

REVISTA DEL ATENEO ARGENTINO DE ODONTOLOGIA



**Universidad de Buenos Aires
Facultad de Odontología:
Estrategia para Modificar
los Niveles de Salud
Bucal de la Población**

57

Squam

la superioridad terapéutica



Una afirmación cuyos fundamentos encierran todo el significado de una trayectoria de seriedad y rigor científico al servicio de la odontología.

Squam

Crema dental con EDS, PFC y Flúor.
Impide la formación de sarro
Remueve la placa dental
Fortalece el esmalte
Dificulta la producción de caries
No altera las rehabilitaciones dentales

Crema dental con EDS y Flúor

Gador

Laboratorios Dr. Gador y Cia. S.A.C.I.
DIVISION PRODUCTOS ODONTOLÓGICOS
Florida 869, Buenos Aires
Administración y Comercialización,
Tel. 312-6333/35, 312-8481/85

Ateneo Argentino de Odontología

COMISION DIRECTIVA

Presidente	Elias Beszkin
Vicepresidente	Edith Losoviz
Secretario	Jaime Fizman
Prosecretario	Eduardo Muñio
Tesorero	Carlos Guberman
Profesorero	Clara Szeinberg

VOCALES TITULARES

Luis Zielinsky	Ricardo Pomeranec
Beatriz Lewkowicz	Silvia Rudoy
Alfredo F. Alvarez	José Adonaylo
Liliana Doctorovich	Liliana Periale
Eva Schilman	Juan Meer
Ricardo Chait	Graciela Encina

VOCALES SUPLENTE

COMISION FISCALIZADORA

TITULARES

Mario D. Torres	Henja Rapaport
Miguel Stratas	Mario Beszkin
Catalina Dvorkin	Sofia Vinograd

SUPLENTE

TRIBUNAL DE HONOR

Angel Lagorio	Elias Samoilovich	Leonardo Voronovinsky
Rubén Racagni	Teresa Israelson	Sara Sneibrun
Noemi Lisman	Natalio Schesak	Sara Koller

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 similaire.

Desideriamo intercambio con rivisti simili.

Deseamos permutar com as revistas congeneres.

We wish to exchange with similar magazine.

Un austausch Wird gebeten.

Editorial: Ante la reforma pedagógica universitaria.	3
Quiestes de los Maxilares. Evaluación estadística en dos servicios de la ciudad de Buenos Aires. Carlos Guberman, Ricardo Pomeraniec y Angela L. Smerilli.	5
Odontología Integral: Relación Odontólogo-Paciente. Marta Goldin.	15
Querubismo. Mario Daniel Torres, Ricardo Pomeraniec y Oscar A. Siscar.	18
Progenie: Evolución y Análisis Crítico de las Técnicas Quirúrgicas. Alfredo Fermin Alvarez.	26
Educación para la Salud: Vacunas (cont.).	41

FE DE ERRATA

En el trabajo sobre "DISFUNCION TEMPORO-MANDIBULAR EN DENTACION TEMPORARIA", publicado en la Revista del Ateneo Argentino de Odontología, Vol-XX, N° 3, octubre 1984 - marzo 1985, Págs. 18-27, se ha omitido por error el nombre de la coautora, doctora Beatriz Lewkowicz.

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

Correspondencia: Anchorena 1176/78
(1425) Buenos Aires.
Teléfonos: 821-7349 y 0394
República Argentina

2 — Ateneo Arg. de Odontología

Diagramación y dirección técnica:
Antonio Tarsitani
Producción Publicitaria:
A.F.T.

Volumen XX — N° 4 Abril-Julio 1985

Ante la Reforma Pedagógica Universitaria

Dentro de la reforma pedagógica propuesta por la Universidad de Buenos Aires, la Facultad de Odontología ha iniciado acciones en ese sentido. En su oportunidad el Ministerio de Salud y Acción Social de la Nación, a través de la Dirección Nacional de Odontología, llamó la atención sobre la necesidad de revisar la "curricula" de pregrado de la Facultad de Odontología como estrategia para modificar los niveles de Salud Bucal de la población.

De las reuniones de distintos estratos y claustros de la Facultad de Buenos Aires, surgieron las primeras aproximaciones sobre los principios generales que deberían fundamentar el plan de estudios:

- Introducción temprana a la clínica y oportunidades para entrenarse en la toma de decisiones clínicas.
- Integración entre clínicas básicas y conocimientos aplicados, entre disciplinas clínicas y entre la aplicación clínica y la sanitaria.
- Orientación temprana hacia la odontología preventiva y comunitaria.
- Enseñanza integrada y secuencial en unidades temáticas (con conexiones naturales).
- El ciclo profesional deberá contemplar estrategias que permitan resolver el entrenamiento clínico suficiente en condiciones reales (de los alumnos que promocione el ciclo básico) tendiendo a que el recurso humano de grado se convierta en un integrante más del sistema de salud y favorezca la reconversión del mismo, aumentando su eficacia.
- Integración interdisciplinaria o con auxiliares de la odontología.
- Integración:
 - ciencia y
 - aplicaciones de la ciencia;
 - método científico y
 - resolución de problemas de salud dental y educativas con soluciones originales.

En cuanto a organización, se apuntó inicialmente:

- Trabajar por semestres. Cada semestre cubre 17 semanas completas.
 - Establecer cargas horarias que prevean el estímulo del estudio independiente.
 - Favorecer la integración a través de unidades académicas operativas pequeñas y departamentos integradores.
 - Establecer las pautas de la organización departamental.
 - De acuerdo con un análisis del curriculum existente:
 - pasar objetivos y contenidos al nivel del ciclo básico o del ciclo de postgrado,
 - eliminar superposiciones y repeticiones.
 - Mejorar la relación costo-eficacia del sistema asistencial de la Facultad.
- Uno de los aspectos significativos de la reforma es el establecimiento del sistema departamental, en contraposición al tradicional de cátedras.

Volumen XX — N° 4 Abril-Julio 1985

Ateneo Arg. de Odontología — 3

Ante la Reforma Pedagógica Universitaria

Con el sistema departamental se tiende a la enseñanza con criterio interdisciplinario de varias asignaturas, otorgándose mayor unidad conceptual al aparecer la figura del Departamento como una unidad docente integral, coordinadora de la actividad científica y de investigación en las orientaciones que a ella concurren.

En estos apuntes, tomados de un documento de trabajo de nuestra Facultad de Buenos Aires, cabe destacar la intención de implementar una articulación docente-asistencial mediante la cual los organismos formadores de recursos humanos de nivel de la educación superior y nivel intermedio, y los administradores de salud se vinculan y utilizan sus recursos materiales y humanos con el fin de mejorar la calidad de la asistencia y la docencia con el común denominador de mejorar los niveles de salud.

En esta articulación docente-asistencial deberán tener papel relevante los efectores de salud del sector público y también del campo de la Seguridad Social, y no deberán soslayarse los de las instituciones profesionales de la odontología organizada, muchas de las cuales tienen tradición en la experiencia que ahora la Facultad pretende legítimamente adoptar.

La empresa, como toda tarea transformadora, no ha de ser fácil. Deberán operarse cambios estructurales y —sobre todo— cambios de actitud. Deberá definirse claramente el perfil del odontólogo y del personal auxiliar que el país necesita y la salud de los argentinos reclama.

Todos, Universidad, Estado y profesión organizada deberán participar sin exclusiones de la convocatoria. En la hora de la reparación cabe a cada uno de los sectores el deber y el derecho de aportar su experiencia, entregar sus ideas y ejercer su responsabilidad.

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.

Quistes de los Maxilares: Evaluación Estadística en dos Servicios de la Ciudad de Buenos Aires (*)

CARLOS GUBERMAN, RICARDO POMERANIEC, ANGELA L. SMERILLI

Se realizó una evaluación estadística de pacientes atendidos en dos Servicios de Cirugía de la ciudad de Buenos Aires: Consultorios Externos de la Cátedra de Cirugía II de la Facultad de Odontología y del servicio de Cirugía Buco-Máxilo-Facial del Ateneo Argentino de Odontología, con el objeto de comparar la patología quística reconocida, su frecuencia, porcentaje, localización e incidencia por sexo.

De acuerdo con la clasificación propuesta por la OMS (CIRTO), Centro Internacional de referencia para la definición y clasificación histológica de los tumores odontogénicos, quistes de los maxilares y lesiones conexas (1972).

QUISTES EPITELIALES

A — DE DESARROLLO

1) *Odontogénicos:*

- Quiste Primordial (Queratoquiste);
- Quiste Gingival;
- Quiste de Erupción;
- Quiste Dentigero (Folicular)

2) *No Odontogénicos:*

- Quiste del Conducto Nasopalatino (Conducto Incisivo);
- Quiste Globulomaxilar;
- Quiste Nasolabial (Nasoalveolar).

B — INFLAMATORIOS

1) *Quiste Radicular:*

Siendo la precedente una clasificación histogenética y que desde el punto de vista clínico-radiográfico y la técnica y táctica quirúrgica elegida por el cirujano será diferente, según los quistes estén ubicados central o periféricamente y según su origen, como por ejemplo el quiste periodontico lateral, cuyo origen puede ser inflamatorio u odontogénico (Queratoquiste). Por este motivo es que nos basamos en la clasificación propuesta por Borello (1984).

TIPOS DE QUISTES, CANTIDAD Y PACIENTES

Se graficaron los resultados porcentualmente de ambos servicios en un gráfico de barra horizontal.

(*) Cátedra de Cirugía II, Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires. Prof. Tit. Dr. Eugenio D. Borello. Servicio de Cirugía Buco-Maxilo-Facial, Ateneo Argentino de odontología, Jefes: Dres. Alfredo Fermin Alvarez y Mario Daniel Torres.

Carlos Guberman y Ricardo Pomeraniec, Jefes de Trabajos Prácticos de la Cátedra de Cirugía II de la Facultad de Odontología de la U.B.A. e integrantes del Servicio de Cirugía B.M.F. del A.A.O. Angela L. Smerilli: Profesora adjunta de la Cátedra de Cirugía II de la Facultad de Odontología de la U.B.A.

A — VERDADEROS

Odontogénicos	De desarrollo	Primordial	{ Pericoronar
		Dentigero	
	De Erupción		
De los remanentes de la vaina Hertwing	Radicular	{ Periapical	
	(Inflamatorios)		{ Lateral
De dudosa ubicación de desarrollo de los remanentes	Periodontal lateral		
	Gingival de los infantes ¹		
	Gingival de los adultos ²		

Patogénicamente relacionados con el desarrollo máxilofacial	Nasopalatinos	Del conducto incisivo
		De la papila ³
	Palatino medio	Palatino de los infantes (perlas de Epstein) ⁴
		Globulomaxilar
		Nasolabial ⁵
Mandibular mediano		

^{1,2,3,4,5}Quistes de ubicación periférica (extraóseos)

B - PSEUDOS	Oseo simple (traumático o hemorrágico)
	Oseo aneurismático
	Cavidad estática mandibular

En cada uno de los servicios de cirugía mencionados se tabuló la patología quística registrada en las fichas clínicas en el período comprendido en los últimos 5 años (80-85).

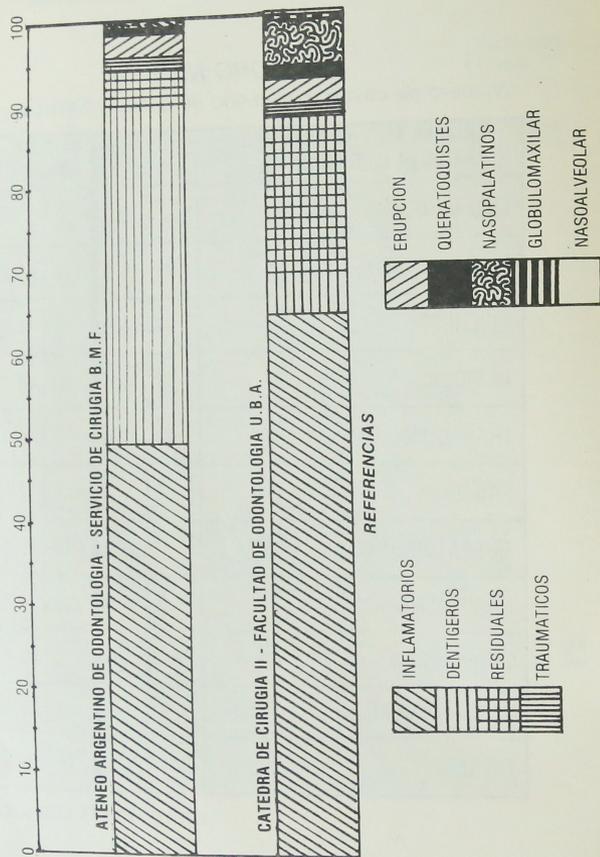
CUADRO N° 1

Número de casos, según tipo de quiste y Servicio.

