

# espacios

DE DIFUSIÓN DEL CÍRCULO ODONTOLÓGICO DE PARANÁ

---

P.3 Editorial

---

P.10 Calendario Científico

---

P.12 Institucionales



P.13 Galería de fotos



P.14 La influencia del movimiento ortodónico

#46  
2016



**COMISIÓN DIRECTIVA**

PRESIDENTE: Dr. Fernando J. Hadad  
 VICEPRESIDENTE: Dr. Alfredo H. Sattler  
 SECRETARIO: Dra. Silvia B. Clotet  
 TESORERO: Dr. Patricio M. Rinaldi  
 PROSECRETARIO 1º: Dr. Maximiliano Nuñez  
 PROSECRETARIO 2º: Dr. Pablo Ruberto  
 PROTESORERO 1º: Dr. Mariano G. Aguilar  
 PROTESORERO 2º: Dr. Cristian Del Barco

**Tribunal De Honor**

Dra. María del Carmen Sabbione  
 Dra. Liliana B. Martínez  
 Dr. Jorge E. Krenz  
 Dr. Ernesto R. Jaworski  
 Dr. Sergio L. Franco

**Comisión Revisora de Cuentas**

Dr. Rubén O. Ronchi  
 Dr. Federico Devetter  
 Dr. Gonzalo Pierola

**Comité de Administración de la Escuela de Postgrado**

Dr. Patricio Rinaldi  
 Dr. Maximiliano Nuñez  
 Dr. Sebastián Solari

**Comisión de Actividades Científicas, Educativas y Culturales**

Dra. Mabel Cesarini  
 Dra. Laura B. Gauna  
 Ma. Lidia Gutiérrez

**Comisión Administradora C.A.S.**

Dra. María Belén Cuello  
 Dr. Lucio Tepsich  
 Dr. Patricio Rinaldi

Para integrar la JUNTA ELECTORAL fueron electos: *Dra. María Ethel Benítez de Galli, Dra. María Alejandra Noriega y Dr. Sebastián Solari.* Como nuevo miembro del Comité de Administración de la Escuela de Postgrado resultó electa el *Dr. Sebastián Solari*, quien reemplaza en la función a la *Dra. Adriana Ibañez.*

**REVISTA ESPACIOS**

Año X | N° 46 | Diciembre 16 - Enero '17

**EDICIÓN**

Círculo Odontológico de Paraná  
 Corrientes 218 | Tel: (0343) 4318362  
 comisiondirectiva@coparana.com.ar  
 www.coparana.com.ar

Interesados en colaborar con esta publicación, dirigirse a la Secretaría del COP (Soledad, personalmente o al Tel.: 4217877)

## Estimados colegas

Informamos un resumen de la Memoria anual de la Comisión Directiva más un informe de la Escuela de Postgrado, de la Comisión de Prevención y del Servicio de Atención al paciente discapacitado.

En cumplimiento de las disposiciones estatutarias ponemos a vuestra consideración la Memoria de la Comisión Directiva, como hemos informado en forma constante la política institucional que nos hemos fijado es abarcar de manera integral los proyectos, quehaceres, y diferentes problemáticas de la profesión como son, entre otros:

- 1) *Recuperación arancelaria* (incidencia de leyes, decretos, regulaciones, composición de la seguridad social);
- 2) *Importancia de lo que significamos los profesionales* del arte del curar en la dinámica económica de nuestras regiones, en la generación de empleos y en el aporte tributario al fisco. Desarrollar los convenios SOS complementarios con los municipios como elemento dinamizador y generador de trabajo en los consultorios;
- 3) *Plétora profesional*, (redistribuir el recurso humano);
- 4) *Especialidades* (importancia del respeto mutuo entre el odontólogo general y el especialista);
- 5) Los *odontólogos en relación de dependencia* (derechos laborales);
- 6) *Insumos odontológicos* sostener una agresiva política que facilite el acceso a los colegas socios el abastecimiento de su consultorio;
- 7) *Actividades científicas, sociales y culturales*: fomentar los cursos de las materias cubiertas por la seguridad social de manera que la formación del odontólogo contribuya a la defensa del arancel y del derecho constitucional a la libre elección, promover las actividades sociales y culturales para nuestros socios y público en general acompañando esta política con la reforma y mejora de las instalaciones que es un paso más en el largo proceso de progreso edilicio que le han dado todas las comisiones directivas a nuestra institución;
- 8) *Temas impositivos* (urgente modificación de la manera de tributar del odontólogo el impuesto a las ganancias o sea que tribute solo por el componente honorario y no el gasto);
- 9) Seguridad social para el odontólogo y su

familia, importancia de los seguros solidarios privados, mixtos y de la cobertura por incapacidad transitoria y/o permanente, cobertura por lucro cesante;

10) *Responsabilidad profesional y Nuevo Código Civil, seguros.* Adaptar todas las normativas de la Institución dentro de este código para evitar conflictos de intereses contrapuestos.

Para intentar cumplir estos objetivos hemos desarrollado una política institucional de puertas abiertas con gran participación de los asociados que se ve reflejada en un constante crecimiento de las diferentes áreas como por ejemplo:

**A) COMITÉ DE ADMINISTRACIÓN DE LA ESCUELA DE POSGRADO**

Las actividades de Escuela de Posgrado comenzaron con la incorporación de una secretaria para el sector cuya función sería la de organizar los cursos y charlas que se dictarían durante el año y la de contar con la presencia diaria de un integrante de posgrado que estuviera al tanto de las actividades y así poder orientar a los profesionales que se acercaran o se comunicaran con el Círculo.

Para todos los cursos que finalizan se entregan diplomas a los cursantes, coordinadores y ayudantes y al dictante se le entrega el diploma del curso dictado y un mate grabado con el logo del COP.

Se comenzó el primer trimestre del año con tres cursos de larga duración que se continuaban del año 2015. Éstos son los cursos de Ortodoncia del Dr. Alfredo Álvarez, la Dra. María Laura Irurzun, y los tres cursos del Grupo Geddicma (Interceptiva, Arco Recto y ATM) dictado por los Dres. Pinasco, Trucco y Barbaero. Estos tres cursos atienden pacientes a cargo de cada cursante.

En Mayo se dio comienzo a los cursos de Injertos e Implantología dictados por el Dr. Santi y el Dr. Arias. Estos cursos son de corta duración, 5 y 6 sesiones respectivamente, finalizando el último trimestre del año. En este curso se atienden pacientes, a cargo de cada cursante. La intención de

# CONSULTORIO RADIOLOGICO PARANA

ROSARIO DEL TALA 395 - Tel: 4221743

## Panorámicas Digitales

Estimado colega:

Tenemos el agrado de informarles que se encuentra a su disposición un nuevo equipo de Radiografía digital para el diagnóstico odontológico, que posee una gran versatilidad en métodos de obtención de imágenes en 10 programas diferentes:

- Rx panorámicas
- Rx panorámicas de magnificación constante (para estudios implantológicos)
- Rx panorámicas para niños (disminuye la zona y tiempo de exposición)
- Rx panorámicas de hemiarcadas derecha o izquierda. Localiza el área a observar, reduciendo un 50% la radiación sobre el paciente.

Dr. Tenorio, Francisco | Dr. Figoni, Juan Manuel | Dr. Tenorio, Mariano

los dictantes es repetir dichos cursos en el año 2017.

También en Mayo se dictó el curso de Fotografía Odontológica, a cargo del Sr. Ezequiel Mazariegos, de un día de duración. Este curso se realizó en el marco del convenio anual que se mantiene con AOA, de enviar dos dictantes sin costo de honorarios para el COP.

En Junio comenzó el curso de corta duración del Dr. Franco Sergio y el Dr. Jaworski Ernesto, de Cirugía Bucal. Dicho curso tiene como fecha de finalización el mes de Noviembre. En este curso se atienden pacientes, a cargo de cada cursante.

En los meses de Junio y Julio se contó con la presencia del Dr. Santiago Frajllich, quien dictó el curso de Actualización en Endodoncia. Los pacientes fueron provistos por el COP y toda la coordinación estuvo a cargo de Posgrado. Este curso fue de dos sesiones mensuales por los dos meses antes nombrados. El dictante ha propuesto el dictado del curso en el año 2017. En Julio se organizó la charla teórica a modo de presentación del Dr. Rivera, con su curso sobre Medicina del Sueño, presentando un nuevo aspecto a diagnosticar en la odontología. Lo acompañó en este curso el Dr. Larrateguy, neumólogo. Se plantea la organización de dicho curso con parte teórica y práctica para el año 2017.

En Agosto se contó con la presencia del Dr. Javier Calienni, quien dictó una charla de un día de duración en el marco del mes del Cáncer Bucal. Dicho curso tuvo gran convocatoria y se planea el dictado del mismo para el año 2017.

En Septiembre se celebró la Jornada del Día del Odontólogo. Dicha celebración tuvo lugar el día viernes 30 de Septiembre en el Hotel Howard Johnson. Se dictaron dos cursos con gran convocatoria, de aproximadamente 45 personas cada uno. Uno de los cursos dictados fue el de la Dra. Miryam Boldrini, sobre Operatorio Dental, quién asistió en el marco del convenio anual de dos dictantes sin costo de honorarios que se mantiene con AOA.

El otro curso fue dictado por el Dr. Juan Carlos Mitre, sobre Ortodoncia y sistemas de autoligado. Este curso fue patrocinado por la empresa Orthoclassic.

En Octubre se contó con la presencia del

Dr. Pablo Santoro, quien dictó el curso sobre Resinas Indirectas Posteriores. Este curso fue con cupo limitado y de gran convocatoria. Fue un curso intensivo de dos días. Se conversó con el Dr. La posibilidad de volver a dictar el curso en el año 2017. En Noviembre se dictará el curso del Dr. Lenarduzzi, patrocinado por la empresa Tree-Oss, sobre Implantología. Este curso fue propuesto por la empresa patrocinadora. La duración del mismo es de un día y la modalidad es teórica.

También se recibió la propuesta de la SAO, por parte del Dr. Rubén Greca, para dictar el curso de Ortodoncia. La duración del mismo es de un día y la modalidad es teórica.

A partir del segundo semestre del año se cambió la modalidad de realización de flyers y manejo de redes sociales. La secretaria de Posgrado sería encargada de estos temas para así agilizar la publicación y difusión de cursos, comunicados y fotos que ilustren las actividades científicas de la Institución.

A partir de Julio se comenzó con la diagramación de cursos para el año 2017. Se buscó contactar a nuevos dictantes y orientarse a cursos de corta duración o intensivos, los cuáles son los que tienen mayor aceptación entre los asociados. Se contactaron a dictantes como Dr. Bodereau, Dr. Román, Dr. Calienni, Dr. Albertini, Dr. Santoro, Dr. Echandia y la empresa 3M. Se recibieron propuestas por parte de profesionales para el dictado de cursos como el del grupo de Prevención, quienes desean dictar curso de odontopediatría, y la propuesta de la Dra. María Laura Ruiz, para dictar curso de periodoncia.

Como actividades de cierre de año, se va a realizar un balance en cuanto a la entrada y gastos que se hayan generado desde Escuela de Posgrado. También se plantea la realización de un folleto informativo en cuanto a los cursos a dictar en el año 2017, con la intención de entregarlo en los sobres del mes de Diciembre. Las actividades científicas se retoman la última semana del mes de Febrero.

Una intensa actividad científica-académica de excelente nivel y que cumple con creces colmando las expectativas y marcando un camino al padrón de asociados de que

la actualización continua es una de las mejores herramientas para defender las fuentes laborales y la posibilidad de tener cada vez más excelencia en los padrones abiertos de prestadores, cuestión que no es un tema menor ya que en los grandes centros urbanos en donde la tendencia son los padrones cerrados y el relato de gerentes y auditores es que de esa manera tienen calidad y costo asegurados; el desafío de la instituciones que defendemos la libre elección es tener padrones abiertos y capacitados.

