El valor normal es de 97.5° para 8.5 años y disminuye 0.2° por año con una desviación estándar de $\pm 3^\circ$. In-

interpretamos este valor como la relación entre el ancho y el alto de la cara.

5º Objetivo: RELACIONES DENTARIAS

a) Relación molar (Fig. 7 A):

Se trazan dos perpendiculares al plano oclusal, una que pase por vestibular del primer molar superior y la otra por vestibular del primer molar inferior. Se mide la distancia entre las dos perpendiculares, siendo el valor normal de $\pm 1,5$ milímetros, con una desviación estándar de $\pm 1,5$ mm. Cuando estos valores están disminuidos nos hablan de una mordida cruzada dentaria, por el contrario cuando están aumentados estamos en presencia de una sobremordida de nivel de molares.

b) Ancho intermolar inferior (Fig. 7 B):

Se mide la distancia entre las perpendiculares a las superficies vestibulares de los primeros molares inferiores sobre el plano oclusal. El valor normal corresponde a 55 mm para los varones y 54 mm para las mujeres, con una desviación estándar de ± 2 mm. Nos indica el ancho de los arcos dentarios de nivel de los molares inferiores.

c) Ancho intercanino (Fig. 7 C):

Medimos la distancia entre los vértices de las cúspides de los caninos inferiores. El valor normal para 7 años es de 22.7 mm teniendo en cuenta que a esta edad los caninos no están erupcionados. Para 13 años equivaldría a 27.5 mm ya que aumenta hasta esa edad a razón de 0.8 mm por año. La desviación estándar para 7 años es de ± 3.2 mm y para los 13 años es de ± 2 mm. Esta medida nos permite detectar precozmente problemas de longitud en el sector ánteroinferior, ya sea indicando la estrechez o el aumento de la arcada.

d) Línea media dentaria (Fig. 7 D):

Se mide el desplazamiento horizontal de

las dos líneas medias dentarias superior e inferior. Lo correcto sería que las dos líneas coincidieran o que exista una desviación estándar de ± 1.5 mm.

6º Objetivo: RELACIONES MAXILO MANDIBULARES:

En este punto tratamos de establecer las relaciones esqueléticas entre las distintas estructuras.

a) Ancho máxilomandibular derecho e izquierdo (Fig. 8 A):

Es la distancia desde el punto J al plano frontofacial formado por la unión de los puntos Z y AG. El valor promedio para 8.5 años es de 10 mm con una desviación estándar de ± 1.5 mm. Nos determina si la mordida cruzada es esquelética.

b) Línea media máxilomandibular (Fig. 8 B):

Se mide el ángulo formado por el plano ANS - Me y una perpendicular al plano Z-Z que pase por la mitad de ese plano. Estos dos planos deben coincidir o de lo contrario existir una desviación estándar de $\pm 2^\circ$. Nos determina si existe una asimetría pero sólo con este valor no podemos apreciar si es debido a la discrepancia en el tamaño de las estructuras o a una desviación funcional de las mismas.

c) Inclinación del plano oclusal (Fig. 8 C):

Se mide la diferencia de altura del plano oclusal en el nivel de los puntos M hasta el plano Z-Z. Para hablar de simetría tendríamos que encontrar valores iguales de los dos lados o una desviación estándar de ± 2 mm. Las verdaderas asimetrías esqueléticas van acompañadas de la inclinación del plano oclusal, donde es fácil encontrar alteraciones en la ATM.

d) Ancho nasal (Fig. 8 D):

Se establece midiendo la distancia entre

los puntos NC, siendo su valor normal de 25 mm para un paciente de 8.5 años aumentando 0.7 mm por año, con una desviación estándar de ± 2 mm. Una estrecha cavidad nasal nos habla de poco pasaje de aire lo que nos puede llevar a una respiración bucal y también puede estar indicada por un paladar ojival.

e) Ancho total del maxilar superior (Fig. 8 E):

Se obtiene midiendo la distancia entre los puntos J. El valor normal corresponde a 61.9 mm para 9 años, aumentando 0.6 mm por año con una desviación estándar de ± 3 mm. Para interpretar este valor tenemos que tener en cuenta los hábitos que pueden producir alteraciones funcionales y que no permiten un desarrollo esquelético adecuado y los distintos tipos faciales. Por ejemplo, un braquifacial presenta un maxilar más ancho y un dolicofacial, más angosto.

f) Ancho total del maxilar inferior (Fig. 8 F):

Lo obtenemos midiendo la distancia entre ambos puntos AG. El valor normal corresponde a 76.1 mm para 9 años con un aumento de 0.7 mm por año y una desviación estándar de ± 3 mm. Este ancho está relacionado con influencias genéticas, ambientales y funcionales íntimamente ligadas a las

tipologías faciales. Un braquifacial presenta un ancho mandibular que se adecua a la gran exigencia ejercida por los músculos elevadores. En cambio, en los dolicofaciales existe una manifiesta estrechez mandibular.

7º Objetivo: RELACION CRANEOFACIAL (Fig. 9):

Estudiamos la simetría postural midiendo la diferencia en grados de los ángulos derecho e izquierdo formados por el plano frontofacial (Z-AG) y una línea que une los puntos AG con AZ. Los valores deben ser iguales o con una desviación estándar de $\pm 2^\circ$. Este dato nos puede explicar la naturaleza de la asimetría, pero hay que tener en cuenta que puede estar afectado por una mala posición de la cabeza durante la toma radiográfica.

Luego de definir claramente los objetivos de este estudio cefalométrico frontal, surge la necesidad de crear un protocolo alternativo para ordenar y simplificar nuestro trabajo. A continuación, en el cuadro 1 y 2 se transcribe el protocolo que sugiero, quedando los profesionales en plena libertad para crear otro que les sea más fácil o consideren más completo.

SR. ODONTOLOGO:

NUESTRAS PROTESIS SON IMPRESCINDIBLES EN SU CONSULTORIO

Ofrecemos Estudio, Calidad y Seriedad en Nuestras Realizaciones

- Prótesis Fija • Envíos al Interior • Trabajos Especiales
- Prótesis Removible • Entrega inmediata • Y mucho más

Pje. Villafañe 2141 - Capital Federal - Teléfono 582-6509

LABORATORIO DENTAL JARDENT



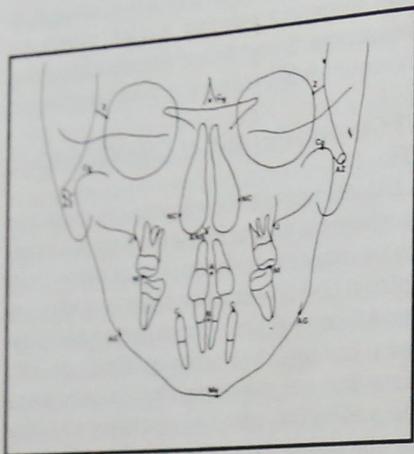


Fig. 1. Principales puntos craneométricos.

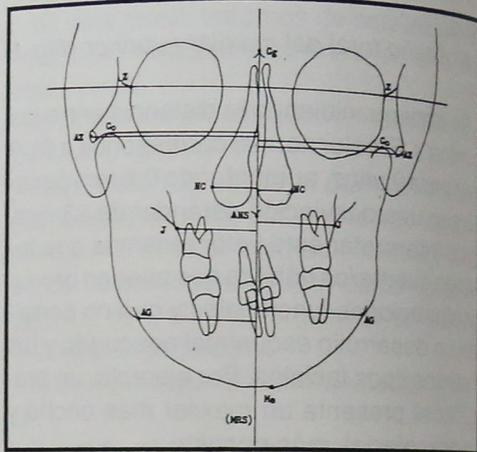


Fig. 3. Diferentes medidas entre puntos homólogos.

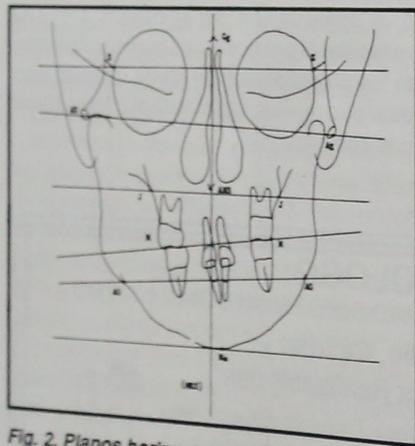


Fig. 2. Planos horizontales.

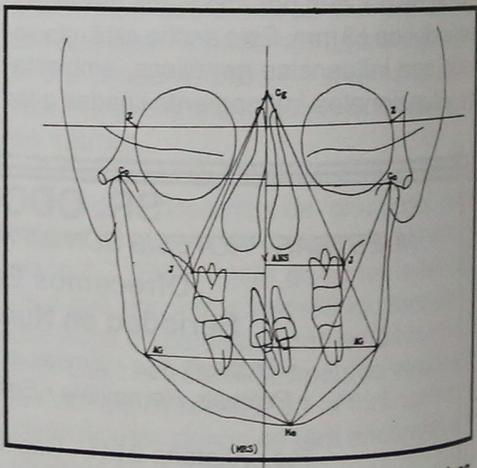


Fig. 4. Comparaciones volumétricas.

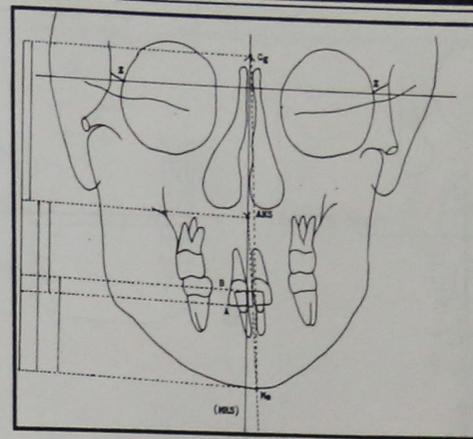


Fig. 5. Proporciones vérticofrontales.

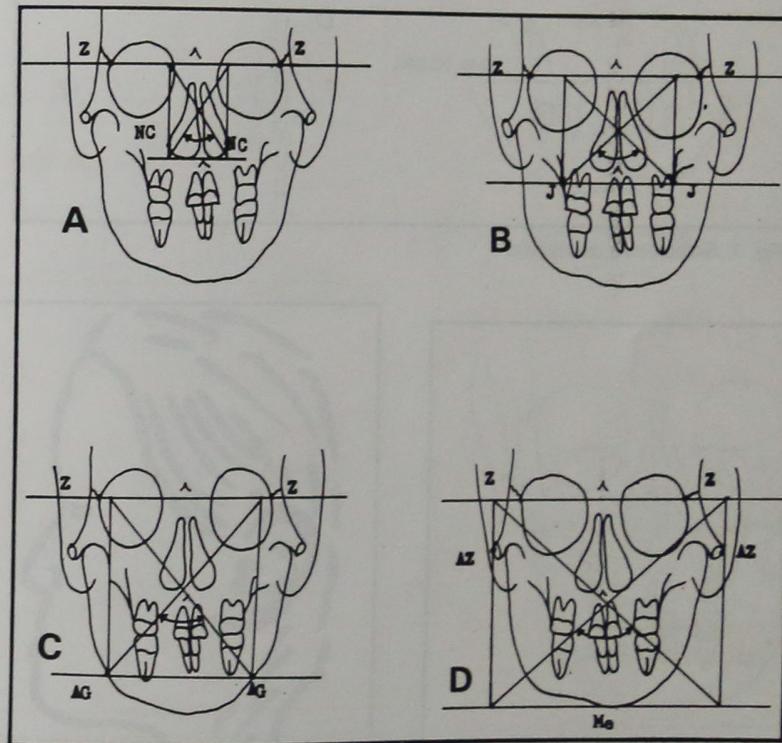


Fig. 6. Proporciones de las distintas estructuras.

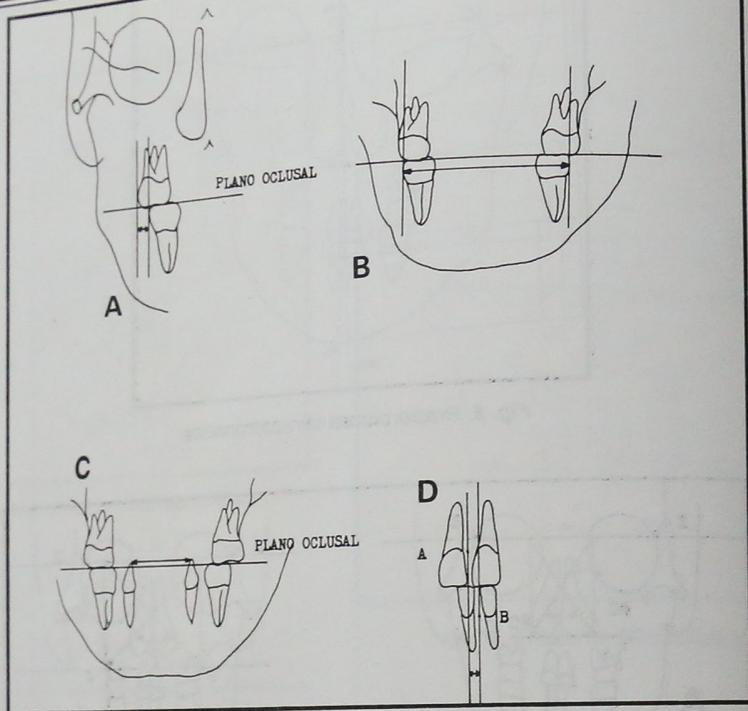


Fig. 7. Relaciones dentarias.

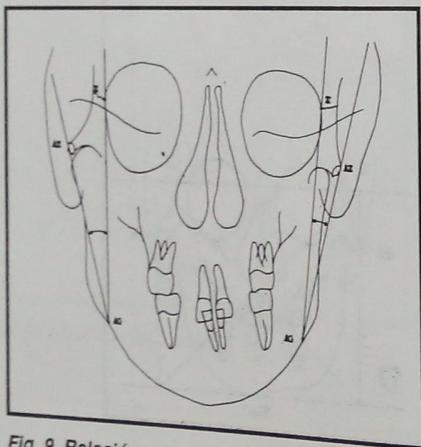


Fig. 9. Relación craneofacial.

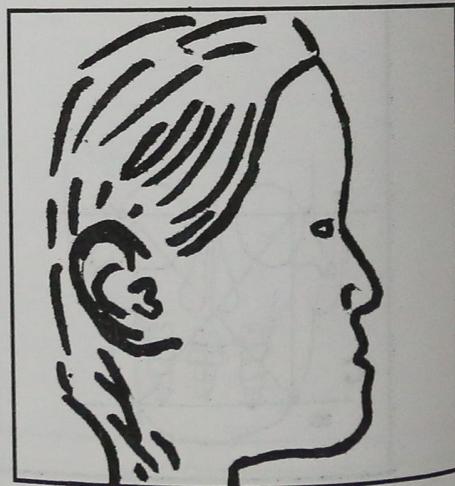


Figura 10

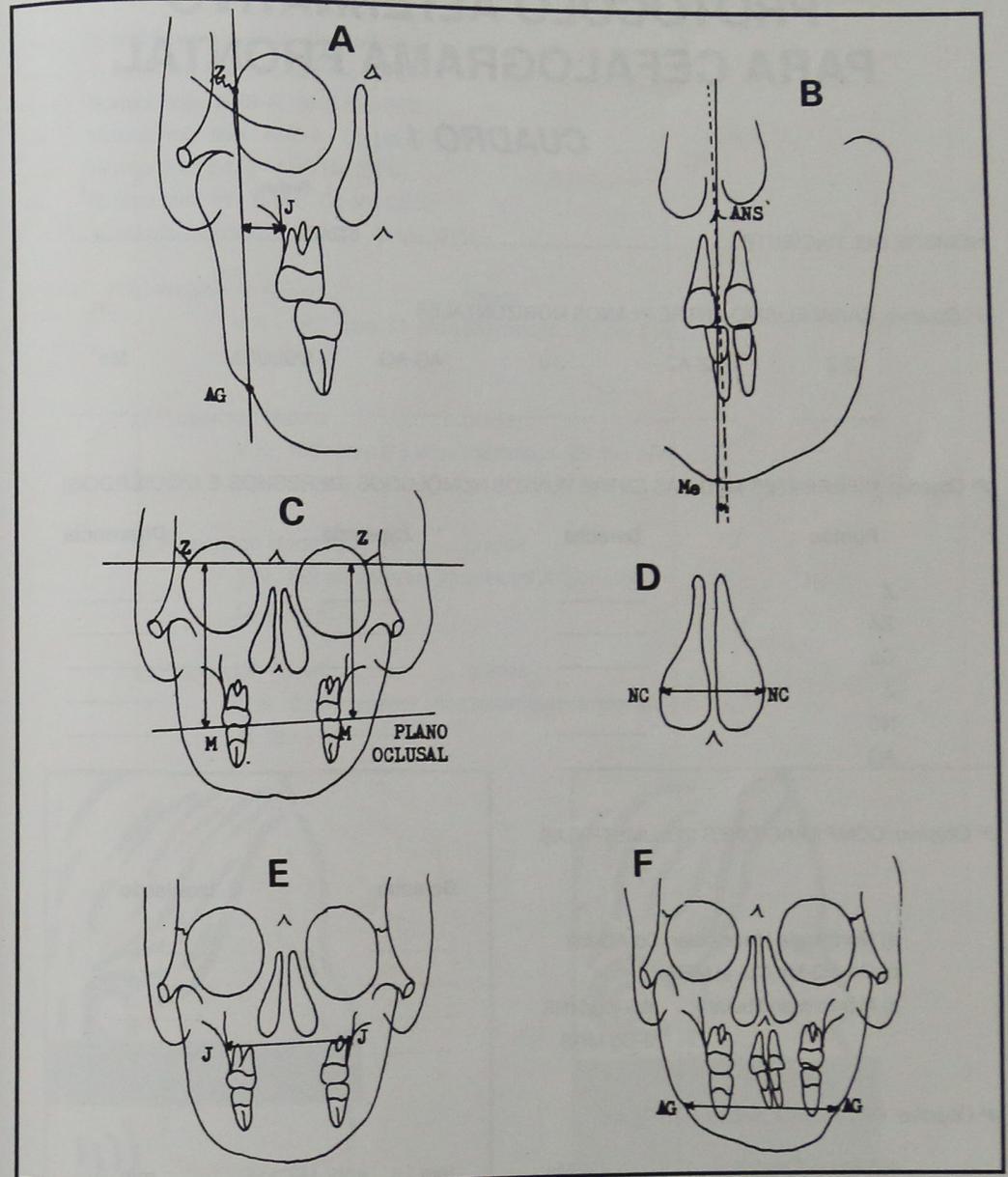


Fig. 8. Relaciones máxilomandibulares.

PROTOCOLO ALTERNATIVO PARA CEFALOGRAMA FRONTAL

CUADRO 1

Fecha: / /

EDAD:

NOMBRE DEL PACIENTE:

1º Objetivo: PARALELISMO ENTRE PLANOS HORIZONTALES

Z-Z AZ-AZ J-J AG-AG OCLUSAL Me

2º Objetivo: DIFERENTES MEDIDAS ENTRE PUNTOS HOMÓLOGOS (DERECHOS E IZQUIERDOS)

Puntos	Derecha	Izquierda	Diferencia
Z	_____	_____	_____
ZA	_____	_____	_____
Co	_____	_____	_____
J	_____	_____	_____
NC	_____	_____	_____
AG	_____	_____	_____

3º Objetivo: COMPARACIONES VOLUMETRICAS

	Derecho	Izquierdo
a) Morfología Mandibular: Co-AG-Me
b) Co-AG-Me Co- al MRS
c) Máxilo-Mandibular: AG-Cg-MRS
J-Cg-MRS

4º Objetivo: PROPORCIONES ESTETICAS

a) Vértico-Frontales: Cg-Me: mm. ANS-Me mm.