Ateneo Arg. de Odontología Facultad de Odontología	A. A. O		CATEDRA CIRUGIA II.	
	Cant.	%	Cant.	%
INFLAMATORIO	101	48.6	142	64.8
DENTIGERO	87	41.9	10	4.6
RESIDUAL	9	4.4	40	18.3
TRAUMATICO	3	1.4	3	1.4
ERUPCION	4	1.9	6	2.8
QUERATOQUISTE	2	0.9	3	1.4
NASOPALATINO	2	0.9	13	5.9
GLOBULOMAXILAR	—	—	1	0.4
NASOALVEOLAR	—	—	1	0.4
TOTAL	208	100	219	100

FUENTE: FICHAS CLINICAS

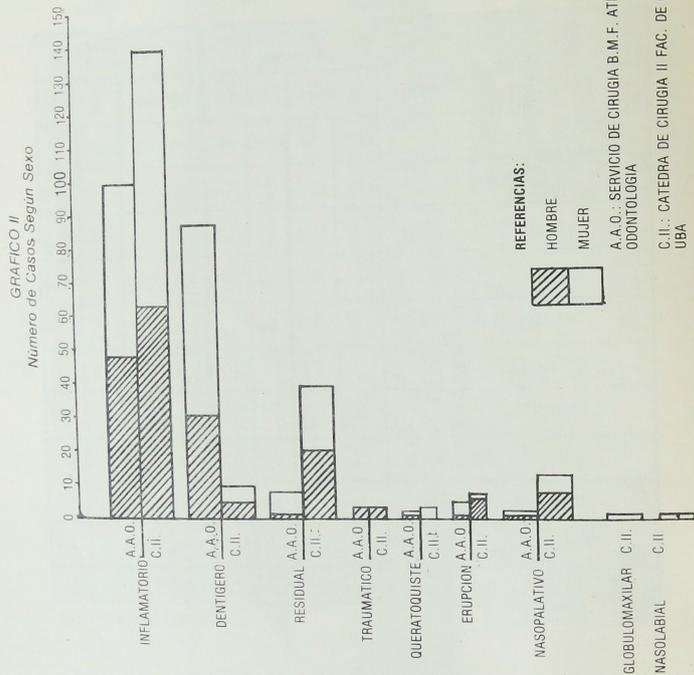
GRAFICO I
Numero de Casos, Según tipo de quiste y Servicio



CUADRO N° 2
Número de Casos, Según Sexo

TIPO DE QUISTE	Ateneo Argent. de Odontol.				Catedra Cirugia II			
	HOMBRE		MUJER		HOMBRE		MUJER	
	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%	Cant.	%
INFLAMATORIO	48	23.0	53	25.4	65	29.6	77	35.2
DENTIGERO	30	14.3	57	27.3	5	2.3	5	2.3
RESIDUAL	2	0.9	7	3.4	22	10.0	18	8.3
TRAUMATICO	3	1.9	0	0.0	3	1.4	0	0.0
QUERATOQUISTE	1	0.5	1	0.5	0	0.0	3	1.4
ERUPCION	1	0.5	1	0.5	5	2.3	1	0.4
NASOPALATINO	1	0.5	1	0.5	7	3.2	6	2.8
GLOBULOMAXILAR	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.4
NASOLABIAL	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.4
TOTAL	86	41.6	122	58.4	107	48.8	112	51.2

Fuente: Fichas Clínicas

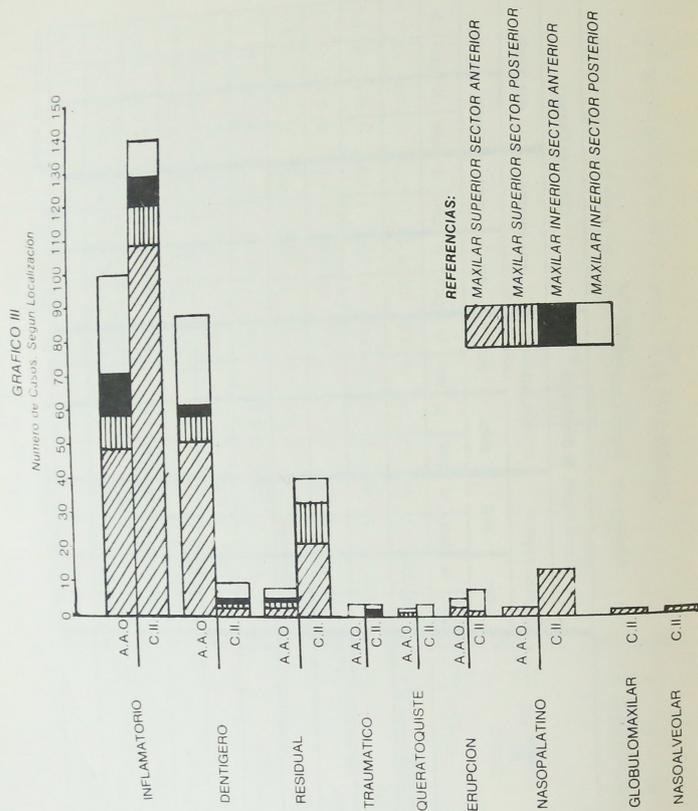


CUADRO N° 3

Clasificación. Según Localización

TIPO DE QUISTE	Ateneo Argent. de Odontología						Cátedra de Cirugía II									
	max. superior		max. inferior		max. superior		max. inferior		max. superior		max. inferior					
	anter.		post.		anter.		post.		anter.		post.					
	cant.	%	cant.	%	cant.	%	cant.	%	cant.	%	cant.	%				
INFLAMATORIO	49	23.6	9	44	12	58	31	14.9	108	49.4	13	5.8	9	4.0	12	5.4
DENTIGERO	52	25.1	7	34	3	15	25	12.1	2	0.8	1	0.4	1	0.4	6	2.8
RESIDUAL	3	1.4	2	0.9	1	0.4	3	1.5	22	10.0	13	5.8	0	0.0	5	2.3
TRAUMATICO	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	1.5	0	0.0	0	0.0	2	0.8	1	0.4
QUERATOQUISTE	0	0.0	1	0.4	0	0.0	1	0.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0	3	1.4
ERUPCION	2	0.9	0	0.0	0	0.0	2	0.9	1	1.4	0	0.0	0	0.0	5	2.3
NASOPALATIVO	2	0.9	0	0.0	0	0.0	0	0.0	13	5.8	0	0.0	0	0.0	0	0.0
GLOBULOMAXILAR	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0
MASOLABIAL	0	0.0	0	0.0	0	0.0	0	0.0	1	0.4	0	0.0	0	0.0	0	0.0
TOTAL	108	5.9	19	9.1	16	7.7	65	31.3	148	68.2	27	12.0	12	5.2	32	14.6

Fuente: Fichas Clínicas



RESULTADOS

Númericamente la recepción de quistes en el período estudiado, es similar (208 - 219) en ambos servicios. Coincidimos con la literatura en que la mayor frecuencia corresponde a los quistes inflamatorios; pero es evidente que existen diferencias importantes entre uno y otro servicio (48,6 y 64,8%). Lo mismo sucede con los quistes residuales (4,4% - 18,3%).

No ocurre la misma situación con los quistes de origen odontogénico, especialmente hay una diferencia marcadísima de los dentígeros de un servicio con el otro (41,9% y 4,6%).

La frecuencia del queratoquiste no coincide con la literatura internacional ya que ésta lo porcentúa entre el 7 y 10%, y nosotros la encontramos entre 0,9% y 1,4%.

Con respecto a los quistes fisurarios, coincidimos con la bibliografía en que el de mayor frecuencia es el nasopalatino en adultos y sin predilección por un determinado sexo.

Los quistes traumáticos o hemorrágicos son iguales para ambos servicios, y de sexo masculino en todos los casos; su frecuencia es coincidente con trabajos publicados: 2 por Rushton y 4 por Borello. De éste encontramos tres casos para cada servicio y todos inferiores.

DISCUSION

Teniendo en cuenta la última estadística publicada por la Organización Panamericana de la Salud (O.P.S.), donde los resultados demuestran que la demanda de atención odontológica es menor al 10% de la población por año, creemos que con la aplicación de un programa preventivo de salud bucal se revertiría la elevada incidencia de quistes inflamato-

rios. El porcentaje más elevado de estos quistes encontrados en la Cátedra de Cirugía, con respecto al mismo Servicio del Ateneo Argentino de Odontología, sería en función de la edad del paciente y del nivel socio-económico de los mismos.

El elevado número de quistes residuales, denuncia evidentemente una insuficiente técnica quirúrgica, que problemáticamente se inicia con un incorrecto diagnóstico definitivo, completado con la Rx preoperatoria, método auxiliar que debe ser rutina para toda extracción dentaria, con lo cual se evitarían estos actos iatrogénicos.

Con respecto a los quistes odontogénicos, el elevado número de quistes dentígeros para el Servicio de Cirugía del Ateneo, demuestra una vez más que las estadísticas polarizadas en una determinada población son viciadas en función (en esta oportunidad) de la derivación y trabajo interdisciplinario con el servicio de ortodoncia de la misma institución, que favoreció esta situación.

La disminución de los queratoquistes en relación a la literatura, se debe a que en el Ateneo Argentino de Odontología la mayoría de los pacientes es de corta edad, donde se excluye la posibilidad de que se presente la mayor frecuencia del mismo en su localización en ángulo y rama ascendente centrándose su presencia los pseudodentígeros.

Evidentemente se demuestra con el presente trabajo la necesidad de que existan en las grandes ciudades Centros Únicos de Acumulación de Datos.

RESUMEN

Se realizaron y compararon estadísticas de quistes de los maxilares en dos servicios de cirugía de la Capital Federal.

Se tabularon por tipo, frecuencia, sexo y localización.

Se insiste con un criterio preventivo de trabajo quirúrgico y se demuestra que las estadísticas pueden estar viciadas por diferentes tipos de población, recomendándose la creación de un centro recopilador de datos de los distintos servicios de las grandes ciudades.

SUMMARY

The authors performs an statistical study of cysts of the jaws in two Oral Surgery Centers of Buenos Aires city, according type, frequency, sex and localization.

In this paper insists in a preventive judgment in the surgical treatment, proves that statistics may be falsify by differents types of population and recommend the creation of data-compilation centers.

BIBLIOGRAFIA

1. ALVAREZ A.F. SMERILLI A.L., TORRES M.D. y VALDES IRUEGAS J.L., Queratoquistes de maxilar superior en niños. *Actual. Odont.* 5:55, 1980.

2. BORELLO E.D., BANQUER E., CICHETTI L.G., Quiste hemorrágico (traumático) mandibular. Actualización y presentación de tres casos. *Rev. Asoc. Odont. Argentina* 60:509; 1972.
3. BORELLO E.D., Queratoquistes. Revisión bibliográfica y presentación de 20 casos en 18 pacientes. *Trib. Odon.* 60:226, 1976.
4. CABRINI R.L. Anatomía patológica bucal. Ed. Mundi, Bs. As., 1980, Pág. 228.
5. GRINSPAN D., Enfermedades de la boca. Tomo V. Ed. Mundi, Bs. As., 1984.
6. HUEBNER G.R., TULINGTON E.G., So-called traumatic (hemorrhagic) bone cysts of the jaws. Review of the literature and report two unusual cases. *Oral Surg.*, 31:354; 1977.
7. PINDOBORG J.J. and HANSEN J. Studies on odontogenic Keratocysts. *Acta Path. Microbiol. Scand.*, 58:283; 1963.
8. PINDOBORG J.J., KRAMER J.R., Tipos histológicos de tumores odontogénicos, quistes de los maxilares y lesiones afines. O.M.S., Ginebra, 1972.
9. RIES CENTENO G.A., Consideraciones sobre 1.000 casos de quistes de los maxilares. *Rev. Asoc. Odont. Argentina* 36:542; 1948.
10. ROBINSON J., Primordial Keratocyst. *Oral Surg., Oral Med. and Oral Path.* 40:362.
11. SMERILLI A.L. Queratinización en queratoquistes. Tesis de doctorado, Facultad de Odontología de Buenos Aires, 1979.
12. TOLLER P.A. Origin and growth of cysts of the jaws. *Brit. Dent. J.* 129:275-278; 1969.

Dirección de los autores:
M.T. de Alvear 2142, 8°
(1113) Buenos Aires.
T.M. de Anchorena 1176
(1425) Buenos Aires

Odontología Integral: Relación Odontólogo-Paciente

MARTA GOLDIN

Son muy amplios y enriquecedores los alcances a que ha dado lugar la comprobación clínica del campo establecido entre el paciente y su médico, denominado genéricamente "relación médico-paciente".

Dicho campo, no fue descripto ni considerado por la medicina académica que sólo valorizaba los aspectos "técnicos, y científicos", del campo médico.

Estos conceptos fueron difundidos por Michael Balint² y su equipo en Inglaterra, por autores norteamericanos como Meyer, y en nuestro país a través de los trabajos de Blejer y Luchina (especialistas en ciencias de la conducta).

Dice Noemí Luchina "la relación médico-paciente implica comprensión psicológica pero con instrumentación médica". Habitualmente, las inferencias emocionales son vistas como complicaciones, lo psicológico es lo engorroso, lo que el médico quiere o trata de eliminar porque le complica su accionar técnico. Lo físico, se puede controlar, lo emocional es lo que no se entiende, lo que no le enseñaron a valorizar, lo que no puede controlar.

Así como la medicina académica sólo hacía referencia a los aspectos técnicos, la odontología no escapó a esa modalidad³. Se creía que era privativo de la buena odontopediatría, la compren-

sión de los temores de los pequeños pacientes y el encauzarlos para que transiten favorablemente por la experiencia odontológica⁴.

Los programas de la carrera no incluían, ni en sus contenidos ni en sus enunciados, más que aspectos técnicos. Recientemente se incorporó en la Facultad de Odontología de Bs. As., la Cátedra de Unidad Funcional de Apoyo Docente y Asistencial, que afortunadamente contribuirá a la formación de un odontólogo que habiendo recibido conocimiento acerca de la conducta del hombre, por una parte, y a través de la incorporación de las ciencias de la educación, por la otra, sabrá transferir esos conocimientos a un buen contacto consigo mismo, a una adecuada interrelación con sus pacientes, sabiendo que el hecho educativo es esencialmente comunicación y podrá aplicarlo en la tarea que efectúa a diario en el área preventiva⁵. Además, se transmitirá al alumno desde el comienzo que no se halla frente a un diente, a un órgano o a un sistema aislado, sino que tendrá que enfrentar a un ser humano vivo y sufriente que buscará con ansiedad que le ayuden a resolver su problema de carencia de salud bucal.

Efectivamente, no somos "dentistas"⁶. Somos profesionales en el arte de curar.

No podemos estar ajenos a la orientación psicodinámica, que colocaría a la odontología entre las ciencias con una veta humanística⁸.

El odontólogo debe saber que el ser humano a quien está atendiendo transita situaciones emocionales que van a condicionar desde el cumplimiento a las citas⁹, la voluntad de colaborar¹⁰, su propio deseo o no de recuperar el estado de salud¹¹ y, además, este enfoque ayuda a poner más énfasis en las cualidades que atañen al poder defensivo del organismo. Todas estas cualidades no pueden ser pesadas, ni medidas. No pueden ser vistas con el microscopio, ni en un tubo de ensayo. Tampoco se ven en una radiografía. La orientación actual en materia de defensas valoriza el factor emocional.

No se trata de sustituir ningún recurso técnico de la profesión ni frenar su desenvolvimiento. Se trata de saber que en ciertos pacientes hay que aguzar la comprensión, la afectuosidad, el mínimo pero profundo acercamiento para ayudarlo, como se hace con los niños, a vencer la resistencia al odontólogo y a lograr recuperar a un paciente para la odontología^{12,13}.

En nuestra experiencia, en una primera entrevista, se puede lograr a través de un "escuchar activo" percibir si el paciente, que está frente a nosotros relacionándose su sentir, su malestar, alberga o no sentimientos de temor. Tal vez detectemos experiencias traumáticas que llevaron a prolongadas deserciones de los consultorios dentales.