La Subcomisión de Actividades Científicas, Educativas y Culturales que sigue con la colaboración en forma continua con la Escuela de Posgrado con cursos y jornadas, organizando de manera muy exitosa los festejos del Día de la Odontología, sumándole las actividades extra odontológicas como son la proyección de cine de alta calidad con numerosa concurrencia del público, como así también el curso de fotografía de singular éxito.

## B) COMISIÓN DE PREVENCIÓN

La Comisión de Prevención del Círculo Odontológico de Paraná ha desarrollado en este año 2016 el Curso Virtual de capacitación docente "Sembrando Sonrisas".

Es el tercer año de esta modalidad virtual, incorporando el tercer nivel de capacitación para los docentes que han cumplimentado el primer y segundo nivel. Es decir que se ha desarrollado el curso con tres niveles de capacitación, cada uno de los cuales con un puntaje bonificante otorgado por el Consejo General de Educación. Para obtener tal puntaje la Comisión ha presentado a jurado del CGE un proyecto individual correspondiente a cada nivel.

La Comisión de Prevención fue reconocida una vez más por el Honorable Consejo Deliberante de Paraná con el galardón de declarar al Programa como de INTERES MUNICIPAL.

En el corriente año se realizó un cambio en la página web Sembrando Sonrisas.com.ar con la finalidad de brindar más información a los docentes acerca del curso, pudiendo inscribirse desde la página; además se ha agregado un espacio para que los visitantes, tanto docentes o no,

puedan conocer la historia de la Comisión de Prevención, de Nuestra Institución, los alcances de la capacitación, fotos, noticias, etc.

Como actividad de este nuevo ciclo se ha diseñado una página web para los niños, denominada Fábrica de sonrisas.com.ar. Esta página corresponde a una actividad para los docentes del tercer nivel, quienes deben subir una foto del cepillero que realizaron, como requisito de la parte práctica del programa.

Los niños entran a la página y votan el cepillero de su aula o el que más les gusta en caso de no estar bajo programa. Solo pueden votar tres veces al día, luego de cada cepillado logrando así fabricar una sonrisa cada vez que lo hacen.

Los votos a esta página colmaron las expectativas superando ampliamente los 15000 votos en 15 días de lanzado el concurso.

Los más votados se reconocerán con premios para el aula como incentivo para los docentes y niños.

La Cámara de Cereales de Entre Ríos a través de su Presidente Contador Pablo Tribulo donó un reproductor de CD y 2 pelotas para formar parte de los premios otorgados a este concurso.

La Comisión recibió por tercer año consecutivo el PRIMER PREMIO NACIONAL del concurso KIOSKO SALUDABLE año 2015 de CORA, el cuál fue entregado a la Escuela ganadora en el acto de inicio del curso de este año y una mención especial al cepillero de otra de las escuelas participantes.

Como cierre de las actividades se realizará el Festival de Salud Bucal en la Plaza 11ff de Mayo el día 28 de octubre del corriente, en el cual las escuelas exponen los trabajos realizados durante el año, con número artísticos y confección de stand de las instituciones educativas y Centros de Salud invitados, llegando a la comunidad a través de estas acciones y trabajando en conjunto con la Municipalidad de Paraná en el marco del acuerdo firmado este año con la Dirección de Odontología Municipal.

También se realizará el cierre del Programa año 2016 con un encuentro presencial de los docentes en el Consejo General de Educación, donde se entregarán los certificados a docentes y dictantes y los pre-

mios al Concurso Fábrica de Sonrisas.

Las coordinadoras asistirán como todos los años a la reunión de cierre de la Comisión Nacional de Prevención de CORA en los días 1 y 2 de diciembre del corriente año. Nuestro trabajo es mucho, somos pocos los integrantes de esta Comisión para llevar a cabo tal magnitud de Programa, 520 docentes inscriptos en la página llegando a 16394 niños, realizando y compaginando las clases virtuales del nivel agregado, contestando los comentarios, corrigiendo las tareas, pero la motivación de los docentes, los mensajes de aliento y conformidad que tienen hacia nosotros, hacen que esta tarea sea gratificante y nos anima a ser cada año más creativos. Este es uno de los motivos por el que Nuestra capacitación es esperada al inicio del año lectivo, como así también lo amplio del temario al tratar diversos temas relacionados a Salud, para llegar a una Escuela Saludable y Segura que es el objetivo principal de nuestra Comisión.

Sentimos el apoyo incondicional de nuestra Institución en cada una de las iniciativas, lo que nos impulsa a seguir adelante. Agradecemos también a los profesionales autores de las clases virtuales, Médicos pediatra, ginecólogo, cardiólogos, Licenciados en Nutrición, Kinesiólogo, Psicólogo, Psicopedagogo, Enfermeros y los Odontólogos de la Comisión, que en forma desinteresada han puesto su tiempo al servicio de esta capacitación.

## C) SERVICIO INTEGRAL ODONTOLÓGICO AL DISCAPACITADO

El Servicio ha orientado todo su esfuerzo al cumplimiento de los objetivos propuestos en su inauguración, entre los cuales podemos destacar:

1. Un mundo sin caries para ellos.
2. Formación Posgrado de agentes multiplicadores.
3. Interrelación odontológica con las distintas entidades que nos nuclea a nivel municipal, provincial y nacional.
4. Interrelación multidisciplinaria en las múltiples acciones terapéuticas.
5. Relación directa con la A.A.O.D.I., somos una de las provincias fundadoras

de la misma y su relación a nivel latinoamericano y mundial (I.A.D.H.)

6. Nuestro desafío pese a que este Servicio fue detenido en el tiempo...nos dejó latente en cada uno de nosotros, el reto de borrar barreras y seguir sembrando a futuro, cambiando lagrimas por sonrisas que tanto aumentan nuestro valor para continuar esforzándonos por ellos y su familias, en las distintas etapas de su crecimiento. Desde pre-natal, post-natal, niño, adulto del mañana.

7. Capacitación familiar y de los tutores de cuidado diario para logros futuros a distancia.

8. Promover acciones comunitarias de interés en la problemática.

9. Nuestro Círculo Odontológico de Paraná estará presente en todos los Congresos nacionales e internacionales con experiencias propias de colegas que integran el staff de atención del S.I.O. al D.

10. Es nuestro propósito, tratar de revertir las barreras que impiden nuestro accionar y llegar a lograr una rehabilitación oral completa.

Dicho servicio funciona todos los días miércoles en la Sala Clínica de nuestra entidad distinguiéndonos con su alto profesionalismo y apuntando a la mejora y ampliación de los servicios que brinda. Remarcando entre sus logros más importantes: a) El Contrato con Iosper, contrato para que cubran la Anestesia General con el 80% de aumento del arancel contratado por el COP y pago a los 30 días, b) Convenio con Municipalidad de Paraná – Dirección de Odontología Municipal para la atención de pacientes del CEMI en forma integral con el apoyo del Dr. Mario Claria; c) Presencia de tres representantes del Servicio en el Congreso Mundial Latinoamericano de Odontología de la Discapacidad en Santiago de Chile (universidad de San Sebastián – Noviembre 2015) donde nuestra Institución representado por la Dra. María Ethel Benítez de Galli presentó el trabajo Decálogo de atención de pacientes especiales y participaron de reuniones latinoamericanas sobre la temática. El mismo trabajo se presentó en el Congreso de A.A. O.D.I. en Salta realizado en el mes de Marzo 2016 donde se presentó nuestra experiencia en el tema resaltando

do la Sala Clínica orgullo institucional a nivel nacional que nos permite al equipo trabajar con técnica seis (6) manos como consta en nuestra casuística para evitar anestesia general siendo una experiencia muy positiva; d) Charlas personalizadas y en conjunto en colegios de acuerdo a cada caso para que acompañen el tratamiento preventivo y controles trimestrales; e) Borrar barreras y obtener entre todos experiencias a futuro.

Los integrantes del Servicio expresan su agradecimiento a la Comisión Directiva por la confianza depositada en nuestro equipo, que día a día se enriquece con experiencias compartidas en solidaridad, al personal del COP, que sumaron muchísimo a este proyecto extendiendo su accionar, al Dpto. de Insumos que siempre está presente ante las necesidades de nuestro trabajo y al Comité de Prevención todos juntos trabajando mancomunadamente hacen posible nuestro accionar ya que cada uno desde su lugar ayuda a través de eslabones solidarios para una salud digna para ellos dejando atrás la extracción como única solución.

En tal sentido, apostamos a incentivar a colegas jóvenes a pasar por nuestro Servicio para ampliar conocimientos y realizar prácticas. Aspiramos a firmar convenio con facultades para que los colegas o estudiantes realicen pasantías, otorgándoles las certificaciones respectivas permitiendo incrementar el plantel del Servicio a través de estas acciones.

Mil gracias!!! Por darnos el espacio para generar agentes multiplicadores y felicitaciones a la Comisión Directiva por la nueva Sala Clínica orgullo institucional, especiales saludos a todo el equipo que nos acompaña por su capacidad y entereza en cada accionar.

#### D) SISTEMA DE RESIDENCIAS

La continuidad de uno de los mejores proyectos del COP que es el SISTEMA ABIERTO DE RESIDENCIAS que también hemos complementado con el convenio de la Municipalidad y en el cuál se nos otorgó dos contratos de obra para que los colegas puedan concurrir a los dispensarios municipales y estamos a la espera de dos

contratos más para las unidades móviles municipales.

#### E) DEPARTAMENTO DE INSUMOS

Sigue con el sostenimiento de ampliar sus servicios y mejorar todavía más la posibilidad de financiación de la compra de los socios, en este punto me detengo agradeciendo profundamente a los socios que cumplen con los pagos en tiempo y forma que es la manera de que podamos seguir gozando de la posibilidad de abastecer nuestros consultorios y gozar de los beneficios de cuotas y descuentos ,con ideas novedosa de préstamos de equipamientos ante la emergencia de necesidad de algún colega, o como la organización de grupos para comprar equipamiento más costosos.

#### F) EL SOS Y EL SUO

Nos parece que vale la pena hacer un recordatorio del porqué los socios del Círculo Odontológico de Paraná creamos este sistema propio de prestaciones odontológicas en el año 1992, como se recordará nuestro país intentaba salir de una de las tantas crisis de su historia que fue aquella de finales de los '80 y principio de los '90 que llegó a tener un 4000% de inflación, esto hizo que se cayera el sistema de obras sociales perdiendo estas toda importancia como fuente laboral, fue entonces cuando tanto los directivos como los socios del Círculo en numerosas reuniones de grandes debates con diferentes ideas finalmente se llegó a la conclusión de crear un sistema propio dado el proceso inflacionario y la mutación de los sistemas contractuales por prestación a los de capitación.

Fue tan solidaria su creación que al principio se firmó un compromiso de que el componente honorario del arancel se cobraba en forma proporcional sino alcanzaba a completarse, porque en realidad era tan novedoso el sistema que no sabíamos con seguridad de su éxito, se creó entonces el Plan Básico, luego un grupo de colegas acercó la idea de crear el SUO (Servicio de Urgencias) que buscaba dar más servicios y ayudar en parte al colega joven, pasaron unos años y se creó el SOS Plan Especial para ampliar los servi-

cios ofrecidos y la base de fuente laboral para nosotros, luego en nuestro país sobre vino otra crisis muy profunda que fue la del 2001, cayéndose hacia diciembre de ese año el convenio con IOSPER. Y el SOS soportó el embate y contuvo tanto a los afiliados como a los socios por varios motivos pero sin duda vale la pena nombrar lo que a nuestro juicio son lo más importantes: Los odontólogos que trabajan en un sistema solidario con una amplia libre elección y que con su trabajo diario lo enaltecen y consolidan y la Institución que lo respalda con 87 años de historia, con una conducta intachable en la administración de sus fondos y el desvelo de abonar las prestaciones lo más rápido posible.

