

ISSN 0325-7479 / Vol. LXXXVIII / N° 232 / Agosto 2023

Revista
del
Círculo
Argentino de
Odontología

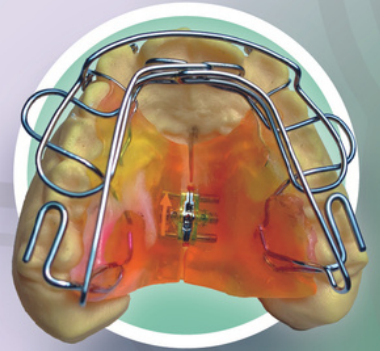
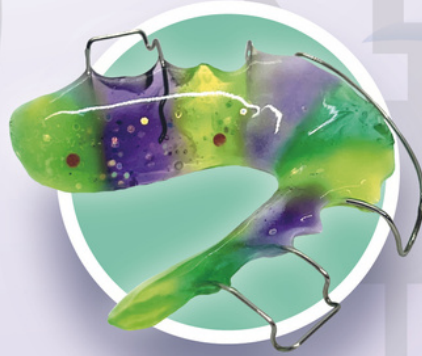


www.cao.org.ar



Laboratorio Rossi

Rossialigners

Ortodoncia, Ortopedia Funcional de los Maxilares, ATM y Odontopediatria

CONTÁCTENOS

Lunes a Jueves de 9 a 18 hs


 @laboratoriorossi_

 LaboratorioRossi

 www.laboratoriorossi.com.ar

 laboratoriorossisrl@gmail.com

 (011) 4921-3140

 11-2692-0519



LABORATORIO ROSSI
Zañartu 926 - Argentina, CABA (1424)



CÍRCULO ARGENTINO DE ODONTOLOGÍA

Eduardo Acevedo 54
(C1405BUB) - Buenos Aires
Tel.: 4901-5488/9311 / 4903-4343
Fax: int. 112
E-mail: cursos@cao.org.ar
www.cao.org.ar

CONSEJO ASESOR

Dr. Alberto Poladian
(Director del Consejo)
Dra. Stella M. M. de Tomaszeuski
Dr. Carlos Peña
Secretaría de redacción:
Laura Di Pardo

DISEÑO GRÁFICO

Lic. Mariano Stenta
Espacio Creativo
Jorge A Calle 738
Ciudad de Mendoza - Argentina
Tel: +5492616611014
marianostentac@gmail.com

EDITORIAL

Estimados lectores y lectoras.

Es un gran placer en mi gestión como Presidente de la Institución tan querida para mí, presentarles esta primera edición de nuestra revista institucional de éste año dedicada a la destacada labor del Círculo Argentino de Odontología.

En este espacio, honramos la pasión, el conocimiento y el compromiso de nuestros talentosos odontólogos, quienes han dejado una huella imborrable en el campo de la salud oral.

La odontología es un arte y una ciencia que combina habilidades técnicas, conocimientos científicos y empatía humana. Nuestros odontólogos han dominado estas áreas con maestría, brindando cuidado dental de calidad a nuestros pacientes y mejorando su calidad de vida. Su dedicación incansable y su búsqueda constante de la excelencia han dejado una marca perdurable en la profesión y en la comunidad a la que sirven.

En esta edición, exploraremos los avances más recientes en el campo de la odontología, desde técnicas innovadoras hasta investigaciones de vanguardia.

El Círculo Argentino de Odontología también es un espacio de aprendizaje y colaboración, donde nuestros odontólogos se actualizan constantemente en los avances más recientes de la profesión. Destacamos las actividades académicas y de formación continua que se llevan a cabo, incluyendo conferencias, y programas de capacitación. Reconocemos la importancia de estar al día con las últimas tendencias y tecnologías, y nuestro Círculo se esfuerza por estar a la vanguardia en todos los aspectos de la odontología moderna; adquiriendo herramientas para utilizar en la práctica de las distintas áreas.

Contando con Carreras de Especialización, diplomaturas, cursos de larga duración y Jornadas que hacen al crecimiento día a día de cada uno de los profesionales que llegan a nuestra casa, haciendo honor a nuestro lema "Ciencia y Amistad"

En nombre del Círculo Argentino de Odontología, extendemos nuestro reconocimiento y gratitud a todos los profesionales de la odontología que han contribuido a nuestro éxito y crecimiento como institución.

Esperamos que esta edición de nuestra revista sea una fuente de inspiración y conocimiento para todos nuestros lectores

Atentamente,

Dra. Gladis Mele
Presidente del Círculo
Argentino de Odontología

SUMARIO

Staff - Editorial	1
Honorable Comisión Directiva 2021/2023	3
Artículos	6
Institucionales	45
Obituario	47
Reglamento para Autores 2023/2024	49

Artículos

¿Es posible la regeneración ósea alveolar a través de ortodoncia con brackets de autoligado?

Dra. Julieta Dessy
Dra. Nidia Lucia Babolin

6

La sonrisa como signo de la salud de la mujer víctima en contexto de violencia

Dra. Marta Beatriz Maldonado

17

“Estudio comparativo de los parámetros de estética bucal de la literatura y la clínica de pacientes”

Autor: Chicata López Fiorella

21



CÍRCULO ARGENTINO DE
ODONTOLOGÍA

Honorable Comisión Directiva Año 2022/2024

Presidente
Dra. Gladis Mele

Vicepresidente
Dr. Alberto J. Poladian

Secretario
Dr. Carlos Peña

Prosecretario
Dra. Carina Olmedo

Sec. Relaciones Públicas
Dr. Guillermo Sánchez
Josseaume

Secretario de Actas
Dra. Nora Dos Reis

Tesorero
Dra. Rosa Iza

Protesorero
Dr. Jerónimo Pereira

Vocales Titulares
Dra. Ana María R. De Blanco
Dr. Alfredo Bruno
Dra. Nancy Mendel
Dr. Sergio Verdú
Dr. Alexis Voboril
Dra. Marta Maldonado

Vocales Suplentes
Dra. Nilda Belardi
Dr. Gustavo Jimenez
Dr. Walter Voboril

Revisores de Cuentas Titulares
Dr. Rubén Pérez Goëtt
Dr. Gualberto Escalera
y Zuviría
Dra. Marisa Schejvitz

Revisores de Cuentas Suplentes
Dr. Osvaldo Voboril
Dr. Adrián Allevato

Tribunal de Honor
Dr. Aníbal Alonso
Dr. Genaro Cacace
Dra. Rita Capalbo
Dr. Héctor Alvarez Cantoni
Dr. Manuel Hermida
Dr. Carlos L. Blanco
Dra. Isabel Porcel
Dr. Ricardo Parissi
Dr. Horacio Zavala
Dra. Stella M.
M de Tomaszeuski

Departamento Científico

Directora:

Dra. Ana M. Ramón de Blanco

Escuelas de Perfeccionamiento y Especialización Odontológica

- Cirugía y Traumatología Buco-Máxilo-Facial

Director: Dr. Carlos Peña

- Disfunción Craneomandibular y Dolor

Orofacial Director: Dr. Luis De Zavaleta

- Endodoncia

Director: Dr. Alberto Joaquín Poladian

- Diagnóstico por Imágenes

Director: Dr. Carlos Ausbruch

- Estomatología

Director: Dr. Sergio Darío Verdú

- Gerodontología

Directora: Dra. Carina Olmedo

Odontología en el Deporte

Director: Dr. Manuel Hermida

- Odontología Legal y Auditoría

Director: Dr. Osvaldo Voboril

Departamentos

- Científico de Especialidades: Dra.

Stella M. M. de Tomaszeuski

- Odontología Social y

Comunitaria: Dr. Guillermo

Sánchez Josseaume

- Prensa y Difusión:

Dr. Rubén Pérez Goëtt Profesores

Consultos

Dr. Aníbal Alonso

Dr. Héctor Alvarez Cantoni

- Odontopediatría y Adolescencia

Directora: Dra. Nancy Mendel

- Operatoria y Materiales Dentales

Director: Dr. Gustavo Jiménez

- Ortodoncia

Directora: Dra. Stella M. M. de Tomaszeuski

- Ortopedia

Directora: Dra. Ana M. Ramón de Blanco

- Patología y Clínica Bucomaxilofacial

Director: Dr. Daniel Aníbal Rodríguez

- Prostodoncia

Director: Dr. Alejandro Rodríguez

- Área de Asist. Dentales

Dr. Osvaldo Voboril

- Área de Bioética

Dra. Cristina Deangelillo

Área Unidad Láser

Dr. Leonardo Stiberman

- Área 3D

Dr. César Pablo Fraire

Direcciones

- Actividades Artísticas y

Culturales: Dr. Manuel Hermida

- Turismo y Deportes:

Dr. Osvaldo A. Voboril

- Biblioteca y Museo:

Dra. Rosa María Iza

- Área Prevención y Bioseguridad:

Dra. María Isabel Porcel

- Servicio de Radiodiagnóstico:

- Dr. Carlos Daniel Ausbruch



CÍRCULO ARGENTINO DE
ODONTOLOGÍA

¿Es posible la regeneración ósea alveolar a través de ortodoncia con brackets de autoligado?

Autoras

Julieta Dessy

Odontóloga

Especialista en Ortodoncia y Ortopedia funcional de los maxilares

Especialista en Docencia Universitaria

Docente de la Carrera de Especialización en Ortodoncia y Ortopedia CAO-UM

Nidia Lucia Babolin

Odontóloga

Especialista en Odontopediatría

Especialista en Ortodoncia y Ortopedia funcional de los maxilares

Especialista en Docencia Universitaria

Docente de la Carrera de Especialización en Ortodoncia y Ortopedia CAO-UM

Resumen

El periodonto y el hueso alveolar son las estructuras a través de las cuales el ortodoncista mueve las piezas dentarias, por lo tanto el éxito de un tratamiento ortodóncico y su consecuente estabilidad a largo plazo, depende en gran parte de la integridad de la salud de los tejidos periodontales y óseos.

El desafío se presenta cuando el paciente, por diferentes motivos, carece de un adecuado espesor de tejido óseo alveolar. Ello genera numerosos interrogantes al planificar el tratamiento tales como :¿Será viable mover las piezas dentarias que se encuentran en contacto con la cortical? ¿Se logrará generar neoformación de tejido óseo? ¿Cuáles de las técnicas y aparatologías disponibles serían de elección para evitar causar efectos indeseados sobre las estructuras dentales y periodontales?

El reporte clínico que se presenta a continuación aborda un caso de piezas dentarias que, encontrándose en una malposición más allá del límite biológico del reborde alveolar, a consecuencia de piezas supernumerarias mesiodens, fueron reposicionadas a través del tratamiento de ortodoncia con la utilización de aparatología de baja fricción que brinda el Sistema Damon.

La observación de las imágenes de las tomografías de haz cónico pre y postratamiento advierten la presencia de nuevo tejido óseo, lo que podría dar indicio de haber logrado recuperación ósea de la zona alveolar vestibular, lo que favorecerá el pronóstico de las piezas y su estabilidad a largo plazo.

Abstract

The periodontium and alveolar bone are the structures through which the orthodontist moves the teeth, therefore the success of an orthodontic treatment and its consequent long-term stability depends largely on the integrity of the health of the teeth, periodontal ligament and bone tissues.

The challenge arises when the patient, for different reasons, lacks an adequate thickness of alveolar bone tissue. This generates numerous questions when planning treatment such as: Is it possible to move the teeth that are in contact with the cortex? Will we be able to generate new formation of bone tissue? Which of the available techniques and appliances would be of choice to avoid generating unwanted effects on dental and periodontal structures?



CÍRCULO ARGENTINO DE
ODONTOLOGÍA

The clinical report presented below deals with a case of teeth that, found in malposition beyond the biological limit of the alveolar ridge, as a result of mesiodens supernumerary teeth, were repositioned through orthodontic treatment using the low-friction technique.

The observation of the pre- and post-treatment cone beam tomography images warn of the presence of new bone tissue, which could give an indication of having achieved bone recovery in the alveolar area, which favors the prognosis of the teeth and their long-term stability.

Palabras clave: tabla alveolar, ortodoncia de baja fricción, brackets de autoligado, tomografía de haz cónico

Keywords: alveolar table, low friction orthodontics, self-ligating brackets, cone beam tomography

Introducción

Los dientes supernumerarios son unidades dentales que numéricamente exceden la cantidad normal de dientes, un fenómeno también conocido como hiperdoncia, que ocurre en solitario o múltiples formas, afectando unilateral o bilateralmente ambos maxilares (1). La prevalencia de dientes supernumerarios oscila entre 0,1% y 0,8% en dentición temporal y entre 0,1% y 3,8% en dientes permanentes (2). Los dientes supernumerarios más comunes son mesiodens, que ocurren entre los incisivos centrales superiores (3). Cuando guardan la morfología y tamaño de las piezas dentarias homólogas son denominadas suplementarias.

La presencia de esta alteración en el número de las piezas dentarias trae aparejado una serie de trastornos en el desarrollo de la oclusión normal, participando en la instalación de una maloclusión. Cabe destacar la importancia de un diagnóstico precoz y un tratamiento oportuno para minimizar las complicaciones devenientes. (4)

El presente trabajo clínico describe el caso de un paciente de 10 años y tres meses de edad que concurre a la consulta derivado por su odontólogo general para realizarse un tratamiento de ortodoncia.

La inspección clínica muestra un gran diastema o ausencia de piezas dentarias en la zona que deberían ocupar los incisivos centrales superiores. Tanto en el interrogatorio como en el examen de radiografías periapical y panorámica que portaba el paciente, se observa que ese espacio en el centro de la arcada del maxilar superior, había sido causado por la presencia de dos dientes supernumerarios, de tipo suplementario, localizados en la línea media palatina (mesiodens), los cuales habían sido extraídos quirúrgicamente. (Figura 1)

El desafío del tratamiento ortodóncico se presenta al detectar que los incisivos centrales se encontraban erupcionados por vestibular de los incisivos laterales, ocupando ambos el mismo espacio en sentido vestibulopalatino en el proceso alveolar. (Figura 2)

Es factible pensar que, luego de haber sido realizado el tratamiento ortodóncico, la falta de soporte óseo vestibular de las raíces pueda traer aparejada una significativa retracción gingival, lo que dejaría los dientes con una corona clínica alargada como así también un precario pronóstico de estabilidad periodontal. Sin embargo, algunas teorías justifican que la reubicación ortodóncica de las piezas dentarias aporta la posibilidad de reparación de la cortical ósea y de los tejidos blandos (G. Steiner & J. Pearson 1981; Thilander et al 1983) (5)

Autores como Goldberg y Turley (1989) y Thilanders (1996), basados en estudios clínicos e histológicos, demostraron que la reducción de la altura vertical del hueso alveolar no es una contraindicación del movimiento ortodóncico del diente en áreas reducidas y que incluso al utilizar fuerzas leves se forma una lámina ósea delgada por delante del diente movido



Dwight Damon fundamenta que con la aparatología de baja fricción de autoligado pasivo, se logra trabajar con fuerzas tan suaves que permiten una adecuada fisiología celular, favoreciendo el aporte del flujo sanguíneo e interacción biológica, lo que devendría en neoformación del tejido óseo y periodontal. Con el Sistema Damon, el arco debe ejercer únicamente la fuerza necesaria para estimular la actividad celular sin recortar el aporte sanguíneo del periodonto. En otras palabras, la fuerza debe permanecer en la "Zona de Fuerza Óptima" o Biozona (D. Damon 2004) (6)

Basándose en las filosofías de los autores previamente citados, se planifica el tratamiento con protocolos que minimicen efectos indeseados utilizando biomecánicas de fuerzas leves que favorezcan el modelado del hueso alveolar evitando colapsar el periodonto.

Presentación del caso

Paciente masculino de 10 años y 3 meses de edad que concurre a la consulta acompañado de sus padres, quienes indican haber sido derivados para la realización del tratamiento de ortodoncia y traen consigo estudios que fueron otorgados por el odontólogo generalista que lo trata. Los mismos refieren su inquietud por el "espacio que tiene el nene en la dentadura a causa de que le sacaron unos dientes que le salieron de más".

Se procede a la revisión clínica y se corrobora en la radiografía panorámica que portaba el paciente, la presencia de piezas dentarias supernumerarias del tipo suplementarias en la línea media (mesiodens), que provocan un gran apiñamiento dentario en la zona anterosuperior. (Figura 1). Las mismas ya habían sido extraídas quirúrgicamente hacía varios meses.