ASIMETRÍAS FACIALES: ANOMALÍAS DE LA OCLUSIÓN EN SENTIDO TRANSVERSAL

	Milímetros	Porcentajes
— % facial sup: Cg-ANS - Cg-Me (42%)
— % facial inf: ANS-Me - Cg-Me (58%)
— % max. sup.: ANS-A - ANS-Me (54%)
— % total max. sup.: ANS-A - Cg-Me (31%)
— % max. inf.: B-Me - ANS Me (55%)
— % total max. inf.: B-Me - Cg-Me (32%)
— % Máxilo-mandibular: ANS-A - B-Me (97%)

b) Proporción Nasal: grados
V.N.: .103° para 8.5 años (disminuye .15° por año)
D.St: ± 4.5°

c) Proporción Maxilar: grados
V.N.: 103° para 8.5 años (disminuye .25° por año)
D. St.: ± 5°

d) Proporción Mandibular: grados
V.N.: 89° para 9 años (disminuye .4° por año)
D. St.: ± 4°

e) Proporción Facial: grados
V.N.: 97.5° para 8.5 años (disminuye .2° por año)
D. St.: ± 3°

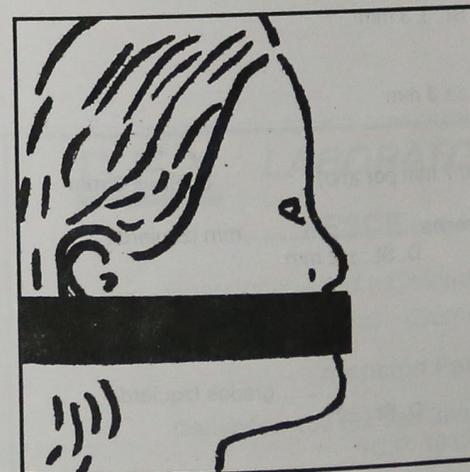


Figura 11

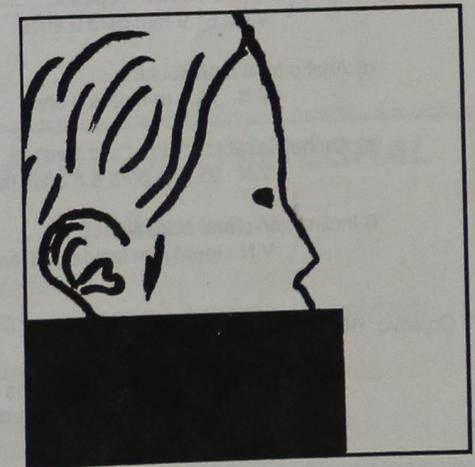


Figura 12

CUADRO 2

5º Objetivo: RELACIONES DENTARIAS

- a) Relación Molar: mm derecho mm Izquierdo
 V.N.: 1.5 mm D. St.: ± 1.5 mm
- b) Ancho Intermolar Inferior: mm
 V.N.: niños 55 mm niñas 54 mm D. St.: ± 2 mm
- c) Ancho Intercanino: mm
 V.N.: 22.7 mm para 7 años (± 0.8 mm por año hasta los 13)
 27.5 mm para 13 años.
 D. St.: ± 3.2 mm para 7 años.
 ± 2 mm para 13 años.
- d) Línea media dentaria: mm
 V.N.: 0 D. St.: ± 1.5 mm

6º Objetivo: RELACIONES MAXILOMANDIBULARES

- a) Ancho maxilo-mandibular: mm derecho mm Izquierdo
- b) Línea media maxilo-mandibular: grados
 V.N.: 0 grado D. St.: ± 2°
- c) Ancho total del maxilar superior: mm
 V.N.: 61.9 mm para 9 años D. St.: ± 3 mm
- d) Ancho total mandibular: mm
 V.N.: 76.1 mm para 9 años D. St.: ± 3 mm
- e) Ancho Nasal: mm
 V.N.: 25 mm para 8.5 años (aumenta 0.7 mm por año) D. St.: ± 2 mm
- f) Inclinación plano oclusal: mm derecho mm Izquierdo
 V.N.: Idem mm Izquierda/Derecha D. St.: ± 2 mm

7º Objetivo: RELACION CRANEOFACIAL

- Simetría Postural: grados derecha grados Izquierda
 V.N.: idem grados izquierda-derecha D. St.: ± 2°

CONCLUSIONES Y RESUMEN:

Podemos decir que al estudiar las asimetrías faciales partimos de la premisa de que la especie humana no es el ideal de la simetría. Si bien hay un patrón genético que las produce, también es el medio ambiente el responsable de las mismas.

Es importante incorporar el uso rutinario del cefalograma frontal para lograr un diagnóstico tridimensional del paciente. Para ello proponemos un protocolo alternativo.

CONCLUSIONS AND SUMMARY:

We can say that when studying facial asymmetries, we start from the premise that the human species is not the ideal of symmetry. While there is a genetic pattern that causes those asymmetries, the environment may also produce them.

It is important to start using the frontal cephalogram as a routine, to get to a tridimensional diagnosis of the patient for what I propose an alternative protocol.

BIBLIOGRAFIA:

- 1) BEZKIN E., LIPSZYS M., VORONOVITSKY L., ZIELINSKY L. Cefalometría clínica 1a. edición. Editorial Mundi.
- 2) DELGADO J. D. Manual de actualización ortodoncia. 1a. edición. Dirección de publicaciones UNR.
- 3) GRABER-SWAIN. Ortodoncia, principios generales y técnica. 2a. reimpresión. Editorial Médica Panamericana.
- 4) MOYERS R.E. DDS, Ph D. Manual de ortodoncia para el estudiante y el odontólogo general. 1a. edición. Editorial Mundi.
- 5) RICKETTS, BENCH, GUGINO, HILGERS, SCHULHOF. Técnica bioprogresiva de Ricketts. Editorial Médica Panamericana.

Dirección de la autora:
García del Cossio 908 bis.
(2000) Rosario - Prov. Santa Fe.

DEX LABORATORIO PROTESICO INTEGRAL

PESCE (M.N. 2610)

VIÑAS (M.N. 2609)

- Responsabilidad y Calidad Asegurada
- Porcelana - Mixtas - Cromo Cobalto - Ortopedia - Acrílicos - Attachment

Atención Personalizada - Envíos al Interior

Gallardón 103 (ex San Juan) - Lomas de Zamora (Pcia. Bs. As.)
(C.P. 1832) Tel. 245-4211/0197

La Tomografía Axial Computada en la Rehabilitación Oral con Implantes

Búsqueda de la Verdadera Dimensión de la Topografía Osea

OSVALDO ANGEL VOGHERA

CONTENIDO

- * Tomografía axial computada: su importancia.
- * Usos de guías intrabucales.
- * Confección de guías.
- * Interpretación de imágenes.
- * Implantograma.
- * Esquema quirúrgico planificado.
- * Tomografía axial computada del hueso maxilar inferior.
- * Valores de los diámetros del cuerpo mandibular por tomografía.
- * Demostración de diferencias entre imágenes tomográficas y cortes de hueso *in vitro*.

DIAGNOSTICO POR IMAGEN COMPUTADA

Uso de Guías para la Toma de una Tomografía Axial Computada

El examen preoperatorio incluye una serie de estudios diagnósticos que dependerán

de la necesidad de llegar a un certero conocimiento del terreno donde vamos a trabajar.

En la rehabilitación oral con implantes dentarios no sólo debemos planificar nuestro tratamiento desde el punto de vista protésico sino, como se trata en su primera etapa de un acto quirúrgico, debemos extremar todos

OSVALDO ANGEL VOGHERA

los pasos preoperatorios evitando o disminuyendo los márgenes de error.

Además de los exámenes clínicos, donde se pueden observar el estado de dientes remanentes, encías, higiene, relación intermaxilar, grado de reabsorción de los rebordes residuales; aunque esto es necesario determinarlo fehacientemente con radiografías.

En definitiva: el diagnóstico radiográfico trata de determinar la topografía de la zona por implantar.

Las radiografías utilizadas en implantología son las periapicales, que nos dan una imagen nítida pero limitada en tamaño, y las pantomografías o radiografías panorámicas que nos dan, como su nombre lo indica, un panorama total de ambos maxilares y sus accidentes anatómicos propios como el cóndilo dentario inferior en la mandíbula, senos maxilares, fosas nasales en el maxilar superior.

Estos dos tipos de estudios radiográficos son elementales como pasos previos a toda cirugía implantaria. Debe aclararse que las radiografías panorámicas nos dan una imagen aumentada que puede llegar hasta un 40% en alto y un 25% en largo; estos valores varían según el equipo de radiología utilizado.

Estas radiografías nos dan una doble imagen o imagen bidimensional. Es decir, que podemos evaluar la topografía en sentido ocluso-apical (alto) y medio-distal (largo).

Para completar un reconocimiento en profundidad, es decir, determinar el ancho del reborde residual, se hace necesario recurrir al estudio por tomografía axial computada.

Precisamente este trabajo muestra cómo se debe realizar un estudio de diagnóstico por imagen computada y a través de una investigación determinar que el mismo nos da

resultados distorsionados.

La tomografía axial computada nos da la posibilidad de lograr una imagen tridimensional.

A veces nos resulta necesario determinar, en maxilares muy reabsorbidos, la ubicación correcta del conducto dentario inferior en relación con las corticales vestibular y lingual del cuerpo mandibular.

También en la zona mentoniana con un corte sagital se puede observar perfectamente la anatomía ósea para direccionar la broca quirúrgica y evitar de perforar o debilitar algunas de las tablas (Fig. 1).

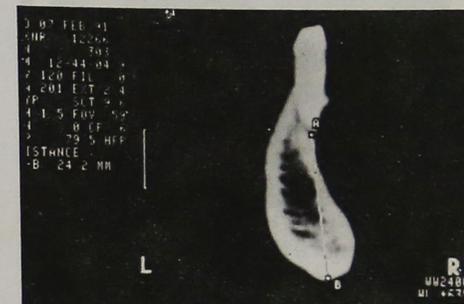


Fig. 1

Lo mismo ocurre con el maxilar superior: relación de seno maxilar con la tabla externa en cortes axiales; o ante un corte sagital de la premaxila vemos todo el contorno de ambas corticales.

En los estudios de tomografías computadas, es necesario realizar una serie de pasos previos a los fines de poder lograr una mejor y exacta interpretación de la ubicación de las imágenes por corte que nos ofrece.

Estos pasos previos, son la colocación de guías en la boca del paciente, que nos permitirán ubicar perfectamente el plano de corte relacionando la imagen de la placa con las guías ubicadas en el modelo correspondiente.

Para poder entender lo antedicho, les presento un estudio de maxilar inferior en un paciente al cual se pretendía colocar implantes en una mayor profundidad pasando por lingual o vestibular del conducto dentario inferior.

En primer término, se muestra la pantomografía del caso a estudiar (Fig. 2).

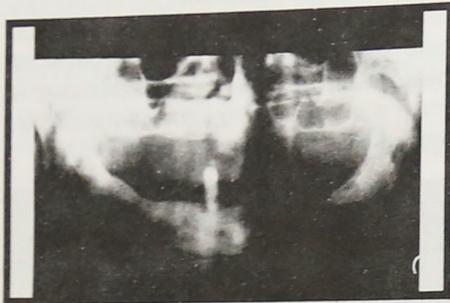


Fig. 2

En la clínica se toma una impresión del maxilar superior e inferior. El maxilar inferior presenta sólo una pieza dentaria con alto grado de movilidad (canino derecho).

Confeccionados los modelos (Fig. 3) se construye una placa de acrílico autocurable en el modelo inferior.

Se prueba en la boca para evitar mal adaptación. la placa debe cubrir la zona ósea a-



Fig. 3

provechable en cuanto al largo y ancho, no se debe tener en cuenta las inserciones musculares, ya que nada tiene que ver con la estabilidad o retención de la misma.

Se hacen orificios o ranuras simples, dobles o triples; en lo posible que cada orificio o marca corresponda a la ubicación de una pieza dentaria (Fig. 4).



Fig. 4

En este caso, realizo un primer círculo a la altura del segundo premolar, dos ranuras en el primer molar y tres ranuras para la zona del segundo molar.

Los círculos o ranuras son rellenados con un material radiopaco *no metálico*, pues produciría una irradiación que imposibilitaría visualizar la imagen (Fig. 5).

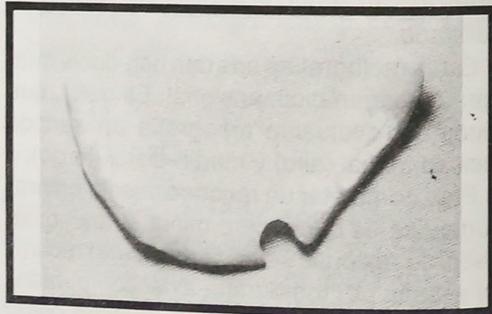


Fig. 5

El material utilizado de relleno que selecciono es gutapercha en barra.

Una vez completado este paso se confecciona un rodete de cera rosa que transformamos en una placa de registro (Fig. 6)



Fig. 6

Se prueba en la boca para darle la altura correcta y que tenga estabilidad cuando el paciente cierra la boca, es decir, que no haya desplazamientos, si no hay suficientes piezas dentarias antagonistas, se completa con una placa con rodete para asegurar la estabilidad en el maxilar opuesto.

La estabilidad debe ser correcta, además hay que entrenar al paciente para que una vez que cerró los maxilares durante la toma de la tomografía no los deberá mover porque de lo contrario movería la placa-guía alterando los resultados.

De esta manera, el paciente es derivado a realizar el estudio tomográfico. El mismo se colocará las placas-guías antes de ubicarse en la camilla del equipo (Fig. 7) donde permanecerá inmóvil hasta la finalización del examen.

En primer lugar se toma una imagen de perfil de la zona que nos interesa (Fig. 8).

Luego se determina donde se comenzarán a realizar los cortes; es decir, el punto 0 y la cantidad de cortes necesarios. Cada uno de éstos se realiza entre 1,5 y 2 mm; es-



Fig. 7



Fig. 8

to depende del equipo de tomografía utilizado (Fig. 9).

A medida que avanzan las imágenes, en este caso, en cortes axiales del cuerpo mandibular, veremos todo el contorno del mismo: su altura, su ancho, el conducto dentario, en forma de un círculo radiolúcido, el conducto mentoniano, el agujero mentonia-



Fig. 9

no —unos milímetros por encima del borde superior—, unos círculos radiopacos correspondientes a las guías de guta colocadas en la placa (Fig. 10)

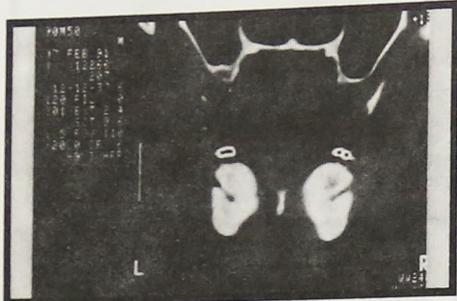


Fig. 10

De acuerdo con la imagen que seleccionamos se pueden hacer mediciones. Por ejemplo, distancia del borde superior al conducto dentario. Distancia del conducto a la tabla externa o interna, etc. (Fig. 11, 12 y 13). Estas guías nos permiten reconocer automáticamente a qué zona del maxilar pertenecen las imágenes.

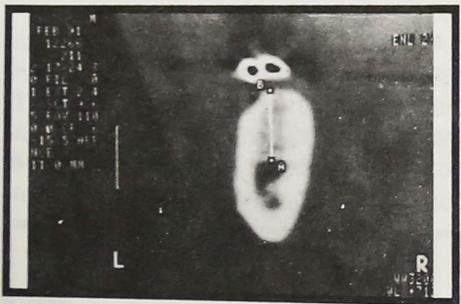


Fig. 11

IMPLANTEGRAMA

El estudio anterior puede completarse con la confección de un implantograma. Esto es transferir los datos obtenidos por el diagnóstico por imagen computada a una hoja mili-

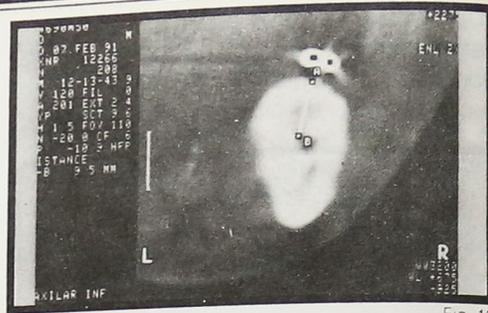


Fig. 12

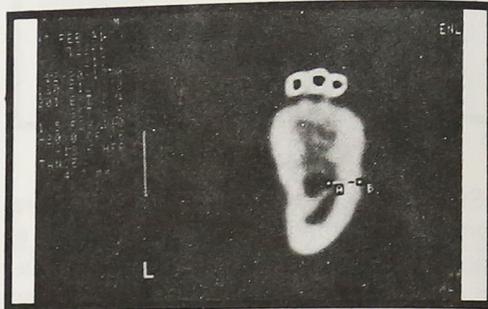


Fig. 13

metrada y planificar la intervención quirúrgica calculando lugar de perforación del hueso, distancia entre distintos implantes, diámetro y longitud de los mismos.

En una hoja milimetrada apoyamos la placa-guía, retirando la cera de mordida y la guta previamente y marcamos con lápiz el contorno de los círculos o ranuras.

El paso siguiente es determinar en la hoja milimetrada el primer plano de corte (0) ce-ro (Fig. 14). Observando detenidamente ca-

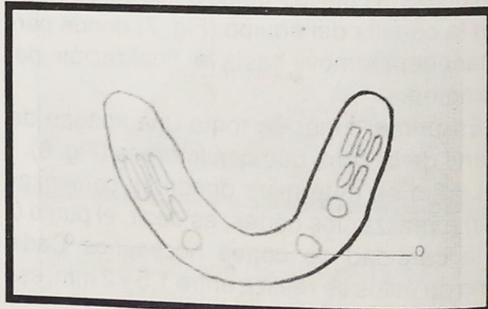


Fig. 14

da imagen esto se determina fácilmente.

Como el tomógrafo nos indica a qué distancia está cada corte, resulta fácil determinar el resto de los planos o cortes.

No trazamos todos los planos, sino aquellos de nuestro mayor interés, por ejemplo: el que corresponde a los agujeros mentonianos (Fig. 15) y donde nos interesa para la colocación de los implantes (Fig. 16). De esta manera, se determina el lugar exacto donde

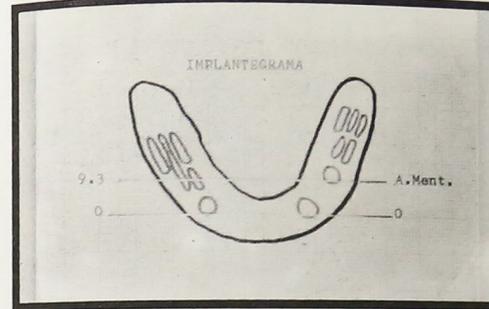


Fig. 15

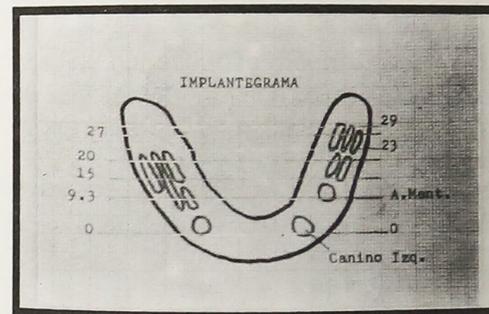


Fig. 16

labrar el lecho óseo en sentido ánteroposterior y en sentido vestibulo-lingual.

Por lo tanto, se puede planificar la cantidad de implantes por colocar, como también su diámetro y longitud (Fig. 17).

Una vez determinada la ubicación de los implantes, se confecciona una nueva placa transparente lisa de acrílico. Se transfiere el plano 0 al modelo. Colocamos la nueva pla-

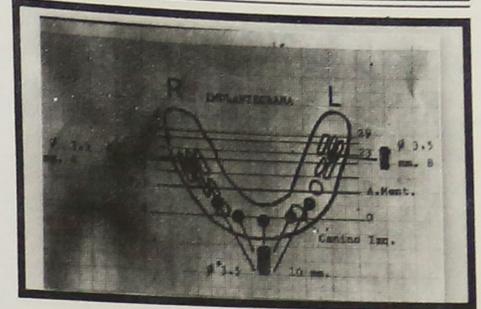


Fig. 17

ca en el modelo y marcamos ese plano a la misma (Fig. 18). Esto es para posicionar la placa sobre el implantograma.



Fig. 18

Se marca la placa, que debe ser de acrílico transparente, donde corresponde a cada implante, la perforamos, volvemos a colocarla en el modelo, marcamos en el mismo, a través de las perforaciones, cada implante. Tenemos de esta manera un modelo con el diseño de los lugares donde estarán los pilares artificiales (Fig. 19)

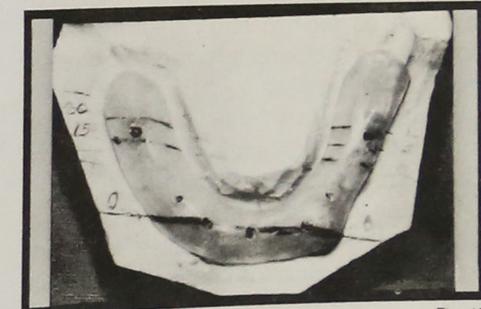


Fig. 19

Para ubicar estos puntos en la boca, no tendremos más que ubicar la placa en el maxilar, previa anestesia; colocamos la broca en los orificios, atravesamos la mucosa y cortical. Retiramos la placa, hacemos el decolado y nos encontraremos con el hueso marcado donde debemos realizar la perforación con las brocas.