Actualmente es la segunda obra social en monto de facturación del Círculo, para el mes de enero estaremos cumpliendo con estructura de costos más 30%, en el arancel del plan básico y seguramente sumaremos más servicios y convenios complementarios con los municipios del Departamento.-

#### G) CAJA DE AYUDA SOLIDARIA Y SUBCOMISION DE SERVICIOS AL SOCIO

Ha trabajado de manera constante buscando distintas alternativas para mejorar la seguridad social del odontólogo y su familia como por ejemplo este año hemos mejorado los servicios de cobertura del CAS e incorporamos a la cuota social un seguro de vida que el colega puede voluntariamente incrementar de todas maneras seguiremos con la política de buscar a través de CORA, el COER, el Sistema de Previsión y dentro del COP nuevas alternativas para mejorar los servicios solidarios. Tomando en consideración lo antes expresado es que nos permitimos definir que es La seguridad social: es la protección que una sociedad brinda a sus integrantes con la finalidad de evitar desequilibrios económicos y sociales. El sistema de seguridad social constituye un objetivo imprescindible y un objetivo esencial de la sociedad moderna como sistema de protección pública ante cualquier necesidad individual o colectiva. La finalidad de esta es la de garantizar el derecho humano a la salud, la protección de los medios de subsistencia, y los de jubilación y/o pensión.

Es así como la concepción universal sobre el tema ha llevado a cada nación la necesidad de organizarse y planificarla, coordinando los sistemas de salud, de jubilaciones y pensiones y los seguros de desempleo.

Las medidas públicas de protección integral contra las privaciones sociales y/o económicas por razones de enfermedad, invalidez, pérdida de empleo, maternidad, vejez y muerte, las debe asumir el Estado con el fin de proteger a los habitantes de la República.

Seguridad social del profesional independiente, seguros solidarios seguros convenidos con terceros, participación en la seguridad nacional estatal.

Ha sido un desvelo de la profesión organizada la de tratar de proteger a sus asociados a través de diferentes sistemas, el gran cambio del mercado laboral con la aparición de las obras sociales, prepagas, etc. (aranceles regulados) el aumento en el número de profesionales (plétora) y el constante aumento de los costos directos sin regulación (materiales e equipamientos) y de los costos indirectos (impuestos, cargas sociales etc.) nos hace plantearnos dos estrategia:

A) La primera y más a largo plazo es el planteo a través de nuestros colegios de la participación del profesional independiente en la seguridad social estatal ya que nosotros somos parte del aporte al sistema a través de diferentes impuestos y no recibimos ninguna compensación.

B) La segunda la constante mejora de los servicios solidarios y de los seguros contratados con terceros.

Con respecto a este último ítem la Comisión Directiva del Círculo Odontológico de Paraná en conjunto con la Subcomisión de Servicios al Socio y el contralor y fiscalización de la Subcomisión de la Caja de Ayuda Solidaria y de los Revisores de Cuentas de nuestra institución aprueban las siguientes cuestiones:

a) Incorporar a partir del mes de enero del 2016 a través de la cuota social (sin incrementarla por este motivo por lo menos por un año) un seguro de vida, de invalidez, etc., que el colega una vez que llene la papelería con los datos del titular y el beneficiario que el designe lo

puede mejorar aumentando de manera voluntaria el aporte. Rogamos a Usted que entre el jueves 3 de diciembre hasta el 18 de diciembre se acerque a la Institución para completar los formularios, a los colegas del interior se lo vamos a enviar a domicilio.

b) Por el transcurso de un año para estudiar el comportamiento y las estadísticas comparativa, se reduce de 30 a 15 de días la cobertura por invalidez transitoria para ejercer la profesión, esto entre otras cosas es la de cubrir situaciones como por ejemplo una neumonía que a lo mejor el certificado médico no alcanza a los 30 días y se producen dos situaciones o se fuerza el certificado para que alcance a los 30 días o el colega se queda sin cobertura asumiendo sus costos fijos de gran incidencia en la actualidad, por el momento se pagará de manera proporcional o sea el 50% de lo que corresponde a la invalidez parcial. Vigencia a partir del 1 de marzo del 2016

Por el transcurso de un año para estudiar el comportamiento y las estadísticas se autoriza a generar un fondo de reserva equivalente al promedio anual de cobertura mensual por incapacidades y destinarlo de manera inmediata a las situaciones de internación sanatorial, cuidados por terceros en domicilio, establecimientos geriátricos y de rehabilitación, cualquier otra situación de emergencia será evaluada por las autoridades que designe la Comisión Directiva. Este fondo se repondrá aumentando la retención por gastos administrativos medio punto para evitar una cuota fija que incide sobre todo en los colegas mayores y los más jóvenes. Vigencia a partir del primero de enero del 2016.

#### H) LEY DE HONORARIOS - LEY DE REGULACIÓN DE LA MEDICINA PREPAGA

Instrumentos muy útiles que deben ser muy bien utilizados, como el plan que propusimos en Villaguay en el mes de febrero, de lo contrario, si se quiere hacer de manera apresurada, sin hacer un mínimo análisis jurídico, ni del mercado laboral, seguramente

nos llevará a una división de la profesión y un traspaso masivo de prestadores institucionales hacia los convenios directos.

En un momento político tan delicado es importante remarcar que la regulación de aranceles dentro del sistema de seguridad social se rige a través de las paritarias y las autorizaciones de la secretaría de comercio cuestión que de ningún modo podemos soslayar. Entonces nosotros tenemos desregulados los costos y regulados los honorarios, y este si es un hecho importante y que con mucha dedicación debemos afrontarlo e ir solucionando.

#### TEMA ARANCELARIO (ANÁLISIS DE LA PROBLEMÁTICA)

Desde hace mucho tiempo enviamos notas al COER para que sirvan para analizar la problemática del mercado laboral y nuevamente debemos insistir de que si bien consideramos correcto por fin el recupero de orden público de los honorarios, es claro que la fijación de aranceles para la seguridad social entra en franca controversia con esta ley. Hasta que esto se resuelva en forma clara el piso arancelario que fijemos debe ser razonable esto significa que sean factibles de lograrlos y de mejorarlo, en base a los convenios vigentes y teniendo como objetivo llegar la estructura de costos para la seguridad social, sino nuevamente entraríamos en una diferencia tan grande que no nos va a quedar otra opción que rescindir los convenios y entrar en un continuo conflicto desgastante en tiempo y recursos, facilitando el camino a la diáspora de la profesión. Entendemos que en un momento complejo de nuestro país en general y de nuestra provincia en particular (basta mirar los índices que dio el INDEC, y acá no analizamos que gobierno es el responsable, cada uno sacará sus conclusiones) tensar las relaciones contractuales a lo único que va a llevar es a un masivo traspaso de prestadores hacia los convenios directos. Pero porqué sostenemos esto, por varias cuestiones, pero en principio vamos a tomar solamente tres como por ejemplo el abultado número de profesionales (plétora profesional) sobre todo en los grandes centros urbanos, el

costo fijo que tenemos cada uno de nosotros para trabajar y la cuestión impositiva del odontólogo.

#### Costo fijo

la diferencia con otras épocas de complicadas cuestiones económicas sociales es que antes influía mucho el costo variable, pero desde hace un tiempo eso cambió y hoy lo que influye en forma desproporcionada es el costo fijo, y la única manera de facilitarle a los profesionales afrontar este costo es facilitando el ingreso de los pacientes al consultorio; y que sea el colega el que planifique su trabajo de manera de garantizar sus ingresos, sino la ventaja va a ser del colega que tiene convenio directo ya que mediante este cubre todos sus costos teniendo los beneficiarios en forma cautiva y también puede por una cuestión constitucional de libertad para trabajar de anotarse en los convenios abiertos.

#### Cuestión impositiva, Impuesto a las ganancias los círculos como agente de retención

**El derecho a la retribución tiene su origen en el desarrollo intelectual de la actividad profesional, la calidad del mismo determinará la magnitud del honorario, nunca los costos o erogaciones necesarias para producirlo. O sea deberíamos tributar ganancias solo por el honorario.**

#### Escalas de retención:

**Al actuar los Círculos como agentes de retención, las escalas se vuelven confiscatorias en el COP hay colegas a los cuales les retenemos un 27 % del total de lo facturado.**

#### Qué hacer?

Dado lo importante del tema, hemos decidido junto a los Círculos Odontológicos de Santa fe y Rafaela la contratación de un dictamen sobre lo relativo a la situación generada por la retención del impuesto a las ganancias y aplicación de IVA sobre el total de la facturación de los odontólogos. A fin de avanzar con la temática, encargamos la confección de un dictamen jurídico, en el cual se analice de modo detallado el marco jurídico vigente, las implicancias legales y constitucionales de la actual me-

cánica de facturación, así como los cursos de acción (administrativos y/o judiciales) que pueden ser llevados a cabo con la finalidad de procurar un remedio definitivo a la actual situación. La contratación del dictamen no implicará obligación alguna respecto de los posteriores cursos de acción que decidan llevar a cabo los círculos odontológicos.

El estudio contratado de la CABA es Casagne y Asociados de gran prestigio en el derecho administrativo tributario.

Reiteramos en un momento tan delicado es importante remarcar que la regulación de aranceles dentro del sistema de seguridad social se rige a través de las paritarias y las autorizaciones de la secretaría de comercio cuestión que de ningún modo podemos soslayar.

Entonces nosotros tenemos desregulados los costos y regulados los honorarios, y este si es un hecho importante y que con mucha dedicación debemos afrontarlo e ir solucionando.

#### Aspectos legales a tener en cuenta

Consultado con nuestros asesores legales en la materia, se nos han aportado consideraciones que confirman la situación que en el ámbito provincial la normativa en relación a nuestros honorarios y valores de nuestras prestaciones ha quedado incompleta, con definiciones aún inconclusas. La ratificación de ORDEN PUBLICO de los honorarios, aún encuentra resistencia y opiniones dispares entre los profesionales del derecho; la facultad de fijación de valores mínimos atribuidos en el ámbito de la competencia de nuestra entidad colegiada, resulta un postulado aún no confirmado por una ley provincial explícita como ocurre con los honorarios profesionales de otras profesiones, y finalmente, la determinación de los componentes de insumos y honorarios propiamente dicho en los valores de facturación aún atraviesan una etapa de clarificación pero no amparada en una norma que así lo confirme. Frente a este escenario, debemos confirmar el camino emprendido hacia la jerarquización de nuestro trabajo profesional, la consagración de aranceles y valores mínimos de nuestros honorarios contenidos

en una normativa clara, inequívoca y justificada técnicamente al momento de determinar dichos valores; pero aún nos encontramos en ese escenario normativo antes descripto, que impactado por fijaciones de valores mínimos elevados y al menos discutibles, podrían provocar la dispersión de interpretaciones y conductas de nuestros colegas y asociados, provocando una atomización justificada (tal vez) que colocará en riesgo la conducta colectiva hasta aquí asumida.

Aranceles justos, componentes técnicamente determinados, consagración de convenios con contraprestaciones equilibradas, posición jurídicamente equilibrada entre profesionales y entidades prestacionales o de cobertura, constituye el escenario buscado por nuestras instituciones, pero indudablemente, apresurar de manera forzosa y debilidad normativa puede colocar en riesgo de retroceso este camino emprendido.

Ante este escenario, debemos promover conductas colectivas que encuentren su indubitable respaldo normativo, situación que no advertimos en este escenario planteado y así nos han expresado nuestros asesores legales en la materia, motivo por el cual nuestra recomendación será de mantener la prudencia en las conductas, continuar con el estudio de la discriminación de los componentes de los valores arancelarios fijados en los convenios, promover el reconocimiento de mejores valores para dichas prestaciones en el marco de los acuerdos asistenciales que se firman, pero manteniendo la prudencia de no fijar valores mínimos que por sí mismos, promuevan posibles acuerdos individuales o selectivos que generen dispersión de la población de efectores que se identifican con nuestras instituciones. La atomización contractual asistencial se constituye en una amenaza hacia la solidaridad colectiva que representamos las instituciones que con enorme esfuerzo hemos logrado la disputa de convenios que intenten dignificar nuestra profesión, procurando para el conjunto igualdad de trato y el acercamiento más próximo a valores dignos imputables a honorarios profesionales; retroceder en estas acciones podría llevarnos a la dispersión y pérdida de sentido colectivo.