En la vista radiográfica de la pantomografía post quirúrgica (figura 4) se visualiza la superposición de imágenes de incisivos centrales y laterales y se constata clínicamente la presencia de los incisivos centrales en una ubicación hacia vestibular de los laterales haciendo prominencia en la encía adherida (figura 2), primer signo de alerta que se destaca en la Historia Clínica indicando un factor de riesgo periodontal. El paciente no presentaba movilidad dentaria ni sintomatología dolorosa.



Figura 2. Imágen clínica luego de la exodoncia de supernumerarios





Figura 2. Imágen clínica luego de la exodoncia de supernumerarios

Se solicitan estudios rutinarios de inicio de tratamiento ortodóncico (fotografías, radiografías panorámicas y telerradiografía de perfil con estudios cefalométricos) y tomografía de haz cónico de maxilar superior con el fin de evaluar la densidad y espesor del tejido óseo. (Figuras 3 a 10)

Figura 3. Fotografías extraorales pretratamiento



Figura 4. Radiografía panorámica pretratamiento



Figuras 5 y 6. Teleradiografía de perfil y calco realizado sobre el mismo

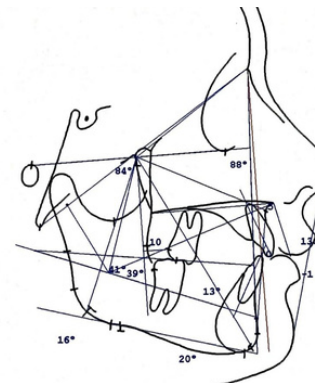


Figura 7. Cefalometría de Ricketts

Análisis de la Línea de Mc Namara						
Distancia	Dentición mixta		Dentición permanente		Valores Paciente	
	Norma	Crec.x año	Norma	D.S.		
al Punto A	0 mm	0.1 mm	1 mm	±2.3	3.33 mm	
al Punto Pg	-8 a -6 mm	0.5 mm	-2 a 4 mm	±4.5	-4.53 mm	
DETERMINACION DEL TIPO FACIAL						
						Diferencia de años: 1.5
Factor	Norma 8.75a	Desv. Std.	Ajuste c. la edad	Norma Indiv.	Valor Pac.	Cantidad Desvios
34 EJE FACIAL	90°00'	3°5'	No varía	90°00'	84°2'	-1.66
32 PROFUNDIDAD FACIAL	87°00'	3°00'	+0.3°/año	87°29'	88°41'	0.37
39 PLANO MANDIBULAR	26°00'	4°5'	-0.3°/año	26°3'	15°02'	2.28
15 ALTURA FACIAL INFERIOR	47°00'	4°00'	No varía	47°00'	39°2'	1.95
50 ARCO MANDIBULAR	26°00'	4°00'	+0.5°/año	27°44'	41°16'	3.43
VERT : 1.28 = Braqui Severo						



CÍRCULO ARGENTINO DE ODONTOLOGÍA

Medidas	Norma pac	D.S.	Val.pac.	Cant.D.S.
CAMPO I: Problema Dentario				
1 RELACION MOLAR.....	-3.00 mm	3.00	+5.80	+2.93**
3 RELACION CANINA.....	NO RESULTO POR AUSENCIA DE ESTRUCTURA.			
5 RESALTE INCISIVO.....	+2.50 mm	2.50	44.71	+0.88
7 SOBREMORDIDA INCISIVA.....	+2.50 mm	2.00	-0.69	-1.59*
9 EXTENSION INCISIVO INFERIOR.....	+1.25 mm	2.00	+3.65	+1.20*
11 ANGULO INTERINCISIVO.....	130°00'	6.00	130°03'	+0.00
CAMPO II: Problema Esquelético				
13 CONVEXIDAD FACIAL.....	+1.70 mm	2.00	+5.78	+2.04**
15 ALTURA FACIAL INFERIOR.....	47°00'	4.00	39°20'	+1.95
CAMPO III: Problema Oseo-dentario				
18 POSICION MOLAR SUPERIOR.....	+33.25 mm	3.00	+30.55	-0.90
20 POSICION INCISIVO INFERIOR.....	+1.00 mm	2.30	-0.80	-0.78
22 POSICION INCISIVO SUPERIOR.....	+3.50 mm	2.30	+3.90	+0.18
24 INCLINACION INCISIVO INFERIOR.....	22°00'	4.00	20°21'	-0.45
25 INCLINACION INCISIVO SUPERIOR.....	28°00'	4.00	30°35'	+0.59
27 ALTURA POSTERIOR DEL PLANO OCCLUSAL.....	+0.75 mm	3.00	47.30	+2.18**
28 INCLINACION PLANO OCCLUSAL.....	22°75'	4.00	13°33'	-2.36**
CAMPO IV: Problema Estético				
29 PROTUSION LABIAL.....	-2.30 mm	2.00	-1.90	+0.20
30 LONGITUD LABIO SUPERIOR.....	+24.45 mm	2.00	+23.80	-0.32
31 DISTANCIA COMISURA LABIAL PL.OCCLUSAL.....	-3.35 mm	2.00	-4.93	-0.79
CAMPO V: Problema Determinante				
*32 PROFUNDIDAD FACIAL.....	87°20'	3.00	88°41'	+0.37
34 EJE FACIAL.....	90°00'	3.50	84°20'	-1.66
35 CONO FACIAL.....	68°00'	3.50	76°15'	+2.33**
36 PROFUNDIDAD MAXILAR.....	90°00'	3.00	93°07'	+1.02*
37 ALTURA MAXILAR.....	53°75'	3.00	61°08'	+2.44**
38 INCLINACION PL. PALATINO.....	1°00'	3.50	0°13'	-0.25
*39 PLANO MANDIBULAR.....	26°30'	4.50	16°02'	+2.28**
CAMPO VI: Problema estructural Interno				
40 DEFLEXION CRANIAL.....	27°30'	3.00	33°52'	+2.07**
42 LONGITUD CRANIAL ANTERIOR.....	+56.20 mm	2.50	+60.53	+1.73*
44 ALTURA FACIAL POSTERIOR.....	+56.20 mm	3.30	+68.36	+3.68***
46 POSICION RAMA MANDIBULAR.....	76°00'	3.00	72°14'	-1.29*
48 LOCALIZACION DEL PORO.....	+39.60 mm	2.20	+45.30	+2.59**
*50 ARCO MANDIBULAR.....	27°44'	4.00	41°16'	+3.43***
51 LONGITUD CUERPO MANDIBULAR.....	+67.40 mm	2.70	+65.40	-0.74

Figura 8. Imagen tomográfica vista frontal

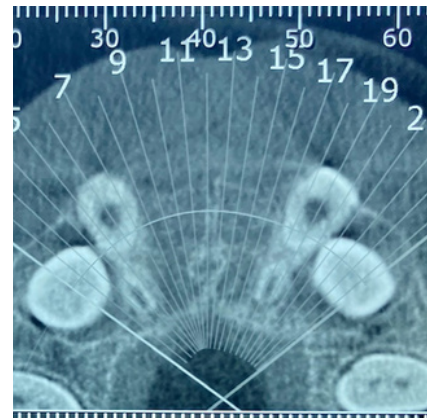
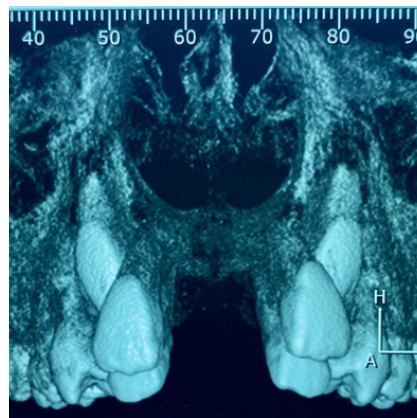


Figura 9. Imagen tomográfica vista oclusal

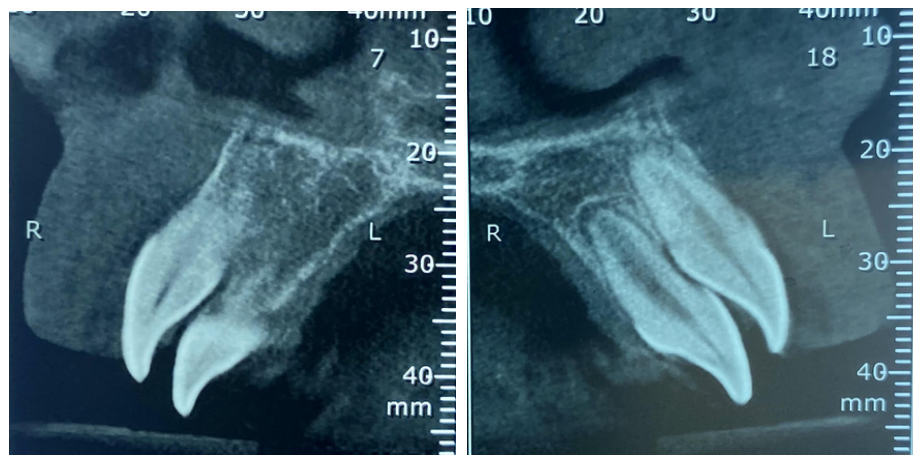


Figura 10. Imágenes tomográficas vista paraxial de incisivos

Resumen diagnóstico

Paciente braquifacial severo, clase II esquelética causada por protrusión del maxilar superior.

Al examen clínico intraoral se observa clase II molar, overjet aumentado, overbite disminuido, discrepancia dentaria negativa en ambos maxilares. Al sondaje se comprueba una biotipología periodontal gruesa.

La pantomografía muestra falta de espacio para la erupción de caninos superiores, segundos molares inferiores en formación con impactación mesioangular y presencia de gérmenes de tres terceros molares (presenta agenesia del tercer molar superior derecho).

En la tomografía se evalúa la cantidad y calidad del tejido óseo, grosor de la cortical y cantidad de hueso alveolar en relación con estructuras anatómicas y las piezas dentarias. Se observa que el mismo se encuentra disminuido tanto en alto como en espesor. Se constata que la porción radicular de los incisivos laterales no se encuentran en proceso de reabsorción, lo que podría haber sido causado por la proximidad de las piezas centrales.



CÍRCULO ARGENTINO DE
ODONTOLOGÍA

Desarrollo del caso clínico

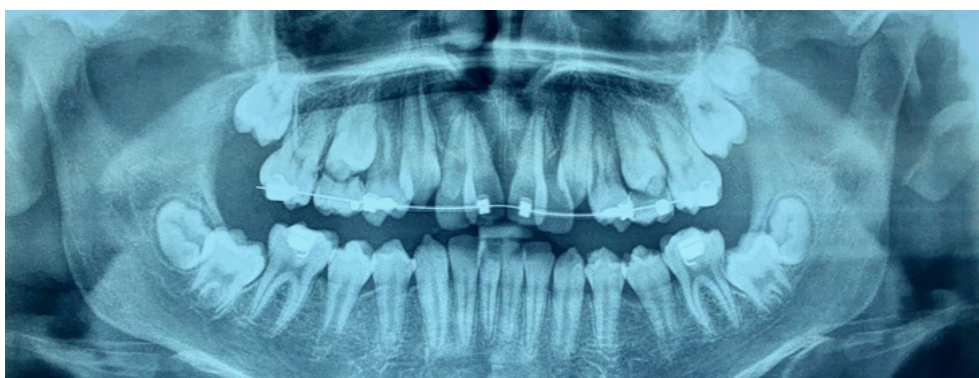
El protocolo de tratamiento establecido según el diagnóstico realizado, se basa en la utilización de fuerzas biológicas suaves para inducir el movimiento dental. Se opta por brackets de autoligado pasivo prescripción Sistema Damon Q slot 0.022 x 0.028 de la empresa Ormco. Esto con el fin de mantener, en cada una de las fases de tratamiento, las fuerzas aplicadas en la denominada "Zona de Fuerza Óptima" o Biozona (6) que brinda la aparatología diseñada por el Dr. Damon. Se selecciona para los cuatro incisivos superiores un torque estándar en principio, con el fin de evitar generar grandes desplazamientos radiculares en sentido vestíbulo palatino. Se considerará la posibilidad de modificar el torque de los mismos al promediar el tratamiento.

En cuanto a la planificación se evalúan dos posibilidades: la primera, llevar las piezas que se encuentran por palatino, es decir los incisivos laterales, hacia mesial con el fin de que su desplazamiento se realice por el núcleo del hueso esponjoso y dejar los incisivos centrales en lugar de los laterales. La segunda alternativa es llevar los incisivos centrales a su lugar natural considerando el riesgo que implica realizar el movimiento dentario a través de una base ósea vestibular escasa. Se planifica el caso con un criterio de estética dental y considerando la significativa diferencia de tamaño en el ancho mesiodistal de ambas piezas y contando con la opción de utilizar brackets de autoligado pasivo teniendo en cuenta la hipótesis que "el diente no se mueve por el hueso, sino que se mueve con el hueso que lo rodea", se opta por la segunda opción.

Se comienza el tratamiento actuando solamente en el maxilar superior con un arco redondo de NiTiCu 0.013, tomando las piezas incisivas superiores, molares y premolares presentes en la boca. Se ajustan los topes que proveen los arcos del Sistema Damon en distal de ambos brackets de los incisivos centrales con el objetivo de que con la simple acción de fuerza ligera del arco se logre una movilización hacia mesial de dichas piezas.

Se deja actuar el primer arco por 12 semanas y se solicita una pantomografía de control (Figura 11) donde se observa la integridad anatómica de incisivos y caninos y la buena respuesta de los centrales que se movilizaron hacia mesial. Se decide colocar resortes confeccionados en níquel titanio de espiras abiertas con suave efecto de empuje (la mitad del ancho de un bracket) y realizar la exodoncia de los segundos premolares superiores con el propósito de brindar espacio en la arcada dentaria para el adecuado posicionamiento de las piezas caninas superiores. Las extracciones de los premolares superiores no fueron realizadas desde el inicio del tratamiento ya que se esperó tener certeza de la ubicación que estaban tomando las piezas incisivas y su integridad radicular.

Figura 11. Radiografía panorámica intermedia.



Figuras 12, 13, 14 y 15 Fotografías clínicas del tratamiento

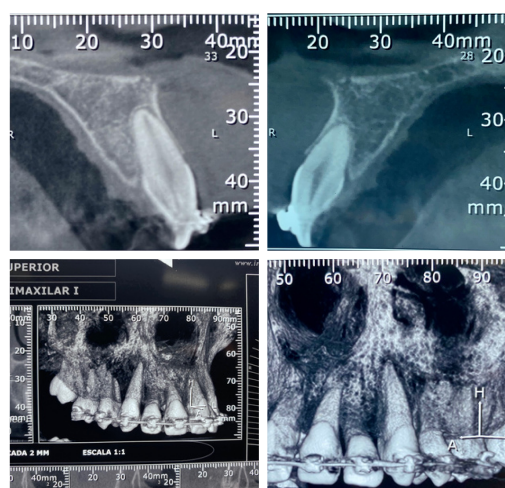


A las 18 semanas de tratamiento se cementa la aparatología en el maxilar inferior y se decide realizar la exodoncia de los segundos premolares en dicha arcada, con el fin de permitir la erupción de los segundos molares que se encontraban con una impactación mesioangular y, a su vez, lograr la clase I molar. Se solicitan panorámicas y tomografía de control (Figuras 16 a 20)

Figura 16. Radiografía panorámica intermedia



Figura 17, 18, 19 y 20. Imágenes tomográficas de control durante el tratamiento.



Se continua con la secuencia de tratamiento, arcos de NiTiCu de 0.014 x 0.025, luego de 0.018 x 0.025 a los que se le adiciona hooks crimpables para realizar el cierre de espacios con resortes de espiras cerradas de NiTi.

Para finalizar se colocan arcos de acero de 0.018 x 0.025 individualizados según el tamaño de las arcadas dentarias.

Como contención se utilizó una alambre trenzado para unir las piezas incisivas centrales y placas rígidas de acrílico termoformadas de 0,4 mm de espesor.