Tomografía Axial Computada del Hueso Maxilar Inferior.

Valores de los Diámetros del Cuerpo del Maxilar Inferior por Tomografía.

Demostración de diferencias entre imágenes tomográficas y Cortes de Hueso in Vitro.

La siguiente investigación se basa en la búsqueda de los verdaderos diámetros o medidas que nos brinda la tomografía computada y compararlos con los verdaderos diámetros.

En definitiva, lo que se trata de demostrar es conocer si los resultados de la tomografía son exactos.

Para ello se realizó una medición de los diámetros vertical (alto) y horizontal (ancho) del cuerpo mandibular en la zona de frecuente necesidad (molares) para colocar implantes por tomografía de una mandíbula suelta; es decir, in vitro y luego seccionar ese hueso y comparar ambas mediciones: la real y la tomográfica.

El hueso maxilar inferior fue colocado en el tomógrafo (Fig. 20) como si estuviera el paciente en la misma posición.

Se hace la radiografía de perfil, como se señalaba anteriormente, y se determina dónde se inicia a practicar los cortes (Fig. 21) Punto 0.



Fig. 20

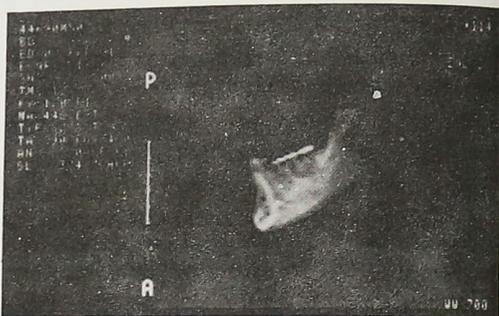


Fig. 21

Previamente, sobre el hueso fue ubicada una guía de acrílico con ranuras rellenas de gutapercha para ubicar con exactitud el plano buscado (Fig. 22).

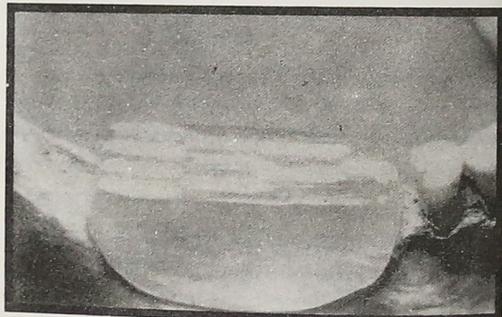


Fig. 22

Se realizan los cortes convenientes. Selecciono el que más interés tiene —en este caso el N° 25—, en el cual observamos el conducto dentario inferior, el corintorno com-

pleto del cuerpo mandibular.

Con la computadora, en el mismo momento de la toma de la tomografía, se pueden hacer todas las mediciones que se quieran.

En este caso medimos la distancia (A-B) desde el borde superior hasta el borde inferior; es decir, el *diámetro vertical* (Fig. 23) y nos da un valor de 26 milímetros.

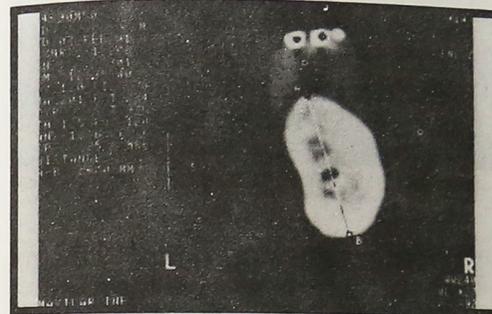


Fig. 23

El *diámetro horizontal* medidos entre los puntos A (Tabla lingual) y B (Tabla Vestibular) nos da un valor de 14,7 milímetros (Fig. 24).

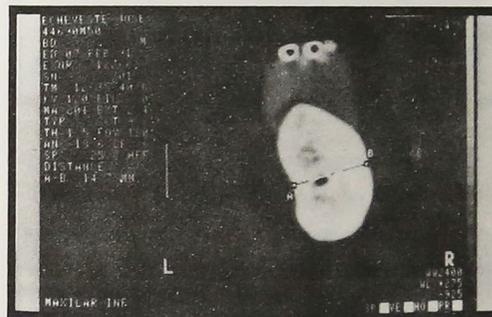


Fig. 24

En ambas imágenes se puede observar por encima del reborde superior una zona radiopaca de baja densidad correspondiente al acrílico de la guía y por encima de éste tres círculos radiopacos correspondientes a las ranuras cubiertas con gutapercha.

El paso siguiente es trasladar (Fig. 25) al hueso maxilar el plano seleccionado para hacer la comprobación (Fig. 25)



Fig. 25

Una vez trazado el plano sobre el cuerpo mandibular (Fig. 26) se realiza el corte del hueso perpendicular al eje mayor del mismo.

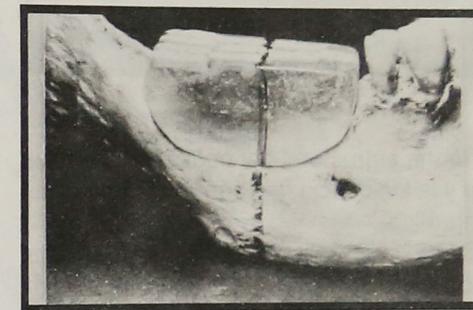


Fig. 26

La tomografía nos daba una distancia del diámetro vertical de 26 milímetros que coincide exactamente con el diámetro vertical medido directamente sobre el hueso (Fig. 27), es decir, sin error alguno en cuanto a la altura ósea. Pero no hubo coincidencia en los diámetros transversos. La tomografía nos daba un diámetro de 14,7 milímetros y en el nivel del hueso un valor inferior: 12 milímetros (Fig. 28). En la búsqueda de esa diferencia se encuentra que el error existe por

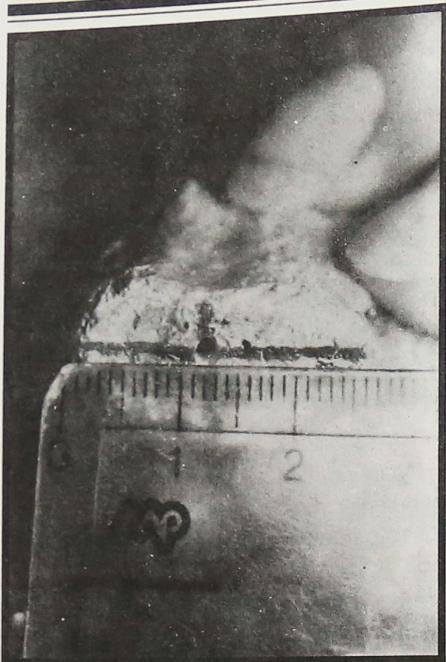


Fig. 27

la forma estructural del hueso maxilar inferior y la incidencia de corte de la imagen tomográfica.

Cuando se realiza la tomografía, estando el paciente con su cabeza centrada en la línea media (plano medio sagital), los planos de cortes son perpendiculares al plano medio sagital. Pero resulta que el cuerpo del maxilar inferior no es paralelo a dicho plano, sino divergente observándolo de frente.

Por lo tanto, el plano de tomografía no tomará perpendicular al cuerpo, sino oblicuamente, aumentando en un 25% la imagen (aproximadamente) del ancho del cuerpo del maxilar inferior.

Esto es de tener muy en cuenta para aquellos que practican implantología evitando encontrarse con rebordes que parecían lo

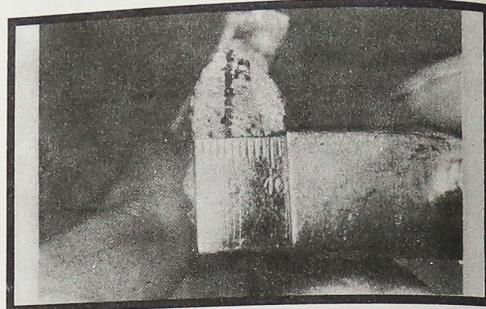


Fig. 28

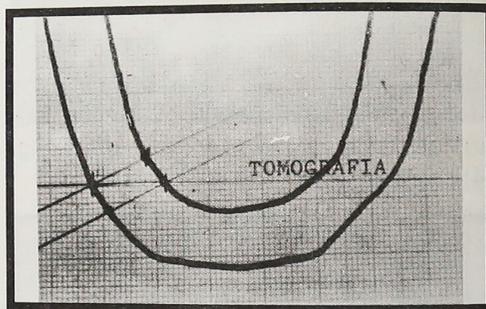


Fig. 29

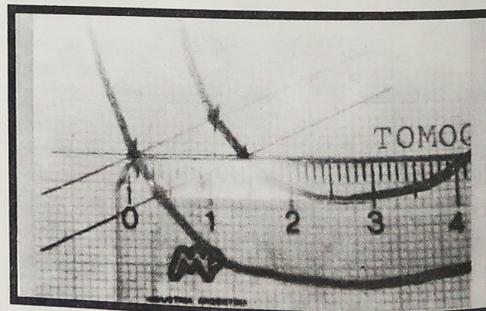


Fig. 30

suficientemente anchos para la colocación de un diámetro determinado, y en el momento quirúrgico nos encontramos con un reborde residual menor, haciéndonos cambiar toda una planificación preoperatoria.

En las Figs. 29, 30 y 31 se muestran los esquemas de las diferencias de ambas mediciones.

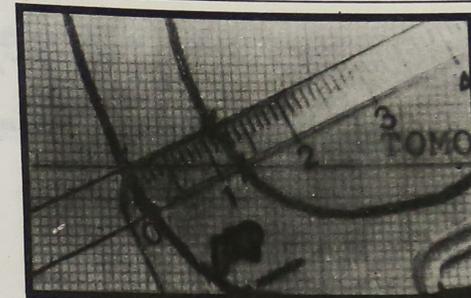


Fig. 31

Dirección del autor:

Sarmiento 2006 (2183) Arequito - Santa Fe



**NARDI
&
HERRERO**

**EMPRESA LIDER EN FABRICACION
DE CONSULTORIOS ODONTOLÓGICOS:**

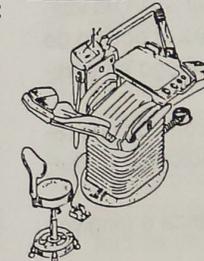
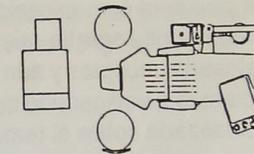
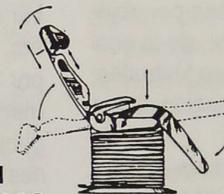
por volumen de ventas y variedad de modelos.
Sillones, Equipos Dentales, Muebles de Madera,
Lámparas Bucales, Banquetas, Rayos X,
Compresores, etc.

27 AÑOS NO TRANSCURRIERON EN VANO

FABRICA: Colón 2899. Tel. (041) 810645 -
2000 Rosario

SUCURSAL BUENOS AIRES: Pasteur 746, 1º "B".
Tel. 951-0814 - Capital Federal.

TECNOLOGIA DE PUNTA ARGENTINA PARA
UNA MAS EFICIENTE ODONTOLOGIA



Diseño del consultorio
sin cargo.

Consulte planes de pago



**ERGONOMICA Y
TECNICAMENTE
INIGUALABLE**

Enfermedades por Herpes Virus Hominis y Semejantes al Herpes

FABIAN C. BLASCO

GENERALIDADES SOBRE EL HERPES VIRUS HOMINIS

Las enfermedades de expresión bucal que reconocen como agente etiológico al Herpes Virus Hominis, y las virosis que presentan semejanza clínica con el herpes simple, constituyen un grupo importante de afecciones de interés estomatológico.

La presente comunicación tiene por objeto resumir bibliografía relevante, de la cual se glosan conceptos y aun frases textuales, tendientes a unificar una información global y actualizada sobre el tema.

El mencionado grupo de virosis integra con la hepatitis, la rubéola y el SIDA un vasto capítulo de alto interés para el equipo de salud en general y del odontólogo en particular.

- Enfermedades de expresión oral que reconocen como agente etiológico al Herpes Virus Hominis:
 - Primo infección herpética o gingivostomatitis herpética.
 - Herpes simple vulgar o recurrente.
 - Aftoide de Pospischill Feyrter.
- Virosis con semejanza clínica con el herpes simple:
 - Herpangina.
 - Fiebre aftosa o glosopeda.
 - Enfermedad de manos, pies y boca.
 - Herpes Zoster o Zona.

El Herpes Virus Hominis puede ser agente etiológico de numerosas enfermedades patológicas con múltiples expresiones de nivel de tejidos cutáneos, mucosos, nervios, etc. De las virosis bucales, las producidas por este microorganismo, son las más corrientes o de mayor incidencia; y es el agente etiológico más común de las infecciones virósicas en el hombre. Es un virus DNA de 100 m, con cuerpos de inclusión intracelular secundarios. Los medios de cultivo deben ser tejidos vivos, preferentemente la inoculación en la membrana corioanalantoidea de embrión de pollo, en la córnea de conejo o cerebro de ratón.

Se calcula que entre el 70 y el 90% de la población es portadora del virus. Algunas de las manifestaciones clínicas son: meningoencefalitis herpética, vulvovaginitis herpética primaria, querato conjuntivitis herpética, etcétera.

En la boca pueden presentarse en dos formas distintas:

- Primo infección herpética o Gingivostomatitis aguda herpética.
- Herpes simple recidivante.

FABIAN C. BLASCO

PRIMO INFECCION HERPETICA

Es la expresión clínica del primer contacto del individuo con el Herpes Virus Hominis. Normalmente aparece entre los 1 y 5 años, es infrecuente entre los adolescentes y muy rara en adultos.

Clínica:

Signos prodrómicos: El niño se encuentra irritable, caído, inapetente, con dolor de cabeza, le duelen las encías y puede haber adenopatías submaxilares dolorosas. De cuarenta y ocho a setenta y dos horas aparecen bruscamente numerosas vesiculopústulas en labios, carrillos, piso de boca, encía, paladar y lengua. Estas vesículas se rompen rápidamente dejando una superficie erosionada y muy dolorosa, rodeadas de un halo eritematoso, que al resolverse no deja cicatriz.

Hay hipersialia y halitosis, la alimentación y el hablar se hacen dificultosos; hay fiebre, taquicardia, etc. Al cabo de unos diez días, el proceso tiende a desaparecer espontáneamente, pero en el curso de la enfermedad aparecen nuevas vesículas, pueden producirse autoinoculaciones en ojos, genitales y piel. El proceso no deja inmunidad absoluta. Dentro de las complicaciones que se pueden presentar, está la meningoencefalitis, entidad ésta de una altísima mortandad (el 10% de las meningoencefalitis son provocadas por el virus del herpes simple). Hay una forma gravísima de primo infección herpética que se da fundamentalmente en prematuros y distróficos (inmuno comprometidos), es de incidencia excepcional y se denomina herpes diseminado o extensivo que llevaría a la muerte en 3 a 5 días. El prematuro se contagia en el canal de parto por una vulvo-

vaginitis preexistente.

Histopatología: La descripción histopatológica es característica. Se encuentran cuerpos de inclusión virales denominados cuerpos de Lipschotz, que desplazan el núcleo de la célula hacia la periferia provocando lo que se denomina degeneración globosa. Las células se separan entre sí conformando pequeñas cavidades por ruptura de las unidades intercelulares (acantolisis). Algunas células se rompen pero siguen unidas por sus restos y forman redes (degeneración reticular) en el corion superior y se agregan infiltrados linfomonocitarios perivasculares.

Diagnóstico:

- 1) Alteración del estado general.
- 2) Cantidad y localización de vesículas que preceden a las erosiones aftoides.
- 3) Adenopatías.
- 4) Dolor que impide comer y hablar.

Diagnóstico diferencial:

- 1) Fiebre aftosa (ampollas en pies y manos).
- 2) Herpes simple residuante (menor número de lesiones, menor expresión de orden general).
- 3) Herpangina (menor expresión general, orofaringe, menos lesiones).
- 4) Aftoide de Pospischill Feyrter (acompañada a otras enfermedades infecciosas; diseminada en piel y otras mucosas).
- 5) Eritema polimorfo (ampollas grandes, no hay vesículas).
- 6) Enfermedad de mano, pie y boca (sus tres localizaciones).
- 7) Aftosis de Behcet (aftas grandes, no hay vesículas).

- 8) Zona (lesiones de trayecto lineal emilateral en piel).
- 9) Enfermedad de Plaut Vincent (GUN, necrosis de encías).
- 10) Aftas vulgares (no hay vesículas previas).

Inmunidad: Más del 50% de los adultos (hasta el 90% para algunos autores) tienen anticuerpos contra el virus del herpes simple.

Diagnóstico de laboratorio: Inoculación en huevo embrionario o córnea de conejo en el período inicial. Posteriormente se pueden realizar pruebas de neutralización, inmunodifusión, desviación del complemento, etcétera.

Tratamiento: Reposo en cama, analgésicos locales y generales, dieta líquida, vitamina C, gamaglobulina, Acyclovir.

HERPES SIMPLE RECIDIVANTE

Es la forma más frecuente de las afecciones provocadas por el herpes virus; afecta entre un 30 a 50% de la población con predominio en el sexo femenino.

El herpes simple recidivante aparece en algunas personas, sin una aparente causa o existiendo algunas como trastornos gastrointestinales, procesos febriles, estados de stress, exposición prolongada a rayos acústicos, trauma o anestésicos.

Su localización es variada, puede ser genital, perineal, glútea, periungueal y más frecuentemente peribucal, existiendo formas intrabucales. Suelen existir algunos prodromos como cefaleas o sensación urente en la zona que se verá afectada.

La lesión comprende un ramillete de vesículas (3 a 10) que se umbilican y su contenido seroso se transforma en lechoso y va a

la desecación; otras se rompen dejando microerosiones con la posterior formación de costras meliséricas (en piel). Todo el proceso dura de 10 a 15 días. La localización predilecta es la semimucosa labial.

Diagnóstico:

En general no ofrece dificultades.

- a) Localización.
- b) Agrupamiento y tamaño de las vesículas.
- c) Falta o poca expresión de manifestaciones generales.
- d) Recurrencias.

Diagnóstico diferencial:

Impetigo vulgar: Cuando las lesiones se cubren de costras puede ser confundido con esta entidad de la cual se diferencia porque ésta presenta lesiones alejadas en cara.

Herpes Zoster o Zona: Dolor, sigue un trayecto nervioso, lesiones separadas por piel sana.

Chancro sífilítico: Si el herpes labial se infecta aparecen adenopatías, estas serán dolorosas, lo que las diferencia de las adenopatías satélites de las lesiones luéticas.

Aftas: Las formas intraorales podrían ser confundidas con lesiones aftoides de las cuales se diferencian porque éstas no presentan vesículas.

Tratamiento: Local y sintomático.

AFTOIDE DE POSPISCHILL FEYRTER

Este cuadro se asemeja al de una primo infección herpética, se presenta complicando otras enfermedades (coqueluche, sarampión y escarlatina). Ataca a los niños desnudados y se localiza en la cavidad bucal, faringe, laringe, alrededor de la boca y orificios

nasales, vulva, etcétera.

Los elementos vesiculosos pueden alcanzar 1 cm. de diámetro con un techo grueso, que se abren y dejan ulceraciones; hay infarto ganglionar, siendo el cuadro grave e inclusive mortal, aunque esto depende del estado nutricional y general del niño.

HERPANGINA

Agente etiológico:

Virus del grupo A Coxsackie, tipo 2, 4, 5, 6, 8, 10, 22. El nombre de este virus se debe a que fue aislado en la ciudad homónima del Estado de New York, EE.UU.

La herpangina predomina en niños de 3 a 10 años de edad; es un proceso muy contagioso endemoepidémico estival.

Manifestaciones clínicas:

Incubación 4 a 10 días.

Sintomatología: Comienza en forma brusca, hipotermia de 39 a 40°, cefalea, inapetencia, náuseas, dolores abdominales, congestión en pared posterior de faringe, lesiones papulovesiculares, de color blanco grisáceo de 1 a 2 mm. de diámetro en número de 2 a 20, con un halo eritematoso en pilares, velo de paladar y orofaringe.

El período de estado dura de 2 a 4 días.

Diagnóstico: Enfermedad estacional, hemograma con valores normales, a veces con leucocitosis de 15.000 a 20.000 cuando hay infección bacteriana sobregregada.

Pronóstico: Siempre favorable.

Tratamiento: Sintomático.

FIEBRE AFTOSA O GLOSOPEDA

Agente etiológico: Picornavirus (Coxsackie).
Incubación: 2 a 3 días.

Invasión: Fiebre alta, decaimiento, cefaleas intensas, quemazón en boca y garganta.

