



ISSN 0326-3827

REVISTA DEL ATENEO ARGENTINO DE ODONTOLOGIA



2º CONGRESO INTERDISCIPLINARIO EN ODONTOLOGIA

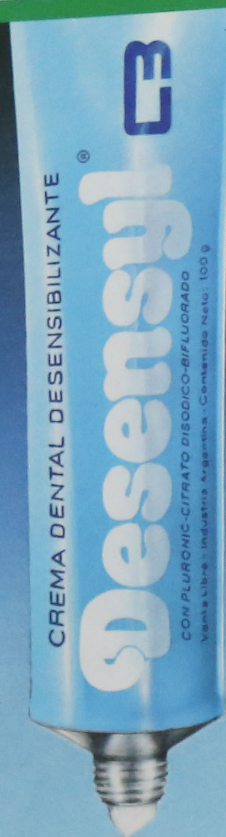


2º CONGRESO INTERDISCIPLINARIO EN ODONTOLOGIA

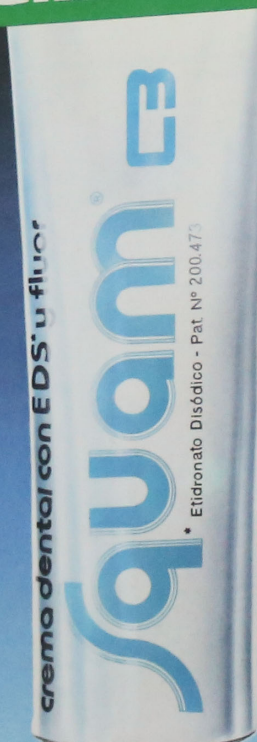


**II Congreso Interdisciplinario en Odontología
realizado en el marco de la
celebración del XXXV aniversario (1953-1988)
del Ateneo Argentino de Odontología**

LIDERES EN HIGIENE DENTAL



DESENSYL®
crema dental
desensibilizante
con destacada acción
anticaries-antiplaca



SQUAM®
antisarro-anticaries de
triple acción sinérgica
para la atención
integral de la salud
gíngivo-dental

BIOSINT

Ateneo Argentino de Odontología

COMISION DIRECTIVA

Presidente Dr. EDUARDO MUÑO
Vicepresidente Dra. EDITH LOSOVIZ
Secretario Dr. CARLOS GUBERMAN
Prosecretario Dra. EVA SCHILMAN
Tesorero Dra. CLARA SZTEINBERG
Profesorero Dra. LILIANA PERIALE

VOCALES TITULARES

Dr. ANIBAL EEZCKUI
Dr. ISAAC RAPAPORT
Dr. ELIAS BESZKIN
Dra. BEATRIZ LEWKOWICZ
Dra. MARTA GOLDENBERG
Dr. MIGUEL STRATAS

VOCALES SUPLENTE

Dra. LILIANA DOCTOROVICH
Dr. JUAN MEER
Dra. MABEL LANDESMAN
Dra. NOEMI LISMAN
Dr. MARIO BEZSKIN
Dr. RICARDO POMERANIEC

COMISION FISCALIZADORA (Período 1988)

TITULARES

Dr. LUIS ZIELINSKY
Dr. ALFREDO FERMIN ALVAREZ
Dr. JAIME JUAN FISZMAN

SUPLENTE

Dr. MARIO DANIEL TORRES
Dra. HENJA RAPAPORT
Dra. CATALINA DVORKIN

TRIBUNAL DE HONOR

Angel Lagorio
Juan Racagno
Silvia Rudoy

Elías Samoilovich
Teresa Israelson
Natalio Schesak

Leonardo Voronovinsky
Sara Sneibrum
Nora Kotler

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 revisti simili.

Deseamos permutar com as revistas congeneres.

We wish to exchange with similar magazine.

Un austausch Wird gebeten.

Sumario

- 1 — *Comisión Directiva.*
- 3 — *Editorial: A Diez Años de Alma Ata:* **A. F. Alvarez.**
- 7 — *Evaluación Cefalométrica de Hipertrofias Adenoideas:* **Mónica Bardi y José Antonio González Mendoza.**
- 19 — *Decontaminación, Desinfección y Esterilización en Odontología:* **Enrique Calderón y Jorge Miguel García.**
- 29 — *Incidencia de Dientes Retenidos:* **Mario Daniel Torres y Claudia Jensen.**
- 35 — *La Lesión Inflamatoria Periodontal:* **Alberto Bustamante e Isaac Rapaport.**
- 42 — *Estabilidad de las Prótesis Totales Inferiores:* **Gabriel Kertesz.**
- 45 — *Cefalometría de la Población Cubana. I. Perfil Blando: Algunas Mediciones Lineales:* **F. Juan Aguila Ramos y otros.**
- 59 — *Caninos Superiores en Retención Osea Palatina: Conducta Terapéutica:* **José Antonio Adonaylo y otros.**
- 65 — *Tratamiento de las Fracturas Radiculares:* **Carlos Guberman y Ricardo Pomeraniec.**
- 69 — *Ortodoncia Interceptiva Mediante el uso del Mantenedor de Espacio Tridimensional:* **Alfredo Ramón Murisi y Alfredo Rafael Murisi.**
- 73 — *Los Medicamentos:* **Alfredo F. Alvarez.**
- 89 — *Trigésimo Aniversario del A.A.O. y Segundo C.I.O.*

DIRECTOR, Alfredo Fermín Alvarez
CUERPO DE REDACCION: Mario Beszkin,
Haydée Fligler, Jorge Miguel García,
Carlos Guberman y Mario Daniel Torres

Correspondencia: Anchorena 1176/78 Diagramación y dirección
(1425) Buenos Aires técnica:
Teléfonos: 961-7349 y 0394 Antonio Tarsitani
República Argentina Producción Publicitaria A.F.T.

EDITORIAL

A DIEZ AÑOS DE ALMA-ATA

En 1977, la Asamblea Mundial de la Salud, máximo organismo de la OMS, propuso un objetivo universal: "Salud para todos en el año 2.000". Al año siguiente, una conferencia internacional celebrada en Alma-Ata (URSS), declaraba que el medio de alcanzar ese objetivo era la atención sanitaria primaria.

Fue el 12 de setiembre de 1978.

La Declaración de Alma-Ata, al destacar que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social que exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, además del de la salud, y denuncia la grave e inaceptable desigualdad existente entre los países en desarrollo y los desarrollados —así como dentro de cada país— en lo que atañe a la situación política, social y económica.

Continúa la declaración diciendo que el pueblo tiene el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud, y subraya que la atención primaria de salud es la clave para alcanzar en los decenios venideros un nivel de salud que permita a los pueblos llevar una vida social y económicamente productiva.

Alma-Ata define la atención primaria de salud como la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el país puedan soportar, la atención primaria forma parte integrante tanto del sistema nacional de salud, del que constituye la función central y el núcleo principal, como del desarrollo social y económico global de la comunidad. Es posible alcanzar —dice más adelante la declaración— un nivel aceptable de salud para toda la humanidad en el año 2000 mediante una utilización mejor y más completa de los recursos mundiales, de los cuales una parte considerable se destina en la actualidad a armamentos y conflictos militares.

Uno de los ejes claves del cambio necesario —dice Neri— es el desarrollo destacado a otorgar a la medicina general, dentro de una organización más amplia del nivel primario de atención de salud. Esto no surge como un truco para obtener medicina más barata.

A DIEZ AÑOS...

Esto emerge de toda una concepción de la medicina que nos lleva a postular que debe aspirarse a resolver los problemas lo más precozmente posible cuando no se ha podido prevenirlos; que ello debe hacerse con la mínima aplicación de recursos diagnósticos y terapéuticos y que la prestación debe ofrecer las mejores condiciones para una relación humanizada y mutuamente responsable entre asistente y asistido. Y aquí la buena doctrina se armoniza totalmente con la buena política y la buena administración. Y en la concreción de tal armonía, el nivel primario asistencial se afianza con un protagonismo irremplazable.

Carlyle Guerra de Macedo, director de la OPS, decía en 1985: América latina y el Caribe, dentro de la región de las Américas, presentan entre los países en desarrollo características muy particulares. Somos la región con el proceso de urbanización más rápido del mundo, proceso de urbanización que todavía sigue su curso acelerado. Los éxitos que hemos conseguido en la reducción de la mortalidad, en la reducción de la fecundidad, nos hacen enfrentar el crecimiento acelerado de las poblaciones de más alta edad.

La participación de la población es un elemento esencial de esta estrategia de atención primaria, ya que las decisiones parten de la base. Paul Gigase, presidente de la Sociedad Belga de Medicina Tropical, manifiesta que el problema consiste en dar la mejor respuesta posible, con los medios limitados de que se dispone, tanto a las necesidades evaluadas por los profesionales como a las demandas procedentes de la población. Antes de establecer un sistema de asistencia sanitaria es necesario evaluar sus diversos aspectos y, en particular, cómo perciben los supuestos beneficiarios la salud y la enfermedad. Los médicos no deberían tratar y prevenir la enfermedad tal como ellos la ven, sino también tal como la vive el paciente.

En la Argentina, el Programa de Atención Primaria con más de 3.000.000 de personas cubiertas y más de 3.000 agentes sanitarios surgidos de la comunidad, que visitan hogares en rondas periódicas, realizan tareas de promoción y protección de la salud y refieren a puestos sanitarios para consulta médica y odontológica, es responsable de una buena proporción del mejoramiento en los niveles de salud, que se evidencia en una reducción de la mortalidad infantil, materna y general, y de la morbilidad por enfermedades prevenibles por vacunación e infecciosas.

A DIEZ AÑOS...

“La idea humanística y económica a la vez de solucionar con lo menos en términos de complejidad y cantidad, lo más que se pueda en términos de necesidad de salud, es una idea para orientar todo el sistema, confrontada a la tendencia a un consumismo desatinado y socialmente regresivo” (Neri).

Desde Alma-Ata hasta hoy, ha pasado casi el mismo tiempo que falta hasta el año 2000. Aún nos esperan decisiones difíciles, y el tiempo es poco. Habrá que producir cambios reales y posibles y, necesariamente, los cambios rozan intereses sectoriales que reaccionan y enervan.

Los problemas que vale la pena atacar son los que contraatacan. Salud para todos y atención primaria son de esos problemas.

A.F.A.

Ahora en la Argentina, el nuevo ULTRATEC 5000



el mismo equipo que se vende en Europa

TAMBIEN:

ULTRATEC NEUMATICO
ENDOTEC NEUMATICO
(para endodoncia)
ULTRATEC 5000 modular
INSERTOS ULTRATEC
PARA ULTRASONIDO

Completan la línea
para periodoncia,
profilaxis y prevención,
con la calidad
que ya conoce
desde siempre.

SERVICE

M.T. de Alvear 2149 - 1° "B"
(frente a la Facultad)
Tel.: 83-5060
de 10 a 17 horas

Evaluación Cefalométrica de Hipertrofias Adenoideas

MONICA BARDI
Y JOSE ANTONIO GONZALEZ MENDOZA

INTRODUCCION

En 1968 Ricketts describió el síndrome de obstrucción respiratoria con los siguientes signos: deglución de tipo visceral, predisposición a la mordida abierta, mordida cruzada unilateral o bilateral y ligera deflexión de la cabeza.

También observó una frecuencia significativamente elevada de Clase II: división I, estrechez de arco superior, apiñamiento en arcos superior e inferior y crecimiento de tipo vertical¹.

Harvold obtuvo una relación de Clase II, con mordida abierta, en primates al cerrarles los orificios nasales creándoles respiración bucal^{2, 3}, en la respiración bucal es común el sellado labial inadecuado con musculatura perioral flácida y gran trabajo del grupo de músculos mentonianos, con una lengua en posición baja⁴.

Ricketts da tres causas de una vía aérea impedida:

- Adenoides agrandadas.
- Vía aérea con desarrollo inadecuado.
- Obstrucción de tejidos blandos y tumefacción (p. ej.: alergias).

Linder Aronson afirma que las adenoides agrandadas llevan a la respiración bucal en chicos con estrechez nasofaríngea⁵ e indica la adenoidectomía, con el propósito de promover un cambio de respiración bucal a nasal.

Para determinar el grado de obstrucción y las dimensiones de la vía aérea nasal, Woodside y Linder Aronson utilizaron Rx frontales. En Rx laterales, Homberg y Linder Aronson⁶ clasificaron las adenoides en: 1. No adenoides. 2. Pequeñas adenoides. 3. Moderadas adenoides. 4. Grandes adenoides. 5. Muy grandes adenoides.

Estos autores conciben que hay:

- Una significativa relación entre el tamaño de adenoides, medidas en Rx lateral y lo observado clínicamente.
- Una relación inversa entre tamaño adenoidal o medido en Rx laterales y la corriente de aire nasal.
- Una relación lineal entre capacidad de la vía aérea nasal (medida en Rx frontales) y la corriente de aire nasal.
- Una razonable tasa del caudal nasal (corriente de aire nasal) por evaluación objetiva de la capacidad medida en Rx frontales.

Handelman y Osborne⁷ estudiaron la evolución de las adenoides en pacientes desde los 9 meses hasta los 18 años. La restricción de la vía aérea nasofaríngea ocurre frecuentemente durante la edad preescolar y primeros años de la escuela primaria, debido a que el crecimiento adenoideo excede la capacidad nasofaríngea. La vía aérea se incrementaría en la pre y post adolescencia por la involución de los adenoides. Un método preciso para determinar cefalométricamente (Ric-

ketts) la hipertrofia adenoidea, con relación a las dimensiones de la nasofaringe, fue ensayado por Poole y Engel⁴ sobre la base de mediciones previamente establecidas en los estudios de Linder Aronson⁵, Ricketts⁶ y Handelman⁷. Comparando respiradores bucales con respiradores nasales se hallaron ocho medidas significativas para el nivel de 0,05. (Error α).

OBJETIVOS

Describir un método cefalométrico para evaluar el grado de obstrucción del canal nasofaríngeo por hipertrofia adenoidea.

Aplicación clínica de dicho método correlacionando la hipertrofia adenoidea con características esqueléticas, alvéolo dentarias y de tejidos blandos.

DEFINICIONES

- I — Adenoides: Es la hipertrofia de tejido linfóide de la amígdala faríngea, también conocida por "vegetaciones adenoides", que se presenta en crecido número de niños, entre 5 y 10 años de edad. Entre los trastornos que provoca, cabe citar: facies adenoidea, alteraciones del lenguaje oral, en la audición, pesadillas, respiración bucal, gingivitis crónica y otros⁹.
- II — Hipertrofia: agrandamiento anormal de peso y volumen de un órgano o estructura debido al aumento en la cantidad o el tamaño de las células que lo constituyen⁹.
- III — Facies adenoidea: es cuadro clínico caracterizado por la boca abierta, cara inexpresiva, acortamiento aparente del labio superior. Llama la atención el prognatismo y la contracción del maxilar superior, con paladar profundo y alteraciones considerables de la oclusión dentaria. Por lo general, hay obstrucción retrorinal, originándose respiración bucal. El rostro es pálido, la expresión es como de atontado, pues la boca

permanece abierta, nariz afilada, sueño inquieto, tos persistente, trastornos de la fonación (rinolalia), inflamación crónica de las encías. El niño es flaco y enclenque⁹.

POBLACION Y MUESTRA

Se tomaron al azar 58 pacientes entre los que concurrieron al Servicio de Ortodoncia del Ateneo Argentino de Odontología, durante el año 1980. De esos 58 pacientes se eligieron los que presentaban una distancia no mayor de 20 mm desde el tejido adenoideo a la espina nasal posterior, medida sobre el plano ENP-Basion; en total 17 individuos, 12 varones y 5 mujeres, con edades que oscilaban entre 5 y 13 años.

DESCRIPCION DEL METODO

Una de las etiologías del respirador bucal es la hipertrofia adenoidea, siempre y cuando esta hipertrofia vaya acompañada de una disminución del caudal aéreo.

Desde el punto de vista cefalométrico, un método preciso para determinar la hipertrofia adenoidea, con relación a las dimensiones de la nasofaringe, fue ensayado por Poole y Engel sobre la base de mediciones previamente establecidas en los estudios realizados por Linder-Aronson, Ricketts y Handelman. Comparando respiradores bucales con no respiradores bucales, se hallaron medidas significativas para el nivel de 0,05. Dentro del sistema creado por esas mediciones, las cuatro primeras (1 = porcentaje de vía aérea, 2 = D-AD1:ENP, 3 = D-AD2:ENP, 4 = DVPT:AD) relacionan de alguna forma el crecimiento adenoideo con respecto al cavum nasofaríngeo, mientras que las cuatro últimas medidas estudian la encrucijada nasofaríngea independientemente de la hipertrofia adenoidea (nasofaríngea).

Teniendo en cuenta que estas mediciones se realizan en telerradiografías de perfil, conviene aclarar que este estudio no es tridimensional sino que considera las dimensiones superioinferiores y ánteroposteriores, pero no las transversales.

Porcentaje de vía aérea: es el porcentaje de nasofaringe ocupado por el tejido adenoideo (Ricketts). Según Handelman y Osborn, es la relación de vía nasofaríngea medida con un planímetro en el trapecio AA (parte más anterior del cuerpo de la primera vértebra cervical) - ENP (espiral nasal posterior) - CF (centro facial, punto donde se cruzan el plano de Frankfort y la vertical pterigoidea) - Ba (punto más inferior y posterior del hueso occipital).

Para realizar en la práctica este trapecio debemos trazar el plano de Frankfort y la vertical pterigoidea. Fig. 1.

Construimos un triángulo (Ba-CF-ENP) y trazamos una perpendicular al plano de Frankfort, que pasa por el punto AA y así tenemos delimitado el trapecio sobre el que vamos a hacer nuestras mediciones. Fig. 2. Llamaremos "d" a la distancia existente entre el punto ENP y la proyección del punto AA sobre el plano que une Ba y ENP.

Llamaremos "h" a la recta que une el punto CF con el ENP.

Llamaremos θ (Theta) al ángulo formado por los planos CF-Ba y Ba-ENP.

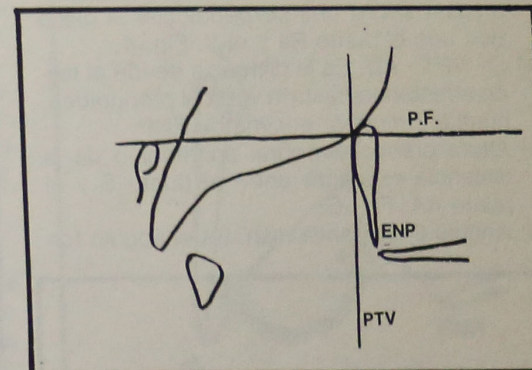
Llamaremos "NP" a la superficie total ocupada por el trapecio. La fórmula matemática para hallar este valor sería:

$$NP = \frac{d(h - d \times 0)}{2}$$

Handelman y Osborne han elaborado una tabla estadística para estos valores: Angle orthodontist, Vol. 46, N° 3, July 1976, page 248.

Para hallar el porcentaje de área a área y área adenoidea recurriremos al planímetro.

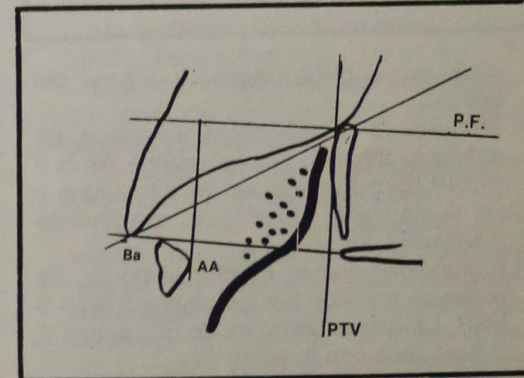
Debido al alto costo de un planímetro convencional, los autores del presente trabajo confeccionaron un equivalente muy



F. 1

simplificado: mediante un aparato reproductor, reprodujeron una plancha de retícula milimétrica "Letraset" sobre una película transparente. Así, aplicando esta película milimetrada sobre el calco cefalométrico, se puede calcular el área adenoidea contando los cuadros milimétricos que la cubren y restándolos del total de cuadros que cubren el área completa. (Entendiendo por tal la ocupada por el canal nasofaríngeo).

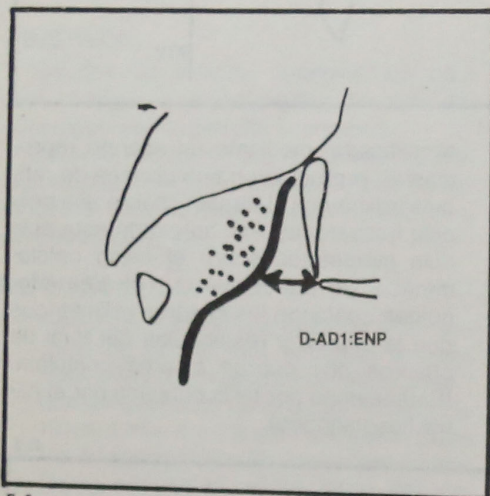
F. 2



- 2) D-AD1: ENP. Es la distancia desde ENP al tejido adenoideo más cercano, medida sobre el plano que corta los puntos ENP y Ba. Fig. 3.
- 3) D-AD2: ENP. Es la distancia desde el punto ENP al tejido adenoideo más cercano,

medida sobre una perpendicular al plano que une el punto Ba y el S. Fig. 4.

- 4) D - VPT - AD. Es la distancia desde el tejido adenoideo hasta la vertical pterigoidea, medida 5mm por encima de ENP.
- 5) Altura cráneo-vertebral posterior o de la distancia existente entre el punto S y el punto AA. Fig. 5.
- 6) Angulo θ de Handelman. Es el ángulo for-

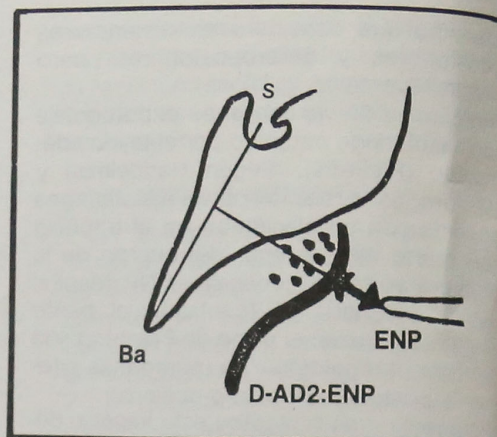


mado por el plano palatino y la base del cráneo.

- 7) Profundidad cráneo-vertebral anterior. Es el ángulo formado por los planos AA-S y S-ENP. Dicho ángulo es de 34 grados y no suele variar durante el crecimiento (Langlade). Fig. 6.
- 8) Profundidad cráneo maxilar posterior. Es el ángulo formado por los planos S Ba y S ENP. La norma clínica es de 50 grados $\pm$ 3 y no varía con la edad. Fig. 7.

RESULTADOS

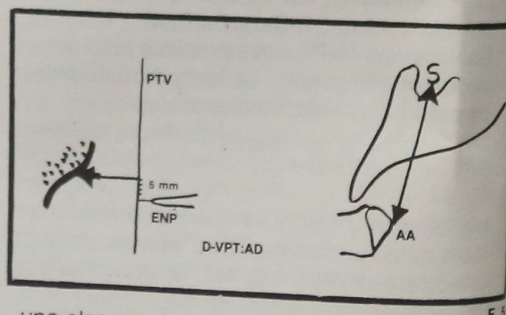
En los 17 pacientes que constituyeron nuestra muestra, se midieron las distancias d, h, D-ADA:ENP, D-AD2:ENP, D-PTV y S-AA y los ángulos θ , S-AA:ENP y Ba-AA-ENP. (Tabla I).



Dichos valores fueron comparados con los hallados por Ricketts, Handelman y Osborne (Tabla II), encontrándose una marcada disminución de las longitudes debido al gran aumento de tamaño de las adenoides.

También se confrontaron porcentajes de vía aérea de la muestra con los de la tabla hallándose una disminución muy marcada de canal aéreo en nuestros pacientes.

Los datos que surgieron del estudio cefalométrico de Ricketts, se muestran en Tabla III. Los pacientes estudiados no presentaron



una clase molar que los caracterice. Con respecto a la norma del eje facial de Ricketts, que es de 90 ± 3 , nuestros pacientes presentaron una tendencia dolicofacial ($85,3 \pm 3,3$).

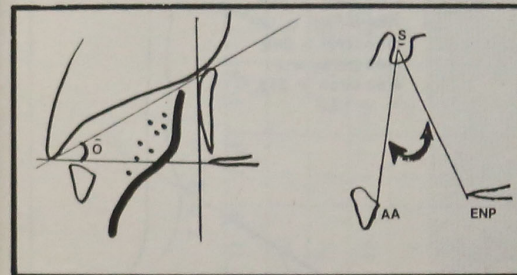
Cuando se estudió la norma de la profundi-

dad facial según Ricketts (87 ± 3), se encontró una leve tendencia distal del mentón ($84,9 \pm 2,5$).

El plano mandibular mostró un promedio de $27,8 \pm 2,5$ (Ricketts: 26 ± 4) o sea tendencia dolicofacial. El cono facial de la misma tendencia (Ricketts: 68 ± 3) porque es de $67 \pm 2,7$.

El arco mandibular se comporta de la misma manera: $28,4 \pm 6,9$ (Ricketts 26 ± 4).

Nuestros pacientes no presentaron franca tendencia a la mordida abierta ni a la mordida profunda, ya que su altura facial anterior dio un promedio de $46,7 \pm 2,7$ (Ricketts: 46 ± 3).



F. 6

La convexidad tuvo una norma de $3,64 \pm 2,2$ con una leve tendencia de adelantamiento del punto A.

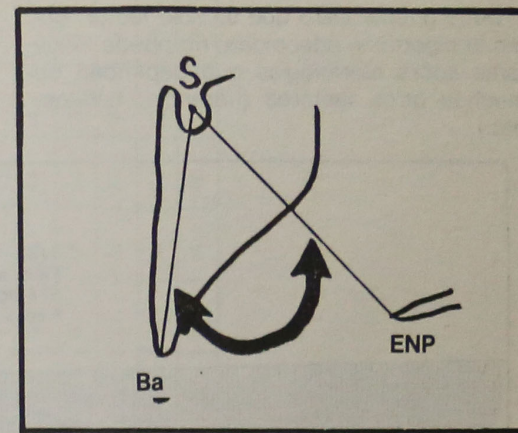
La relación del incisivo inferior con respecto a A - Pg mostró poca diferencia con los valores dados por Ricketts: $2,76 \pm 2,1$ mm y $23,7 \pm 6$ grados versus $1 + 2$ y 22 grados.

La relación del incisivo superior con el plano A-Pg muestra una marcada vestibulización: $29 \pm 9,8$ versus 25 de Ricketts.

La lengua se halla baja en 16 de los 17 pacientes y en todos hubo una tendencia a la incompetencia labial.

CONCLUSIONES

La aplicación del método cefalométrico en 17 pacientes del Servicio de Ortodoncia del Ateneo Argentino de Odontología, con hipertrofia adenoidea y severa disminución del porcentaje de vía aérea, mostraron clínica-



F. 7

mente una incompetencia labial en todos, una lengua baja en todos menos uno, tendencia dolicofacial e incisivos vestibulizados en todos. Las otras mediciones dieron resultados variables.

COMENTARIOS Y DISCUSION

El déficit u obstrucción del pasaje del aire aparece más a menudo en aquellos pacientes que tienen una morfología alterada en la parte anterior del cavum. Es la microrrino-displasia (Bimler¹⁵) o la hipoplasia del tercio medio, según Hopking.

Esta morfología alterada desemboca frecuentemente en el síndrome de obstrucción respiratoria (Ricketts).

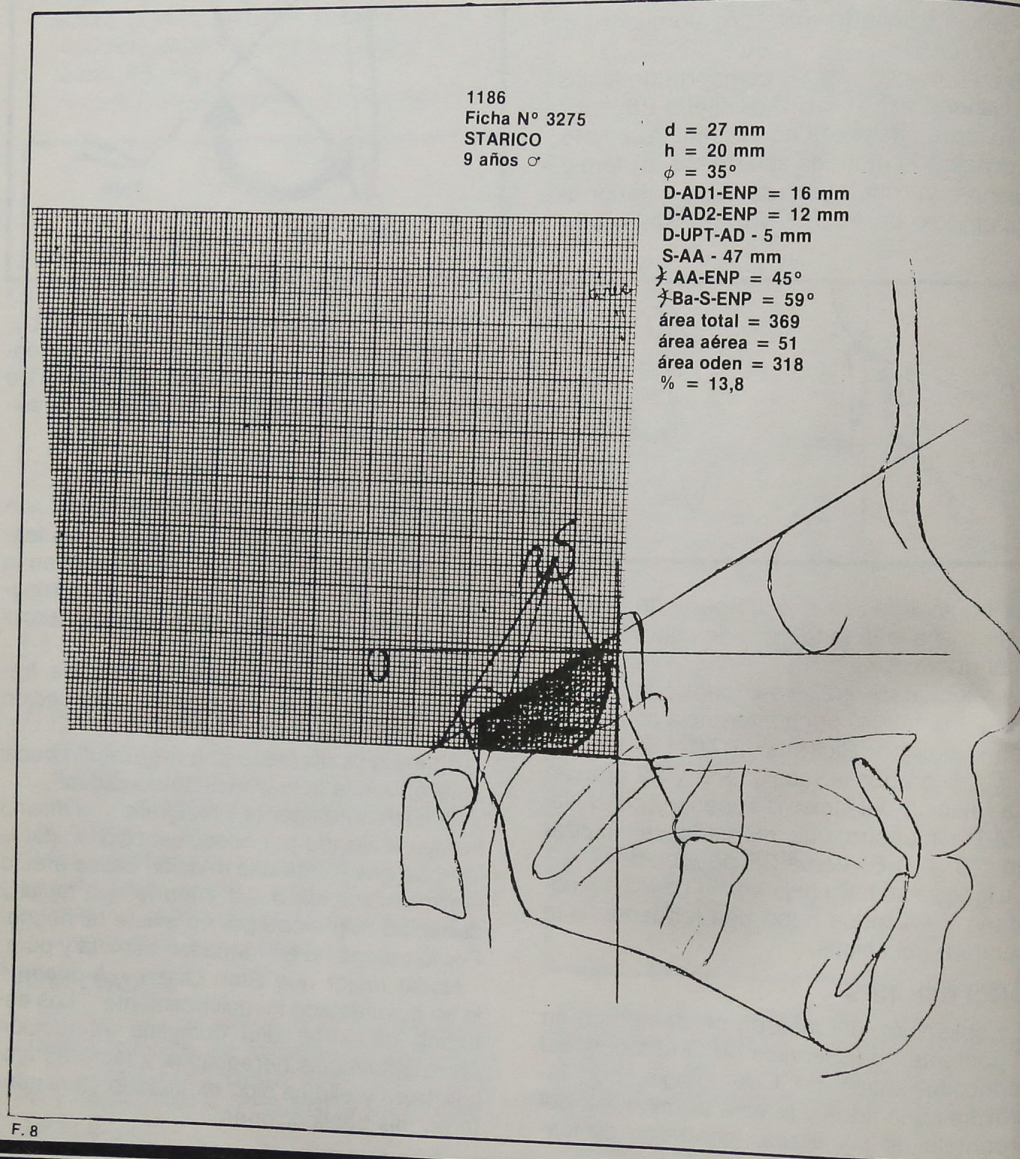
En los dolicofaciales con respiración bucal se produce la típica "facies adenoidea".

Una recorrida por la bibliografía y el mismo trabajo realizado por nosotros, podrían dar la idea de que existe una relación causa-efecto entre respiración bucal y morfología facial y dentición. Sin embargo, no existe tal hecho. Por lo menos no en forma tan estricta y pura.

Nadie mejor que Sten Linder - Aronson¹⁶ lo ha manifestado inequívocamente: "Los estudios muestran una compleja interacción entre influencias hereditarias y factores ambientales y ello ha sido expresado claramente en mis publicaciones".

Debe quedar claro que un solo factor, como la hipertrofia adenoidea, no puede influir tanto sobre morfologías que dependen de muchos otros factores (herencia, hábitos, etc.).