Tres meses después de finalizado el tratamiento se solicita otro registro de haz cónico de la zona, tomado por el mismo equipo que el escáner inicial e intermedio. La tomografía muestra que los ápices de las piezas incisivas centrales se encuentran dentro del hueso y que las superficies vestibulares de las mismas se hallan cubiertas por una capa de tejido óseo esponjoso y una lámina de mayor densidad que aparenta ser hueso cortical vestibular. (Figuras 21 y 22)



Figuras 21 y 22. Imagen para axial de incisivos centrales en la tomografía final



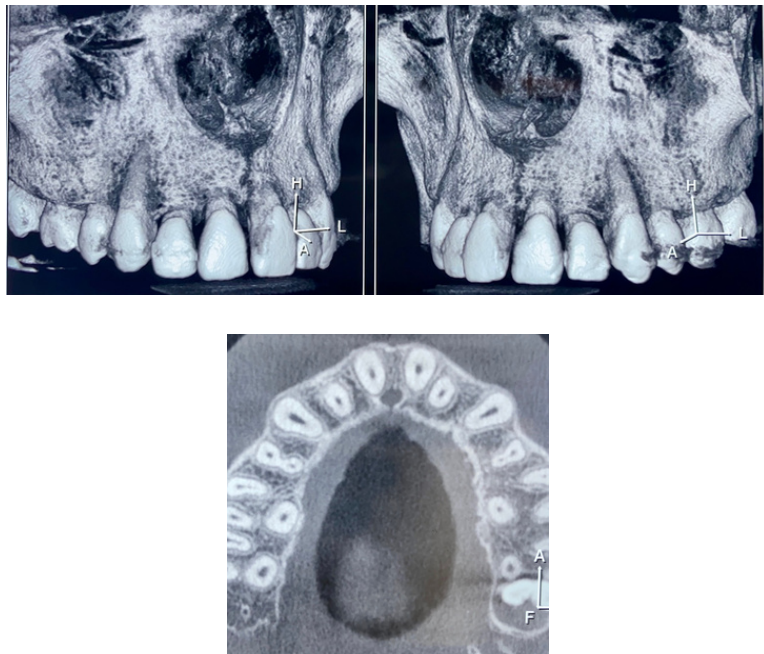
Figuras 23, 24, 25 y 26. Fotografías clínicas posttratamiento



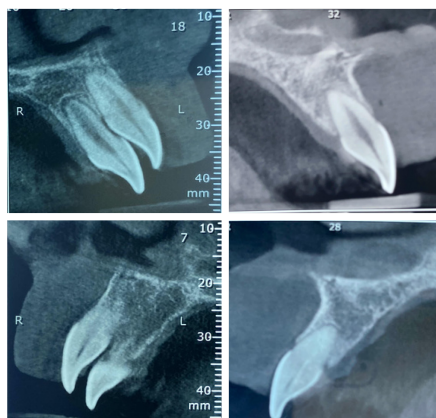
Figuras 27, 28, 29, 30 y 31. Fotografías intraorales postratamiento



Figuras 32, 33 y 34. Imágenes tomográficas postoperatorias



Figuras 35, 36, 37 y 38. Comparación de imágenes tomográficas de incisivos centrales pre y postratamiento



Al año se cita al paciente para control. No presenta sintomatología dolorosa ni retracción de tejido gingival y se confirma la no existencia de patología al examen con sonda periodontal. (Figura 37).



CÍRCULO ARGENTINO DE
ODONTOLOGÍA



Figura 39. Control a distancia donde se observa profundidad de sondaje normal



Figura 40. Control a distancia donde se observa un periodonto saludable

CONCLUSIÓN

Podemos evidenciar que la utilización de aparatología de baja fricción con brackets de autoligado pasivo, el uso de fuerzas suaves, la realización de exodoncias para dar libertad a los movimientos dentarios y la utilización de protocolos de seguimiento con imágenes tomográficas en la ejecución del caso, concluyó en un tratamiento exitoso.

La ortodoncia de baja fricción viene evolucionando año tras año debido a las grandes ventajas que ofrece la técnica, convirtiéndose en terapia de elección en casos con diagnósticos complicados como son los problemas periodontales, las grandes discrepancias dentarias y el compromiso anatómico de los tejidos periodontales y óseos.

A su vez, la posibilidad de obtener imágenes de alta resolución y detalle a través de las tomografías de haz cónico que nos permite la visualización tridimensional de las estructuras anatómicas y su relación entre sí, nos brinda la precisión y seguridad necesarias para la planificación de los movimientos dentarios en casos de alta complejidad como el aquí descrito.



En el caso clínico expuesto se pudo demostrar, mediante la comparación tomográfica, la formación de una capa de tejido óseo del tipo esponjoso seguido de una lámina de tejido de mayor densidad que sería la tabla cortical vestibular, ambas de mayor espesor que el observado previo al tratamiento en la piezas dentarias ubicadas ortodóncicamente ¿Podemos pensar en la recuperación de la tabla ósea vestibular? Será motivo para seguir investigando.

Las autoras declaran no tener conflictos de interés en relación con este estudio y afirman no haber recibido financiamiento externo para realizarlo.

BIBLIOGRAFÍA

1. Lu X, Yu F, Liu J, Cai W, Zhao Y, Zhao S, et al. The epidemiology of supernumerary teeth and the associated molecular mechanism. *Organogenesis*. 2017;13(3):71
2. Ata Ali F, Ata Ali J, Peñarrocha Oltra D, Peñarrocha Diago M. Prevalence, etiology, diagnosis, treatment and complications of supernumerary teeth. *J Clin Exp Dent*. 2014;6(4):e41
3. Oropeza Murillo MP. Dientes supernumerarios. Reporte de un caso clínico. *Rev Odontológica Mex*. 2013;17(2):91-6
4. Alfaro A, Pérez A, Coelho B. Dientes supernumerarios anteriores no erupcionados. Revisión de 125 casos Cahuana-Cárdenas. *RCOE*. 2003; 8(3):263-271
5. Thilander, B. et al 1983. Bone regeneration in alveolar bone dehiscence related to orthodontic tooth movements. *European Journal of Orthodontics*, 5(2), pp 105-114
6. Damon, Dwight. Damon System. Manual de trabajo. Ormco Corporation. 2004. Disponible en www.ormco.com
7. Proffit W, Fields H. Ortodoncia contemporánea: Teoría y Práctica. España: Editorial Harcourt; 2001
8. Gregoret J, Tuber E. Ortodoncia y cirugía ortognática: diagnóstico y planificación. Editorial Publicaciones Médicas Barcelona; 1997
9. Baumgaertel S, Palomo JM, Palomo L, Hans MG. Reliability and accuracy of cone-beam computed tomography dental measurements. *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*. 2009 Jun 30;136(1):19–25.
10. Damon DH. The Damon low-friction bracket: a biologically compatible straight-wire system. *Journal of clinical orthodontics: JCO*. *Journal of clinical orthodontics: JCO*; 1998 Nov;32(11):670–80.
11. Lund H, Gröndahl K, Gröndahl H-G. Cone beam computed tomography evaluations of marginal alveolar bone before and after orthodontic treatment combined with premolar extractions. *European journal of oral sciences (Búsqueda en Internet-PubMed)* 2012 Jun;120(3):201–11



CÍRCULO ARGENTINO DE
ODONTOLOGÍA

La sonrisa como signo de la salud de la mujer víctima en contexto de violencia

Autora: Dra. Marta Beatriz Maldonado

Resumen:

Este artículo trata de definir salud bucal en relación a violencia de género, cuál sería el rol del odontólogo clínico y el especialista forense en cuanto a lesiones dentarias y su relación con actos traumáticos producto de violencia, como detectar este tipo de lesiones y ayudar a la víctima.

Abstract:

This article tries to define oral health in relation to gender violence, what would be the role of the clinical dentist and the forensic specialist in terms of dental injuries and their relationship with traumatic acts resulting from violence, how to detect this type of injury and help the victim.

La odontología es una ciencia que basa su ejercicio profesional en La Ley 17.132, que en su Artículo 2º, b) A los efectos de la presente ley se considera ejercicio de la Odontología: anunciar, prescribir, indicar o aplicar cualquier procedimiento directo o indirecto destinado al diagnóstico, pronóstico y/o tratamiento de las enfermedades buco-dentomaxilares de las personas; y/o a la conservación, preservación o recuperación de la salud buco-dental; el asesoramiento público o privado y las pericias que practiquen los profesionales comprendidos en el Artículo 24º.

Buscando una buena definición de la salud, podemos encontrar:

«La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». La cita procede del Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, N° 2, p. 100), y entró en rigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.

Siempre ha sido más fácil caracterizar la situación de enfermedad que la de salud. Quizás porque las manifestaciones dolorosas y limitantes que produce la enfermedad fueron las que obligaron a los hombres de ciencia a buscar remedios para eliminarlas o mitigarlas y a los enfermos poder manifestarlas con palabras.

La salud bucodental es fundamental para gozar de una buena salud general y una buena calidad de vida, se puede definir como la ausencia de dolor orofacial, de cáncer de cavidad bucal o de garganta, de infecciones y llagas bucales, de enfermedades periodontales (de las encías), de caries, pérdida de dientes y otras enfermedades y trastornos que limitan en la persona afectada la capacidad de morder, masticar, sonreír y hablar, al tiempo que repercuten en su bienestar psicosocial.

La satisfacción del derecho a la salud es un tópico de la Bioética y es necesaria para alcanzar la vida humana basada en la dignidad (Potter y Potter, 1995); este parámetro axiológico ha sido reconocido como núcleo esencial compartido entre la Bioética y los Derechos Humanos; además, estos campos del conocimiento objetivan delimitar determinadas prácticas sociales y proteger los bienes éticos, entre los cuales se destaca la salud (Albuquerque, 2010).

El derecho a la salud desde la perspectiva de la Bioética reconoce que los conflictos definidos como aspectos concretos del bienestar de los seres humanos, vinculados a la vida y a las condiciones que la hacen digna, cuyo alcance está determinado por la cooperación entre las personas, se encuentran contenidos en los Derechos Humanos y poseen naturaleza colectiva y carácter inviolable (Albuquerque, 2010).



CÍRCULO ARGENTINO DE
ODONTOLOGÍA

Estos bienes éticos derivados de las prácticas clínicas no se originan únicamente de la relación profesional-paciente, sino que son consecuencia de otros hechos sociales relacionados con los determinantes sociales de la salud, a las políticas públicas, a la gestión institucional y a la distribución de los recursos sanitarios por parte del Estado. En este sentido, el reconocimiento de este derecho como tema de la bioética se fundamenta en la visión del paciente como un ser holístico, sujeto de derechos, incorporado en diversidad de contextos.

La evidencia científica apoya la relación entre la salud bucal y la general, justificada en los factores de riesgo compartidos entre las patologías como periodontitis, con la diabetes, las condiciones cardíacas y las enfermedades pulmonares obstructivas (Persson, 2008; Chappel y Genco, 2013).

Uno de estos factores de riesgo es la malnutrición, que influye, en el desarrollo, por ejemplo: del tejido periodontal, los defectos del esmalte y en la producción de la caries.

Otro factor es la Enfermedad inflamatoria de los tejidos de soporte de los dientes, causada por microorganismos específicos y que resulta en la destrucción progresiva del ligamento periodontal y del hueso alveolar, con formación de bolsa, retracción gingival, o ambas (Lindhe y Niklaus, 2015), hasta llegar a la movilidad dentaria y la pérdida de esta.

Existen dos tipos de mal nutrición: el primero está asociado a las deficiencias nutricionales y el segundo, a los excesos dietarios, que llevan a enfermedades como la obesidad, diabetes, enfermedades cardiovasculares y enfermedades bucodentales, (Petersen, World Health Organization, 2003).

Tal vez la enfermedad dental más conocida odontológicamente es la caries, iniciada en el Tejido inerte, duro y acelular que cubre la corona anatómica de los dientes, el esmalte (Infante, 2009), es una enfermedad crónica que aparece como resultado de la disolución mineral de los tejidos dentales (esmalte y dentina), consecuencia de los ácidos producidos por las bacterias, las cuales metabolizan carbohidratos, particularmente sacarosa proveniente de la dieta (Infante, 2009).

El tabaquismo, que induce la aparición de cáncer bucal, periodontitis y defectos faciales congénitos. Por consiguiente, las enfermedades bucales han sido relacionadas con los estilos de vida que generan las enfermedades crónicas y han sido calificadas como problemas de Salud Pública (Ramírez y Contreras, 2007).

La literatura odontológica refiere que la Enfermedad Periodontal o Periodontitis no se limita a las encías y al hueso alveolar, ya que esta enfermedad induce una respuesta inflamatoria sistémica, es considerada factor de riesgo para infarto agudo de miocardio, accidente cerebrovascular y enfermedad vascular periférica (Persson, 2008). Además de ser un factor de riesgo para la aparición de este tipo de alteraciones, la periodontitis no tratada está relacionada con el frágil control de la glucemia, nefropatía diabética, aumento de la mortalidad de los pacientes diabéticos y desarrollo de trastornos del embarazo, como eclampsia, bajo peso del recién nacido y parto prematuro (Da Silva et al., 2012).

Por otro lado, la perspectiva de la salud bucal como componente de la salud general, en los instrumentos normativos internacionales, ha sido incentivada por la Organización Mundial de la Salud, agencia que ha promulgado directrices que incluyen las Resoluciones de la Asamblea Mundial de la Salud, particularmente la Resolución 36.14 de 1983 y la Resolución 42.39 de 1989.

Con base en estos fundamentos, aproximarnos al significado de la salud bucal implica que el enfoque no es el diente o la cavidad bucal en sí misma, sino el individuo y las vías en que las enfermedades confinadas a esta estructura buco dental, amenazan la salud, el bienestar y la calidad de vida. Así, la definición de la salud bucal está integrada al concepto de la salud general, en la medida en que las enfermedades buco dentales no difieren de las alteraciones en otros órganos.



CÍRCULO ARGENTINO DE
ODONTOLOGÍA

De este modo, disfrutar de una salud bucal adecuada se deriva en el respeto a la dignidad humana, marco axiológico compartido entre los Derechos Humanos y la Bioética.

Por todo ello la sonrisa armónica es “Signo de Salud”, especialmente en la mujer desde cada periodo de su vida: niña, adolescente, mujer joven, madre gestante, mujer madura y anciana, cada una de estas etapas de vida necesitan de la atención odontológica adecuada a los procesos patológicos y fisiológicos propios de la cavidad bucal, para la prevención de patologías.

Así también el profesional odontólogo debe estar atento a las lesiones traumáticas, que pueda presentar esta paciente mujer, la prevalencia de esas lesiones o traumas, eso es prevención de situaciones de violencia, que podría darse en una línea de tiempo dentro de una relación intrafamiliar o vincular enferma.

De la igual forma si observa piezas dentarias, de esa paciente mujer, con desgastes exagerados en sus bordes incisales y caras oclusales, discordantes para su edad, sus encías sangrantes y dolor, podría de tratarse de bruxismo, que es el proceso de apretar los dientes ante situaciones de estrés; observar características específicas dentarias en bulimia o anorexia, procesos que advierten cambios emocionales; en los tejidos blandos observar la presencia de lesiones que manifiestan enfermedades de transmisión sexual; todo ello es diagnosticar correctamente, además de buscar la forma de contener a esa paciente, que no es solo una caries o un tratamiento de conducto, sino un ser integral donde debe reinar la salud total de su organismo tanto físico como emocional, su seguridad y respeto.

Creo importante como odontóloga influir en el cambio de paradigma que la sociedad le impone a la mujer en tener su sonrisa con dientes blancos, casi luminosos y parejos semejantes a teclas de piano o perlas, que desbordan la dimensión de la cavidad oral, casi imposibilitando el cierre labial, fundamental para una correcta deglución, esta imposición “estética” no condice con la armonía oro facial natural.

Desde el punto de vista de violencia de género, se observan dos aspectos importantes, las lesiones traumáticas en el sector antero-superior del arco dentario, fracturas de las coronas clínicas dentarias o también la pérdida de éstas, que van en deterioro de la estética, inhibiendo la sonrisa de la víctima, esas fracturas y/o pérdidas dentarias seguramente no se rehabilitaran con tratamientos, a veces por un tema económico, otro derecho perdido por parte de algunos miembros de la sociedad, ya que la odontología sofisticada de tratamientos como prótesis sobre implantes, coronas de porcelana o circonio, por ejemplo, que no se realizan en centros asistenciales comunitarios.

Otro aspecto es la violencia ejercida por el perpetrador de no permitir la atención odontológica, ni siquiera de patologías como caries, esta prevalencia se dará en el sector latero-posterior de ambos arcos dentarios, deteriorando la capacidad masticatoria y la correcta nutrición, degradando así la Salud total. Por lo general esta conducta inhibitoria se da por diferentes factores como la poca importancia que se le ofrecen a las piezas dentarias, tanto por ignorancia, por problemas económicos, por degradar directamente a la pareja no permitiendo siquiera que concurra a una salita de atención primaria por diferentes motivos como celos, etc.

Estos dos tipos de lesiones traumáticas y patológicas se observan constantemente en evolución cronológica en las víctimas de violencia doméstica, llegando a ver, lamentablemente, como conclusión del caso, a estas mismas mujeres en la mesa de autopsias.