Recordando en todo momento que el COER es una entidad de derecho público y los contratos se rigen por el derecho privado y entonces queda claro que los directivos de los círculos chicos que hoy conducen al COER le trasladan la responsabilidad de los contratos a este llevándolo al límite de lo que la ley le fija.

Entonces colegas a nuestro entender la cuestión arancelaria de la seguridad social puede tener las siguientes alternativas de solución

- Si se quiere imponer la ley debemos tener a los más de 1000. Matriculados unidos e ir a la justicia para obtener una acción declarativa que esos aranceles tienen validez para imponerse en todos los convenios, nacionales, provinciales, privados, etc.
- Que se firme un contrato donde se fije por escrito el cobro de la diferencia entre lo pactado y lo requerido (sabiendo de antemano que va a ser muy difícil que una obra social firme esto)
- Seguir manteniendo los convenios, buscar el objetivo de la constante mejora de los aranceles, y que sea coincidente con la ley de regulación de la medicina prepaga y de obras sociales sindicales y en este camino sin duda los dirigentes le debemos dedicar mucho tiempo y esfuerzo.

#### HOMOLOGACION DE CONTRATOS

Estimados colegas este tema debe ser manejado sin ningún tipo de fisuras legales, ya que como ustedes recuerdan no prosperó ni siquiera en el proyecto de reforma del código de ética de hace unos años cuando se quiso incorporar a través de este. Los colegas que se oponen a esta situación tienen distintas visiones, unos creen que se le otorga todo el poder al COER, otros que excede los límites que le marca la ley, pero en cualquier de los dos casos hay que tener mucho cuidado para evitar planteos judiciales que abran una caja de pandora de consecuencias imprevisibles, como una cataratas de recursos de amparo que vamos a tener que pagar todos los matriculados así que se debe actuar con mucha cautela y asesoramiento.

#### IOSPER

#### Intentar solucionar el tema arancelario del IOSPER abrirá el camino para solucionar los otros convenios:

Nosotros pensamos que debemos encarar la problemática de IOSPER de la siguiente manera: 1) Pedir reuniones con los legisladores de cada departamento (ya el COER y el COP) concurren a las cámaras legislativas (seguiremos concurrendo) y explicarles lo importante de reponer los

aportes que por ley corresponden y compararlos con los aportes de las obras sociales provinciales de la región centro (Santa Fe y Córdoba).

2) En el mismo sentido (lo estamos organizando) hacer un seminario invitando a las autoridades del IAPOS (Santa Fé), al Ministro de Salud de Entre Ríos, legisladores de las Comisiones de Salud de ambas Cámaras, directores del Iosper, Colegio de Bioquímicos, Federación Médica, entre otros para demostrar con herramientas válidas el valor real que debe tener una cápita para brindar dignamente servicios odontológicos.

Para finalizar un profundo agradecimiento a todo el personal de la institución por su entrega y responsabilidad, también el reconocimiento especial a nuestros asesores, contable, jurídico e informático.

Muchas gracias por su tiempo, Felices Fiestas para usted y su familia y nuestro deseo que el próximo año nos encuentre trabajando juntos para la concreción de nuestros proyectos.

#### Comisión Directiva del Círculo Odontológico de Paraná

Fundado el 3 de Diciembre de 1929



# Calendario científico



## MIÉRCOLES DE CINE

5ª TEMPORADA LLAMADA "TOUR CINEMATOGRAFICO"

Todos los miércoles, cada 15 días, a las 20:45 hs en el Salón Auditorio de nuestra casa.

¡LOS ESPERAMOS!

## Diciembre

1

### IMPLANTOLOGIA BUCAL Y REHABILITACIÓN PROTÉSICA IMPLANTO ASISTIDA

Dictantes: Dr. Gaspar Santi  
Inició: 11 de marzo 2016  
Duración: 10 sesiones  
Horario: 8 a 21 hs. y 8 a 12 hs.  
Lugar: Salón Auditorio COP

2

### ORTODONCIA

Dictante: Dr. Alfredo Álvarez  
Inició: el año pasado  
Duración: hasta diciembre 2016  
Horario: 9 a 18 hs.  
Lugar: Salón Auditorio COP

13

### ORTODONCIA

Dictante: Dra. María Laura Irurzun  
Inicio: continua del año pasado.  
Duración: hasta dic. 2016  
Horario: 10:30 a 18 hs.  
Lugar: Salón Auditorio COP

15

### INTEGRAL DE ORTODONCIA INTERCEPTIVA Y ORTOPEDIA FUNCIONAL DE LOS MAXILARES 1º NIVEL

Dictante: Dres. Pinasco, Trucco y Barbero  
Inicio: 25 febrero  
Días: 4tos jueves del mes  
Duración: 35 sesiones  
Horario: de 8:30 a 18:30 hs  
Lugar: Salón Auditorio COP

16

### INTEGRAL DE ORTODONCIA. TÉCNICA DE ARCO RECTO. PRESCRIPCIÓN DE ROTH.

Dictante: Dres. Pinasco, Trucco y Barbero  
Inicio: 25 febrero 2015  
Días: 4tos viernes del mes  
Duración: 35 sesiones  
Horario: 9 a 13 hs. y 14:30 a 18:30 hs  
Lugar: Salón Auditorio COP

17

### DESORDENES CRANEO MANDIBULO CERVICALES. ALTERACIONES DE LA ATM

Dictante: Dres. Pinasco, Trucco y Barbero  
Inició: 27 febrero.  
Duración: 35 sesiones  
Días: 4tos. sábados del mes  
Horario: Teoría de 8 a 11 hs  
Clínica de 11 a 14 hs  
Lugar: Salón Auditorio COP

## SR. OSVALDO ENRIQUE BRESSAN



El día 18 de Noviembre se cumplió el primer año de su fallecimiento. Osvaldo ya no llega con su maletín a nuestros consultorios siempre con una sonrisa con toda la paciencia del mundo, atento y respetuoso, esperando que le pudiéramos dar ese ratito de charla no solo para promocionar las novedades farmacológicas del laboratorio al cual representaba sino que no podía irse sin un comentario futbolero para los que como el gustamos de este deporte. Como no decir algo de su San Lorenzo querido!. Debo decir a los jóvenes colegas que se perdieron de

conocer a una gran persona Colaborador y presencia indispensable durante años de todo evento científico. Quién de nosotros no lo esperaba con cierta ansiedad sobre fin de año con la indispensable agenda que nos sería tan útil para el año siguiente.

SR. OSVALDO E. BRESSAN LO RECORDAREMOS POR SIEMPRE COMO LO QUE FUE, UNA MUY BUENA PERSONA

Dra. Mabel D. Cesarini

# Cursos 2017

Dr. Mario Trucco, Dr. Ariel Barbero, Dra. Elina Pinasco

### CURSO INTEGRAL DE ORTODONCIA INTERCEPTIVA Y ORTOPEDIA FUNCIONAL DE LOS MAXILARES. NIVEL II

Fechas  
23/02/2017 - 21/12/2017  
Carga horaria  
11 sesiones - 88 hs  
De 8 a 16 hrs

### CURSO DE ORTODONCIA CORRECTIVA. TÉCNICA DE ARCO RECTO. NIVEL II

Fechas  
19/05/2016 - 21/12/2018  
Carga horaria  
19 sesiones - 152 hs

### CURSO DE DESORDENES CRÁNEO CERVICO MANDIBULARES. ALTERACIONES DE LA ATM. NIVEL II

Fechas  
25/02/2017 - 23/12/2017  
Carga horaria  
11 sesiones - 66 hs

### CURSO INTEGRAL DE CONSTRUCCIÓN DE APARATOLOGÍA REMOVIBLE PARA ORTODONCIA INTERCEPTIVA Y ORTOPEDIA FUNCIONAL DE MAXILARES

Fechas  
23/02/2017 - 21/12/2017  
Carga horaria  
11 sesiones - 55 hs

Enrique Guardo

### MARKETING EN ODONTOLOGÍA

Fechas  
Viernes 7 de abril  
Carga horaria  
1 sesión de 8 horas.

Dr. Alfredo Alvarez

### CURSO BIOMECÁNICA Y MANEJO CLÍNICO EN LA FINALIZACIÓN DE CASOS

Fechas  
Abril a diciembre 2017 - Marzo a diciembre 2018. Primeros viernes del mes.  
Carga horaria  
20 sesiones - 130 hs

### CURSO INTEGRAL DE ORTODONCIA

Fechas  
Abril 2017 a diciembre 2019 . Primeros jueves y viernes del mes.  
Carga horaria  
31 sesiones - 271 hs

Dra. María Laura Ruiz y Dra. Evelyn Mancini

### MANEJO CLINICO DE LAS ENFERMEDADES GINGIVO-PERIODONTALES Y PERIIMPLANTARIAS

Fecha  
días lunes  
Carga horaria  
2 sesiones por mes durante 6 meses

Dr. Hugo Rivera  
Dr. Luis Larrateguy

### MEDICINA DEL SUEÑO: UN NUEVO CAMPO PARA LA ODONTOLOGÍA. DISPOSITIVOS DE AVANCE MANDIBULAR SU APLICACIÓN EN EL TRATAMIENTO DEL RONQUIDO Y LA APNEA DE SUEÑO.

Fechas  
Jueves 9 y viernes 10 de marzo  
Carga horaria  
2 días de 8 hs

Dr. Sergio Franco y Dr. Ernesto Jaworski

### CIRUGÍA BUCAL

Fechas  
Marzo, Junio, Julio, Agosto, Octubre, Noviembre  
Carga horaria  
6 sesiones de 8 hs - 42 hs

Dr. Lucas Echandía

### CURSO DE ESTÉTICA Y BIOMEMÉTICA EN ODONTOLÓGIA RESTAURADORA. SECTOR ANTERIOR.

Fecha  
29 de junio  
Carga Horaria  
1 Módulo de 9 hs

Dr. German Albertini

### REHABILITACION ORAL ESTETICO FUNCIONAL. DE LO SIMPLE A LO COMPLEJO. ENFOQUE ACTUAL.

Fecha  
Abril 2017  
Carga Horaria  
2 días

Dr. Gaspar Santi

### CURSO DE IMPLANTES DENTALES Y REHABILITACIÓN PROTÉSICA IMPLANTOSO-PORTADA

Fechas  
De marzo a diciembre de 2017  
Segundos viernes de cada mes.  
Duración  
10 sesiones - 120 hs

Dr. Frajlich

### ACTUALIZACIÓN EN ENDODONCIA CLÍNICA

Fechas  
Lunes 5 y martes 6 de Junio / Lunes 10 y martes 12 de Julio  
Carga horaria  
4 sesiones - 32 hs