Lesiones en la piel: Vesícula primaria que aparece a las 24 a 48 hs. en la mano, luego en plantas de pies, erupción secundaria, perionixis supurada (importante para el diagnóstico).

Lesiones en la mucosa bucal: Son secundarias a las cutáneas, sequedad y ardor en la boca, mucosa enrojecida. A las 24 a 48 hs. aparecen vesículas perladas de 2 a 3 mm. de diámetro (en número de 10 a 15).

Diagnóstico: Personas en relación con animales de pezuña. Se diferencia de la gingivoestomatitis herpética porque ésta no presenta lesiones en manos y en pies diferenciándose de la enfermedad de manos, pie y boca porque esta última es mucho más benigna y se manifiesta particularmente en niños.

Evolución y pronóstico: El pronóstico suele ser benigno. Hay casos graves con severas lesiones gastrointestinales. Por lo general, el proceso dura cerca de 20 días.

Tratamiento: Profilácticamente se recomienda el uso de guantes en ordeñadores, vacunación de los animales y hervir la leche. Se tratan con antibióticos las infecciones bacterianas sobregregadas.

**ENFERMEDAD DE MANOS,
PIES Y BOCA**

Agente etiológico: Producida por virus Coxsackie, grupo A tipo 16, en primavera y otoño aparece con más frecuencia en los niños menores de 6 años, en ambos sexos. El virus se implanta en garganta e intestino, se produce una viremia y en 3 a 4 días se hace ostensible la enfermedad, el contagio es directo; el período de incubación es de 5 a 7 días, aparecen lesiones exantemáticas en manos, pies y boca, esta última es la zona más afectada.

Lesiones en la piel: En palmas y plantas aparecen manchas eritematosas del tipo exantemático con centro más claro que se transforman en pocas horas en vesiculopústulas umbilicadas. Las lesiones tienen forma ovalada de balón de rugby, su distribución es bilateral y simétrica. Las lesiones resuelven sin dejar cicatriz, formándose previamente una costra.

Lesiones en mucosa: Mácula roja de 2 a 8 mm., luego se forman vesiculopústulas rodeadas de una zona eritematosa, como se rompen rápidamente dan lesiones similares a las aftas vulgares. Los elementos son múltiples y dolorosos, ubicándose preferentemente en la lengua, paladar y mucosa yugal.

Diagnóstico: Formas epidémicas, localización, vesiculopústulas dolorosas, escasa repercusión general, orientan para su diagnóstico.

Diagnóstico diferencial: Primo infección herpética: La confusión surge cuando esta enfermedad no presenta lesiones en pies y manos, pero se diferencia de la primo infec-

ción porque no tiene tanta repercusión general.

Herpangina: Esta no da lesiones en lengua y mucosa yugal.

Fiebre aftosa: Lesiones vesiculopustulosas más grandes, de localización peribucal y peringueal.

Aftas vulgares: No presentan lesiones en la piel.

HERPES ZOSTER O ZONA

Enfermedad infectocontagiosa, esporádica y aguda, se la considera paraneoplásica, cuando se la diagnostica se investiga la posibilidad de existencia de una neoplasia. Deja inmunidad duradera. Se caracteriza por un síndrome infeccioso leve con un exantema maculopapulovesicular de topografía radicular asociado a un síndrome doloroso.

Procnomos: Dura de 24 a 48 hs., consta de parestesias, dolores más o menos intensos y calor en la zona metamérica, donde aparecerá la erupción.

Período de estado: Erupción de elementos maculopapulares de bordes irregulares, de diferentes tamaños que van desde varios mm. a 2 cm. distribuidos en una zona metamérica, de color rojo vivo, separados por partes de piel sana. A las 24 hs. estas lesiones se cubren de elementos vesiculares pequeños, en ramilletes de 5 a 10 vesículas, que al cabo de 48 a 76 horas se desecan. Todo esto va acompañado de adenopatías satélites, dolores neurálgicos o fulgurantes de carácter violento, el proceso evoluciona sin temperatura y al cabo de 5 a 7 días van a la desecación y formación de costras.

La convalecencia comienza con la caída de las costras quedando una pigmentación residual y muchas veces neuralgias por tiempo prolongado.

Localizaciones: Es de nuestro interés el maxilar superior, maxilar inferior, hemiglositis, estomatofaringitis; la oftálmica es de pronóstico más reservado. Es importante señalar que las lesiones en la mucosa siempre van acompañadas de lesiones en la piel.

Pronóstico: En general, bueno: puede complicarse con infecciones bacterianas sobreagregadas; se debe descartar la neoplasia.

Tratamiento: Calmar el dolor con analgésicos, evitar medicaciones superfluas. Se puede bloquear la síntesis de ADN viral con similares a la timina y saber esperar la evolución.

El Acyclovir ha demostrado su eficacia en el tratamiento de esta entidad, cuyo agente etiológico es el Herpes Virus Varicellae.

RESUMEN:

Al analizar las enfermedades producidas por el Herpes Virus Hominis y las que tienen semejanza clínica con el herpes simple. Se han enunciado las características clínicas o histológicas, el diagnóstico y el diagnóstico diferencial, los aspectos inmunitarios y de laboratorio, los agentes etiológicos y el tratamiento.

El odontólogo, como agente de salud, debe estar en condiciones de reconocer

toda entidad que ofrezca repercusiones estomatológicas que contribuyan al diagnóstico precoz y al pronto tratamiento. De igual modo, subrayar la trascendencia de estas enfermedades virales, contribuye a exaltar el cumplimiento irrestricto de las normas de bioseguridad en salvaguarda del equipo de salud, de los pacientes y de la sociedad toda.

SUMMARY

Diseases produced by Herpes Virus Hominis and similar lesions are described with clinical and histological characteristics, diagnosis and differential diagnosis, immunity, laboratory analysis, etiologic agents and treatment. Clinical recognition of this lesions is very important for ready treatment and accomplishment of biosecurity rules.

BIBLIOGRAFIA

- 1) BHASKAR, S.N. Patología Bucal. Ed. El Ateneo, 1978.
- 2) CABRINI, R. L. Anatomía Patológica Bucal. Ed. Mundi, Bs. As., 1980.
- 3) GRINSPAN, D. Enfermedades de la boca. Tomo II. Ed. Mundi, Bs. As., 1973.
- 4) LIBONATTI, E. J. y TCHOULAMIAN, A. Manual de Enfermedades Infecciosas. Clínica y Epidemiología. E. Libreros López, Bs. As., 1981.
- 5) SANDERS, B. Cirugía Bucal y Máxilofacial Pediátrica. Ed. Mundi, Bs. As., 1984.

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

Terapia Guía: Factores que Condicionan una Estrategia de Tratamiento

ELIAS BESZKIN, JAIME JUAN FISZMAN,
LILIANA DOCTOROVICH, ADRIANA PINAR

En el amplio espectro de maloclusiones que preocupan al ortodoncista, los problemas derivados de la falta de espacio son, por su frecuencia (casi un 50% de la problemática ortodóncica) al menos estadísticamente, un factor digno de la más amplia consideración.

Esta anomalía puede y debe ser tratada con criterio interceptivo, por lo que esto implica un tratamiento precoz, que tome en cuenta debidamente las posibilidades que generan los procesos de crecimiento.

El crecimiento tiene lugar en sitios específicos, en una forma y dirección diferenciadas

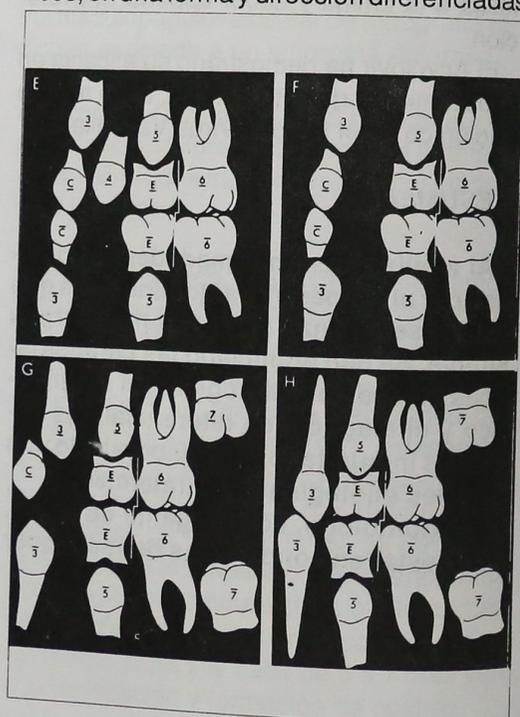
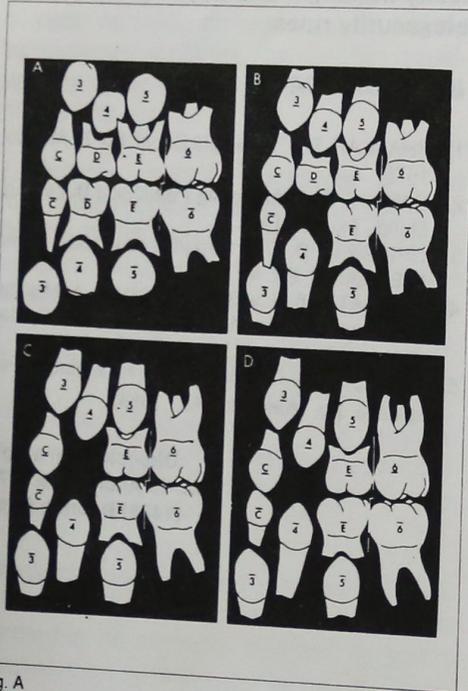


Fig. A

Fig. B

ELIAS BESZKIN, JAIME JUAN FISZMAN, LILIANA DOCTOROVICH, ADRIANA PINAR

tics, en una forma y dirección diferenciadas y dentro de etapas cronológicas determinadas.

Según Dewel, hasta ahora estamos limitados en nuestra capacidad predictiva y en nuestro control de los procesos de crecimiento, a pesar de contar con el más avanzado diagnóstico disponible hoy. Estas limitaciones incluyen nuestra incapacidad para condicionar fácilmente todos los reflejos neuromusculares, producir crecimiento de los huesos a voluntad o establecer todas las oclusiones exactamente donde podríamos esperar que se estabilizaran. Para la realización de un tratamiento ortodóncico el profesional debe tener las metas claras, siendo su objetivo final el estado de buena salud



Fig. 2

ocluso-articular. La maloclusión o discrepancia es un signo que revela desequilibrio de algunos de los elementos constituyentes del sistema estomatognático.

Cabe aclarar el término discrepancia. Entendemos por tal la falta de relación entre los tamaños dentarios y el tamaño del maxilar que los alberga.

Dentro de sus variables, están las formas leve, moderada y severa. Con referencia a las discrepancias leve y moderada se manejan terapéuticamente a través del mantenimiento, recuperación y supervisión del espacio.

En las formas severas utilizamos la terapia guía o extracciones seriadas, nombre dado por Kjellgren en 1929, al procedimiento des-



Fig. 1

cripto por Bunon, ya en 1743.

Los problemas de discrepancia severa son aquellos en los que hay una diferencia significativa entre los tamaños de todos los dientes permanentes y el espacio disponible para ellos dentro del perímetro del arco alveolar (más de 5 mm.). Las alteraciones que se producen en el ritmo de desarrollo de la oclusión suelen estar íntimamente relacionados con la pérdida de espacio y con la formación de una incorrecta curva oclusal, por lo tanto existe la necesidad de un control de la erupción dentaria.

Dos elementos clínicos que debemos tener en cuenta en la oclusión apiñada son:

- a) perímetro del arco;
- b) longitud del arco.

El perímetro del arco es la línea que va desde mesial del primer molar permanente, pasando por las cúspides vestibulares y bordes incisales de todas las piezas dentarias hasta mesial del primer molar permanente del otro lado.

Longitud del arco es la distancia (en línea recta) que va desde el punto interincisivo en la línea media hasta la tangente que toca las caras distales de los segundos molares temporarios.

Con frecuencia se confunden tres grupos de mediciones: anchos mesiodistales den-



Fig. 4

tarios, dimensiones del arco y dimensiones de la mandíbula y maxilar superior en su basal.

Durante el crecimiento estos valores cambian en diferente forma: los anchos mesiodistales dentarios siguen siendo los mismos, la circunferencia del arco disminuye, mientras que la longitud del maxilar superior y del maxilar inferior se mantiene de 6 a 6.

Según Moyers, las variaciones en cuanto a longitud se refiere, son un reflejo marcado de cambios en el perímetro.

El perímetro del arco inferior suele disminuir mucho en ambos sexos durante el período transicional y adulto joven. Según Moores, esa disminución llega a 5 mm. En cambio, el perímetro del arco superior aumenta ligeramente, aunque tiene posibilidad



Fig. 5



Fig. 3

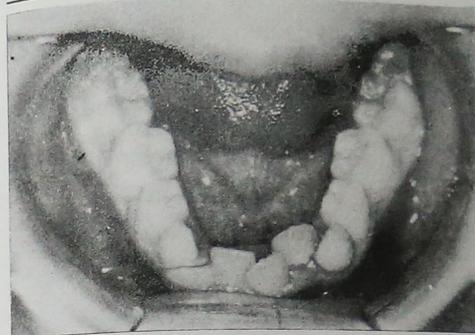


Fig. 6

des tanto de aumentar como de disminuir.

ELEMENTOS CLINICOS

En el análisis de la dentición temporaria debe alertarnos la ausencia de diastemas y espacios primates, presencia de apiñamiento, malposiciones dentarias, retraso en la erupción de piezas, exfoliación espontánea de cTc, reabsorción gingival marcada, desviación de línea media, extracciones prematuras sin el mantenimiento del espacio, ya que pueden ser signos prodrómicos de discrepancia.

Delabarre y posteriormente Baume, hablaron sobre denticiones temporarias espa-



Fig. 7

ciadas y cerradas. Y de acuerdo con Baume, una dentición temporaria sin espaciamiento es seguida por un apiñamiento en la dentición permanente en el 40% de los casos. El espaciamiento puede ser primario o secundario. El primario es el que se presenta en las denticiones temporarias con los espacios primates y diastemas.

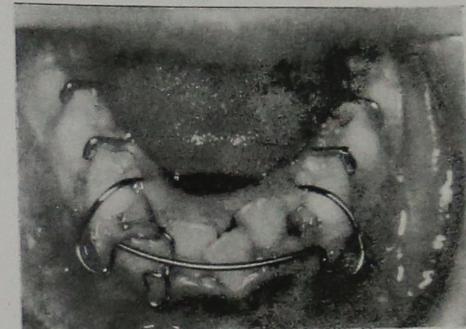


Fig. 8

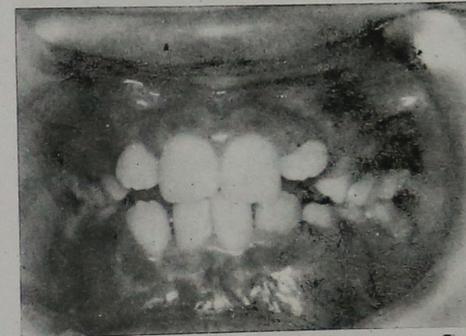


Fig. 9

Según Baume, en las denticiones temporarias cerradas, los incisivos laterales inferiores permanentes erupcionan y los caninos inferiores temporarios se mueven distalmente. Así se crea espacio que posibilita a los incisivos laterales inferiores permanentes erupcionar en una alineación favorable. Esto se ha denominado espaciamiento secundario. Los primeros síntomas de malo-

frecuentemente en el momento de la erupción de los incisivos inferiores centrales y laterales permanentes.

Según Dale, la verdadera discrepancia entre el tamaño dentario y el tamaño de los maxilares se caracteriza por una erupción ectópica de los incisivos laterales inferiores.

A la diferencia de tamaño entre los cuatro incisivos permanentes y sus predecesores, Warren Mayne en 1969, la denominó *riesgo incisivo*, describiendo tres variables:

* *Favorable*: cuando el espaciamiento pri-

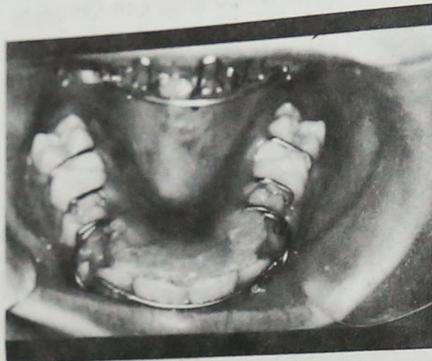


Fig. 10



Fig. 11

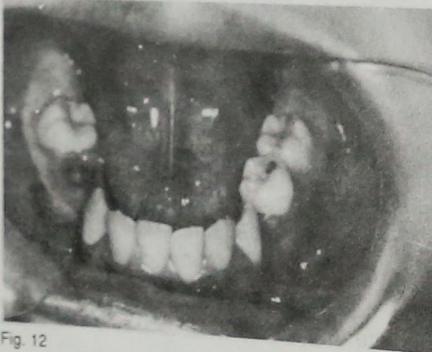


Fig. 12



Fig. 13



Fig. 14



Fig. 15

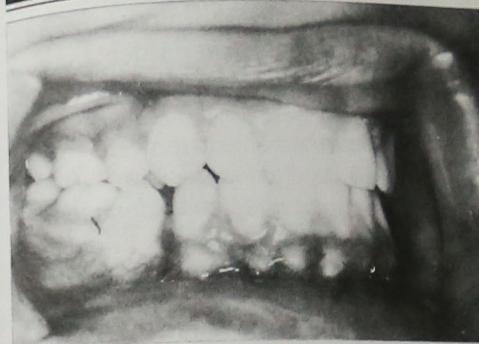


Fig. 16

mario de la dentición temporaria es suficiente para permitir la erupción de los incisivos permanentes sin apiñamiento alguno.

- * *Precaria*: cuando no hay espaciamiento primario en una dentición temporaria cerrada. En estos momentos se debe esperar el desarrollo de un espaciamiento secundario que pueda crear espacio suficiente para la erupción de los incisivos permanentes sin apiñamiento.
- * *Imposible*: cuando el riesgo incisivo es de tal magnitud, que el crecimiento y desarrollo no serán nunca capaces de cubrir las demandas de espacio requeridas por los incisivos permanentes. Tales individuos están sentenciados al apiña-



Fig. 17

miento severo desde la erupción.

Hasta el momento, hay sobrada evidencia clínica de que las piezas posteriores migran hacia adelante durante toda la vida. Esto tiende a reducir la longitud y el perímetro de los arcos. Las extracciones seriadas se basan en el hecho de que *la longitud de los arcos no aumenta*. Si a los 8 años es evidente un apiñamiento, la situación no mejorará por crecimiento y desarrollo.

Asimismo, la alteración en la secuencia de erupción o erupciones ectópicas de piezas permanentes producirán una reducción en la longitud del arco y el resultado será el apiñamiento. Según Hotz, el apiñamiento puede ser genuino, sintomático o mixto. En el primer grupo encontramos a las verdaderas discrepancias por diferencia de tamaño dentario-hueso de soporte (macrodoncia). El apiñamiento sintomático (por migración) se origina por la presencia de caries proximales, extracciones prematuras, traumatismos, etcétera. En las formas mixtas se combinan ambas situaciones.

Baume, estudiando las relaciones mesio-distales de las piezas temporarias encontró que pueden dividirse en tres categorías: plano terminal recto, escalón distal y escalón mesial.

El habitual plano terminal recto trae, típicamente, una relación de cúspide a cúspide en los primeros molares permanentes, los que luego alcanzarán una relación de Clase I por corrimiento mesial tardío después de la pérdida del segundo molar temporario, por mayor crecimiento hacia adelante de la mandíbula que del maxilar superior o una combinación de ambos.

TRATAMIENTO

TRATAMIENTO

Bajo el título de Terapia Guía subyacen una serie de conceptos que involucran un planteo de compromiso *límite* para el ortodoncista, donde los riesgos de hacer son tan grandes que justifican establecer un compás de espera postergando una decisión que en lo esencial no cambiará el criterio terapéutico a seguir, dos o cuatro extracciones que a lo sumo exigirá una técnica aparatológica más compleja.

La terapia guía es un método eficaz cuando la discrepancia hueso-diente es severa; es decir, el espacio es insuficiente y no existe otra posibilidad terapéutica. Es un método terapéutico que se planifica y evalúa permanentemente desde el comienzo de la dentición mixta hasta la maduración completa de la dentición permanente.

La terapia guía asegura un correcto alineamiento dentario y la permanencia de los resultados en el tiempo, si se logra una relación estable de los dientes con el hueso basal.

Según Hotz, la extracción de dientes es indiscutible en algunos casos, lo único discutible es cuáles son esos casos, porque es un método que mal aplicado puede traer pobres resultados.