Por otra parte, tampoco puede ser subestimada al punto de ignorarla. La hipertrofia adenoidea (visible en las radiografías) es susceptible de ser medida, dándonos el porcentaje de vía aérea que queda libre para el paso



F. 8

TABLA I

Dato/Ficha	8 1	12 5	12 6	8 7	8 12	8 11	8 2	8 3	13 4	5 8	9 9	7 10	10 11	8 13	10 14	8 15	7 16	11 17	$\bar{x}$	s
d	26	32	25	39	28	26	26	26	34	30	27	25	29	34	26	34	31	27	29,30	$\pm 4,06$
h	24	20	25	25	45	20	21	21	21	19	20	20	20	21	19	20	21	22,5	22,50	$\pm 6,19$
ϕ	34°	27°	32°	35°	36°	31°	35°	35°	29°	24°	35°	34°	29°	20°	24°	26°	28,5°	30°	29,9	$\pm 4,6$
D-AD1:ENP	5	18	15	12	15	6,5	6	7	10	16	16	10	8	14	9	6	13	10	10,61	± 4
D-AD2:ENP	9	10	13	9	8	9	10	7	8	12	12	8	5,5	13	8	10	10	9	9,32	± 2
D-VPT-AD	3	11	10	6	9	4,5	5	6	6	6	5	2	3	10	6	6	7	3,5	6,05	$\pm 2,63$
S-AA	44,5	50	45	42	53	47	49	59	45	45	47	50	46	50	47	47	40	55	48,02	$\pm 4,65$
S-AA-ENP	44°	35,5°	35°	42°	38°	41,5°	40°	40°	33°	45°	45°	40°	50°	46°	45°	47°	44,5°	37,5°	41,41	$\pm 4,67$
Ba-AA-ENP	66°	58°	60°	60°	62°	66°	61,5°	60°	54°	59°	59°	57°	68°	65°	68°	66°	57°	60°	61,61	$\pm 4,19$
Area aérea	28	135	131	39	88	56	44	96	59	51	51	56	43	124	70	85	81	42	70,3	$\pm 36,0$
Area adenoides	324	356	320	245	455	386	390	460	295	318	318	349	265	333	350	373	371	404	352,5	$\pm 58,09$
% vía aérea	8,6	27,4	29	13,7	16,2	12,6	10,1	17,2	16,6	13,8	13,8	13,8	13,9	27	16,6	18,5	17,9	9,4	16,6	$\pm 6,07$

NORMAS PARA LAS MEDICIONES DE LA VIA AEREA

MEDICIÓN	VARÓN			MUJER		
	6 años	16 años	6 años	16 años	6 años	16 años
Porcentaje de vía aérea	$\bar{X}$ 50,55 S 15,85	63,96 12,80	50,99 13,49	62,68 16,09		
D-AD1:ENP	$\bar{X}$ 20,66 S 5,50	26,48 5,45	14,74 5,69	26,32 4,28		
D-AD2:ENP	$\bar{X}$ 15,89 S 3,53	22,44 4,26	14,93 3,52	21,78 4,67		
D-VPT-AD	$\bar{X}$ 7,07 S 3,84	14,59 6,10	7,02 3,87	14,56 4,70		

$\bar{X}$: media S: desviación estándar

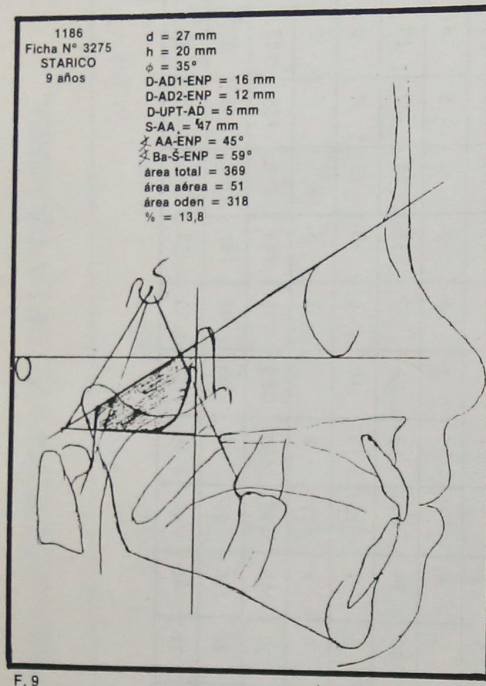
Dimensions du nasopharynx d'après C. S. Handelman et G. Osborne
(Angle orthodontist, vol 46, n° 3, July 1976, page 248)

Age ± 6 mo.	N	Np Area (mm²)		Np height (mm)		Np depth (mm)		Θ in degrees	
		m	f	m	f	m	f	m	f
0y 9m	5	245 ± 64	184 ± 90	15,6 ± 1,7	15,1 ± 1,8	30,6 ± 2,6	30,3 ± 2,9	26,2 ± 3,7	31,3 ± 3,5
1y 9m	3	257 ± 78	260 ± 71	16,3 ± 1,5	17,6 ± 2,8	28,2 ± 4,9	32,0 ± 2,9	27,8 ± 3,7	30,5 ± 2,5
2y 9m	3	303 ± 61	288 ± 82	17,7 ± 1,3	18,5 ± 2,3	29,3 ± 1,6	30,7 ± 2,4	26,7 ± 2,5	30,7 ± 3,4
3y 9m	5	301 ± 90	343 ± 36	18,5 ± 2,4	20,2 ± 1,4	27,8 ± 2,0	30,3 ± 3,0	29,2 ± 3,4	30,5 ± 1,8
4y 9m	6	334 ± 72	350 ± 42	19,9 ± 1,9	21,0 ± 1,4	27,7 ± 1,5	27,8 ± 1,0	29,8 ± 3,2	30,1 ± 1,3
5y 9m	5	332 ± 85	363 ± 70	19,7 ± 2,5	21,6 ± 1,9	27,4 ± 2,1	28,5 ± 2,3	29,3 ± 3,7	32,0 ± 1,9
6y 9m	5	355 ± 84	409 ± 55	20,4 ± 2,1	21,8 ± 1,2	27,9 ± 1,9	29,5 ± 2,7	29,1 ± 2,7	28,2 ± 4,5
7y 9m	6	364 ± 69	453 ± 68	21,1 ± 1,9	23,9 ± 2,2	27,7 ± 2,3	30,1 ± 1,9	30,1 ± 3,6	30,1 ± 3,1
8y 9m	6	395 ± 79	479 ± 55	22,3 ± 2,3	24,4 ± 2,4	27,3 ± 2,5	30,8 ± 1,2	30,3 ± 3,6	29,6 ± 1,8
9y 9m	6	435 ± 88	484 ± 50	23,6 ± 2,3	24,9 ± 2,2	27,8 ± 3,4	31,2 ± 2,6	30,1 ± 2,8	30,8 ± 3,6
10y 9m	6	451 ± 84	490 ± 56	24,0 ± 2,7	25,3 ± 2,0	27,8 ± 8,3	31,4 ± 2,0	29,5 ± 4,0	31,6 ± 3,4
11y 9m	6	490 ± 93	532 ± 30	25,3 ± 2,8	26,2 ± 2,0	28,7 ± 3,6	31,8 ± 2,0	29,8 ± 4,2	30,3 ± 5,0
12y 9m	6	507 ± 101	574 ± 31	25,6 ± 2,8	27,3 ± 2,0	28,8 ± 3,5	32,1 ± 2,2	29,2 ± 3,9	30,3 ± 4,6
13y 9m	6	522 ± 141	504 ± 49	26,3 ± 3,1	27,3 ± 2,2	29,0 ± 4,5	31,8 ± 2,4	30,5 ± 3,1	29,2 ± 3,0
14y 9m	6	558 ± 128	560 ± 70	27,7 ± 2,2	27,2 ± 2,6	29,3 ± 5,3	31,0 ± 2,0	31,0 ± 2,9	30,2 ± 5,3
15y 9m	6	567 ± 125	576 ± 77	28,1 ± 2,6	27,4 ± 2,7	28,9 ± 4,5	31,4 ± 1,7	30,1 ± 2,5	29,8 ± 6,0
16y 9m	5	544 ± 86	585 ± 28	27,8 ± 2,4	28,0 ± 2,6	28,1 ± 3,0	32,0 ± 0,9	31,2 ± 1,9	31,0 ± 7,3
17y 9m	4	638 ± 138	553 ± 87	29,0 ± 2,8	28,9 ± 3,1	31,0 ± 4,6	31,2 ± 2,2	29,0 ± 3,6	29,2 ± 2,1

TABLA III

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	$\bar{X}$	S
Eje facial	90	85	89	84	82	86	82	91	89	80	88	82	83	81	86	87	86	85,35	+ 3,3
Prof. facial	89	87	79	85	85	80	84	84	89	86	86	85	86	85	83	85	86	84,9	+ 2,5
Plano mandibular	25	28	27	32	25	28	28	28	22	30	30	28	28	31	26	26	31	27,8	+ 2,5
Cono facial	65	65	72	62	69	71	67	67	69	64	69	67	66	64	70	68	65	67,05	+ 2,7
Altura facial anterior	42	50	43	49	46	45	50	46	43	50	48	50	48	48	43	47	46	46,7	+ 2,7
Arco mandibular	23	29	39	23	25	28	21	24	27	27	32	21	24	27	38	22	33	28,4	+ 6,9
Convexo	0	5	1	0	4	3	4	1	4	4	7	4	7	6	6	4	2	3,6	+ 2,2
T APo	0	4	0	2	3	5	2	0	3	3	7	2	5	6	2	3	0	2,7	+ 2,1
T APo	18	26	21	32	20	34	20	19	24	17	34	20	20	27	32	22	18	23,7	+ 5,9
6 PTV	14	14	10	13	9	9	13	10	10	8	18	13	9	9	11	11	10	11,2	+ 2,5
Línea E	- 2	0	- 2	6	- 4	4	- 1	- 2	1	- 3	5	- 1	1	2	2	1	0		
1 - 1	145	115	139	132	132	109	119	150	125	139	116	119	135	107	119	132	138	127,7	+ 12,6
T PI-Mand.	82	95	93	94	92	110	93	87	98	87	107	93	93	97	110	95	85	94,7	+ 8,02
1 - A-Po	19	39	21	15	28	40	41	19	32	23	30	41	25	46	30	27	25	29	+ 9,8

del aire. Este dato debe ser considerado y sumado a todos los que habitualmente maneja el ortodoncista. Dicha consideración va a permitirle la toma de una decisión terapéutica dentro de un contexto global, que muchas



BIBLIOGRAFIA

- (1) RICKETTS, R.M.: Respiratory obstruction syndrome. Am. J. Ortho. 54: 495-507 1968.
- (2) HARVOLD, E.: Experiments on development of dental malocclusion. Am. J. Orthod. 61: 38 - 4 1972.
- (3) HARVOLD, E.: Primate experiments on oral sensation and dental malocclusions. Am. J. Orthod. 63: 494 - 508 1973.
- (4) RICKETTS, R. M. et al: Técnica bioprogresiva de Ricketts. Ed. Panamericana. Buenos Aires 1983.
- (5) LINDER - ARONSON, S.: Adenoids: their effect on mode of breathing and nasal airflow an their

relationship to characteristics of the facial skeleton and the dentition; Acta oto-laryngologica. Supplementum 265 1970.

RESUMEN

Se describe un método cefalométrico en radiografías laterales para la evaluación de la obstrucción de la vía aérea por hipertrofia adenoidea.

Se aplica dicho método a 58 pacientes, de los cuales 17 presentan obstrucción. Luego se miden características craneofaciales en dichos pacientes.

SUMMARY

A description of a cephalometric method is made, in lateral x - rays, for the evaluation of the obstruction of the airway through adenoideal hypertrophy.

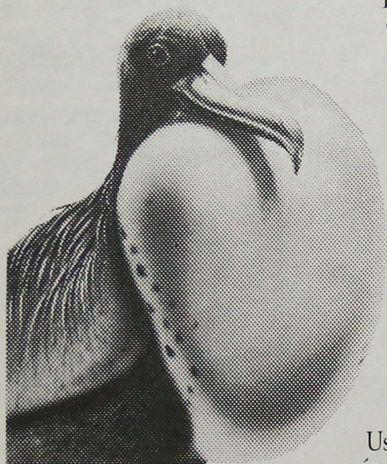
The method is applied to 58 patients, of whom 17 showed obstruction. Craniofacial characteristics in the said patients are afterwards measured.

- (6) HOLMBERG, H., LINDER - ARONSON, S.: Cephalometric radiographs as a means of evaluating the capacity of the nasal and nasopharyngeal airway. Am. J. Orthod. 76: 479 - 490 1979.
- (7) HANDELMAN, G. S., OSBORNE, G.: Growth of the nasofarynx and adenoids development from one to eighteen years: Angle Orthodontist 46: 3: 243-259 1968.
- (8) RICKETTS, R. M.: The cranial base and soft

- structures in cleft palate spech and breathing plastic and reconstructive surgery. 14: 947-71 1954.
- (9) FRIEDENTHAL, M.: Diccionario Odontológico. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires 1981.
- (10) LANGLADE, M.: Diagnostic Orthodontique. Maloine Editeur. Paris 1981.
- (11) DURAN, J.: Interrelación entre el crecimiento máxilofacial y el síndrome de obstrucción respiratoria, a propósito de un caso. Rev. Esp. Ortod. 13: 35 - 44 1983.
- (12) GRAVER, T. M., NEUMANN, B.: Aparatología ortodóntica removible. Ed. Panamericana. Buenos Aires 1987.

- (13) COSTA CAMPOS, A.: Ortodoncia actual. Ed. Doyma. Barcelona 1987.
- (14) HARROLD: The role of function in the etiology and treatment of malocclusion. AJO 1973; 63: 494 - 508.
- (15) BIMTER, H. P.: Nuevos puntos de vista sobre la etiología de la progenie. Rev. Esp. Ort. 1971; 1: 29 - 53.
- (16) LINDER - ARONSON, STEN: Am. J. Orthod. 1983; 5: 443 - 444.

Asómbrese



La Tierra esconde otro planeta.
Galápagos.
Algo distinto a todo lo que vio.
Descúbralo.

Embárguese en un
crucero de reconocido
confort.

Y viva la emoción de
conquistar lo
desconocido.

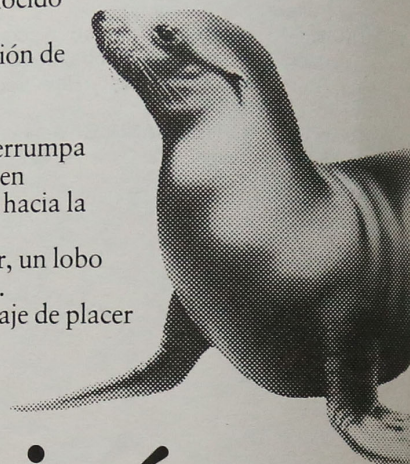
Por favor, interrumpa
su baño de sol en
cubierta y mire hacia la
costa.

En pleno Ecuador, un lobo
marino lo aplaude.

Usted no eligió un viaje de placer
más.

Elegió Galápagos.

Otro planeta en nuestro planeta.



Felicítese



ECUATORIANA
¡Excelente Elección!

Suipacha 1065 - Capital Federal - TE. 311-3010/19/0911/14

AGENTES GENERALES

LA PLATA Y ZONA SUR DE GRAN BUENOS AIRES - Sr. Hugo Geist - Calle 49 N° 876, P. 3 "E" - Tel. (021) 24-6547/32017
ZONA NORTE Y OESTE DE GRAN BUENOS AIRES - Sr. Oscar Travnick - San Martín 64, P. 3 Of. 33 - San Martín - Tel. 753-2211
CIPOLLETTI (Rio Negro) - Sr. Bruno Caellarich - España 276 - P. 6 "D" - Tel. (0943) 71031 - Tx. 84222
CORDOBA - Sr. Juan M. Couto - Av. Colón 119, P. 3 Of. 9 - Tel. (051) 46174 - Tx. 51504
MAR DEL PLATA - Sr. Patricia Schaefer - Córdoba 1886, P. 7 Of. 74 - Tel. (023) 4-9849 y 4-3429
MENDOZA - Juan Luis Biedma - Rivadavia 180 - Tel. 245248
ROSARIO - Sr. María L. Pedemonte - Sarmiento 854, P. 4 Of. 8 y 9 - Tel. (041) 249025 - Tx. 41647 LAUPE
ASUNCION (Paraguay) - Sr. Oscar Diaz de Bedoya - 15 de Agosto 588 - Tel. 447069
MONTEVIDEO (Uruguay) - Colonia 981, P. 2 - Tel. 900316/913570

OPERADORES TURISTICOS

TRAVELCLUB
Leg. 3141 - Para informes:
Tel. 40-1646

VACACIONES 2000
Lavalle 750 - P. 3 "E"
Tel. 393-6812 394-0266
Res. 135/78 - Leg. 1582
Res. 1106/73 - Leg. 0039

O.T. GUIMELL S.A.
Tre. Gral. Perón 537 - P. 3 "A"
Tel. 394-4073/4165/4172/1687
E.V.T. Leg. 3668 - Res. 378/83

WAGONS LITS
Córdoba 746
Tel. 322-5054/5134
Res. 1049/72 - Leg. 0082

ESPINDOLA VIAJES
Esmeralda 1066 P. 2 "I"
Tel. 311-8776/8861/8886
Res. 726/77 - Leg. DNT 1523

Decontaminación, Desinfección y Esterilización en Odontología

ENRIQUE CALDERON *
JORGE MIGUEL GARCIA **

Este tema, que no es un tema nuevo, ha cobrado mayor interés por la inclusión del personal de odontología en los grupos de riesgo de hepatitis B y SIDA.

En esta comunicación nos vamos a referir a los efectos de los diversos procedimientos preventivos como son la decontaminación, desinfección y esterilización.

A pesar de que son términos y prácticas su-
uestamente conocidos, la experiencia de-
uestra que esto no es así y que hay un ele-
mental desconocimiento tanto de la termino-
logía utilizada como de la eficiencia y meca-
nismo de acción de los germicidas.

Todo esto se traduce en la incorrecta elec-
ción y aplicación de estas técnicas. Estas
eficiencias también se registran en el nivel
ficial, pues no hay regulaciones ni controles
de calidad de los equipos y germicidas ofre-
cidos por los laboratorios.

Por otra parte, existe el concepto, no
siempre correcto, de que los últimos prepa-
rados, los más nuevos, son mejores que los
anteriores, y vemos que así se utilizan en
muchos casos desinfectantes de reciente
aparición y alto costo, cuando se disponen
de otros más baratos y efectivos.

Ante este panorama, nuestra intención es
aclarar algunos conceptos en este tema, es-
pecialmente referido a su utilización en odon-
tología.

DEFINICIONES

La terminología referente a las drogas anti-
infecciosas es algo confusa y muchas veces,
en el lenguaje médico corriente, no se emple-
an los términos en el sentido de su definición
estricta.

ANTISEPTICOS

Son agentes químicos capaces de matar o
inhibir el crecimiento de los microorganismos
de una manera más o menos inespecífica y
que se aplican sobre el individuo o la materia
viva.

DESINFECTANTES

Son agentes físicos o químicos con pro-
piedades similares a los antisépticos, pero
destinados a actuar sobre materiales inertes.

DECONTAMINACION

Son técnicas o procedimientos utilizados pa-
ra reducir el número de microorganismos pa-
tógenos en objetos o sustancias supuesta-
mente contaminados en un nivel que no impli-
que riesgo de infección para el operador.

* Bacteriólogo. Policlínica Bancaria,
Buenos Aires.

** Servicio de Cirugía. Ateneo Argentino
de Odontología.

Unidad Cirugía Buco-Máximo-Facial.
Policlínica Bancaria, Buenos Aires.

ESTERILIZACION

Es la eliminación de toda forma de vida de interior o superficie incluyendo formas de resistencias, es decir las esporas.

DESINFECTANTES

La manipulación y preparación adecuada de los instrumentos en el consultorio dental debería proveer idealmente al profesional de instrumental totalmente libre de bacterias, virus, esporas viables y al mismo tiempo sin deteriorar los mismos.

La necesidad absoluta de lograr este ideal se hace más imperiosa a medida que se conocen nuevos hechos sobre la posible transmisión de enfermedades graves en el consultorio odontológico.

Estudios recientes han arrojado luz sobre el problema de la diseminación de la Hepatitis B en los consultorios dentales y han recalcado la importancia del estado del portador de esa enfermedad entre los odontólogos.

La incidencia de Hepatitis es alta, esto obliga a presumir que todos los pacientes son portadores potenciales, y hace imperativo que todo el instrumental odontológico sea esterilizado de una manera efectiva. Aquellos instrumentos que no puedan esterilizarse por calor por su termolabilidad, deberán ser sometidos a procedimientos alternativos, como ser esterilización química utilizando esterilizantes gaseosos (óxido de etileno) o líquidos

(glutaraldehído) o desinfección de alto nivel de actividad que incluyan a las formas de mayor resistencia.

Los agentes con capacidad desinfectante han sido clasificados de alto, intermedio bajo nivel en cuanto a la actividad relativa de la sustancia química contra las bacterias vegetativas, bacilo de la tuberculosis, esporas bacterianas y virus. (Cuadro I).

En el Cuadro II se muestran distintos métodos de desinfección, esterilización y antisepsia. Incluyendo las concentraciones de uso en cada caso. Se observa en este cuadro que algunos compuestos pueden ser incluidos como desinfectantes o antisépticos de acuerdo con la concentración y condiciones usadas. También se describen los niveles de desinfección de cada una de las sustancias enumeradas de acuerdo con la clasificación del Cuadro N° 1.

En la práctica los procedimientos de alto nivel de actividad son casi equivalentes a la esterilización. Los niveles de actividad intermedia no necesariamente matan a los endosporos pero si inactivan al bacilo de la tuberculosis y las esporas asexuadas de los hongos.

CARACTERISTICAS DE LOS DESINFECTANTES Y FACTORES QUE INFLUYEN EN SU ACCION

Un desinfectante o antiséptico debe reunir idealmente una serie de condiciones que

CUADRO I

NIVELES DE ACTIVIDAD GERMICIDA

	BACTERIAS			HONGOS	VIRUS	
	Vegetativa	Bacilo tuberculoso	Esporas		Lipídicos	No Lipídicos
ALTO	+	+	+	+	+	+
INTERMEDIO	+	+	-	+	+	+
BAJO	+	-	-	+	+	-

CUADRO II

MÉTODOS DE DESINFECCION Y ESTERILIZACION

Método	Nivel o Concentración	Nivel de Actividad
ESTERILIZACION CALOR		
Calor húmedo (bajo presión)	121 °C-132 °C (ciclo prevaciado)	
Calor seco	171 °C/hora-160 °C/2hs. 121 °C/16 hs. o mayor	
GAS		
Oxido de etileno	450-5000 mg/1 a 55-60 °C	
LIQUIDO		
Glutaraldehído acuoso	Variable	
Peróxido de hidrógeno estabilizado	6-25%	
Formaldehído acuoso	6-8%	
Yodoformo	750-5000 mg/1	
DESINFECCION CALOR		
Calor húmedo (Pasteurización)	75-100 °C	Alto
LIQUIDO		
Glutaraldehído acuoso	2%	Alto
Peróxido de hidrógeno estabilizado	3-6%	Alto
Formaldehído acuoso	1-8%	Alto
Yodoformo	30-50 mg. de yodo libre/litro	Intermedio
Formaldehído-Alcohol	8% en alcohol 70%	Intermedio
Compuestos clorados	500-5000 mg. de cloro disponible/litro	Intermedio
Alcoholes (etílico, isopropílico)	70%	Intermedio
Alcohol yodado	0,5% en alcohol 70%	Intermedio
Compuestos fenólicos acuosos	0,5-3%	Bajo a Inter.
Compuestos de amonio Cuaternarios acuosos	0,1-0,2%	Bajo
Yodo acuoso	1%	Intermedio
ANTISEPSIA		
Alcohol (etílico, isopropílico)	70%	Intermedio
Yodoformo	1-2 mg. de yodo libre/litro	Inter. a Bajo
Clorhexidina	0,75-4%	Bajo
Hexaclorofeno	1-3%	Bajo
Paraclorometaxilenol	0,5-4%	Bajo
Compuestos mercuriales	0,1-0,2%	Bajo

aseguren una efectividad máxima del procedimiento. Sin embargo, en la práctica, esto no se logra y habrá que optar en cada caso por el desinfectante más apropiado. Para elegir un buen germicida debería tenerse presente las condiciones que se detallan en el cuadro III.

FACTORES QUE AFECTAN LA ACCION DE LOS DESINFECTANTES Y ANTISEPTICOS

Ya hemos visto que los desinfectantes no tienen la misma actividad sobre los distintos tipos y estados de los microorganismos (por ejemplo esporas bacterianas, bacilo TBC, virus, etc.). Además, existen diferencias en la

resistencia a los desinfectantes entre las formas vegetativas de diferentes especies bacterianas.

Por otra parte, los microorganismos pueden ser protegidos de la acción de los desinfectantes por restos de pus, sangre u otros materiales inertes que, al mismo tiempo, pueden inactivar al germicida. Finalmente, la acción de los microorganismos depende fundamentalmente del tiempo de acción, temperatura y pH del medio (Cuadro III).

En los cuadros IV y V se resumen las características de los distintos desinfectantes y antisépticos en cuanto a su actividad antibacteriana (contra distintos grupos o géneros bacterianos: su rapidez de acción, su inactivación

en presencia de mucus o proteínas, etc.); esta tabla nos permite tener una idea más acabada de las ventajas y desventajas de cada compuesto y, por ende, de las situaciones en las cuales puede ser aplicado. En los cuadros VI y VII se han seleccionado algunos de los procedimientos de desinfección y esterilización química más comunes incluyendo las concentraciones y la duración del tratamiento.

Decontaminación

Todos los elementos (instrumental, cubetas para impresiones, eyectores, etc.) una vez utilizados en la atención de pacientes o que sirven para guardar o transportar a dichos elementos, serán sometidos a un proceso de decontaminación antes de su manipulación por parte del personal. Una vez decontaminados estos elementos serán sometidos al proceso de lavado, secado y esterilizado de la siguiente manera:

DECONTAMINACION

1. Decontaminación de material descartable:

Este material debe someterse a este proceso de decontaminación antes de su descarte definitivo. Esto se logra con alguno de los siguientes procedimientos:

- 1.1. - Autoclavado: Autoclave de presión durante 30' a 1,5 atmósfera.
- 1.2. - Ebullición durante 10' en "marmita" de agua.
- 1.3. - Utilización de un desinfectante de gran poder microbicida.

Ej. Hipoclorito de Na (concentración de 500 a 5.000 partes por millón) de 1:5 a 1:100 (10 a 30').

- 1.1.4. - en el caso particular de las agujas descartables (cuando la jeringa es la clásica de metal, tipo Carpule), que deberán ser cubiertas por su protector plástico después de usadas y antes de ser decontaminadas se propone el siguiente procedimiento:

una vez retirados los capuchones se colocarán en una gradilla (telgopor, metal o plástico) con la abertura hacia arriba. Una vez realizada la anestesia, la aguja conectada a la jeringa será insertada en el capuchón más largo, y una vez retirada de la jeringa, introducida en el capuchón más corto y enviada para la decontaminación.

- 1.1.5. - En caso de utilizarse conjuntos descartables (jeringas + agujas) una vez cubierta la parte activa de la aguja, como indica el punto anterior, se decontaminará y se descartará todo el conjunto.

1.2. Decontaminación de material reutilizable:

Este material podrá ser sometido a distintos procedimientos de acuerdo con su termolabilidad y/o posibilidad de corrosión.

1.2.1. Material termoestable

Estos elementos serán sometidos al autoclavado durante 30' a 1,5 atmósfera de presión.

1.2.2. Material termolábil o que pueda ser afetado o modificado por el autoclavado.

Estos elementos podrán ser decontaminados y desinfectados mediante su introducción en sustancia química cuya elección dependerá del material que se quiera tratar. Por ejemplo:

- a) Glutaralhdidos al 2% durante 30' (ej. glutarex).
- b) Formaldehdidos (Formaldehído al 8% en etanol al 70%).
- c) Yodosforos (Pervinox - Betadyne - Difexon - etc.).
- d) Compuestos clorados (Hipoclorito 500 a 5.000 x millón).
- e) Amonios cuaternarios (30) (DG - 6, Esterildine, etc.).

Con la precaución de renovarlo al menos

CUADRO III

CARACTERISTICAS QUE DEBE POSEER UN BUEN DESINFECTANTE

- 1 - Gran actividad
- 2 - Amplio espectro
- 3 - Estable
- 4 - Homogéneo
- 5 - Soluble
- 6 - Penetrante
- 7 - No tóxico, no alergénico, no irritante
- 8 - Acción detergente
- 9 - No corrosivo
- 10 - No debe manchar ni colorear
- 11 - Compatibilidad
- 12 - Inoloro o desodorizante
- 13 - Económico

FACTORES QUE AFECTAN LA ACCION DE LOS DESINFECTANTES Y ANTISEPTICOS

- 1 - Tipo y número de microorganismos
- 2 - Estado del microorganismo (forma vegetativa o espora)
- 3 - Presencia de materia orgánica
- 4 - Temperatura
- 5 - pH
- 6 - Composición química del solvente o diluyente

CUADRO N° IV

GRUPO	ANTISEPTICOS Y DESINFECTANTES (Características)				RAPIDEZ DE ACCION		INACTV. OBSERVACIONES
	ACTIVIDAD ANTIBACTERIANA		TB		Esporas	Desinfect. Antisept.	
	Gram +	Gram -	Pseudom. Proteus				Mucus-Prot.
1. ALCOHOLES acidificados	B	B	B	R	E	r	M C.O. 60-80% corrosivo
2. FENOLES CRESOLES	B	B	B	R	R	mr	M
Sintéticos y clorfenoles	B	B	B	R	P	r	M Irritante piel corrosivo
3. ALDEHIDOS Formaldehído	B	B	B	R	P	al	mM menos irritante y corrosivo
Glutaraldehído	B	B	B	B	R	r	M Sensibilizante
4. SURFACTANTES Amonios cuaternarios Anfólitos	B	B	B	B	R	r	L Lesiones en piel y tejidos Irritante
5. METALES Hg, Ag, Sn, Cu Merthiolate	R	B	B	N	P	1-r	P Inactivados por vs. sustancias
6. CLOROGUANIDINAS	B	B	B	N	N	mL	Mo muy M Toxicidad Bacteriostat.
Chlorhexidina	B	B	B	R	N	al	P No irritante No tóxica
7. HALOGENOS Yodo libre Yodoformos Cloro libre	B	B	B	B	R	mr	M Irritativo Menos irritat.
Cloraminas	R	B	B	R	R	r	mM Irritativo antivar
8. COLORANTES Acrídnas Flavinas Triple col.	B	R	R	N	N	L	M Menos irritat.
ALGUNAS COMBINACIONES 1 y 3	B	B	B	B	B	mr	M Bacteriostat. Coagula prot.
1, 2 y 3	mB	mB	mB	B	B	mr	Mo Corrosivo irritante
1 y 7a	mB	B	B	B	B	mr	Mo " "
1 y 7c	B	B	B	R	B	r	M Irritativo Buen antivar

Referencias: B = Bueno, R = regular, P = pobre, N = ninguna, mP = muy pobre, E = escasa, mB = muy bueno, r = rápida, mr = moderada, al = algunos lenta, Mo = moderada, L = lenta.

CUADRO V

EFICACIA RELATIVA DE DESINFECTANTES Y ANTISEPTICOS DE USO HOSPITALARIO

TIPO	DESINFECTANTE	ANTI-SEPTICO	OBSERVACIONES
GAS			
Oxido de Etileno	3-4	0	Esporicida, tóxico. Buena penetración. Requiere humedad relativa del 30% o más. Su actividad varía con el tipo de aparato usado. Absorbido por materiales porosos. Esporas secas muy resistentes.
LIQUIDO			
Glutaraldehído (acuoso)	3	0	Esporicida, tóxico. La solución activa es inestable.
Peróxido de hidrógeno estabilizado	3	0	Esporicida. Solución de uso estable por más de 6 semanas. Tóxico por vía oral y ocular. Leve toxicidad cutánea. Muy poca inactivación por materia orgánica.
Formaldehído + alcohol	3	0	Esporicida, vapores irritantes Tóxico volátil.
Formaldehído acuoso	1-2	0	Esporicida, vapores irritantes Tóxico.
Compuestos fenólicos	3	0	Estable, corrosivo. Escasa inactivación por materia orgánica. Irritativo en la piel.
Compuestos clorados	1-2	0	Acción rápida. Inactivado por materia orgánica. Irritativo en la piel.
Alcohol	1	3	Microbicida rápido, excepto para esporas y algunos virus. Volátil inflamable. Seca e irrita la piel.
Yodo + alcohol	0	4	Microbicida muy rápido. Corrosivo. Irrita la piel. Tiñe. Inflamable.
Yodoformos	1-2	3	A veces inestable. Tinción transitoria. Corrosivo.
Yodo, acuoso	0	2	Microbicida rápido, corrosivo. Tinción en telas y piel.
Amonios cuaternarios	1	0	Inactivado por jabones y amonios, absorbido por telas. Soluciones diluidas o viejas permiten el crecimiento de bacilos gram negativo.
Hexaclorofeno	0	2	Insoluble en agua. Soluble en alcohol. No inactivado por jabón. Bactericida débil.
Clorhexidina	0	3	Soluble en agua y alcohol. Bactericida débil.
Mercuriales	0	+	

Referencias de niveles de EFICACIA:

3-4 ALTO

2 REGULAR

1 BAJO

0 BAJO A NULO O NO INDICADO

CUADRO N° VI

AGENTES QUIMICOS ESTERILIZANTES

Producto químico	Duración del Tratamiento
8% Formaldehído acuoso	10 Horas a temperatura ambiente
8% Formaldehído en 70% de alcohol	10 Horas a temperatura ambiente
2% Glutaraldehído alcalino	10 Horas a temperatura ambiente
2% Glutaraldehído ácido	1 Hora a 60° C
Oxido de etileno	10 Horas a temperatura ambiente

CUADRO N° VII

AGENTES DESINFECTANTES QUIMICOS

Productos químicos	Duración del Tratamiento
3% Formaldehído acuoso	30 Minutos a temperatura ambiente
2% Glutaraldehído ácido	10 Minutos a temperatura ambiente
2% Glutaraldehído alcalino	10 Minutos a temperatura ambiente
1% Solución de cloro disponible (Agua de lavandina o lejía comercial o Hipoclorito de sodio diluido 1:5)	30 Minutos a temperatura ambiente
1% Solución yodada	30 Minutos a temperatura ambiente

diariamente y evitar el contacto con jabones que lo inactivan.