Dr. Javier CALIENNI

### CLÍNICA DEL CANCER BUCAL

Fechas  
agosto 2017  
Carga horaria  
teorico de un día

Dra. Herbel Beatriz

### CURSO DE ODONTOPEDIATRIA. TRAUMATISMOS DENTARIOS EN LA PRACTICA DIARIA

Fecha  
Viernes 22 de septiembre  
Carga horaria  
1 sesión de 6 horas

Dr. Sebastián Solari

### REHABILITACIÓN INTEGRAL. PRÓTESIS FIJA DE BAJA Y MEDIANA COMPLEJIDAD

Fechas  
A confirmar  
Duración  
5 sesiones de 8 hs cada una

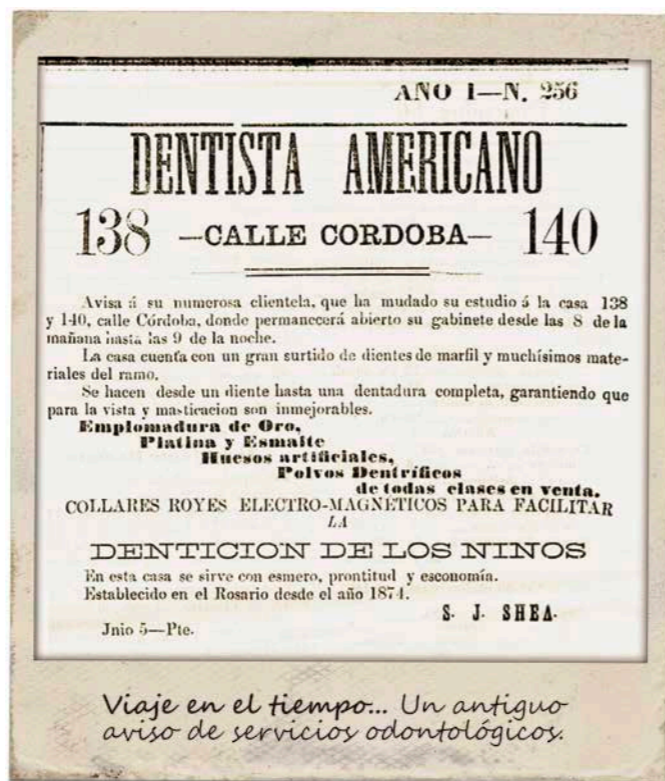
CAMPAÑA DE PREVENCIÓN DEL CÁNCER BUCAL

# sacale la LENGUA al Cáncer

Estimados colegas, les informamos que ha culminado la Campaña de Prevención del Cáncer Bucal "Sacale la lengua al cáncer" que por segundo año consecutivo hemos acompañado a través del Servicio abierto de Residencias del Círculo a la Sección de Estomatología del Hospital San Martín, la Comisión Directiva en nombre de nuestra institución y sus asociados agradece al **Dr. Javier Calienni** y al **Dr. Javier Damiani** por la confianza depositada en nuestro servicio, como así también a la Concejala **Cristina Sosa** por declararlo de interés municipal, a la **Dra. Patricia Castañeira** y el Senador provincial **Aldo Ballestena** por declararlos de interés legislativo y un especial reconocimiento a los siguientes colegas **Dres. María Alejandra Noriega, Vanesa Cangeri, Victorino Demartini, Gimena Degani y Agustina Savini Roldán** integrantes del servicio de Residencias de nuestra Institución.

*Muchas gracias!*

Comisión Directiva del Círculo Odontológico de Paraná  
Fundado el 3 de Diciembre de 1929



**SUO** SERVICIO DE URGENCIAS ODONTOLÓGICAS

Círculo Odontológico de Paraná | Desde 1929

Lunes a Viernes de 22 a 6 hs.  
Sábados de 16 a 24 hs.  
Domingos y feriados las 24 hs.

**tel. 4318362**  
Corrientes 218 · Paraná

www.sosparana.com.ar

**GC DENTAL**  
ortodoncia • odontología  
Distribuidor >Orthodont<

**PARANA**  
Entre Ríos  
Nueva dirección  
SALTA 427  
☎ 0343-4311609  
☎ 3434541608

**ROSARIO**  
Santa fe  
SAN LUIS 2406  
☎ 0341-4259226  
☎ 1168791920

**MAR DEL PLATA**  
Bs. As.  
RIVADAVIA 3456  
☎ 0223 4720817  
☎ 1168791920

**Horario corrido Lun a Vie- 9 a 18hs- E-mail: gc.orthodont@hotmail.com**

GALERÍA DE IMAGENES

## DÍA DE LA ODONTOLOGÍA

Gracias a todos los colegas por disfrutar con nosotros de una nueva jornada por el Día del Odontólogo! Agradecemos la presencia de los invitados especiales y los dictantes **Dra. Boldrini** y **Dr. Mitre**



# La influencia del movimiento ortodóncico en el nivel de los tejidos periodontales

Daniele Cardaroli, Lorena Gaveglio  
E-mail: dacardar@tin.it



Fig. 1. (A-D) Paciente adulto afectado por una periodontitis crónica mostrando protrusión de incisivos debido a la pérdida de soporte óseo. Después del tratamiento periodontal quirúrgico, se comenzó la terapia ortodóncica para realinear los dientes migrados. Nótese el mejoramiento estético obtenido al final del tratamiento junto con un saludable soporte periodontal.

Las fuerzas ortodóncicas son capaces de reorganizar y reordenar el ligamento periodontal para facilitar el movimiento dentario. Las fuerzas óptimas producirán respuestas tisulares favorables, pero cuando este balance se pierde (como en el caso de altas magnitudes de fuerzas, o en presencia de un reducido soporte periodontal) el ligamento periodontal (LP) puede responder de otra manera. Este análisis destaca las respuestas reactivas del LP cuando las fuerzas ortodóncicas -ambas, normales y extremas- son aplicadas. También intentamos discutir cómo difiere el movimiento ortodóncico en pacientes con buena salud periodontal y en aquellos con enfermedad periodontal. (Seminars Orthod 2007; 13: 234-245.) © 2007 Elsevier Inc.

El problema de si las fuerzas usadas en ortodoncia pueden tener efectos negativos en los tejidos periodontales ha sido evaluado mediante varios estudios clínicos y experimentales.<sup>1</sup>

Este tema es de relevancia clínica desde que los estudios epidemiológicos mostraron que la prevalencia de la inflamación gingival en el mundo es alta, y que un 30% de la población tiene enfermedad periodontal avanzada.<sup>2,3</sup>

Es conocido también que la prevalencia de la enfermedad periodontal en pacientes con una historia de gingivitis es alta, al igual que la susceptibilidad de ciertos dientes.<sup>4</sup> Por lo tanto, es importante identificar a los pacientes que son susceptibles de tener enfermedad periodontal, y controlar su salud periodontal antes de empezar el tratamiento ortodóncico.

El paciente adulto con periodontitis pre-

senta junto con la protrusión de incisivos, espacios, rotaciones y sobreerupción de sus dientes.

Estos cambios de posición dentaria podrían comprometer la estética y la función de los dientes. En estas situaciones el tratamiento ortodóncico puede ser útil en restablecer una mejor estética y función (Fig. 1). Cuando una adecuada salud periodontal e higiene bucal son mantenidas durante la fase activa de la terapia ortodóncica, ninguna o solamente lesiones clínicamente insignificantes ocurrirán en los tejidos de soporte. Sin embargo, si el mantenimiento de la higiene bucal es menos efectivo con poca cooperación del paciente y presencia de inflamación periodontal durante el tratamiento de ortodoncia, el riesgo de un colapso periodontal se aumenta marcadamente. Sin embargo, debiera notarse que la mayoría de los estudios clínicos que evalúan el movimiento ortodóncico en los tejidos periodontales han sido realizados en niños y adolescentes, que raramente son afectados por enfermedad periodontal destructiva. El desarrollo de la enfermedad periodontal destructiva puede resultar en la formación de bolsas supraóseas con tejido conectivo inflamado y el epitelio dentogingival localizado aproximadamente en la cresta alveolar, o en la formación de bolsas infraóseas, con tejido conectivo inflamado y el epitelio dentogingival localizado aproximadamente en la cresta ósea. Estudios experimentales que involucran análisis histológicos han revelado que las fuerzas ortodóncicas difícilmente convierten una gingivitis en una periodontitis destructiva.<sup>7,16</sup> Este hallazgo puede estar relacionado

con el hecho de que la gingivitis, la lesión inflamatoria inducida por la placa está confinada al tejido conectivo supraalveolar, mientras que las lesiones tisulares que ocurren como resultado del movimiento dentario ortodóncico, están limitadas al tejido conectivo localizado entre la raíz y el hueso alveolar circundante.

El movimiento ortodóncico genera cambios clínicos, celulares y moleculares en el hueso alveolar. En las zonas periodontales de presión ocurre la reabsorción del hueso por los osteoclastos, mientras que en las zonas periodontales de tensión ocurre la aposición del hueso por los osteoblastos. El movimiento dentario genera por la ortodoncia, por lo tanto, está relacionado estrictamente con los procesos fisiológicos de la actividad celular, tanto en el tejido blando conectivo como en los compartimientos alveolares óseos. Este artículo analizará estudios clínicos y experimentales que pueden ser útiles para tratar de entender el efecto del movimiento ortodóncico en los niveles del tejido periodontal, y para determinar cuándo la aplicación de una fuerza anormal puede crear riesgo para un colapso periodontal posterior.

## Respuestas periodontales a la aplicación de la fuerza ortodóncica

Generalmente, cuando una fuerza ortodóncica es aplicada, el movimiento dentario ocurrirá en la dirección de la fuerza, al estrechar el ligamento periodontal (LP) en el lugar de la compresión, con el subsiguiente recontorno y reabsorción del hueso alveolar. En este sentido, los dientes pueden moverse una pequeña distancia antes de que el hueso resistente frene el movimiento. Esta resistencia es eventualmente superada por la reabsorción resultante del hueso opuesto al LP comprimido. En los sitios donde la fuerza induce tensión que el LP, ocurrirá una aposición concomitante de hueso hasta que el LP vuelva a su espesor normal. Entonces, el movimiento dentario ocurre como un resultado directo del remodelamiento del tejido alrededor de la raíz del diente, inducido por la fuerza. Este remodelamiento requiere la presencia de células capaces de reabsorber y de formar la matriz extra celular (ECM) del LP y del

hueso alveolar. Cuando se mantiene este mecanismo bajo control, las limitaciones anatómicas iniciales, como senos, suturas o barreras corticales, pueden ser superadas y el movimiento dentario puede realizarse aun a través del seno maxilar.<sup>18</sup> Cuando se inicia el tratamiento ortodóncico, debe planearse un sistema de fuerzas para alcanzar los objetivos propuestos. Aumentar o disminuir los niveles de fuerza están siempre asociados con una reacción tisular. Bajo condiciones normales, las fuerzas fonéticas y de la masticación actúan sobre las superficies de los dientes, pero no resulta movimiento dentario pues los dientes están ubicados en la llamada zona neutral. Más aun, este equilibrio se mantiene también por una activa estabilización mediada por la actividad metabólica del LP. Para sobrepasar este equilibrio y mover un diente se requiere una fuerza mínima de 5 a 10 g/cm<sup>2</sup>.<sup>19</sup> Los movimientos dentarios pueden clasificarse como movimiento "con el hueso" o "a través del hueso". Para lograr el movimiento "con el hueso", debe ocurrir una reabsorción frontal (directa) del hueso en la dirección del movimiento, con un balance entre reabsorción y aposición. Con la aplicación de fuerza excesiva ocurre una reabsorción indirecta en áreas alrededor del LP comprimido, necrótico (hializado), y el movimiento dentario será del tipo "a través del hueso", sólo con pequeñas cantidades de aposición ósea.<sup>20-21</sup> Sin embargo, una vez que la barrera de hueso es disuelta, el diente se mueve rápidamente en la dirección de la fuerza, mientras que el LP en las zonas de tensión se estira y la aposición ósea avanza vigorosamente. Cuando una fuerza ortodóncica es aplicada, se inicia una cascada de eventos por la deformación mecánica de las células y se forma la ECM. La deformación mecánica de las células, su cambio de forma (ovoide o redonda) y la segregación de ácido aráquidónico desde la superficie de la célula y su metabolismo a través del corredor de la lipooxigenasa o bien de la ciclooxigenasa, lleva a liberar los primeros mensajeros (prostaglandinas y leucotrienos), que por turno activan o estimulan la salida de los segundos mensajeros (AMP cíclico, fosfato de inositol, diacilglicerol y tirosinquinasa activada por mitógeno). Estos segundos mensajeros producen re-