Otra situación frecuente es la del paciente que se muestra desvalorizado, avergonzado, pidiendo que "lo disculpe", por tener la boca en tal mal estado. Otra, es el temeroso a la anestesia. Aquel que dice que "nunca le toma",

"que siempre hay que aplicarle mucha cantidad". A todos nos ocurrió recibir pacientes portando bolsitas que contienen varios juegos de prótesis totales o parciales con antecedentes de haber deambulado por muchos consultorios.

También debemos diagnosticar al paciente ansioso, que quiere que le resuelvan en muy poco tiempo problemas de rehabilitación que requerirían varias sesiones.

En endodoncia es frecuente que traigan una fantasía de perforación o destrucción junto a folklóricas referencias de que el tratamiento de conducto es doloroso. También podemos encontrarlos con pacientes varones muy agresivos, desconfiados, desvalorizados, que pueden relatar, entre otras cosas, que vinieron porque su esposa les insistió no porque ellos quisieran hacerlo.

Los adolescentes y algunos adultos con sus temores, válidos, por haber recibido atención iatrogénica médica u odontológica en los primeros años de su vida, suelen tener exagerado temor a las maniobras con elementos ruidosos o punzantes.

En todas las situaciones obtendremos resultados más favorables haciéndoles saber que actualmente hubo cambios en la profesión, que se trabaja distinto, que podemos averiguar la causa por la cual su boca está enferma, y que a partir de este momento en que eliminando las piezas que no pueden ser tratadas no va a perder más dientes y que los que le faltan, los repondremos de la mejor manera.

Procediendo así, obtendremos la confianza de aquellas personas que tienen una cierta conciencia de haber perdido dientes por "habérselos dejado extraer". Se les tranquiliza, diciéndoles

que afortunadamente tienen buenas defensas, se les da mensajes positivos, alentadores, en cuanto a la futura evolución de su estado bucal.

Respecto del manejo de los temores frente a las distintas maniobras, tratamos de hacerles manifestar sus inquietudes, sus dudas, y sentados frente a ellos, en una actitud segura y contenedora, los motivamos con una técnica semejante a la utilizada en odontopediatría.

El suministrarle el espejo de mano, en general, contribuye a que colaboren y sigan activamente las distintas maniobras.

La anestesia administrada con una técnica cuidadosa, no agresiva, será indolora. En cuanto a la colocación de la goma dique, se efectúa explicándole previamente la necesidad de su empleo, advirtiéndolo a aquellas personas con problemas respiratorios, que no impidi-

remos para nada el paso del aire.

Con respecto a los elementos rotatorios, se muestra su funcionamiento y se los familiariza con el ruido que puedan producir. Por otra parte la actitud segura del profesional y comprensiva de todo lo que pueda sentir su paciente, es la clave de la respuesta adecuada en cuanto a la evolución de cualquier tratamiento que efectúe.

Pudimos observar que la respuesta orgánica favorable, después de realizar la apertura de cámara pulpar en abscesos alveolares, con esa técnica cuidadosa es mucho más frecuente que si se efectúa sin pensar en la persona que está frente a nosotros.

Además observamos posoperatorios indolores en tratamiento endodónticos y en actos quirúrgicos, cuando fueron realizados con un trato comprensivo del paciente, como persona.

RESUMEN

Se hace referencia a la importancia de la consideración del paciente como unidad psico-física y a la responsabilidad que le cabe al odontólogo intentando ayudar al paciente a vencer las resistencias y ansiedades que le generan la atención de su cavidad bucal.

SUMMARY

This paper deals with the importance of considering the patient as a psycho-physical whole. It shows some examples of the role of the odontologist as someone who should help the patient to overcome the anxieties and resistances he feels about a sensitive area his mouth.

BIBLIOGRAFIA

- 1) Ferrari-Luchina "La interconsulta médico-psicológico en el marco hospitalario. Bs.As. 1980 Ed. Nueva Visión.
- 2) Balint M. El médico y el paciente, la enfermedad. Bs.As. Ed. Libros Básicos.
- 3) De La Serna L. Prospectiva de la Odontología Nacional. Rev. Fac. Od. U.B.A. Vol. N° 1.1980.
- 4) Goldin M. Algunos aspectos de la situación odontopediátrica. Rev. A.A. de Odontología V. 14 Junio 1978.
- 5) Gómez A. La relación paciente-profesional. Salud Bucal. Año 1978.
- 6) Rossetti H. Curso dictado en la A.O.A. Año 1978.
- 7) Egozcue M.I. Tratamiento combinado Odontológico - Psicológico en niños. Rev. A.O.A. Vol. 55-183 Año 1967.

Dirección de la autora:
Paraguay 2535, 8° B
(1425) Buenos Aires.

Querubismo

MARIO DANIEL TORRES^(*), RICARDO POMERANIEC^(*), OSCAR A. SISCAR^(*)

En 1933, Jones⁸ introdujo el término "querubismo" al describir la alteración que denominó "enfermedad quística multilocular familiar de los maxilares". "Querubismo" surge del semblante angelical originado por la forma mofletuda de las mejillas agrandadas y el estiramiento de la piel que pone en tensión al párpado inferior y conduce a un aparente giro de los ojos hacia el cielo, según la descripción de Spouge¹¹.

Talley¹², en 1925, ya describió la lesión con la denominación de "leontiasis ósea", sugerida por primera vez por Virchow¹³, en 1853, para su aplicación general a los aumentos de volumen de los huesos faciales y craneanos, sin adjudicarlo a ninguna enfermedad en particular.

La enfermedad puede confundirse con otras, por lo cual debe prestarse especial atención a las características clínicas y radiográficas, así como a la descripción histopatológica.

ASPECTOS CLINICOS

La afección es familiar, y existen evidencias de que se trata de un rasgo dominante autosómico^{1,2,5,6,9,10,11}.

Al nacer, los niños son normales, y los primeros signos de la deformación aparecen entre los 2 y los 4 años. Progresan lentamente y se detiene en la pubertad, con lenta regresión progresiva pero nunca completa. Por lo general se ubica en la rama ascendente del maxilar inferior

sin comprometer el cóndilo, y desciende hasta los primeros molares. Es bilateral, y en muchos casos toma ambos maxilares superiores en la zona de la tuberosidad. Arnot⁴ describió un caso unilateral.

El paciente presenta un marcado aumento de volumen bilateral, con piel de aspecto normal; si toma el maxilar superior, puede verse la ya descripta caída de los párpados inferiores. Mac Lendon⁶, en 1962, encontró manchas color café con leche en la piel.

Puede haber adenopatías cervicales múltiples, que disminuyen de tamaño al avanzar la edad.

La lesión no compromete la salud general del paciente; algunos autores describen alteraciones en otros huesos, como el fémur o costillas.

Cuando están involucrados los procesos alveolares, pueden provocarse trastornos serios en la exfoliación de los dientes primarios y su reemplazo por los permanentes. Suele haber pérdida prematura de deciduos. Clínicamente no se nota una apreciable incapacidad funcional, salvo cuando los procesos alveolares están involucrados y comienza la etapa de erupción de los dientes permanentes. Tanto los dientes primarios como los permanentes pueden presentar severas desviaciones y retenciones, produciéndose serios problemas de maloclusión.

Pueden existir trastornos de dicción

MARIO DANIEL TORRES, RICARDO POMERANIEC, OSCAR SISCAR.

por aumento de volumen de los procesos alveolares, que limitan el espacio para la lengua.

ASPECTOS RADIOLOGICOS

Toda la rama y la región posterior del cuerpo de la mandíbula están ocupadas de ambos lados por extensas imágenes radiolúcidas multiloculares. Delicados tabiques transcurren a través de la lesión radiolúcida, y los límites anteriores no están bien definidos⁵.

En el maxilar superior el aspecto es similar a la altura de las tuberosidades; el seno maxilar puede estar ocupado total o parcialmente.

ASPECTO MICROSCOPICO

Aparece como un tejido conectivo pseudotumoral de tipo fibroblástico vascular, con cantidades variables de células gigantes multinucleadas.

Dominguez y Keszler¹, en 1984, estudiaron siete casos encontrando que la presencia de células gigantes fue un rasgo constante en el material investigado, aunque en cantidades y distribución variables dentro del tejido. También hallaron la constante presencia de tejido óseo, en muy poca cantidad, predominantemente tejido óseo trabecular con características de tipo laminar y/o reticular. En el 70% de los casos observaron en el estroma intercelular focos de extravasación de hematíes de intensidad variable.

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Se puede plantear con los quistes foliulares, ameloblastomas, granulomas centrales de células gigantes, displasias fibrosas, etc. La característica de proceso bilateral, los aspectos clínicos descriptivos y el eventual antecedente familiar constituyen significativas orientaciones para el diagnóstico^{3,6,7,9,10}. Debe realizarse biopsia, ya que los querato-

quistes múltiples o los tumores marrones del hiperparatiroidismo podrían presentar características similares, especialmente si no puede demostrarse tendencia familiar⁵.

TRATAMIENTO

Las intervenciones quirúrgicas mutilantes están absolutamente proscriptas, así como las radiaciones. Sólo se deberán realizar intervenciones cosméticas cuando problemas de maloclusión lo requieran. Hogan y Liebner, mencionados por Grinspan⁶, sugieren terapia hormonal para inducir a una pubertad precoz acelerando la etapa de detención y remisión espontánea.

Una vez detenido el crecimiento, puede optarse por cirugía cosmética.

CASO CLINICO

Paciente M.G., mujer, 11 años. No hay desarrollo puberal. Su aspecto facial (Fig. 1) muestra aumento de volumen bilateral en el nivel de los ángulos mandibulares. Piel y párpados normales. No aparecen evidencias de otros casos en la familia.

Radiográficamente (Fig. 2) se observan imágenes radiolúcidas multiloculares bilaterales que ocupan las ramas ascendentes, los ángulos y las partes posteriores del cuerpo mandibular hasta cada primer molar permanente. En el lado izquierdo, la imagen osteolítica llega hasta la escotadura sigmoidea.

Las lesiones involucran los gérmenes de los segundos molares permanentes. Hay persistencia de los segundos molares primarios, encontrándose los segundos premolares en posición mesioangular, el derecho y bucolingual, el izquierdo.

Se realizó la biopsia confirmando el diagnóstico de querubismo (Cátedra de Anatomía Patológica, Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires).

RESUMEN

Los autores analizan aspectos clínicos, radiológicos e histológicos, presentando un caso de querubismo.

SUMMARY

Une case of "cherubism" are studied. The authors analyzed aspects of clinical and radiographic diagnosis and microscopic pathology.

BIBLIOGRAFIA

1. ANDERSON D. and MC CLEDON J. Cherubism. Hereditary fibrous dysplasia of the jaws. I. Genetic considerations. Oral Surg. 15 - Suppl 2, 5-6, 1962.
2. BERNIER J.L. Tratamiento de las enfermedades orales. Bibl. Omeba, Bs. As., 1959.
3. BRUCE K., BRUWER M.B. and KENNEDY R.L.F. Familial Intraosseous Fibrous Swellings of the Jaws ("Cherubism"). Oral Surg. Oral Med. and Oral Path. 6: 995; 1953.
4. DOMINGUEZ F.V. y KESZLER A. Querubismo. Patología y diagnóstico. Análisis de siete casos. Rev. Asoc. Odont. Argentina 72: 136-145; 1984.
5. EVERSOLE L.R. Patología Bucal. Diagnóstico y Tratamiento. Ed. Méd. Panamericana, Bs. As., 1983.
6. GRINSPAN D. Enfermedades de la boca. Ed. Mundi, Bs. As., 1983.
7. JAFFE H.L. Grant Cells Reparative Granuloma. Traumatic Bone Cyst and Fibrous (Fibro-Osseous) Dysplasia. Oral Surg., Oral Med and. Oral Path. 6: 155-159; 1953.
8. JONES W.A. Familial Multilocular Cystic Disease of the Jaws. Am. J. Cancer 17:946; 1933.
9. JONES W.A., GERRIE J. and PRITCHARD J. Cherubism - A Familial Fibrous Dysplasia of the Jaws. J. Bone and Joint Surg. 32-B: 334; 1950.

10. JONES W.A., GERRIE J. and PRITCHARD J. Cherubism. A Familial Fibrous Dysplasia of the Jaws. Oral Surg., Oral Med. and Oral Path. 5:292; 1952.
11. PETERS W.J.N. Cherubism: a study of twenty cases from one family. Oral Surg. 47 (4): 307-11; 1979.
12. SPOUGE J.D. Patología Bucal. Ed. Mundi, Bs. As., 1977.

13. TALLEY D.B. Leontiasis Osea. Dental Cosmos 67:1022; 1925.
14. VIRCHOW R. Das normale Knochenwachstum und die rachitische Störung desselben. Virchows Arch. path. Anat. 5: 409; 1853.

Dirección de los autores
T.M. de Anchorena 1176
(1425) Buenos Aires.



Fig. 1

Se extrajeron los segundos molares primarios y se redireccionaron quirúrgicamente los segundos premolares para orientar su erupción (Fig. 3).



Fig. 2



Fig. 3

Vaicrón®

ACRILICO PARA
BASE DE DENTADURAS

VAICEL

ACRILICO AUTOCURABLE PARA REPARACIONES

SOLICITELOS
A SU PROVEEDOR HABITUAL

Producidos por

Llavalol 1193 - Lanús Oeste - Tel. 241 - 1907

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. 821-7349

EDITORIAL MUNDI S.A.I.C. Y F.

COMPENDIO DE ORTODONCIA

CARLOS R. GUARDO

TRATAMIENTO PROSTODONTICO PARA EL PARCIALMENTE DESDENTADO

GEROGE A ZARB, BO BERGMAN, JOSEPH A. CLAYTON y HIGH F. MACKAY

TRATAMIENTO DE DIENTES ANTERIORES TRAUMATIZADOS EN NIÑOS

J.A. HARGREAVES, J.W. CRAIG y H.L. NEEDLEMAN

PROCEDIMIENTOS DE LABORATORIO PARA INCRUSTACIONES, CORONAS y PUENTES

DEREK STANANOU

COMPENDIO DE PERIODONCIA

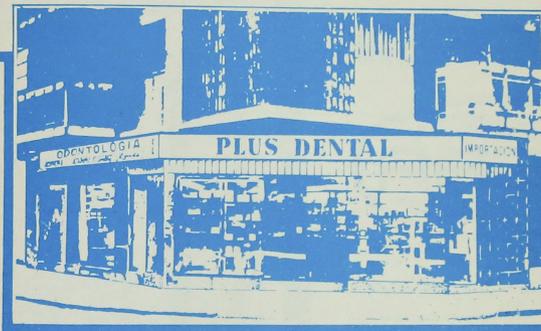
NUEVA EDICION

FERMIN A. CARRANZA, JUAN J. CARRARO y NORMA ZSNAJDER

EDITORIAL MUNDI S.A.I.C. Y F., PARAGUAY 2100, C.C. 47 - SUC. 53, 1453 - CAPITAL FEDERAN,
ARGENTINA, 83-9393, 83-9663

en Junín 1001
(esq. M. T. de Alvear)

PLUS DENTAL S.A.