Se trata de una supervisión activa de los dientes y el espacio disponible por medio de las extracciones, que se realizan en un orden predeterminado; es decir, en una secuencia planeada previamente, de ahí el nombre de seriadas.

Según Dewel, la propuesta de extracciones seriadas es para interceptar formas severas de maloclusiones en la dentición mixta antes que se transformen totalmente en formas de maloclusiones maduras en la

dentición permanente. Esto implica reconocer diferencias entre el material dentario conocido y la persistente deficiencia del hueso de soporte.

Esta se realiza mediante la remoción ordenada, primero de dientes deciduos y finalmente de permanentes seleccionados en una predeterminada secuencia y apropiados intervalos para cada caso individual. Por lo tanto, es nuestra opinión que este recurso terapéutico no puede quedar en manos del odontólogo general u odontopediatra *sin el debido entrenamiento*.

La ventaja de este procedimiento consiste en que facilita el tratamiento al no requerir de aparatologías fijas complejas, realizando sin la totalidad, la mayor parte del tratamiento con aparatos removibles, salvo en el caso de movimientos individuales finos.

Para llegar a la indicación de extracciones seriadas, debemos efectuar un diagnóstico basado en un exhaustivo examen clínico-funcional del paciente, fotos de la cara e intraorales, estudio de modelos y observación de radiografías.

Respecto del estudio de modelos, diremos que es un registro tridimensional de la dentición. Se utilizan para clasificar las formas dentarias y de los arcos, ver la intercuspidación, analizar las curvas de oclusión, observar migraciones y asimetrías, medir los progresos, ofrecer un registro en el tiempo y también para calcular el espacio lateral, que lo hacemos con el Índice de Moyers. Según los valores de éste, tendremos o no espacio para la ubicación correcta de caninos y premolares y para el corrimiento tardío mesial del primer molar permanente. Tenemos a nuestro alcance distintos tipos de radiografías: periapicales, panorámica y telerradiografía.

Con las primeras observaremos, entre

otros datos, el tamaño, forma y posición relativa de las piezas permanentes no erupcionadas, senda de erupción, longitud de las raíces de las piezas permanentes no erupcionadas y reabsorción de los temporios.

Con las radiografías panorámicas tenemos información sobre la relación germen-región apical, trayecto y senda eruptivas, secuencia posible de erupción, grado de calcificación de las raíces de las piezas permanentes.

Las telerradiografías nos informan sobre las características estructurales: inclinación dentaria, predicción de crecimiento, relaciones craneofaciales previas, durante y a distancia del tratamiento.

En la forma de crear espacio y en la elección de la pieza por extraer se debe tener en cuenta no sólo el estado de las piezas permanentes, sino también la trayectoria eruptiva de las piezas permanentes vecinas por su posibilidad de impactación y el tipo de crecimiento rotacional. Sabiendo que nuestra premisa fundamental será la no invasión del espacio libre interoclusal, se elegirán las piezas laterales más posteriores en los casos de rotación divergente, llegando hasta la decisión de extraer molares.

Con referencia al primer molar permanente superior, es desaconsejable su extracción dado que se produce aumento de la neumatización del seno maxilar, dificultando la mesialización de los segundo molares, lo que trae aparejado complicaciones periodontales e involucra al seno maxilar (Hotz).

En rotaciones convergentes, la premisa es dentro de lo posible conseguir espacio mediante ensanche, recuperación de espacio o desgastes de las piezas permanentes.

Con referencia al manejo del espacio en el sector lateral inferior, se debe detectar en forma temprana rotaciones de los gérmenes

de premolares como consecuencia de la estrechez cortical, situación del germen en la región apical, dirección de erupción de ambos caninos y alteración en la secuencia de erupción como causante de pérdida en el perímetro del arco.

Recordemos que la erupción del segundo molar permanente antes que el segundo premolar puede producir un acortamiento de la circunferencia del arco por mesialización del primer molar permanente.

En la zona posterior no se debe olvidar la posible impactación o erupción ectópica de los terceros molares, tanto inferiores como superiores, circunstancia que se verá con mayor frecuencia en los crecimientos convergentes.

Como síntesis de algunos de los factores que condicionan la decisión de una terapia guía, diremos que es de fundamental importancia esperar y ver en los casos límites que son los que más dudas generan, antes de adoptar las extracciones en forma sistemática.

Este trabajo se ilustra con un esquema gráfico de una secuencia de terapia guía, diseñada por Moyers y un caso tratado en nuestra clínica del *Ateneo*.

RESUMEN

Los autores proponen el tratamiento precoz mediante extracciones de las maloclusiones severas, aquellos donde la falta para ubicar la totalidad de las piezas permanentes es mayor de 5 mm. por cuadrante.

Se reseña la opinión de diversos autores.

Se explicitan los signos clínicos determinantes del diagnóstico diferencial, el

aporte del crecimiento y los criterios a seguir durante este tratamiento.

Se fundamenta su aplicación por la posibilidad de completar la mayor parte con aparatología sencilla, pero a condición "sine qua non" de ser practicado por odontólogos bien entrenados en la evaluación de los déficits, con conocimientos precisos del papel del crecimiento y con capacidad técnica en el uso de la aparatología.

SUMMARY

The authors propose the precocious treatment by means of extractions of severe bad occlusions, those where the lack of space to insert the totality of permanent piece is more than 5 mm. each quadrant.

It's outlined the opinion of several authors.

The clinic signs which determine the differential diagnosis are explicited, so are the growth contribution and the discernments to follow during this treatment. Its application is based on the possibilities to complete the main part with simple aparatology but under condition "sine qua non" to be practised by very well trained odontologists in the deficits evaluation,

with exact knowledges of the growth role and with technical capacity in the use of aparatology.

BIBLIOGRAFIA

- DEWEL, B.P.: Serial extractions. Its limitations and contraindications in orthodontic treatment. American Journal Orthodontics, December 1967.
- DALE, J.: Guía de oclusión: extracciones seriadas. Ortodoncia, principios generales y técnicas. Graber-Swain, Cap. V, 1988.
- HOTZ, R.: Ortodoncia en la práctica diaria. Cap. IV y V. 2ª edición, 1974.
- HOTZ, R.: Guidance of eruption versus serial extraction. American Journal of Orthodontics, Vol. 58, N° 1, Julio 1970.
- MOYERS, R.E.: Manual de Ortodoncia, Cap. VI, 3ª edición, 1976.
- LEWKOWICZ, B.: Recidiva y contención. Apañamiento tardío en el arco mandibular. Revista A.A.O., Vol. XXV, N° 2, Junio-Diciembre 1990.
- BAUME, L.J.: Developmental and diagnostic aspects of the primary dentition. Int. Dent. J. 9:349, 1959.
- MOORREES, C.F.A.: Changes in dental arch dimensions expressed on the basis of tooth eruption as a measure of biologic age. J. Dent. Res. 44:129, 1965.
- MAYNE, W.R.: Serial extraction. Graber. Current orthodontic concepts and techniques. Capt. IV, 1969.

Dirección de los autores:
Tomás M. de Anchorena N° 1176
(1425) Buenos Aires

A Propósito del Cólera:

Para Recordar, Para Pensar

Creemos importante, ante la epidemia de cólera que sufre nuestro país, recordar dos hechos ocurridos en la Europa del siglo pasado. El primero, tuvo lugar en el Reino Unido, en la primera mitad del siglo XIX. Durante ese lapso el cólera fue endémico en la India; se hizo pandémico en Asia, desde 1816-30; pasa a Europa, y en 1832 provocó 22 mil muertes en Inglaterra. La segunda epidemia (1848) causó de 50 mil a 70 mil muertes sólo en Inglaterra y Gales, y en Londres, de alrededor de 30 mil casos, murieron más de 14 mil. Esta terrible epidemia produjo el terror de la población inglesa, y en ese mismo año se dictó la Ley de Salud Pública y se nombró a John Simon primer oficial médico-sanitario de Londres.

Estas visitas del cólera le plantaron al Estado la necesidad de organizar la lucha no sólo contra el cólera sino también contra el tifo, la viruela y otras epidemias. De aquí que, la Organización Mundial de la Salud (OMS) concluyera que los servicios sanitarios aparecieron en los países occidentales "no sólo porque resultaban una buena inversión, sino también por el temor al contagio y a la propagación de las enfermedades. Se dice que el cólera fue el mejor promotor del funcionario de sanidad."

Sin embargo, la OMS no nos dice quién tenía temor al contagio, ni tampoco porqué el cólera fue el mejor promotor de la sanidad.

En un trabajo del año 1867 leemos: "De puro miedo a las enfermedades contagiosas, sabiendo que éstas no se detienen ante los 'señores', se dictaron por el Parlamento Británico, desde 1847 a 1864, nada menos que diez leyes de policía sanitaria y en algunas ciudades como Liverpool, Glasgow, etc., la burguesía, aterrada, se apresuró a tomar cartas en el asunto por medio de sus municipalidades". En otro trabajo de 1892, se dice: "Las repetidas visitas del cólera y otras epidemias han impuesto al burgués britá-

nico la urgente necesidad de sanear la ciudad si él mismo no quería ser víctima con su familia, de esas epidemias".

La epidemia de cólera recientemente iniciada en nuestro país, y que seguramente se hará endémica en poco tiempo más, ¿servirá para que nuestras autoridades tengan en cuenta la experiencia inglesa que acabamos de relatar y tomen las medidas conducentes a proveer, en primer lugar, de agua potable y cloacas a todas las poblaciones que carecen de ellas, víctimas seguras de la difusión del cólera?

El segundo hecho para recordar y tener presente tuvo lugar en Alemania, a fines del siglo pasado.

Como es sabido con Luis Pasteur y Roberto Koch nace, primero en Francia y enseguida en Alemania, la Bacteriología.

Gracias al perfeccionamiento del microscopio, a la creación de las nuevas coloraciones de los gérmenes y las diversas innovaciones técnicas permitieron, en muy pocos años, el descubrimiento de la mayoría de microbios y parásitos hoy conocidos. Esto significó un gran paso: se conocía la causa de las graves enfermedades infecciosas y parasitarias. Restaba entonces hallar los medios para "matar a los gérmenes".

Con el descubrimiento de vacunas y sueros antitóxicos crecía, cada vez más entre los médicos, la convicción del control o la erradicación de las enfermedades infecciosas. Por ejemplo, Emil von Behring y sus seguidores no dudaban que todas las infecciones importantes serían controladas por medio de los sueros terapéuticos y vacunas profilácticas.

El entusiasmo llegó a su máximo en el año 1890 cuando von Behring introducía el suero antidiftérico y Roberto Koch hacía dos anuncios sensacionales. En el primero decía: "...He encontrado sustancias... capaces de detener el desenvolvimiento de los bacilos tuberculosos"; y en el segundo, que ya tenía el reme-

EPIFANIO PALERMO

dio: la tuberculina. Se pensó entonces que estaban resueltos los problemas del tratamiento y la liquidación de la tuberculosis y que sólo era necesario reducir la cantidad debida de tuberculina para que desapareciera la tuberculosis (lo mismo se pensó con el descubrimiento de la estreptomocina en el año 1947).

Sin embargo, aún en el apogeo del período bacteriológico, hubo hombres que, como Max von Pettenkofer, el más notable higienista de su tiempo, fundador de la Higiene Experimental, tenían completa conciencia de la importancia del medio social.

Según René Dubos, Pettenkofer insistía sobre la importancia de las condiciones locales, de la estación del año y del individuo, para que la infección pudiera presentarse. Admitió que el vibrión cólico era la causa específica del cólera, pero mantuvo su convicción de que el bacilo sólo no podía producir la enfermedad. Tan convencido estaba —comenta Dubos— que decidió probar sus tesis ingiriendo bacilos del cólera. Obtuvo un cultivo aislado recientemente de un caso mortal de la epidemia que entonces afectaba a Hamburgo y, el 27 de octubre de 1892, ingirió una gran cantidad de él con el estómago vacío, cuya acidez había neutralizado bebiendo una adecuada cantidad de carbonato cálcico, que eran precisamente las condiciones que Koch consideraba como más favorables para el establecimiento de la enfermedad. El número de bacilos ingeridos por Pettenkofer era mucho mayor del que se podía tomar bajo las condiciones normales de exposición y, sin embargo, no se presentaron ninguno de los síntomas, salvo "una ligera diarrea", aunque se podía ver una enorme proliferación de bacilos en las heces.

Poco después, varios seguidores de Pettenkofer, inclusive Emmerich y Metchnikov, repitieron los experimentos sobre ellos mismos, con idénticos resultados. El experimento simplemente demostraba que las enfermedades infecciosas y las epidemias eran fenómenos complejos en los que intervenían el esta-

do fisiológico del enfermo, el clima, el ambiente, la estructura social de la comunidad e incontables factores insospechados. Hoy decimos: sin vibrión cólico no hay cólera (*condición necesaria*), pero su sola presencia no es condición suficiente para que haya enfermedad. De otra manera, una semilla jamás crecerá sobre un trozo de mármol.

En una publicación posterior el mismo Dubos, nos ofrece el ejemplo siguiente: "En épocas más recientes, se hizo ingerir a un grupo de voluntarios miles de millones de bacilos disintéricos... Se emplearon para aumentar las posibilidades de establecimiento de la enfermedad, cápsulas entéricas rellenas de heces entéricas directamente de enfermos de disentería bacilar... Fueron pocos los voluntarios que mostraron algún síntoma de disentería; a la mayoría de ellos la infección experimental no les afectó en absoluto."

La experiencia que acabamos de citar puede explicarnos porqué muchas personas sanas pueden ser portadoras de la infección cólica y porqué otros enfermos mueren por el cólera, que al igual que los niños que mueren por las diarreas estivales, por el sarampión o la coqueluche, mueren porque están desnutridos.

BIBLIOGRAFIA

- DUBOS R.: El espejismo de la salud. Ed. Fondo de Cultura Económica. México. 1975, pág. 167.
 MULTANOVSKY, M.: Historia de la medicina. Academia de Ciencias de Cuba. La Habana. 1967, pág. 418.
 O.M.S.: Informe Preliminar sobre la situación social en el mundo. Naciones Unidas. Nueva York. 1952, pág. 24 y sig.
 PALERMO, E.: Salud-enfermedad y estructura social. Ed. Cartago. Buenos Aires. 1986, págs. 96 y 117.

Profesionales de Rosario: "La Pandemia de Cólera Llegó a la Argentina..."

ALCIBIADES GONZALEZ (*)

ACTUALIZACION DIARIA PARA CONSULTA

La antigua enfermedad, que se consideraba superada, ha irrumpido con bríos renovados en nuestro continente merced al agravamiento de las condiciones de vida de la población de las naciones de Latinoamérica. Pues, cuando apareció en Perú, hace un año, en realidad hizo su entrada al continente, al cual no ha terminado de recorrer. ¿Es correcto denominarlo la enfermedad de la pobreza? Pese a algunas opiniones de funcionarios y a cierta espectacularidad de su aparición en aviones de líneas internacionales, el cólera avanza sobre individuos desnutridos, que habitan zonas carentes de servicios sanitarios y de agua potable, con ríos contaminados a cuya agua recurren diariamente. En este momento la epidemia hace estragos en las poblaciones indígenas del norte argentino. Cabe preguntarse: y cuando las aguas contaminadas del río Pilcomayo y el río Bermejo lleguen al estuario del río de la Plata, ¿qué acontecerá? Allí, en las riberas del mar Dulce llegan las inmensas villas miseria que, en un cordón millonario en personas, se ajustan en la cintura de la avenida General Paz. En ellas crecen la desocupación parcial y total y el hacinamiento en precarias viviendas sin desagües cloacales, con agua corriente escasa, a larga distancia o nula. El informe del Consejo Económico para América Latina (CEPAL) publicado por "La Capital" días atrás, titulado "En la Argentina la pobreza no toma descanso", consigna que el 31% de la población tiene sus necesidades insatisfechas, y que Argentina tradicionalmente la nación latinoamericana menos afectada por el estigma de la miseria, ha mo-

dificado oscuramente su perfil, pasando a ser el único país del subcontinente en el que la pobreza, en 15 a 20 años, "aumentó de un modo sistemático y persistente".

LOS GOBIERNOS Y LA DEUDA EXTERNA

Los distintos gobiernos han venido desatendiendo el problema de garantizar el derecho a la salud de nuestro pueblo. Esta apreciación no es exagerada: incluso, es reconocida por algunos funcionarios de salud, como el actual ministro santafesino. El propio Parlamento nacional ha aprobado un presupuesto de Salud y Educación de un monto inferior al del año pasado, como si hubiera que disminuir los recursos y no aumentarlos, como parece indicarlo tozudamente la realidad, no sólo con el cólera, sino con otras enfermedades que con mejoramiento de las condiciones de vida, atención médica suficiente y oportuna y educación para la salud, podrían ser superadas. Se evitarían una mortalidad y una morbilidad infantil alta, por ejemplo.

Y si los gobiernos no destinan recursos suficientes para evitar las enfermedades y para educar, ¿a qué los destinan? Parece ser que la reinserción de la Argentina al primer mundo a través de los severos planes económicos trazados y planeados por los organismos internacionales obliga a cumplir primero con los grandes acreedores, y cuando —por ejemplo— se obtienen dineros por la venta de empresas estatales se destinan a pagar intereses de la deuda externa, sin considerar los compromisos que la Argentina tiene con la comunidad internacional en materia de salud, que le obligan a ser el garante de la salud —precisamente— del pueblo argentino. Así es

como el ministro de Economía Cavallo declara que si la cartera de Salud necesita mayores fondos para enfrentar al cólera, deberán ser resignados por otros ministerios: "No podemos aumentar el gasto, no podemos imprimir billetes". Yo me pregunto: y si no hay dinero para salud, ¿cómo es posible que los países latinoamericanos hayan pagado 365,9 mil millones de dólares de 1980 a 1990, con lo que no sólo no disminuyeron el monto de la deuda externa, sino que ésta se elevó a más de 423 millones de dólares? Soñemos por un instante cuántas fábricas podrían reabrirse, cuántos ferrocarriles podrían haber sido modernizados, cuántas explotaciones agrícolas y energéticas podrían haberse reactivado, cuántos hospitales y dispensarios se podrían haber remodelado o construido, cuánto equipamiento médico provisto y qué mejoramiento de las condiciones de trabajo con remuneración digna habría obtenido el personal de salud en su lucha diaria para prevenir y curar las enfermedades, solamente con una parte de lo erogado a los banqueros extranjeros.

LAS PRIVATIZACIONES Y LA SALUD

Es preciso mencionar el contenido de las diversas campañas que protagonizan, sobre todo a través de los medios de comunicación, las distintas instancias del poder frente al avance del cólera. Si las analizamos detenidamente lo menos que puede apreciarse es que pareciera que el cólera pudiera detenerse lavándose las manos o echando dos gotas de lavandina en un litro de agua, o hirviéndola antes de utilizarla. ¿Nada más

que eso? Sin duda, son consejos muy útiles y oportunos, pero totalmente insuficientes.

No coincidimos con el doctor Aróz, que el 9 de febrero pasado declaró que "el responsable del cólera es toda la sociedad". No puede transferir así la responsabilidad que le compete como funcionario de salud de organizar la batalla, adonde el ministerio —nacional, provincial y municipal— debe proporcionar los medios materiales y la acción educativa sanitaria, coordinar todo el proceso y entonces sí, derrotar junto al pueblo a la enfermedad cólera, para luego terminar con otros flagelos. Y en cuanto a su afirmación de que todos debemos ser agentes de salud, la compartimos, pero definida como una acción primero consciente que deben asumir los profesionales de salud, los trabajadores, los empresarios, la juventud estudiantil e incluso los escolares, pero que implica una enérgica actitud de lucha por su inalienable derecho a la salud.

Se puede afirmar, críticamente, que los argentinos aún no hemos desarrollado nuestra conciencia sanitaria al punto de lograr que no se desvíen recursos que se necesitan para elevar el nivel de vida general en forma masiva a otros fines. Un destacado especialista médico que consulté hace pocos días, comparando nuestras actitudes con respecto a las autoridades con las de pueblos de países más desarrollados, me decía: "Si nuestro pueblo se movilizara más por sus derechos a la salud y a la atención médica lograría cambios importantes en este terreno".

(*) Miembro de la Casa de Estudios Sociales y Políticos, Sarmiento 280, Rosario.

Publicado en el diario La Capital, de Rosario.

EN ORTODONCIA,

la calidad tiene nombre:

GLENROE™

Brackets - Alambres - Botones - Adhesivos - Ligaduras

Consulte por las Novedades

Alastic Flúo. Cajas p/aparatos armatizadas

Representante Exclusivo en la Argentina

Sergio Trajtenberg. Anchorena 1176, PB, Capital - Tel.: 961-0394/7349

El Descubrimiento de la Anestesia

ALFREDO FERMIN ALVAREZ

En 1839, Velpeau escribió: "Evitar el dolor en las operaciones es una quimera que no nos está permitido perseguir hoy en día".