3.4. - En cada consultorio se realizarán diariamente dos tandas de esterilización, una por cada turno.

3.5. - Deberá evitarse la "esterilización continuada".

Para la desinfección de las impresiones, se deberá considerar la eficiencia del desinfectante, así como también los cambios dimensionales por efecto de los mismos, que varían de acuerdo con los materiales utilizados.

Se observa en la tabla siguiente que en las impresiones de alginato el desinfectante más

adecuado sería el hipoclorito de Na. En el caso de las siliconas, se puede utilizar cualquiera de los tres desinfectantes (glutaraldehído, formaldehído e hipoclorito).

Con los polisulfuros (ej.: permlastic), el glutaraldehído no afecta la impresión, mientras que el formaldehído y el hipoclorito de Na pueden producir algunas variaciones.

Como recomendación general se aconseja lavar cuidadosamente todas las impresiones en agua corriente para eliminar sangre y saliva antes de proceder a su decontaminación en algunos de los desinfectantes mencionados.

Debido a la gran variedad de materiales para impresiones, debe consultarse con

Impresión
(Material)

Comparación de cambios dimensionales en relación al mantenimiento de la impresión en SECO

	Agua	Glutaraldehído	Formaldehído	Hipoclorito
Pastas Zincénolicas - Oxido de Cinc y Eugenol	NS	NS	NS	MS
Alginatos	MS	MS	MS	NS
Siliconas	NS	NS	NS	NS
Polisulfuros (permlastic)	PS	NS	PS	PS
Polieter (impregum)	MS	MS	MS	—

Referencias: MS = muy significativos

NS = no significativos

PS = poco significativos

proveedor-fabricante sobre el desinfectante más adecuado para cada caso.

Las piezas de mano y los contraángulos (las que son autoclavables), serán esterilizadas con autoclave o sometidas a desinfección con yodoformos, glutaraldehído o hipoclorito; las fresas con glutaraldehído, yodoformos o formaldehído.

El uso de guantes debe ser obligatorio en todos los procedimientos odontológicos, tanto

por los profesionales como por las asistentes dentales y mucamas.

De ser posible se recomienda el uso de material descartable; en caso de no contar con el mismo, se debe proceder, en cuanto al cuidado de las normas de bioseguridad, en forma tal, que se pueda minimizar el riesgo de transmisión de infecciones de pacientes a operador, de paciente a paciente y la contaminación inversa: instrumental-paciente.

RESUMEN

Los autores ponen al día el tema de decontaminación, desinfección y esterilización en odontología, diferenciando estos conceptos y analizando la utilización del calor, gases y agentes químicos.

BIBLIOGRAFIA

- Bazerque P. - Farmacología Odontológica. 1° edición. Ed. Mundi Año 1976 - 522-589.
- Centers for disease control — Recommended Infection—

SUMMARY

The distinction between the terms "decontamination", "disinfection" and "sterilization" is analyzed as an important subject, likewise heat and chemical agents utilization.

- Control practices for dentistry. MMWR 1986-35, 540-549.
- Crawford J.J. - State of the art: Practical infection

Incidencia de Dientes Retenidos

- control in dentistry. Jada 1985-110-629-633.
- Brezina A.J. - Los odontólogos y el Sida - AOA 1987-75: 77-83.
- Favero M. - Sterilization, disinfection & Antisepsis in the Hospital Manual of clinical microbiology - Ed. American society for microbiology - 1985.
- Jeral A - Goodman R - Hepatitis B and dental personnel, transmission to patients and prevention. ISSNES, Jada - 1983 - 106, 219-222.

- Sol Silverman Jr. - Aids update: oral findings, diagnosis and precaution Jada 1987 - 115: 559-561.
- Ministerio de Salud y Acción Social - Secretaría de Salud: Normas básicas para la atención odontológica de enfermos de Sida, 1987.
- Litter M. - Farmacología experimental y clínica - 1ª edición. Ed. El Ateneo. Año 1975 - 1462 - 1500.
- Terapéutica odontológica aceptada de la American Dental Association Ed. Panamericana - Mayo 1985: 120-133.

Dirección de los autores
T.M. de Anchorena 111
(1425) Buenos Aires

Estudio de 2.000 historias clínicas del
Servicio de Cirugía Buco-Máxilo-Facial
del Ateneo Argentino de Odontología.

MARIO DANIEL TORRES,
CLAUDIA E. JENSEN

Moyers¹³ señala que cualquier diente puede estar retenido, aunque los más frecuentes son, en ese orden: tercer molar inferior, canino superior, segundo premolar inferior y superior y central superior.

Archer¹ ha enumerado el siguiente orden de frecuencia: tercer molar superior, tercer molar inferior, canino superior, premolares inferiores, canino inferior, premolares superiores, incisivo central superior, incisivo lateral superior.

La sola mención de estos dos autores pone en evidencia la disparidad de criterios en este tema. Thoma¹⁴ afirma que los dientes que con mayor frecuencia quedan retenidos son los terceros molares superior e inferior, y los caninos superiores, y añade que "de los restantes, cualesquiera de ellos puede, en ocasiones, hallar tantos obstáculos a su migración que no llegue a brotar normalmente".

Grover y Lorton⁷ estudiaron 5.000 radiografías panorámicas de sujetos entre 17 y 26 años de edad, donde el 96,5 % mostraron evidencia de tener 1 o más dientes retenidos o no erupcionados. En la distribución se observó que el 97,96 % del total fueron terceros molares (52,56 % superiores y 45,40 % inferiores). Los caninos superiores representaron el 1,29 %, no existiendo ningún otro diente de esta serie que llegara a una frecuencia del 1 %. Los cuatro premola-

res en conjunto significaron el 0,43 % del total.

Dachi y Howell³ sobre 4.745 pacientes examinados encontraron 1.218 retenciones dentarias en 684 pacientes, entre las cuales había 3 caninos inferiores, 3 primeros molares inferiores y 8 segundos molares inferiores; no se hallaron molares superiores retenidos excepto terceros.

La incidencia de la retención en general tiene valores disímiles en distintos autores. Mead¹¹ encontró en 1930 un 18,8 % de retenidos en su serie; Kramer y Williams⁹, en 1970, coinciden con el 18,2 %. En cambio Meister¹², en 1977, dice que el 62 % de los 5.783 pacientes encuestados tenían 1 o más dientes retenidos.

Es indiscutible la prevalencia de los terceros molares en orden a su retención. Haidar y Shalhoub⁸ encontraron en una comunidad de Arabia Saudita que, sobre 3.681 terceros molares, 2.509 (68,1 %) estaban totalmente erupcionados y 1.173 (31,9 %) estaban retenidos.

Cabreja Hernández y otros² encuestaron 402 alumnos de la escuela de estomatología de La Habana, de los cuales el 56,6 % presentaron por lo menos un tercer molar retenido.

Debernardi et al⁴ sobre 2.000 pacientes hallaron 196 casos de terceros molares retenidos.

Respecto de los caninos retenidos, Luglie et al¹⁰ encontraron un 1,85 % en una serie de 4.927 casos. Greco⁶, en 1979, mostró una relación de 12 caninos superiores retenidos por palatino por cada uno retenido por vestibular. Fournier et al⁵ encuentran esa relación en 3 : 1.

MATERIAL Y METODO

Se analizaron¹⁵ 2.000 historias clínicas de pacientes atendidos en el Servicio de Cirugía Buco-Máxilo-Facial del Ateneo Argentino de Odontología, computándose los dientes retenidos y los dientes supernumerarios por unidad. Los dientes fueron agrupados por grupos dentarios y por piezas.

CUADRO N° 1
DISTRIBUCION SEGUN GRUPOS
DENTARIOS DE 980 PIEZAS RETENIDAS
EN 705 PACIENTES

DIENTE	CANTIDAD	%
Incisivos	7,1	7
Caninos.....	1 9 3	19
Premolares.....	1 0 1	10
Molares.....	5 1 4	52
Supernumerarios.....	1 0 1	10
TOTAL.....	9 8 0	100

Fuente: Servicio de Cirugía-Buco-Máxilo-Facial del Ateneo Argentino de Odontología

CUADRO N° 2

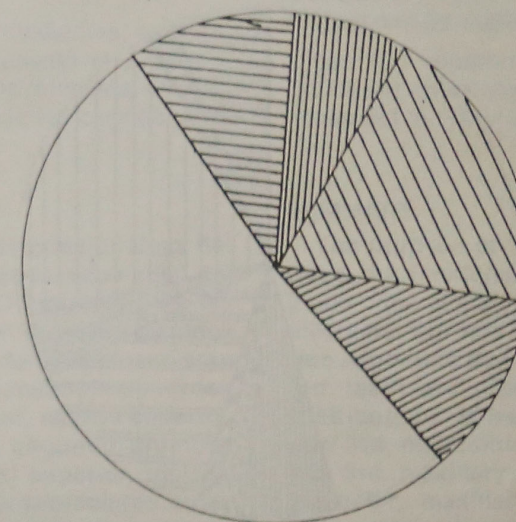
DISTRIBUCION SEGUN PIEZA DENTARIA DE
879 DIENTES RETENIDOS EN 705 PACIENTES

DIENTE	CANTIDAD	%
Incisivo central superior	55	6,2
Incisivo lateral superior	16	1,9
Canino superior	183	20,9
Primer premolar superior	16	1,9
Segundo premolar superior	16	1,9
Primer molar superior	—	—
Segundo molar superior	—	—
Tercer molar superior	114	12,9
Incisivo central inferior	—	—
Incisivo lateral inferior	—	—
Canino inferior	10	1,1
Primer premolar inferior	14	1,5
Segundo premolar inferior	55	6,1
Primer molar inferior	—	—
Segundo molar inferior	—	—
Tercer molar inferior	400	45,5
TOTAL	879	100,0

Fuente: Servicio de Cirugía Buco-Máxilo-Facial del Ateneo Argentino de Odontología

GRAFICO N° 1

DISTRIBUCION SEGUN GRUPOS DENTARIOS DE
980 PIEZAS RETENIDAS EN 705 PACIENTES



RESULTADOS

Sobre los 2.000 pacientes analizados a través de las respectivas historias clínicas, se encontraron 879 dientes retenidos y 101 supernumerarios, con un total de 980 piezas. En el cuadro N° 1 se las distribuye según grupos dentarios.

Las 980 piezas fueron halladas en 705 pacientes, que representan el 35,25 % de la muestra. No hubo diferencias destacables entre hombres y mujeres (336 y 379, respectivamente).

La distribución dentro de la muestra se exhibe en el Cuadro N° 2. Los gráficos N° 1 y N° 2 apoyan a los respectivos cuadros.

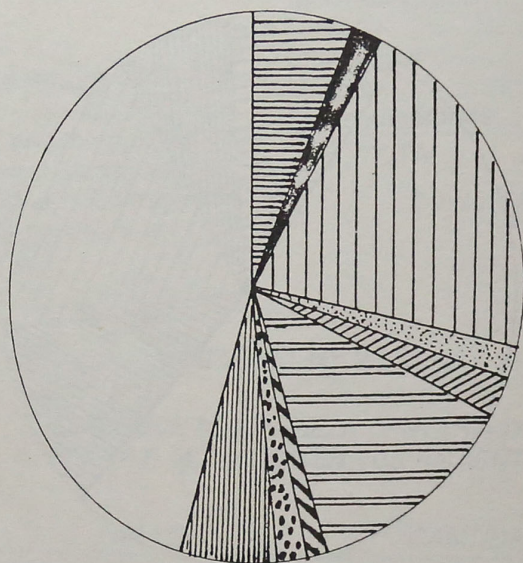
DISCUSION

La alta prevalencia de retenciones dentarias halladas en el presente estudio, se explica por tratarse de un Servicio de Cirugía Buco-Máxilo-Facial fuertemente ligado a un Servicio de Ortodoncia con práctica cotidiana de acciones interdisciplinarias.

Fuente: Cuadro N° 1

GRAFICO N° 2

DISTRIBUCION SEGUN PIEZAS DENTARIAS DE
879 DIENTES RETENIDOS EN 705 PACIENTES



Incisivos central superior



Incisivo lateral superior



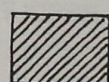
Canino superior



Primer premolar superior



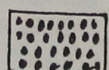
Segundo premolar superior



Tercer molar superior



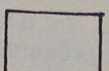
Canino inferior



Primer premolar inferior



Segundo premolar inferior



Tercer molar inferior

Surge de los cuadros que el orden de frecuencia para los dientes retenidos en los pacientes de este análisis, es: tercer molar inferior, canino superior, tercer molar superior, segundo premolar inferior, incisivo central superior, incisivo lateral superior junto a premolares superiores y primer premolar inferior con canino inferior.

Analizados por grupos de dientes, el incisivo central superior representó el 77,46 % de los incisivos superiores retenidos; el canino superior el 94,82 % de los caninos rete-

RESUMEN

Se revisaron 2.000 historias clínicas del Servicio de Cirugía Buco-Máxilo-Facial del Ateneo Argentino de Odontología, en las que se encontraron 980 dientes retenidos en 705 pacientes; 101 de esas piezas eran supernumerarias. La frecuencia por orden fue: tercer molar inferior, canino superior, tercer molar superior, segundo premolar inferior, incisivo central superior, incisivo lateral superior junto a premolares superiores y primer premolar inferior con canino inferior.

BIBLIOGRAFIA

1. ARCHER W. H. Cirugía Bucal. Ed. Mundi, Bs. As., 1968.
2. CABRERA HERNANDEZ C., DEL VALLE RUIZ M., y CUELLAR LOMBA D. Prevalencia de los terceros molares retenidos en alumnos de la carrera de Estomatología del ISCM de la ciudad de La Habana en los cursos 1975-76 y 1976-77-78, Rev. Cub. Est.: 1983; 20: 161-167.
3. DACHI S. F. and HOWELL, F. V. A survey of 3874 routine full mouth radiographs (part II). Oral Surg. 1961; 14: 1165.
4. DEBERNARDI G., DEBERNARDI C., LESO A., SACCO M. Considerazioni clinico statistiche e terapeutiche su 196 casi di ottavi inferiori ritenuti. Minerva Stomatol., 1985: 229-232.
5. FOURNIER, TURCOTTE J. and BERNARD C. Orthodontics considerations in the treatment of maxillary impacted canines. Am. J. Orth. 81 (3):236-239; 1982.
6. GRECO G. N. A propos de l'etiologie de l'inclusion des canines supérieures. Rev. Rth. Fac. 1979: 331.
7. GROVER P. S. and LORTON L. The incidence of unerupted permanent teeth and related clinical cases. Oral Surg. 1985:59:420-425.
8. HAIDAR Z. and SHALHOUB S. Y. The incidence of impacted wisdom teeth in a Saudi community. Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 1986:15:569-571.
9. KRAMER R. M. and WILLIAMS A. C. The incidence of impacted teeth in a Saudi community. Int. J. Oral Maxillofac. Surg. 1986:15:569-571.

nidos; los premolares inferiores retenidos, el 68,31 % de todos los premolares retenidos y el tercer molar inferior, el 72,82 % de los molares retenidos.

En cuanto a los supernumerarios, de los 101 que componen la muestra, 22 fueron mesiodens y 79 se alojaron en la región anterior del maxilar superior.

Los 101 supernumerarios se encontraron en 89 pacientes, de los cuales 55 fueron varones (61,8 %), y 34 mujeres (38,2 %).

SUMMARY

The purpose of this study was to determine the incidence of impacted teeth in 2.000 clinical histories of the Oral and Maxillofacial Surgery Department of the Ateneo Argentino de Odontología. 980 impacted teeth are reported in 705 patients. Distributions of frequency was at this order: 3rd. mandibular molar, maxillary cuspid, 3rd. maxillary molar, 2nd. mandibular premolar, maxillary central incisor, maxillary lateral incisor and maxillary premolars, mandibular cuspid and 1st. mandibular premolar.

- ce of impacted teeth. J. Oral Surg. 1970;29:237-241.
10. LUGLIE P. F., FIDELI L., CELLAI A., COSSI R., LISSIA M. Valutazione etiologica, epidemiologica e clinica sul problema dei canini inclusi. Minerva Stomatol. 1986;583-587.
11. MEAD S. V. Incidence of impacted teeth. Int. J. Orthod. 1930;16:885-890.
12. MEISTER F. et al. Oral health of airmen. J. Am. Dent. Assoc. 1977;16:885.

13. MOYERS R. E. Manual de Ortodoncia. Ed. M. Bs. As., 1976.
14. THOMA K. H. Cirugía Bucal. UTEHA, Méj 1955.
15. TORRES M. D. Apoyos quirúrgicos en la erupción dentaria. Tesis de doctorado. Facultad de Odontología de Buenos Aires, 1986.

Dirección de los autores:
T. M. de Anchorena 11
(1425) Buenos Aires, Argentina

La Lesión Inflamatoria Periodontal

Como lo hemos señalado en una publicación anterior, la presencia de la placa bacteriana es necesaria y suficiente para iniciar el cuadro inflamatorio gingival, conocido como "gingivitis marginal crónica", caracterizado por cambios en el color, aspecto y consistencia de la encía; aumento de la profundidad del surco gingival y, fundamentalmente, el angrado de la encía por el cepillado, la masación y aun, algunas veces, en forma espontánea.

A los efectos de una mejor comprensión de la secuencia de fenómenos que tienen lugar en la encía, conviene recordar que ella está constituida histológicamente por dos tejidos: el epitelial y el conjuntivo. El epitelial está presente en el epitelio de unión, el epitelio del surco y el epitelio oral.

El conjuntivo, cubierto por el anterior, es un tejido con abundantes fibras colágenas, fibroblastos, mastocitos, escasos leucocitos plimorfonucleares y plasmocitos y asienta un rico plexo vascular subepitelial. (Fig. 1).

El epitelio del surco es no queratinizado y, en consecuencia, semipermeable, por lo que puede ser atravesado por productos externos que se dirigen hacia el conectivo (Fig. 1 flecha a) y, a la inversa, por el fluido gingival hacia el exterior (Fig. 1 flecha b).

Una vez establecida en ese nicho ecológico tan particular como lo es la unión dento-gingival, la placa bacteriana comienza su proceso de agresión a la encía mediante los di-

ALBERTO BUSTAMANTE,
ISAAC RAPAPORT

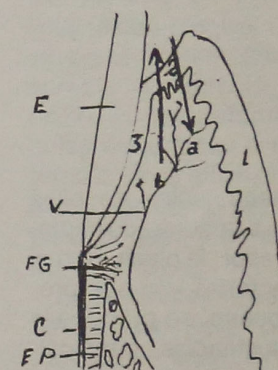


Fig.1
E: Esmalte. C: Cemento. FP: fibras periodontales. FG: Fibras gingivales. V: vaso principal. 1: epitelio oral. 2: epitelio del surco. 3: epitelio de unión.

versos productos que, en su interior, elaboran los microorganismos que la componen y desarrollan su actividad metabólica.

Entre esos productos pueden mencionarse sustancias citotóxicas (indol-ácido-acético), enzimas (colagenasa, ribonucleasa, etc.) y toxinas (endo y exotoxinas). Todas estas sustancias pueden actuar como antígenos, activando la respuesta defensiva del huésped (reacción inflamatoria e inmune), lo que, a su vez, se transforma en fuente de producción de sustancias destructoras de los tejidos (colagenasa, factor de activación de los osteoclastos, etc.).

Cuando alguno de los productos de la placa llega al tejido conjuntivo se desencadena la reacción inflamatoria aguda, caracterizada por la vasodilatación (vasculitis) de los vasos subyacentes al epitelio de unión; los leucocitos plimorfonucleares (LPMN) se marginan

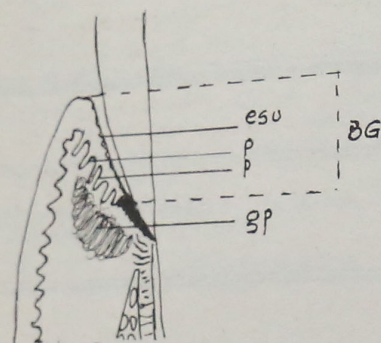


Fig. 2
BG: bolsa gingival. ESU:
ulceración del epitelio del
surco. P: papilomatosis. SP:
granuloma periodontal.

en el interior de los vasos, salen de ellos (diapedesis) y se dirigen a la zona (quimiotaxia) donde se halla el agresor: la placa, con el fin de fagocitar a las bacterias y/o sus productos. Durante este proceso, se produce la liberación de diversas sustancias, principalmente colagenasa, lo que da lugar al comienzo de la pérdida del colágeno perivascular. Todos estos fenómenos, aquí sintéticamente explicados, constituyen lo que Page y Schroeder han denominado "lesión inicial" y ocurren entre los 2-4 días de instalada la placa bacteriana.

Si la placa no es removida, la sucesión de fenómenos generada por ella continuará, observándose una mayor acumulación de LP-MN, aparición de linfocitos y aumento notable de la pérdida del colágeno.

También en el epitelio empiezan a notarse cambios. Como el conjuntivo, su habitual fuente de nutrición, sufre las alteraciones recién mencionadas, el epitelio procura aumentar su superficie de contacto con el conjuntivo mediante prolongaciones en forma de papilomas, fenómeno que se conoce como "papilomatosis". Este proceso transcurre entre los 4 y 7 días y ha recibido la denominación de "lesión temprana".

Si los factores irritativos subsisten acrecientan las manifestaciones anteriores de la inflamación. El infiltrado celular presenta un predominio de plasmocitos; hay edema, proliferación capilar, incremento de la producción de colágeno, formación de fibras que intentan de encapsular el proceso. En el epitelio del surco se nota un aumento de la papilomatosis y la disminución de su espesor, y en algunas zonas, su desaparición (ulceración), fenómenos ambos vinculados a la mencionada dificultad del conjuntivo de aportar su nutrición al epitelio. A toda la zona conectiva involucrada en estos cambios se denomina "granuloma periodontal". (Fig. 3)

Page y Schroeder han denominado a esta etapa como "lesión establecida" y, a esta altura, son ya evidentes los cambios clínicos en la encía. Su volumen aumenta, hay profundización del surco gingival que se transforma en una bolsa gingival o bolsa periodontal, el color vira hacia el rojo o rojo azulado, el aspecto es liso y brillante.

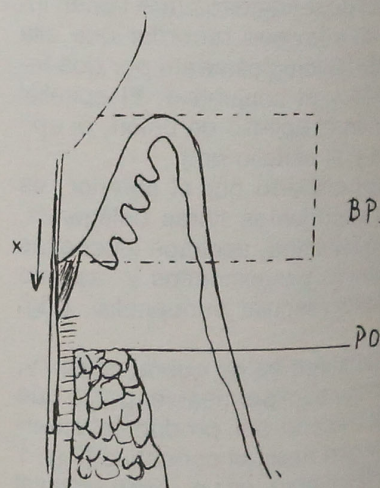


Fig. 3
BP: bolsa periodontal.
X: migración del epitelio de unión.
PO: pérdida ósea.

fluído gingival aumenta, el sangrado y en menor grado, la supuración son frecuentes. En este momento, estamos en presencia de la GINGIVITIS MARGINAL CRÓNICA.

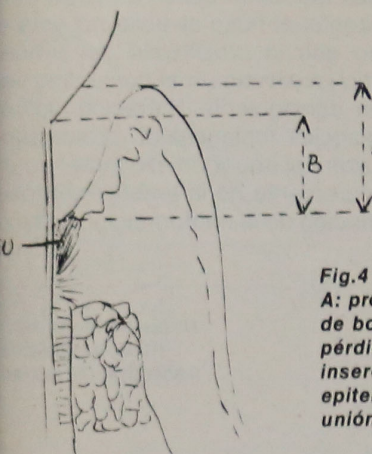


Fig. 4
A: profundidad de bolsa. B: pérdida de inserción. EU: epitelio de unión.

La "lesión establecida" puede permanecer con esas características histológicas y clínicas durante períodos que pueden variar, semanas, meses o años. Podría decirse que se ha producido un equilibrio, un "statu quo" entre la agresión de la placa bacteriana y los

mecanismos de defensa del organismo. Pero este equilibrio puede quebrarse, sea por un aumento de la agresividad de la placa o, en cambio, por disminución de los factores defensivos del huésped debido a factores hormonales, nutricionales, genéticos, enfermedades, edad, etc. Si esto ocurre, la lesión se convertirá en lo que los autores ya mencionados han denominado "lesión avanzada". Esto significa estar en presencia de la PERIODONTITIS MARGINAL CRÓNICA, es decir, no sólo un aumento cuantitativo de la inflamación gingival sino un cambio cualitativo de la enfermedad. En esta situación se aprecia la migración apical del epitelio de unión, lo que determina la formación de una bolsa periodontal o bolsa verdadera y la extensión de la inflamación hacia el hueso alveolar y ligamento periodontal con significativa pérdida ósea y continua pérdida del colágeno. (Fig. 3).

La destrucción del hueso y de fibras que se insertan en el cemento determinan una pérdida de inserción.

Clinicamente, por medio de una sonda pe-

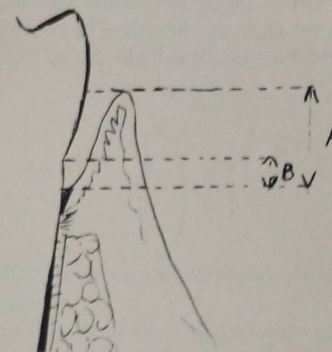


Fig. 5
A: profundidad de bolsa.

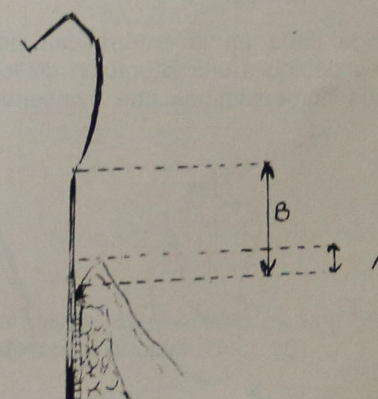


Fig. 6
B: pérdida de inserción.

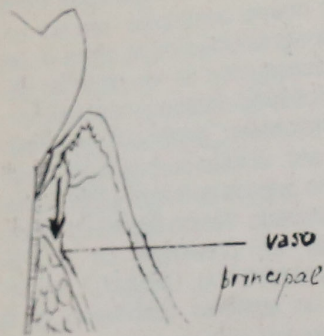


Fig. 7
La flecha
señala la
dirección
del
proceso
infla-
matorio.

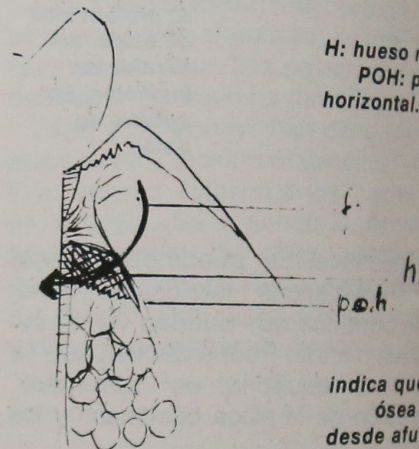
riodontal, puede medirse la profundidad de la bolsa y la pérdida de inserción. La profundidad de la bolsa es la distancia existente entre el margen gingival y el fondo de la bolsa. La pérdida de inserción es la distancia entre el límite amelocementario y el fondo de la bolsa. (Fig. 4).

La profundidad de bolsa y la pérdida de inserción no son sinónimos. Tampoco existe, necesariamente, correlación entre ellas pudiendo existir bolsas profundas con escasas pérdidas de inserción y viceversa. (Fig. 5 y 6).

TIPOS DE PERDIDA OSEA ASOCIADAS A LA LESION INFLAMATORIA

La pérdida ósea en la enfermedad periodontal es debido a una alteración de los mecanismos homeostáticos que mantienen

la integridad del tejido óseo. En la enfermedad periodontal el huso alveolar no está firme sino que la proximidad del proceso inflamatorio localizado en el conjuntivo no, con la consiguiente liberación de múltiples sustancias (colagenasa, prostaglandina, etc.), altera el equilibrio existente: se produce un incremento de la reabsorción ósea y una disminución de la neoformación ósea.



H: hueso reabsorbido.
POH: pérdida ósea horizontal. F: la flecha

indica que la pérdida ósea se produce desde afuera hacia el periodonto.

combinación de ambas.

El resultado es la pérdida ósea.

En forma general puede señalarse que el modo en que se produce la pérdida ósea en el periodontitis depende de la topografía

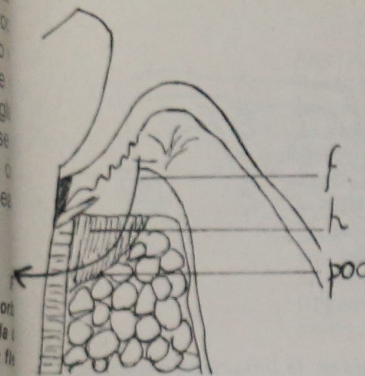


Fig. 11
Espacio interdentario
A. 1 y 2: las flechas indican que la destrucción ósea se produce

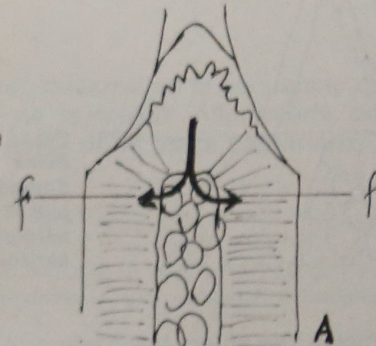
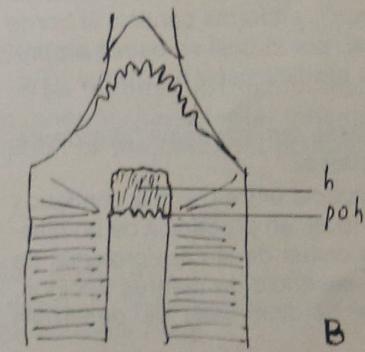


Fig. 10
F: la flecha indica que la pérdida ósea se produce desde afuera hacia el periodonto.
H: hueso reabsorbido.
P.O.A.: pérdida ósea angular.

del hueso alveolar (Fig. 7). La destrucción continúa su avance en dirección al tejido periodontal determinando, por fin, una disminución en la altura del hueso, es decir, la pérdida ósea horizontal. (Fig. 8). Al decir de Carranza (p), la pérdida ósea se dirige desde afuera hacia el periodonto. (Fig. 8, flecha).

2) Pérdida ósea en caras libres. Hueso alveolar grueso.

Cuando el hueso de una cara libre es grueso, como ocurre, por ejemplo, en presencia de exostosis, líneas oblicuas, paladar muy bajo. (Fig. 9), el proceso de pérdida ósea, es decir, la reabsorción del tejido también se producirá "desde afuera hacia el periodonto". Sin embargo, el grosor del hueso no permite el descenso parejo de toda la masa de tejido sino de la porción más contigua



desde afuera hacia el periodonto.
B. h: hueso reabsorbido.
poh: pérdida ósea horizontal.

1) Pérdida ósea en caras libres. Hueso alveolar delgado.

En estos casos el proceso inflamatorio alcanza al hueso alveolar siguiendo el camino de los vasos principales que desde el periodonto llega a la encía. El comienzo de la reabsorción ósea se producirá en la cara perióstica

al diente. El resultado es una pérdida ósea oblicua o angular. (Fig. 10).

3) Pérdida ósea en espacios interdentarios. Hueso delgado.