Suma ventajas para Ud.

En nuestra nueva casa, todo lo necesario para su consultorio.

- Amplio surtido de instrumental y materiales odontológicos, nacionales e importados.
- Equipamiento integral.
- Presentación de novedades.
- Demostraciones permanentes.
- Atención preferencial a cargo de personal especializado.
- Servicio de Asesoramiento a Profesionales.

PLUS DENTAL S.A.

El nuevo lugar para sus más ventajosas adquisiciones
Junín 1001 - 1113 Buenos Aires - República Argentina - Tel.: 824-9847

NUEVA SILICONA

Para impresiones de precisión



Silicone impression material
BERNARDINO A. RAMIREZ e HIJOS S.C.A.
BUENOS AIRES - ARGENTINA



En sus tres tipos
FLUIDA-NORMAL-PESADA

Fabrica y distribuye:
BERNARDINO A. RAMIREZ e HIJOS S.C.A.

SARMIENTO 4550 - CAPITAL FEDERAL Tel. 88 - 8069 / 86 - 4980 / 89 - 5567

DENTAURUM

Brackets DB Ultratrimm * Técnica L.S.P. - Light Square Progressive (RICKETTS)

MAXILAR

Brackets Edgewise L.S.P. para la Técnica de Ricketts / 0.48x0.76 mm (0.185x0.30)

Brackets Edgewise con aletas de retención anchas ocluso - gingivales para fácil y rápida aplicación de varcos accesivos, o también arcos suplementarios hasta 0.50 mm/0.20" p. ej. para movimientos de rotación. Muy fáciles de aplicar las lecturas gracias a la forma de las alas. La profundidad del surco permite el empleo de casi todas las dimensiones de alambres usados en esta técnica.

Surco recto o con inclinación de 7°, 14° y 22° - Angulación 0°

Brackets con torque, sin angulación: Lado estrecho de la base de la malla hacia gingival. Los brackets con torque llevan además una muesca sobre las alas (muesca hacia gingival).



Para dientes	Forma del Bracket	Anchura mm	Torque	Angulación	derecho	con torque
1 1	L.S.P. Bracket, ancho	3.5	22°	0°	704-7835	
2 2	L.S.P. Bracket, mediano	3.5	14°	0°	704-7845	
	L.S.P. Bracket, estrecho	3.0			703-7845	
3 3	L.S.P. Bracket, contorneado, ancho	3.7	7°	0°	714-7815	
	L.S.P. Bracket, contorneado, estrecho	3.2			713-7815	
5 4 4 5	L.S.P. Bracket, contorneado, ancho	3.7	0°	0°	714-6185	
	L.S.P. Bracket, contorneado, estrecho	3.2			713-6185	



MANDIBULA

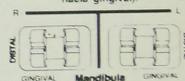
Brackets Edgewise para la Técnica de Ricketts / 0.48x0.76 mm (0.185x0.30)

Presentación de brackets para maxilar y mandíbula:

Para 1 caso	20 brackets	Num. ref. 891-222
Para 5 casos	100 brackets	Num. ref. 891-206
Para 15 casos	300 brackets	Num. ref. 891-207
Para 50 casos	1.000 brackets	Num. ref. 891-208

Cajas de reposición de 10 piezas de los tipos brackets especificados

Brackets con torque, sin angulación: Lado estrecho de la base de la malla hacia gingival. Los brackets con torque llevan además una muesca sobre las alas (muesca hacia gingival).



Para dientes	Forma del Bracket	Anchura mm	Torque	Angulación	derecho	con torque
2.1 1.2	L.S.P. Bracket, estrecho	3.0	0°	0°	703-6185	
3 3	L.S.P. Bracket, contorneado, ancho	3.7	7°	0°	714-7815	
	L.S.P. Bracket, contorneado, estrecho	3.2			713-7815	
5 4 4 5	L.S.P. Bracket, contorneado, ancho	3.7	0°	0°	714-6185	
	L.S.P. Bracket, contorneado, estrecho	3.2			713-6185	



Y además con su línea completa de Arco de Canto y la más variada gama de materiales de su catálogo P (Protosis)

DISTRIBUIDOR EXCLUSIVO EN LA REPUBLICA ARGENTINA

Paraguay 2070 - Cap. - Tel.: 83-4185 - Horario de atención de 9 a 18 (corrido)

Dentaurum Informations-Service
 Postfach 440 · D-7530 Pforzheim · Tel. 07231 / 8711

Progenie: Evolución y Análisis Crítico de las Técnicas Quirúrgicas

ALFREDO FERMIN ALVAREZ (+)

La PROGENIE o PROGNATISMO MANDIBULAR es una alteración morfofuncional de los maxilares caracterizada por un desarrollo exagerado de la mandíbula, hecho que se traduce clínicamente por un adelantamiento del mentón con respecto al resto de la cara e inversión de la articulación dentaria⁶. A este cuadro puede añadirse obtusismo goníaco⁷.

Según Hunter⁴⁸, es la proyección del maxilar inferior tanto más allá como para que los dientes inferiores sobrepasen a los superiores cuando la boca está cerrada, con inconvenientes en la oclusión y deformidad facial.

Implica oclusión invertida en sentido sagital⁴⁹ e inversión del "overbite", constituyendo una alteración craneofacial⁵⁰ con dos elementos que identifican la lesión: malformación facial en su tercio inferior y clase III⁵¹. Pueden detectarse alteraciones en la articulación temporomandibular³⁻⁴⁻⁶³.

Con respecto a la etiología de la progenie se han mencionado factores genéticos y endocrínicos. Arienza² dice que la herencia constituye un factor que se evidencia por la aparición de la afección en varios miembros de una misma familia, aunque a veces no resulta fácil determinar si es la anomalía lo que se ha heredado o el niño ha copiado de sus padres malos hábitos fonéticos o de deglución.

Hinds y Kent⁴⁸ mencionan que Joffe

afirma que la mayoría de los hiperdesarrollados mandibulares tienen antecedentes genéticos, y que Burstone ha discutido los aspectos genéticos y los factores ambientales considerando a éstos como muy importantes y frecuentes (trauma, hábitos, respiración bucal, deglución atípica, tamaño y hábitos linguales, etc). La consideración de los factores ambientales conlleva el análisis de posibilidades preventivas.

En cuanto a la incidencia de las disendocrinias, en especial hiperpituitarismo e hipotiroidismo, las hemos encontrado en algún caso (Figs. 1 y 2) y consideramos que no deben descartarse influencias de tal carácter. Desde hace algún tiempo hemos incorporado como examen de rutina en pacientes portadores de estas alteraciones, un análisis endocrinológico, de lo que esperamos extraer algunas conclusiones.

Las estadísticas sobre frecuencia de la progenie en relación a las demás deformaciones morfofuncionales del esqueleto facial varían según áreas geográficas, lo que se refleja claramente en la revisión bibliográfica.

Aparece como menos frecuente en los Estados Unidos de Norte América, donde la deficiencia mandibular y la protrusión superior son más habituales. En Escandinavia la progenie es la más común de las alteraciones de los maxila-

(+) Tomado parcialmente de la Tesis de Doctorado del autor (1983).



Fig. 1 Paciente portador de un exagerado

prognatismo mandibular e hiperpituitarismo

res, tal como aparece en nuestro medio. Las consideraciones sobre frecuencia y distribución geográfica potencializarían el concepto de influencia de los factores ambientales, además de sugerir la gravitación de factores de origen racial.

El tratamiento es fundamentalmente quirúrgico, con amplia participación ortodóncica, hasta el punto de establecer una estrecha relación interdisciplinaria en el estudio de los pacientes y la toma de decisiones⁴¹.

INTERRELACION ENTRE CIRUGIA Y ORTODONCIA.

En la cirugía de indicación ortopédica, en este caso la progenie, es esencial la relación interdisciplinaria, particularmente entre cirugía y ortodoncia, sin descar-

tar otras áreas del conocimiento odontológico y médico. Tal interacción nace en cada caso clínico en el primer contacto con el paciente y concluye al término del seguimiento. En la consideración global del problema, se enriquece en el análisis compartido de los fundamentos e indicaciones de los tratamientos y la evaluación crítica y comparada de los resultados.

Mac Intosh⁶² considera que la cirugía es un complemento de los servicios de ortodoncia convencional, a los que reemplaza sólo cuando la naturaleza de la dificultad, la edad del paciente o la complejidad impiden las maniobras ortodóncicas habituales.

Theberge⁶² ha enfatizado el problema diciendo que el foco del ataque correctivo debe ubicarse en el punto de mayor

anormalidad, lo que implica gran cuidado en el diagnóstico.

En 1950, Barrow y Dingman³ aportaron consideraciones ortodóncicas para la corrección quirúrgica de las anomalías de desarrollo de la mandíbula. La bibliografía consigna la preocupación de muchos autores sobre los aspectos del diagnóstico y la relación entre cirugía y ortodoncia: Downs²⁸ en 1956, Robinson y Dougherty³⁶ en 1961, Heskin y Deplagne⁴³ en 1965, Hawkinson⁴⁴ en 1966, Biederman¹⁵ en 1967, Mills⁵⁴ en 1969, Khouw⁵⁸ en 1970, Brami et al¹⁸ en 1974, Carlotti y George²⁴ en 1981 son algunos ejemplos de ello.

Tal como lo analizaron Fish y Epker³³, las consideraciones para la combinación quirúrgico-ortodóncica ante las deformidades dentofaciales habitualmente involucran cuatro categorías de problemas:

la mejoría estética facial, la mejoría de la función masticatoria, el aumento de la estabilidad y la reducción del tiempo de tratamiento.

El interés primario del paciente es con frecuencia el aspecto estético, a través del que se busca el tratamiento. En severas y aun en moderadas displasias esqueléticas, suele ser imposible una corrección estética adecuada sólo con el tratamiento ortodóncico; más aún, en oclusiones corregidas ortodóncicamente la preocupación por la estética induce a los portadores hacia la búsqueda de soluciones quirúrgicas.

Una combinación adecuada de cirugía y ortodoncia, conduce a resultados más estables con mayor satisfacción de los pacientes.

Estas consideraciones muy generales fundan nuestro criterio¹ en cuanto a que

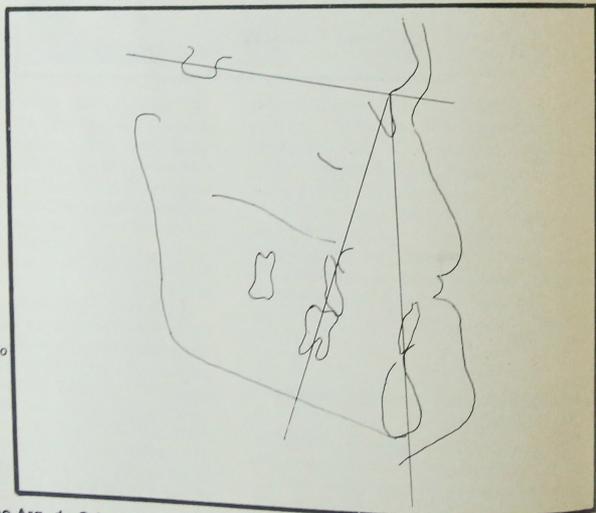


Fig. 2: Trazado cefalométrico del paciente de la Fig. 1, donde los valores son: SNA = 81°; SNB = 102°; ANB = -21°.

cirujanos y ortodoncistas debemos considerar en forma conjunta y solidaria el estudio clínico, el radiográfico y el de modelos; la predicción de la oclusión postoperatoria, la oportunidad de la intervención, el análisis de la salud temporomandibular para su comparación con el estado postquirúrgico, la necesidad de tratamientos ortodóncicos pre y/o postoperatorios o de otros complementarios, y la evaluación de resultados.

La interacción disciplinaria debe actuar con criterio de sistema, hacia un objetivo común, donde el conjunto es más que la suma de las partes, con permanente realimentación.

EVOLUCION DE LAS TECNICAS QUIRURGICAS

Las alteraciones morfofuncionales del esqueleto facial, en general, y la progenie, en particular, motivaron opiniones, propuestas, desarrollo y modificaciones de técnicas quirúrgicas y procedimientos combinados ortodóncico u ortopédico-quirúrgicos.

Las ideas sobre el tema evolucionaron al compás de sucesivas experiencias luego de la aparición de antibióticos y nuevos fármacos, del desarrollo de la tecnología instrumental, del impulso de la investigación, de la incentiva de las comunicaciones y el consecuente intercambio de resultados.

Así es como puede observarse que a partir de la era antibiótica se multiplican las tendencias para proponer intervenciones de abordaje intrabucal, controlado ya el riesgo de la infección. De igual modo el desarrollo del instrumental de corte, la optimización de las aleaciones metálicas, de los sistemas rotatorios, de las sierras neumáticas reciprocas u oscilantes, propician la proliferación de nuevas ideas y nuevas técnicas.

La investigación clínica y experimental, implementada en centros con alto grado de desarrollo, permitió no solamente comparar resultados con sentido retrospectivo, sino generar nuevas concepciones quirúrgicas como ocurrió, por ejemplo, en los estudios de animales de experimentación sobre colapso hemodinámico intra y postoperatorio inmediato y mediato.

Vale mencionar también la predicción en cuanto a los resultados del tratamiento obtenida por computación que, a medida que se avanza en el estudio de los distintos biotipos con su infinita combinación de variables, constituirá un elemento de rutina en un futuro no muy lejano.