acciones celulares, como la remodelación del hueso y del LP. Sumado a esto, la presión generada en el LP altera el soporte vascular contribuyendo a las reacciones celulares y a los cambios remodeladores. En presencia de fuerzas pesadas e intermitentes, como las producidas durante la masticación, una respuesta dental se completa en pocos segundos. Estas fuerzas pesadas intermitentes causan una instantánea microdeformación del hueso alveolar ya que el componente fluido del LP no puede ser comprimido. Después de 1 a 2 segundos, el fluido se filtra fuera del LP y los dientes son desviados al espacio del LP. Después de otros 3 a 5 segundos, este fluido filtrado fuera del ligamento periodontal, que genera compresión y dolor, conduce a un cese de cualquier fuerza perjudicial. Sin embargo, el patrón de respuesta tisular a la fuerza ortodóncica difiere y puede estar referida a la intensidad de la fuerza aplicada. Difere de acuerdo a la magnitud de la fuerza ortodóncica aplicada, si es suave o fuerte. Cuando se utilizan fuerzas livianas se manifiesta una deformación del hueso alveolar dentro de un segundo, ya que los fluidos del LP no pueden ser comprimidos. Después de 1 a 2 segundos, los fluidos filtran por fuera del ligamento, permitiendo al diente moverse en el espacio del ligamento. Después de 3 a 5 segundos los vasos sanguíneos del LP serán comprimidos en las zonas de presión y estirados en las zonas de tensión. En pocos minutos una disminución de la  $pO_2$  (presión parcial de oxígeno) se manifestará junto con un aumento en las concentraciones de prostaglandinas y citoquinas. Después de unas pocas horas, alteraciones metabólicas van a aumentar la incidencia y el promedio de la diferenciación celular, y después de 2 días se notará un movimiento dentario incipiente. Este proceso ocurre predominantemente debido al remodelamiento óseo por carga inducida producido por una actividad combinada de ambos osteoclastos y osteoblastos. Este tipo de reacción tisular generará una reabsorción ósea directa (Fig. 2) con una sincronización de reabsorción y aposición de tejido en las zonas de presión y tensión del LP (Fig. 3), respectivamente. Una a dos semanas después, la lámina será removida facilitando el movimiento dentario (Fig. 4).



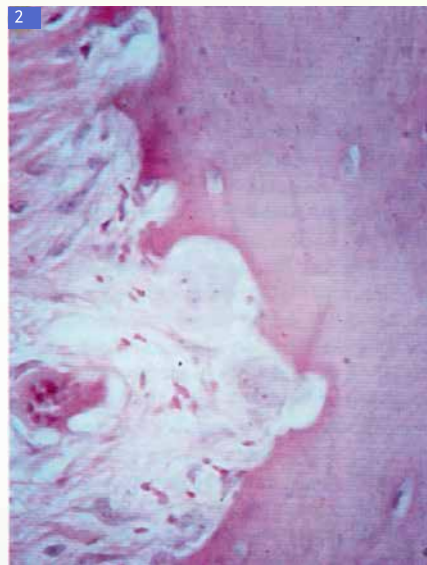


Fig. 2. Canino superior de gato después de 7 días de tratamiento ortodóncico mostrando la compresión del LP y la reabsorción socavada. La sección de tejido fue teñida con hematoxilina y eosina.

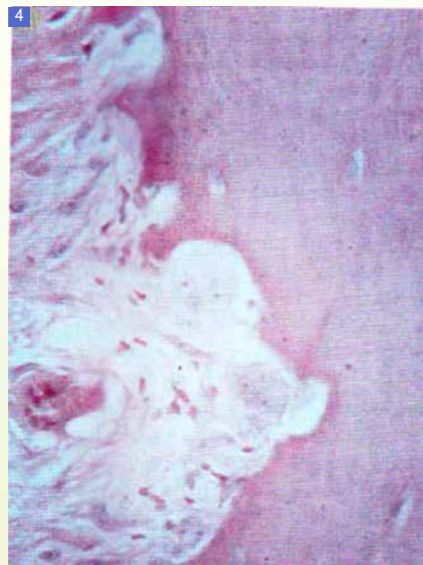


Fig. 4. Canino superior de gato después de 7 días de tratamiento ortodóncico mostrando el LP comprimido y la reabsorción ósea alveolar directa. Sección de tejido teñida con hematoxilina y eosina.

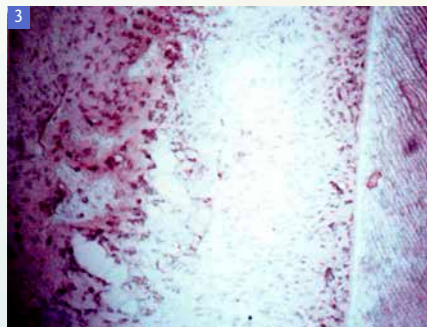


Fig. 3. Canino superior de gato después de 7 días de tratamiento ortodóncico, mostrando el sitio de tensión en el ligamento periodontal y el comienzo de formación de nuevo hueso alveolar. La selección de tejido con hematoxilina y eosina.

Basados en estos hallazgos se puede concluir que las fuerzas ligeras son más eficientes en desarrollar movimiento dentario continuo, preservando tanto el hueso como el LP de la necrosis. Con fuerzas livianas, el movimiento del diente comienza después de 2 días del tratamiento y este movimiento temprano puede a veces exceder los 0,5 mm. El movimiento entonces persiste y si la aplicación de un sistema apropiado de fuerzas es continuo, un cambio de 2 mm del espacio puede detectarse después de 3 semanas. En contraste, el movimiento dentario con fuerzas pesadas no será continuo, pero va a ocurrir con períodos alternados de movimiento y pausa por la necesidad de reabsorción de las zonas necróticas. Sin embargo, es difícil cuantificar la cantidad fuerza aplicada a cada diente y determinar si debería ser categorizada como “liviana” ya que tal cuantificación puede depender de varios parámetros como el área de superficie de la raíz, la anatomía dentaria, y la extensión de la altura del soporte periodontal. En el caso de enfermedad periodontal con pérdida de inserción, una fuerza “normal” puede resultar “excesiva” en relación con el soporte existente de los dientes, que frecuentemente lleva la hialinización tisular,

excesiva reabsorción ósea y colapso periodontal posterior. Es obvio que en el caso de enfermedad periodontal severa este escenario podría incluso llevar a la pérdida del diente. Para proveer una cuantificación numérica útil para el clínico, la fuerza sugerida no debe ser mayor de 10 a 15 g para aplicar a un incisivo superior con pérdida del soporte periodontal, con el objeto de minimizar el posterior colapso periodontal.<sup>19</sup> El movimiento dentario en regiones fuera del proceso alveolar no es deseable y puede ocurrir debido a un sistema de fuerzas alterado y pobremente diseñado. La distribución de fuerzas en los tejidos alrededor de la raíz del diente se controla por la magnitud de la fuerza y por la proporción momento/fuerza aplicada al centro de resistencia de la raíz. La magnitud de la fuerza, especialmente al inicio del tratamiento y en pacientes adultos, debe ser muy suave, para evitar zonas de hialinización y promover la proliferación de células periodontales, mientras la proporción momento/fuerza debería ser alta, para lograr una buena distribución de las fuerzas a lo largo del LR. La edad en los adultos por sí misma no es una contraindicación para la terapéutica, aunque la respuesta del tejido a las fuerzas ortodóncicas, incluyendo a movilización celular, activación, y respuestas es lenta comparada con la de los niños. Esta diferencia puede ser atribuida a la reducida actividad celular en tejidos ricos en colágeno en los sujetos adultos. En éstos, las zonas de hialinización pueden formarse inmediatamente en las zonas de presión, previniendo temporariamente el movimiento del diente en la dirección proyectada. Eventualmente, estas zonas necróticas son eliminadas a través de la reabsorción por medio de osteoclastos y macrófagos provenientes de los espacios medulares adyacentes, seguidos por la regeneración del LP. Resumiendo, cuando fuerzas fuertes/pesadas son aplicadas, el LP comprimido es aplastado, resultando en isquemia local y hialinización, que demoran el movimiento dentario. Cuando se aplican fuerzas moderadas, también el LP puede estrangularse resultando en un retraso de la reabsorción ósea. Sin embargo, las fuerzas livianas producen sólo una isquemia parcial en el LP, junto con la reabsorción ósea directa resultando en un movimiento dentario continuo.

### Movimiento ortodóncico de dientes con pérdida de soporte periodontal

La periodontitis es una enfermedad multifactorial que resulta de la infección bacteriana sumada a una predisposición genética. Las fuerzas ortodóncicas por sí mismas raramente convierten una gingivitis en una periodontitis destructiva, pero una terapéutica ortodóncica pobremente ejecutada en pacientes con periodontitis puede fácilmente llevar a un futuro colapso periodontal (Fig. 5). La combinación de inflamación con trauma oclusal o movimiento dentario va a producir una rápida destrucción del sistema de soporte. Esta pérdida de hueso alveolar en pacientes con periodontitis resulta en un desplazamiento apical del centro de resistencia de los dientes afectados, haciendo muy difícil el movimiento en pleno (traslación). El efecto resultante es que los dientes tienden a inclinarse. Sumado a estas dificultades mecánicas, la formación de una zona hialinizada adyacente a un diente comprometido periodontalmente puede ser perjudicial desde que la regeneración del LP no ocurre en presencia de una infección bacteriana, resultando en una extensiva pérdida de hueso alveolar (Fig. 6). Así, en caso de una avanzada infección periodontal, los dientes deben ser movidos sólo después de realizar una adecuada terapia periodontal y de que a severa infección haya sido eliminada.<sup>25,26</sup> Desde un punto de vista clínico, en muchos pacientes con una dentición periodontalmente comprometida, la migración de los dientes anteriores lleva a un espaciamiento y erupción, resultando en un serio problema estético y funcional. En estos casos, la ortodoncia puede ser un confiable tratamiento terapéutico porque no resulta en una disminución del nivel óseo marginal, si a inflamación gingival es controlada (Fig. 7). Ha sido demostrado que a adecuada y oportuna combinación de un tratamiento periodontal y ortodóncico mejora las condiciones periodontales alteradas, sugiriendo la posibilidad de un éxito prolongado.<sup>25</sup> Los mejores resultados son obtenidos cuando los movimientos ortodóncicos se realizan con el uso de fuerzas livianas y la línea de acción de la fuerza pasando próxima al centro de resistencia.<sup>26</sup> El punto central de efectividad en esos tratamientos está en la habilidad del procedimien-

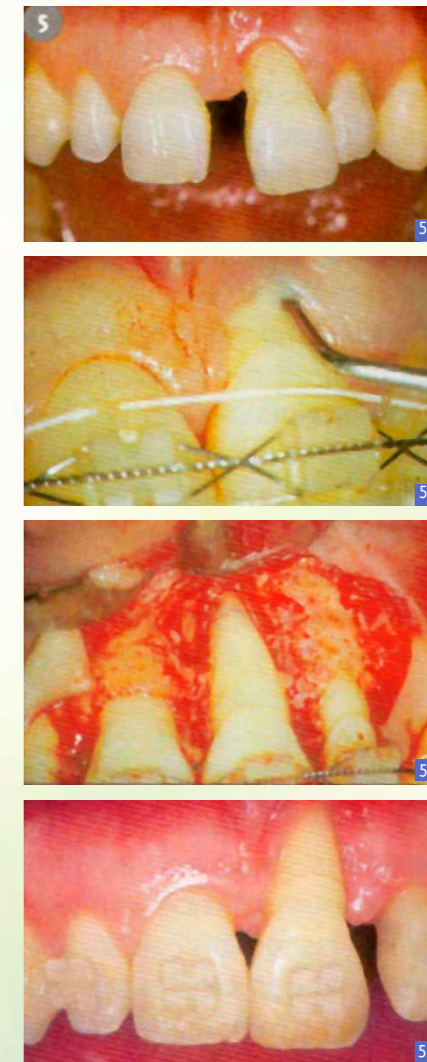


Fig. 5 (A-D): Efectos deletéreos de un tratamiento ejecutado inadecuadamente. El paciente presenta migración dentaria apertura de espacios debido a enfermedad periodontal. El tratamiento ortodóncico fue realizado sin una apropiada eliminación de la infección periodontal y sin un control adecuado de placa. Nótese la profunda bolsa periodontal después del alineamiento dentario. La apertura quirúrgica del lugar muestra pérdida ósea severa resultando en colapso periodontal y complicaciones estéticas.