Mucho por hacer desde la odontología respeto de Derechos Humanos y Violencia de Género, cuando el maltratador borra la sonrisa de la víctima literalmente al romperle los dientes, por golpes, la mutila lentamente, la desanima a buscar un contacto como salvación ya que la avergüenza de sí misma, le roba su armonía. El mundo actual mide a las personas por su apariencia, por lo tanto la desarmonía en las piezas dentarias produce una herida profunda en el alma de quien las padece.



CÍRCULO ARGENTINO DE
ODONTOLOGÍA

Desde las Facultades de Odontología las asignaturas nos enseñan ciencia y técnica, hoy en día, gracias al avance de la ciencia, la tecnología y los materiales dentales, se logran excelentes restauraciones, rehabilitaciones y control de patologías, logrando la mayor conservación de la salud buco dentaria, es momento de sumar asignaturas que abran el abanico de posibilidades, desarrollar temas que nos saquen de la estrecha cavidad de la caries, diagnosticando a un paciente integral tanto en lo físico como en lo emocional, comprometiéndonos con un diagnóstico de violencia al comprobar lesiones traumáticas, que no sólo rompen dientes sino almas.

Insto a cada odontólogo, centro odontológico, cátedras y universidades a entrenarnos para poder visualizar en la clínica esas lesiones producto de violencia y poder proteger a ese paciente, hombre mujer, niño y/o anciano recurrir a los lugares indicados de ayuda.

No hay mejor ejercicio para estar sanos y felices que sonreír, “deja que tu sonrisa cambie al mundo y no el mundo cambie tu sonrisa”, regala tu sonrisa porque nadie la necesita tanto como aquellos a quienes ya no les queda ninguna para dar.

Mi mención especial a la primera mujer odontóloga del país, Sara Justo, nacida el 5 de febrero de 1870, educadora, además fue una de las líderes del movimiento feminista argentino en las primeras décadas del siglo XX, era hermana de Juan Bautista Justo, cirujano y fundador del Partido Socialista Argentino.

LOS AUTORES DECLARAN NO TENER CONFLICTOS DE INTERÉS EN RELACIÓN CON ESTE ESTUDIO Y AFIRMAN NO HABER RECIBIDO FINANCIAMIENTO EXTERNO PARA REALIZARLO.



CÍRCULO ARGENTINO DE
ODONTOLOGÍA

EN
ORTODONCIA
TODO


Ortotek[®]

REPRESENTANTE EN ARGENTINA DE

Ormco **AlphaBio**[™] **myobrace**[®] **MORELLI**
Implantology STRAIGHT TEETH THE NATURAL WAY

Junín 967, CABA | ortotek.mercadoshops.com.ar

  [ortotekargentina](https://www.facebook.com/ortotekargentina)

 54 9 11 2312-8397

“Estudio comparativo de los parámetros de estética bucal de la literatura y la clínica de pacientes”

Universidad de Morón
Círculo Argentino de Odontología
Carrera de Especialista en Ortodoncia y Ortopedia Maxilar
Director: Dra. Stella Tomaszeuski
Tutor: Dra. Rosa Iza
Autor: Chicata López Fiorella
Ciudad Autónoma de Buenos Aires, Octubre 2022

Marco teórico:

Para evaluar una sonrisa atractiva, hay que observar la cara en su totalidad, la expresión facial en forma completa e integrada.

En la primera aproximación a la evaluación general de la estética facial, dos elementos son centrales para su valoración: el diseño de la sonrisa y la línea media facial(I).

Como dicen Guevara y López, el análisis de las características dentofaciales debe ser el primer paso para la rehabilitación protésica(II).

También indican que luego de estas acciones se debe realizar indagación sobre las necesidades y apreciaciones subjetivas del paciente. Existen algunos principios básicos que gobiernan las ideas acerca de los que es atractivo y de la comunicación no verbal de una excelente y armoniosa sonrisa.(II)

Alteraciones de simetría dentaria afectan negativamente la percepción estética para los pacientes y odontólogos rehabilitadores; además, no todas las personas poseen un sentido innato de lo estético, y el gusto por lo bello es variable, por lo que se han buscado parámetros de referencia para lograr una estética esperada(III).

Una observación detallada del rostro del paciente permite la identificación de las formas dentales que se caracterizan en tres categorías: triangular, cuadrado y ovoide. Donde la mayoría de los autores coinciden que la forma ovoide es la más agradable, sobre todo para las mujeres(IV).

Las características faciales tienen una influencia importante en la percepción de la personalidad de un individuo. El análisis de estas características se hace usando líneas de referencias horizontales y verticales, las cuales permiten la correlación de la cara y de la dentición del paciente en el espacio. El clínico examina la fisonomía durante una fase pasiva y a una distancia que permita la evaluación de las características en su conjunto. Tomar una posición más cercana que la usada durante una conversación normal de hecho permitiría solamente un análisis del cociente dentolabial o, reduciendo el campo de visión todavía más, un reconocimiento dental y gingival, en detrimento de la vista general(IV).

La estética oral debe incluir relación entre los tejidos blandos y duros, que serán fáciles de detectar si se utiliza un protocolo estético. La estética dental y gingival actúan conjuntamente para proporcionar una sonrisa armónica y equilibrada(V).

En algunas ocasiones los clínicos subestiman la anatomía y las proporciones dentales adecuadas, colocando restauraciones que no siguen los parámetros anatómicos del humano(VII).



CÍRCULO ARGENTINO DE
ODONTOLOGÍA

Como método debe incrementarse el uso de guías prefabricadas y que limiten el quehacer quirúrgico, además de la comunicación con el laboratorio dental por medio de protocolos de trabajo preestablecidos. También se debe acompañar en conjunto con el adecuado manejo de los tejidos duros y blandos que soportan y dan marco a las restauraciones(II).

Palaez, Ponce y Mazza mencionan que en las últimas décadas la reducción de la caries dental, redirigió la mirada hacia otras patologías bucales, como las alteraciones de la oclusión, determinando la implementación de índices epidemiológicos, que faciliten el planeamiento de acciones preventivas y asistenciales(VI).

Según la OMS, la maloclusión ocupa el tercer lugar en problemas de salud bucal, la demanda del tratamiento de ortodoncia ha aumentado considerablemente en los últimos 15 años a consecuencia de una mejora en la salud bucodental(VI).

En 1986, Cons, Jenny y Kohout publicaron el desarrollo del Índice Estético Dental (DAI), nació en respuesta la necesidad de un índice ortodóntico que incluyera criterios estéticos además de clínicos, en la valoración de la severidad de maloclusión y necesidad de tratamiento, que pudiera ser empleado en epidemiología oral. El DAI fue integrado dentro de los ítems del Estudio Internacional Colaborativo de Alteraciones de Salud Oral de la OMS(IV).

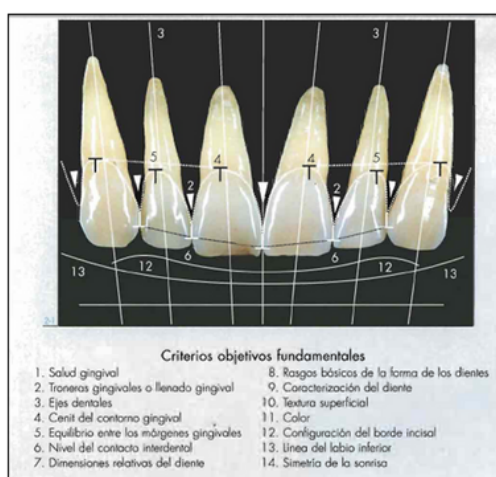
Los parámetros a evaluar son los siguientes (V):

- | | |
|---|--|
| 1. Salud gingival | 8. Rasgos básicos de la forma de los dientes |
| 2. Troneras gingivales o llenado gingival | 9. Caracterización del diente |
| 3. Ejes dentales | 10. Textura superficial |
| 4. Cenit del contorno gingival | 11. Color |
| 5. Equilibrio entre los márgenes gingivales | 12. Configuración del borde incisal |
| 6. Nivel de contacto interdental | 13. Línea del labio inferior |
| 7. Dimensiones relativas del diente | 14. Simetría de la sonrisa |
| | 15. Corredor bucal |

Además hay criterios subjetivos (criterios de integración estética) que hay que considerar:

- A. Variaciones en la forma del diente
- B. Alineación y posición del diente
- C. Longitudes relativas de las coronas
- D. Espacios negativos

Cuadro tomado de PASCAL M. BELSER U. (2004)



CÍRCULO ARGENTINO DE
ODONTOLOGÍA

1 .Salud gingival:

La encía libre se extenderá desde el margen gingival (coronal) al surco gingival (apical), con un color rosado coral y una superficie sin brillo.

La encía adherida se extiende del surco gingival a la unión mucogingival, con un color rosa coral y una textura firme (queratinizada y unida al hueso alveolar subyacente) con aspecto de cáscara de naranja (VIII).

La mucosa alveolar apical a la unión mucogingival debe estar suelta (móvil) y de color rojo oscuro.

Se puede conservar la encía con una buena higiene oral, con terapia periodontal, con procedimientos clínicos atraumáticos respetando el espacio biológico (V).

En los incisivos centrales la altura gingival debe ser simétrica, puede ser igual que la de los caninos. En los incisivos laterales es necesario que el contorno gingival sea más hacia incisal, de lo contrario resultara una sonrisa muy uniforme (I).

Imagen obtenida de MONCADA G. ANGEL P. (2008)

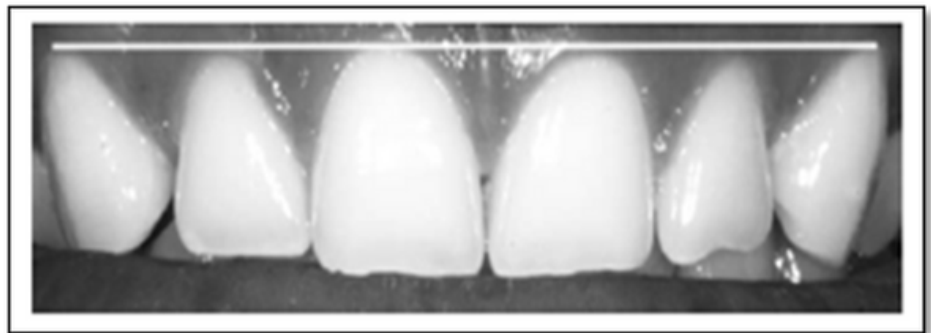
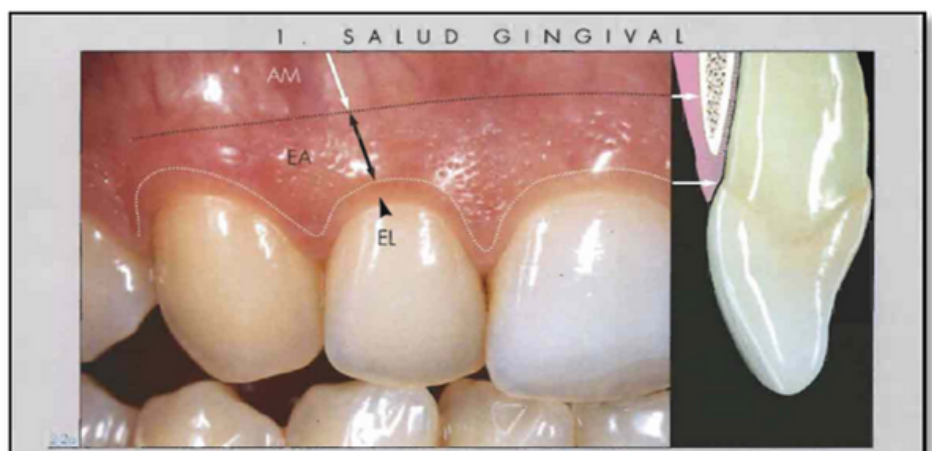


Imagen tomada de PASCAL M. BELSER U. (2004)



2. Troneras gingivales:

En una encía joven y sana los espacios interdentes están ocupados por el festoneado de los tejidos blandos que forman la papila interdental. El descuido de la higiene oral y las enfermedades periodontales pueden alterar esta arquitectura gingival (V).

La oscuridad de la cavidad oral no debe ser visible en el triángulo interproximal entre encía y área de contacto(I).

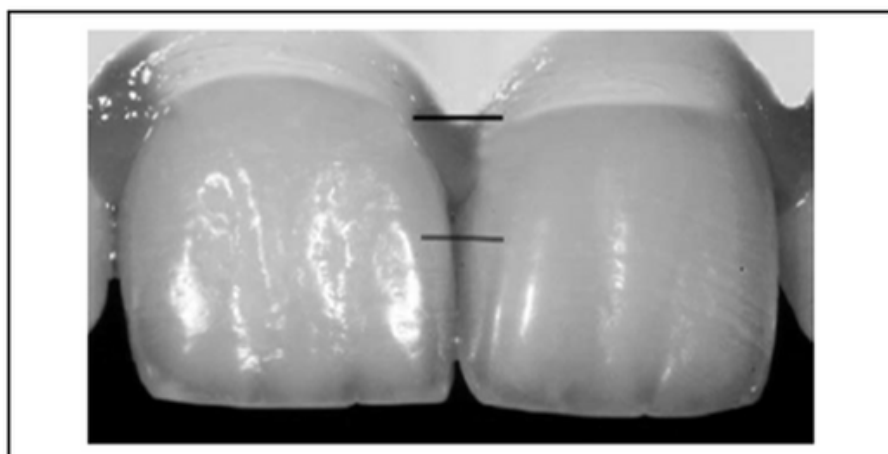
Magne dice que se puede lograr compensar los efectos de la pérdida de inserción y la apertura de los espacios gingivales utilizando únicamente procedimientos restaurativos(V).

Si el punto más apical del área de contacto de la restauración está a 5 mm o menos de la cresta ósea se evitarán los triángulos negros. Esto puede hacer que se extienda un área de contacto mayor que llegará a cervical, favorecerá la formación de una papila punteada. Pero si se sobre extiende la restauración hacia cervical, se dará origen a un inadecuado perfil de emergencia y tejido gingival inflamado(I)

Imagen tomada de PASCAL M. BELSER U. (2004)



Imagen obtenida de MONCADA G. ANGEL P. (2008)



CÍRCULO ARGENTINO DE
ODONTOLOGÍA

3.Ejes dentales:

G. Moncada & P. Angel señala que la inclinación del eje dentario axial es definida como la inclinación del eje mayor coronario respecto del plano oclusal, es característica para cada diente (I).

Los ejes axiales de los dientes se inclinan distalmente en dirección inciso apical. Esta inclinación se acentúa de manera evidente desde los incisivos centrales hacia los caninos(V).

El impacto visual se vincula con la relación de los incisivos centrales superiores y el labio inferior.

Se considera como regla armónica estética el progresivo aumento de la inclinación del eje de los dientes a medida que se aleja de la línea media(I).

Magne dice que la posición y la morfología dentaria son interdependientes con el contorno gingival (V).

Imagen tomada de PASCAL M. BELSER U. (2004)

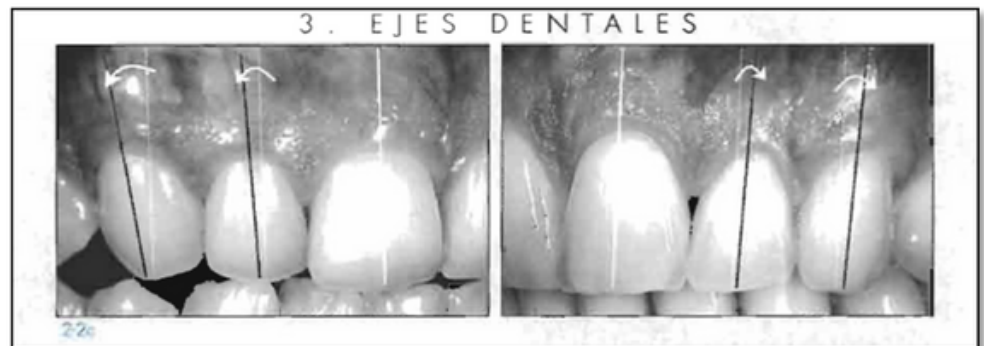


Imagen obtenida de MONCADA G. ANGEL P. (2008)



CÍRCULO ARGENTINO DE
ODONTOLOGÍA

4. Cenit del contorno gingival:

Magne afirma que el cenit gingival es el punto más apical del contorno gingival. Generalmente se sitúa distal al eje medial del diente haciendo que el cuello del diente tenga un aspecto de un triángulo excéntrico (V).

La altura gingival de los centrales debería ser simétrica. Puede incluso ser igual a la de los caninos. Es aceptable para los laterales tener el mismo nivel gingival, sin embargo la sonrisa resultante puede ser demasiado uniforme y es preferible que el contorno gingival se encuentre más hacia incisal a nivel de los laterales. La posición menos favorable a nivel de los laterales es apical a la de los centrales o caninos (V).