Al compás de la evolución tecnológica y la investigación, se fueron transformando técnicas, especialmente en Europa y Estados Unidos de Norte América. Caldwell y Gerhard²⁰ señalan que "lamentablemente este fue uno de los pocos intercambios significativos de ideas o conceptos antes de 1960 entre cirujanos norteamericanos y europeos. La razón primera y más evidente de esta falta de intercambio fue la diferencia de lenguaje. La traducción de la literatura científica vino como una consecuencia de las crecientes comunicaciones entre todas las naciones después de la segunda guerra mundial".

LOS PIONEROS

El tan amplio como fascinante capítulo de la corrección quirúrgica de las deformidades faciales se inicia en 1849 con la primera publicación conocida sobre el tema, referente a una paciente de 20 años, portadora de lesiones en el cuello y la porción inferior de la cara producidas 15 años antes por una quemadura. S.P.Hullighen, de Weeling, West Virgi-

nia, EEUU, fue quien recibió, estudió y trató el caso. He aquí su propia descripción⁵⁰: "La cicatriz produjo una deformidad del peor tipo. Su cabeza estaba volcada hacia adelante y abajo, tan elongada que la hacía proyectarse 3 cm. más allá del maxilar superior".

Hullighen realizó una operación en tres tiempos, con rotación de un colgajo amplio desde la región deltoidea. Eliminó con sierra segmentos de hueso en forma de "V" en la mandíbula, terminando el corte hacia adelante en forma horizontal, de modo "que aquella porción del maxilar y los dientes que antes se proyectaban e inclinaban hacia afuera volvieran a su sitio correcto y original".

A fines del siglo pasado y a principios del presente varios intentos, sugerencias y experiencias concretas suceden al pionero Hullighen.

La osteotomía bilateral del cuerpo mandibular, sugerida por Ottolinguí en 1896, fue realizada por Blair¹⁶⁻¹⁷, impulsado por Angle⁵. El resultado no fue satisfactorio por dificultades en cuanto a inmovilización y consolidación derivadas de infección.

Otras áreas de la mandíbula entran en la consideración de los teóricos primero y luego de los prácticos. En 1895 Jaboulay y Bérard⁵³⁻⁵⁴ practicaron la condillectomía bilateral con incisión preauricular, según la propuesta de Berger, apoyado en los consejos de Ziepfll.

Algunos atribuyen a Lane, citado por Aller² el mérito de haber sido el primero en mostrar interés en la osteotomía de las ramas ascendentes y haber practicado la primera operación en 1903. Otros refieren que Blair la utilizó en 1906 para un caso de retrognatismo. Según Ivy⁵² fue Babcock quien la empleó por primera vez en 1909 en un prognatismo mandibular.

En 1909 se reunió en Cleveland la Sociedad Norteamericana de Ortodontistas, ocasión en que Wayne Babcock presentó su técnica de osteotomía de las ramas ascendentes⁵, lo que constituye una verdadera predicción sobre los procedimientos que habrían de aparecer en lo que resta del entonces incipiente siglo.

CIRUGIA EN LA REGION CONDILEA

En 1895 Jaboulay y Bérard⁵³ realizaron la intervención con incisión preauricular y luego "destruyeron el cóndilo trozo por trozo con una pinza para extracciones". Dufourmentel²⁷ propició desde 1917 la resección de la cabeza y cuello del cóndilo y presentó en la Academia de Cirugía de París, en 1953, 200 casos de prognatismo tratados quirúrgicamente²⁸.

Petit y Walrath⁷¹ fueron los primeros en sugerir la osteotomía en el nivel del cuello del cóndilo con interposición de aponeurosis temporal para crear pseudoartrosis (1932).

En 1940 Smith y Johnson⁷⁹ describen la remoción de una porción ósea por debajo de la escotadura sigmoidea.

En 1955 Moose, sugirió la osteotomía del cuello del cóndilo por abordaje intrabucal con instrumental rotatorio, escoplo y martillo. Los resultados fueron informados en 1964⁴⁷.

En 1954 Smith y Robinson⁸⁰ patrocinaron la osteotomía subcondilar extraoral oblicua. Hinds⁴⁶⁻⁴⁷ la llamó osteotomía subcondilar, y Robinson⁷⁴⁻⁷⁶ subcondilomatía vertical. Thoma⁸³ la denominó osteotomía oblicua.

En 1957 Verne et al.⁸⁶ presentaron 52 casos de corrección de progenie con osteotomía del cuello del cóndilo. González Ulloa⁴⁰ propició algo similar en 1956.

En 1968 Winstanley⁸⁷ describió la osteotomía subcondilar intraoral oblicua realizada con fresa, lo que exige un amplio despegamiento de tejidos blandos.

En 1970 Hebert, Kent y Hinds⁸⁸ expusieron la técnica intrabucal realizando la osteotomía con sierra oscilante.

Hall, Chase y Pryor⁴², en 1975, describieron acabadamente la técnica de la osteotomía subcondilar intrabucal oblicua tal como se muestra en la Fig. 3.

CIRUGIA EN LA RAMA ASCENDENTE

Después que Babcock⁵, en 1909, presentó su técnica de osteotomía horizontal de la rama ascendente, Cathcart y Salomon, en 1910, según apuntan Ginstet y Merville³⁵, ejecutaron la osteotomía horizontal por vía externa, pero con una mínima efracción cutánea para introducir la sierra de Gigli. Esta técnica pasó a la historia como de Kostecka⁵⁹⁻⁶⁰, quien la sugirió para mordida abierta. Luego Schaeffer⁷⁷ la adoptó para progenie, procedimiento que Reiter⁷²⁻⁷³ propuso con énfasis.

Lindeman³² realizó la osteotomía horizontal de la rama ascendente entre la escotadura sigmoidea y la espina de Spix con sierra manual y abordaje cutáneo. Este método, llamado también de Lane-Bruhn-Lindeman, es en rigor una osteotomía ligeramente oblicua de adelante atrás y de arriba abajo (Fig. 4). Perthes y Schlossmann le incorporaron un ligero bisel. Axhausen perfeccionó la incisión retroauricular de Bockenheimer logrando un acceso menos extenso, controlando mejor la hemorragia y evitando lesionar el facial. Wassmund modificó la osteotomía en su parte posterior descendiendo y creando un cono óseo en el nivel del borde posterior del fragmento proximal, que al reponer la mandíbula cabalga sobre la cara externa del fragmento distal, limitando la tracción de los músculos temporal y pterigoideo ex-

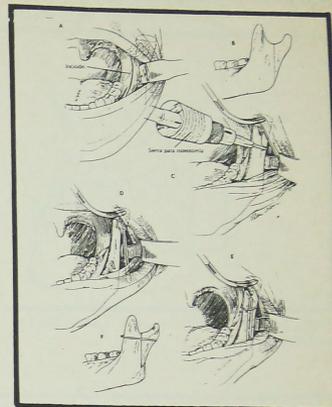


Fig. 3. Técnica para la osteotomía subcondilar intrabucal oblicua. (Hall, Chase y Pryor).

terno (Fig. 5). Trauner hace un corte similar.

La misma intervención puede realizarse por vía bucal, sin efracción cutánea y a cielo abierto, como lo preconizaron Ernst en 1934 y Ginstet en 1939³⁴, utilizando sierra manual.

En 1925 Limberg⁶¹ utilizó la osteotomía vertical de la rama ascendente para corregir una mordida abierta. Después Wassmund lo hizo para una micrognasia.

En 1954, Caldwell y Letterman⁹⁹ describieron la osteotomía vertical intrabucal de la rama ascendente a través de un abordaje submandibular. En 1963 presentaron un estudio de seguimiento 10 años después de la cirugía. Trauner y Obwegeser también la propiciaron en 1955⁸⁴. (Fig. 6).

Schuchardt realizó una osteotomía horizontal oblicua de la rama ascendente, ubicando el corte entre la escotadura sigmoidea y la espina de Spix, y seccionando de arriba abajo y de adentro

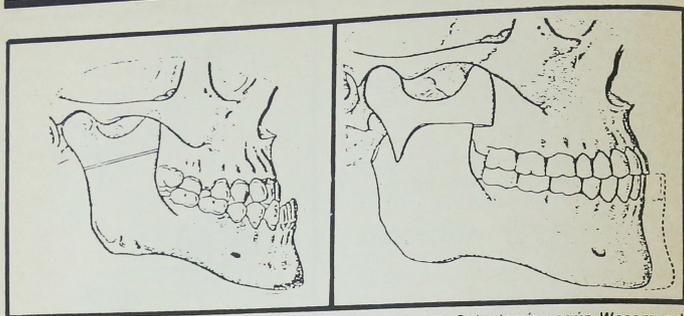


Fig. 4: Osteotomía según Lane Bruhn-Lindemann

Fig. 5: Osteotomía según Wassmund

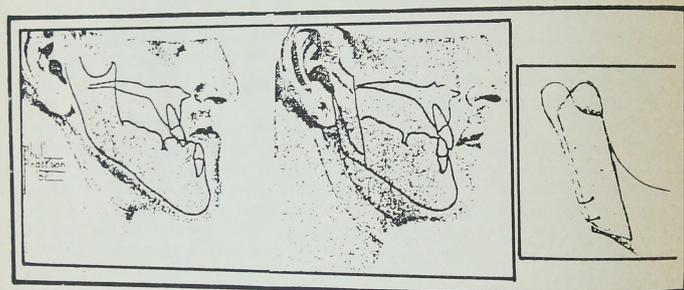


Fig. 6: Osteotomía vertical, según Caldwell-Letterman

afuera para obtener más anchas superficies de afrontamiento óseo, modificando así postulaciones de Ginestet^{28, 39}.

Obwegeser^{49 70 85} publicó su técnica de osteotomía sagital de la rama ascendente, con un corte de la cortical interna entre la escotadura sigmoidea y la espina de Spix y otro en la cortical externa a la altura del plano oclusal inferior, ambos horizontales y unidos por la sección ósea intramedular desde el borde ante-

rior de la rama hasta su borde posterior (Fig. 7-A)⁴⁸.

Dal Pont publicó primero en italiano, en 1959²³, y después en inglés, en 1961²², la modificación de la técnica de Obwegeser realizando el corte de la cortical externa en forma vertical en el cuerpo de la mandíbula a la altura de la región molar, con lo que incorporó el ángulo goníaco logrando amplia superficie de afrontamiento óseo (Fig. 7-B)⁴⁸.

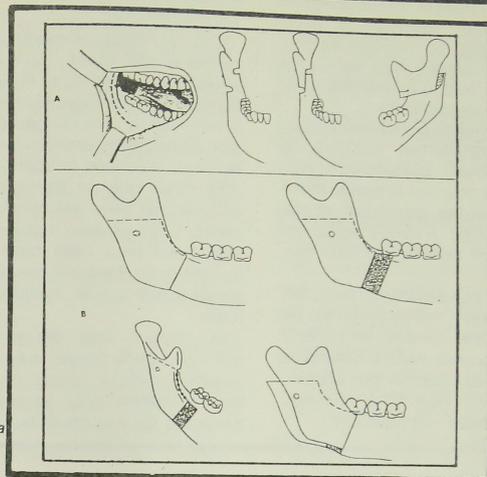


Fig. 7: Técnica de Obwegeser (A)

y modificación de Dal Pont (B). Tomado de Hinds y Kent

En 1968, Hunsuck⁵¹ propuso una variante de la técnica de Obwegeser - Dal Pont, limitando el corte en la cara interna de la rama ascendente hasta la cresta temporal, provocando así un corte en escama sin interesar la parte posterior de la cortical interna de la rama y el ángulo. Simpson⁷⁸ presentó una serie de 9 pacientes operados con el concepto de Hunsuck.

Basándose en los estudios experimentales de Bell¹⁰⁻¹¹⁻¹² sobre revascularización postoperatoria en cirugía correctora de deformidades faciales, especialmente en cuanto a osteotomía de la rama ascendente¹³⁻¹⁴, Epker sistematizó una modificación de la osteotomía sagital siguiendo a Hunsuck en cuanto al corte óseo, pero planeando el menor desprendimiento de los tejidos blandos para obtener acceso (1977)²⁹ (Figs. 8 A y B).

CIRUGIA EN EL CUERPO MANDIBULAR

En 1906, Whipple, Blair y Angle auspiciaron la resección segmentaria en el nivel de las ramas horizontales de la mandíbula, realizada por vía cutánea o bucal, con resección del paquete vasculo-nervioso dentario inferior. Julliard⁵⁵ lo planteó en 1920.

En 1944, Ginestet, Chemin y Labat⁵⁶ propusieron la resección por vía cutánea en un sólo tiempo con conservación del paquete. También Dingman²⁴⁻²⁵ postuló la intervención en dos tiempos y conservación del paquete, modificación de la técnica descrita por Harsha⁴³ en 1912, que recordaran New y Erick⁶⁸ en 1941. (Fig. 9).

Spadafora⁸¹ propuso en 1960 una osteotomía sinfisaria con extracción de los incisivos involucrados. Crepy²¹ planteó

con Soubiran y Raes la resección sagital infisaria. Ginestet³⁷ describe la resección en las ramas horizontales en desdentados. Kanzanjian⁵⁶ hizo especiales referencias en cuanto al tratamiento de la progenie en desdentados.

Epker³⁰ sistematizó las técnicas según se trate de osteotomías anteriores al agujero mentoniano, posteriores al mismo o involucrándolo con el común denominador de abordaje endobucal, operación en un tiempo y conservación del paquete vasculo-nervioso dentario inferior.

Otra variante que discutimos personalmente con Epker³¹, manteniendo los requisitos expuestos, consiste en trasladar la salida del paquete vasculo-nervioso a una posición más posterior con sección del ramo incisivo. (Figs. 10 A y B). Algo similar fue descrito por Merville³⁵.

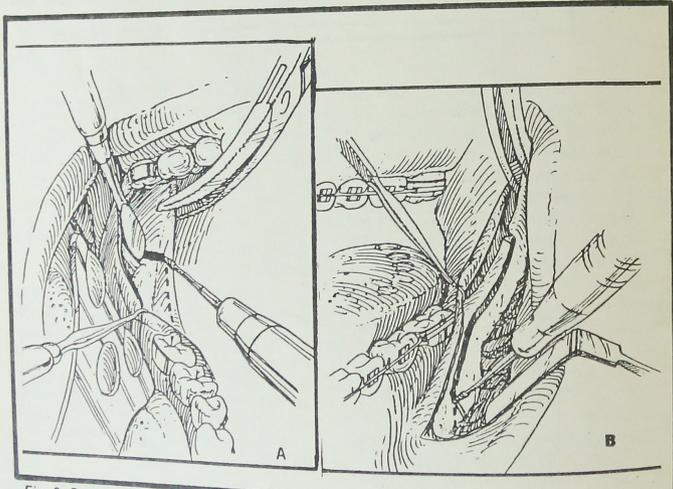


Fig. 8: Osteotomía sagital modificada según Epker. A: osteotomía de la cortical interna a la manera de Hunsuck. B: osteotomía de la cortical externa con mínimo desprendimiento de tejidos blandos.