Fig. 6 (A-D): Paciente adulto con maloclusión que tuvo tratamiento ortodóncico sin una evaluación mucogingival y periodontal adecuadas. Después de la alineación de los dos incisivos centrales, se desarrolló una profunda recesión que puede ser atribuida a un movimiento labial fuera de control. La visión intraquirúrgica muestra el nivel de tejido duro con la dehiscencia ósea. La situación fue mejorada por la combinación de regeneración tisular guiada e injerto gingival.

to usado para eliminar la placa y el cálculo subgingivales de la superficie de la raíz del diente. Siguiendo estos lineamientos el tratamiento ortodóncico ya no está contraindicado cuando ha ocurrido una gran pérdida ósea por en-

fermedad periodontal. Ahora, el tratamiento de pacientes con severa enfermedad periodontal está siendo realizado por un equipo interdisciplinario entre el periodoncista y el ortodoncista para mejorar las posibilidades de salvar y restaurar una dentición deteriorada.

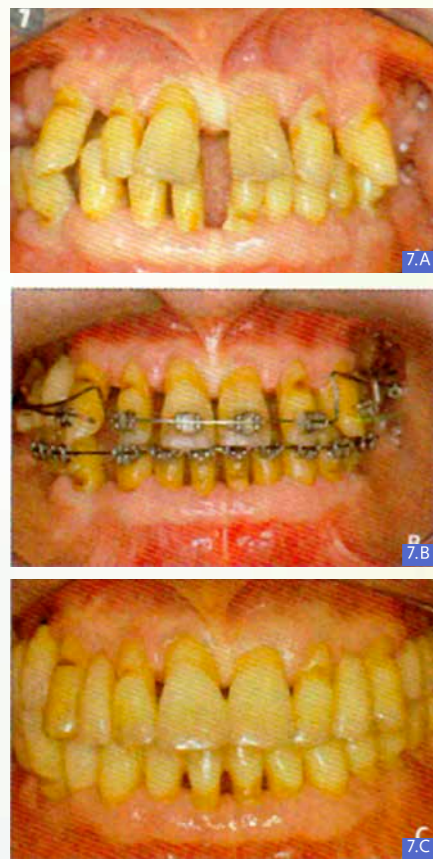


Fig. 7 (A-C): Tratamiento interdisciplinario de un paciente adulto con periodontitis crónica. Después de un adecuado tratamiento periodontal no-quirúrgico, se insertaron implantes oseointegrados en la zona posterior para reemplazar piezas dentarias perdidas y el tiramiento ortodóncico fue realizado para alinear los dientes. al final de la terapéutica los dientes anteriores fueron con resina a la manera de un puente Maryland.

### La influencia de las fuerzas ortodóncicas en el ligamento periodontal inflamado

El desarrollo de la enfermedad periodontal destructiva puede resultar en la formación de bolsas infraóseas, es decir, defectos óseos, con el tejido conectivo inflamado y el epitelio de unión (dentogingival) localizado apicalmente respecto de la cresta del hueso alveolar. Más aun, las bolsas infraóseas pueden ser creadas por movimientos de angulación o de intrusión de dientes con acumulación de placa o ambos.<sup>27</sup> Estudios experimentales han demostrado un efecto agravante en la progresión de la enfermedad periodontal cuando un trauma causado por fuerzas desestabilizantes fue sumado a lesiones periodontales asociadas con defectos óseos verticales.

Este efecto puede indicar un incremento del riesgo para la progresión de la enfermedad periodontal asociada a la placa bacteriana cuando a mecánica ortodóncica es aplicada a un diente que ya tenía defectos verticales.<sup>28, 29</sup> Sin embargo, un estudio similar realizado en monos no demostró una pérdida adicional de tejido conectivo cuando un trauma desestabilizante se sumó a zonas con enfermedad periodontal.<sup>30</sup>

El efecto del movimiento en masa de los dientes dentro de los defectos periodontales infraóseos ha sido evaluado en un estudio experimental en monos.<sup>31</sup> El estudio concluyó que no se había observado un efecto deletéreo en el nivel del tejido conectivo adherido. El defecto angular (vertical) fue eliminado por el tratamiento ortodóncico, pero no se obtuvo ganancia del nivel de adhesión. Allí quedó sólo una delgada capa epitelial cubriendo la superficie de la raíz. Sin embargo en este estudio se realizó o el tratamiento periodontal previo a que hiciera el movimiento ortodóncico del diente y los animales fueron sometidos a las medidas de control de placa durante todo el curso del experimento. En otro estudio realizado en cuatro perros beagle, los defectos óseos angulares fueron preparados en la cara mesial de los terceros premolares y se indujo una periodontitis experimental. El movimiento ortodóncico fue realizado para mover un premolar dentro y a través del defecto óseo angular. Las evaluaciones clínica, radiográfica e histológica revelaron

que era posible establecer y mantener una bolsa infraósea con una lesión inflamatoria inducida por placa por debajo de la cresta durante todo el curso del estudio. Mientras el diente control había mantenido sus niveles de adhesión, los dientes movilizados ortodóncicamente mostraron una pérdida de adhesión agregada. Se concluyó que la terapia ortodóncica que requiere del movimiento en masa del diente, puede aumentar la proporción de destrucción de la adherencia del tejido conectivo en dientes con bolsas infraóseas inflamadas. El riesgo de la pérdida de adherencia adicional es evidente, en particular cuando el diente es movido dentro de la bolsa infraósea.<sup>32</sup> En otro estudio experimental en monos, en el que se realizó el movimiento en masa de los dientes dentro de lesiones infraóseas, los resultados indicaron la posibilidad de obtener una readhesión del periodonto después del movimiento del diente.<sup>33</sup>

También abundan en la literatura, estudios clínicos que examinaron el efecto del movimiento ortodóncico en pacientes periodontales con defectos infraóseos. Una terapia combinada, compuesta por cirugía de colgajo e intrusión ortodóncica, resultó en el realineamiento de los dientes tratados con relleno óseo radiológico ganancia en el nivel de fijación clínica y reducción de la profundidad de la bolsa sondeada, confirmando la posibilidad de conseguir un periodonto final saludable. Estos estudios clínicos demostraron que es posible realizar el movimiento dentario dentro de los defectos infraóseos en pacientes con enfermedad periodontal avanzada, pero enfatizando la importancia de la terapia periodontal preortodóncica.<sup>34</sup>

<sup>35</sup> Un problema común en pacientes adultos que tienen enfermedad periodontal es la migración sobre erupción y espaciamiento de los incisivos. Estos cambios posicionales pueden ser el resultado de la falta de equilibrio entre el soporte periodontal y las fuerzas que actúan sobre los dientes. Los dientes anteriores son especialmente proclives a sobre erupción desde que no están protegidos por fuerzas oclusales y no tienen contactos anteroposteriores que inhiben esa migración. Más aun, las fuerzas masticatorias están dirigidas predominantemente en sentido anterolateral y allí existe pequeña resistencia, en particular en casos de overjet aumentado. Con la progresiva

pérdida de hueso, el centro de resistencia se mueve más apicalmente y las fuerzas que actúan sobre las coronas generan un desplazamiento progresivo. Desde un punto de vista estético y funcional, la intrusión de estos dientes parece ser la solución lógica<sup>34</sup> aun si el tratamiento ortodóncico, que comprende movimientos intrusivos, incluye un riesgo de agravamiento de la condición periodontal.<sup>36</sup> Estos tipos de movimientos podrían tener algún efecto beneficioso en la longitud de las coronas clínicas y los niveles óseos marginales (Fig. 8).<sup>34</sup> Asimismo, investigaciones histológicas sugieren que la intrusión ortodóncica puede conducir a la formación de una nueva adherencia: un estudio experimental al en monos demostró que se formó una nueva adherencia de tejido conectivo durante la intrusión de los dientes periodontalmente involucrados. Es posible que una vez que la infección gingival es eliminada y las superficies de la raíz minuciosamente raspadas, se forme una capa de cemento nueva en la superficie de raíz anteriormente infectada.<sup>37</sup> En otro estudio, realizado con la ayuda de análisis histológico y métrico en monos, se encontró que sólo un 60% de la distancia movida es cubierta por la encía cuando los dientes son intruidos con una fuerza continua de 80 a 100g.<sup>38</sup> En contraste con esto último, un experimento realizado en perros demostró que las fuerzas ortodóncicas intrusivas son proclives a deslizar placa supragingival hacia una posición subgingival, y por esa razón dan por resultado la formación de una bolsa infraósea. Sin embargo la contraindicación del movimiento intrusivo no debe ser una preocupación si se mantiene una meticulosa higiene oral y un estado de salud gingival. Una vez que el tratamiento periodontal lleve a una condición de salud gingival y la susceptibilidad sea controlada, y si las fuerzas ortodóncicas están bien calibradas, es posible instruir los dientes con pérdida ósea. Esta intrusión puede llevar a una verdadera ganancia de adherencia de tejido conectivo.<sup>34, 36</sup>

La extrusión de los dientes inducida ortodóncicamente puede estar indicada para aumentar la longitud de la corona clínica de los dientes, o para reducir diferencias en niveles de hueso alveolar. La llamada erupción forzada ha sido descrita para el tratamiento de las bolsas infraóseas, en las que el movimiento extrusivo lleva a una posición coronal de la adherencia del tejido conectivo intacto para disminuir el defecto Oseo.39 Una contraindicación a esta técnica es que, siguiendo la extrusión, los dientes estarán en sobreoclusión y la corona necesitará ser desgastada frecuentemente, a menudo requiriendo terapia endodóntica y restauración protésica (Fig. 9 A-F). Dependiendo de las diferentes situaciones clínicas, es deseable en ocasión es hacer que el periodonto siga el diente en el movimiento extrusivo, mientras que en otras situaciones puede desearse mover un diente fuera del soporte periodontal. Un estudio experimental en monos reveló que la encía libre se movía alrededor del 90% y la encía adherida cerca de un 80% de la distancia extruida. El ancho de la encía adherida y el largo de la corona clínica aumentaban significativamente, mientras que la posición de la unión mucogingival permanecía sin cambios.<sup>40</sup> Por lo tanto, la extrusión de un solo diente que sería extraído con posterioridad puede ser un método confiable para mejorar el nivel de hueso marginal, cuando la colocación de un implante es una opción de tratamiento. Los tejidos blandos de soporte van a moverse verticalmente con el diente que corresponde durante la erupción forzada, para crear las condiciones ideales para la colocación del implante.<sup>41</sup> Por otro lado, el dientes con fractura coronorradicular a un nivel subgingival, el objetivo del tratamiento puede ser forzar la erupción dentaria por fuera del periodonto para realizar una rehabilitación protésica.

En esta última situación, el movimiento extrusivo debe estar combinado con fibrotomía gingival. Esta extirpación de la porción coronal de la adherencia fibrosa alrededor del diente debe ser realizada una vez cada 14 días, para que diente pueda moverse fuera del hueso sin afectar el nivel de encía y de hueso de los dientes vecinos.<sup>42, 43</sup> El tratamiento ortodóncico a veces puede ser realizado en pacientes adultos que tienen maxilares parcialmente desdentados (como resultado de extracciones previas o agenesias), y en estas circunstancias puede haber limitaciones anatómicas que pueden complicar el movimiento dentario. Crestas de hueso atrófico, con una reducción del volumen horizontal, no son un límite para el movimiento dentario ortodóncico, si es obtenida una reabsorción ósea directa, ob-



Fig. 8. (A-B): Paciente adulto con extrusión patológica del incisivo central superior. Después de una terapia periodontal no-quirúrgica se inició el tratamiento ortodóncico con fuerza continuas ligeras que ayudaron a la reintrusión de los dientes con un perfecto alineamiento, armonía estética y longitud de la corona clínica disminuida, con un surco fisiológico.