En los espacios interdentarios, cuando el tabique óseo es delgado, el avance del pro-

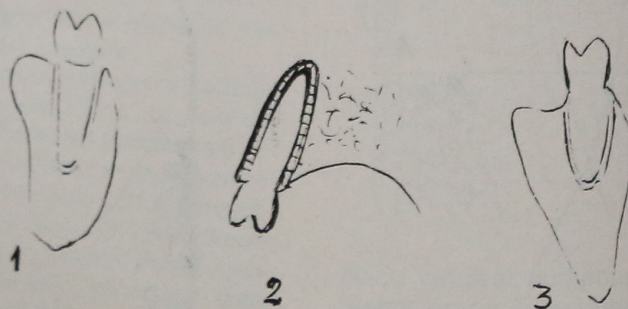


Fig. 9

1: exostosis. 2: paladar bajo. 3: línea oblicua.

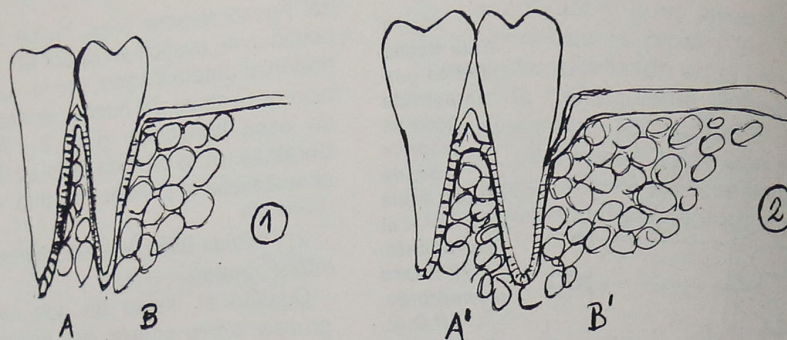


Fig. 12

1: dientes con salud periodontal. 2: dientes con enfermedad periodontal. A: hueso interproximal (delgado). B: hueso distal en ausencia de diente vecino (grueso).

ceso inflamatorio produce la reabsorción ósea siguiendo un mecanismo "de afuera hacia el periodonto", en forma paralela al borde incisal u oclusal, por lo cual se estará en presencia de una pérdida ósea horizontal. (Fig. 11 A y B).

4) Pérdida ósea en espacios interdentarios. Hueso grueso.

Cuando el espacio entre dientes contiguos es muy amplio (p.e. en presencia de un diastema) o en los casos de la cara proximal de una pieza con ausencia de dientes vecinos, el proceso de pérdida ósea se desarrolla

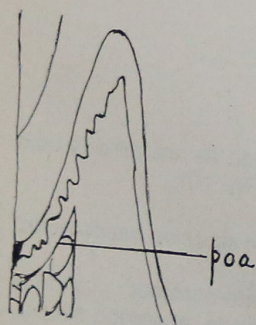


Fig. 14
Bolsa
infraósea
poa
pérdida ósea
angular

Una misma causa, la inflamación gingival, producirá respuestas diferentes: A sufrirá una pérdida ósea horizontal, como se ve en A'; B, en cambio, una pérdida ósea angular, como se muestra en B'.

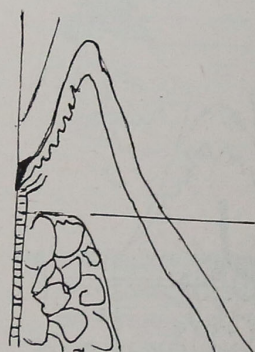


Fig. 13
Bolsa
Supraósea
poh
pérdida ósea
horizontal

también "de afuera hacia adentro" (Fig. 12 y 2).

Es necesario recordar que cuando la pérdida ósea es horizontal, la bolsa es supraósea, es decir, el fondo de la bolsa es coronario al hueso alveolar. (Fig. 13). En cambio, en el caso de la pérdida ósea angular, la bolsa es infraósea, hallándose el fondo de la bolsa en posición apical al hueso alveolar (Fig. 14).

Los procesos patológicos que caracterizan a la inflamación periodontal afectan también al diente, el cual constituye la pared dura

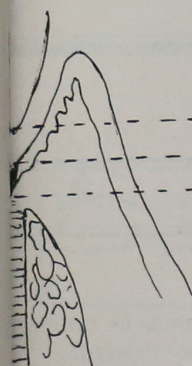


Fig. 15

Pared dura de la bolsa.
A: esmalte.
B: cemento
expuesto a la luz de la bolsa.
C: cemento cubierto por el epitelio de unión.
D: cemento con fibras insertadas

bolsa. En efecto, en presencia de una bolsa gingival una de sus paredes será el tejido blando y la otra, el esmalte dentario. En una bolsa periodontal, la pared dura estará constituida por esmalte y cemento.

Analizando el papel de la pared dura,

RESUMEN

Los autores desarrollan la secuencia de fenómenos de la lesión inflamatoria periodontal a partir de la placa bacteriana.

BIBLIOGRAFIA

SCHLUGER, S., YUODELIS, R.A. y PAGE R.C.: "Enfermedad periodontal". Cia. Editorial Continental 1981.

CARRANZA (H) F. y CARRARO J.J.: "Periodoncia".

Ratcliff consideró en ella 4 diferentes zonas (Fig. 15):

Zona A: El esmalte se encuentra cubierto por la placa bacteriana y cálculos.

Zona B: Zona de cemento cubierta, también, por placa y cálculos pero sometida a cambios profundos: hipermineralización, reblandecimiento, desmoronamiento y, fundamentalmente, la presencia de huecos, antes ocupados por los extremos de las fibras periodontales y, ahora, llenos de bacterias y toxinas bacterianas. Se trata, en consecuencia, de un cemento infectado, característica que deberá tenerse muy presente durante el procedimiento más importante de la terapia periodontal, el raspaje y alisado radicular.

Zona C: Cubierta por el epitelio de unión y D, que sirve de inserción a las fibras periodontales, se hallan libres de patología.

SUMMARY

The authors explains the clinical sequence in periodontal inflammation in relation of the bacterial plaque.

Edit. Mundi 1978.

LINDHE J.: "Periodontología Clínica". Edit. Medica Panamericana 1986.

CARRANZA F.A. Sus clases.

Estabilidad de las Prótesis Totales Inferiores

(Informe Preliminar)

GABRIEL KERTESZ

En un estudio anterior sobre estabilidad de la prótesis del desdentado total superior, se corroboró que los rebordes en "U", contrariamente a los rebordes en "V", son los factores morfológicos que se oponen a la desestabilización, y de qué manera éstos inciden en la conservación de la salud de los tejidos de soporte. (1)

Así mismo se cuantificó el valor de la tuberosidad y se propuso a estos efectos la técnica de la Tuberoplastia Artificial. (1)

Basados en estos estudios y en la observación clínica, se pone en evidencia también en la prótesis total del desdentado total inferior la importancia de las condiciones intrínsecas (morfológicas) del paciente donde

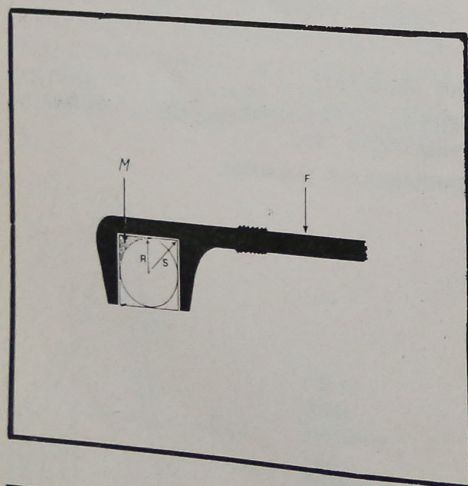


Fig.1

Cuando se ejerce una fuerza F sobre la llave inglesa intentando mover la tuerca, por el movimiento de giro de ésta aparece una circunferencia de movimiento de radio R que es menor que la media diagonal S . En estas condiciones se manifiesta la masa M de oposición mecánica que impide el deslizamiento de la llave (1, 2).

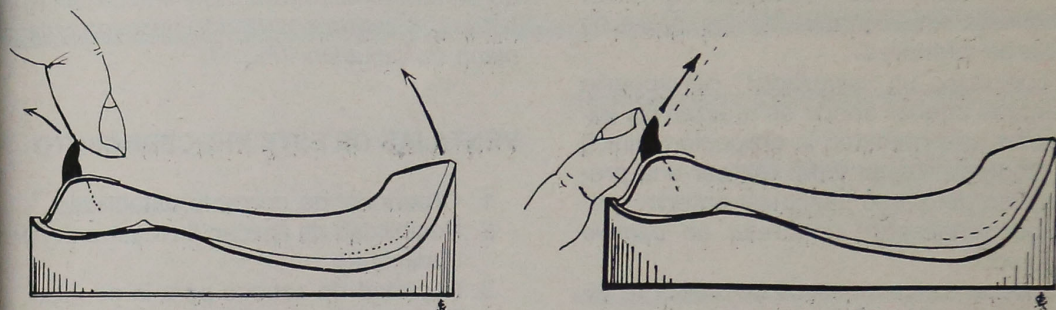
convergen, se entrelazan y jamás se oponen los factores de retención y estabilidad.

La "prueba de fuego" de la prótesis total superior es resistir la desestabilización posterior cuando se realiza presión palatral sobre los incisivos superiores. De la misma manera existe una "prueba de fuego" para la prótesis total inferior: provocar la desestabilización cuando se ejerce presión horizontal sobre la pared vestibular de los incisivos inferiores. (Fig. 2-B).

A estos efectos se establece un objetivo de trabajo basado en fundamentos físico-mecánicos que impida los movimientos de basculamiento; es decir, desestabilización. (Fig. 2).

Es evidente, como se ha dicho anteriormente, que la forma en "U" del reborde, así como las distintas partes diametralmente opuestas del soporte sean, en lo posible, paralelas entre sí (lo cual entra dentro del concepto de "U") estableciéndose una oposición

BRIEL KERTESZ



F. 2b

Fig.2

En A se puede observar el intento de desestabilización de la prótesis inferior cuando se ejerce una presión lingual sobre los incisivos inferiores. En B se realiza la "prueba de fuego" para la estabilidad de la prótesis total inferior.

de oposición mecánica que impida los movimientos de basculamiento; es decir, desestabilización. (Fig. 2).

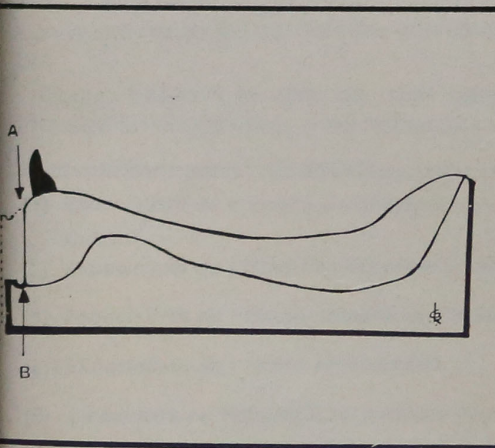


Fig.3

En este esquema se señala en A la posición de las inserciones vestibulares de una mandíbula con condiciones muy desfavorables por la reabsorción. En B se observa el cambio morfológico logrado por la cirugía, con una pared vestibular mucho más profunda y perpendicular al plano de oclusión. Las líneas punteadas muestran el estado del reborde antes del cambio morfológico.

facilidad para la remodelación quirúrgica es la zona vestibular del reborde anterior comprendida entre mesial de los primeros premolares inferiores.

Se construyó un "simulador" del soporte desdentado inferior donde se realizan las experiencias que permiten la aplicación clínica de la hipótesis sustentada: realizar una profundización del surco vestibular anterior, pero fundamentalmente concretar un cambio morfológico.

Para lograr estos objetivos se realiza la "cirugía del modelo" y luego a modo de prótesis inmediata se coloca una prótesis fijándola durante un mes. Transcurrido este lapso se ob-

serva la cicatrización que deja como resultado un surco más profundo y una pared vestibular del reborde anterior perpendicular al plano de oclusión. (Fig. 3).

VENTAJAS DE ESTE PROCEDIMIENTO

1. Obtención de correcta estabilidad.
2. Posibilidad de aplicación masiva del procedimiento.
3. Facilidad de acceso para la cirugía.
4. Económico.
5. Obtención de un soporte apto para futuras prótesis.

Dirección del autor:
Florida 1279 Apto.
Montevideo, Uruguay

(1) Trabajo de Tesis para optar al título de Candidato a doctor en ciencias. Budapest, Sept. 1985.

Cefalometría en la Población Cubana.

I. Perfil Blando: Algunas Mediciones Lineales

F. JUAN AGUILA RAMOS (1)
MARIA E. GONZALEZ SPINDOLA (2)
ROSA ALMIÑAQUE GUZMAN (3)
MARIA DEL C. PRIAS BARRO (4)
ANA J. GRAVALOSA (5)

En la actualidad, la cefalometría es de vital importancia para el diagnóstico.

Según Rickett⁽¹⁾ la evaluación cuantitativa de la cefalometría es solamente una parte del todo en la aplicación clínica de la técnica. El propósito debe ser el permitir una descripción crítica más que ofrecer una descripción en términos de "bueno" o "malo"; "mucho" o "poco".

Salzman⁽²⁾ señala que la cefalometría es una técnica descriptiva, la cual ofrece parámetros potenciales para cuantificar. Además, su empleo requiere familiarización con la naturaleza y limitaciones de las mediciones lineales y angulares en el aspecto biológico y con la individualidad del hombre que es medido.

Según Enlow⁽³⁾ la cara de cada persona muestra su originalidad, y no habremos visto

una idénticamente igual antes, ni veremos otra similar después.

Para que la cefalometría tenga un valor verdaderamente individualizador, debemos extraer de ella algo más que los valores medios ($\bar{X}$) y desviaciones standard (D.S.), y no debemos utilizar valores extraídos en otras poblaciones distintas de las nuestras. Hemos propuesto el estudio en grupos homogéneos en cuanto a edad, sexo y raza para hallar la influencia de tales factores sobre las estructuras del complejo cráneo-facial, lo cual contribuiría al criterio de "Individualización", Aguila⁽⁴⁾.

Con este trabajo pretendemos evaluar la influencia de la edad, sexo y raza, sobre algunas mediciones lineales del perfil blando.

MATERIAL Y METODO

Nuestro grupo de estudio tuvo como re-

- (1) Especialista de II Grado en Ortodoncia Clínica de Especialidades, Nueva Gerona, Isla de la Juventud, Cuba.
- (2) Especialista de I Grado en Ortodoncia Docente de la Escuela de Técnicos Ciudad Habana, Cuba.
- (3) Especialista de I Grado Ortodoncia Clínica "19 de abril", Plaza Ciudad Habana, Cuba.
- (4) Especialista de I Grado en Bioestadística, Instituto de Desarrollo de la Salud, Cuba.
- (5) Licenciada en Matemáticas. Instituto Nacional de Medicina del Trabajo, Cuba.

quisito indispensable que los integrantes nunca hubieren recibido tratamiento ortodóncico y que, además, tuvieran oclusión normal y buen balance facial.

- Cierre labial normal (no forzado).
- Relación neutral de molares y caninos.
- Resalte (overjet) no mayor de 3 mm.
- Sobrepase (overbite) no mayor de 1/3 de corona.
- Apiñamiento hasta 3 mm
- Rotaciones no mayor de 15° (aproximadamente).
- (ANB) entre 0 y 4°.

PUNTOS (Figura 1)

- G' (Glabella) — Punto más anterior y prominente del hueso frontal situado en el tejido blando, en la línea media.
- P (Pronasal) — Es el punto más prominente o anterior de la punta de la nariz.
- Sn (Subnasal) — Situado en la línea media, en la intersección del tabique nasal (columela) con el labio superior.
- Ls (Labio superior) — Punto más prominente del labio superior.
- Li (Labio inferior) — Es el punto más anterior del labio inferior.
- Pg' (Pogonion) — Es el punto más anterior y prominente del contorno del mentón. Se puede trazar una tangente desde el nasion al mentón para localizarlo.
- Me' (Mentoniano) — Es el punto más bajo en el contorno de la sínfisis mentoniana.

LINEAS

- E (Línea estética) — Une la punta de la nariz y el mentón (Ricketts)⁽¹⁾. (Figura 2).
- Vertical Sn. — Línea vertical a partir del punto subnasal, que cae perpendicularmente sobre una línea tangente al punto mentoniano (Me'). (Figura 3).

Las telerradiografías fueron tomadas con la cabeza orientada según el plano de Frankfort.

Para identificar los efectos principales de la edad, sexo y raza, así como sus interacciones sobre cada una de las variables estudiadas, se realizó un análisis factorial de 3 factores (2 x 2 x 2).

En la comprobación de la igualdad de las varianzas que supone el modelo, fueron realizadas las pruebas de Cochran y Bartlett. Para cada variable estudiada, no encontrándose diferencias significativas entre las varianzas de los 8 grupos en ningún caso.

Figura 1 — Puntos de Perfil Blando

G' = Glabella
N = Nasion
P = Pronasal
Sn = Subnasal
Ls = Labio superior
Li = Labio inferior
Pg = Pogonio
Me = Mentoniano

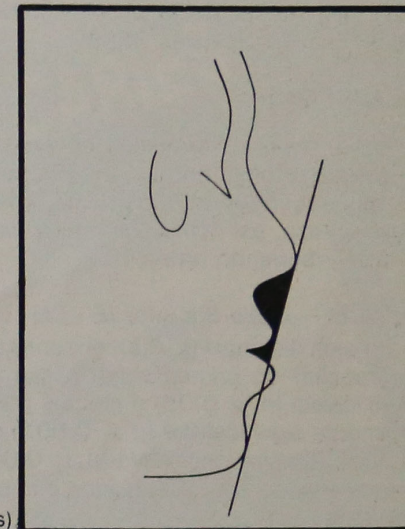
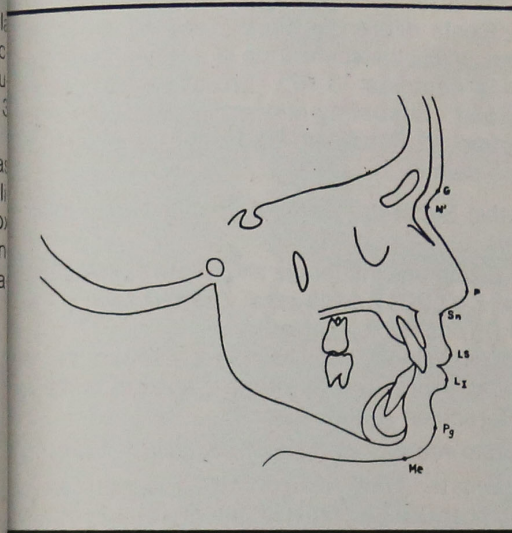


Figura 2 — Línea E (Ricketts)

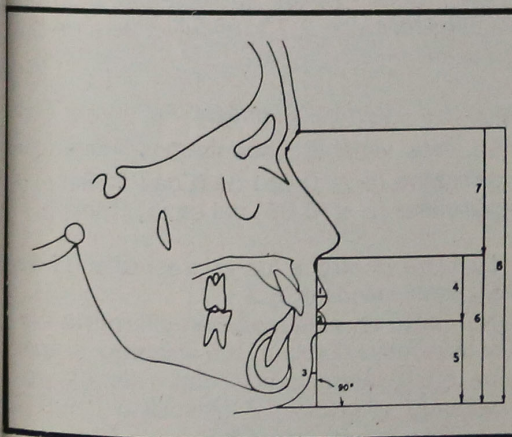


Figura 3 — Mediciones Lineales

- 1 = Labio superior - vertical Sn
- 2 = Labio inferior - vertical Sn
- 3 = Pogonio - vertical Sn
- 4 = Sn - Labio inferior
- 5 = Labio inferior - mentoniano
- 6 = Subnasal - mentoniano
- 7 = Glabella - subnasal
- 8 = Glabella - mentoniano

Utilizamos la prueba de comprobación de Duncan, a posteriori, para determinar en aquellas variables, donde la interacción fue significativa, entre qué grupos radicaban las diferencias significativas.

Finalmente, se determinó y "docimó" el coeficiente de correlación de Pearson entre algunas variables.

Para el procesamiento de los datos utilizamos el paquete de programas estadísticos para Ciencias Sociales SPSS.

RESULTADOS

En la Tabla I, ofrecemos un resumen del análisis factorial en las mediciones estudiadas según los efectos principales: edad, sexo y raza, así como sus interacciones de primer y segundo orden.

Línea E — Labio Superior (E - Ls)

En esta distancia (E - Ls), encontramos una interacción de primer orden (Edad x Sexo) significativa ($p \leq 0,05$) y efectos principales altamente significativos ($p \leq 0,001$) de la raza y el sexo y significativo ($p \leq 0,05$) de la edad, cuando son observados independientemente.

La Tabla II expresa la media ($\bar{X}$), error standard (E.S.) e intervalo de confiabilidad (95 %).

En la medición (E - Ls) encontramos diferencia significativa racial (Tabla III), La europeoide (- 0.89) y la negroide (3.45). En cuanto a la interacción (Edad x Sexo) se observa que el grupo 12 Femenino (- 1,90) difiere de los demás, los cuales difieren entre sí.

Línea E - Labio Inferior (E - Li)

La Tabla I permite observar una influencia significativa ($p \leq 0,05$) de primer orden (Edad x Sexo); además, independientemente, existe una influencia altamente significativa ($p.001$) de la raza y el sexo, y significativa ($p \leq 0,05$) de la edad.

En la Tabla IV, aparecen los valores de media ($\bar{X}$), error standard (E.S.) e intervalo de confianza.

Existe diferencia racial (Tabla V) en la distancia (E - Li) alcanzando la europeoide (0.5) y la negroide (3.57). En las interacciones (Edad - Sexo) hay diferencia significativa en el grupo 12 Femenino (0,1), el cual difiere de los demás.

Labio Superior - Vertical Subnasal (Ls - Vert. Sn)

Existe una influencia altamente significativa ($p \leq 0,001$) de la raza y significativa ($p \leq 0,05$) del sexo (Tabla I).

Los valores medios ($\bar{X}$) aparecen en la Tabla VI. No existe diferencia racial ni de interacción (Edad - Sexo).

Labio inferior - Vertical Subnasal (Li - Vert. Sn)

Existe una interacción significativa ($p \leq 0,05$) de primer orden de (Edad - Sexo) pero altamente significativa ($p \leq 0,001$) de la raza (Tabla I).

Los valores medios ($\bar{X}$) y error standard (E.S.) pueden ser observados en la Tabla VII.

En la Tabla VIII se observan diferencias significativas en cuanto a la raza: europeoide (0.95) y negroide (3.23), así como de la interacción (Edad - Sexo), apareciendo el grupo 12 Femenino con 2.73, el cual difiere de los restantes.

Pogonion - Vertical Subnasal (Pg' - Vert. Sn)

En esta variable encontramos influencia significativa ($p \leq 0,05$) de (Edad x Sexo) y significativa ($p \leq 0,05$) del sexo, (Tabla I).

La Tabla IX ofrece los valores de la media ($\bar{X}$) y error standard (E.S.).

No existe en esta medición diferencia significativa racial (Tabla X); sin embargo, si aparece en la interacción (Edad - Sexo), encontrando el grupo 12 Masculino (- 9.97) significativamente diferente.

(Continúa en la página 11)

NUEVO!

SENSIBILIDAD DENTAL

REDUCCION DE CARIES



■ Efectiva terapia en el tratamiento de la sensibilidad dental.

■ Reducción y control de las caries.

■ Alta calidad de producto.

- 1) Excelentes propiedades de limpieza.
- 2) Baja abrasión.
- 3) Agradable sabor a menta.

Un dentífrico de **uso diario** para todos los pacientes por su actividad desensibilizadora y la protección del FLUOR.

sm

Stafford Miller Argentina

S.A.

Especialistas en Salud Dental

TABLA I

RESUMEN DEL ANALISIS FACTORIAL EN LAS VARIABLES ESTUDIADAS
SEGUN LOS EFECTOS PRINCIPALES EDAD, SEXO, RAZA Y SUS
INTERACCIONES DE 1er Y 2do ORDEN

VARIABLES	EFECTOS PRINCIPALES				INTERACCIONES 1er ORDEN				INTERACCIONES 2do ORDEN			
	EDAD	SEXO	RAZA	SEXO * RAZA	EDAD * SEXO	EDAD * RAZA	SEXO * RAZA	EDAD * SEXO * RAZA	EDAD * SEXO * RAZA	EDAD * SEXO * RAZA	EDAD * SEXO * RAZA	EDAD * SEXO * RAZA
LINEA E-LABIO SUP	X	XX	XX	X								
LINEA F-LABIO INF	X	X	XX	X								
LABIO SUP-VERTICAL SN		X	XX	X								
LABIO INF-VERTICAL SN			XX	X								
POS-VERTICAL SN			XX	X								
G-Ma	XX			X								
G-Sn	XX			X								
Sn-Ma	XX	X	XX									X
Sn-LABIO INF	XX	X	XX									
LABIO INF-Ma												

X SIGNIFICATIVA (P ≤ 0.05)

XX ALTAMENTE SIGNIFICATIVA (P ≤ 0.001)

TABLA III

MEDIA ($\bar{x}$) Y ERROR STANDARD (ES) DE LOS EFECTOS PRINCIPALES Y DE
INTERACCION DE 1er ORDEN DONDE SE OBTUVO SIGNIFICACION
ESTADISTICA (LINEA E - LABIO SUPERIOR)

	$\bar{x}$
RAZA EUROPOIDE	-0.89 ^a
RAZA NEGROIDE	3.45 ^b
ES ($\bar{x}$) RAZA	0.30
9-FEMENINO	0.27 ^a
9-MASCULINO	1.00 ^a
12-FEMENINO	-1.90 ^b
12-MASCULINO	0.77 ^a
ES ($\bar{x}$) EDAD-SEXO	0.55

NOTA: DOS GRUPOS CON SUPRAINDICES
DISTINTOS DIFIEREN ENTRE SI.

TABLA II

MEDIA ($\bar{x}$), ERROR STANDARD (ES) E INTERVALO DE CONFIABILIDAD
DE LA DISTANCIA LINEA E LABIO SUPERIOR
SEGUN LOS GRUPOS ESTUDIADOS

GRUPOS	$\bar{x}$	ES	INTERVALO (95 %)
9-M-E	0.53	0.41	1.42
9-M-N	1.47	0.59	2.74
9-F-E	-0.53	0.66	0.88
9-F-N	1.07	0.62	2.40
12-M-E	0.13	0.58	1.39
12-M-N	1.40	0.54	2.56
12-F-E	-3.67	0.65	-2.29
12-F-N	-0.13	0.70	1.36

LEYENDA: M = MASCULINO

F = FEMENINO

E = EUROPOIDE

N = NEGROIDE

TABLA IV

MEDIA ($\bar{x}$), ERROR STANDARD (ES) E INTERVALO DE CONFIABILIDAD
DE LA DISTANCIA LINEA E LABIO INFERIOR
SEGUN LOS GRUPOS ESTUDIADOS

GRUPOS	$\bar{x}$	ES	INTERVALO (95 %)
9-M-E	1.60	0.67	0.17
9-M-N	3.93	0.76	2.31
9-F-E	1.47	0.90	-0.46
9-F-N	3.60	0.75	1.98
12-M-E	1.27	0.61	-0.03
12-M-N	4.27	0.78	2.59
12-F-E	2.47	1.09	0.12
12-F-N	-2.27	0.59	-3.53

LEYENDA: M = MASCULINO

F = FEMENINO

E = EUROPOIDE

TABLA VII

MEDIA ($\bar{x}$), ERROR STANDARD (ES) E INTERVALO DE CONFIABILIDAD
DE LA DISTANCIA LABIO INFERIOR - VERTICAL SUBNASAL (SN)
SEGUN LOS GRUPOS ESTUDIADOS

GRUPOS	$\bar{x}$	ES	INTERVALO (95 %)
9-M-E	0.67	0.71	-0.85
9-M-N	4.47	0.84	2.66
9-F-E	0.80	0.65	-0.59
9-F-N	2.93	0.70	1.43
12-M-E	0.33	0.64	-1.03
12-M-N	2.07	0.89	0.17
12-F-E	2.30	0.68	0.53
12-F-N	3.47	0.91	1.50

LEYENDA: M = MASCULINO

F = FEMENINO

E = EUROPOIDE

N = NEGROIDE

TABLA V

MEDIA ($\bar{x}$) Y ERROR STANDARD (ES) DE LOS EFECTOS PRINCIPALES Y DE
INTERACCION DE 1er ORDEN DONDE SE OBTUVO SIGNIFICACION
ESTADISTICA (LINEA E-LABIO INFERIOR)

	$\bar{x}$
RAZA EUROPOIDE	0.52 ^a
RAZA NEGROIDE	3.57 ^b
ES ($\bar{x}$) RAZA	0.30
9-FEMENINO	2.53 ^a
9-MASCULINO	2.77 ^a
12-FEMENINO	0.10 ^b
12-MASCULINO	2.77 ^a
ES ($\bar{x}$) EDAD-SEXO	0.56

NOTA: DOS GRUPOS CON SUPRAINDICES
DISTINTOS DIFIEREN ENTRE SI.

TABLA VIII

MEDIA ($\bar{x}$) Y ERROR STANDARD (ES) DE LOS EFECTOS PRINCIPALES Y DE
INTERACCION DE 1er ORDEN DONDE SE OBTUVO SIGNIFICACION
ESTADISTICA (LABIO INFERIOR - VERTICAL SUBNASAL)

	$\bar{x}$
RAZA EUROPOIDE	0.95 ^a
RAZA NEGROIDE	3.23 ^b
ES ($\bar{x}$) RAZA	0.38
9-FEMENINO	1.87 ^a
9-MASCULINO	2.57 ^a
12-FEMENINO	2.73 ^b
12-MASCULINO	1.20 ^a
ES ($\bar{x}$) EDAD-SEXO	0.56

NOTA: DOS GRUPOS CON SUPRAINDICES
DISTINTOS DIFIEREN ENTRE SI.

TABLA VI

MEDIA ($\bar{x}$), ERROR STANDARD (ES) E INTERVALO DE CONFIABILIDAD
DE LA DISTANCIA LABIO SUPERIOR - VERTICAL SUBNASAL (SN)
SEGUN LOS GRUPOS ESTUDIADOS

GRUPOS	$\bar{x}$	ES	INTERVALO (95 %)
9-M-E	4.13	0.41	3.25
9-M-N	6.07	0.64	4.69
9-F-E	3.23	0.38	2.44
9-F-N	5.20	0.52	4.09
12-M-E	3.73	0.46	2.74
12-M-N	5.47	0.60	4.18
12-F-E	3.07	0.38	2.25
12-F-N	5.20	0.72	3.66

LEYENDA: M = MASCULINO

F = FEMENINO

E = EUROPOIDE

N = NEGROIDE

dentaform®

Bandas para 1ros. molares superiores, derechas e izquierdas
De contorno anatómico.

Bandas para 1ros. molares inferiores, derechas e izquierdas.
De contorno anatómico.

Características:

- Surtido seleccionado por estadística
32 tamaños para superiores - derechos e izquierdos
32 tamaños para inferiores - derechos e izquierdos
Bandas superiores están marcadas con numeración roja
Bandas inferiores están marcadas con numeración azul

● Anchura creciente de la banda en proporción al tamaño del diente

Núm. 1 - 8 = altura bucal/lingual 4,30 mm
Núm. 9 - 24 = altura bucal/lingual 4,65 mm
Núm. 25 - 32 = altura bucal/lingual 5,00 mm

● Espesor creciente de la banda en proporción al tamaño del diente

Núm. 1 - 8 = 0,12 mm
Núm. 9 - 24 = 0,15 mm
Núm. 25 - 32 = 0,18 mm

- Resistencia, ajuste y adaptación ideal
- Excelente retención lingual/bucal
- No hay interferencia de oclusión.



NUEVA DIRECCION
Junin 937 (1113) Tel.: 824-5848 - DE 9 a 17.

DENTAURUM
P.O.B. 440 · D-7530 Pforzheim
Fed. Rep. Germany

(Viene de la página 4)

Glabela - Mentoniano ($G' - Me'$). Altura facial anterior

La Tabla I refleja un efecto principal altamente significativo de la edad ($p \leq 0,001$) y significativo de la raza ($p \leq 0,05$).

La media ($\bar{X}$) y error standard (E.S.) aparecen en la Tabla X. No aparecen diferencias raciales ni en la interacción (Edad-Sexo)

Glabela - Subnasal ($G' - Sn$)

Esta medición está influida significativamente ($p \leq 0,05$) por la interacción de 2do. orden Edad X Sexo X Raza y tiene un efecto principal muy significativo ($p \leq 0,001$) de la edad (Tabla I).

La Tabla XII ofrece las cifras medias ($\bar{X}$) y error standard (E.S.)

No existe diferencia racial significativa, así como tampoco en la interacción (Edad - Sexo).