ANALISIS CRITICO DE LAS TECNICAS QUIRURGICAS

Las técnicas someramente enunciadas al solo efecto de mostrar cómo evolucionaron las ideas en este campo, tienen a su vez diversas modificaciones y variantes, y aun cuando muchas han sido desechadas constituyen un rico arsenal de enfoques terapéuticos.

Es obvio que no hay una operación determinada para una específica deformidad. Cada cirujano o grupo quirúrgico selecciona para cada caso la técnica que mejor se adapta al mismo, a su propia destreza y a la complejidad de su medio.

El objetivo final de la corrección quirúrgica de la progenie es obtener armoniosa relación oclusal con buen balance y simetría facial, además de la permanencia estable de dichos resultados.

Todo ello con la menor agresión a los tejidos y estructuras, evitando complicaciones y secuelas.

Para obtener el objetivo deseado la técnica quirúrgica debe encuadrarse en requisitos diversos:

1. Abordaje preferentemente intrabucal.
2. Visibilidad adecuada para facilitar las maniobras y controlar las estructuras sobre las que se actúa.
3. Versatilidad que permita movimientos variados y libres en sentidos diversos.
4. Amplio afrontamiento óseo en la reposición de los segmentos.
5. Control del segmento proximal que asegure adecuada instalación del condilo en la cavidad glenoidea.
6. Buena irrigación de los fragmentos.

El cumplimiento estricto de los requisitos precedentemente enumerados plantearía una objeción seria, cuando no excluyente, a las técnicas de abordaje cutáneo. La realidad en nuestro medio y

particularmente en los grupos quirúrgicos de formación odontológica indica una tendencia definida hacia el abordaje endobucal.

A continuación haremos algunos comentarios sobre las técnicas, siguiendo el mismo ordenamiento topográfico-quirúrgico.

CIRUGIA EN LA REGION CONDILEA

Debe distinguirse entre las osteotomías que pasan por el cuello del condilo buscando apenas la formación de una pseudoartrosis y aquellas que, aun siendo subcondíleas, involucran parte de la rama ascendente.

En las primeras debe imputarse, además de la dificultad técnica, el escaso o ningún contacto entre los fragmentos y la falta de control del condileo.

Si se realizan por vía cutánea con incisión preauricular, se añade el riesgo de lesión del nervio facial; si lo son por vía endobucal, la escasez de visibilidad. Además, la expectativa de recidiva o mordida abierta postoperatoria se acentúa por acción muscular.

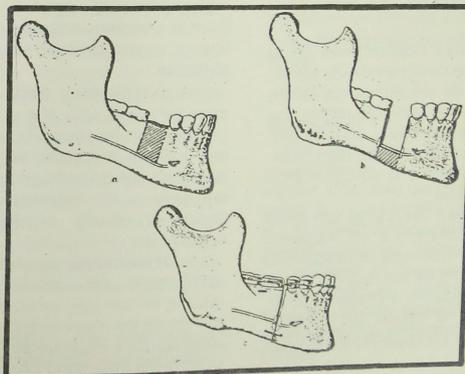


Fig. 9: Osteotomía del cuerpo mandibular, según Dingman.

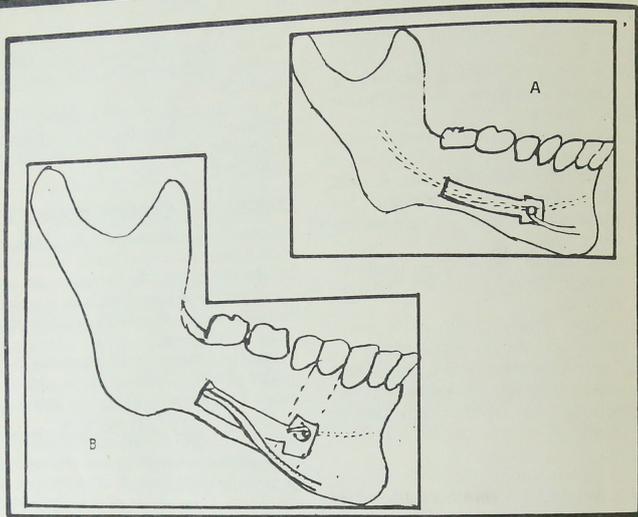


Fig. 10: Traslado de la salida del paquete vasculo-nervioso. A: área de resección de la cortical externa. B: seccionado el ramo incisivo, el paquete es desalojado de su lecho óseo posibilitando la osteotomía del cuerpo mandibular en un tiempo a la altura deseada.

CIRUGIA EN LA RAMA ASCENDENTE

Las **osteotomías horizontales** de la rama ascendente de la mandíbula adolecen en general de los siguientes inconvenientes: escaso contacto entre los fragmentos, falta de control del fragmento superior, poca versatilidad para movimientos combinados y la no corrección del ángulo goniaco.

Las **osteotomías verticales** aseguran un amplio contacto entre los fragmentos, es posible controlar el fragmento proximal, hay amplia libertad de movimiento y son aplicables a casos de severa protrusión. Les caben las observaciones apuntadas en cuanto al abordaje cutáneo.

Prácticamente pueden hacerse las mismas observaciones en cuanto a ventajas y desventajas en las **osteotomías oblicuas**.

Las **osteotomías horizontales oblicuas**, en bisel, pueden compararse en general con las osteotomías horizontales, aunque proporcionan algo más de contacto entre los fragmentos y permiten ligeros movimientos combinados. Puede atribuirsele ventaja de cierta facilidad técnica.

Las **osteotomías sagitales** de la rama ascendente presentan la ventaja de su acceso endobucal, de un amplio afrontamiento de los fragmentos, generosa versatilidad para movimientos combinados, control del fragmento proximal y posibili-

dad de corrección del ángulo goniaco desde la modificación de Dal Pont. La variante de Hunsuck, en escama, permite retroposiciones en progenies severas sin alteración de ubicación del borde posterior de la mandíbula, y aun cuando el afrontamiento se limita en el sector de la rama ascendente, puede compensarse con mayor extensión del corte en la tabla externa del cuerpo.

La variante de Epker limita el riesgo de hemorragia intraoperatoria, disminuye la expectativa de edema, controla la integridad del paquete vasculo-nervioso dentario inferior y asegura una mayor irrigación de los fragmentos.

CIRUGIA EN EL CUERPO MANDIBULAR

Las osteotomías del cuerpo de la mandíbula tienen, en general, menos indicaciones que las osteotomías de la rama ascendente.

Caldwell y Gerhard²⁰ señalan que "sólo el 1.5% de nuestros pacientes requirió procedimientos que comprendieron osteotomías en el nivel del cuerpo de la mandíbula". Hinds y Kent⁴⁸ hallaron que sólo en 1 de cada 20 pacientes estaba indicada la técnica. Monhac⁶⁶ afirma que "en mi serie de más de 100 casos, rara vez he encontrado una maloclusión de clase III en la que la región alveolar portadora de dientes de la mandíbula no estuviera proporcionada con su correspondiente del maxilar superior". Arienza⁶ apunta la ventaja de no modificar la oclusión posterior en los casos en que ésta sea funcional, y la desventaja del sacrificio de piezas dentarias.

De todos modos, ante indicaciones precisas, pensamos que son aplicables

las técnicas en este área que aseguren abordaje endobucal, operación en un solo tiempo y conservación del paquete vasculo-nervioso dentario inferior.

RESUMEN

El autor introduce el tema con algunas consideraciones sobre la etiología y la frecuencia de la progenie, fundamenta la necesidad de una estrecha colaboración disciplinaria entre cirugía y ortodoncia en el enfoque terapéutico. A través de una revisión bibliográfica expone la evolución de las técnicas quirúrgicas desde 1849 hasta ahora con una somera descripción de las mismas, agrupadas con criterio topográfico. Formula un análisis crítico de las técnicas quirúrgicas, conforme a los requisitos que considera básicos: abordaje intrabucal, visibilidad adecuada, versatilidad, buen afrontamiento óseo, control del segmento condíleo y buena irrigación de los fragmentos. Para la cirugía en el cuerpo de la mandíbula, apunta como requisitos: abordaje endobucal, operación en un tiempo y conservación del paquete vasculo-nervioso dentario inferior.

SUMMARY:

The ethiology and frequency of prognathism is explained by the author who also gives meaning to the need of a close relationship between surgery and orthodontics in its therapeutic treatment. Through a bibliographic revision of the surgery technics since 1849 he develops a critical analysis of its basic requirements depending on different basic approaches.

BIBLIOGRAFIA

1. ALVAREZ A.F. Progenie. Rev. Ateneo Arg. de Odont. XVII (2): 21-23; abr. jun. 1982.
2. ALLER J. Mandibular prognathism. J. Trans. Orthod. Soc. 3: 35-37; 1902.
3. ALLING C.C. Mandibular prognathism. Oral Surg. 14: 3-22; Jan. 1961.
4. ALLING C.C. Correction of mandibular prognathism by open, oblique sliding osteotomies of the rami. J. Oral Surg. 23: 199-211; 1965.
5. ANGLE E.H. Double resection in the treatment of mandibular protrusion. Dental Cosmos, Apr. 1903.
6. ARIENZA B. Prognatismo mandibular. Rev. Asoc. Odont. Argentina 59: 12-17; ene-dic. 1971.
7. ARIENZA B. Anomalías de desarrollo de los maxilares. Tratamiento quirúrgico. I: Prognatismo mandibular. Reseñas Odontológicas, vol. 4, N° 8; oct. 1974.
8. BABCOCK W.W. Surgical treatment of certain deformities of jaw associated with malocclusion of teeth. J.A.M.A. 53: 833; 1909.
9. BARROW G.V. and DINGMAN R.O. Orthodontic considerations in the surgical management of developmental deformities of the mandible. Am. J. Orthod. 36: 121-124; 1950.
10. BELL, W.H. Revascularization and bone healing after anterior maxillary osteotomy. J. Oral Surg. 27: 249; Apr. 1969.
11. BELL W.H. and LEVY B.M. Revascularization and bone healing after maxillary corticotomies. J. Oral Surg. 30: 640-648; Sept. 1972.
12. BELL W.H. et al. Bone healing and revascularization after total maxillary osteotomy. J. Oral Surg. 33: 253; Apr. 1975.
13. BELL W.H. and KENNEDY J.W. Biological basis for vertical ramus osteotomies. A study of bone healing and revascularization in adult rhesus monkeys. J. Oral Surg. 34: 215; March 1976.
14. BELL W.H. and SCHENDEL S.A. Biologic basis for modification of the sagittal ramus split operations. J. Oral Surg. 35: 362-369; May 1977.
15. BIEDERMAN W. The orthodontist's role in resecting the prognathic mandible. Am. J. Orthod. 53: 356-375; 1967.
16. BLAIR V.P. Operations on the jaw-bone and face. Surg. Gynecol. Obstet. 4: 67-68; 1907.
17. BALIR V.P. Under developed lower jaw, with limited excursion. J.A.M.A. 53: 178; 1909.
18. BRAMI S., GANIGLI A. et LAMARCHE J.P. Indications opératoires dans les asymétries faciales. Rev. Stomat. 75 (4): 719-730; Juin 1974.
19. CALDWELL J.B. and LETTERMAN G.S. Vertical osteotomy in the mandibular ramus for correction of prognathism. J. Oral Surg. 12: 185-202; 1954.
20. CALDWELL J.B. y GERHARD R.C. Deformidades de Desarrollo de los maxilares. Capítulo 23 del libro de KRUGER: "Cirugía Buco-Maxilo-Facial Ed. Panamericana, Bs.As. 1982; págs. 449-450.
21. CREPY C. SOUBIRAN J.M. et RAES J. Traitement du prognathisme par la résection sagittale symphysaire de la mandibule. Rev. Stomat. 75 (4): 753-755; Juin. 1974.
22. DAL PONT G. Retromolar osteotomy for the correction of prognathism. J. Oral Surg. 19: 42-47; 1961.
23. DAL PONT G. L'osteotomia retromolare per la correzione della progenia. Minerva Chir. 18: 1138; 1959.
24. DINGMAN R.O. Osteotomy for the correction of mandibular malrelation of developmental origin. J. Oral Surg. 2: 239; 1944.
25. DINGMAN R.O. Surgical correction of developmental deformities of the mandible. Plast. Reconstr. Surg. 3: 124-146; 1948.
26. DOWNS W. Analysis of dentofacial profiles. Angle Orthod. 26: 191-212; 1956.
27. DUFOURMENTEL L. Le traitement chirurgical du prognathisme. Presse Med. 24: 235; 1921.
28. DUFOURMENTEL L. Deux cent cas de prognathisme traités chirurgicalement. Mem. Acad. Chir. 79: 406; mai 1953.
29. EPKER B.N. Modifications in the sagittal osteotomy of the mandible. J. Oral Surg. 35: 157-159; Feb. 1977.
30. EPKER B.N. and WOLFORD L.M. Dentofacial Deformities. Surgical orthodontic Correction. The C. V. Mosby Co.; 1980.
31. EPKER B.N. Comunicación personal. Set. 1981.
32. FINOCHIETTO R. y YOEL J. Prognatismo mandibular. Su tratamiento quirúrgico. Rev. Odont. 41: 482; 1953.
33. FISH L.C. and EPKER B.N. Diagnosis and treatment planning for the correction of dentofacial deformities. Center for the