FIG. 9 (A-F): Paciente que presenta fractura coronaradicular a nivel subgingival. Un poste de oro fue el conducto y la extrusión ortodóncica, realizando una fibrotomía cada dos semanas. Al final del tratamiento se colocó una corona cerámica permanente

servaciones clínicas e histológicas han confirmado que si se aplican fuerzas livianas y los dientes son movidos en masa dentro de un área de altura ósea reducida, una delgada capa de hueso es recreada por delante de los dientes movilizados." Se puede arribar a las mismas conclusiones considerando la posibilidad de mover un diente a través de limitaciones anatómicas como el seno, las suturas o las barreras corticales. La limitación del movimiento del diente en zonas fuera del proceso alveolar, como el seno maxilar, es el resultado de un "sistema de fuerzas anormal", pero si se puede obtener una adecuada distribución de fuerzas a lo largo del LP, las limitaciones del hueso cortical del proceso alveolar o del seno maxilar pueden ser salvadas.

Un estudio clínico en humanos demostró el movimiento de un premolar dentro del seno maxilar. Después de 6 meses de ortodoncia activa, la evaluación radiográfica del desplazamiento reveló que el movimiento en masa se alcanzó, con la traslación de la raíz en dirección distal, sin ningún desplazamiento vertical. La reabsorción directa permitió el movimiento aun cuando el piso del seno parecía ponerle un límite. Después del movimiento distal, el remodelamiento directo causó un desplazamiento de la lámina dura, llevando a una remodelación completa del contorno sinusal. El diente mantuvo su vitalidad normal al test pulpar durante este periodo. Parecería que el diente no cayó dentro del seno, sino que se movió con su hueso e soporte, sin experimentar pérdida de la adherencia de tejido conectivo. Más aun, este movimiento controlado deja suficiente hueso para la inserción de un implante en el alvéolo del diente desplazado. Por lo tanto, basados los hallazgos en estudios de referencia, parece razonable asumir que un diente movido a través del seno maxilar mantendrá a altura original de su aparato de soporte, la adherencia de tejido conectivo y la altura del hueso alveolar.

#### RECONOCIMIENTO

Los autores agradecen a los doctores Estefanía Re, Giuseppe Corrente y William Manuzzi por su contribución en el tratamiento clínico. Los autores también expresan su sincera gratitud al doctor Ze'ev Davidovitch por proveer ilustraciones histológicas además de una revisión y análisis crítico del manuscrito. Dirección para correspondencia: Dr. Daniele Cardaroli E-mail: dacardar@tin.it

#### CONCLUSIONES

El tratamiento ortodóncico de pacientes con dentición deteriorada requiere el enfoque de un equipo interdisciplinario que incluya diferentes especialidades dentales para obtener un resultado estético y funcional satisfactorio. La terapéutica ortodóncica está basada sobre el principio de desplazar los dientes por medio de la aplicación de fuerzas mecánicas y el remodelamiento del LP y el hueso alveolar. La evidencia clínica e histológica sostiene a necesidad de usar fuerzas livianas continuas durante el tratamiento ortodóncico. Las fuerzas livianas evocan una reabsorción ósea directa, la llamada "con el hueso", en la dirección del movimiento, con un balance entre aposición y reabsorción. En contraste, las fuerzas fuertes crean estrangulación de los vasos sanguíneos con la subsiguiente necrosis (hialinización) en las zonas de compresión del LR. Este tipo de reacción tisular demora al desplazamiento dentario y aumentará el riesgo de pérdida ósea. En presencia de una dentición con enfermedad periodontal, el riesgo de un futuro colapso periodontal es inaceptable ya que puede conducir a la pérdida del diente. Por otro lado, la terapéutica ortodóncica realizada con fuerzas bien calibradas y sistemas de fuerzas aplicadas apropiadamente puede ser útil en realinear dientes migrados en pacientes adultos con enfermedad periodontal luego de la eliminación de la infección. Un entendimiento de los principios clínicos y biológicos básicos del desplazamiento ortodóncico de los dientes es un requisito esencial para la implementación de un régimen terapéutico exitoso en pacientes de todas las edades con periodontos normales, como así también con tejidos periodontales comprometidos. ■



CONSULTORIO RADIOLÓGICO  
ODONTOTOMOGRÁFICO  
TOMOGRAFÍA DENTAL

RX PANORAMICA Y TELERADIOGRAFIA DIGITAL

CEFALOMETRIA COMPUTARIZADA

EQUIPO PLANMEGA PROMAX 3D DE ULTIMA GENERACION

CON VENTANA Q 80X80 QUE PERMITE MENOR TIEMPO DE EXPOSICIÓN

EN LA OBTENCION DE IMAGENES TRIDIMENSIONALES CON ALTA DEFINICION.

TOMOGRAFIA  
VOLUMETRICA  
CONE BEAM - 3D

Aplicable en:

- Implantología
- Cirugía oral y máxilo facial
- Traumatología
- Articulación tèmpero mandibular
- Periodoncia
- Ortodoncia
- Endodoncia (Programa Endo)

Dr. Abel Najman  
Dra. Arianna Najman

Dr. Daniel Grippo  
Dr. Ezequiel Grippo

Buenos Aires 487 - P.B. Dpto. "D" 3100 Paraná - Entre Ríos  
Tel: 0343 - 4313837 cons.odontotomografico.parana@gmail.com

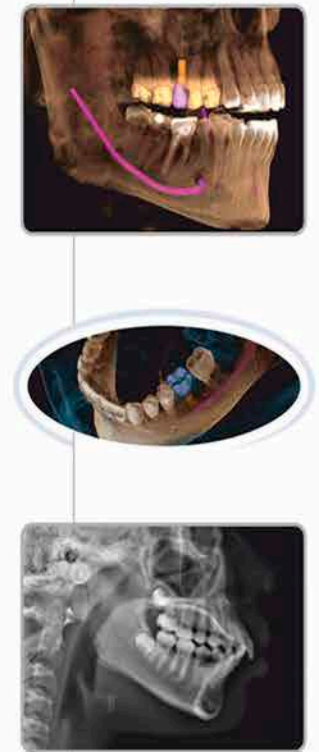
**TECNOLOGÍA DE ÚLTIMA GENERACIÓN**

La Tomografía Computada Cone Beam es el nuevo sistema de imágenes tridimensionales de precisión, que ofrece la calidad más alta para realizar diagnósticos odontológicos y máxilo-faciales con la mayor seguridad.



- • • • •
- SEGURIDAD
- PRECISIÓN
- EFICACIA
- RAPIDEZ
- • • • •

TOMOGRAFÍA EN IMPLANTOLOGÍA  
 P A N O R Á M I C A D I G I T A L  
 TELERADIOGRAFÍA DIGITAL DE PERFIL  
 ESTUDIOS CEFALOMÉTRICOS



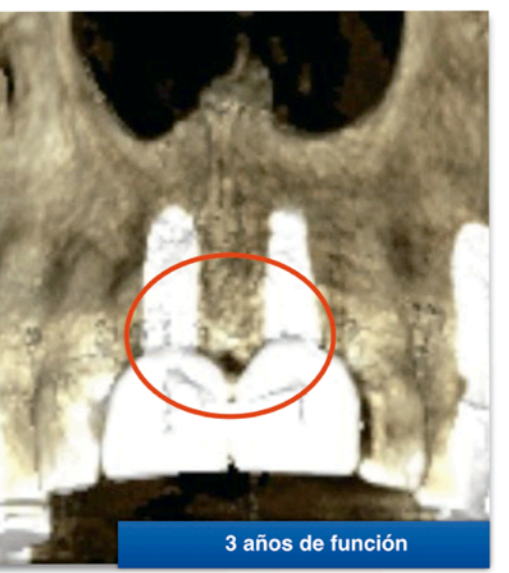
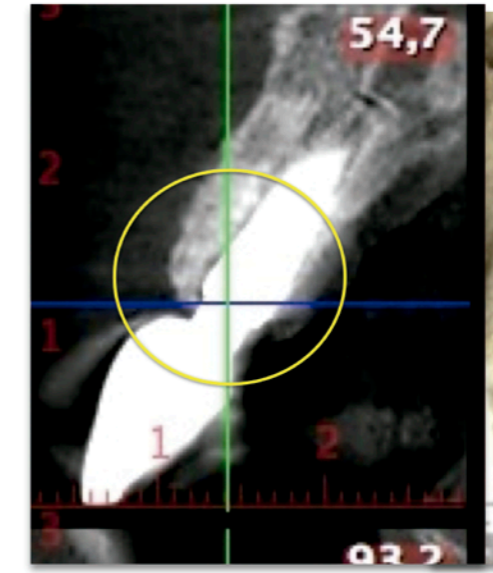
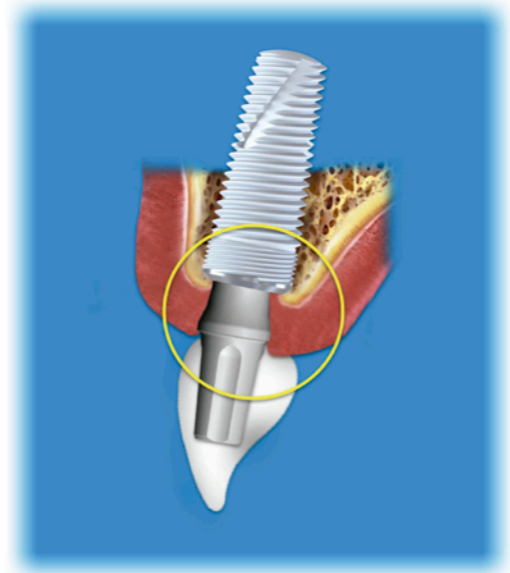
TOMOGRAFÍA VOLUMÉTRICA DIGITAL (TVD)

Rubén G. Greca, Odontólogo MP 168



**FUSION - Mucho más que un "tornillo"**

Resultado clínico similar al diente natural  
 Mantiene el hueso crestal, responsable de la estética biológica  
 Seguimiento con tomografía Cone Beam hasta 5 años



**Hoy la cresta ósea vestibular se puede conservar aún en implantes contiguos**

- ✓ SIMPLE - SENCILLO - EFICIENTE - ERGONOMICO
- ✓ Mantiene el hueso crestal - responsable de la estética biológica
- ✓ Mantiene el volumen óseo
- ✓ Rehabilitación de tamaño y aspecto natural
- ✓ Un modelo de implante para todas las densidades óseas
- ✓ Una conexión para todos los diámetros
- ✓ Procedimientos protéticos similares a la prótesis convencional
- ✓ Otro perfil de emergencia
- ✓ Resultados clínicos rutinarios
- ✓ Switching platform- plataforma dismiunida

Pascual Palma 666  
 Paraná I Entre Ríos I Argentina  
 Tel. +54 0343 435207  
 Cel. +54 343 154 645140  
[implantesnti@gmail.com](mailto:implantesnti@gmail.com)  
[www.ntiimplantes.com.ar](http://www.ntiimplantes.com.ar)





Servicio Odontológico  
Solidario

# Trabajar nos da sonrisas



**Nuevos Planes  
para tu obra social.**

**Más de 400  
odontólogos  
para tu atención.**

Todo lo que vos y tu familia necesitan.

**Tu sonrisa SOS vos**

**AFILIATE  
0-800-444-8-400**

sosconsultas@sosparana.com.ar :: [www.sosparana.com.ar](http://www.sosparana.com.ar)