Subnasal - Mentoniano ($Sn - Me'$)

Según la Tabla I, existe influencia altamente significativa ($p \leq 0,001$) de la edad y la raza y significativa ($p \leq 0,05$) del sexo.

La Tabla XIII ofrece la media ($\bar{X}$) y error standard (E.S.) para los diferentes grupos.

No encontramos diferencias raciales significativas en la interacción (Edad-Sexo).

Subnasal-Labio inferior ($Sn - Li$)

Aquí encontramos un efecto altamente significativo de la edad y la raza ($p \leq 0,001$). (Tabla I). Para el análisis de los valores de la media ($\bar{X}$) y error standard, ver Tabla XIV.

No encontramos diferencias significativas racial o en la interacción (Edad-Sexo).

Labio inferior-Mentoniano ($Li - Me'$)

En esta distancia no fue encontrada ninguna influencia de los factores analizados (Edad, Sexo y Raza) en ninguna de las formas planteadas por nosotros.

La Tabla XV muestra los valores de la media ($\bar{X}$) y error standard (E.S.)

DISCUSION

Según el análisis factorial, los labios superiores e inferiores se comportan muy similarmente con respecto a la línea estética E (Ricketts). Solamente en cuanto al sexo, el labio superior recibe una influencia muy significativa ($p \leq 0,001$), mientras que el inferior la recibe solamente en forma significativa ($p \leq 0,05$).

Con respecto a la línea vertical subnasal (Sn), el labio superior no recibe influencia de la interacción (Edad-Sexo), pero sí del sexo independientemente, lo contrario ocurre con el labio inferior; es decir, recibe interacción (Edad-Sexo) y no del sexo independientemente. Como es lógico, los labios medidos en cualesquiera de las dos líneas de referencia señaladas, reciben una marcada influencia de la raza independientemente.

Al analizar las correlaciones existentes, encontramos una correlación intensa positiva ($R = 0,79$), altamente significativa entre la línea E (Ricketts) y los labios superior e inferior; o sea, que aumentan proporcionalmente. Al analizar la línea E al labio superior y éste a la vertical Sn, encontramos también una correlación positiva muy significativa ($p \leq 0,001$); pero moderada ($R = 0,53$). Finalmente, encontramos una correlación positiva discreta ($R = 0,34$) muy significativa al analizar la distancia de la línea E al labio inferior y de éste a la vertical Sn. Esto significa que en la medida en que aumentan las distancias (E - Ls) y (E - Li) aumentan muy discretamente las distancias (Ls - Vert. Sn) y (Li - Vert. Sn), lo cual es importante en la evaluación del tercio inferior de la cara.

El pogonio está más influido por el sexo, como lo demuestra la interacción (Edad - Sexo) y el sexo, independientemente.

La altura facial anterior recibe marcada influencia de la edad y solamente discreta de la raza en su totalidad. El tercio medio ($G' - Sn$)

(Continúa en la página 21)

TABLA IX

MEDIA ($\bar{x}$), ERROR STANDARD (ES) E INTERVALO DE CONFIABILIDAD
DE LA DISTANCIA POGONIO - VERTICAL SUBNASAL (SN)
SEGUN LOS GRUPOS ESTUDIADOS

GRUPOS	$\bar{x}$	ES	INTERVALO (95 %)
9-M-E	-7,73	1,07	-10,03 -5,43
9-M-N	-4,33	1,41	-7,36 -1,30
9-F-E	-5,13	1,24	-7,79 -2,48
9-F-N	-7,20	1,18	-9,74 -4,67
12-M-E	-9,87	0,80	-11,58 -8,15
12-M-N	-10,07	1,51	-13,29 -6,83
12-F-E	-4,67	1,47	-7,83 -1,51
12-F-N	-5,73	1,93	-9,87 -1,60

LEYENDA: M = MASCULINO

F = FEMENINO

E = EUROPOIDE

N = NEGROIDE

TABLA XI

MEDIA ($\bar{x}$), ERROR STANDARD (ES) E INTERVALO DE CONFIABILIDAD
DE LA DISTANCIA GLABELA MENTONIANO, SEGUN LOS GRUPOS
ESTUDIADOS

GRUPOS	$\bar{x}$	ES	INTERVALO (95 %)
9-M-E	121,80	1,85	117,83 125,77
9-M-N	123,67	1,43	120,81 126,93
9-F-E	118,27	1,24	115,61 120,93
9-F-N	122,00	1,14	119,56 124,44
12-M-E	129,00	1,68	125,40 130,68
12-M-N	132,40	2,12	127,84 136,96
12-F-E	132,00	1,55	128,68 135,32
12-F-N	123,67	2,11	124,14 133,20

LEYENDA: M = MASCULINO

F = FEMENINO

E = EUROPOIDE

N = NEGROIDE

DE LA DISTANCIA SUBNASAL (SN) LABIO INFERIOR (LI)

SEGUN LOS GRUPOS ESTUDIADOS

GRUPOS	$\bar{x}$	ES	INTERVALO (95 %)
9-M-E	28,60	0,93	26,61 30,59
9-M-N	30,40	1,18	27,86 32,94
9-F-E	26,33	0,63	24,98 27,68
9-F-N	29,00	0,95	26,97 31,03
12-M-E	30,53	0,74	28,94 32,13
12-M-N	33,47	1,05	31,22 35,71
12-F-E	28,00	1,39	25,01 31,00
12-F-N	32,13	1,14	29,70 34,57

LEYENDA: M = MASCULINO

F = FEMENINO

E = EUROPOIDE

N = NEGROIDE

TABLA XII

MEDIA ($\bar{x}$), ERROR STANDARD (ES) E INTERVALO DE CONFIABILIDAD
DE LA DISTANCIA LABIO INFERIOR (LI) MENTONIANO (Me)

SEGUN LOS GRUPOS ESTUDIADOS

GRUPOS	$\bar{x}$	ES	INTERVALO (95 %)
9-M-E	34,20	0,95	32,16 36,24
9-M-N	37,07	1,11	34,68 39,46
9-F-E	34,40	0,79	32,72 36,08
9-F-N	34,07	0,80	32,36 35,77
12-M-E	35,27	0,99	33,14 37,40
12-M-N	35,60	1,28	32,66 38,34
12-F-E	36,93	1,24	34,27 39,59
12-F-N	35,67	1,21	33,26 38,47

LEYENDA: M = MASCULINO

F = FEMENINO

E = EUROPOIDE

N = NEGROIDE

TABLA X

MEDIA ($\bar{x}$) Y ERROR STANDARD (ES) DE LOS EFECTOS PRINCIPALES Y DE
INTERACCION DE 1er. ORDEN DONDE SE OBTUVO SIGNIFICACION
ESTADISTICA (POGONIO - VERTICAL SUBNASAL)

GRUPOS	$\bar{x}$
9-FEMENINO	-6,17 ^a
9-MASCULINO	-6,03 ^a
12-FEMENINO	-5,20 ^a
12-MASCULINO	-9,97 ^b
ES ($\bar{x}$) EDAD-SEXO	0,97

NOTA: DOS GRUPOS CON SUPRINDICES
DISTINTOS DIFIEREN ENTRE SI.

TABLA XIII

MEDIA ($\bar{x}$), ERROR STANDARD (ES) E INTERVALO DE CONFIABILIDAD
DE LA DISTANCIA GLABELA-SURNASAL
SEGUN LOS GRUPOS ESTUDIADOS

GRUPOS	$\bar{x}$	ES	INTERVALO (95 %)
9-M-E	59,00	0,94	56,98 61,02
9-M-N	56,40	1,27	53,68 59,12
9-F-E	57,53	0,93	55,55 59,52
9-F-N	58,93	0,79	57,24 60,63
12-M-E	53,20	0,97	51,13 55,27
12-M-N	64,00	1,22	61,39 66,61
12-F-E	64,07	0,99	61,88 66,12
12-F-N	64,00	1,44	60,97 67,17

LEYENDA: M = MASCULINO

F = FEMENINO

E = EUROPOIDE

N = NEGROIDE

TABLA XIII

MEDIA ($\bar{x}$), ERROR STANDARD (ES) E INTERVALO DE CONFIABILIDAD
DE LA DISTANCIA SUBNASAL-MENTONIANO

GRUPOS	$\bar{x}$	ES	INTERVALO (95 %)
9-M-E	62,80	1,29	60,03 65,57
9-M-N	67,47	0,99	65,33 69,60
9-F-E	60,73	-0,97	58,65 62,82
9-F-N	63,07	1,19	60,51 65,63
12-M-E	65,80	1,09	63,46 68,14
12-M-N	69,13	1,45	66,03 72,24
12-F-E	64,93	1,66	61,36 68,50
12-F-N	68,00	0,95	65,97 70,03

LEYENDA: M = MASCULINO

F = FEMENINO

E = EUROPOIDE

N = NEGROIDE

REVELPLAC

Solución reveladora de la placa bacteriana dental. Uso profesional. Cont. nelo 20 grs. Cert. M.S.P. y M.A. 230/81

REVELPLAC

Comprimidos revelantes de la placa bacteriana. Presentación 30 comprimidos. Cert. M.S.P. y M.A. 194/80.

FLUOROGEL

GEL con FLUOR y bajo PH para uso topico profesional. Con FLUOR 1.23%, PH 3.5. Presentación frascos por 250 grs.

FLUOROGEL

GEL para el cepillado diario PH 5.6. Cert. M.S.P. y M.A. 198/80.

con estas mismas características pero con sabor a MENTA

FLUOROGEL

**COLABORA EN LA
PREVENCION ODONTOLÓGICA**

Av. MAIPU 2440-2 - OLIVOS (1636)
791-8263-791-9073

Sergio Trajtenberg

Artículos y equipamiento para
Odontología

Anchorena 1176,

P.B., Capital

Teléfonos: 961-7349/0394

Radio llamada: 311-0056 Código 9372. A nombre de Leonardo Scharztman

OFERTA del MES:

Lámpara Prime Lite

con avío materiales 5 x 1.900

F. JUAN AGUILA RAMOS, MARIA E. GONZALEZ SPINDOLA, ROSA ALMIÑAQUE GUZMAN,
MARIA DEL C. PRIAS BARRO, ANA J. GRAVALOSA

Viene de la página 13)

recibe influencia de los tres factores combinados (Edad x Sexo x Raza) y del sexo, independientemente.

Las distancias (Sn - Me') y (Sn - Li) se comportan iguales en cuanto a las interacciones. De lo anterior podríamos inferir que el tercio inferior recibe influencia racial en los sentidos ánteroposterior y vertical; mientras que el tercio medio recibe mayor influencia de la edad en sentido vertical. Puede plantearse que la mayor influencia en la altura facial anterior es ejercida por la edad y que el aporte racial podría deberse al tercio inferior (4).

En cuanto al análisis de correlación entre la distancia (G' - Me') y la (Sn - Me'), encontramos que la misma es intensa, positiva y muy significativa ($R = 0.80$), ($p 0.001$). Sin embargo, al analizar la correlación existente entre las distancias (G - Sn) y (Sn - Me') encontramos que la misma es discreta, positiva y significativa ($R = 0.22$), ($p \leq 0.007$). Quiere decir que los tercios medio e inferior no crecen en la misma proporción necesariamente. Además, según Aguila (4) en nuestra población el tercio inferior es discretamente mayor que el medio.

Finalmente, al correlacionar las distancias (Sn - Me') y (Sn - Li) encontramos que la misma es positiva, moderada y muy significativa ($R = 0.65$), ($p 0.001$). Iguales resultados se obtienen al correlacionar las distancias (Sn - Me') y (Li - Me'), con ($R = 0.59$), ($p 0.001$). Es decir, que en la medida en que aumenta la altura del tercio inferior, lo hacen moderadamente las distancias (Sn - Li) y (Li - Me').

El análisis de algunas variables del perfil solamente, todavía no nos permite sustentar el criterio de "individualización"; pero publicaciones posteriores, en las que se incluyen otras mediciones del perfil y, sobre todo, las estructuras óseas del macizo craneofacial nos permitirían profundizar en este concepto.

CONCLUSIONES

- Encontramos interacción de 2do. orden en la distancia (G - Sn).
- Existe interacción de primer orden (Edad x Sexo) en (E - Ls), (E - Li), (Li - Vert. Sn.) y (Pog - Vert. Sn.).
- Encontramos influencia altamente significativa de la raza sobre (E - Ls), (E - Li), (Ls - Vert. Sn), (Li - Vert. Sn) (Sn - Me) y (Sn - Li) y significativa de (G - Me).
- La influencia altamente significativa del sexo apareció en (E - Ls) y significativa en (E - Li), (Li - Vert. Sn), (Pog - Vert. Sn), (Sn - Me) y (Sn - Li).
- Fue encontrada influencia altamente significativa de la edad en (G - Me), (G - Sn), (Sn - Me) y (Sn - Li).
- La diferencia en la interacción (Edad - Sexo) fue encontrada en (E - Ls), (E - Li), (Li - Vert. Sn) y (Pog - Vert. Sn).
- Los labios reciben una marcada influencia racial y crecen proporcionalmente, derrotando una marcada influencia de este factor (raza) sobre el tercio inferior en los sentidos vertical y ánteroposterior.
- La altura facial anterior (total) recibe mayor influencia de la edad y discreta de la raza; pero el tercio medio la recibe y mayormente de la edad.
- Parecería que los tercios medio e inferior no crecen proporcionalmente.

RESUMEN

Realizamos este trabajo sobre telerradiografías de perfil de 120 sujetos cubanos de 9 y 12 años de edad, subdivididos según el sexo y los grupos étnicos europeo y negroide.

Se procedió a identificar los efectos principales de edad, sexo y raza, así como sus interacciones de 1er. y 2do. orden sobre las mediciones lineales estudiadas, me-

dante un análisis factorial de 3 factores (2 x 2 x 2).
Fueron aplicadas las pruebas de Cochran,

BIBLIOGRAFIA

- 1 — Ricketts R.M. A fundation for cephalometrics, communication. Am. J. Orthod. 46:330 - 357, 1960.
- 2 — Salzman J.A. The second workshop on roentgenographic cephalometric. Am. J. Orthod. 46:834

Bartlett Box y de comparación múltiple de Duncan, así como el coeficiente de correlación de Pearson.

- 847, 1960.
- 3 — Enlow D.H. Haudbook of facial growth. 2da Edic. N.B. Saunders Co Philadelphia, pp 1, 1982.
- 4 — Aguila F.J. "Individualización: A new concept" Anat. Anz. Jena.

Dirección:
Apartado 73, Ciudad Habana 1, Cuba

Caninos Superiores en Retención Osea Palatina: Conducta Terapéutica

JOSE ANTONIO ADONAYLO, EMILIA A. DAVILA,
EDUARDO J. MUIÑO, LILIANA PIVETTI, VIVIANA RINALDI

Cuando un odontólogo general sin entrenamiento se enfrenta a un caso de caninos retenidos, probablemente dudará sobre los pasos a seguir para dar mejor solución a su paciente.

Si esta hipotética situación la enfrenta un cirujano, su decisión para resolver el caso, tal vez, pase por la ortodoncia quirúrgica.

La integración y la multidisciplinaria serán la pieza clave de este rompecabezas para una toma de decisiones en el plan de tratamiento.

Este debe ser siempre conservador, desde el punto de vista estético nunca se podrán comparar las bondades de una prótesis a las de un diente natural.

En lo que atañe a la función, no debemos olvidar la importancia que tienen los caninos para la desoclusión del lado de no trabajo en los movimientos de lateralidad¹⁰ deslizando el vértice de la cúspide del canino inferior en la vertiente mesial de la cara del canino superior.

Esto sería motivo suficiente para decidirnos a emprender un tratamiento de relativa complejidad con aparatología ortodóncica y la colaboración de la cirugía para llevar dichas piezas dentarias a ocupar el espacio que la naturaleza le ha conferido en el arco dentario.

Mediante radiografías panorámicas y periapicales, estas últimas, por medio de la técnica

de Clark,⁷ verificaremos cual es la exacta posición que ocupa el canino en el maxilar.

El examen radiográfico, exhaustivo, reviste vital importancia, ya que existirá un límite en nuestro intento de ubicar a estas piezas dentarias. Este estará dado por:

- a) La relación que existe entre el ápice del canino con respecto al espacio que ocupará en su posición definitiva.
En realidad lo que nosotros hacemos con nuestro movimiento es enderezar el canino mediante tracción y volcamiento de la corona a través de gomas, cordón elastizado o alambre de 0,25 mm. Poca influencia o nula tenemos en el acomodamiento de los ápices.
Esto significa que, cuanto más alejado esté el ápice de la posición definitiva que ocupará, más dudoso será nuestro éxito.
"En los dientes, incluidos cuando el ángulo del eje axial con la línea media es mayor de 45 grados, cuando está en posición horizontal, cuando el germen está muy alto (por encima de las raíces del lateral), cuando al tirar de él hay peligro de dañar estructuras vecinas (raíces de los adyacentes), está indicada la extracción".⁴
- b) La morfología de la raíz es otro elemento para tener en cuenta, ya que si en su de-

sarrollo ha encontrado la cortical del seno, es probable que se provoque alguna dilatación, con lo cual nuestras posibilidades de éxito se reducen.

- c) Caninos birradiculares, conformación que tampoco favorecería el traslado de la pieza dentaria retenida, sobre todo si existe la necesidad de girarla; afortunadamente, en nuestra casuística no abundan estos casos.
- d) La falta de espacio para ubicar el canino en el arco puede ser causada por mesilización de los premolares, endognacia, disarmonía dentomaxilar, caries interproximales (acortan la longitud del arco).⁴

Por lo general el canino temporario se conserva y su raíz se va reabsorbiendo, por lo cual la falta de espacio no suele ser muy grave. En algunos casos el diente primario se pierde prematuramente y la falta de espacio suele ser importante. Si esto sucede, la solución pasa posiblemente por la extracción de premolares para ubicar los caninos.⁶

Cuando no tenemos la seguridad de que vamos a poder ubicar las piezas retenidas, realizamos un tratamiento de conducto en los premolares contiguos y su

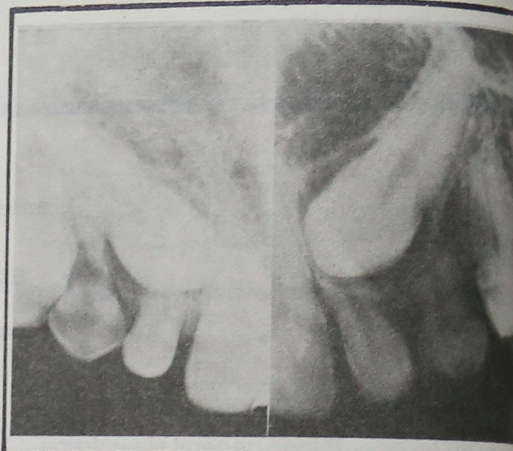


Fig. 2

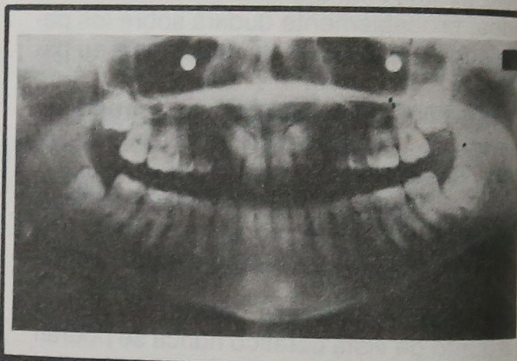


Fig. 3

tipificación desgastando la cúspide palatina y obturando con composite.

- e) Presencia de quistes, odontomas, traumatismos, infecciones, etc., que la literatura describe, para lo cual se debería recurrir previamente a la ayuda de la cirugía.

PASOS DE LA TECNICA

Por lo general los pacientes que llegan a nuestra consulta, son adolescentes preocupados por la movilidad en alguna pieza dentaria en forma uni o bilateral. (Fig. 1) Su descubrimiento a veces es casual, pues no ocasiona ninguna molestia al paciente.

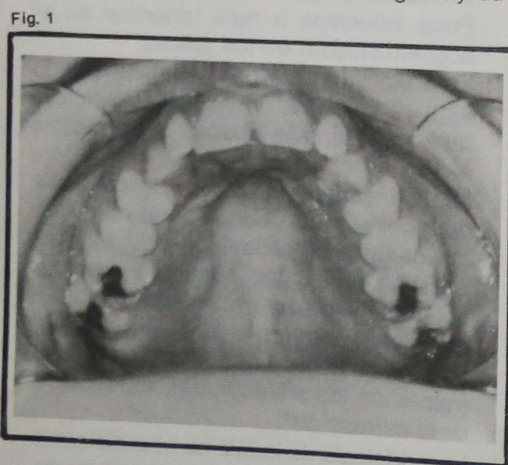


Fig. 1



Fig. 4

Podemos presumir de la presencia de esta anomalía si clínicamente observamos algunas de las siguientes irregularidades:

- 1) Ausencia del diente en la arcada.
- 2) Diastemas más o menos importantes entre los dientes vecinos.
- 3) Presencia anormal de un diente temporal en la arcada.
- 4) Abultamiento bucal o lingual.
- 5) Desplazamiento de algunos dientes, rotación de premolares y mesiogresión de molares.

Acto seguido, solicitamos radiografías panorámica y periapicales. En la panorámica

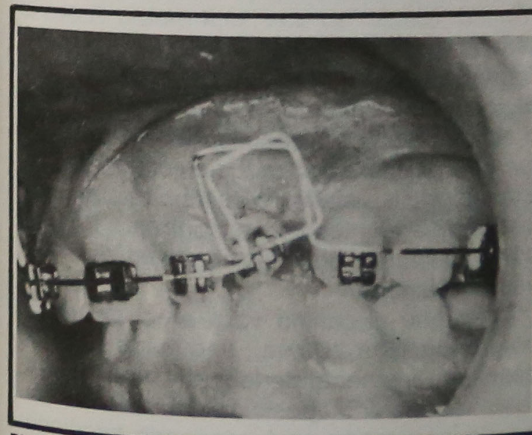


Fig. 5

podremos observar la típica figura de un rombo que estará dado por los caninos retenidos y la cortical externa de las fosas nasales. De ser así, nos encontramos con lo establecido en a) y por lo tanto, con cierta seguridad para emprender el tratamiento y tener éxito.

Armamos ortodóncicamente el maxilar superior, desde 6 a 6 colocando únicamente los braquets, acto seguido enviamos al paciente al cirujano para que éste realice la liberación de los caninos retenidos.

No es intención de esta comunicación describir la técnica quirúrgica, pero si dire-

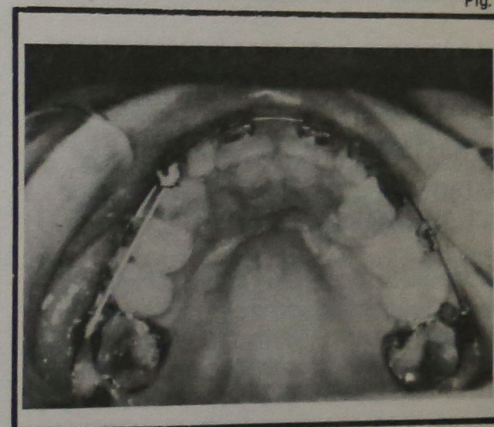


Fig. 6

mos que en ese acto también debe extraerse el canino temporario.

Algunas técnicas usan elementos elásticos, tirando desde la arcada contra-lateral.⁴

La mayor parte de las veces, los caninos ofrecen sus caras proximales hacia vestibular, por lo tanto será necesario girarla cuando el diente ha erupcionado hasta alcanzar el plano oclusal, y para ello utilizamos el resorte de Stonner, que actúa en los tres planos del espacio y tiene la virtud de girar la pieza dentaria como si fuera una cupla, pero con mayor simplicidad técnica y con menores efectos secundarios sobre las piezas vecinas. (Fig. 5)

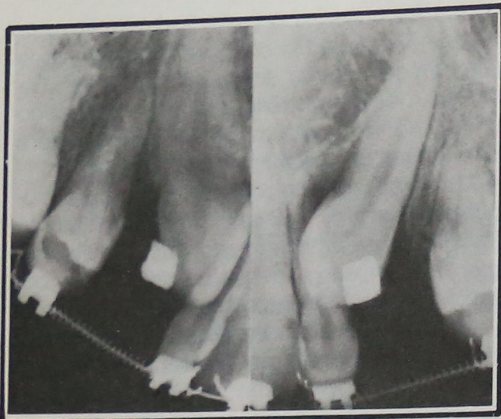


Fig. 7

La terminación del caso la realizamos, como es costumbre, con un arco de alambre continuo. (Fig. 6)

CONTROL DE VITALIDAD Y CONTROL RADIOGRAFICO DURANTE LA MARCHA DEL TRATAMIENTO

Es necesario destacar la importancia de tomar radiografías de control (Fig. 7), así como también probar la vitalidad de la pieza dentaria que se está movilizand, ya que el paquete vasculo-nervioso podría lesionarse y en ese caso es necesario efectuar un trata-

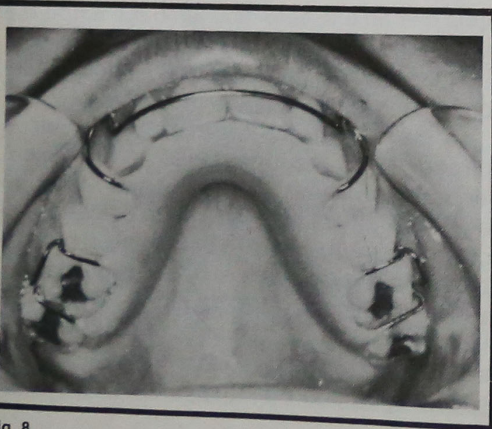


Fig. 8

miento de conducto posterior al ortodóncico. También pueden producirse reabsorciones en la superficie radicular, que harían replantear la intensidad de las fuerzas que estamos utilizando, así como también discontinuar el tratamiento para dar lugar a los procesos de reparación.

CONTENCION

Cuando retiramos la aparatología fija debemos colocar una placa de Hawley (Fig. 8) que dejaremos durante un período similar al tiempo que nos llevó el tratamiento. Su uso

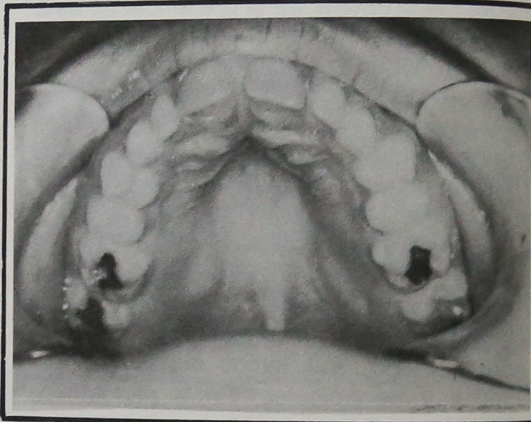


Fig. 9

será, en un principio, de todo el día y, posteriormente, se lo va reduciendo hasta la finalización del tratamiento. (Fig. 9)

Algunos autores recomiendan contenedores AEF (alambre trenzado flexible), adherido a la superficie palatina o vestibular que toma tres o más dientes,⁸ con controles periódicos para impedir posibles acciones secundarias del alambre.

Dado que el canino va a efectuar un recorrido de 10 a 20 mm., según los distintos casos, su ligamento periodontal hará que trate de recuperar su posición anterior. Por ello en algunos casos será necesario seccionar el ligamento circular de Kolliker.

Esto lo haremos en aquellos casos donde el paciente manifiesta dificultad para colocar la placa Hawley, luego de un tiempo considerable de contención. En lo personal, preferimos no realizar esta cirugía en forma sistemática.

RESUMEN

Los autores describen la técnica que utilizan, para ubicar los caninos retenidos o incluidos en la bóveda palatina, y llevarlos hasta su posición en el arco dentario,

describiendo las condiciones morfológicas que esas piezas dentarias y los tejidos circundantes deben cumplir para posibilitar el éxito del tratamiento.

SUMMARY

The authors describe the technic they use, to situate the retained (or included) canines in the palatine bove, to the position they should occupy in the dental arch, and the morfological conditions these dental pieces and its soroundings tissue must carry out to make it possible.

BIBLIOGRAFIA

1. Alvarez A.F. y Torres M.D. Chudnovsky A.: Cirugía en alteraciones de la erupción dentaria, colaboración quirúrgica-ortodóncica. Rev. Aten. Arg. de Odont.1 XIV 17 1/6/1978.
2. Beskin M., Lewkowicz B., Losoviz E., Schilman E., Torres M.: Erupción dentaria. Rev. A.A. de Odont. Volumen XIX 2, 10 abril-setiembre 1984.
3. Guberman C., Alvarez A.F., Dilasceración radicular. Aspectos preventivos. Rev. A.A. Odont. Volumen XIV, 16-17 julio-dic. 1978.
4. Matute Orodea R.M., Ruiz de Temiñop, Donado Rodríguez M.: Tratamiento quirúrgico ortodóncico de los dientes retenidos. Vol. Info. Dentario 41: 27-49 mayo-junio 1981.
5. Reitan K. Principios y reacciones biomecánicas. Graber Swain: 204-213 Panamericana 1988.
6. Ruiz Moreno M.N. La extracción dentaria en el Maxilar Superior con fines ortodóncicos. Rev. A.A. de O. XIII, N° 1 y 2: 22-1976.
7. Torres M.D. Localización radiográfica del canino superior retenido. Rev. A.A. de O. XX, 3,8-16 octubre 1984, mayo 1985.
8. Zachrisson B. Adhesión en ortodoncia Graber-Swain 641-Panamericana 1988.
9. Zielinsky L. Hacia una odontología integrada multidisciplinaria. Rev. A.A. de O. XXIII, N° 1, 38-48, 1988.
10. Zielinsky L. Protocolo cuantificado de función. Rev. A.A. de O. XXI, N° 1: 26-27, enero-abril 1986.

LABORATORIO "Del Ateneo"

APARATOLOGIA DE ORTOPEDIA FUNCIONAL
Y ORTODONCIA EN TODA SU VARIEDAD

Ricardo N. Llanes
Eduardo H. Aguirre

M. T. de Anchorena 1178
Tel.: 961-7349/0394

CONSULTORIOS DE RADIOLOGIA DENTO-MAXILO-FACIAL RADIOGRAFIAS

INTRAORALES
EXTRAORALES

TELERRADIOGRAFIAS CON ESTUDIO
CEFALOMETRICOS
RADIOGRAFIAS PANORAMICAS
CONDILOGRAFIAS

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

Horario: de 9,30 a 12,45 y de 15 a 19,30. Sábados, de 9,30 a 12,30
CORRIENTES 2362 - 2° C. T.E.: 47-4532 (1046) Bs. As.

Tratamiento de las Fracturas Radiculares

CARLOS GUBERMAN,
RICARDO POMERANIEC

En el volumen XXIII, N° 1 de la revista del Ateneo Argentino de Odontología (Pág. 71-74) hemos presentado un método radiográfico experimental aplicado a las fracturas radiculares donde, teniendo en cuenta la clasificación de ellas, se facilita el correcto diagnóstico. Fue descripto el método aplicado y propuestas de estudio en base a los resultados obtenidos.

Prosiguiendo con el tema, nos referiremos en esta presentación a las distintas posibilidades terapéuticas en el tratamiento de las fracturas radiculares, basadas en el conocimiento de los tipos de cicatrización que se producen en estas soluciones de continuidad y de las que, según Andreassen, existen 4 modalidades, a saber:

- Interposición de tejido calcificado.
- Interposición de tejido conectivo.
- Interposición de hueso y tejido conectivo.
- Interposición de tejido de granulación.

La interposición de tejido calcificado va precedido por una remodelación de las superficies fracturadas debido a una reabsorción de tipo cemento-dentino elástico, proveniente del periodonto y desde la pulpa, si ésta permanece con vitalidad.

En una segunda fase, se produce proliferación de tejido fibrocolágeno u osteodentino amorfo o laminar.

Los fragmentos pueden permanecer separados dentro del alvéolo, interponiéndose

entre ellos una lámina de tejido fibroso con fascículos semejantes al ligamento periodontal (pseudo articulación).

De lo precedente, se deduce la importancia de la vitalidad pulpar para colaborar con la reparación fisiológica de la fractura.