La forma gingival de los incisivos laterales exhibe una figura simétrica de un medio óvalo o círculo. Los incisivos centrales y caninos exhiben una forma gingival más elíptica, de esta forma el cenit gingival se encuentra ubicado hacia distal del eje longitudinal de estos dientes. En los incisivos laterales el cenit coincide con su eje longitudinal (I).

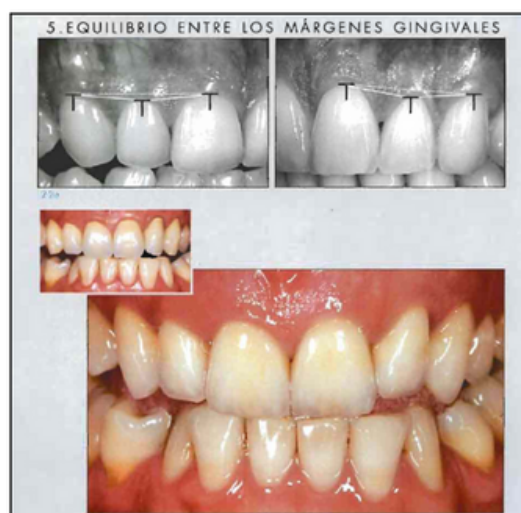
Imagen tomada de PASCAL M. BELSER U. (2004)



5. Equilibrio entre los márgenes gingivales:

Le margen gingival de los incisivos laterales debe situarse un poco más coronal comparado con la situación del margen de los incisivos centrales y caninos.

Imagen tomada de PASCAL M. BELSER U. (2004)



CÍRCULO ARGENTINO DE
ODONTOLOGÍA

6.Situación del punto de contacto interdental:

Es un área pequeña que se encuentra definida por la posición y la morfología del diente en la arcada(v).

En los incisivos centrales superiores se encuentra hacia incisal y a medida que se nos movemos a posteriores tiende a migrar apicalmente(v).

Imagen tomada de PASCAL M. BELSER U. (2004)

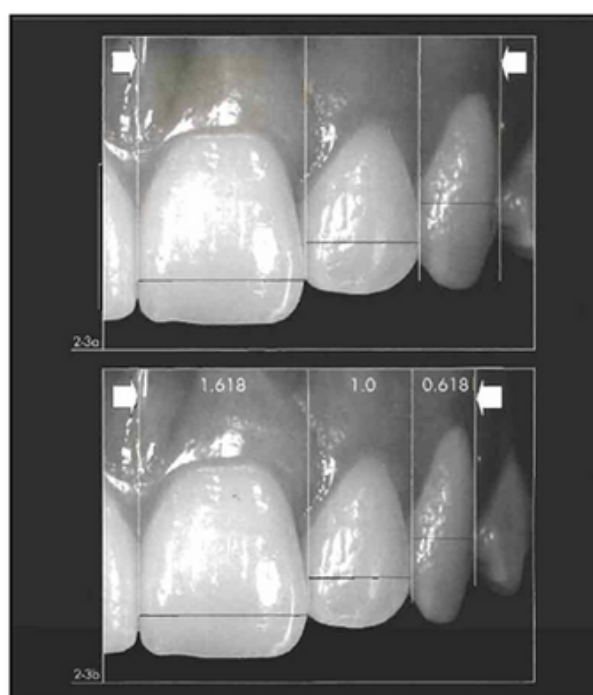


7.Dimensiones relativas del diente:

No están relacionadas con la estatura del paciente.

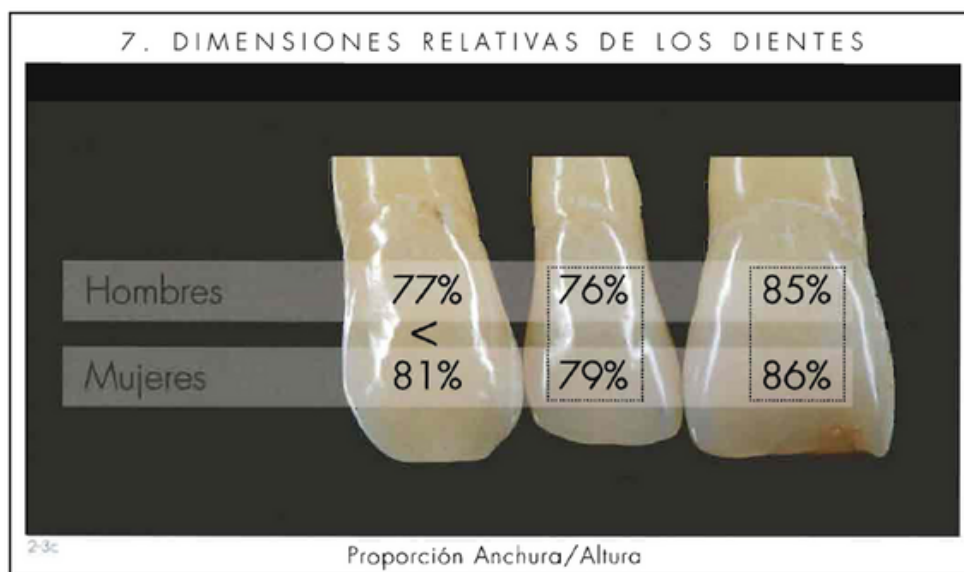
Los dientes masculinos hay mayor ancho y longitud en anterosuperiores que en los femeninos(v).

Imagen tomada de PASCAL M. BELSER U. (2004)



CÍRCULO ARGENTINO DE
ODONTOLOGÍA

Imagen tomada de PASCAL M. BELSER U. (2004)



8. Rasgos básicos de la forma de los dientes:

Incisivos centrales:

El borde mesial puede ser recto. El borde distal es más convexo, la curvatura e inclinación pueden variar mucho según la forma del diente. El ángulo distoincisal es redondeado. La forma del incisivo que se restaure dependerá de los vecinos.

Hay 3 tipos básicos en la forma de los dientes:

- Tipo cuadrado: bordes rectos con lóbulos y las líneas de transición angular acentuadas y paralelas.
- Tipo ovoide: bordes redondeados con líneas de transición angular suaves (sin lóbulos) que convergen en incisal y cervical.
- Tipo triangular: silueta recta con las líneas de transición angular marcadas y lóbulos convergentes hacia cervical (inclinación característica del borde distal) (V).

Weber & cia dice en su artículo que se puede relacionar la forma y proporción del incisivo central del maxilar superior (ICM) derecho con la forma facial y ubicación de las líneas medias dentarias y facial (iii).

Los incisivos centrales maxilares (ICM) son dominantes en una sonrisa, por lo cual deben tener proporciones adecuadas que sean agradables a la vista y estén en armonía con el resto de la cara, siendo sus factores más influyentes el tamaño, la forma y disposición dentaria, en particular vistos desde un plano frontal, que deben ser proporcionales a la morfología facial (III).

Para seleccionar la forma del ICM, se sugirió la existencia de una correlación inversa con la forma facial, llamada ley de la armonía, que categorizan ICM según sus contornos en tres categorías (conica o triangular, ovoide y cuadrada). Además, se ha propuesto una teoría dentogenética, donde existe una relación entre el sexo y la forma de la cara o diente, en la cual la feminidad se caracteriza por la forma del diente ovoide y redondeado, mientras que la masculinidad se expresa por los dientes cuadrados.

Con esta teoría, se ha confirmado una correlación entre la forma de los dientes y sexo, pero no entre la forma del diente y la de la cara. La proporción resultante entre el largo y ancho indica formas dentarias diferentes, donde un aspecto relevante para lograr un resultado estético final en la rehabilitación es la proporción del ICM (III).



CÍRCULO ARGENTINO DE
ODONTOLOGÍA

La línea media dentaria es considerada como uno de los parámetros estéticos fundamentales, y nos entrega una percepción de armonía y orden. El Nasion y el Filtrum son buenos puntos de referencia ya que son estructuras estables dentro de la línea media facial que deben coincidir en un paciente simétrico, pero si están desviadas puede ser producto de una alteración dental o esquelética(III).

Por otra parte, es importante conocer el ancho y altura media de las coronas de los dientes anteriores, debido a que estos proporcionan las dimensiones de las formas geométricas básicas que el dentista puede detectar características que no son estéticamente agradables, y llegan a un resultado final que permiten eliminar desarmonías cualitativas (III).

Incisivos laterales:

Son parecidos a los centrales, difieren por su tamaño y que el ángulo mesioincisal es más redondeado (V).

Caninos:

Son gruesos en sentido vestibulolingual, por el gran desarrollo del cúngulo. El contorno mesial de la corona puede ser ligeramente convexo. La línea de transición angular mesial está bien desarrollada formando un pequeño lóbulo mesial. El contorno distal de la corona es plano o cóncavo. En el contorno incisal se destaca el vértice de la cúspide, que está alineada en el eje radicular, pero en el canino desgastado, la vertiente distal del vértice es convexa y curvada y difiere de la vertiente mesial más corta y cóncava.

Imagen tomada de PASCAL M. BELSER U. (2004)

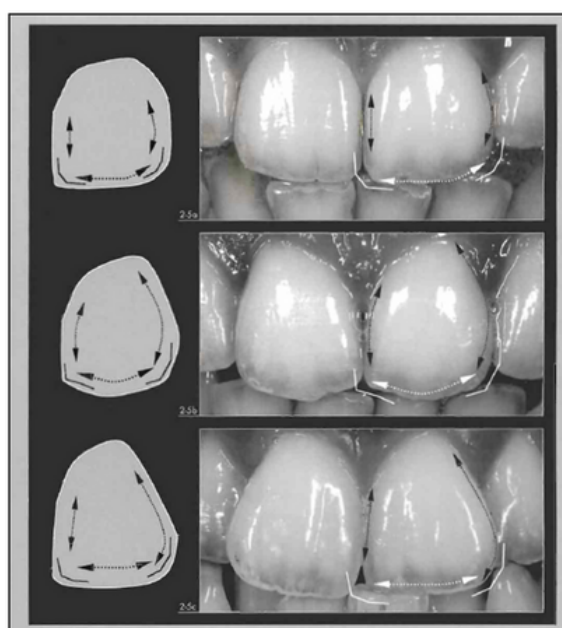
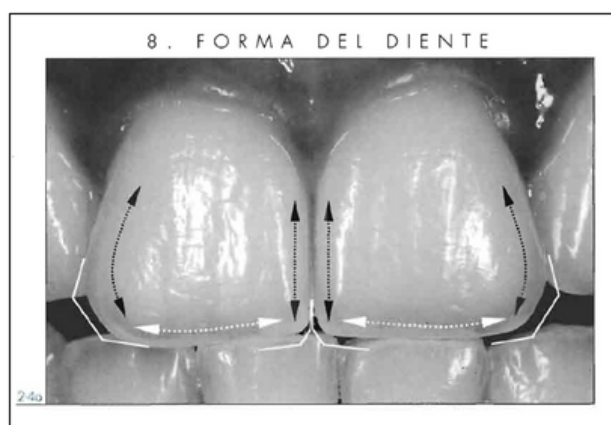
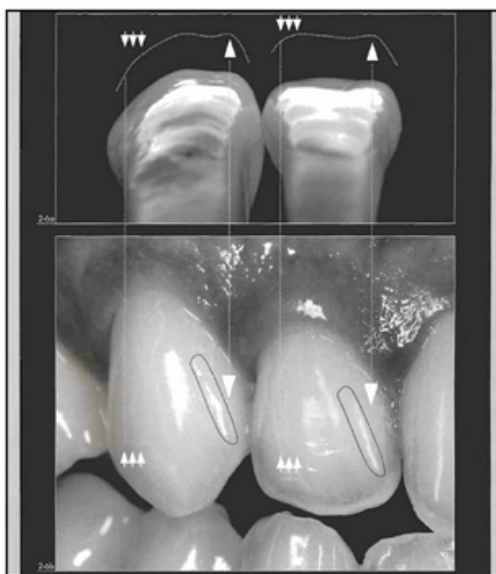


Imagen tomada de PASCAL M. BELSER U. (2004)



9. Caracterización de los dientes:

Esto va a incluir los fenómenos de reflexión/transmisión de la luz (opalescencia, transparencia, translucidez) como las coloraciones intensas (manchas, fisuras, lóbulos dentinales, zonas de la dentina infiltradas) y los efectos específicos de la conformación (atrición, abrasión). Dando todo esto sensación de edad y carácter del diente (V).

Opalescencia es una propiedad óptica del esmalte. Es la capacidad de transmitir una determinada gama de longitud de onda de la luz natural (tonos rojo-anaranjados) y reflejar otras (tonos azul-violeta) (V).

La translucidez es el resultante de la combinación entre la opacidad completa y la transparencia completa. En los dientes, más que nada en los bordes incisales, muestran rasgos distintivos al incorporar una amplia gama de efectos causados por la combinación de la translucendencia y la transparencia (V).

También se encuentra el efecto dentina, más opaco en el borde incisal en casos de abrasión y/o atrición. La estructura interna del núcleo dentinario y su compleja arquitectura se hacen visibles en forma de rayas, mamelones, infiltraciones en la dentina, etc. La fluorescencia propia de la dentina es la base de este tipo de efectos.

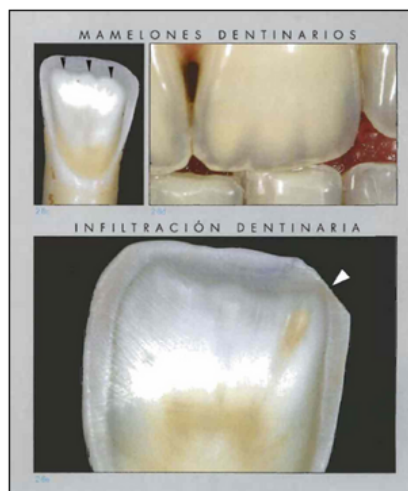
La arquitectura dentinaria presenta generalmente tres mamelones bien definidos, que se verán cuando el esmalte sea transparente (V).

Imagen tomada de PASCAL M. BELSER U. (2004)



CÍRCULO ARGENTINO DE
ODONTOLOGÍA

Imagen tomada de PASCAL M. BELSER U. (2004)



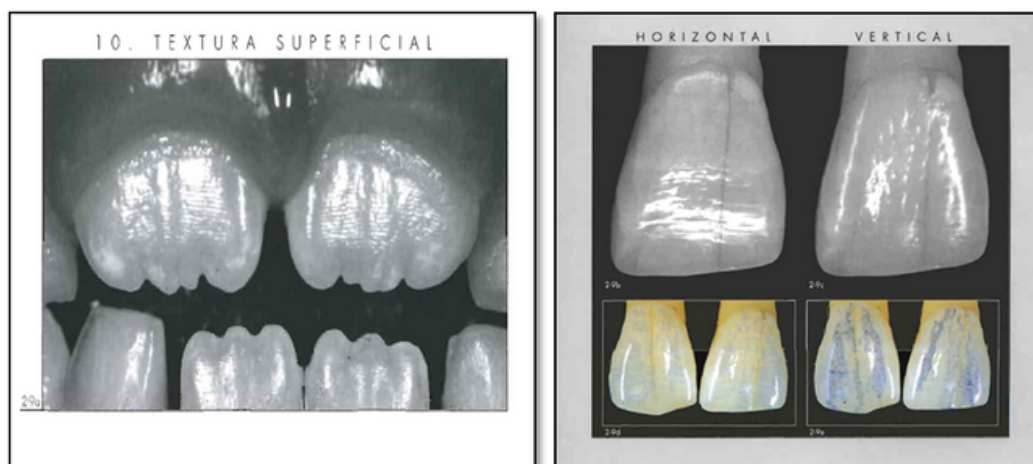
10. Textura superficial:

Esto se encuentra relacionado con el color a través del brillo. Los dientes jóvenes tienen una topografía superficial muy acentuada, por esto reflejan más la luz que les incide y parecen más brillantes. Esto se va atenuando al envejecer, dando menos reflexión de luz y oscureciendo más los dientes (V).

Los relieves de la textura en la superficie labial del diente están orientados mayormente de forma horizontal y vertical. El componente horizontal es el resultado directo de las líneas de crecimiento (estrías de Retzius) que dejan unas finas franjas en la superficie del esmalte. Y el componente vertical está definido por la segmentación superficial del diente en los diferentes lóbulos de desarrollo (V).

Al restaurar los dientes, reproducir estos detalles requiere una cronología, donde primero hay que recrear las características verticales, luego las horizontales de crecimiento. Con la textura superficial y la morfología pueden lograrse efectos ilusorios de tamaño; al destacar las líneas horizontales el diente aparentara ancho o más corto; y al acentuar los componente verticales los alargara (V).