La quimera fue derribada cinco años después, y la odontología fue protagonista esencial en ese proceso.



Fig. 1: Raimondo Lullo



Fig. 2: Paracelso.

LOS ANTECEDENTES

La primera manipulación química tendiente a lograr un cierto grado de sopor general o de insensibilidad local fue con una sustancia que Raimondo Lullo (1235-1315) denominó "vitriolo dulce" o "fluido blanco", mezcla

de alcohol y ácido sulfúrico (Fig. 1).

Dos siglos después, el químico suizo Paracelso (1493-1541) (Fig. 2) redescubrió esa sustancia, avanzando en estudios sobre elementos volátiles que continuaron Valerio Cordo, Conrad Gesner y Oswald Croll.

Así es como, alrededor de 1730, reaparece en la escena de la mano del farmacéutico Froberius un derivado de aquellas sustancias precursoras a las que llamó, por sus características volátiles, "eter".

Poco después, los fundadores de la química moderna, el inglés Joseph Priestley (1733-1804), y el francés Antoine Laurent Lavoisier (1743-1794), descubren el protóxido de ázoe. Algo nuevo estaba surgiendo.

LA NUEVA ERA

En 1800, un joven casi adolescente, Humphrey Davy, a la sazón ayudante de un cirujano de Cornwall, observó que la aspiración del protóxido de ázoe le producía un estado de inconsciencia. Lo llamó "gas hilarante" por la producción de sueños extraños y gran excitación.

Davy no llegó a ser médico y, aun cuando había intuido que el gas podía ser útil en cirugía, nadie lo tuvo en cuenta. Sólo se lo empleó para ilustrar charlas públicas en escenarios callejeros por más de 40 años.

Era usado frecuentemente por jóvenes que se reunían en determinados ambientes para probar su poder placentero y euforizante. Era el tiempo del "delirio del gas".

Los manifiestos de propaganda de las aludidas exhibiciones públicas invitaban a reír, cantar, bailar, hablar y pelear, y aclaraban: "Aquellos que inhalen el gas una vez, estarán siempre ansiosos por probarlo una segunda. No hay palabras para describir la deliciosa sensación producida" (Fig. 3).

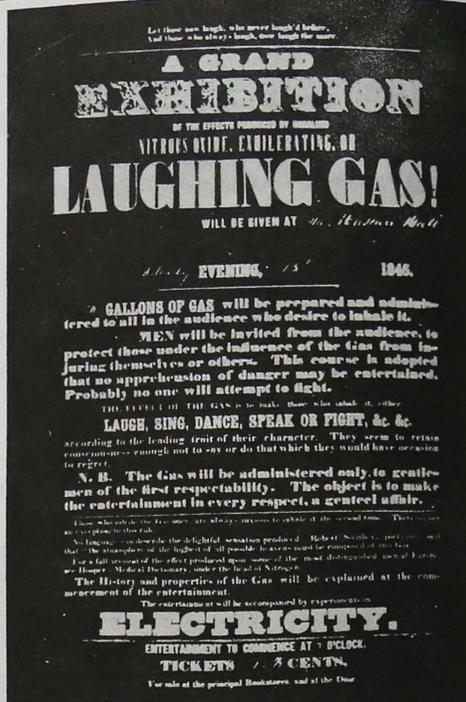


Fig. 3: Cartel de 1845 invitando a intervenir en una demostración pública sobre los efectos de la inhalación del gas hilarante

En uno de esos tablados, Horace Wells (Fig. 4), dentista de Hartford Vermont (Connecticut) asistió el 10 de diciembre de 1844 a una demostración que ofrecía un cierto Gardner Colton a razón de 25 centavos de la entrada. Colton prometía a quienes quisieran ofrecerse a realizar esas experiencias, "transportes paradisíacos y exaltaciones sublimes". Uno de los espectadores, un tal Samuel Cooley, al someterse a la prueba, concluyó su estado de excitación cayendo del palco al suelo e hiriéndose. Manifestó no sentir nada.

Wells advirtió la trascendencia del hecho y al día siguiente se hizo extraer un diente sometido al "gas hilarante". La extracción fue

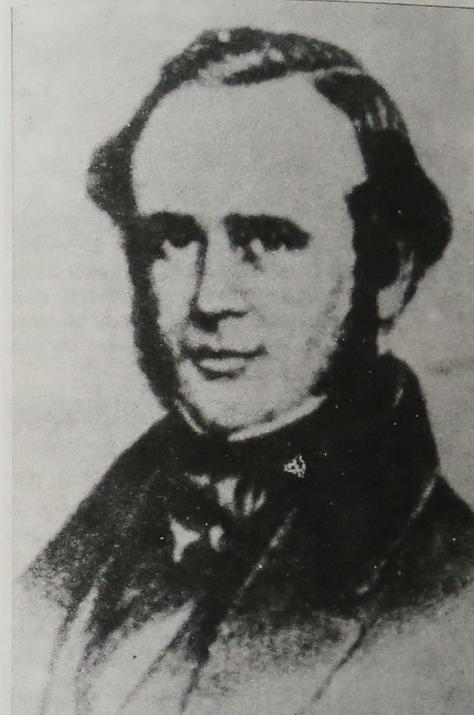


Fig. 4: Horace Wells.

realizada por el Dr. John Riggs, administrando el gas Gardner Colton. Al despertar, gritaba exaltado: "¡Una nueva era se abre para la cirugía dental; esto no hace más daño que el pinchazo de un alfiler!"

Wells comenzó a utilizarlo en sus pacientes con relativo éxito, ya que sus efectos duraban pocos segundos. Consciente del valor de su descubrimiento, que abría realmente una nueva era, quiso hacer una demostración pública en el Hospital de Boston.

La operación, amputación de una pierna, terminó con la muerte del paciente.

El director del Hospital, el famoso cirujano John Collins Warren (1778-1856) decidió darle al joven dentista una nueva oportunidad con un caso más simple: una extracción dentaria. Sea por excesiva emoción, por déficit en la dosis o acaso por percibir hostilidad en el ambiente, apenas iniciada la extracción el paciente prorrumpió en gritos desgarradores. La audiencia, estudiantes del Harvard Medical School, estalló en un tumulto contra Wells. Fue un fracaso tan rotundo que lo sumió en aguda depresión.

Wells tenía como asistente a otro dentista,



Fig. 5: William Morton

William Morton (Fig. 5), quien continuó los ensayos con protóxido de nitrógeno hasta que su maestro de química, Charles Jackson (Fig. 6), le indicó las propiedades anes-



Fig. 6: Charles Jackson

tésicas del éter clorhídrico.

Ya en 1829, el gran electrofísico Michael Faraday había señalado que el éter producía pérdida del conocimiento, pero hasta las experiencias de Morton no fue adoptado por la ciencia médica. Tan sólo se recuerda que un médico rural, W. Crawford Long (Fig. 8), realizaba, alrededor de 1842, algunas pequeñas operaciones con éter.

En 1846, previa prueba en sí mismo, Morton comienza a utilizar el éter clorhídrico en



Fig. 7: Primera experiencia de anestesia con éter sulfúrico efectuada por Morton en el Massachusetts General Hospital el 16 de octubre de 1846

sus pacientes. Su acción era más prolongada que la del protóxido de ázoe, pero tenía serias desventajas: olor desagradable, dificultad de administración, náuseas y gran malestar.

Ante un nuevo consejo de Jackson, Morton ensayó el éter sulfúrico con mayor eficacia. Entonces decidió afrontar la gran prueba: formuló un acuerdo con J. Collins Warren y el 16 de octubre de 1846, en la sala de operaciones del Massachusetts Hospital, Morton anestesió a un hombre portador de un angioma cutáneo del cuello. La operación fue un éxito y Warren —emocionado— exclamó: "Gentleman, this is no humbug" (Señores, esto no es un engaño). Al día siguiente, con igual éxito, se opera a un paciente con un gran tumor en la espalda (Fig. 7).

Era la gloria para Morton frente al desconuelo de un Wells sumido en el bochorno y el olvido.

No sólo Warren quedó convencido ya que otros famosos de entonces propiciaron el procedimiento; Bigelow lo publicó en el Bos-

ton Medical and Surgical Journal el 18 de noviembre de 1846. Bigelow había presenciado las demostraciones afirmando: "Habéis visto algo que cambiará el mundo".

La anestesia por inhalación cruzó el océano, cuando en Londres el médico Francis Boot y el dentista James Robinson practican la primera en Europa para una extracción dentaria.

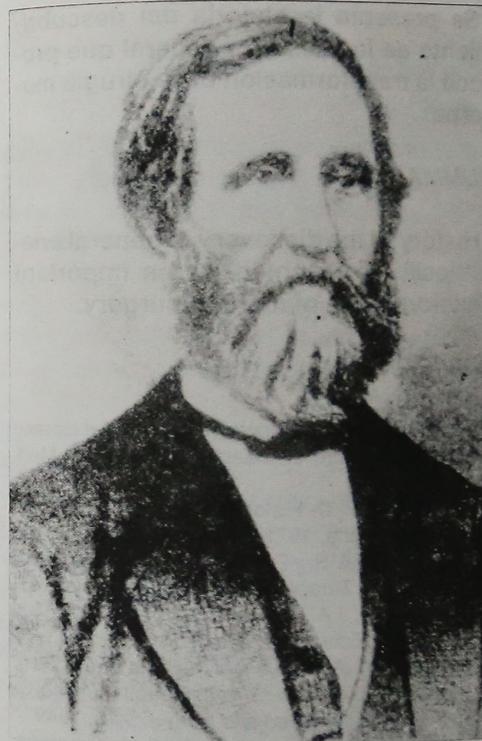


Fig. 8: Crawford Long

Alrededor de 1831, el norteamericano Samuel Cynthrie, el francés Eugène Sobeiran y el alemán Justus von Liebig descubren, independientemente uno del otro, una sustancia a la que el francés Jean Baptiste André

Dumas llamó "cloroformo". En 1847, Marie Jean Pierre Flouren comunicó a la Academia de Ciencias de París los efectos de esa sustancia sobre animales, sin despertar interés.

Fue James Young Simpson, profesor de obstetricia de la Universidad de Edimburgo quien, en 1847, introdujo la anestesia en intervenciones quirúrgicas y partos. Simpson había probado la sustancia que le envió Dumas, inhalándola con dos colegas una noche en su casa. La señora Simpson encontró a los tres médicos en el suelo sin conocimiento.

En odontología el cloroformo fue aplicado por un amigo de Simpson, el cirujano Francis Brodis Imlach.

El cloroformo era más placentero que el éter, pero tuvo resistencias por accidentes mortales por paros cardíacos y respiratorios.

El éter, en una forma más pura que el compuesto sulfúrico, adquirió nuevamente popularidad desde que Clover inventó un inhalador especial en 1876.

En 1894, apareció el cloruro de etilo.

GLORIA Y TRAGEDIA

La historia reconoce hoy a los tres pioneros de la anestesia general: Wells por la prioridad, Jackson por la idea y Morton por la ejecución.

Morton pretendió atribuirse todos los méritos, intentando patentar el producto con el nombre de Letheon. Jackson reclamaba sus derechos, a los que tuvo que acceder Morton reconociendo que se trataba de éter. Jackson, a su vez, ignoraba a Morton en sus presentaciones públicas.

En junio de 1868, apareció una publicación periodística calumniosa para Morton y favo-



Fig. 9: Monumento erigido en Boston en reconocimiento a los pioneros de la anestesia general

able a Jackson. Física y moralmente agotado, Morton cae fulminado por una hemorragia cerebral en julio.

Veinte años antes, en 1848, Wells —decepcionado por la ingratitud de Morton— se suicidó seccionándose la arteria femoral bajo el efecto de vapores anestésicos.

Jackson murió en 1880 tras una internación de siete años en un manicomio.

Un monumento levantado en Boston rinde homenaje conjunto a quienes fueron protagonistas de esa etapa gloriosa y trágica: Simpson, Jackson, Colton, Crawford, Long, Morton, Riggs y Wells (Fig. 9).

RESUMEN

Se presenta la historia del descubrimiento de la anestesia general que provocó la transformación de la cirugía moderna.

SUMMARY

History of the discovery of general anesthesia is presented, as an important transformation of modern surgery.

BIBLIOGRAFIA

- 1) ARCHER, W.H. Chronological History of Horace Wells, Discoverer of Anaesthesia. Bull. Hist. Med. 7:10; 1939.
- 2) D'ALLAINES, C. Historia de la Cirugía. Oikos-Tau, Barcelona, 1971.
- 3) GOODMAN, L.S. y GILMAN, A. Bases Farmacológicas de la Terapéutica. UTEHA, México, 1957.
- 4) HAYWARD, J.A. Historia de la Medicina. Fondo de Cultura Económica, México, 1980.
- 5) LONG, C.W. An Account of the First Use of Sulphuric Ether by Inhalation Anesthetic in Surgical Operations. South Med and Surg J. 5:12; 1849.
- 6) MICHELONI, P. Il mondo dei denti e la sua storia. Vol. III.

Tratamiento de la Enfermedad Periodontal

ALBERTO BUSTAMANTE,
ISAAC RAPAPORT

En publicaciones anteriores de esta revista se ha descrito la etiopatogenia de la enfermedad periodontal (EP). Sin dejar de reconocer la importancia que tienen capítulos referentes a "historia natural de la enfermedad", "diagnóstico clínico" y otros, se adelanta aquí una síntesis respecto del concepto actual acerca del tratamiento de dicha enfermedad y sobre los posibles futuros tratamientos que nuevas líneas de investigación permiten avizorar.

Reiterando lo expresado oportunamente, corresponde señalar que la EP es una enfermedad infecciosa producida por la microflora bucal, en cuya génesis y evolución juegan un papel preponderante los mecanismos de defensa del huésped (respuesta inflamatoria, respuesta inmune). Por otra parte, no debe olvidarse que estamos en presencia de una enfermedad del diente: las bacterias se adhieren a él, formando la placa bacteriana o dental, determinando alteraciones en su superficie, especialmente en el nivel del cemento radicular. Desde esta superficie y merced a diversos mecanismos (enzimas, toxinas o activación de las respuestas defensivas del organismo) se producen cambios en la encía —el más importante de los

cuales lo constituye la formación de una bolsa— y en el hueso alveolar, en el que comienzan a predominar los procesos de reabsorción con la consiguiente pérdida del tejido, a veces, en forma horizontal y, en otras, en forma angular.

Atento a lo expresado, se desprenden claramente las dos cuestiones fundamentales que debe resolver la terapia periodontal:

- a) La neutralización del factor etiológico causante de la enfermedad.
- b) La corrección de los daños que la enfermedad ha producido en los tejidos blandos y peridentarios.

A) TRATAMIENTO ETIOLOGICO

El tratamiento etiológico consiste, en esencia, en devolver al diente sus características de normalidad biológica superficial, para hacerlo nuevamente compatible con la salud gingival y ósea. Este tratamiento habrá de realizarse en dos áreas: la supragingival y la subgingival.

El tratamiento de la zona supragingival radica en la realización de la higiene bucal, tarea que ha de cumplir el paciente diariamente en su hogar mediante el uso del cepillo

dental y los elementos de limpieza interdentaria. Ciertas circunstancias como traumatismos, posoperatorios quirúrgicos, etc., dan lugar a la utilización de productos químicos, entre ellos el gluconato de clorhexidina, compuestos fenólicos, etcétera.

El tratamiento del área subgingival estará a cargo del profesional o personal auxiliar especialmente adiestrado (higienista) y consiste en la realización del raspaje y alisado radicular.

Denominase raspaje al procedimiento mediante el cual se elimina la placa bacteriana y el cálculo depositados sobre la raíz dentaria, mientras que la expresión alisado radicular está referida a la eliminación del cemento alterado. Estas maniobras se pueden llevar a cabo mediante procedimientos manuales, para lo cual se dispone de curetas, puntas Morse, limas, etc. o por procedimientos mecánicos con aparatos de ultrasonido.

La conjunción de maniobras realizadas en ambas áreas producirá como resultado la eliminación del agente etiológico. En un alto porcentaje de casos ello bastará para lograr la curación de las lesiones gingivales y aun, en algunas circunstancias, las lesiones óseas.

B) TRATAMIENTO DE LOS TEJIDOS DAÑADOS POR LA EP

Las deformaciones que sufren los tejidos periodontales debido a la EP son variadas:

B1: Bolsas periodontales supra e infraóseas.

B2: Defectos gingivales que comprometen la mucosa alveolar.

B3: Lesiones de las furcaciones.

B4: Lesiones endoperiodontales.

B1 - a) Bolsas Supraóseas

Cuando con el tratamiento etiológico no fue posible obtener la curación o eliminación de una bolsa supraósea pueden incorporarse al tratamiento recursos quirúrgicos tales como la gingivectomía y el colgajo con desplazamiento apical.

La gingivectomía, viejo y sencillo recurso, elimina la bolsa mediante la escisión de su pared externa, lo que, obviamente, constituye una pérdida de tejido. A esto se suma su carácter antiestético, por lo cual su uso se ha reducido. Estará indicada preferentemente en los casos de una persistente bolsa gingival (bolsa falsa) y siempre que, tras la eliminación de la bolsa, se pueda conservar un ancho adecuado de encía insertada. Si esto último no ocurriese, la indicación será un colgajo con desplazamiento apical, que permitirá transformar lo que era la pared blanda de la bolsa en encía insertada lográndose, de tal modo, el objetivo buscado; es decir, la eliminación de la bolsa supraósea.

En resumen, en el tratamiento de la bolsa supraósea puede lograrse su curación; es decir, su cierre biológico mediante el raspaje y alisado radicular o bien su eliminación por medio de la gingivectomía o el colgajo con desplazamiento apical.

B1 - b) Bolsas Infraóseas

Las bolsas periodontales infraóseas; vale decir, aquellas en las que el fondo de la bolsa es apical en el nivel de la cresta ósea, presentan, además del compromiso gingival, una deformación ósea (pérdida ósea angular, cráter, hemiseptum, etcétera).

En estos casos, a diferencia de los anteriores, en los cuales se buscaba la eliminación de la bolsa supraósea, se procurará un cierre

biológico de la bolsa y la regeneración ósea. A tal efecto, los procedimientos de elección son las llamadas técnicas quirúrgicas reconstructivas, entre las que deben mencionarse el colgajo de Neumann modificado y el colgajo de Widman modificado.

En ocasiones se incorporan a estos procedimientos injertos o material de relleno de diverso tipo, por ejemplo: hueso autólogo o heterólogo, materiales cerámicos del tipo del fosfato tricálcico o hidroxiapatita.

Otras veces, cuando el remanente óseo no es aprovechable o dificulta una evolución favorable del tratamiento y su mantenimiento, v.g. ante la presencia de un defecto óseo de una sola pared, un hemiseptum o un cráter óseo, habrá que aplicar una técnica resectiva; es decir, eliminar la bolsa y el remanente óseo mencionado. De este modo, se intenta devolver a la encía una morfología normalizada, aun cuando ello signifique pérdida de inserción.

B2: Defectos gingivales que comprometen la mucosa alveolar

En ciertas circunstancias las secuelas de la EP provocan lesiones que involucran a la mucosa alveolar, preferentemente en las zonas de los frenillos, en las recesiones gingivales o en bolsas cuyo fondo es apical a la línea mucogingival, casos todos ellos en los que la falta de encía insertada crea un nuevo problema.

Conviene recordar que una de las funciones de la encía insertada es la de actuar como amortiguador entre dos zonas móviles: la encía marginal o libre y la mucosa alveolar. En las condiciones anteriormente descritas, la falta de encía insertada determina una falta de "sellado" o cierre entre mucosa

y diente, lo cual habrá de dificultar la higiene bucal y favorecerá la profundización de la bolsa.

Estas situaciones requieren para su solución técnicas de cirugía mucogingival entre las que pueden señalarse los colgajos con desplazamiento lateral o coronario y los injertos gingivales.

B3: Lesiones de furcación

Se llama lesión de furcación a la pérdida de tejido de soporte que tiene lugar en la zona interradicular de los dientes con dos o tres raíces. Estas lesiones crean nichos de difícil acceso para la higiene diaria realizada por el paciente y aun para el tratamiento que lleva a cabo el profesional.

Reciben la denominación de lesiones de clase I, II ó III según su magnitud. En la clase I la sonda se insinúa ligeramente por uno de los lados de la lesión; en la clase II, penetra claramente en la furcación y, en la clase III, logra atravesar la furcación de un lado a otro.

Los problemas suscitados por una lesión de clase I podrán resolverse mediante raspaje y alisado radicular, gingivectomía o colgajo con desplazamiento apical.