Por el contrario, la necrosis de la pulpa tras el traumatismo, eliminará la posibilidad de la formación dentinaria intracanalicular, dificultándose o impidiendo la constitución final del callo reparador. Este caso, nos obligará a evaluar el lugar y las características de la

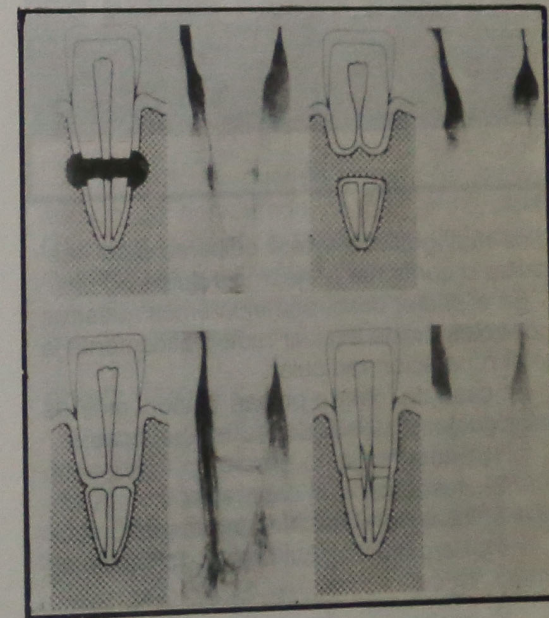


Fig. 1

fractura, para determinar la terapéutica que debemos seguir.

TRATAMIENTO:

A priori partimos de la base que, salvo raras excepciones, las fracturas radiculares deben ser reducidas (en los casos que sea necesario) e inmovilizadas, lo que nos dará el tiempo suficiente para la fijación de la pieza dentaria y determinación del estado pulpar, al tiempo que seleccionamos el tratamiento.

La fijación se mantendrá hasta la consolidación tisular (hasta 2 ó 3 meses posteriores a la injuria). Son convenientes periódicos estu-

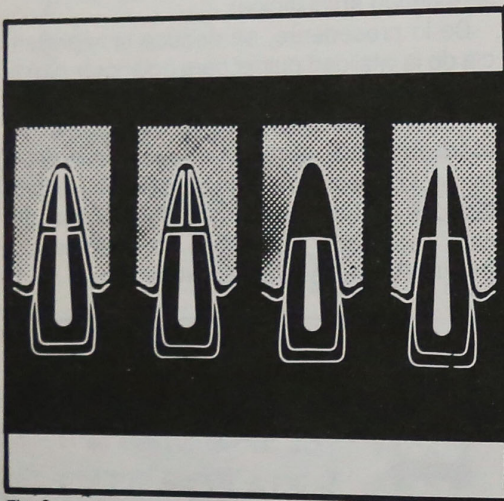


Fig. 2

dios radiográficos y test pulpares para descartar o confirmar la necrosis pulpar.

En el primer caso, continuaremos nuestros controles, hasta evaluar radiográficamente la total reparación radicular.

En caso de muerte pulpar, disponemos de las siguientes posibilidades terapéuticas:

- 1) Endodoncia.
- 2) Resección del cabo apical.
- 3) Perno endodóntico intraóseo.
- 4) Alargamiento quirúrgico del cuello clínico.
- 5) Exodoncia.

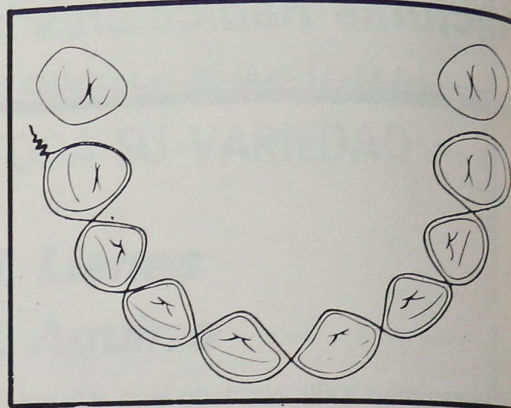


Fig. 3

ENDODONCIA: Persigue el objetivo de conservar el cabo apical para los casos de formación del callo cementario.

RESECCION DEL CABO APICAL: Comprobada la imposibilidad de consolidación de la fractura, a través de la aparición de una imagen radiolúcida contigua al trazo, se procede a la eliminación quirúrgica del segmento.

PERNO ENDODONTICO INTRAÓSEO: Cuando en el caso anterior permanece un remanente coronario, con escaso soporte óseo, puede obtenerse una mayor fijación con la aplicación de este método.

ALARGAMIENTO QUIRURGICO DEL CUELLO CLINICO: Fracasado el intento de fijación del cabo coronario, y en los casos que el largo radicular permita una rehabilita-

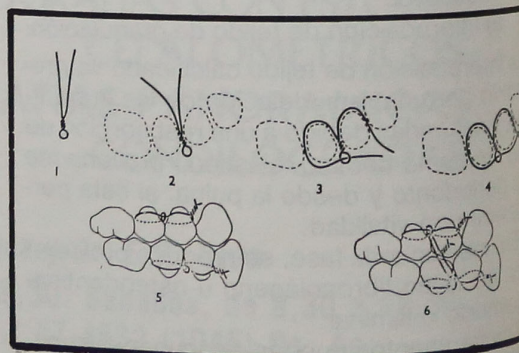


Fig. 4

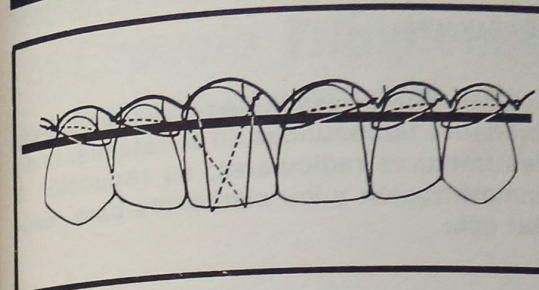


Fig. 5

ción protética, se puede proceder con este método basado en la gingivectomía y osteotomía de los tejidos perirradicular.

EXODONCIA: Incluimos este procedimiento en los casos en que ningún otro método sea aplicable y específicamente en fracturas radiculares de tipo longitudinal.

REDUCCION E INMOVILIZACION:

Como quedó dicho, es el primer paso en el tratamiento de la fractura radicular. Ambas se realizan lo más tempranamente posible. La reducción será con una suave presión digital que impida un definitivo seccionamiento del paquete vasculo-nervioso.

Luego se procede a la fijación de la pieza fracturada evitando el contacto con el o los dientes antagonistas: es decir, sacarlo de la oclusión:

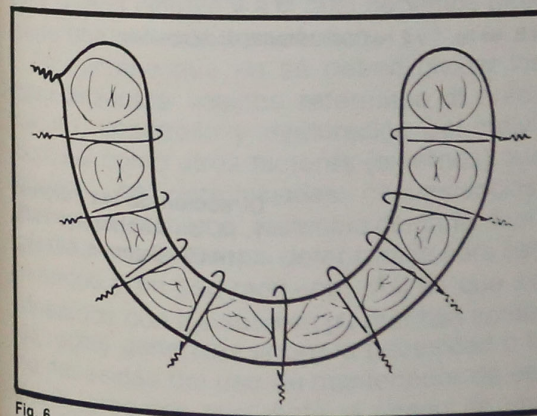


Fig. 6

Para la inmovilización podemos utilizar diferentes métodos.

- a) Ligaduras.
- b) Arcos.
- c) Férulas.

LIGADURAS: Desde el simple alambre "en ocho" (Fig. 3) hasta métodos más complejos como se observan en las ilustraciones.

(Figs. 4, 5 y 6)

ARCOS: Se puede optar, si se los dispone, por arcospeine o arcoscinta, afirmados a tra-

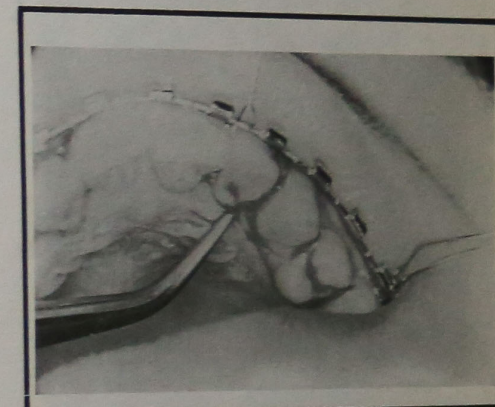


Fig. 7

vés de alambres peridentarios.

(Figs. 7 y 8)

FERULAS: Se pueden fabricar férulas de acrílico de autocurado de fácil confección (Fig. 9) u optar por la ferulización de la pieza injuriada con los dientes vecinos.

A través de resinas epóxicas por el método de grabado ácido.

CONCLUSIONES

Existen fundados elementos que permiten conservar una pieza con fractura radicular a través de una reparación fisiológica. Se dispone de una terapéutica, que facilita una actitud conservadora.

Los métodos de fijación, con sencilla confección, que permiten ser realizados por el

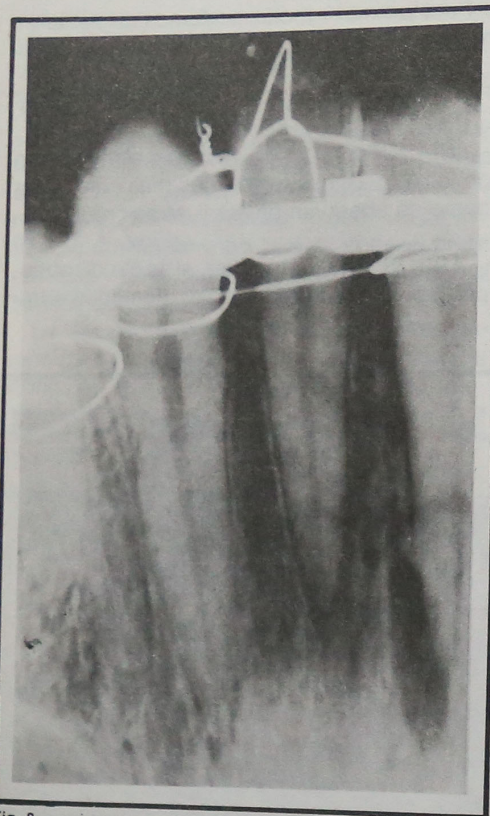


Fig. 8

odontólogo de práctica general. El seguimiento clínico radiográfico debe ser realizado hasta la resolución final del caso.

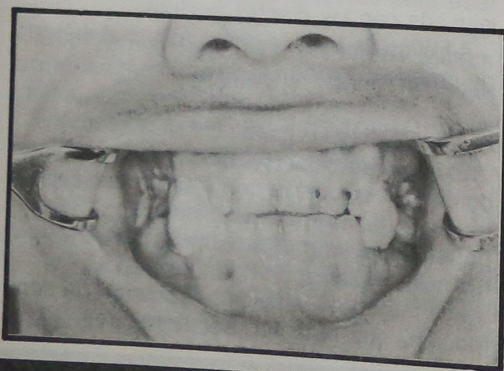


Fig. 9

RESUMEN:

Los autores presentan las distintas posibilidades terapéuticas en el tratamiento de las fracturas radiculares; su reducción e inmovilización y los elementos para realizar ésta.

SUMMARY:

The authors explains several methods in the threatment of roof injuries.

BIBLIOGRAFIA:

- 1) ANDREASEN, J.O.: Traumatic injuries of the teeth (1977).
- 2) ELLIS R.G.: The classification and treatment of injuries to te teeth of children 1° Ed.
- 3) GOLDIN M Y MEER J: Traumatismos en dientes permanentes jóvenes ortopedia maxilar-Vol XVII, JUL-DIC 1978.
- 4) DRIGER G.: Cirugía buco-máxilo-facial Ed. Panamericana T° Ed.
- 5) MAC DONALD R.F.: Odontología para el niño y el adolescente. Ed. Mundi - 1987.
- 6) MAISTO A.: Endodoncia Ed. Mundi 2° Ed. - 1973.
- 7) RIES CENTERNO G.: cirugía bucal - Ed. El Ateneo - 8° Ed.
- 8) RITACCO. A.: Implantes endodónticos intraóseos.
- 9) SPOUGE J.D.: Patología bucal. Ed. Mundi.

N.B. las fig. 1 y 2 han sido tomadas de Andreasen 1.

Dirección de los autores:
T. M. de Anchorena 1176
(1415 - Buenos Aires)

Ortodoncia Interceptiva Mediante el Uso del Mantenedor de Espacio Tridimensional

ALFREDO RAMON MURISI
ALFREDO RAFAEL MURISI

INTRODUCCION

Toda vez que nos corresponde ocuparnos del Mantenedor de Espacio, podemos incurrir en la simpleza de considerarlo una de las terapias odontológicas de menor jerarquía, si es que pudiéramos establecer esa jerarquía. Por lo tanto, es importante reconocer que la Odontología es un *todo* sin que se le otorguen supremacías a una actividad en desmedro de otra. Es por ello que al ocuparnos del mantenedor de espacio, no nos referimos sólo a cubrir, llenar ese espacio, sino que tenemos que considerar varios factores que nos van a dar el criterio clínico más acertado para su indicación o contraindicación.

Y así, comenzamos a ver la importancia del mantenedor de espacio; la problemática que se nos plantea y a la cual debemos ofrecerle una solución terapéutica.

Es por eso que no se deben olvidar los conocimientos básicos referentes al crecimiento, desarrollo y maduración del individuo, así como otros factores (externos) que pueden, en determinadas circunstancias, acelerar o retardar el recambio dentario, otorgándole una tendencia determinada para ese individuo y en ese momento. Así es que sin alinearnos con los autores (4) que han sentido reglas generales sobre la necesidad o la no necesidad del uso de mantenedor de espacio, creemos que, ante el riesgo de una maloclusión, no debemos titubear en la insta-

lación de un mantenedor de espacio. Además, al considerar cada caso con la individualidad que merece podemos fortalecer nuestro criterio clínico y resolver sobre el particular.

MOTIVO DEL TRABAJO

Cuando ocurre una alteración de la arcada dentaria temporaria por pérdida prematura de una pieza posterior, se produce un espacio, y es el mantenedor el dispositivo terapéutico que permite conservar dicho espacio.

La importancia de este concepto aumenta si se valoran los elementos que entran en juego si ese espacio se modifica. Por lo tanto el mantenedor de espacio debe garantizar el equilibrio dentario, óseo, muscular y funcional, **interceptando** todo aquello que rompa ese equilibrio.

Aceptando que "el equilibrio de las piezas dentarias es la resultante de tres pares de fuerzas que se oponen mutuamente: oclusa-eruptiva, mesial-distal y vestibular-palatina" (5), cuando nos vemos ante la pérdida prematura de una pieza temporaria no sólo se crea un espacio vacío sino que se rompe aquel equilibrio. (Fig. 1)

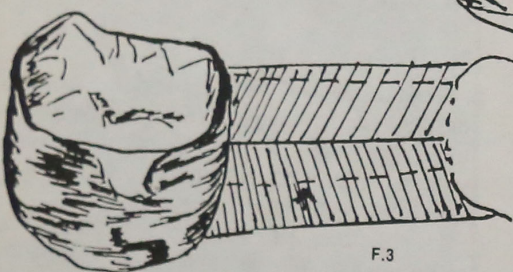
Planteado así el problema por resolver, el mismo nos demanda una solución terapéutica completa; es decir, no sólo llenar, ocupar ese espacio en su forma, sino que, además, debe restablecer el equilibrio de aquellos

tres pares de fuerzas señalados anteriormente. Intentar nada más que estabilidad proximal, conservando sólo el espacio mesio-distal, sería interpretar parcialmente el problema



Fig. N° 1 — El equilibrio de las piezas dentarias en oclusión es la resultante de tres pares de fuerzas que se oponen mutuamente.

(Tomado de Katz)



F.3

MATERIAL Y METODOS:

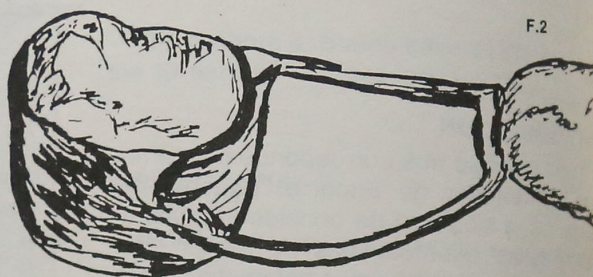
a) ELEMENTOS QUE COMPONEN UN MANTENEDOR DE ESPACIO TRIDIMENSIONAL:

- 1 — BANDA DE ACERO
- 2 — ANSA (travesaño)
- 3 — CUERPO DE ACRILICO

b) TECNICA DE CONSTRUCCION:

- 1 — Se adapta en la boca una banda de acero, respetando las normas necesarias de ajuste cervical, ubicación subgingival y cuidando que no haya interferencia oclusal. (Fig. 4).
- 2 — Adaptada la banda en la boca, se toma una impresión para modelo de trabajo. Una vez logrado éste y

(Fig. 2). Por lo tanto, nuestro criterio terapéutico debe estar regido por una interpretación tridimensional reconociendo los tres sentidos del espacio. (Fig. 3).

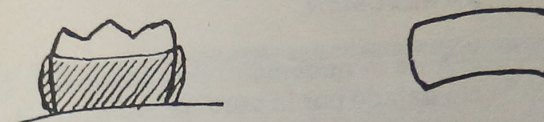


F.2

con la banda en posición, se construye el travesaño de alambre de acero (0,8) tratando que el mismo tome una relación lo más oclusal posible. Se suelda el travesaño con la banda. (Fig. 5). La ubicación oclusal del travesaño está determinada por la necesidad de no interferir los desgastes que desde gingival requieren las modificaciones del mantenedor.

- 3 — Teniendo la banda con su ansa o travesaño soldado se construye el cuerpo del mantenedor con acrílico de autocurado llenando todo el espacio, tanto de mesial a distal, por bucal y lingual, respetando el ancho de las piezas límites del espacio y con respecto a la altura oclusal siguiendo el plano de la oclusión. Por gingival lo hace contactando con el reborde, no dejando aristas que puedan lacerar lengua o carrillo.

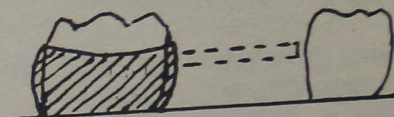
El travesaño quedó incluido en la masa de acrílico. (Fig. N° 6).



F.4



F.6



F.5

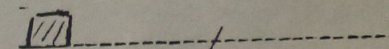
c) INSTALACION:

Terminado el mantenedor de espacio tridimensional, con su banda, ansa y cuerpo, se retira del modelo de trabajo para su pulido. Se prueba en la boca a fin de controlar su asentimiento gingival y lograr un buen ajuste oclusal.

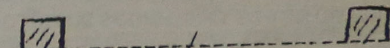
Se hacen los preparativos necesarios tanto del mantenedor como de la pieza que será pilar del mismo (limpieza, desinfección, secado) y se procede a cementar el mantenedor en posición.

d) INDICACIONES ACERCA DEL MANTENEDOR DE ESPACIO TRIDIMENSIONAL:

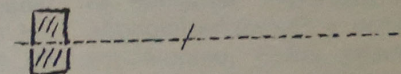
1 — ESPACIO UNILATERAL-UNIMAXILAR



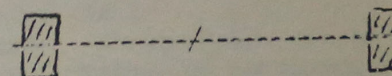
2 — ESPACIO BILATERAL-UNIMAXILAR



3 — ESPACIO UNILATERAL-BIMAXILAR



4 — ESPACIO BILATERAL-BIMAXILAR



El resto de los casos posibles surgen por combinación de estos 4 tipos básicos y pueden resolverse terapéuticamente por analogía con los ya descriptos.

e) **TIEMPO DE PERMANENCIA DE UN MANTENEDOR TRIDIMENSIONAL:**

El tiempo de permanencia del mantenedor estará dado por la erupción de la pieza sucesora, hasta que la misma casi alcance la relación articular con su antagonista o la altura del plano de oclusión.

f) **MODIFICACIONES - CORRECCIONES:**

Se irán realizando a medida que sea necesario por la erupción de la pieza sucesora retirando el mantenedor, desgastando el acrílico en su base y volviendo a instalar el mantenedor.

5 — VENTAJAS DEL USO DE UN MANTENEDOR DE ESPACIO TRIDIMENSIONAL:

1°) Cumple, por su forma y función, en mantener el equilibrio articular. Su forma cúbica llena el espacio dejado por la pieza dentaria en los sentidos (mesio-distal, buco-lingual, ocluso-erupcional). Por su función puede conservar el espacio hasta la casi inmediata relación articular de los antagonistas.

2°) Al realizarse la fijación por medio de una banda no ofrece dificultades su retiro y reinstalación.

3°) Puede ser modificado según lo demanden los avances erupcionales del sucesor.

4°) Es de fácil construcción.

5°) Es de bajo costo.

6 — RESUMEN

Ante la necesidad de conservar el espacio dejado por la pérdida prematura de una pieza dentaria temporaria, se propone un dispositivo terapéutico que por su forma y función cumple con esa demanda en los tres sentidos del espacio; es decir, un MANTENEDOR DE ESPACIO TRIDIMENSIONAL.

7 — BIBLIOGRAFIA

1. Bazerque P. —Tessler J. — "Métodos y técnica de la Investigación Clínica"
1ª Ed. —Ediciones Toray Argentina, S.A.C.I.— Bs. As. 1982
2. Cohen M. M. —"Odontología Pediátrica" - Editorial Mundi— Bs. As. 1957
3. Guardo Antonio J. —"Ortodoncia" - Editorial Mundi— Bs. As. 1981.
4. Harndt E. Weyers H. —"Odontología Infantil" Edit. Mundi. Bs. As., 1969.
5. Katz S. - "Odontología Preventiva en Acción" -Editorial Médica Panamericana— Bs. As. 1975.
6. Murisi A. R. —"Mantenedores de Espacio: un Concepto Tridimensional" - Primeras Jornadas Entrerrianas de Odontología— C. O. de Paraná. 1987
7. Ramfjord S. P. —Ash M. M. - "Oclusión" - 2ª Ed. —Editorial Interamericana— México. 1975.
8. Sim J. M. —"Movimiento Dentarios Menores en Niños" - 2ª Ed. - Editorial Mundi— Bs. As. 1980.

**Dirección de los autores:
Maestro Sardi 16
(2840) Gualaguaychú (E.R.)**

Los Medicamentos

ALFREDO FERMIN ALVAREZ

"Es imprescindible que el Parlamento y el Gobierno encaren con absoluta seriedad el candente problema del Seguro de la Salud dentro de un régimen de seguridad social, en cuyo esquema adaptado a la realidad nacional encuentren tratamiento adecuado los factores asistenciales, preventivos, médicos, odontológicos, farmacéuticos, etc., de a atención médica".
Arturo Oñativia, julio de 1965.

Quizá no exista un aspecto en la problemática de la salud en que hayan confluído tantos intereses, intenciones, críticas e incluso distorsiones, exageraciones y falsedades como en el tema de los medicamentos. Es un tema que siempre está de moda, dice Pampliega 10, pero que suele discutirse en un contexto emocional, frecuentemente sin el aporte de la información imprescindible para hacerlo seriamente.

Los distintos organismos de la seguridad social ensayan permanentemente intentos para modificar la prestación y la cobertura, como signos de insatisfacción con la racionalidad científica y, fundamentalmente, con la relación costo-beneficio, o mejor aún sería suponer costo-posibilidades³.

Los productos farmacéuticos, que afectan una necesidad humana básica como la salud, tienen una importancia

social mayor que los productos de cualquier otra industria.

La industria farmacéutica se ha desarrollado en un medio muy politizado en todos los países, y la mayor parte de éstos ha establecido legislación que determina y controla pureza, seguridad y eficacia en los medicamentos. Muchos gobiernos intentan desarrollar o fomentar la producción farmacéutica en sus

naciones, no sólo para cubrir necesidades de salud de sus pueblos sino como medio para aumentar exportaciones, economizar divisas y promover empleo. Estos intentos han sido fuertemente resistidos por las compañías transnacionales que dominan la industria farmacéutica mundial².

George Peters, director del Instituto de Farmacología de

la Universidad de Lausana, manifiesta que 11 el número de medicinas necesarias para atender todas las exigencias del hombre es sumamente reducido. En la edición de 1985 de la "Lista modelo de medicamentos esenciales" de la OMS, se incluyen 379 productos que contienen 262 sustancias activas, entendiéndose que son necesarios y suficientes para hacer frente al 95% de las enfermedades. El número de medicinas comercializadas en los países altamente desarrollados es superior a los 15.000. La enorme diferencia, continúa Peters, se explica por el hecho de que en su mayoría los nuevos medicamentos no son sino nuevas presentaciones o combinaciones, a todas luces superfluas, de los mismos principios activos.

Dice Neri 9: "Difícilmente hallaremos otro componente en el campo de la salud en que se presenten con mayor evidencia las interrelaciones entre el sistema productivo, las necesidades de un pueblo y la medicina que utiliza. Y, también, difícilmente se repita en otros componentes la mezcla caótica de realidad y fantasía que a éste caracteriza. Porque así como son muchos los hechos en que se evidencia el flanco científico de la medicina, pocos como el medicamento desnudan, ante el observador atento, su vertiente mágica, quizá tan poderosa hoy como en los tiempos

de augures, sapos y exorcismos. Si observamos la muy elevada participación que tienen en el mercado argentino las ventas de fármacos tales como las vitaminas, los hepatoprotectores o los estimulantes de la circulación periférica, cuyas pretensiones de eficacia ruborizan al médico informado, tendremos una concreta ejemplificación de lo dicho. Si a ello le sumamos la vasta siembra de antibióticos en indicaciones inapropiadas —drogas que, en la Encuesta Nacional de Salud de 1969-70, fueron consumidas por el 13% de las personas que habían utilizado medicamentos en el período estudiado— estamos agregando a la inutilidad el costo sanitario de la iatrogenia".

LA FABRICACION Y COMERCIALIZACION DEL MEDICAMENTO 2

En los años '30, la industria farmacéutica era un negocio de consumo general. Las compañías estaban dedicadas a fabricar y vender los insumos con los que el farmacéutico preparaba las "recetas magistrales" prescriptas por los médicos. Los adelantos terapéuticos eran lentos, era escasa la investigación y la publicidad se hacía en periódicos y revistas populares.

La ola de los "medicamentos milagrosos" aparece después de la Segunda Guerra Mundial, y es una de sus consecuencias.

Hacia el final de los años '50, la industria farmacéutica había crecido con rapidez; se intensificaron la investigación y la publicidad; los productos genéricos fueron reemplazados por productos de especialidad, protegidos por patentes y marcas registradas. A la producción se añadió el fortalecimiento de una dominante red distributiva. La complejidad de los nuevos fármacos y los requisitos de venta bajo receta, hicieron que la publicidad se dirigiera cada vez más a las profesiones médicas.

Hay en el mundo más de 10.000 fábricas farmacéuticas; no más de 100 participan en el mercado internacional y son las que llenan el 90% de los embarques internacionales de fármacos para uso humano.

En el cuadro N° 1 se listan las 50 compañías farmacéuticas principales en 1980. Todas son empresas transnacionales: venden sus productos en mercados extranjeros y participan en la producción, investigación y desarrollo en países extranjeros.

Además, las compañías transnacionales farmacéuticas principales están diversificadas con intereses en otras industrias. El cuadro N° 2 enumera las 50 principales compañías farmacéuticas transnacionales con la diversificación de productos y ventas en el extranjero. Así es como las ventas farmacéuticas

CINCUENTA PRINCIPALES COMPAÑÍAS FARMACEUTICAS TRANSNACIONALES, 1980.

Rango Compañía	País de Origen	Millones de dólares estadounidenses en vtas. farmacéuticas	Aumento porcentual con respecto al año anterior
1. Hoechst (a)	R.F.A.	2.441	10
2. Bayer	R.F.A.	2.149	19
3. Merck Sharp & Dohme	E.U.	1.896	14
4. Ciba-Geigy	Suiza	1.829	18
5. American Home	E.U.	1.651	14
6. Hoffmann-La Roche	Suiza	1.477	8
7. Sandoz	Suiza	1.355	11
8. Pfizer	E.U.	1.291	13
9. Takeda (b)	Japón	1.188	1
10. Warner-Lambert	E.U.	1.163	11
11. Lilly	E.U.	1.156	15
12. Bristol Myers	E.U.	1.151	21
13. Boehringer-Ingelheim	R.F.A.	1.150	14
14. Smith Line & French	E.U.	1.065	24
15. Squibb	E.U.	1.046	21
16. Rhone Poulenc	Francia	1.000	15
17. Glaxo (c)	ING	973	20
18. Upjohn	E.U.	937	25
19. Schering Plough	E.U.	905	13
20. Johnson & Johnson	E.U.	869	24
21. Wellcome (d)	ING	831	8
22. ICI	ING	827	9
23. Beecham	ING	816	13
24. Sankyo (b)	Japón	730	19
25. Schering A.G.	R.F.A.	707	22
26. Cyanamid	E.U.	695	13
27. Fujisawa (b)	Japón	673	12
28. Otsuka (b)	Japón	655	21
29. Akzo	Holanda	623	4
30. Shionogi (b)	Japón	616	7
31. Tanabe (e)	Japón	548	10
32. Abbott	E.U.	495	18
33. Dow	E.U.	481	13
34. Sanofi	Japón	479	23
35. Syntex (f)	Panamá	469	25
36. Astra	Suecia	451	16
37. E. Merck	R.F.A.	429	10
38. Searle	E.U.	429	11
39. Eisai (b)	E.U.	426	12
40. Revlon	Japón	386	23
41. Boehringer-Mannheim	E.U.	360	10
42. Yamanouchi	R.F.A.	358	18
43. Taisho (b)	Japón	351	12
44. Dajichi (b)	Japón	342	10
45. Meiji (b)	Japón	330	6
46. AH Robins	Japón	319	19
47. Kyowa Hakko	E.U.	319	15
48. Chugai	E.U.	307	10
49. Farmitalia	Japón	304	23
50. Banyu	Italia	297	15
	Japón	283	

(a) La cifra de Hoechst incluye 518 millones de dólares en vtas. farmacéuticas de Roussel Uclaf (Francia) en la cual Hoechst adquirió una parte mayoritaria en 1976.
(b) Marzo de 1981. (c) Junio de 1981. (d) Agosto de 1980. (e) Agosto de 1981. (f) Julio de 1981.

Fuente: SCRIP, Nos. 653 y 654, 1981.

DIVERSIFICACION DE PRODUCTO Y VENTAS EN EL EXTRANJERO DE LAS 50 PRINCIPALES COMPAÑIAS FARMACEUTICAS TRANSNACIONALES, 1977

Rango	Compañía	País de Origen	Ventas farmacéuticas como porcentaje de las ventas totales de la compañía	Líneas de productos incluídas en las ventas farmacéuticas	Volumen de ventas en el extranjero como porcentaje total de ventas
		R.F.A.	16	1	67
1.	Hoeschst-Roussel	E.U.	84	1,3,4,	45
2.	Merck & Co.	R.F.A.	13	1,3,5,7	69
3.	Bayer	Suiza	28	1,3,7	98
4.	Ciba-Geigy	Suiza	51	1,4	90 + d
5.	Hoffmann-La Roche	E.U.	39	1,3,5,	31
6.	American Home Products	E.U.	40	1,2,7	43
7.	Warner-Lambert	E.U.	50	1,7	51
8.	Pfizer	Suiza	48	1	95 + d
9.	Sandoz	E.U.	53	1	37
10.	Eli Lilly	E.U.	66	1,2	37
11.	Upjohn	R.F.A.	77	1	69
12.	Boehringer-Ingelheim	E.U.	50	1,3,7	33
13.	Squibb	E.U.	30	1,7	31
14.	Bristol-Myers	Japón	65	1	6
15.	Takeda	Francia	13	1,3	59
16.	Rhone Poulenc	E.U.	63	1	43
17.	Shering-Plough	G.B.	72	1,2,3,4,6,7	61
18.	Glaxo	E.U.	47	1,4,5	32
19.	Abbott Laboratories	G.B.	36	1,3,5	70
20.	Beecham	E.U.	18	1,3	41
21.	Johnson & Johnson	Italia	8	1,3	42
22.	Montedison	E.U.	20	1,4	34
23.	Cyanamid	R.F.A.	51	1,4	64
24.	Shering	Holanda	10	1	88
25.	A.K.Z.O.	G.B.	5	1	60
26.	I.C.I.	E.U.	53	1	36
27.	Smithkline	G.B.	65	1	86
28.	Wellcome	E.U.	51	1	37
29.	G.D. Searle	E.U.	42	1,7	31
30.	Baxter Travenol	R.F.A.	78	1	N.D.
31.	Boehringer Mannheim	E.U.	29	1,2,7	28
32.	Revlon	E.U.	5	1,2,6	45
33.	Dow	Suecia	73	1,2	61
34.	Astra	Japón	78	1	2
35.	Shionogi	Japón	80	1	7
36.	Fujisawa	R.F.A.	44	1	64
37.	E. Merck	E.U.	7	1	38
38.	3M	Japón	79	1	2
39.	Sankyo	E.U.	28	1	48
40.	Richardson-Marrell	E.U.	14	1,3	42
41.	Sterling Drug	E.U.	26	1,2,7	20
42.	Pennwalt	Panamá	69	1,4,5	45
43.	Syntex	E.U.	69	1,2,4,5	30
44.	A.H. Robins	R.F.A.	2	1	51
45.	BASF	Japón	32	1	3
46.	Meiji Seika	Francia	62	1,2,3	35
47.	CM - Industries	R.F.A.	47	1	36
48.	Altana (Anter. Varta)	E.U.	33	1,7	29
49.	Miles Laboratories	Japón	51	1,5	6
50.	Tanabe Seikayu				

FUENTE: United Nations Centre on Transnational Corporations, 1979, pp. 110-111, 113; revisado y corregido por el autor. N.D. = dato no disponible a = Corresponde al año fiscal corporativo de 1977. b = 1. Fármacos étno-nutricionales; 2. Fármacos populares; 3. Productos veterinarios; 4. Vitaminas y sustancias químicas finas; 5. Productos Causa de la falta de datos apropiados en el informe anual de Wellcome, el porcentaje de ventas farmacéuticas mación. e = Las cifras de ventas en el extranjero representan las ventas no estadounidenses. La sede de la en Estados Unidos.

representan sólo una parte de las ventas totales de la empresa.