- correction of facial deformities. Fort Worth, Texas, U.S.A., 1981.
34. GINESTET G. Traitement chirurgical du mordex apertus et du prognathisme. Rev. Stomat. 41: 4-17; Janv. 1939.
35. GINESTET G. et MERVILLE L. Traitement chirurgical de la prognathie mandibulaire. Encyclopédie Médico-Chirurgicale. Paris.
36. GINESTET G. et al. La résection segmentaire bilatérale des branches horizontales du maxillaire inférieur dans la prognathie mandibulaire. Rev. Stomat. 47: 85; 1945.
37. GINESTET G., MERVILLE L. et DAUTREY, J. Traitement d'un prognathisme par résection "à la demande" des branches horizontales chez un édenté total. Rev. Stomat. 59: 873-880; Déc. 1958.
38. GINESTET G. et al. Traitement chirurgical des prognathismes. Ann. Chir. Plast. 6: 175-181; Sept. 1961.
39. GINESTET G. et MERVILLE L. Indication et technique de l'osteotomie verticale des branches montantes du maxillaire inférieur. Ann. Chir. Plast. 10: 4-14; 1965.
40. GONZALEZ ULLOA M. Temporo mandibular arthroplasty in the treatment of prognathism. Plast. and Rec. Surg. 18; 50; 1956.
41. GUARDO A.J. y GUARDO C.R. Ortodoncia. Ed. Mundt., Bs.As., 1981.
42. HALL J. et al. Evaluation and refinement of the intraoral vertical subcondylar osteotomy. J. Oral Surg. 33: 333; 1975.
43. HARSHA W.M. Bilateral resection of the jaw for prognathism. Sur. Gynecol. Obstet. 15: 51; 1912.
44. HAWKINSON R.T. Diagnosis and preoperative planning for the surgical correction of mandibular prognathism. J. Prosthet. Dent. 16: 351-370; 1966.
45. HESKIA J.E. et DEPLAGNE H. Les indications chirurgicales au cours des traitements orthopédiques. Rev. Franc. Odontostomatol. 12: 740-751; 1965.
46. HINDS E.C. Surgical correction of acquired mandibular deformities. Am. J. Orthod. 43: 161-173; 1957.
47. HINDS E.C. Correction of prognathism by subcondylar osteotomy. J. Oral Surg. 16: 209; 1958.
48. HINDS E.C. and KENT J. Surgical treatment and developmental jaw deformities. The C.V. Mosby Co.; 1972.
49. HOGEMAN K.E. Surgical orthopaedic correction of mandibular protrusion. Act. Chir. Scand. suppl. 159; 1951.
50. HULLINGEN S.P. Case of elongation of the under jaw and distortion of the face and neck; caused by burn, successfully treated. Am. J. Dent. Sci. 9: 157-165; 1849.
51. HUNSUCK E.E. A modified intraoral sagittal splitting technic for correction of mandibular prognathism. J. Oral Surg. 26: 250; Apr. 1968.
52. IVY J. Surgery in relation with orthodontics and facial harmony. Internat. J. Orthod.; Sept. 1933.
53. JABOULAY M. et BERARD L. Effets de la résection des condyles du maxillaire inférieur sur la situation de la rangée dentaire et la forme du menton. Lyon Méd. Aout. 1985.
54. JABOULAY M. et BERARD L. Traitement chirurgical du prognathisme inférieur. Presse Méd. 30: 173; Apr. 1898.
55. JULLIARD J. Correction du prognathisme exagérée par la double résection de la branche horizontale du maxillaire inférieur. Congres Ass. Franc. Chir.: 460-466; 1920.
56. KANZANJIAN V.H. Treatment of mandibular prognathism with special reference to edentulous patients. Oral Surg., Oral Med. and Oral path, 4: 680-688; 1951.
57. KELSEY C.C. Radiographic cephalometric study of surgically corrected mandibular prognathism. J. Oral Surg. 26: 239-248; 1968.
58. KHOUW F.E., PROFFIT W.R. and WHITE R.P. Cephalometrics evaluation of patients with dentofacial disharmonies requiring surgical correction. Oral Surg. 29: 789-798; 1970.
59. KOSTECKA F.A. contribution to the surgical treatment of open bite. Int. J. Oethod. Dent. Child. 20: 1082; 1934.
60. KOSTECKA F. Surgical correction of open bite. F.D.I. Transactions of the Eight International Dental Congress, Section 12: 241-258; 1931.
61. LIMBERG A.A. Treatment of open bite by means of plastic onlique osteotomy of the ascending rami of the mandible. Dental Cosmos 67: 1191; 1925.
62. MAC INTOSH R.S. Orthodontic surgery. Comments on diagnosis modalities. J. Oral Surg. 28: 249-259; 1970.
63. MERVILLE L. et LARTIGAU G. Analyse sémiologique de prognathismes mandibulaires opérés. Rev. Franc. Odont. Stomat. 15 (7): 917-930; aout-sept. 1968.

64. MILLS P.B. The orthodontics role in surgical correction of dentofacial deformities. *Ann. J. Orthod.* 46: 266-272; 1969.
65. MONHAC A.M. Maxillary osteotomy in management of occlusal deformities. *J. Oral Surg.* 24: 305-317; 1966.
66. MONHAC A.M. Surgical correction of maxillo-mandibular deformities. *J. Oral Surg.* 23: 393; 1966.
67. MOOSE S.M. Surgical correction of mandibular prognathism by intraoral subcondylar osteotomy. *J. Oral Surg.* 22: 197-202; 1964.
68. NEW G.B. and ERICH J.B. The surgical correction of the mandibular prognathism. *Am. J. Surg.* 53: 2-12; 1941.
69. OBWEGESER H. The surgical correction of mandibular prognathism and retrognathia with considerations of genioplasty. *Oral Surg., Oral Med. and Oral Path.*, vol 10; Jul. 1952.
70. OBWEGESER H. Indications for surgical correction of mandibular deformity by sagittal technique. *Br. J. Oral Surg.* 1: 157-166; Apr. 1964.
71. PETTIT J.A. and WALRATH C.H. A new surgical procedure for correction of prognathism. *J.A.M.A.* 99: 1917; 1932.
72. REITER E.R. Surgical correction of mandibular prognathism. *Alpha Omegan* 45: 104; 1951.
73. REITER E.R. Mandibular prognathism: bilateral osteotomy trough the neck of the condyle. Lecture course; 36th. Annual Meeting, American Society of Oral Surgeons; Hollywood, 1954.
74. ROBINSON M. Prognathism corrected by open vertical condylotomy. *J.S. California Dent. Assoc.* 24: 22-27; 1956.
75. ROBINSON M. Prognathism corrected by open vertical subcondylotomy. *J. Oral Surg.* 16: 215; 1958.
76. ROBINSON M. and DOUGHERTY H.L. Prognathism questions in the surgical-orthodontic team. *Am J. Orthod.* 47: 531; 1961.
77. SCHAEFER J.E. Correction of malocclusion by surgical interference. *Am. J. Orthod. Oral Surg.* 23: 172; 1941.
78. SIMPSON W., The short lingual cut in the sagittal osteotomy. *J. Oral Surg.* 30: 811-812; Nov. 1972.
79. SMITH A.E. and JOHNSON J.B. Surgical treatment of mandibular deformations. *J. Am. Dent. Assoc.* 27: 689; 1940.
80. SMITH A.E. and ROBINSON M. Surgical correction of mandibular prognathism by subisigmoid notch osteotomy with sliding condylotomy; A new technic. *J. Am. Dent. Assoc.* 49: 46-62; 1954.
81. SPADAFORA A. Prognatismo mandibular. Técnica personal. (Nota previa). *Prensa Méd. Arg.* 47: 2235-2236; ag. 1960.
82. THEBERGE M.G. Team rapport: its value in surgical orthodontics. *J. Oral Surg.* 26: 277; Apr. 1969.
83. THOMA K. H. Oblique osteotomy of mandibular ramus: special techniques for correction of various types of facial deformity and malocclusion. *J. Oral Surg.* 14: 23; 1961.
84. TRAUNER R. and OBWEGESSER H. Zur Operations-Technik bei der Progenie und anderen Unterkieferanomalien. *Dtsch. Zahn-Mund u. Kieferheilk* 23; 1955.
85. TRAUNER R. Planning osteotomies for jaw deformities. *Brit. J. Plast. Surg.* 22: 99-112; 1969.
86. VERNE D. et al. Osteotomy of condylar neck for correction of prognathism: study of fifty-two cases. *J. Oral Surg.* 15: 183; 1957.
87. WINSTANLEY R.P. Subcondylar osteotomy of the mandible and the intraoral approach. *Br. J. Oral Surg.* 6: 134-136; 1968.

Comité Asesor S.N.C. 12	TARIFA REDUCIDA Concesión 2231
	FRANQUEO PAGADO Concesión 4780

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

VACUNAS

Continuación del trabajo iniciado en número anterior de nuestra Revista (Volumen XX, N° 3, marzo de 1985).

5.— También existe el miedo al dolor físico, en especial cuando se trata de vacunas inyectables, por escarificación, punción, etc.

6.— La falta de conocimientos en materia de DOSIS: algunas personas se consideran inmunizadas aunque no hayan recibido todas las dosis de una vacuna, o no se han revacunado en el tiempo prescrito. Si en esas condiciones, por falta de suficientes defensas, se produce la enfermedad, se puede llegar a considerar que la vacuna "no sirve".

7.— Otro error muy difundido es creer que, después de la aplicación de cualquier vacuna, debe seguirse un régimen alimenticio determinado, con privación de alimentos comunes y deseados. Esto deriva de la confusión que existe en lo referente a vacunas y sueros. Se ve, sobre todo, con la vacuna antitetánica y el suero antitetánico.

8.— Hay que considerar que las vacunas son "específicas"; es decir, previenen determinadas enfermedades y sólo esas enfermedades. Si este concepto no es totalmente entendido y se piensa que "mantienen la salud" en forma general y un tanto mágica, se les atribuye erróneamente una protección universal. Se crea entonces un fuerte sentimiento de decepción y desconfianza cuando, a pesar de ser vacunados, se produce cualquier trastorno de salud.

9.— En otros casos, hay que considerar cierto fatalismo en la interpretación del origen de las enfermedades.

Se piensa que el evitarlas no está en uno ni en el médico, que vienen porque así lo quiere el destino y que de nada vale cuanto uno pueda hacer para prevenirlas.

10.— La existencia de otros problemas acuciantes para algunos sectores de población: falta de adecuada alimentación, viviendas insalubres, falta de agua potable y otras deficiencias de saneamiento básico, dificultades con el trabajo, etc., hacen que las vacunaciones sean vividas como medidas de escasa trascendencia y poco significado frente a otras necesidades sentidas como prioritarias.

11.— La actitud de indiferencia o de rechazo a las vacunas puede ser agravada por muchos otros factores: mala atención en los centros sanitarios, falta de recursos humanos o materiales o simple desatención en el trato del personal con el público; horarios de aplicación que se superponen con los de trabajo; largas distancias; ocasionales abusos en el cobro de las vacunas que son gratuitas, etc.

EDUCACION PARA LA SALUD Y VACUNAS

Una información más completa y adecuada sobre vacunas no debe limitarse al personal de los establecimientos sanitarios, sino que debe extenderse al de todos los demás medios con posibilidades educativo-sanitarias, tales como escuelas, lugares de trabajo, sindicatos y población en general. Ella debe realizarse en forma sistemática y no sólo ante la aparición de brotes epidémicos.

Para cumplir actividades de Educación para la Salud que sean realmente efectivas, es necesario que se tomen en cuenta las características socio-culturales de la población.

En efecto, es necesario previamente obtener una información básica que permita la introducción de contenidos conforme a la necesidad de los destinatarios.

Esta información básica se refiere tanto a los conocimientos como a las actitudes, temores, prejuicios, motivaciones, en fin, todo aquello que condiciona la conducta de la población en un sentido o en otro.

Los datos obtenidos permitirán orientar la experiencia educativa en el sentido de vencer las resistencias detectadas que muchas veces se apoyan en ignorancia, falsa información, falsas generalizaciones, hábitos incorrectos, temores infundados.

En cuanto a las nociones sobre vacunas, deben ser proporcionadas gradualmente y expresadas con un lenguaje adaptado a los distintos niveles educativos de quienes las reciben.

Es muy importante informar no sólo acerca de las ventajas de la vacunación des del punto de vista de los beneficios para cada individuo.

Es imprescindible hacer resaltar el valor comunitario de la aplicación de las vacunas; estas sirven además para cortar la cadena de transmisión; no habiendo susceptibles porque están todos vacunados se puede disminuir al mínimo la incidencia de tibles porque que pueden convertirse en focos de epidemias de poliomielitis, difteria, sarampión y otras. Y también se puede alcanzar la erradicación de algunas enfermedades, es decir hacerlas desaparecer.

En materia de información, se proponen los siguientes contenidos básicos:

1. Inmunidad activa y pasiva.
2. Vacunas. Especificidad. Concepto de Dosis.
3. Enfermedades que se pueden prevenir por Vacunas.
4. Normas Técnicas. Calendario de Vacunaciones.
5. Duración del efecto protector de cada vacuna.
6. Explicación de la diferencia entre las vacunas y otras inoculaciones de uso común para fines diagnósticos (p. ej.: Mantoux) o para usos terapéuticos (sueros, gammaglobulina).

INMUNIDAD

Todos los seres vivientes, en su lucha por la supervivencia, ponen en juego una serie de recursos que les permiten alcanzar un equilibrio que es dinámico, entre ellos y el ambiente.

Uno de los mecanismos más valiosos para el hombre en la lucha contra las enfermedades transmisibles es la modificación de la capacidad de resistencia y de defensa por parte del organismo, aumentándola, sin pasar por las penurias y riesgos de la enfermedad.

Sintetizando, los medios convenientes en la lucha contra las enfermedades transmisibles son:

- a) Alimentación correcta.
 - b) Medidas de higiene personal y ambiental.
 - c) Aumento de las defensas específicas o INMUNIDAD.
- a) La alimentación correcta entre otras cosas, proporciona una resistencia inespecífica, es decir, general, aunque eficaz.
- b) La higiene personal y del ambiente actúan limitando la posibilidad de infección.
- c) El aumento de las defensas "específicas" o INMUNIDAD, consiste en desarrollar en el organismo elementos que se oponen directamente y en forma selectiva a ciertos agentes infecciosos o a sus toxinas.

¿Qué significa el término "inmunidad"...? En un sentido etimológico proviene de la palabra latina "immunis" que quiere decir "exento". En la antigüedad era inmune el que no pagaba los impuestos o estaba libre de ciertas cargas o penas, el que, con respecto a otros, gozaba de una franquicia.

En la actualidad y referido a las enfermedades transmisibles, estar "inmune" equivale a quedar indemne frente al ataque de algunos agentes patógenos. Significa poseer un conjunto de mecanismos (en los tejidos, en la sangre) por los cuales el organismo se defiende contra la invasión o la multiplicación de agentes infecciosos y se defiende también contra los productos tóxicos (toxinas) que ellos producen.