Las lesiones de clase II requerirán técnicas regenerativas (membrana, injertos) o técnicas resectivas (eliminación del hueso remanente para transformar la clase II en una clase III a efectos de obtener mayor facilidad para el abordaje por ambas entradas).

En la clase III, podrán utilizarse métodos conservadores, como el raspaje y alisado radicular, cirugía a colgajo o técnicas más radicales como la radectomía o hemisección.

B4: Lesiones endoperiodontales

Un tipo de lesión que aparece con alguna frecuencia es la llamada fístula transperiódontica. Se trata del trayecto fistuloso de procesos sépticos apicales que se abren camino por el ligamento periodontal. No se trata de una auténtica lesión periodontal, pero clínicamente se asemeja a una bolsa periodontal profunda, por lo que su diagnóstico puede ser confuso.

Siendo su origen de carácter pulpar, el tratamiento periodontal de esta lesión está destinado al fracaso.

Idénticas consideraciones deben efectuarse con algunas lesiones de furcación producidas por necrosis pulpar, que vuelcan sus productos sépticos en la zona interradicular a través de conductos laterales.

Los procedimientos terapéuticos hasta aquí mencionados constituyen los recursos regularmente utilizados por el periodoncista en la actualidad. Sin embargo, el objetivo de los investigadores no se detiene ahí. Su anhelo es conseguir un "restitutio ad integrum" total. Este objetivo se halla incluido en las técnicas de lo que tiempo atrás se llamó "reinserción" y que hoy es denominado más correctamente "nueva inserción". Hasta el momento actual, con las técnicas corrientes, ello no ha sido logrado.

Una nueva técnica, la "regeneración tisular guiada" es la que ha suscitado mayor interés en los últimos años como medio para lograr la curación periodontal; es decir, la formación de nuevo cemento y nuevas fibras periodontales insertadas en él. Para eso, una vez realizada la cirugía periodontal, es necesario impedir que las células del epitelio y conectivo gingival se adhieran a la superficie radicular ya tratada, lo cual se logra mediante el uso de una membrana que ac-

túa como una barrera física que se interpone transitoriamente entre la encía y la raíz dental. De este modo, se da tiempo al ligamento periodontal y al tejido óseo para que proliferen sus células, únicas con aptitud para formar cemento y fibras.

La vasta literatura publicada sobre este procedimiento ha evidenciado la existencia de éxitos y fracasos, lo cual induce a considerarlo aún en fase experimental, sin títulos suficientes para ser incluido en la práctica diaria como procedimiento de rutina.

Por último, corresponde hacer referencia al uso de antibióticos específicos para el tratamiento de ciertas formas de EP como, por ejemplo, la Periodontitis Juvenil, la Periodontitis Refractaria, la Gingivitis Ulceronecrotizante Aguda. No obstante, el desarrollo de esta terapéutica está en directa relación con la posibilidad de obtener pruebas o tests microscópicos de cultivos o inmunológicos, que permitan una fácil, rápida, económica y segura identificación de los patógenos responsables de las diferentes formas de EP, todo lo cual es aún un problema no resuelto.

No se puede dar por finalizada esta nota sin recordar que el éxito de cualesquiera de los procedimientos terapéuticos mencionados dependerá incuestionablemente de dos aspectos fundamentales: a) correcta higiene bucal por el paciente; b) control periódico por el profesional. En trabajos publicados al respecto en los últimos años, se ha señalado reiteradamente que este control, consistente en refuerzo de la motivación y control de la higiene bucal y una minuciosa instrumentación supra y subgingival, realizados cada 4-6 meses, constituyen un ritmo de control satisfactorio.

Educación para La Salud

S I D A

INFORMACIÓN GENERAL PARA LA PREVENCIÓN

Considerando que el material que sigue puede ser de interés para los pacientes, sea para su reproducción y exhibición en la Sala de Espera o para hablar con ellos en términos adecuados, se transcriben dos artículos.

- 1) Texto repartido en folleto en la Exposición del Libro 1992.
- 2) Trabajo realizado por la División Comunicaciones de la American Dental Association, reproducido en la Revista de la Asociación Odontológica Argentina Vol. 80-1, pág. 16-17; 1992.

INTRODUCCION:

El presente material quiere aportarte algo más que datos sobre el SIDA y como prevenirlo. Buscamos motivar una reflexión sobre tu relación con los demás, con tu cuerpo y tu sexualidad. Sólo en la medida que eso suceda, podrás incorporar esta información a tu actividad cotidiana y encontrar la forma de convivir y gozar con tus semejantes sin riesgo y ejerciendo un cuidado común.

1. LA HUMANIDAD FRENTE AL SIDA

¿Quién puede enfermar de SIDA?

Sea cual fuere su edad, sexo o actividad:

- Cualquier persona puede infectarse con el virus.
- Cualquier persona puede evitar contagiar a sus semejantes.
- Cualquier persona puede prevenirse del contagio.

¿Quién es portador del VIH o Seropositivo?

Es portador del virus del SIDA (VIH) quien tiene el virus en su organismo, tenga o no síntomas.

Es seropositivo quien ha confirmado, mediante un análisis específico, la presencia de anticuerpos al virus en su organismo.

2. EL SIDA Y EL SISTEMA INMUNITARIO

¿Qué es el SIDA?

Síndrome: Conjunto de manifestaciones (síntomas) que caracterizan a una enfer-

medad.

Inmuno: Relacionado con el sistema inmunitario o sistema de defensa de nuestro cuerpo contra las enfermedades.

Deficiencia: Indica que el sistema de defensa no funciona o funciona incorrectamente.

Adquirida: Es provocado por un virus (adquirido). No es hereditario ni genético.

¿QUE ES EL SISTEMA INMUNITARIO O SISTEMA DE DEFENSA?

En el medio en que vivimos existen gérmenes (virus, bacterias, hongos y parásitos) capaces potencialmente de atacar nuestro organismo.

Nuestro cuerpo se defiende de estos agresores gracias al sistema de defensas cuya función es destruirlos.

Este sistema inmunitario actúa principalmente a través de un tipo de células de la sangre llamadas linfocitos, que vigilan permanentemente nuestro cuerpo.

¿COMO ACTUA NORMALMENTE EL SISTEMA INMUNITARIO?

Cuando un germen penetra en nuestro cuerpo es reconocido por los linfocitos. Estos dan la alerta al resto del sistema inmunitario para que los destruya, atacándolos directamente o bien por medio de sustancias llamadas anticuerpos específicos para distintas enfermedades.

Por lo tanto, la presencia de anticuerpos en el organismo indica que estamos o hemos estado afectados por un germen.

¿QUE CAUSA EL SIDA?

El SIDA es una enfermedad infecciosa causada por el virus de la Inmuno Deficiencia Humana (VIH) o Virus del SIDA.

Una enfermedad infecciosa es aquella que es causada por un germen y que puede transmitirse de una persona a otra.

Un virus es una pequeña partícula infecciosa que sólo puede vivir como parásito de las células del organismo, donde se multiplica. Fuera de las células sobrevive con dificultad y durante poco tiempo.

¿COMO ACTUA EL VIH?

El VIH tiene la particularidad de atacar a los linfocitos que son los directores de nuestro sistema de defensa.

Inicialmente el VIH permanece en estado latente, es decir, dormido dentro de los linfocitos. Al cabo de un tiempo, a menudo años, y por causas aún no bien determinadas, el virus se activa, es decir, se "despierta" y comienza progresivamente a destruir los linfocitos. De esta forma el VIH DEBILITA el sistema inmunitario, logrando que nuestro organismo no pueda luchar adecuadamente contra diversos gérmenes.

3. ETAPAS DE LA INFECCION POR VIH

¿CÓMO SABE UNA PERSONA SI ESTA INFECTADA POR EL VIRUS?

Podemos saberlo mediante un análisis específico de sangre. Este análisis nos indica si esa persona tiene anticuerpos frente al VIH. Así, determina si está infectada

por el virus. Si la prueba es positiva, y una segunda verificación también, decimos que esa persona es seropositiva.

Una persona, tras infectarse, demora entre uno y tres meses en desarrollar los anticuerpos, por lo que en ese período los análisis que se hicieran pueden resultar negativos. Pero ya está infectada y, como todo infectado, puede transmitir la enfermedad. A este período que la infección no aparece detectada en los análisis se lo llama "período ventana".

¿ES LO MISMO ESTAR INFECTADO POR EL VIH QUE PADECER LA ENFERMEDAD DEL SIDA?

No. Que una persona esté infectada por el VIH, es decir, que sea portadora del virus, no quiere decir que ya tenga SIDA; aunque puede transmitir la infección a otras personas.

ESTADIOS O FASES DE LA INFECCION

¿QUIEN ES PORTADOR ASINTOMÁTICO?

Es aquella persona que se encuentra infectada por el VIH y que, sin embargo, no presenta ningún síntoma relacionado con el virus, ya que éste se encuentra latente, es decir "dormido". A estas personas erróneamente se las llama "portadores sanos", lo cual resulta erróneo pues, como hemos visto, están infectadas por el VIH.

¿QUE SIGNIFICA CRS?

La sigla CRS significa Complejo Relacionado con el SIDA. Las personas que presentan CRS tienen algunos síntomas relacionados con la infección por el VIH ya que el virus en estos casos **se ha activado**; ha comenzado a destruir linfocitos y, por lo tanto, debilitado el sistema inmunitario.

Estos síntomas (fiebre, aumento del tamaño de los ganglios linfáticos, entre otros) no cumplen, sin embargo, los requisitos necesarios para poder afirmar que esa persona está enferma de SIDA.

DEL SEROPOSITIVO AL ENFERMO DE SIDA

Decimos que una persona padece SIDA cuando, además de ser seropositivo y portadora del VIH, como en los dos grupos anteriores, desarrolla lo que llamamos infecciones oportunistas:

Todos vivimos rodeados de microorganismos (gérmenes) que normalmente no producen enfermedad, ya que nuestro sistema inmunitario, o de defensa, consigue rechazarlos.

Al dañar esa capacidad que tiene nuestro cuerpo para combatir las infecciones cualquier enfermedad puede complicar y llevar a la muerte.

Diversos microorganismos "aprovechan" esa situación de debilidad de nuestras defensas, es decir, esa "oportunidad", para invadir al organismo y provocar infecciones.

Cuando una persona portadora o seropositiva presenta alguna de estas infecciones, puede considerarse ya un enfermo de SIDA.

El tipo de infecciones que presente dependerá, en cada caso, del tipo de germen "oportunistas" y del órgano del cuerpo al que afecte. Al presente el SIDA es una enfermedad que no tiene cura.

RESUMIENDO

No todas las personas infectadas por el VIH están enfermas de SIDA. Pero lo estarán en algún momento.

Una persona infectada por el VIH que todavía no desarrolló síntomas se denomina portador asintomático. Aunque estas personas no tengan síntomas, pueden transmitir el VIH.

Algunas personas infectadas por el VIH desarrollan el Complejo Relacionado con el SIDA (CRS), un estadio de la infección que generalmente precede al SIDA.

Cuando una de estas personas desarrolla infecciones oportunistas se considera ya un enfermo de SIDA.

Ser portador del virus no indica que alguien tenga SIDA, pero sí que ya puede contagiar, tenga o no síntomas.

4. LA TRANSMISION DEL VIH

¿EN QUE SUSTANCIAS DEL CUERPO SE ENCUENTRA EL VIH?

El VIH está en numerosos fluidos del organismo: sangre, semen, secreciones vaginales, saliva, lágrimas, etcétera.

Pero sólo en tres casos de esos fluidos existe una concentración del VIH que puede resultar infecciosa:

sangre - semen - secreciones vaginales

¿DE QUE MANERAS SE TRANSMITE EL VIH?

El virus del SIDA (VIH) puede transmitirse por tres vías:
sanguínea - sexual - madre/hijo

5. TRANSMISION POR SANGRE

La transmisión por la sangre se realiza principalmente a través del intercambio de jeringas contaminadas u objetos cortantes o punzantes. En el embarazo/parto. A través de transfusiones de sangre y por contacto de herida con herida.

A) A TRAVES DE JERINGAS U OTROS ELEMENTOS PUNZANTES:

Las jeringas y agujas contaminadas pueden, si se reutilizan, intercambian o comparten, transmitir la infección. Esto sucede con quienes se inyectan con la misma jeringa.

Del mismo modo, todas aquellas prácticas en que se comparta objetos punzantes, cortantes o factibles de entrar en contacto con sangre, filtros para diálisis, hojas de afeitar, punzones o agujas para tatuajes, aros perforantes, cepillos de dientes, etc., resultan, si no se tienen cuidados de desinfección, posibles vías de transmisión del VIH.

B) EN EL EMBARAZO/PARTO:

Esta transmisión se produce, por lo general, durante el embarazo (a través de la placenta) pero puede darse también en el momento del parto. El embarazo de muje-

res seropositivas implica una alta posibilidad de que su futuro hijo resulte infectado, lo que plantea un problema y una responsabilidad personal.

C) TRANSFUSION Y PRODUCTOS SANGUINEOS:

Sólo la sangre cuyo análisis es negativo debe ser aceptada para transfusiones. En caso de transfundirse sangre infectada, la probabilidad de contagio es mucho mayor que en el resto de los casos implicados.

¿PUEDE UNA PERSONA INFECTARSE AL DONAR SANGRE?

No. El material usado para extraer la sangre es desechable. No existe ningún riesgo.

MEDIDAS PREVENTIVAS:

La transmisión del VIH a través del uso compartido de jeringas es una de las causas más importantes para la diseminación del VIH.

Esta es una razón suplementaria para no consumir drogas. Para quien aún se inyecta, hay una serie de recomendaciones importantes a seguir:

- No intercambiar nunca las jeringas.
- Usar una jeringa desechable cada vez.
- Siempre hay que asegurarse que esté esterilizada adecuadamente.

En general:

Asegurarse de la esterilidad de aros, elementos de pedicura, y de todo elemento posible de entrar en contacto con la sangre.

6. TRANSMISION SEXUAL

Recordemos que son tres las sustancias del organismo que pueden transmitir el VIH: la sangre, el semen y el flujo vaginal. Las dos últimas son las que originan que el VIH pueda ser transmitido a través de las relaciones sexuales.

¿PUEDE SER CONSIDERADO EL SIDA COMO UNA ENFERMEDAD DE TRANSMISION SEXUAL?

Sí. También las relaciones sexuales pueden transmitir el VIH. La transmisión del virus se realiza a través de las lesiones o heridas, a veces microscópicas, que se producen durante la penetración (vaginal o anal) y en otras prácticas sexuales.

De este modo el virus, presente en el semen o en el flujo vaginal de la persona infectada, puede pasar al torrente sanguíneo de su pareja.

La cotidianidad de las relaciones sexuales, la relativa fragilidad de las mucosas (vagina, pene y ano) y el hecho de que a menudo haya en ellas pequeñas lesiones e inflamaciones, explican la importancia de este modo de transmisión.

Todas las prácticas sexuales que favorecen los traumatismos y las inflamaciones pueden aumentar el riesgo de transmisión.

Mayor número de relaciones implica mayor riesgo, pero una sola relación sexual sin precauciones, puede ser suficiente para infectarse.

Las relaciones anales implican un mayor riesgo, puesto que la mucosa anal es frágil, mucho más que la mucosa vaginal y presenta con frecuencia microfisuras e inflamaciones.

Los besos boca a boca no son una práctica de riesgo ya que la concentración de VIH en la saliva no alcanza para infectar. Los besos sobre la piel NO presentan ningún riesgo.

MEDIDAS PREVENTIVAS

Se pueden mantener prácticas sexuales sin riesgo de SIDA. Si la pareja duda, la protección adecuada es el preservativo.

COMO USAR EL PRESERVATIVO CORRECTAMENTE:

Usar el preservativo correctamente no sólo implica seguir los pasos que se detallan a continuación. El preservativo es un implemento que casi siempre es rechazado, por lo que resulta ilusorio tratar de hacerlo "simpático". Para evitar que se vuelva una traba o una interrupción molesta en nuestras relaciones sexuales, lo mejor es incluir su uso partiendo de una charla franca con la pareja, poniendo en juego temores, compartiendo responsabilidades y dudas. Poder hablar de algo es una forma de tenerle menos miedo; y en este caso, también una posibilidad de mayor placer.

Además:

- Comprar preservativos en farmacias.
- Ver si se indica fecha de vencimiento, instrucciones de uso y con qué sustancias están lubricados.
- Los lubricados con vaselina o derivados del petróleo no son seguros, porque al dilatar los poros del látex dejan pasar al virus. Consultar esto con el farmacéutico.
- Colocar el preservativo sobre el pene erecto y desenrollarlo hasta cubrirlo.
- Al colocarlo, apretar la punta para eliminar el aire —esto evita que se rompa.
- Usar el preservativo durante toda la relación y sujetarlo por la base para retirarlo, antes de que finalice la erección.
- Cambiar el preservativo en cada relación, aunque no haya habido penetración.

RECUERDE QUE NINGUN OTRO METODO ANTICONCEPTIVO PREVIENE CONTRA EL SIDA

7. LA TRANSMISION DE LA MADRE AL HIJO

Hemos visto que una forma posible de transmisión de la madre al hijo se encuadra dentro de la vía de transmisión sanguínea (a través del intercambio de sangre por la placenta o en el parto). Sin embargo, la transmisión del virus a través de la lactancia parece posible.

Este ítem, al presente, resulta uno de los más controvertidos y difíciles de abordar. Se ha comprobado, en ocasiones, la presencia del VIH en la leche materna, pero no es posible determinar con precisión si esta cantidad es suficiente como para infectar. A esto hay que agregarle que la mayor parte de los bebés infectados lo son como resultado de la transmisión del virus a través de la placenta.

Es importante recordar que la leche materna transmite inmunidad al bebé respecto de numerosas enfermedades, por lo que su supresión, como medida preventiva respecto del SIDA, puede llegar a causar más perjuicios que los que se intentan evitar.

La leche materna, asimismo, es un elemento de difícil sustitución en familias de escasos recursos.

Con este panorama, en el caso de madres infectadas con el VIH, no hay consenso con respecto a contraindicar la lactancia.

8. EL SIDA NO SE TRANSMITE POR LAS RELACIONES COTIDIANAS

El virus del SIDA no se transmite a través del aire, o por contacto con objetos utilizados por personas infectadas. Luego, no es transmisible por la tos o el estornudo, ni por compartir bañeras, lavatorios, teléfonos, cubiertos, vajilla, estrechar la mano, uso de piscinas, etcétera.

9. MEDIDAS PREVENTIVAS INDIVIDUALES

- Uso preservativo en mis relaciones sexuales.
 - No comparto agujas o jeringas con nadie.
 - Verifico la esterilidad de agujas, jeringas, etcétera.
 - Verifico que haya prueba de sangre, si necesito una transfusión.
 - No comparto tijeras, alicates, cepillos de dientes, hojas de afeitar.
 - Verifico la esterilidad de instrumentos en el dentista, pedicuro, peluquero, manicura o depiladora y al ponerme aros o tatuajes.
- Ante cualquier duda hay que ir al médico y hablarlo con la familia y amigos. Si te hacen un análisis y da negativo, recordá que sólo fue cuestión de suerte y empezá por fin a prevenirte.

10. MEDIDAS PREVENTIVAS COMUNITARIAS

- Promoviendo y ejerciendo la sexualidad saludable, franca y segura.
- Impulsando conductas preventivas en mi grupo de referencia.
- Impulsando una Ley Nacional de Control de Bancos de Sangre.
- Impidiendo toda discriminación de los infectados por VIH.
- Impulsando la capacitación en todo centro de salud educativo y comunitario para la prevención del SIDA.

RECORDEMOS QUE:

Para eliminar el VIH de objetos posiblemente contaminados es suficiente con:
SOMETERLOS A TEMPERATURAS SUPERIORES A LOS 60°C.
LAVARLOS CON UNA SOLUCION DE UNA PARTE DE LAVANDINA
CONCENTRADA EN NUEVE DE AGUA.

FUNDACION R.E.D. Rodríguez Peña 158 - 1º Of. (1020) Buenos Aires

aquí cuidamos su salud

SIDA y hepatitis "B" atacan a los desprevenidos

Protéjase

**los odontólogos
descontaminamos**

**todo nuestro
instrumental con**

glutarsida®
Solución Antiséptica y Esterilizante

Uruguay 136 (Villa Martelli, Pcia. de Bs. As.) - Teléfonos 761-2378 - 756-2636

Realidades Acerca del SIDA y Control de la Infección

Debido a la reciente publicidad circulante en torno del SIDA, es comprensible que usted pueda tener algunas inquietudes acerca de su visita a un consultorio dental y de las medidas que en éste se tomen a efectos de proteger su salud. ¿Hay riesgo que usted pueda ser infectado por el virus del SIDA durante la visita a su odontólogo? Las máximas autoridades nacionales del "Centro para el Control de Enfermedades" (EE.UU.), dicen que esto es extremadamente remoto. A efectos de poner las cosas en perspectiva, el riesgo de morir por una reacción adversa a la penicilina es mucho mayor que el de adquirir SIDA a través de un tratamiento odontológico. Existe más riesgo manejando hacia el consultorio dental, que el que usted tiene si recibe tratamiento odontológico.