El cuadro N° 3 muestra las ventas farmacéuticas de las principales compañías transnacionales según su tamaño y nacionalidad. Se nota allí que las empresas con sede en Estados Unidos representan alrededor del 40% de las ventas en las principales 15, 25 y 50 compañías mundiales. Le siguen Japón y la República Federal de Alemania. Las tres naciones juntas tienen 38 de las 50 principales compañías transnacionales y casi tres cuartos de las ventas totales. Las 3 transnacionales de Suiza aparecen entre las 10 primeras del mundo.

Gary Gereffi², tras realizar el análisis precedente, subraya que puede comprenderse mejor la internacionalización de la industria farmacéutica si se considera cuándo y hacia dónde se han dirigido las compañías transnacionales.

Antes de 1950, las 25 compañías farmacéuticas estadounidenses habían establecido 28 subsidiarias en el extranjero, la mayoría en países cercanos geográfica o culturalmente: Canadá, Inglaterra, México. La expansión fue notable: 152 subsidiarias en la década de 1950 y 181 en la década de 1960. En la década de 1950, la expansión se orientó hacia Europa Occidental, los países del Commonwealth, y las naciones más avanzadas de

América latina: México, Brasil y Argentina.

En la década de 1960 el interés se orientó hacia África, Asia y los países de Oriente Medio, y los menos desarrollados en Europa y América latina.

Puede deducirse que, con el paso del tiempo, ocurrió un cambio significativo: la producción local, con base en ingredientes activos importados de la matriz, comenzó a sustituir parcialmente la importación directa de productos terminados.

Según el United Nations Centre on Transnational Corporations (UNCTC)¹⁴ al final de la década del '70 los países desarrollados de economía de mercado representaban cerca del 70% del valor de la producción farmacéutica mundial. Los países desarrollados de planificación central (Unión Soviética, Europa Oriental y China) ocupaban el 2° lugar con el 19% del valor de la producción farmacéutica mundial. Los países en desarrollo tenían poco más del 11%.

La United Nations Industrial Development Organization (UNIDO)¹⁵ informa que la producción farmacéutica mundial en 1980 fue de cerca de 84 mil millones de dólares.

Estados Unidos, Japón y la República Federal de Alemania representan la mitad de la producción mundial de medicamentos. Estados Unidos produce más de la cuarta par-

te del total. Asia produjo en 1977 el 5,6% de la producción mundial; América latina el 5,2% y África el 0,5%. La producción del tercer mundo proviene de 6 países: India, Brasil, México, Argentina, Egipto y Corea (UNIDO, 1978)⁵.

El cuadro N° 4 representa el nivel de desarrollo de la industria farmacéutica en los países del tercer mundo según cinco fases diferentes de integración vertical. La integración vertical puede darse hacia adelante (de la producción a la distribución) o hacia atrás (de la producción al suministro de materia prima). Las industrias farmacéuticas de los países en desarrollo suelen integrarse verticalmente hacia atrás, al comenzar con el empaque, seguir con varios tipos de formulación de dosis y terminar con la manufactura de fármacos al mayoreo o sustancias químicas intermedias².

Volviendo al cuadro N° 4, se observa que los países que se encuentran en la primera fase no cuentan con actividad manufacturera e importan todos sus fármacos terminados.

Los países en segunda y tercera fase reempacan fármacos importados, o intervienen en las formas de dosificación, pero no son capaces de producirlos.

Los de cuarta y quinta fase alcanzan mayores grados de desarrollo. Los de la quinta fase (India, México, Argentina,

CUADRO N° 3

VENTAS FARMACEUTICAS DE LAS PRINCIPALES COMPAÑIAS FARMACEUTICAS TRANSNACIONALES,
SEGUN SU TAMAÑO Y NACIONALIDAD, 1980.

(EN MILLONES DE DOLARES ESTADOUNIDENSES)

DOMICILIO	10 Principales Compañías			25 Principales Compañías			50 Principales Compañías		
	N° de CTN	Valor de las Vtas.	Porcentaje de las Vtas.	N° de CTN	Valor de las Vtas.	Porcentaje de las Vtas.	Nros. de CTN	Porcentaje de las Vtas.	Porcentaje de las Vtas.
ESTADOS UNIDOS	4	6.001	37	11	13.130	43	17	15.935	38
JAPON	1	1.188	6	2	1.918	7	15	7.590	18
REPUBLICA FEDERAL DE ALEMANIA	2	4.590	28	4	6.447	21	6	7.236	17
SUIZA	3	4.661	28	3	4.661	15	3	4.661	11
INGLATERRA	—	—	—	4	3.447	11	4	3.447	8
FRANCIA	—	—	—	1	1.000	3	1	1.000	3
OTROS (*)	—	—	—	—	—	—	4	1.840	5
TOTAL	10	16.440	100	25	30.603	100	50	41.709	100

(*) Holanda, Panamá, Suecia e Italia

Fuente: KATZ, J. Estadios de desarrollo e industria químico-farmacéutica, 1981.

CUADRO N° 4

NIVELES DE DESARROLLO DE LA INDUSTRIA FARMACEUTICA EN PAISES DEL TERCER MUNDO, 1979.

FASE DE LA PRODUC. FARMACEUTICA	AFRICA	LATINOAMERICA	ASIA	ORIENTE MEDIO
GRUPO 1: Países que no cuentan con instalaciones manufactureras y que por lo tanto dependen de fármacos importados en su forma terminada. En muchos de estos países hay personal adiestrado insuficiente, servicios limitados de salud pública y malos conductos de distribución.	BURUNDI REP. AFERICA CTRAL CHAD LESOTO RUANDA SIERRA LEONA SOMALIA SUAZILANDIA TOGO UGANDA ZAMBIA	REP. DOMINICANA HONDURAS	BUTAN MONGOLIA	YEMEN
GRUPO 2: Países que han comenzado a reemplazar fármacos formulados e industrializar fármacos al mayoreo hacia sus formas de dosificación.	COSTA DE MARFIL KENIA MADAGASCAR SENEGAL SUDAN TANZANIA ARGELIA GHANA MARRUECOS NIGERIA TUNEZ	BOLIVIA COSTA RICA EL SALVADOR GUATEMALA HAITI TRINIDA Y TOBAGO COLOMBIA ECUADOR PERU	AFGANISTAN BIRMANIA MALASIA NEPAL SRI LANKA VIETNAM FILIPINAS INDONESIA BANGLADESH SINGAPUR TAILANDIA	JORDANIA
GRUPO 3: Países que industrializan una amplia gama de fármacos al mayoreo hacia sus formas de dosificación y manufacturan algunos fármacos al mayoreo simples a partir de productos intermedios.				IRAN IRAQ SIRIA
GRUPO 4: Países que producen una amplia gama de fármacos al mayoreo a partir de productos intermedios al usar sustancias químicas producidas localmente.		CHILE VENEZUELA	PAQUISTAN REP. COREA TURQUIA INDIA	
GRUPO 5: Países que manufacturan la mayor parte de los productos intermedios necesarios para la industria farmacéutica y realizan investigaciones y desarrollo locales de productos y procesos de manufactura.	EGIPTO	ARGENTINA BRASIL MEXICO		

Fuente: United Nations Industrial Development Organization, 1978b: fue revisado y corregido en IMSWORLD PUBLICATIONS.

Brasil y Egipto), realizan investigaciones y desarrollo locales sobre productos nuevos y adaptados. 2

LAS EMPRESAS FARMACEUTICAS EN ARGENTINA

Jorge Katz et al 4 señalan que, si se comparase el "ranking" de las principales 25 firmas farmacéuticas activas en Argentina de hace dos décadas con la situación de hoy, se observa la pérdida relativa que se ha operado en la participación de las subsidiarias de empresas multinacionales.

Varias firmas extranjeras han desaparecido, por ejemplo Squibb, Eli Lilly, etc., mientras otras han perdido terreno, tales como Pfizer, Schering, Lederle-Cynamid, Promeco, etc. Entre las 25 firmas de mayor peso en 1985, sobresalen laboratorios nacionales que hace 20 años eran empresas incipientes: Montpellier, Microsules-Bernabó, Phoenix, Gador, Beta, Sidus, Synthial, etc. 4.

Katz et al concluyen en que "la industria farmacéutica muestra una profunda recomposición interempresaria en la que diversas firmas de capital extranjero (y sólo unas pocas de capital nacional) han perdido terreno frente a otras que han ganado posiciones en forma vertiginosa. Salvo raras excepciones, ésta última categoría describe el caso de diversos fabricantes medianos de capital nacional que lograron una mejora importante de

su posición relativa en el curso de pocos años".

En el período 1980-85 ingresaron al mercado en nuestro país 1.577 productos farmacéuticos nuevos: 544 de firmas extranjeras y 1.033 nacionales. El precio promedio de los productos que tienen hasta 12 meses de antigüedad, cuadruplica el precio medio de la industria, mientras que los que tienen hasta 24 meses de vida, lo duplican. Así es como "el ritmo más rápido de lanzamiento de nuevos productos al mercado por parte de firmas de capital nacional "explica" que la participación relativa del sector doméstico haya crecido de modo tan significativo a lo largo de los años" 4.

La gran mayoría de los nuevos fármacos son duplicaciones de productos existentes en el mercado, o combinaciones de drogas conocidas. Para lograr el favor de la comunidad médica, cada lanzamiento se acompaña de grandes gastos para imponer el producto. El éxito o el fracaso son entonces ajenos a la racionalidad terapéutica o al precio.

El lanzamiento de nuevos fármacos comporta el retiro de sus antecesores de igual o similar efecto terapéutico, pero con menor rentabilidad. El lanzamiento constituye una estrategia comercial "destinada a circunvalar el control de precios ejercido por la autoridad pública" 4

Otro aspecto interesante para analizar son los canales de comercialización de los productos farmacéuticos.

El estudio realizado sobre 60 compañías con una participación en el mercado del 63% aproximadamente, dio las bases para la construcción del Gráfico N° 1.

Puede observarse allí que la participación de los hospitales públicos y privados en la canalización comercial del medicamento sólo llegó en conjunto al 10,4%.

Es importante destacar la preponderancia que tienen en la comercialización los intermediarios (droguerías) que encarecen artificialmente los productos.

El deterioro sufrido por la industria farmacéutica en los años del proceso militar 8 se demuestra con lo sucedido con la producción de antibióticos. En el cuadro N° 5 se presenta la producción en kilogramos desde 1976 a 1981. En un período de 5 años, la producción de antibióticos se redujo en un 62% y los de uso humano en un 56%.

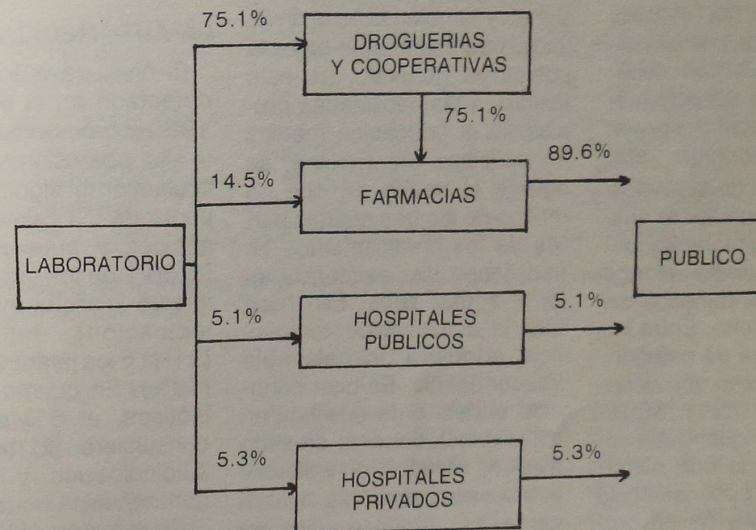
A su vez la ocupación pasó de 1.524 personas en 1970 a 1.824 en 1976. 973 en 1979 y 188 en 1971.

LA CONDUCTA PRESCRIPTIVA DE LOS PROFESIONALES

En un estudio realizado en 1983 en una obra social de 42.000 beneficiarios 3, la

GRAFICO N° 1

CANALES DE COMERCIALIZACION DE LOS PRODUCTOS FARMACEUTICOS



Fuente: "El Mercado Farmacéutico Argentino". IMS. Suiza, 1983.

CUADRO N° 5 PRODUCCION DE ANTIBIOTICOS AÑOS 1976-1981

(En kilogramos)

	1976	1977	1978	1979	1980	1981
TOTAL	328.052	328.473	263.568	127.565	132.962	125.009
USO HUMANO	284.475	296.760	235.832	115.223	126.527	125.009
Amplio espectro	244.125	247.394	177.429	100.071	103.039	—
Mediano espectro	2.605	12.904	12.391	13.570	23.488	—
Pequeño espectro	37.745	36.462	46.012	1.582	—	—
USO VETERINARIO	43.577	31.713	27.736	12.342	6.435	—

Fuente: Anuario estadístico de la República Argentina. INDEC. 1981-82

conducta prescriptiva de los profesionales mostró que muy escasas consultas médicas, 1 de cada 10, no concluyeron en una prescripción medicamentosa. La no culminación en receta pareció estar determinada por algunas especialidades que tienen alto grado de prácticas especializadas dentro del acto médico: oftalmología, alergia, traumatología, urología, etc.

La tercera parte de las indicaciones correspondió a antibióticos y quimioterápicos; analgésicos-antiinflamatorios y medicación sintomática del aparato respiratorio. Entre los primeros lugares de categorización se ubicaron vitaminas-minerales y colagogos-coletréticos, lo que debe interpretarse como una distorsión basada en circunstancias socio-culturales y no en probada necesidad terapéutica.

En el estudio internacional realizado en 1969 en 12 ciudades del mundo, se encontró para Buenos Aires que las tres cuartas partes de las consultas médicas terminaban en la prescripción de medicamentos; este valor fue el más alto registrado en dicho estudio 8.

En un análisis comparativo realizado en una obra social 13 se notó que en Villa Mercedes (San Luis) se emitieron 4,76 recetas por beneficiario en 1985, y 4,40 para

1986. En la ciudad de San Luis, la relación para esos años fue de 4,03 y 4,00 respectivamente.

Apunta Neri 9: "Una cuestión clave es la relativa a la información científica del profesional, y también lo es la divulgación sobre el tema entre la población general. En este asunto, a las debilidades propias de la educación médica en su etapa universitaria, se agrega el hecho de que no menos de las tres cuartas partes de los medicamentos en uso tienen una existencia inferior a diez años. Ello hace que la actualización terapéutica, adquiera insoslayable trascendencia. Es bien conocido el hecho de que hoy en día la principal fuente de información, directa o indirecta, sobre estos temas es el fabricante del fármaco, con su sonriente optimismo sobre las virtudes del mismo. Esto incide no sólo en los aspectos cualitativos de la prescripción, o sea en la receta del médico, sino también en los cuantitativos. Reiteradas investigaciones norteamericanas hallaron que los profesionales más "recetadores" son aquellos que se informan principalmente a través del sistema publicitario de la industria, en tanto que el nivel de prescripción disminuye ostensiblemente en aquellos que se alimentan de otras fuentes independientes y más

críticas existentes en aquel país, tales como el Medical Letter o algunas pocas revistas científicas no tan dependientes de sus avisadores industriales".

LA AUTOMEDICACION

El nivel de automedicación detectado en la encuesta de 1969 9 fue considerablemente alto, apareciendo como particularmente significativo respecto de los calmantes, analgésicos y antiespasmódicos (el 50% de los que los consumieron lo hicieron por propia indicación), los laxantes (21%) y los jarabes para la tos (18%). En cuanto a los antibióticos, el 5% de los que consumieron lo hicieron por autoindicación y el 11% según consejos no médicos.

En el cuadro N° 6 se observa el tipo de medicamento consumido en el área metropolitana, encuesta 1980, según quién lo recetó o recomendó. Es importante llamar la atención 8 sobre el hecho que esos datos no confirman la presunción sobre la importancia del farmacéutico en la recomendación de medicamentos. Quizá haya aquí un elemento para estudiar más cuidadosamente, y que podría ser el prejuicio, en el nivel de la población, de admitir que la compra de un medicamento puede hacerse al margen del médico.

CUADRO N° 6

TIPO DE MEDICAMENTO CONSUMIDO SEGUN QUIEN LO RECETO O RECOMENDO AREA METROPOLITANA - 1980

(En %)

Tipo de medicamento	Médico	Dentista	Farmacéut.	Automedic.	No sabe o no recuerda	
Calmantes dolor	54,0	3,6	0,8	37,6	4,0	100,0
Vitaminas	84,0	0,3	—	5,3	10,4	100,0
Antibióticos	84,7	3,7	1,3	4,2	6,1	100,0
Sedantes	87,1	0,1	—	2,2	10,6	100,0
Otros medicam.	88,0	0,6	0,8	7,1	3,5	100,0

Fuente: Encuesta de utilización de servicios y gastos en atención médica. Área metropolitana. Buenos Aires 1982.

EL GASTO EN MEDICAMENTOS

Al aumentar la participación relativa de los medicamentos en los gastos totales de salud, los demás sectores prestadores experimentan una caída relativa proporcional 4. Ello los mueve a solicitar aumentos a los entes financiadores, o a exigir pagos extra a los usuarios.

La consecuencia de la puja distributiva entre los mercados prestadores incide en la calidad de las prestaciones, el nivel de cobertura, etc. 4.

Tomando algunos datos del estudio realizado por un equipo de expertos 1 sobre el gasto en salud y en medicamentos en la Argentina para el año 1985, se han elaborado los cuadros 7 y 8.

Al observar el gasto mencionado por grandes sectores, y comparando la incidencia del gasto en medicamentos sobre el gasto total en salud, surge que en el sector público se opera el menor gasto en medicamentos (8,2%), llegando al 20,1% en el sector de obras sociales. Llama la atención la alta incidencia, 52,3% en el sector privado; allí debe tenerse en cuenta que se incluye el gasto directo de las personas a través de la compra directa del medicamento o el pago de coseguros. La incidencia total del medicamento en todo el gasto en salud, de acuerdo con éste estudio 1, fue del 29,6% para el año 1985.

La participación porcentual de los respectivos gastos por

grandes sectores (cuadro N° 8), da cifras que vuelven a evidenciar la fuerte incidencia del gasto en medicamentos, 67,2%, para el sector privado que —se insiste— incluye el gasto directo de las personas.

Fuera de éstos cuadros, pero siempre dentro de este estudio 1, puede añadirse que la incidencia del gasto en salud sobre el PBI fue para 1985 del 8,2%, y el gasto en medicamentos sobre el PBI para el mismo año, del 2,4%.

El gráfico N° 2 muestra el gasto per cápita ejecutado en salud y en medicamentos para todos los distritos del país en 1985, donde pueden compararse en gasto en cada distrito en relación al gasto promedio, y el gasto en medicamentos dentro del gasto per capita en salud.

CUADRO N° 7

GASTO EN SALUD Y EN MEDICAMENTOS
POR GRANDES SECTORES

(En miles de australes)

	A. gasto en salud	B. gasto en medicamentos	% B/A
Sector público	740.905	60.687	8.2
Sector obras sociales	1.279.693	256.947	20.1
Sector privado (*)	1.242.945	649.790	52.3
TOTAL	3.263.543	967.424	29.6

(*) Incluye gastos en seguros voluntarios, mutuales y prepagos privados, y el gasto directo de las personas.

Fuente: CONCISA, 1987

CUADRO N° 8

GASTO EN SALUD Y EN MEDICAMENTOS
PARTICIPACION PORCENTUAL POR GRANDES SECTORES
AÑO 1985

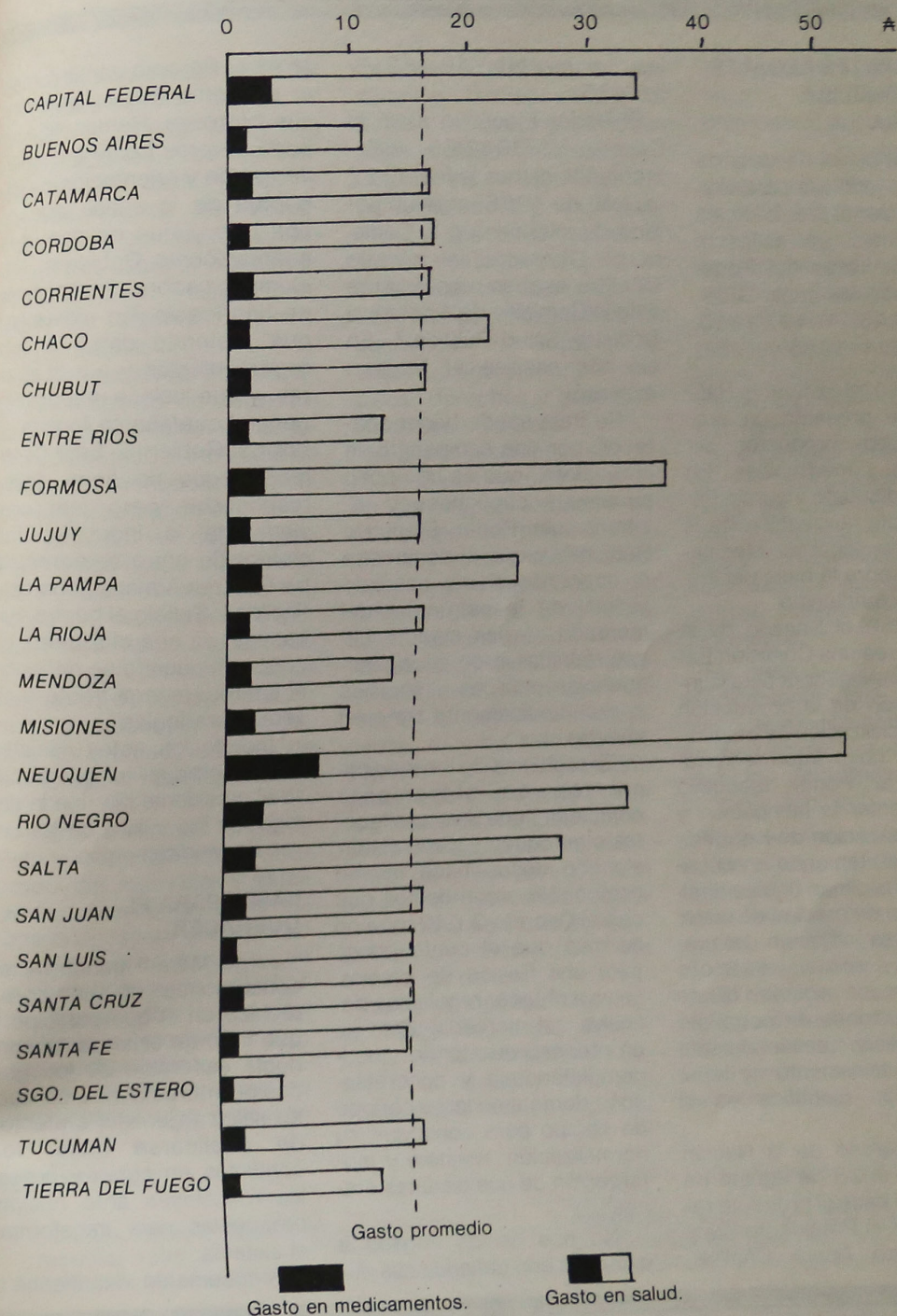
(En %)

	Gasto en salud	Gasto en medicamentos
Sector público	22.7	6.3
Sector obras sociales	39.2	26.6
Sector privado (*)	38.1	67.2
TOTAL	100.0	100.0

(*) Incluye gastos en seguros voluntarios, mutuales y prepagos privados y el gasto directo de las personas.

Fuente: CONCISA, 1987

GRAFICO N° 2

GASTOS PER CAPITA EJECUTADO EN SALUD Y EN MEDICAMENTOS DE LAS PROVINCIAS,
DE LA CAPITAL FEDERAL Y DE TIERRA DEL FUEGO, 1985

Fuente: tomado de CONCISA 1.

ANTECEDENTES LEGALES EN LA REPUBLICA ARGENTINA

Desde el punto de vista de las normas jurídicas para vigilar y controlar el precio de los medicamentos se aplicaron leyes y decretos del Poder Ejecutivo de los años 1939, 1943, 1946, 1949, 1950, 1953, 1954, 1956 y 1957.

En 1920 el diputado Raúl Oyhanarte presenta un proyecto sobre productos alimenticios y medicinales. En 1936 el diputado Tiburcio Padilla solicita la creación de la Fábrica Nacional de Medicamentos sobre la base del Instituto Bacteriológico.

En 1959 el Senado de la Nación crea una Comisión Especial Investigadora para la investigación de la producción y comercialización de medicamentos, cuyo informe recomendó al Poder Ejecutivo "reglamentar la fabricación y comercialización de los medicamentos, teniendo en cuenta que el régimen debía permitir control de precios de materias primas y fijación del precio de venta, estricto contralor de costos, ajuste de erogaciones en concepto de regalías y/o asesoramiento técnico, incremento de la investigación científica en el país, etc."

El Congreso de la Nación sancionó el 28 de agosto de 1964, en base al proyecto remitido por el Presidente Illia y su ministro Arturo Oñativia,

las Leyes N° 16.462 y 16.463.

El Poder Ejecutivo dictó el Decreto N° 3042/65, reglamentando dichas leyes. El 22 de julio de 1965, ante un pedido de informes de la Cámara de Diputados, el ministro Oñativia expuso ampliamente ante la Comisión de Asistencia Social y Salud Pública 7. En algunos pasajes el Ministro expresó:

"Se trata así de hacer aparecer, por una campaña bien orquestada, que es un hecho puramente caprichoso y arbitrario del Poder Ejecutivo Nacional, y que él demuestra el desconocimiento absoluto y total de la estructura del mercado, de las características técnicas o de las consecuencias políticas y sociales que el medicamento tiene en nuestro país".

"El problema de los medicamentos es sumamente complejo, tiene diversas facetas o enfoques y viene distorsionado desde hace mucho tiempo. No pretendemos que con el Decreto 3.042, que no es más que el punto previo para una fijación de precios, se va a obtener regulación definitiva del mercado. Este es un proceso que tendrá que ir completándose y concretándose durante un largo período de tiempo para conseguir su normalización, reajuste y moralización de sus distintas etapas".

"No nos hemos negado a que cada uno defienda sus de-

rechos. Pero no parcializando el problema de acuerdo con sus intereses. Hemos sido un poco severos frente a la tergiversación y orientación de aspectos de la crítica que se nos hizo y que no podemos aceptar como Gobierno. Por ejemplo, sobre implicancias de tipo ideológico extremista que pretende darse a esta reglamentación y a sus autores, y que insinúa una política general que abarca toda la labor del Gobierno. Este documento, que no tiene editor responsable pero que proviene de la industria, fue distribuido entre sectores de las Fuerzas Armadas con esta finalidad. Señalo el hecho, nada más, ya que el sistema es conocido cuando se defiende el interés general frente a diversos privilegios".

Uno de los actos iniciales del gobierno militar que depuso al presidente Illia, fue la derogación lisa y llana de las Leyes de Medicamentos.

BASES PARA EL QUEHACER

Jorge Mera 6 transmite las conclusiones de un grupo técnico en el que participó y que trató de sintetizar la conducta esperable de los grupos de interés dentro del sector salud argentino, a efectos de explicarse mejor los conflictos en curso y prevenir las reacciones ante nuevas propuestas para transformar el sistema.

El documento identificaba a

seis integrantes del sistema: el Estado (sector Salud), el INOS, los profesionales y sus organizaciones, los sindicatos, las empresas médicas y los laboratorios farmacéuticos. Tomando aspectos parciales del estudio, acotándolo al tema en análisis, mencionemos algunas observaciones puntuales:

— La tendencia central de los laboratorios de especialidades medicinales es el lucro aumentado a través de un mercado monopólico encubierto y dependiente.

— Una de las consecuencias de esa tendencia central, es el volumen excesivo del gasto en medicamentos por sobremedicación y automedicación, por distorsión de la formación de los médicos en materia terapéutica y por manejo del mercado a través de la propaganda dirigida al médico.

— Los conflictos entre el Estado y los laboratorios de productos medicinales están centrados en el propósito del Estado de regular el control de la producción a través de un organismo especial, mientras los laboratorios pretenden mantener su mercado monopólico y dependiente.

— Los conflictos entre los profesionales y las empresas

de atención médica y los laboratorios farmacéuticos, se fundan en que los gastos en medicamentos son competitivos con los de atención médica ambulatoria y en internación, y que en la medida en que el volumen del gasto en medicamentos aumenta, reduce las posibilidades de los pacientes y de las obras sociales a pagar honorarios médicos, derechos y gastos sanitarios más altos.

Algunas acciones se han realizado en los últimos años, en general, en aspectos coyunturales. La presión internacional quebró la posibilidad del proyecto ABRAMEX, por el cual Argentina, Brasil y México habrían podido sentar las bases de una industria latinoamericana de medicamentos. En la negociación de su deuda externa, México fue compelido a renunciar al proyecto, que además de prever el intercambio terapéutico, industrial y comercial sin duplicidad de producción, y con precios de referencia, habría permitido el equilibrio en la utilización de divisas por cada una de las partes.

Se ha revitalizado el Instituto de Farmacología, dependiente de la Secretaría de Salud de la Nación, para que pueda desarrollar su papel co-

mo agente de contralor de calidad y centro de investigación de drogas.

Se aprobó el Formulario Terapéutico Nacional que, a partir de 252 fármacos permite el tratamiento de la mayoría de las enfermedades en nuestro medio. La Confederación Médica de la República Argentina ha elaborado el suyo, y las obras sociales —muy lentamente, es cierto— comienzan a aplicarlo.

Los cambios en la composición del mercado farmacéutico, y los avances tecnológicos refuerzan la necesidad de contar con una industria con capacidad de producción de drogas, insumos y fármacos terminados.

Es necesario una Ley de Medicamentos que, considerando al medicamento como un bien social, contemple los aspectos de fabricación, expendio y consumo.

Todo necesita un cambio en las conductas desde los profesionales que prescriben hasta las personas que consumen, dotando no sólo al medicamento sino a la "cultura del consumo" de las condiciones de calidad y seguridad imprescindibles para la mejor salud y el más racional control de los recursos.

REFERENCIAS

1. CONCISA. Gasto en salud y en medicamentos; Argentina, 1985.
2. GEREFI G. Industria farmacéutica y dependencia

en el Tercer Mundo. Fondo de Cultura Económica, 1986.

3. GONZALES GARCIA G.M. y CASTELLANO, S.J. Características de prescripción, utilización y gasto por medicamentos en una obra social Medicina

- y Sociedad, 1987.
4. KATZ J., MUÑOZ A. y TAFANI R. Organización y comportamiento de los mercados prestadores de servicios de salud: reflexiones sobre el caso argentino. OPS/OMS, Argentina, N° 1: 1988.
 5. LALL S. Growth of the Pharmaceutical Industry in Developing Countries: Problems and Prospects. Viena, UNIDO, 1978.
 6. MERA J.A. Política de Salud en la Argentina. La Construcción del Seguro Nacional de Salud. Hachette, 1988.
 7. MINISTERIO DE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD PÚBLICA. Leyes de Medicamentos, Buenos Aires, 1965.
 8. MINISTERIO DE SALUD Y ACCIÓN SOCIAL, OPS, OMS, Argentina: descripción de su situación de salud. Buenos Aires, 1985.
 9. NERI A. Salud y Política Social. Hachette, 1983.