Imagen tomada de PASCAL M. BELSER U. (2004)



CÍRCULO ARGENTINO DE
ODONTOLOGÍA

11. Color:

Para poder evaluar el color y los aspectos ópticos hay que involucrar el tono, valor y croma.

Las restauraciones deben ser policromáticas, como el mismo diente que su color se origina por la interacción de la luz de los componentes estructurales del diente (esmalte, dentina y pulpa).

Los incisivos centrales superiores son los dientes más claros de la arcada y dominan por su tamaño y brillo. Los incisivos laterales tienen el mismo tono pero ligeramente menos intenso, y por esto parecen menos brillantes.

En el área cervical el grosor reducido del esmalte hace que el color de la dentina sea más evidente, produciendo mayor saturación cromática. El esmalte más grueso produce translucidez más marcada en el tercio incisal, donde los fenómenos de fluorescencia y opacidad se combinan con la reflexión total de la luz causada por la inclinación del borde incisal. La translucidez puede variar de azul-blanco, gris, naranja y otros (V).

Para comprender el color debemos saber:

Matiz (tono): es el color básico del diente. No tiene una importancia crítica debido a la escasa gama de colores que presentan los dientes. Es la longitud de onda del espectro de luz visible predominante en un objeto. En los dientes anteriores el tono principal se va a ver en el tercio medio.

Valor (luminosidad o brillo): es el componente más influyente. Está íntimamente relacionado con la textura superficial. Es la cantidad de gris o blanco que posee un objeto, los que tienen mayor cantidad de gris tienen bajo valor y los que tienen mayor cantidad de blanco tienen alto valor.

Se pueden ver en una misma corona diferentes gamas de brillos. El tercio medio suele ser el más brillante, luego el tercio cervical. En el tercio incisal tiene el valor más bajo, por eso hay mayor transparencia y absorción de luz en la zona.

El brillo puede usarse para crear efectos de tamaño y posición: los dientes más brillantes aparentan ser más grandes y estar más cercanos.

Es la única dimensión que el ojo humano puede apreciar por separado. El valor y el croma (saturación o intensidad de color) están inversamente relacionados.

Saturación: es la intensidad o pureza de un color y describe las diferentes fuerzas de un mismo tono. Los dientes tienen un bajo grado de saturación, varían en el mismo diente y es mayor en la zona donde se encuentra un mayor espesor de dentina ya que esta influye fuertemente en el tono o matiz del diente.

A medida que se alejan los dientes de la línea media, aumenta la saturación y baja el valor de los dientes.

Fluorescencia: es la capacidad de absorber la energía luminosa y remitirla en una longitud de onda diferente. La dentina es tres veces más fluorescente que el esmalte, provocando una luminiscencia interior.

Es muy difícil reproducir fielmente el espectro luminiscente del esmalte y la dentina. Se comprueba la fluorescencia de una restauración con un foco de luz modificada: luz negra (V).



Imagen tomada de PASCAL M. BELSER U. (2004)

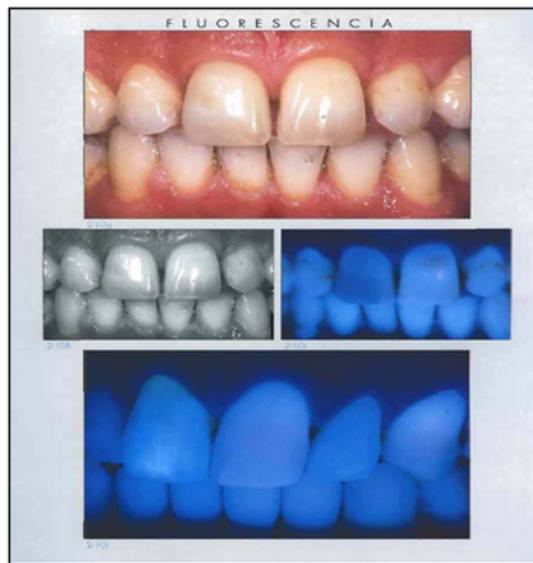
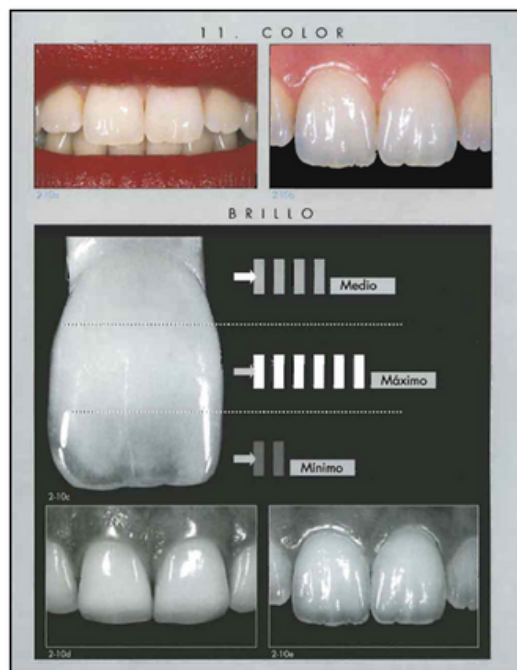


Imagen tomada de PASCAL M. BELSER U. (2004)



12. Configuración del borde incisal:

La identificación de la posición del borde incisal, ya sea por la dirección apicocoronar como anteroposterior, representa un aspecto fundamental del diagnóstico estético.

El plano incisivo, cuando se observa de frente, tiene una curvatura convexa que sigue un paralelismo a la concavidad natural del labio inferior mientras se está sonriendo.

Este paralelismo tiende a ser ligeramente evidente en pacientes de Clase I, en pacientes de Clase III se allana bastante hacia afuera y en pacientes de Clase II puede ser convexo donde se verá una marcada diferencia entre los incisivos centrales y laterales (V).

La simetría irradiante va a ser producida por la convexidad de la curvatura incisiva, junto con las proporciones ideales de los dientes, esto hace más evidente el dominio de los incisivos centrales en relación a los laterales. Esto hace una sonrisa agradable.

La relación entre las curvas de los márgenes incisivos superiores y el labio inferior varía de un paciente a otro, las relaciones de estas van a llamarse:

- Sin contacto cuando se encuentra cierta separación entre el borde incisivo y el labio inferior.
- En contacto va a ser cuando hay una relación de continuidad entre el labio y los dientes, esta sería la más agradable desde el punto de vista estético.
- Cubierta es cuando el labio inferior cubre totalmente el tercio incisivo de los dientes maxilares (V).

La abrasión de los bordes incisivos a veces puede conducir a una curvatura incisiva plana o hasta inversa, dando así efectos desagradables y la reducción y/o hasta la desaparición de los ángulos incisales que contribuyen al aspecto agradable de la sonrisa. Esta progresión se observa con facilidad en la dentición natural y produce una discrepancia entre el plano incisivo y la curvatura del labio inferior, dejando así un espacio anterior negativo.

La simetría horizontal será cuando hay un plano incisivo aplanado, con una longitud uniforme de los dientes y reducción o desaparición de los ángulos interincisales. Dando sensación de sonrisa envejecida.

La fonética ayuda a determinar la posición de los bordes incisales. Los bordes incisales deben tocar el borde bermellón del labio inferior cuando se hace el sonido F y V, esto ayuda a verificar la longitud de cada diente.

La adecuada posición del borde incisal es determinada por: exposición incisal, fonética de las letras F y V, plano incisal y oclusal y los incisivos centrales serán cortos si están sobre el plano oclusal cuando son vistos de lado y serán largos si están bajo el plano oclusal (V).

Es un factor crítico, porque de un mal diseño podrá verse un diente artificial. Para esto hay tres componentes:

Contorno global: en los pacientes de mediana y edad avanzada, el borde incisal es una línea recta o curva invertida que uniformiza y aplanar la sonrisa. En los pacientes jóvenes los bordes incisales tienen forma de "gaviota". Es importante observar los bordes incisales de los dientes inferiores, que en su mayoría están intactos, para poder configurar los superiores. Con el borde incisal podemos envejecer o rejuvenecer una sonrisa.

Ángulos interincisales: los ángulos mesioincisal y distoincisal tienen influencia en el "espacio negro" que aparece entre los dientes durante la sonrisa y en la apertura bucal. Los ángulos interincisales pueden usarse para crear efectos ilusorios de cambios de dimensiones.

Grosor: estéticamente los incisivos resultan agradables si el borde incisal es fino y delicado. Los bordes incisales gruesos dan al diente un aspecto viejo, artificial y abultado.

El borde incisal debe ser definido y claro y las troneras vestibulares deben ser profundas y claras.

Para crear una sonrisa armoniosa, los márgenes incisivos deben mantener una alineación paralela con el labio inferior, en todos los casos (V).



13. Línea labial inferior:

Es la posición del borde inferior del labio superior durante la sonrisa y por lo tanto determina la exposición del diente o encía.

Es considerada aceptable dentro del rango de 2 mm apical o coronal a la altura de la encía de los incisivos centrales superiores. Bajo condiciones ideales el margen gingival y la línea labial deberían ser congruentes.

La coincidencia entre los bordes incisales y el labio inferior es esencial para obtener una sonrisa agradable. Los puntos de contacto interproximales, los bordes incisales y el labio inferior definen respectivamente unas líneas paralelas entre sí, que denotan que el conjunto es armonioso (v).

Se considera línea alta de la sonrisa cuando supera los 4 mm de exhibición de encías. En la sonrisa de un paciente, se pueden definir tres planos paralelos al plano bipupilar:

- 1) Plano que contacta con los bordes más incisales de los incisivos centrales superiores.
- 2) Plano determinado por los márgenes cervicales de los incisivos centrales superiores.
- 3) Plano marcado por el borde inferior del labio superior a nivel del incisivo central superior.

Las distancias entre los planos 1, 2 y 3 determinan tres alturas denominadas: A, B y C

A. La altura dentaria media entre cervical e incisal del incisivo central superior.

B. La altura dentaria más la altura de la encía visible determinada por la ubicación del borde inferior del labio superior en la sonrisa.

C. La altura de exposición gingival determinada por la diferencia entre B-A, es decir la altura labio borde incisal, menos la altura dentaria del incisivo central superior.

En la sonrisa hay que reconocer que el labio es un factor controlado voluntariamente por el paciente, pudiendo localizarlo, a mayor o menor altura, sin embargo no ocurre con el tamaño y forma de encías y dientes.

Las líneas labiales más altas se relacionan con pacientes jóvenes que mostraran mayor tejido gingival y van a requerir más esfuerzo para respetar y optimizar la relación dentogingival. Y las líneas labiales bajas se relacionan con pacientes mayores de edad donde los defectos dentogingivales no se van a ver (V).

14. Simetría de la sonrisa:

Se refiere a las comisuras de la boca en un plano vertical que deriva directamente de la línea bipupilar. Esto es un prerequisite para valorar la estética de una sonrisa (IX).

La línea oclusal debe seguir a la línea comisural, consiguiéndolo, incluso mediante ligeras asimetrías en el componente dental. Siempre hay variaciones entre ambos lados del rostro y es contrario a la naturaleza creer que se requiera una absoluta simetría (I).



15. Corredor bucal:

Durante la apertura bucal de una sonrisa ocurre un espacio oscuro, espacio negativo, entre la superficie externa de los dientes superiores y la comisura labial, que forma el corredor bucal, esto enfatiza externamente el principio de proporción regresiva de aparición de los dientes.

Esto va a ser influenciado por: el ancho de la sonrisa y el arco maxilar, el tono de los músculos faciales, el posicionamiento de las superficies vestibulares de los premolares superiores, de la prominencia de los caninos, particularmente el ángulo distovestibular, cualquier discrepancia entre el valor o luminosidad de premolares y los seis dientes anteriores (V).

Fradeani menciona que en visión frontal podemos decir que tenemos: líneas de referencia, simetría y diversidad, desarmonía horizontal, vertical, proporciones faciales. También tenemos visión lateral que constará de: perfil, line E, ángulo nasolabial, los labios y análisis cefalométricos(IV).

Con respecto a las líneas de referencia en una cara armoniosa se puede reconocer ciertas líneas que unidas crean una especie de geometría regular.

La línea interpupilar está determinada por una línea recta que pasa a través del centro de los ojos y representa, si es paralela al plano horizontal y es el análisis facial más correcto. Generalmente las líneas interorbital (por las cejas), intercomisural (comisura de los labios) e interalar (por la base de las alas de la nariz) son paralelas a la línea interpupilar y esto genera una armonía total. Siendo estas las utilizadas como referencia para orientar el plano incisal, oclusal y contorno gingival.

Para evaluar el plano oclusal los incisivos centrales, caninos y primeros molares del maxilar superior se usan como referencia, trazando una línea que une las cúspides vestibulares de los últimos dientes y los bordes incisales de los anteriores. La posición correcta de las otras piezas dentales (incisivos laterales y premolares) se puede identificar fácilmente para conservar una armonía total agradable si se mantienen dentro de esta línea. El análisis cefalométrico puede ser útil para facilitar la visualización de estas proporciones.

La línea media se dibuja trazando una línea vertical hipotética a través de la glabella, la nariz, el Filtrum y la parte más anterior del mentón. Generalmente esta es perpendicular a la línea interpupilar, formando una T. Entre más centrada y perpendiculares son estas líneas da mayor sensación de armonía total sobre la cara (IV).

Imagen tomada de Fradeani M. (2006)



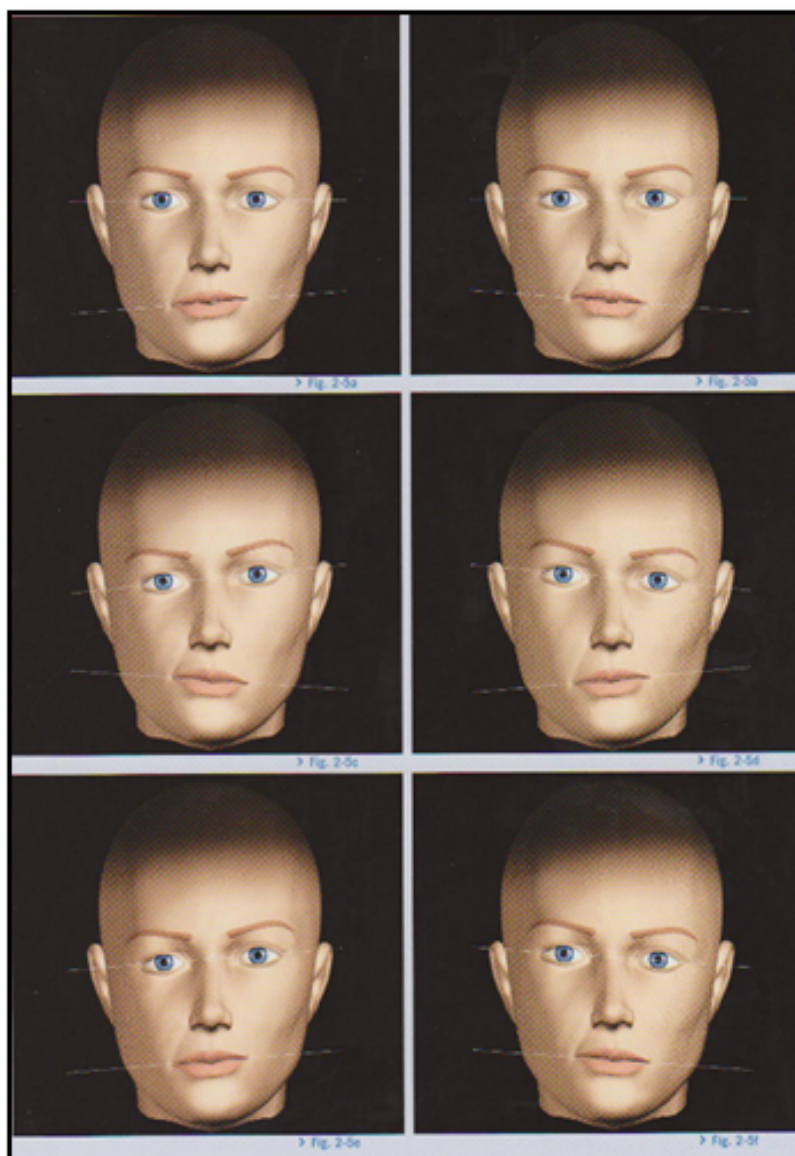
Con respecto a la simetría la intersección de la línea media con los planos horizontales crea una especie de marco organizado mediante el cual es posible identificar la presencia o ausencia de simetría entre ambos lados del rostro(I).