Los fenómenos de inmunidad son sumamente complejos y los estudia una disciplina científica determinada que se llama inmunología. Esta se ocupa no sólo de los aspectos de la inmunidad que se relacionan con las enfermedades transmisibles o infecciosas, sino también los que se vinculan con las alergias, con los problemas

de trasplante de tejidos y órganos, con algunas enfermedades no infecciosas y hasta con el cáncer.

Con el propósito de fundamentar los conocimientos respecto de las Vacunas se hará una sumaria exposición de la inmunidad vinculada con las enfermedades transmisibles.

Con respecto a las mismas, la inmunidad puede ser NATURAL o ADQUIRIDA. La inmunidad NATURAL es la que está ligada a las especies, es la que atañe al hombre resistente a algunas enfermedades de los animales o de las plantas. Se vincula a condiciones genéticas.

La inmunidad ADQUIRIDA es la que el individuo "obtiene" para oponerse a determinadas enfermedades. La inmunidad ADQUIRIDA puede ser ACTIVA o PASIVA.

INMUNIDAD ADQUIRIDA ACTIVA

Algunos agentes infecciosos (microbios y virus) tienen partículas de su cuerpo llamadas ANTIGENOS que hacen aparecer, por reacción defensiva del organismo que invaden, a algunas sustancias antagónicas que se les oponen llamadas ANTICUERPOS.

Esto constituye un recurso defensivo que se ha denominado *Inmunidad Activa*. Esta Inmunidad Activa además tiene una característica que la distingue plenamente de lo que luego se describirá como *Inmunidad Pasiva*. Esta característica es que el organismo va formando los Anticuerpos a través del tiempo y a medida que los necesita. Frente a una nueva invasión de los agentes infecciosos que determinaron la aparición de Anticuerpos, el organismo responde aumentando la producción de dichos anticuerpos para evitar que se desarrolle la enfermedad. La función de los Anticuerpos es la de combinarse con los microbios o Virus, neutralizando su acción perniciosa.

Hay varias maneras de obtener la Inmunidad Activa:

- 1.— Contrayendo una infección sin tener manifestaciones de enfermedad (portador sano) o ser éstas muy escasas (enfermo subclínico, con pocos síntomas).
- 2.— Contrayendo una infección con manifestaciones de enfermedad de gravedad variable, curando completamente o con secuelas.
- 3.— Por medio de VACUNAS.

En el primer caso se puede obtener una Inmunidad Activa bastante apreciable (el organismo se ha defendido) sin consecuencias adversas.

En el segundo caso también puede obtenerse una inmunidad activa importante y duradera, pero con los riesgos consecuentes de toda enfermedad, incluida la muerte.

En ambos casos se ha dejado al azar la posibilidad de adquirir la inmunidad con todos los riesgos que ello implica, puesto que al que contrae una infección, le puede ir bien o le puede ir mal. Así sucedía en el pasado, aun durante las más graves epidemias. Los que enfermaban y no morían quedaban "inmunes", es decir, no enfermaban otra vez. Es indudable que el precio que se pagaba era muy alto. Frente a una invasión de gérmenes patógenos, no se sabe cómo va a responder el organismo. Se desconoce el grado de susceptibilidad que posee, qué capacidad de defensa tiene, se ignora cuántos son los gérmenes invasores, qué virulencia tienen, etc.

Por el contrario, por medio de las Vacunas, se puede adquirir una Inmunidad Activa, en forma "controlada". Esto significa que es posible regular los factores que intervienen en la producción de la inmunidad, por cuanto las vacunas son productos preparados a tal efecto.

PREPARACION DE LAS VACUNAS

Las vacunas se preparan con toxinas modificadas o con gérmenes (microbios o virus) muertos o atenuados, modificados definitivamente en su virulencia o sea en su capacidad de enfermar. Las toxinas, o los agentes infecciosos modificados cultivos en los laboratorios, son transformados por distintos procedimientos; lo importante es que se logra inhibir su capacidad de enfermar. Se consigue en cambio mantener esas partículas (antígenos) que tienen la cualidad de estimular al organismo agredido de manera que este mismo organismo elabora paulatinamente sus propias barreras frente a la enfermedad.

Desventajas: No puede indicarse para protección comunitaria en gran escala.
Alto costo.

LAS VACUNAS ACTUALMENTE EXISTENTES SON:

- 1.— Antivaricélica: previene la viruela.
- 2.— Antipoliomielítica: vacuna oral Sabin. Previene la poliomielitis, parálisis infantil.
- 3.— Triple D.P.T.: antidiférica, antipertusis, antitetánica (antipertusis = anticoqueluche = anti tos convulsa).
- 4.— Doble D.T. (niños) antidiférica, antitetánica. Para niños en edad escolar.
- 5.— Doble D.T. (adultos) antidiférica, antitetánica. Para adultos y niños mayores de 10 años.
- 6.— Antitetánica: previene el Tétanos.
- 7.— B.C.G.: crea defensas contra la Tuberculosis.
- 8.— Antisarampionosa: previene el sarampión.
- 9.— Antitifoídica: previene la Fiebre Tifoidea.
- 10.— Antiamarilica: previene la Fiebre Amarilla.
- 11.— Antinfluenza: para prevenir la Gripe.
- 12.— Antirrábica: contra la Rabia.
- 13.— Anticolérica: previene el Cólera.
- 14.— Antipestosa: para prevenir la Peste Bubónica.
- 15.— Antirrubéolica: previene la Rubéola.
- 16.— Antiparotiditis: previene la Parotiditis Epidémica o Paperas.
- 17.— Antimeningocócica: previene la Meningitis Epidémica o meningococos.
- 18.— Existen otras vacunas de uso limitado o en estudio, p. ej. como la vacuna contra la Fiebre Hemorrágica argentina.

NORMAS: TECNICAS DE VACUNACION

Las normas técnicas de vacunación son el conjunto de reglas a las cuales conviene ajustar la preparación, conservación y aplicación de cada una de las vacunas.

Existe un texto oficial de la Autoridad Sanitaria Nacional (Normas de Vacunación 1978 - Secretaría de Estado de Salud Pública; Sector Vigilancia epidemiológica) que se refieren en especial a las vacunaciones que sirven para prevenir las enfermedades de mayor prevalencia en el país.

Es importante ajustarse a dichas normas en los programas de nivel local. Entre otras cosas, sirven para establecer criterios uniformes de preparación y aplicación de las vacunas a fin de evaluar los resultados a lo largo del tiempo.

Dichas normas han sido preparadas por muchos especialistas y técnicos en la materia y son revisadas periódicamente para ajustarlas y perfeccionarlas a medida que los adelantos que se realizan en la obtención de antígenos y los estudios que se llevan a cabo en la población acerca de la inmunidad que se obtiene con las mismas así lo aconsejen.

Esquema Cronológico de Vacunaciones o Calendario de Vacunaciones

Es el que indica la secuencia de aplicación de las distintas vacunas y las dosis sucesivas para alcanzar la inmunización completa con cada una de ellas. El que rige actualmente (1980) es el siguiente:

EDAD	BCG (1)	TRIPLE (2)	DOBLE (3)	SABIN	SARAM-PION	PAPE-RAS	RUBEO-LA
1 MES	1ª DOSIS						
2 MESES		1ª DOSIS		1ª DOSIS			
3 MESES		2ª DOSIS					
4 MESES		3ª DOSIS		2ª DOSIS			
6 MESES				3ª DOSIS			
9 MESES					1ª DOSIS		
15 MESES					2ª DOSIS	DOSIS UNICA	DOSIS UNICA
18 MESES		RE-FUERZO		RE-FUERZO			
INGRESO ESCOLAR	RE-FUERZO		RE-FUERZO	RE-FUERZO			
16 AÑOS	RE-FUERZO		RE-FUERZO	RE-FUERZO			
CADA 10 AÑOS			RE-FUERZO				

(1) TUBERCULOSIS. (2) DIFTERIA, TETANOS Y COQUELUCHE.
(3) DIFTERIA Y TETANOS

EMBARAZADAS

Vacuna Antipoliomielítica al 5° y 7° mes de embarazo, las no vacunadas.

AL 7° mes las anteriormente vacunadas.

Vacuna Antitetánica al 5° mes de embarazo.

ADULTOS

Vacuna Antitetánica cada 10 años.

VACUNAS NO COMPRENDIDAS EN EL CALENDARIO DE VACUNACIONES

Las vacunas que no están comprendidas en el Calendario de Vacunaciones no se aplican sistemáticamente a toda la población sino a aquella expuesta al riesgo.

Vacuna Antitifoídica:

- a) En ocasión de catástrofes tales como inundaciones, terremotos, u otras emergencias que crean un serio peligro de contaminación de las aguas de consumo.
- b) En áreas donde la fiebre tifoidea es endémica y donde las condiciones de saneamiento del medio son deficientes.
- c) En campamentos, fuerzas armadas y otras comunidades cerradas.

Vacuna Antiamarilica. Se aplica:

- a) En áreas donde la fiebre amarilla es endémica.
- b) En casos de brotes epidémicos.
- c) Para viajar fuera del país, sobre todo a regiones donde la fiebre amarilla es endémica o donde las disposiciones legales lo establezcan.

Vacuna Antinfluenza (antigripal) Se recomienda a:

- a) Personas con enfermedades crónicas debilitantes.
- b) Mayores de 60 años.
- c) Personas que trabajan en servicios públicos, hospitales, etc.

Vacuna Anticolérica:

En nuestro país se aplica a las personas que viajan al Asia y a los países que la exigen.

Vacuna Antirrábica. Se aplica:

A las personas: se utiliza solamente en casos de haber sido mordidas por animales enfermos o sospechosos de rabia.

A los perros: se debe usar sistemáticamente la vacuna antirrábica y hacer las vacunaciones correspondientes en todos los perros.

Vacuna antipestosa.

En nuestro país no se usa. Es de corta duración (4 a 6 meses).

Vacuna Antimeningococcica. Se aplica:

- En población de comunidades cerradas: cuarteles, colegios militares, etc.
- En presencia de brote epidémico: en internados juveniles (colegios de internos, institutos carcelarios o correccionales, institutos de minoridad).
- Grupos de la comunidad o población general cuando hay existencia de brote epidémico.
- Frente a un caso, a los contactos cercanos (familiares, compañeros).
- Viajeros a zonas endemo-epidémicas.
- Grupos especiales: aconsejable para el personal hospitalario donde se atienden pacientes con meningitis epidémica a meningococos.

VACUNA B.C.G. Y REACCION A LA TUBERCULINA

La vacuna B.C.G. (que significa Bacilo Calmette Guerin) que protege contra la tuberculosis y las pruebas de la reacción a la tuberculina suelen confundirse algunas veces. Son dos cosas diferentes.

VACUNA B.C.G. (Bacilo Calmette-Guerin)

Está compuesta por bacilos de Koch bovinos atenuados, modificados en el laboratorio. No se trata de los mismos bacilos que se encuentran en la tuberculosis-enfermedad si no que proceden de ellos, pero cultivados artificialmente y cambiados en sus propiedades originales a través de un proceso muy largo, que realizaron dos investigadores franceses (Calmette y Guerin) y obtuvieron un nuevo bacilo que lleva sus nombres.

La vacuna conteniendo el bacilo de Calmette y Guerin, tiene la propiedad de inducir la formación de defensas activas en el organismo al cual se aplica. Estas defensas activas son un poco diferentes de las que se producen con otras vacunas porque no se las encuentra en la sangre como "anticuerpos circulantes".

Las defensas que producen se encuentran mas bien en los tejidos o en los humores, no son demostrables como otros anticuerpos inducidos por otras vacunas.

TUBERCULINA

También la tuberculina se produce en el laboratorio a partir de bacilos de Koch; pero éstos están muertos, filtrados y diluidos. Con la misma no se preparan vacunas.

Con la tuberculina se prepara el material para realizar la intradérmico reacción de Mantoux o simplemente "La Mantoux". También se usa el P.P.D. (Derivado Proteico Purificado) y otros preparados de la misma. Todos se obtienen por procesos especiales de laboratorio. "La reacción de Mantoux" y el P.P.D. no son vacunas, son pruebas que indican que la persona ha estado o no en contacto con el bacilo de la tuberculosis. Si la reacción es "positiva", no significa que esté enferma, sino que está sensibilizada al bacilo. Si es "negativo", indica simplemente que el organismo no ha entrado en contacto con el bacilo de Koch. En estos casos el individuo está expuesto a la enfermedad y tanto a los niños como a los adultos se los debe vacunar con B.C.G.

Anteriormente, excepto los recién nacidos, se acostumbraba practicar la reacción de Mantoux (o el P.P.D.) antes de vacunar con B.C.G. Actualmente se ha demostrado que dichas pruebas no es necesario aplicarlas sistemáticamente antes de vacunar con B.C.G., por lo cual actualmente sólo se realizan en casos muy determinados.

Es decir, que se vacuna a los niños sin necesidad de la prueba con la tuberculina sin que esto ofrezca mayores inconvenientes.

La Vacuna B.C.G. es tan efectiva como otras vacunas y es sumamente importante porque otorga la suficiente protección para evitar las tuberculosis graves y las meningitis tuberculosas que fueron un flagelo grave, sobre todo en los niños pequeños, antes del descubrimiento de la misma.

Este trabajo se ha de concluir en el próximo número.

Volumen XX — N° 4 Abril-Julio 1985

Sergio Trajtenberg

ARTICULOS DENTALES

Materiales - Equipos - RX - Turbinas

3 Cuotas S/Interés

Equipo Odontológico
con Compresor 3/4
Torno Colgante 1/4
Turbina
Micromotor
Cavitador
Módulo Completo c/2 Sa-
lidas para Turbina y
Micromotor

*Y como siempre, la comodidad
de una cuenta corriente muy flexible.
Estamos todos los días de 8.30 a 12.30
en el Ateneo, Anchorena 1176
ENtel: 821-7349 y 0394*

UNA PROPUESTA SENSIBLEMENTE DIFERENTE



Desensyl[®]

Con Pluronic F-127 - citrato disódico - Bifluorado.*

Crema dental desensibilizante
Anticaries. Antiplaca.



PRESENTACION:
Pomo con 100 gramos

**PROFILAXIS Y TRATAMIENTO DE
LA HIPERSENSIBILIDAD DENTAL
BARRERA CONTRA LA CARIES
Y LA PLACA BACTERIANA
HIGIENE DENTAL PROFUNDA,
EFECTIVA Y PLACENTERA**



Gador

DIVISION PRODUCTOS ODONTOLÓGICOS