10. PAMPLIEGA E.L. El gasto en medicamentos. Medicina y Sociedad, 1981.
11. PETERS G. La inflación de medicamentos inútiles. El Correo UNESCO, agosto 1987.
12. PHARMACEUTICAL MANUFACTURERS ASSOCIATION. Facts At A Glance 1987.
13. TRAD FAGER C.D. et al. Cobertura y costo de medicamentos. Análisis comparativo de dos sistemas de provisión en una obra social. Medicina y Sociedad, 1978.
14. UNITED NATIONS CENTRE ON TRANSNATIONAL CORPORATIONS (UNCTC) Transnational Corporations in the Pharmaceutical Industry of Developing Countries. New York, (E/C 10/85).
15. UNITED NATIONS INDUSTRIAL DEVELOPMENT ORGANIZATION (UNIDO) Global Study of the Pharmaceutical Industry. Viena, 1980.

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

En el XXXV Aniversario del ATENEO se realizó, en el Centro Cultural General San Martín, el II Congreso Interdisciplinario en Odontología.

A propósito de este hecho, de carácter internacional, damos a conocer las intervenciones de los doctores Eduardo Muíño, presidente del ATENEO y de Isaac Rapaport, presidente del comité organizador del C.I.O.

DISCURSO DEL DR. EDUARDO MUÍÑO

Es para mí un gran honor, como presidente del Ateneo Argentino de Odontología, dar la bien venida a tantas personalidades y colegas a este II Congreso Interdisciplinario en Odontología. El mismo coincide con otro acontecimiento que habla de un trabajo fecundo y que se trata del festejo de nuestros jóvenes 35 años de existencia.

Esta criatura que nació un 17 de agosto de 1953 y que fue aprendiendo a caminar llevada de la mano por nuestros queridos maestros, algunos de los cuales siguen siendo pilares de nuestra institución, en la actualidad ha crecido y ha constituido una familia que nos sentimos orgullosos de integrar.

De ser en sus comienzos una institución monovalente, con la

XXXV Aniversario del Ateneo...

preocupación de sus dirigentes por difundir el aprendizaje de la Ortodoncia, cuando esta práctica estaba limitada a un núcleo pequeño de profesionales, y contribuir a que llegue a todos aquellos que se interesen por el tema y, a su vez, de esta forma cubrir un espectro de población más amplio, pasó a abarcar casi todas las ramas de la odontología y con una perspectiva de crecimiento que nos hace ver con optimismo su futuro, ya que en la actualidad estamos trabajando para ampliar aún más nuestra actividad docente-asistencial teniendo, como premisa fundamental, la formación de post grado de un agente de salud con criterio multidisciplinario e integral, que sepa ubicarse en la realidad socio-económica que nos toca vivir y haciendo hincapié en que la salud bucal debe ser patrimonio de todos y no de unos pocos. Esa es la filosofía con que fue creada nuestra institución y que compartimos ampliamente los que circunstancialmente nos toca llevar adelante los destinos de la misma. Este concepto está de manifiesto en la actividad cotidiana de nuestras clínicas, ya que al ser el Ateneo una institución docente-asistencial, es muy numerosa la cantidad de pacientes que ven solucionadas sus necesidades de atención con contemplación del aspecto socio-económico, ya que al ingresar es analizado su estado bucal por un grupo de especialistas, a través del Comité de Orientación Terapéutica jerarquizándose sus problemas y adjudicándosele una beca de atención en caso de ser necesario, pero siempre recibiendo la atención adecuada. Quiero por lo tanto aprovechar esta tribuna para agradecer a esa legión de colegas de las clínicas de nuestro Ateneo que desinteresadamente contribuyen a que esto sea posible y que, además, con su experiencia y su inquietud docente hacen que otros colegas puedan formarse en la faz científica y técnica, y de esta forma se capaciten para una demanda de salud bucal que debe ser creciente en la medida que los responsables de diseñar políticas de salud solucionen las necesidades de prestadores y receptores con justicia para las partes. Un país que invierte en salud y educación no malgasta su dinero sino que, por todo lo contrario, está cumpliendo con su deber y está demostrando su grandeza. Sabemos que la odontología es en su práctica mayoritariamente independiente, y no estoy tratando de polemizar que si salud pública o salud privada, pienso que ambas son necesarias pero desarrolladas con responsabilidad y plenamente por un odontólogo capacitado que reciba la retribución adecuada y que no esté pensando que en latitudes lejanas encontrará un destino para sus deseos de realizarse.

XXXV Aniversario del Ateneo...

Colegas, quisiera dedicar un párrafo para agradecer el trabajo llevado a cabo por la Comisión Organizadora de este 2° Congreso Interdisciplinario, haciéndolo extensivo a todos, sin excepciones, que dieron muchas horas para poder coronar con éxito el mismo.

Todos los que alguna vez participaron de la realización de algo semejante, saben del esfuerzo no sólo económico, sino también humano que significa la organización de un evento de esta naturaleza, por ello hago un llamado a los dirigentes de estas instituciones amigas, para que en un futuro no lejano podamos desarrollar una tarea mancomunada

donde se favorecería la odontología toda.

También quisiera agradecer, colegas, la presencia de todos ustedes, entre los cuales se encuentran algunos que han venido de países hermanos, hacia los que se proyecta nuestro Ateneo, a través de su revista científica, que es una fuente de consulta de la profesión y también por recibir constantemente en sus aulas a becarios extranjeros que "maman" conocimientos que luego aplicarán en sus respectivos lugares de origen.

Todo esto habla claramente de la importante significación que ha tomado nuestra institución y de la que todos somos responsables. Por último, y para no cansarlos más con mis palabras, quisiera

hacer una reflexión con respecto al Ateneo Argentino de Odontología. Esta criatura que creció, quiere que todos ustedes sean depositarios y responsables de sus destinos para lo cual este Presidente invita a todos los que quieran participar de las tareas institucionales a acercarse a colaborar junto a los que ya lo están haciendo y podemos decir que tenemos un Ateneo que nos llena de orgullo; esto no quiere decir que ya esté todo hecho, todo lo contrario, es mucho lo que nos falta por hacer, pero tengan la seguridad de que estamos transitando una etapa plena de pujanza, y no me refiero sólo a los aspectos materiales, donde se concluirá próximamente con el proyecto de reforma edilicia, que se viene cumpliendo por etapas, en forma metódica, y una vez finalizado el mismo contaremos con una biblioteca, nuevos archivos, un lugar para cafetería y un sistema de computación. Pero no sólo en ese aspecto crece nuestra Institución, sino que el crecimiento más importante como quedó demostrado en las tareas organizativas de este 2° Congreso, es el de la participación de numerosos colegas, y una institución con material humano para el recambio que tiene asegurado su futuro.

DISCURSO DEL DOCTOR ISAAC RAPAPORT, PRESIDENTE DEL COMITE ORGANIZADOR DEL C.I.O.

Señoras y señores:

¡Bien venidos a nuestra fiesta!

Hoy es 4 de septiembre de 1988, el momento esperado desde hace 2 años ya, cuando las autoridades del Ateneo resolvieron la realización de su 2º Congreso Interdisciplinario en Odontología.

Y como ocurre cuando en una familia se decide efectuar una fiesta: de a poco se inician las gestiones por el alquiler de un salón, el menú, la lista de invitados, la indumentaria, hasta llegar a los últimos días, en medio de un ritmo vertiginoso, al ajuste final de todos los detalles. Aquí sucedió lo mismo: la elección de la sede del Congreso, los invitados extranjeros, los pasajes, los dólares, la propaganda, los hoteles, los dólares, el programa definitivo, las inscripciones, los dólares...

Y aquí estamos. Pero ¿qué festejamos? Ya lo dijo el Dr. Muño: los 35 años de la creación del Ateneo, que ya, en 1975 organizó el 4º Congreso de las disgnasias, que en 1981 —durante el período más sombrío de nuestra historia— organizó su Primer Congreso Interdisciplinario, y hoy, 7 años más tarde, superado aquel horror, se dispone a iniciar el 2º C.I.O. ¿Con qué objeto? Para exponer y confrontar, ante propios y extraños, las ideas del Ateneo y sus realizaciones.

Los avances en el conocimiento de la biología y los adelantos tecnológicos aplicables a la biología han ido produciendo una constante renovación en las concepciones teóricas y, consiguientemente, se generan la necesidad y la posibilidad de modificar procedimientos terapéuticos hasta hace poco considerados

modernísimos y hoy, en muchos casos, ya envejecidos.

¿Los nuevos materiales e instrumentos son, en verdad, tan buenos como se dice, o sólo una ilusión? Los disertantes convocados para dilucidarlo son, hoy por hoy, algunos de los más destacados especialistas en sus respectivas disciplinas y brindarán su valiosa contribución para esclarecer esas concepciones.

Por otra parte, la complejidad de los conocimientos y técnicas origina la dificultad de resolver unipersonalmente la variedad de alternativas terapéuticas existentes y requiere la participación de más de un profesional. Más allá de la derivación de un paciente a uno u otro especialista, nuestra entidad ha institucionalizado desde hace tiempo el trabajo en ateneo; en una metodología que asegura mejores resultados al tratamiento y enriquece el bagaje clínico del terapeuta.

Esto, está íntimamente vinculado con lo que pretende ser, no sin dificultades, la esencia de la enseñanza en nuestra institución; es decir, la interdisciplina.

El Ateneo no inventó la interdisciplina, pero está firmemente decidido a transitar ese camino porque, en nuestra opinión, no es actualmente concebible el abordaje del diagnóstico y tratamiento de los problemas de la Naturaleza y de la Sociedad sólo apoyados en el simplismo del análisis unilateral o uniausal. La vida muestra a cada rato como "todo tiene que ver con todo". Y es, entonces, a la luz de esas ideas, que queremos un odontólogo sólidamente capacitado para reconocer las diferentes afecciones bucodentales, interesado auténticamente en su resolución y educado en una actitud preventiva e interdisciplinaria.

Pero ese profesional de la salud debe comprender también que aquello de que "todo tiene que ver con todo" no está referido solamente a la relación de la prótesis con los problemas de la encía ni de la ortodoncia con la disfunción de la articulación temporo-mandibular. El restablecimiento de la salud en cualquiera de esas afecciones u otras está, en muchísimos casos, íntimamente vinculado con la realidad socio-económica del país y ésta a sus problemas estructurales. Suele decirse que la educación del pueblo es decisiva para la conducta de los seres humanos y el desarrollo de los países. En el mismo sentido, muchos sostienen que la capacitación profesional es igualmente decisiva para resolver los problemas de la salud bucal de la población. Cierta dosis de verdad contienen esos asertos, pero alguna vez Leavell y Clark nos enseñaron que la promoción de la salud es anterior al diagnóstico y tratamiento de las enfermedades. Conviene recordar lo que Katz y McDonald sostienen al respecto:

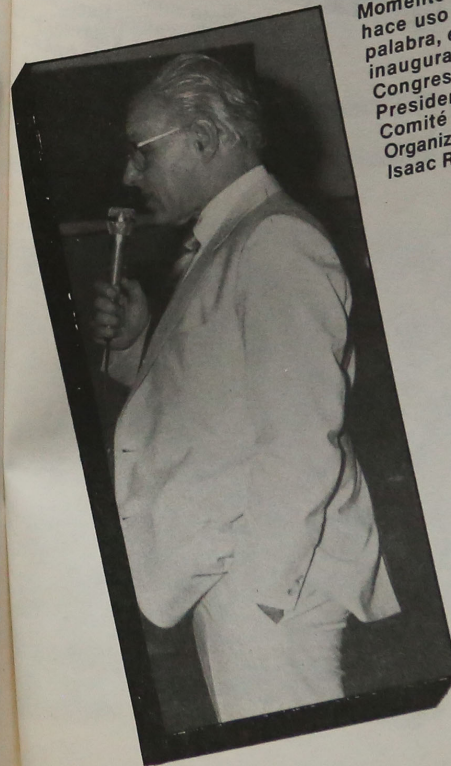
"El primer nivel de prevención, es la promoción de la salud y no está dirigido a la prevención de ninguna enfermedad en particular. Comprende todas las medidas encaminadas a mejorar la salud general del individuo, p. ej.: nutrición óptima, vivienda saludable, condiciones adecuadas de trabajo, descanso y entretenimiento, vacaciones, entre otras".

No hace falta abundar para constatar que, en alto número, ni odontólogos ni pacientes logran hoy alcanzar ese primer nivel. De los problemas de los pacientes; es decir, de los habitantes en general, hablan todos los días los diarios. De los odontólogos, digamos solamente que no se recuer-

Autoridades



Instante en que el doctor Eduardo Muño inaugura el II Congreso Interdisciplinario, en su carácter de Presidente del A.A.O.



Momento en que hace uso de la palabra, en el acto inaugural del Congreso, el Presidente del Comité Organizador, doctor Isaac Rapaport.



La Secretaria de la Comisión Científica, doctora Eva Schilman, dinámica constructora y ejecutora del programa.

Acto inaugural

Secuencia Fotográfica de la Inauguración del Segundo Congreso Interdisciplinario en Odontología



En la foto vemos —en el acto inaugural— al director Nacional de Odontología, Dr. Valente, al ex presidente de la F.D.I., Dr. Gómez y al presidente de la Asociación de Facultades de la República Argentina Dr. Ricciardi.



Fotos 2, 3 y 4:
Canto y ballet en el acto de apertura.

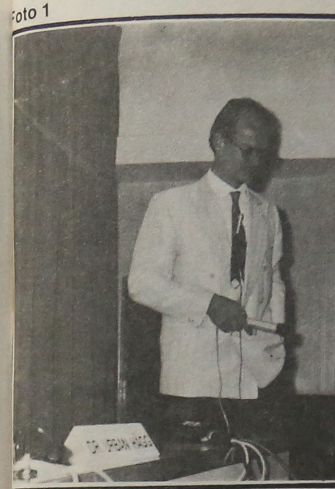


Foto 1

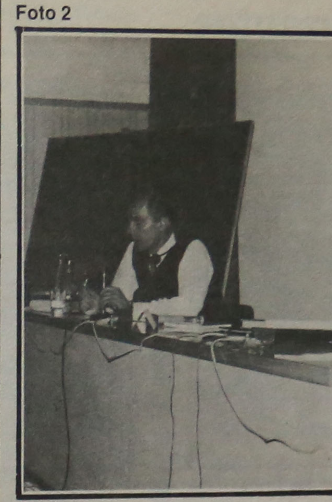


Foto 2

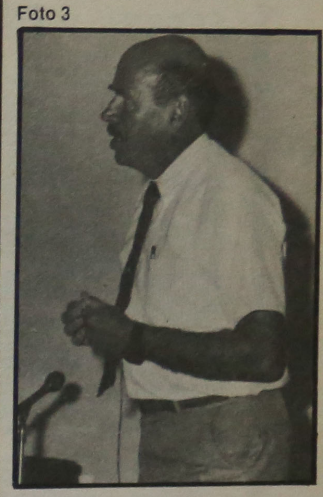


Foto 3

Segundo Congreso: Invitados Extranjeros

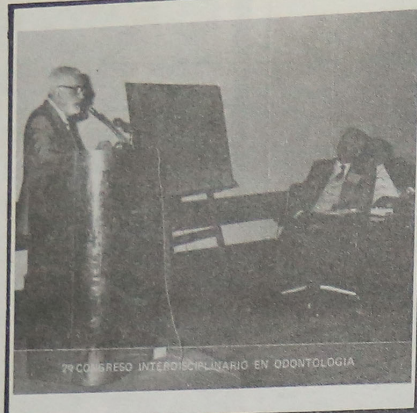
Foto 4



Foto 5

- 1: Doctor Urban Hägg (Suecia).
- 2: Doctor Peter Apse (Canadá).
- 3: Doctor Jhon Mitchem (EE.UU.).
- 4: Doctora Eisabeth Hägg (Suecia).
- 5: Mesa de Clausura: los Cuatro ases para el cierre.

Mesas y Disertantes



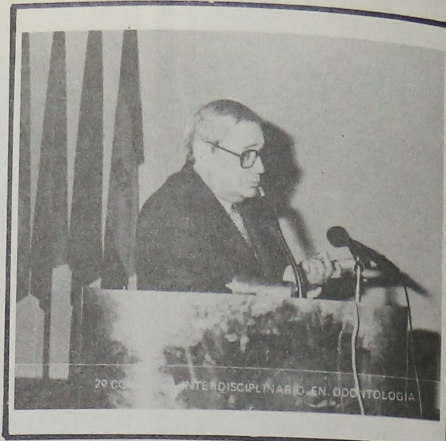
1 Habla el Dr. Pablo Bazerque: los Dres. Zielinsky y Bottero atienden.



3 Doctor Rómulo Cabrini.



6 y 7 Vistas de las Mesas de "Diagnóstico por Imágenes". Con los Dres. Smerilli, Alfonsin, Di Rienzo y Jensen.



2 Doctor Julio Díaz.



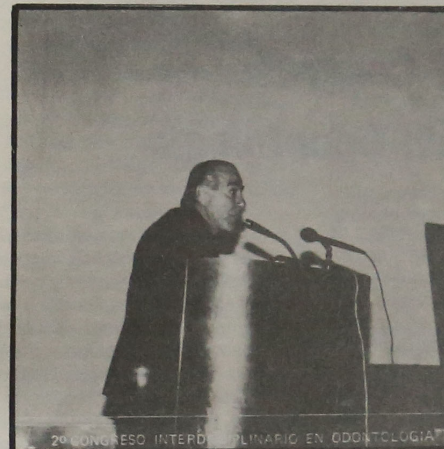
4 Doctores Muíño, Figler y Lewkowicz, en el Curso Compacto de Ortodoncia.



Mesas y Disertantes



5 Los doctores Torres, Periale y Grinspon, dictantes del mismo Curso de Ortodoncia.



9 Dr. Carmelo Bottero.



11 Dra. Ana Pöex



8 Dres. Romanelli y Casariego.



10 Dr. José Carlos Elgoyhen



12 Dr. Alfredo Preliasco

da un grado tal alto de exportación de odontólogos como el actual y, además, un alto número que envidian a los anteriores. En su mensaje a los asistentes al Congreso de la FDI, realizado el año ppdo. en Buenos Aires, su presidente, el Dr. Ariel Gómez, señalaba como telón de fondo de estos problemas, bastante generalizados en gran parte de América latina "una deuda externa que está condicionando todo, por no decir casi todas nuestras vidas".

De lo expuesto surge que el desarrollo profesional y humano del dentista depende sí, de su formación profesional, pero también, sin duda, de cómo le va a la

población. Y ese es también un objetivo del Ateneo: contribuir a la formación de un individuo interesado y comprometido con la observación y la transformación de la realidad que lo rodea, comprendiendo que su felicidad está profundamente ligada a la felicidad de la mayoría de la población.

Esto no es sólo el criterio actual del Ateneo. Fue el espíritu de sus fundadores y sus continuadores.

También éste será un tema que se debatirá en este Congreso.

Como puede apreciarse, mayor conocimiento de los fenómenos biológicos, nuevas técnicas,

nueva aparatología y materiales dentales, criterios en la investigación y la enseñanza, papel del odontólogo como agente de salud, son temas que cotidianamente interesan al Ateneo y que a partir de hoy ocuparán nuestra atención.

Con placer podemos asegurar que quienes participen de esos análisis están holgadamente capacitados para tal fin y de ellos aprenderemos a ser mejores.

Tengo, pues, el muy alto honor de declarar abiertas las sesiones del Segundo Congreso Interdisciplinario en Odontología reiterando lo señalado al principio.

¡Bien venidos a nuestra fiesta!

Crónica del II Congreso Interdisciplinario en Odontología

Casi dos años de continuada labor organizativa cristalizaron en los primeros diez días del mes de septiembre Ppdo., convertidos en un caleidoscopio que, en su vertiginoso movimiento, dejó un sinfín de imágenes en nuestra retina. Hoy, ya vueltos a la tranquilidad de la labor cotidiana, consideramos necesario dejar decantar todo lo emocional y cotejar nuestras expectativas, nuestros planes y, por qué no, nuestras fantasías, con la realidad de lo ocurrido y poder así, en un análisis objetivo, valorar críticamente si las propuestas elaboradas como metas del 2° Congreso Interdisciplinario en Odontología se compadecieron con los resultados obtenidos.

Así pues, a efectos de resultar coherentes y no confundir al lector, pasaremos revista sucesiva al Congreso en sí; a los Cursos pre y post y a los actos sociales que enmarcaron el Congreso. En

párrafos anteriores hablamos de "propuestas elaboradas", nos referíamos a la estructura diseñada que, amén de los espacios habituales destinados a las Comunicaciones libres y a las Conferencias Magistrales, destinó dos espacios importantes a los que dimos en llamar **Cursos Compactos y Mesas de Discusión**.

Los primeros consistían en Cursos de aproximadamente 5 horas de duración con la participación de colegas cuyo prestigio y solvencia profesional son ampliamente conocidos por su actividad docente en ámbitos universitarios (facultades de odontología de Buenos Aires, Rosario, La Plata) o en las diversas instituciones que honran al quehacer odontológico (Asociación Odontológica Argentina, Círculo Odontológico Argentino, etc.), quienes asumieron su designación con tal generosidad, entusiasmo y responsabilidad que obliga a nuestro agradecido reconocimiento.

Cuáles eran los objetivos divididos en 4 grupos etáreos: niños, adolescentes, adultos y gerontes se planteó la problemática de su atención con criterio preventivo, interceptivo y restaurativo en paneles integrados por diversos especialistas que procuraron dar una propuesta interdisciplinaria, objetivo que se procuró establecer mediante reuniones previas de los dicantes (que en honor a la verdad aceptaron el compromiso y pusieron lo mejor de sí) para que en la mayoría de los casos todas las intervenciones estuvieran ligadas por vasos comunicantes, no cayendo así en el riesgo de que cada conferencia fuera la exposición de criterios aislados del contexto propuesto, que cada colega cursante pudiera recibir una visión totalizadora y profunda, pero accesible y factible en su práctica cotidiana.

Las salas llenas de ávidos oyentes (participaron un prome-

dio de 250 colegas por curso) y el entusiasmo despertado entre los concurrentes por las intervenciones, fueron datos reales que permitieron evaluar como positivo este enfoque interdisciplinario.

Las Mesas de Discusión estuvieron conformadas para dar información pormenorizada de temas que concernían al interés cotidiano de los colegas como en el caso de la Mesa de Diagnóstico por imágenes y un estado de situación actualizada con respecto al Sida y a la Hepatitis B, en la mesa de Bioinfecciones.

Estos foros se completaron con dos temas que entendíamos que no debían estar ausentes de nuestro Congreso por lo importante que resultan, ya que atañen, por una parte, a la cultura específica del odontólogo, tal es el caso de la Mesa de Investigación en Odontología, doblemente importante por las personalidades intervinientes y, a la vez, en el caso de la Mesa de Ejercicio Profesional, porque dio lugar a una lúcida puesta al día de la situación laboral, económica y gremial de los odontólogos, hoy y aquí. Pero no sólo en el plano del licito justo reclamo sino que ubicados en el contexto de la situación Sanitaria Nacional, tomando en cuenta los diversos efectores de salud y analizando las responsabilidades de cada uno de ellos en lo que respecta a proveer a la Salud Pública.

Y a fuerza de verdad, que no tuvieron desperdicio.

Lo que se dio en llamar presencia internacional, tuvo en las conferencias de los Dres. Urban y Elisabeth Hagg (Suecia), John Mitchem (EE.UU.) y Peter Apse (Canadá) un motivo de verdadero beneficio por lo novedoso de los criterios y el vasto material clínico exhibido.

Por último, y no por menos importante, queremos señalar que las 37 Comunicaciones libres presentadas por colegas de Buenos Aires, Rosario, Misiones, Uruguay fueron una evidente demostración de la permanente preocupación de los colegas por

el estudio, la investigación clínica, la participación científica y la generosa entrega de lo realizado por su personal esfuerzo para contribuir al reciclaje de conocimientos del conjunto de la profesión.

Enmarcados por el Congreso se realizaron 4 cursos: manejo psicológico del paciente-niño, por la Dra Elisabeth Hagg (Presidenta de la Asociación de Odontopediatría del sur de Suecia), con 6 horas de duración. Así se puso de manifiesto el alto nivel de prestaciones que dispone Suecia destinado a la atención sanitaria en una estructura socializada, que adjudica al Estado la responsabilidad casi total sobre la salud pública y que coherentemente carga su mayor peso en la atención preventiva destinando importantes recursos humanos a la atención de los niños y creando centros especializados de atención de niños discapacitados.

El Dr. Urban Hagg (profesor de la Universidad de Malmö) expuso, a través de las 12 horas de su curso, innumerable material clínico destinado a ilustrar sobre un tema que entendemos aún no ha sido debidamente desarrollado en nuestro país: la Ortodoncia en Adultos, con miras a resolver la problemática estética, protética y funcional en pacientes de 18 a 75 años, que ilustró profusamente con secuencias de fotografías de seguimiento clínico, en decenas de casos.

Fue luego el turno de John Mitchem (profesor de la Universidad de Oregón), quien durante las ocho horas de su curso cautivó a su auditorio no sólo por la dinámica que supo imprimirle, sino por la profundidad de los argumentos con que, válido de su condición de investigador, analizó críticamente los diversos materiales dentarios, aludió a la invasión en el mercado dental de materiales que, en muchos casos, son rápidamente desechados por los dentistas por no responder a las expectativas creadas por las propagandas generando a éstos un perjuicio económico. Y abogó por la necesidad de que el

odontólogo se condicione para el uso de los materiales que, según sus propias palabras, den la más acabada **evidencia clínica** de calidad y posibilidad, que sólo se logra en largos períodos de experimentación y uso.

Le correspondió cerrar el ciclo de cursos "out" Congreso al Dr. Peter Apse (profesor de la Universidad de Toronto), quien en un lapso de 12 horas y proyectando casi 1.000 diapositivas y 2 videos, resumió no sólo la experiencia de casi 11 años de prácticas de implantes óseos integrados sino que la analizó en relación a su íntima vinculación con la prótesis y la periodoncia, estableciendo cuidadosas conclusiones.

Las filmaciones de la totalidad de los 4 cursos realizados, nos permitirán, con seguridad, facilitar oportunamente a aquellos colegas que no tuvieron la ocasión de estar presente la posibilidad de acceder a ellos.

Quizá parezca incongruente el hecho de mencionar al final de esta crónica el acto inaugural del 2° Congreso Interdisciplinario en Odontología; lo admitimos y nos justificamos, expresando el derecho de quien pergeñó estas notas a ser incongruente. Y pasamos a su descripción.

Ante un público que superó las 300 personas entre colegas, becarios del interior y exterior, representantes de instituciones amigas, el domingo 4 de septiembre se realizó la apertura formal del Congreso. El estrado sumó la presencia de los Dres. Alberto Valente (director Nacional de Odontología), Leopoldo Pintos (presidente de la Confederación Odontológica de la República Argentina), Alfredo Ricciardi (decano de la Facultad de Odontología de la Plata y presidente de la Asociación de Facultades Odontológicas de la República Argentina), Bernard Kremer, Diputado Nacional, por Santa Cruz y odontólogo, en representación del presidente de la Comisión de Salud Pública de la Honorable Cámara de Diputados, Dr. Luis A. Cáceres, y Ariel Gómez, ex de-

cano interino de la Facultad de Odontología de Buenos Aires, ex vicerrector interino de la Universidad de Buenos Aires, ex presidente de la Federación Dental Internacional.

Inició el acto el Dr. Eduardo Muiño, que reseñó sucitamente la trayectoria del Ateneo Argentino de Odontología y enfatizó la coincidencia del Congreso con el 35° aniversario de la Institución.

Acto seguido, dirigió un cordial saludo el Dr. Leopoldo Pintos, en representación de la Confederación Odontológica de la República Argentina, luego se escuchó un emotivo discurso del Dr. Alberto Valente, quien poéticamente estableció similitudes, y finalizó con un elogioso comentario sobre la permanente tarea del

Ateneo Argentino de Odontología. Finalmente, le correspondió al presidente del 2° Congreso Interdisciplinario en Odontología, Dr. Isaac Rapaport, ofrecer la apertura del Congreso con palabras que eludieron la rigidez formal, pero que sintetizaron el porqué del esfuerzo emprendido y cuyo texto podrán leer ustedes en esta misma edición.

Un final artístico con la actuación del Conjunto Vocal Opus 4 y el Ballet Folklórico Huinca Ballet, constituyeron un digno fin de fiesta y así lo entendió el público, que los premió con calurosos y sostenidos aplausos, dando fin de esta manera a la 1ra. jornada.

Se sucedieron luego el Gran Premio Ateneo Argentino de Odontología, ofrecido por el Joc-

key Club en el Hipódromo de Palermo. Y, finalmente, la cena de clausura que reunió a 150 personas, y en cuyo transcurso se recibieron presentes conmemorativos de la Asociación Odontológica Argentina, Uruguay, el Circulo Argentino Odontológico y la Filial Rosario del Ateneo Argentino de Odontología. Así entre brindis, baile, abrazos, se fue cerrando un ciclo que duró 110 horas, que insumió 700 días de preparación y que requirió el esfuerzo mancomunado de casi 100 personas.

No fue objeto de esta crónica juzgar la validez del esfuerzo realizado en función de los logros obtenidos, pero sí asumir la validez del poeta "Se hace camino al andar".

Jaime Juan Fiszman

Doctor MARCOS LIPZYC

Ante su fallecimiento no podemos menos que dedicarle nuestro recuerdo.

Fundador del Ateneo, supo imprimir a su actividad el sello de su personalidad: responsable y preocupado por el futuro de la Ins-

titución que había contribuido a crear.

Modesto, no valorizó —ni lo hicimos nosotros—, algunos de sus aportes a la especialidad, fruto de su inventiva, capacidad e ingenio.

A los que lo tratamos durante

años, nos queda el recuerdo de su labor y su semisonrisa socarrona. Si es cierto que los hombres perduran por sus obras, este Ateneo de hoy es el fruto perdurable que Marcos Lipzyc sembró hace ya 35 años.

Correo Argentino Suc. 12	TARIFA REDUCIDA Concursos 25%
	FRANQUEO PAGADO Condición 4765

IDERES EN HIGIENE DENTAL



DESENSYL®
crema dental
desensibilizante
con destacada acción
anticaries-antiplaca

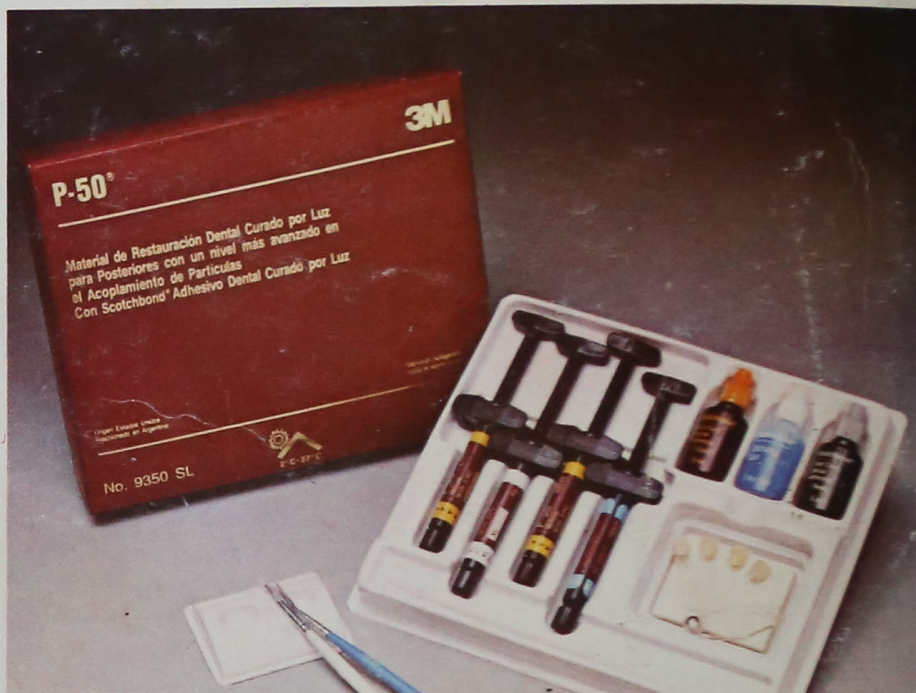
SQUAM®
antisarro-anticaries de
triple acción sinérgica
para la atención
integral de la salud
gíngivo-dental

Cerámica Unida con Resina

P-50

¿Necesita un material que tenga una resistencia al desgaste, similar al de la amalgama, que se pueda condensar y adaptar a los márgenes fácilmente, asegurando su radiodiagnóstico?

La respuesta a todas estas preguntas las encontrará en P-50 Cerámica Unida con Resina.



P-50 RBC es un material para posteriores con avance en el acoplamiento de partículas. Fragua por exposición a la luz visible emitida por la unidad de fotocurado Visilux 2 o similares. Esta nueva generación de composites posee un innovativo sistema de rellenos de zirconio tetragonal y sílice

amorfa, el cual ha sido endurecido por transformación tecnológica sin tornarse quebradizo. La presencia de numerosos átomos de silicio en la superficie de la carga, ha permitido optimizar la unión de partículas cerámicas-resina matriz.