En quienes se encuentra la simetría la diferencia dimensional entre el lado izquierdo y el derecho de la cara es menor al 3%, siendo este el límite más allá del cual cualquier irregularidad facial llega a ser evidente al ojo del observador. La composición estética implica una serie de elementos expuestos en un principio de unificación (“unidad en la variedad”) pero la suficiente diversidad para crear interés en el ojo del observador (“diversidad en la unidad”).

También se mencionan la asimetría dental en la línea media da lugar a una sonrisa más agradable, incluso si hay irregularidades en las secciones más laterales (IV).

En algunos casos la armonía ideal entre la línea interpupilar, la línea comisural y el horizonte es escasa. Las dos primeras tanto juntas como separadas, no pueden ser paralelas al plano horizontal. Aunque en otros casos estas líneas, aún inclinadas, siguen siendo paralelas mutuamente, creando una orientación facial generalmente oblicua respecto al plano horizontal.

Imagen tomada de Fradeani M. (2006)

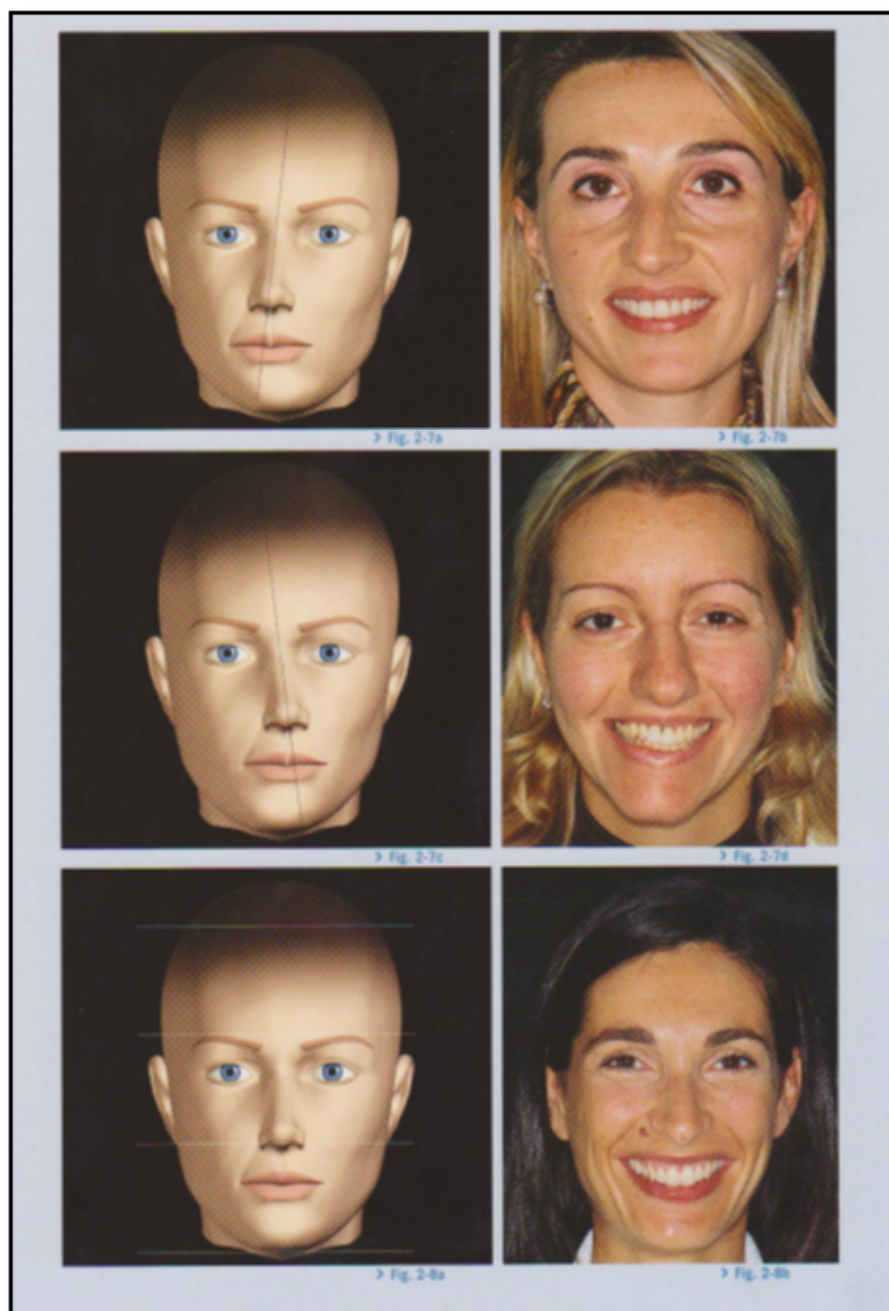


CÍRCULO ARGENTINO DE
ODONTOLOGÍA

Sin embargo el horizonte no puede funcionar como una referencia absoluta iv.

Con respecto a la desarmonía vertical, sabemos que la glabella, la extremidad de la nariz y el mentón son los puntos de referencia para definir la línea media, pero estos no siempre son una referencia fiable. Para esto podemos utilizar el centro del labio superior como referencia ideal para determinar la línea media facial (iv).

Imagen tomada de Fradeani M. (2006)



CÍRCULO ARGENTINO DE
ODONTOLOGÍA

En cuanto a las proporciones faciales podemos utilizar las líneas horizontales ya mencionadas como referencia, un rostro bien proporcionado se puede dividir verticalmente en tres partes de igual tamaño dice Fradeani. El tercio superior de la cara es el área entre el nacimiento del pelo y la línea interorbital o supraciliar, el tercio medio va de la línea de la línea interorbital o supraciliar a la línea interalar y el tercio inferior se extiende desde la línea interalar al extremo del mentón. Estas tres áreas faciales varían de un individuo a otro(IV).

El tercio más bajo de la cara desempeña un papel significativo en la determinación del aspecto estético total.

El tercio inferior del rostro está dominado por la presencia de labios y dientes. Como ideal, el tercio superior de este espacio está ocupado por el labio superior, y los dos tercios inferiores por el labio inferior y el mentón. La distancia desde el borde de la nariz al borde más bajo del labio superior debe ser aproximadamente la mitad de la longitud entre el labio inferior y el borde del mentón (IV).

Con respecto a la visión lateral según Fradeani tenemos en un principio el perfil, donde una evaluación clínica correcta de la vista lateral determina en la exitosa finalización del reconocimiento estético del paciente. La postura natural de la cabeza la vamos a comprobar usando el plano de Frankfort como referencia, siendo este es el punto más bajo de la órbita y en la parte posterior por la cima de conducto auditivo.

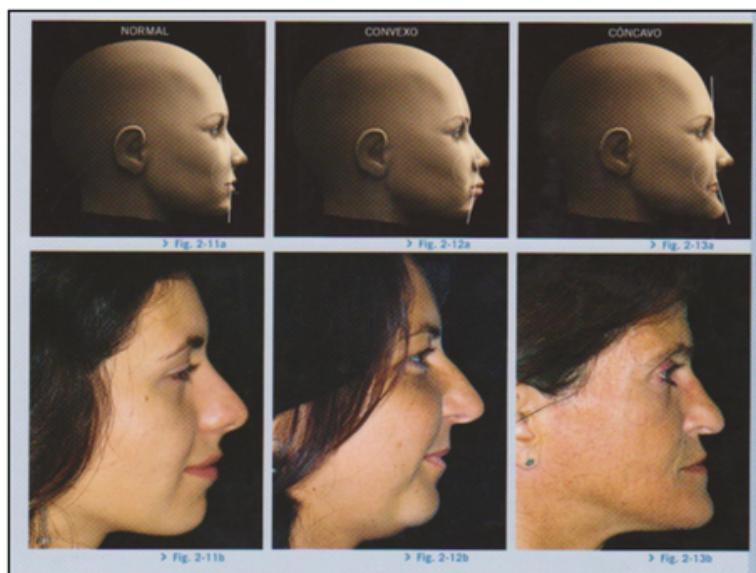
Se deberá agregar a la evaluación, la observación de fotografías del paciente tomas de perfil y el análisis cefalométrico puede ser muy útil para esto.

Perfil normal: el perfil es evaluado midiendo el ángulo formado por los tres puntos de referencia de la cara: glabella, subnasal y el extremo del mentón. Las líneas que unen estos tres elementos forman un ángulo de 170 grados aproximadamente.

Perfil convexo: el valor del ángulo formado uniendo los tres puntos de referencia se reduce sustancialmente, creando una divergencia posterior marcada.

Perfil cóncavo: el valor del ángulo formado uniendo los tres puntos de referencia es mayor a 180 grados, creando una divergencia anterior (IV).

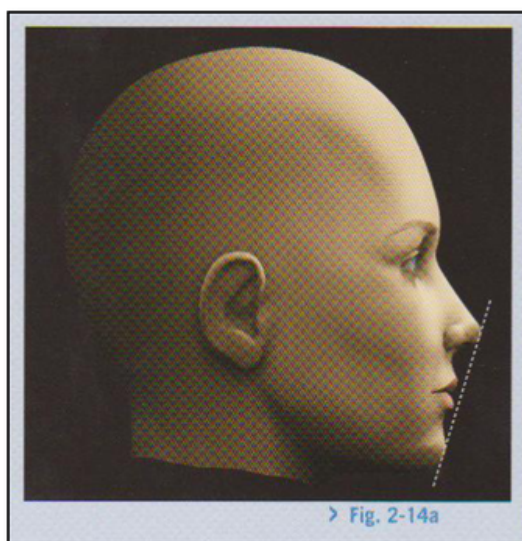
Imagen tomada de Fradeani M. (2006)



La concavidad y la convexidad del perfil no muestra necesariamente que parte ósea es retrusiva o saliente, el maxilar o la mandíbula. Además, cierto grado de divergencia, tanto posterior como anterior, parece ser compatible con la porción facial correcta, la buena oclusión y un aspecto estético muy agradable (IV).

La línea E es un elemento útil en la determinación del tipo de perfil, es una evaluación de la posición de los labios con referencia a una línea ideal que une la punta de la nariz con la punta del mentón. Según Ricketts, en un perfil normal el labio superior se sitúa a 4 mm de la línea E, mientras que el labio inferior se sitúa a 2 mm (IV).

Imagen tomada de Fradeani M. (2006)



El ángulo nasolabial está formado por la intersección de 2 líneas en el área subnasal, una es la tangente a la base de la nariz y la otra es la tangente al borde externo del labio superior. El tamaño de este ángulo está afectado por la inclinación de la base de la nariz y por la posición del labio superior. En personas con perfiles normales, el ángulo nasolabial es aproximadamente de 90 a 95 grados en hombres y 100 a 105 grados en mujeres (IV).

Imagen tomada de Fradeani M. (2006)



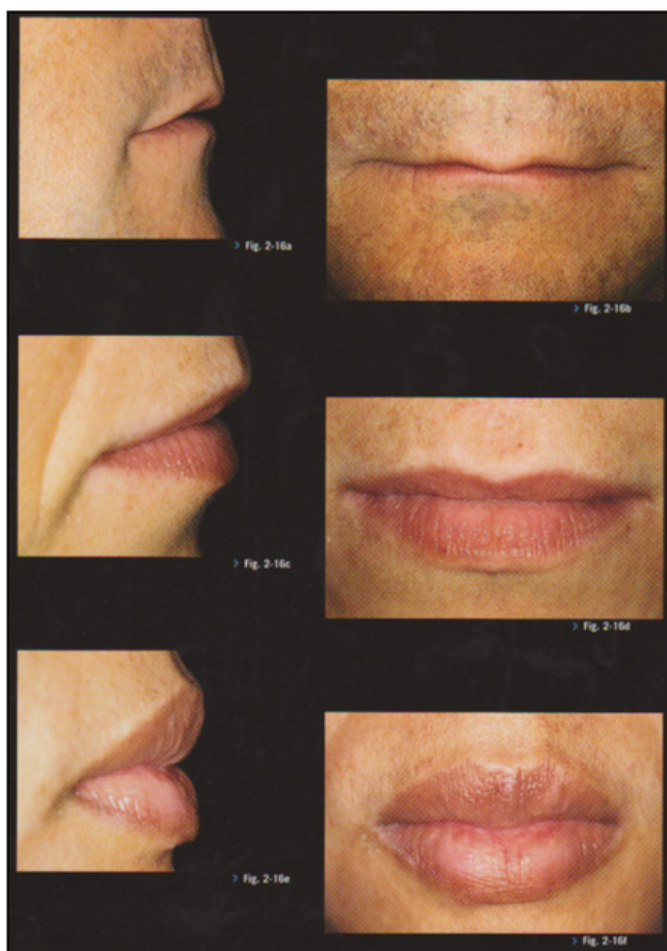
Por otra parte los labios también están involucrados en el análisis, siendo que ambos se encuentran lateralmente formando las comisuras labiales, el contorno de los labios identifica los límites dentro de los cuales se debe ultimar la rehabilitación protésica y ayuda a establecer la posición dental correcta.

En base a su forma y tamaño, los labios pueden clasificarse en delgados, medios o gruesos. La altura del labio superior debe ser la mitad de la altura del labio inferior, aunque existen variaciones (iv).

El filtrum labial tiene como medida de 2 a 3 mm más corta que la altura de la comisura labial, la cual se mide también desde la base de la nariz. En gente joven es fácil encontrar un filtrum labial mucho más corto que la regla, esto significa que los incisivos del maxilar superior son mucho más visibles en la gente joven.

Los cambios morfológicos del el perfil de un paciente varia inevitablemente a través del curso de la vida, estando sujetos a un proceso inevitable de aplanamiento con la edad (iv).

Imagen tomada de Fradeani M. (2006)



Del análisis cefalométrico podemos decir que puede ayudar a establecer la inclinación de los dientes anteriores, indicar su eje ideal, así como también verificar la morfología de los tejidos blandos a la vista lateral. Además de ayudar a determinar la configuración del esqueleto facial en la dirección anteroposterior(IV).



CÍRCULO ARGENTINO DE
ODONTOLOGÍA

1. Objetivos:

Cantidad de pacientes 29, la muestra fue aleatoria, de ambos sexos y mayores de 18 años

Generales:

Identificar y analizar epidemiológicamente las características de los parámetros de estética que se describen en la literatura con respecto a los vistos en la clínica.

Específicos:

- Identificar y valorar los parámetros que se describen en la literatura.
- Confeccionar tablas para la recolección de datos.
- Identificar sexo, edad, lugar de residencia y nacionalidad del paciente fotografiado.
- Identificar y comparar los parámetros se cumplen en los casos estudiados, según se describe en la literatura.

Conclusión:

Comparada la clínica de 29 pacientes con la teoría en la bibliografía buscada podemos concluir que no hay relación de unas con otras

Pero no concluye que las sonrisas de los pacientetes tratatdos ortodónticamente, adultos, sin tratamiento previo de ortodoncia, sin cirugías ortognáticas; no sean armónicas ni mucho menos que no se encuentren en salud

LOS AUTORES DECLARAN NO TENER CONFLICTOS DE INTERÉS EN RELACIÓN CON ESTE ESTUDIO Y AFIRMAN NO HABER RECIBIDO FINANCIAMIENTO EXTERNO PARA REALIZARLO.