En más de diez años de epidemia de SIDA, billones de actos odontológicos han sido realizados con seguridad.

Las rigurosas precauciones que los odontólogos toman para protegerlo a usted de todas las enfermedades infecciosas, incluyen el SIDA.

Nosotros agradeceremos sus preguntas acerca del SIDA y de nuestros procedimientos para el control de infecciones. También queremos que se sienta confortable sabiendo que estamos utilizando todos los pasos necesarios para garantizarle que su visita odontológica sea segura. Esperamos que la siguiente información responda a cualquier pregunta que usted pueda tener acerca de la seguridad en un consultorio odontológico.

EL VIRUS DEL SIDA

El virus que causa el SIDA es conocido como "Virus de Inmunodeficiencia Humana" o VIH. Nosotros sabemos que este virus es menos infeccioso que otros, tales como el virus de la hepatitis B, por el cual se han tomado precauciones durante años.

El HIV es rápidamente destruido por medios de desinfección y esterilización que los odontólogos regularmente utilizan para el control de cualquier infección.

PRECAUCIONES UNIVERSALES

A efectos de proteger su salud, nosotros adherimos a las medidas que se conocen como "precauciones universales". Esto significa que usamos las medidas de protección con cada paciente, para prevenir la transmisión del virus que causa el SIDA o cualquier otra enfermedad infecciosa.

Estas precauciones universales incluyen:

- Uso de guantes, barbijo y anteojos protectores para todos los tratamientos sobre pacientes.
- Lavado de manos antes y después de cada tratamiento y cambio de guantes después de cada paciente.

- Desinfección y esterilización de todos los instrumentos dentales luego de cada uso.
- Limpieza y desinfección de las superficies del consultorio y del equipo luego de cada paciente.

- Eliminación de agujas y otros elementos cortantes en receptáculos especiales.
- Adecuada eliminación de residuos y material contaminado.

Además de estas precauciones son fácilmente visibles durante su visita odontológica. A usted le será posible notar la limpieza general del consultorio, el uso de barbijo y guantes, la utilización de cestos de residuos y nuestra frecuencia en el lavado de manos. Otras precauciones tales como esterilización y desinfección son realizadas antes de su visita.

Esterilización y desinfección

Los consultorios dentales utilizan varios métodos de esterilización y desinfección con el objeto de eliminar bacterias y virus. El personal del consultorio está entrenado en estos procedimientos y en su uso apropiado.

Hay varios métodos aceptados para la esterilización del instrumental. Por ejemplo: instrumentos que pueden tolerar altas temperaturas, pueden ser esterilizados en una autoclave que utiliza vapor bajo presión o con calor seco en una estufa (esterilizadora). Otros instrumentos que no puedan ser calentados, son minuciosamente cepillados y luego desinfectados o esterilizados mediante soluciones químicas. Todos estos métodos de esterilización eliminan el virus del SIDA y otros organismos microscópicos capaces de producir enfermedades.

También empleamos procedimientos de desinfección sobre superficies y equipos tales como mesadas, cajones, manijas, cabezales de equipos de rayos X y mangos de focos dentales. Agentes químicos usados en la desinfección de hospitales y aprobados por la "Agencia de Protección de Medio Ambiente" son los utilizados en los consultorios odontológicos. La desinfección se realiza en el consultorio entre pacientes para asegurar que el mismo esté absolutamente limpio para recibirlos.

El uso de material descartable es otro medio que utilizamos para mantener la seguridad y limpieza del consultorio. Muchos materiales dentales como: guantes, barbijos, baberos, eyectores, vasos, agujas y hojas de bisturí son utilizados solamente una vez y luego desechados apropiadamente.

Prueba para el VIH

Podría suponerse que la realización de pruebas que determinen el estado del HIV entre el personal del consultorio, sería una medida de sencilla de prevención, sin embargo esto realmente no protege a nuestros pacientes. Solamente una prueba que dé reacción positiva tiene algún significado. Una prueba con reacción negativa no nos asegura que la persona no esté actualmente infectada con el virus HIV y pueda infectar a otros. Esto es debido a que las pruebas dependen de la presencia de anticuerpos, los cuales pueden tomarse hasta más de seis meses para desarrollarse luego que la persona ha sido infectada. Las pruebas simples no nos indican el estado actual del HIV o lo que pueda suceder en las próximas semanas. La mejor manera de luchar contra el SIDA es a través del uso de apropiadas medidas preventivas y favorecer la educación pública sobre esta enfermedad.

Su salud es nuestra preocupación

Nosotros esperamos que esta información haya aclarado algunas de las preguntas que usted pueda tener. Si tiene alguna otra inquietud, por favor tenga la libertad de poder manifestarla. Deseamos que sienta la más absoluta seguridad de que está recibiendo el mejor y más seguro tratamiento odontológico.

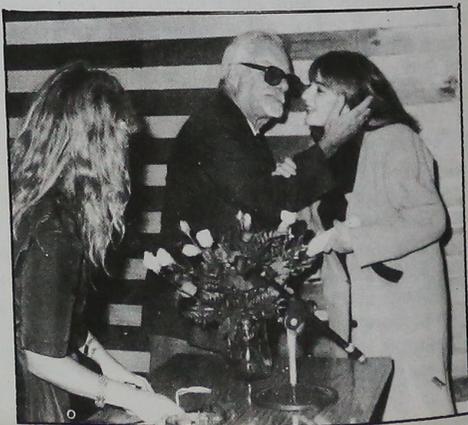


1: En nombre de los graduados, habla la doctora Myrlam Davies.

ACTO de



2: El Presidente del Ateneo, Dr. A. F. Alvarez, destaca la importancia del acto.



3: La Presidente de la Comisión de Cursos, Dra. Beatriz Melamed observa al Dr. Elías Beszkin entregando diplomas.

Noticias del Ateneo



4: La Dra. Beatriz Lewkowicz entrega su certificado a una graduada.

APERTURA DEL AÑO ACADEMICO

1992



5: El Dr. Armando Pollero felicita a una de sus alumnas.



6: Vista parcial de los asistentes.

EL 24 DE ABRIL SE REALIZÓ EL ACTO DE APERTURA DEL AÑO ACADÉMICO 1992, EN EL QUE ADEMÁS SE ENTREGARON LOS DIPLOMAS A LOS COLEGAS GRADUADOS EN ORTOPEDIA Y ORTODONCIA.

ABRIÓ EL ACTO LA PRESIDENTA DE LA COMISIÓN DE CURSOS, **DRA. BEATRIZ MELAMED**, QUIEN AGRADECIÓ LA PRESENCIA DE TODOS LOS ASISTENTES E HIZO UNA RESEÑA DE LA ACTIVIDAD DEL AÑO ANTERIOR EN MATERIA DE CURSOS DE POSTGRADO. DESTACÓ QUE LA APERTURA DEL PRESENTE AÑO ACADÉMICO COINCIDE CON NUEVOS ENFOQUES EN LOS CURSOS, FELICITÓ A LOS GRADUADOS INVITÁNDOLOS A CONTINUAR TRABAJANDO EN EL ATENEO. EN NOMBRE DE LOS GRADUADOS, DIRIGIÓ UNAS PALABRAS LA **DRA. MYRIAM DAVIES** QUIEN AGRADECIÓ A LA INSTITUCIÓN EL HABERLES PERMITIDO DESARROLLAR LA ESPECIALIDAD Y EL ABRIR SUS PUERTAS PARA CONTINUAR.

EXPRESÓ LA GRATITUD DE LOS GRADUADOS AL CUERPO DOCENTE POR HABERLES BRINDADO SU APOYO HUMANO Y CIENTÍFICO.

CERRÓ EL ACTO EL PRESIDENTE DEL ATENEO, **DR. ALFREDO FERMÍN ALVAREZ**, QUIEN EXPRESÓ: "EN REUNIONES COMO ESTA, ADEMÁS DE LA FELICITACIÓN Y EL AGRADECIMIENTO, SE DEBE REALIZAR ALGUNA FORMA DE AUTOCRÍTICA. UNA INSTITUCIÓN, COMO UN HOMBRE, PARA HACER SU AUTOCRÍTICA NO BASTA QUE SE COMPARE CON OTRAS INSTITUCIONES O CON OTROS HOMBRES. LO IMPORTANTE EN LA AUTOCRÍTICA ES RETRATARSE EN LA PROPIA HISTORIA, ESTO SE COMPARA COMO SOMOS HOY DE ACUERDO A COMO FUIMOS AYER. ESTA INSTITUCIÓN, NACIDA HACE CASI CUARENTA AÑOS COMO INSTITUCIÓN MONOVALENTE PARA EL ESTUDIO DE LA ORTOPEDIA, ADVIERTE LA NECESIDAD DE LEVANTAR SU TECHO Y SE TRANSFORMA EN UNA INSTITUCIÓN POLIVALENTE. EN ESAS CIRCUNSTANCIAS, LA INSTITUCIÓN OBSERVA LA NECESIDAD DE ARTICULAR LAS DISTINTAS ESPECIALIDADES EN UNA ACCIÓN COMPARTIDA Y ENRIQUECEDORA: LOS ASPECTOS INTERDISCIPLINARIOS QUE HAN CUNDIDO EN OTRAS INSTITUCIONES DEL PAÍS. EL ATENEO ES PIONERO EN UNA ACCIÓN: LA DOCENCIA-SERVICIO, MODELO DE COMPORTAMIENTO EN LA ENSEÑANZA Y LA ATENCIÓN QUE HASTA HACE UNOS AÑOS ERA TOTALMENTE INÉDITO EN ENTIDADES PROFESIONALES DE LA ODONTOLOGÍA".

TRAS ANUNCIAR ALGUNOS AVANCES RECIENTES EN LA ORGANIZACIÓN DEL ATENEO, SALUDÓ A LOS ASISTENTES INVITANDO A TODOS A TRABAJAR EN ESE MODELO.

TRAS LA ENTREGA DE LOS DIPLOMAS, SE OFRECIÓ UN BRINDIS.

XII JORNADAS DEL A.A.O.

Bioseguridad - SIDA
Desde el 22 al 24 de octubre de 1992

En las fechas señaladas se realizarán las XII Jornadas del A.A.O., cuyas sesiones tendrán por sede la Sala Pablo Picasso del Complejo La Plaza, Corrientes y Montevideo, Bs. As.

El día 22 de octubre destacados especialistas abordarán en la mañana y la tarde temas referentes a enfermedades virales (Hepatitis, Herpes, Rubéola), normas de bioseguridad, según especialidades odontológicas, aspectos éticos y legales.

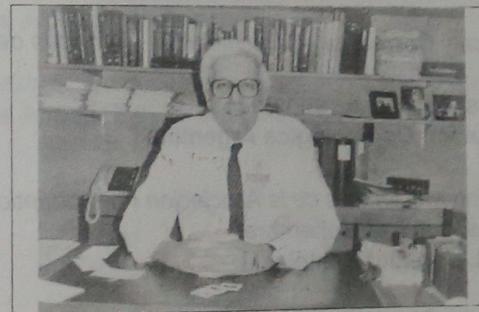
El 23 y 24 dictará un curso sobre SIDA el Dr. Charles Barr, especialista de renombre internacional, quien expondrá de 8 a 12 y de 14 a 18.

El curso y las Jornadas se clausurarán el sábado por la tarde con una mesa redonda en la que, con el Dr. Barr, participarán los más distinguidos y reconocidos estudiosos del tema en las áreas odontológica y médica.

Podrán inscribirse odontólogos, médicos, estudiantes, asistentes dentales y enfermeras.

DR. CHARLES BARR

El Dr. Charles Barr, odontólogo egresado del Medical College of Virginia, es



actualmente Profesor e Investigador en Medicina Bucal de la Mount Sinai School of Medicine, New York University y Director de Odontología del Beth Israel Medical Center (N.Y.).

Ha realizado investigaciones sobre diversos temas referentes a osteogénesis, prevención, y desde 1984 sobre saliva y HIV.

Es miembro de diversas instituciones científicas, además de la International Association for Dental Research y Fellow del American College of Dentists.

Ha publicado unos 50 trabajos y 5 libros.

EL DOCTOR RAUL E. TRUCCO HA SIDO DESIGNADO CORRESPONSAL EN WORLD NEWS, ORGANO DE LA F.D.I.

El Dr. Raúl E. Trucco, distinguido consocio del **Ateneo** e infatigable estudioso de diversos aspectos del ejercicio profesional, ha sido designado Corresponsal Argentino en la publicación *World News*, edición oficial de la Federación Dental Internacional. Al expresarle nuestra congratulación por la merecida distinción, transcribimos la nota que nos envió y las pautas y reglas para publicar en dicho órgano periodístico.

Sr. Presidente
Presente

De mi mayor estima:

Por resolución de la Asamblea de CORA he sido designado Corresponsal Argentino de la publicación World News, edición oficial de la Federación Dental Internacional, lo que me honra y significa, al mismo tiempo, una responsabilidad a asumir que compromete a la Odontología de nuestro país en la difusión de las noticias, que sean del interés de nuestras instituciones y que reflejen los problemas y realizaciones de la profesión organizada.

Pondré de mi parte toda la voluntad de hacer las cosas bien. Para ello necesito de vuestra colaboración y comunicación en todo lo que atañe a mi tarea y me pongo a su total disposición para lo que Ud. necesite. Sin ello toda la tarea resultará más difícil y menos positiva. Desde la comunicación de congresos y reuniones científicas hasta hechos que involucren a ideas, conflictos, prensa, estudios, etc., por datos que tal vez no sean importantes en su apariencia, son del interés de la FDI. Es criterio canalizar por esta corresponsalía toda la información pertinente y desde ya aceptar todas las sugerencias que Uds. quieran hacer llegar.

Cuento con la colaboración invaluable de CORA y sus autoridades así como de mi entidad primaria, que es el Círculo Odontológico del Sur y toda autoridad constituida. Al pie están las direcciones a las cuales pueden Uds. dirigirse. La importancia que todos nosotros podamos dar a los efectos que nuestra real e internacional nos hará ocupar o no el lugar que pretendemos integrar. Retiro que la participación de todo aquello que nos preocupa tiene ahora proyección que la iniciativa extranacional nos posibilita. Contamos decididamente con Uds.

Quedo a la espera de vuestras inquietudes y me complace en saludar a Ud. con mi mejor disponibilidad y particular afecto.

Dirigir la correspondencia a:

Corresponsal de la FDI, Dr. Raúl E. Trucco - Srta. Silvia, Círculo Odontológico del Sur - Undiano 415/19 - Tel.: (091) 22402 - 8000 Bahía Blanca, Argentina.

Particular:

Dr. Raúl E. Trucco - Rodríguez 1659 - Tel.: (091) 25040 - 8000 Bahía Blanca, Argentina.

PAUTAS Y REGLAS GENERALES PARA PUBLICAR EN WORLD DENTAL PRESS

Desde el recibo de ésta Ud. como Odontólogo tiene la posibilidad de utilizar este medio que es el organismo oficial de la Federación Dentaria Internacional. A los efectos de cumplir con las disposiciones, me dirijo a Ud. para su información de los distintos acápite que tiene la Revista y en una breve síntesis cuales son las condiciones que se deben contemplar. En caso de ser un posible colaborador y ante cualquier duda le ruego se comuniquen conmigo por cualquier medio, que será un placer facilitarle su trabajo y aclararle sus dudas. Toda colaboración será en Español.

1. Noticias y Clínica

Cualquier información y punto de vista sobre un tema de controversia, novedad, interés general, etc. que pueda utilizarse para su difusión a nivel internacional. Máximo espacio disponible de 250 a 300 palabras.

2. Artículos Clínicos

En el Nº 1, página 16, se dan todos los detalles. Los artículos informativos basados en la experiencia personal. No hay necesidad de ser "muy especializados", pero sí novedosos. La preferencia la tendrán aquellos que vayan acompañados de fotografías de color de primera calidad o ilustraciones. Se da prioridad a diapositivas.

3. Síntesis y Notas Clínicas

En el Nº 1, página 18, estilo y longitud. Se trata de evitar duplicación y al mismo tiempo interconectar a los investigadores de todo el mundo en las mismas tareas de estudio.

4. Noticias Generales

No más de 50 a 150 palabras con la naturaleza de la información. Se puede adjuntar una fotografía "ad hoc".

Secciones Especiales Complementarias

- Como ejemplo: Si Ud. tiene una buena vista desde su consultorio o una infraestructura que considere distinta envíenos una fotografía de la misma.
- Como ejemplo: Si Ud. es víctima de un naufragio y llega a una isla desierta mencione los 6 instrumentos y/o equipo que quisiese rescatar.
- Como ejemplo: Deje correr su imaginación y proponga un breve artículo.
- Como ejemplo: Su creatividad será muy tenida en cuenta en esta sección.

Generales

Si se presta atención preferencial a la comunidad, envíenos qué tarea desarrolla sin compensación económica. Sus impresiones tienen un particular recibimiento en este tipo de actividad.

Reuniones, Congresos, Symposiums, Jornadas, etc. a la que usted asiste o haya asistido háganos llegar su crónica. No tema la crítica constructiva y mencione, por favor, falencias y aciertos.

Recuerde que el espacio es sumamente reducido y la selección previa en manos de los editores, Dr. Stephen Hancock y Dra. Sabina Webber, basados en la oficina central de EDI juntamente con el Comité, serán los que decidan. Por mi parte, encontrará en mí un decidido colaborador. Es nuestra profesión en Argentina la que debe decir presente. ¡No nos falle!!!

Distinción Internacional a la Dra. Haydée de Fligler

La Dra. Haydée de Fligler ha sido designada Miembro Activo Internacional de la American Academy of Pediatric Dentistry, en reconocimiento a su valiosa contribución al desarrollo de la Odontopediatría.

Esta Revista, que ha contado con su colaboración desde hace años, se asocia a la congratulación institucional, deseándole el mayor éxito en esta responsabilidad.



Combustibles sin recargos ni límites.



500 supermercados en todo el país.



Acceso a los 300 cajeros de todo el país.



La única que no le cobra gastos extra por consumo en el exterior.



Financiación en pesos y en dólares con precancelación y tasa anticipada.



Cuenta Corriente pre-aprobada con Acuerdo de Sobregiro \$ 3.200.-



La mejor revista argentina.

Full Time.



Diners Time.

Sólo Diners Club tiene todos estos beneficios juntos para usted. Todo el tiempo. A full.

Y por supuesto, los de siempre. Facturación mensual. Compras sin límite preestablecido de gastos. Seguro de accidentes personales en viajes. Seguro de vida. Protección Diners. Cobertura automática por pérdida de tarjeta. Acceso a 40.000 cajeros en el resto del mundo. Pasaporte de Seguridad Universal Assistance. Compras por correo o por teléfono.

D I N E R S T I M E

Su tiempo de disfrutar ha llegado.

Si aún no es socio, llámenos o visítenos

NUEVO TELEFONO:

22-4545, interno 4027

en las sucursales Citibank de Capital Federal y Gran Buenos Aires u oficinas Diners de todo el país.



Diners Club International

Carlos Pellegrini 1023 - Capital Federal / Colón 58 - Bahía Blanca (091) 3-0201 / Quaglia 166 - Bariloche (0944) 2-3730 / Hipólito Yrigoyen 394 - Cipolletti (0943) 7-3716 / 25 de Mayo 101 - Córdoba (051) 24-5111 / 9 de Julio 1252 - Corrientes (0783) 2-3174 / Lamadrid 310 - Jujuy (0882) 3-3947 Calle 47 Nº 673 - La Plata (021) 25-4444 / Pedro Luro 2983 - Mar del Plata (023) 9-0000 / San Martín 1098 - Mendoza (061) 34-0111 / Urquiza y San Martín Galería Almendral, Loc. 26 - Paraná (043) 23-0181 / Félix de Azara 209 - Posadas (0752) 3-1330 / Juan D. Perón 201 - Resistencia (0722) 3-0058 / Santa Fe 1101 - Rosario - (041) 25-1111 / Zuviría 102 - Salta (087) 31-1433 / Rivadavia 123 Este - Local 4 - San Juan (064) 21-4196 / San Martín 2601 - Santa Fe (042) 5-2190 / 24 de Septiembre 204 - Sgo. del Estero (085) 22-3105 / 25 de Mayo 319 - Tucumán (081) 22-3533