CÍRCULO ARGENTINO DE
ODONTOLOGÍA

Hacete Socio

Sumate a los beneficios!

secretaria@cao.org.ar

www.cao.org.ar

Círculo Argentino
de Odontología

88 años
Formando profesionales

Bibliografía

- 1) Moncada G, Angel P. Parámetros para la evaluación de la estética dentaria anterosuperior. Revista dental Chile, 2008; 99 (3) 29-38
- 1) Guevara S, López S. Rehabilitación estética en zona anterior maxilar, análisis y tratamiento interdisciplinario. Revista mexicana de periodonología (Mex) 2014; 3:113-118
- III) WEBER, Benjamín; FUENTES, Ramón; GARCIA, Nerilda y CANTIN, Mario. Relaciones de Forma y Proporción del Incisivo Central Maxilar con Medidas Faciales, Línea Mediana Dentaria y Facial en Adultos. Int. J. Morphol. [online]. 2014, vol.32, n.3
- IV) Fradeani M. Análisis estético, un acercamiento sistemático, Volumen 1. Barcelona, Ed Quintessence, SL; 2006.
- V) Magne P, Belser U. Restauraciones de porcelana adherida en los dientes anteriores, método biomimético. Illinois, Ed Quintessence Publishing Co, Inc; 2004
- VI) PELAEZ, Alina Noelia; PONCE, Alejandro Javier y MAZZA, Silvia Matilde. Validación de la Sonda Milimetrada como Instrumento de medida del Índice Estético Dental. Odontología [online]. 2013, vol.15, n.22.
- VII) BALDA ZAVARCE, Rebeca; GONZALEZ BLANCO, Olga y SOLORZANO PELAEZ, Ana Lorena. Análisis de la sonrisa: Historia Clínica Smile analysis: Patient Record. Acta odontol. venez [online]. 1999, vol.37, n.3.
- VIII) VILLASENOR ESPIN, Cintia y LOPEZ BUENDIA, María del Carmen. Tratamiento interdisciplinario de paciente con sonrisa gingival: Reporte de un caso. Rev. Odont. Mex [online]. 2013, vol.17, n.1.
- IX) LONDONO BOLIVAR, Miguel Ángel and BOTERO MARIACA, Paola. La sonrisa y sus dimensiones. Rev Fac Odontol Univ Antioq [online]. 2012, vol.23, n.2
- X) TOLEDO L, MACHADO M, MARTINEZ. Maloclusiones por el índice de estética dental (DAI) en la población menor de 19 años. Rev Cubana de Estomatología [online]. 2004, vol.41, n.3
- XI) OTERO BAXTER, Yulisa y SEGUI ULLOA, Alexander. Las afecciones estéticas: un problema para prevenir. Rev Cubana Estomatol [online]. 2001, vol.38, n.2
- RAMIREZ, L. M; ECHEVERRIA, P; ZEA, F. J y BALLESTEROS, L. E. Dimensión Vertical en Edentados: Relación con Síntomas Referidos. Int. J. Morphol. [online]. 2013, vol.31, n.2
- XII) BIRBE FORASTER, Joan y SERRA SERRAT, Marta. Ortodoncia en cirugía ortognática. RCOE [online]. 2006, vol.11, n.5-6
- XIII) RABAGO-VEGA, José de y TELLO-RODRIGUEZ, Ana Isabel. Carillas de porcelana como solución estética en dientes anteriores: informe de doce casos. RCOE [online]. 2005, vol.10, n.3



CÍRCULO ARGENTINO DE
ODONTOLOGÍA

XV) MARTINEZ HERNANDEZ, Rosalía y MARIN GONZALEZ, Ma. Guadalupe. Cirugía plástica periodontal en coronas clínicamente cortas para rehabilitación protésica. Rev. Odont. Mex [online]. 2013, vol.17, n.4

·V) CRUZ MORENO, Beatriz Magali and MUNOZ GAVIRIA, Carmen Elena. Rev Fac Odontol Univ Antioq [online]. 2011, vol.23, n.1

V) BEDOYA RODRIGUEZ, Antonio; OSORIO PATINO, Julio César and TAMAYO CARDONA, Julián Andrés. Determinación del biotipo facial basado en características fenotípicas a través del modelo de ecuaciones estructurales: Estudio sobre tres etnias. Rev Fac Odontol Univ Antioq [online]. 2013, vol.25, n.1

V) MARTINEZ RUS, Francisco; PRADIES RAMIRO, Guillermo; SUAREZ GARCIA, M^a Jesús y RIVERA GOMEZ, Begoña. Cerámicas dentales: clasificación y criterios de selección. RCOE [online]. 2007, vol.12, n.4

V) ARRIETA VERGARA, Katherine Margarita; DIAZ CABALLERO, Antonio y GONZALEZ MARTINEZ, Farith. Prevalencia de caries y enfermedad periodontal en estudiantes de odontología. Rev Cubana Estomatol [online]. 2011, vol.48, n.1

VII) BASCONES MARTINEZ, A. y FIGUERO RUIZ, E.. Las enfermedades periodontales como infecciones bacterianas. Avances en Periodoncia [online]. 2005, vol.17, n.3.



CÍRCULO ARGENTINO DE
ODONTOLOGÍA



Círculo Argentino de Odontología

88 años cuidando la salud
bucodental de los argentinos

Recuerda:
El tiempo lo cura todo,
menos las caries.
¡Visita a tu odontólogo!



Institucionales

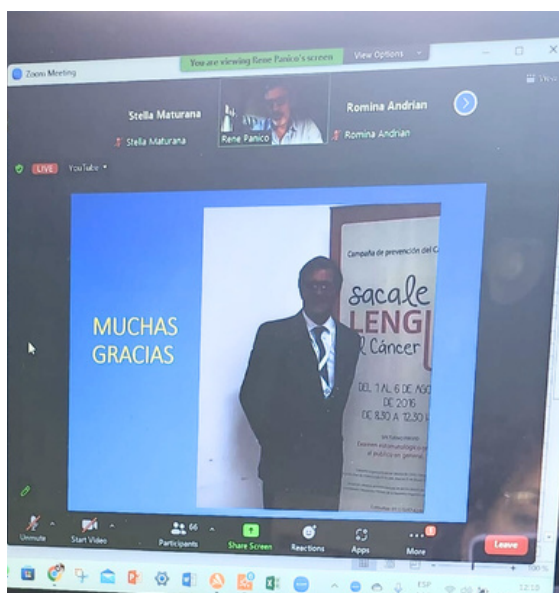
JORNADAS INTERNACIONALES DE ESTOMATOLOGÍA

En el mes de marzo y mayo de 2023, el Círculo Argentino de Odontología llevó a cabo exitosas Jornadas de Estomatología. Estos eventos se realizaron utilizando una combinación de plataformas virtuales y presenciales, brindando múltiples opciones de participación para los asistentes.

Las Jornadas se llevaron a cabo a través de la plataforma Zoom, lo que permitió a los profesionales de la odontología de todo el país conectarse y participar de forma remota. Los participantes tuvieron la oportunidad de presenciar conferencias magistrales y presentaciones de expertos en el campo de la estomatología, tanto nacionales como extranjeros. A través de Zoom, los asistentes pudieron interactuar con los dictantes a través de preguntas y respuestas, enriqueciendo así su experiencia de aprendizaje.



Además de la transmisión en vivo a través de Zoom, las Jornadas de Estomatología también fueron transmitidas en un canal de YouTube dedicado. Esta transmisión en vivo permitió que un público más amplio accediera a las conferencias y presentaciones, incluso aquellos que no pudieron participar de manera presencial o mediante Zoom.



En cuanto a la modalidad presencial, se realizaron sesiones en las instalaciones del Círculo Argentino de Odontología. Estas sesiones brindaron la oportunidad a los asistentes locales de participar de manera directa en las conferencias y talleres, fomentando el intercambio de conocimientos y la interacción entre colegas.

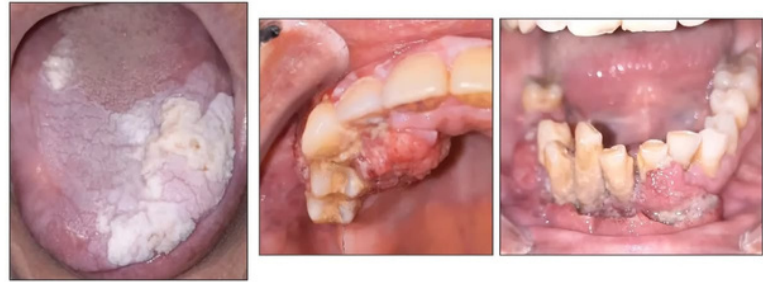


CÍRCULO ARGENTINO DE
ODONTOLOGÍA

En resumen, las Jornadas de Estomatología en el mes de marzo y mayo de 2023 en el Círculo Argentino de Odontología fueron un éxito, combinando la participación remota a través de Zoom y YouTube con la asistencia presencial. Los dictantes nacionales y extranjeros brindaron una valiosa contribución al evento, compartiendo su experiencia y conocimientos con los profesionales de la odontología.

Cáncer de cabeza y cuello Semiología

Complicaciones orales en pacientes bajo tera...
y cuello



Estadios III y IV



El Círculo Argentino de Odontología agradece la participación de los Coordinadores y DictantesC invitados a dichas Jornadas; Dr. Sergio Verdu (Director de la Escuela de Estomatología del C.A.O), Dra. Paula Mastrotta (Coordinadora), Dra. Gabriela Nalli (Coordinadora), Dra. StellaC Maris Maturana (Coordinadora), Dra. Andrea Maturana, Dra. Karla Cruz, Dra. Martha Carmona,C Dra. Silvia López de Blanc, Dr. Eduardo Piemonte, Dr. Rene Panico, Dr. Gaston Negro y Dr. JavierC Giménez (Dictantes).



CÍRCULO ARGENTINO DE
ODONTOLOGÍA



Queremos expresar nuestro agradecimiento a los docentes y profesionales que han guiado a estos graduados a lo largo de su formación, así como a las instituciones y autoridades provinciales que han apoyado el desarrollo de esta carrera. Sin su compromiso y dedicación, este importante hito no hubiera sido posible.

A los graduados, les deseamos el mayor de los éxitos en su futuro profesional. Su contribución a la comunidad odontológica y a la salud bucal de sus pacientes es de gran importancia. Continúen brindando atención de calidad, impulsen la investigación y sigan siendo modelos a seguir en su campo.

En resumen, este momento de entrega de Certificados y Títulos en la Carrera de Especialización en Ortodoncia y Ortopedia de los Maxilares del Círculo Argentino de Odontología es un testimonio de la dedicación, la pasión y el talento de los graduados. Felicitamos a todos ellos y les deseamos un futuro brillante lleno de éxitos y satisfacciones.

Obituario

Hace poco más de dos meses nos dejó el Dr. Luis Devoto y se fue al lado del Señor. Fueron dos meses de despedida y el 15 de Enero llegó el merecido descanso. No pudimos despedirnos en esos meses, dormías con la música preferida que María Inés sabía que te gustaba, mientras que te hacía compañía esperando algún a reacción.

Te vamos a extrañar, fuiste un amigo, un docente de primera y nos acompañamos durante más de treinta años compartiendo nuestra pasión, la Periodoncia. Nunca olvidaremos tu presencia, tus “corbatas”, tu sentido del humor y tu carácter con todos, pero sobre todo, con tus alumnos que sentían por vos, respeto y lo que es tan común, afecto.

Descansá en PAZ y que esa Paz nos de consuelo a María Inés y Anita y a todos los que te seguimos queriendo y extrañando. Rogamos por vos, siempre estarás con nosotros.

Atentamente.

Dr. Carlos Blanco



CÍRCULO ARGENTINO DE
ODONTOLOGÍA



Expertos en limpieza interdental

Reglamento para Autores 2023/2024

Los trabajos que quieran ser considerados para su publicación en nuestra revista deberán cumplir los siguientes aspectos de presentación.

Se deberán enviar por mail a cursos@cao.org.ar o entregarse personalmente, impreso y en un CD, en la secretaría científica, indicando qué tipo de trabajo es.

CARACTERÍSTICAS DE LA PRESENTACIÓN:

- Medida de la hoja: A4.
- Tipo de letra: arial.
- Tamaño: 11.
- Espacio de interlineado: 1,5.

CARACTERÍSTICAS GENERALES: todos los artículos deberán presentar el siguiente formato:

- Título del trabajo (debe ser conciso, sin abreviaturas y acorde al contenido del manuscrito).
- Autor/es con nombre/s y apellido/s, brevísimo currículum (dos líneas) de su situación académica.
- Resumen y palabras clave del mismo.
- Plantear objetivo del trabajo en el último párrafo de la Introducción.
- Abstract y sus keywords respectivas.
- Texto o desarrollo: se aceptarán 2600 palabras como máximo (excluye resúmenes, bibliografía y tablas o figuras), aunque cuando realmente se justifique, quedará a criterio de la dirección aceptar una mayor extensión.
- Bibliografía o referencias bibliográficas (S/ Normas Vancouver).

Ejemplos:

Libro: Autor/es. Título. Volumen. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año.

- Laín Entralgo P. Historia de la medicina. Barcelona: Ediciones científicas y técnicas; 1998.

-Fauci AS, Kasper DL, Braunwald E, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL, Loscalzo J, editors. Harrison's principles of internal medicine. Vol 1. 17th ed. New York: McGraw Hill; 2008.

-Longo DL, Fauci AS, Kasper DL, Hauser SL, Jameson JL, Loscalzo J, editores. Principios de medicina interna. Vol 2. 18a ed. México: McGraw-Hill; 2012.

Capítulo de libro: Autor/es del capítulo. Título del capítulo. En: Director/Coordinador/ Editor literario del libro. Título del libro. Edición. Lugar de publicación: Editorial; año.

Página inicial del capítulo-página final del capítulo.

Rader DJ, Hobbs HH. Trastornos del metabolismo de las lipoproteínas. En: Barnes PJ. Longo DL, Fauci AS, et al, editores. Principios de medicina interna. Vol 2. 18a ed. México: McGraw; Hill; 2012. p. 3145-3161.

Artículo de revista: Autores del artículo (6 aut. máximo et al). Título del artículo.

Abreviatura de la revista. Año; Volumen (número): páginas.

-Vitoria JC, Bilbao JR. Novedades en enfermedad celíaca. An Pediatr. 2013;78(1):1-5.

Si el artículo incluyera fotos, estas deberán presentarse en alta calidad (300 dpi) en formato JPG.

CARACTERÍSTICAS ESPECÍFICAS: los trabajos presentados -además de las características generales nombradas anteriormente- deberán cumplimentar determinadas pautas de diseño de acuerdo al trabajo que se desee presentar. Este debe ser inédito, es decir que no debe haber sido publicado en ningún otro soporte.



CÍRCULO ARGENTINO DE
ODONTOLOGÍA

Dentro de las normas para Autores del Círculo Argentino de Odontología, deberá figurar en cada artículo, previo a la bibliografía, si presenta conflictos de interés. De no presentar el mismo, la frase será:

REGLAMENTO PARA AUTORES 2023

Los autores declaran no tener conflictos de interés en relación con este estudio y afirman no haber recibido financiamiento externo para realizarlo.

Serán considerados:

Artículos originales

- Introducción (se planteará brevemente el conocimiento del tema y el objetivo).
- Materiales y métodos (señalar dónde y cuándo se realizó el estudio, la población estudiada, las variables).
- Resultado (resultado de la variable principal).
- Discusión (comentarios acerca del estudio y comparaciones con los resultados de otros autores).
- Conclusiones (deben tener relación con el objetivo planteado y los resultados obtenidos).

Artículos de actualización

· Comprende una amplia y completa revisión o «puesta al día» acerca de un tema de importancia. Su aceptación dependerá del criterio de la dirección de revista.

- Texto: incluirá una introducción, un desarrollo y podrán incluirse discusión o conclusiones.

Casos clínicos

- Se refiere a descripción de observaciones o presentación de situaciones clínicas.
- Relato: incluirá una breve introducción que destaque la importancia del tema, se describirá la observación o cuadro clínico y finalmente se realizará una discusión o conclusión.
- Artículos que habiendo sido presentados con anterioridad en una revista científica internacional en idioma extranjero, el autor autorice su traducción al español para su publicación; lo que deberá ser indicado en el pie de página inicial.

- Artículos especiales: son aquellos que tienen una especial relevancia y que pertenecen a diferentes disciplinas relacionadas con la odontología.

Cualquier eventualidad no prevista en estas instrucciones será resuelta por la Dirección de la revista y el Consejo Asesor.

- La revista del Círculo Argentino de Odontología requiere que todas las fuentes de apoyo financiero, institucional, privado y corporativo sean reconocidas en el escrito y que cualquier potencial conflicto de interés sea señalado.

La redacción de los trabajos no podrá modificarse una vez entregados.

Se corregirán únicamente los errores de transcripción del trabajo.

Al final del artículo, el autor deberá agregar su dirección de e-mail.

En ningún caso se devolverán los originales (hayan sido publicados o no).

Proceso editorial: los trabajos serán examinados por el director de la revista y los asesores científicos, quienes determinarán qué trabajos serán publicados, en virtud de su valor científico e importancia. En el caso de que el artículo necesitara correcciones, se le enviará al autor para que las realice y este deberá remitirlo nuevamente a la secretaría científica antes de los 7 días corridos de recibirlo.

La corrección de texto e imágenes deberá ser aprobado por el autor antes de entrar en prensa (salvo caso excepcional donde el autor por determinado motivo carezca de la posibilidad de visarlo;

en esa situación la corrección final será realizada por el Director de Revista).

La dirección, el editor y el Círculo Argentino de Odontología no se responsabilizan por las ideas expuestas ni por el estilo de los trabajos firmados; expresa, exclusivamente la opinión de los autores.

El CAO será el propietario de todos los derechos de los artículos publicados. No podrán ser reproducidos en ningún medio, en forma completa o parcial, sin la autorización de la institución. El autor debe aclarar si tiene interés comercial en el artículo.



CÍRCULO ARGENTINO DE
ODONTOLOGÍA