SOCIEDAD ARGENTINA
DE ENDODONCIA
SECCIONAL A.O.A.

ASOCIACIÓN
ODONTOLÓGICA
ARGENTINA

Boletín informativo

diciembre 1999 - nº10

caso clínico

Refuerzo de paredes radiculares muy debilitadas por medio de un ionómero vítreo

Sumario

Sociedad Argentina de Endodoncia

Junin 959 (1113),
Buenos Aires, Argentina.
Tel: 4961-6141
Fax: 4961-1110
Web Sitewww.aoa.org.ar
E-mail: sae@aoa.org.ar

Director de Boletín:

Rodolfo Elías Hilú

Colaboradoras:

Laura Chiacchio
Ana De Silvio

Asesores Científicos:

Eugenio Henry
Elena Pruskin
Osvaldo Zmener

Diseño y Producción:

Ana I. Smith

Comisiones Directivas	2
Editorial	3
Mesas Directivas	4
Congreso Internacional A.O.A.	5
Agenda Científica	6
Workshop de Microscopía en Endodoncia	7
Caso Clínico: Refuerzo de paredes radiculares muy debilitadas por medio de un ionómero vítreo.	8
Estudio Estadístico: Traumatismos en la Argentina	12
COSAE 2000	14
Resúmenes de trabajos presentados en el II Encuentro de Investigación en Endodoncia	16
Socios: Servicios y Novedades	45
Especialistas de la S.A.E.	47
Noticias S.A.E.	50
Noticias A.O.A.	52
Ejercicio Profesional	56
Subcomisión Estatutos y Reglamentos	58
Servicio de Biblioteca	59
Normas para la Publicación de Trabajos	60
Cursos de Endodoncia 1999, Escuela de Postgrado A.O.A.	61
Calendario. Congresos Nacionales e Internacionales	63

Comisiones

S.A.E.

Comisión Directiva 1999/2000

Presidente: *Carlos Cantarini*

Vicepresidente: *Eugenio Henry*

Secretaria: *Matilde Maga*

Prosecretaria: *Martha Testa*

Tesorero: *Gonzalo Garcia*

Protesorera: *Bettina Basrani*

Vocales Titulares:
Jorge Kuperman
Ermelinda Fusaro
Santiago Frajlich
Laura Chiacchio
Ana De Silvio

Subcomisiones

Científica

Coordinador: *Santiago Frajlich*

Secretaria: *Ana De Silvio*

Cursos

Coordinador: *Eugenio Henry*

Secretaria: *Martha Testa*

Ejercicio Profesional

Coordinador: *Eugenio Henry*

Secretaria: *Laura Chiacchio*

Estatutos y Reglamentos

Coordinadora: *Ermelinda Fusaro*

Secretaria: *Martha Testa*

Medios Audiovisuales

Coordinador: *Enrique Bahbouth*

Socios

Coordinadora: *Bettina Basrani*

Secretaria: *Martha Testa*

Depto. de Comunicaciones:

Presidente: *Rodolfo Hilu*

Colaboradoras: *Laura Chiacchio y Ana Clara De Silvio*

Corresponsales:

Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Odontología, Cátedra "A" de Endodoncia:
Carmen Visvisián

Universidad Nacional de Córdoba, Facultad de Odontología, Cátedra "B" de Endodoncia:
Patricia Fadel

Universidad Nacional de Tucumán, Facultad de Odontología, , Cátedra de Endodoncia:
María Luisa de la Casa

Círculo Odontológico Tucumano:
Silvina Koss

Círculo Odontológico de Rosario, Seccional Endodoncia:
María de los Angeles Guardiola

Sociedad de Endodoncia, Valparaíso, Chile:
Gastón A. Zamora

Asociación Colombiana de Endodoncia:
Jaime Donado

COSAE 2000:

Presidente: *Jorge Kuperman*

Secretarios:
Elizabeth Ritacco
Alberto Novillo

Tesorero: *Gonzalo Garcia*

A.O.A.

Comisión Directiva 1999/2000

Presidente: *Carlos A. Spielberg*

Presidente Entrante:
Eduardo Ceccotti

Vicepresidente: *Marcelo Bisceglia*

Secretario: *Guillermo Rossi*

Prosecretario: *Christian Expósito*

Tesorero: *Marcelo Vivone*

Protesorero: *Juan Cruz Dell'Acqua*

Vocales Titulares:
Eduardo Rey
José Carlos Elgoyhen
Gustavo Di Bella
Claudio Guerra
Fernando Maravankin
Hugo Furze

Vocales Suplentes:
Eduardo Maiucci
Maria Leonor Lenschen
Adrián Martínez
G. Agustín Deza
Graciela Monti
Guillermo Galvez

Editorial

Estimado Socio

Próximo a culminar el primer año de nuestra gestión, es mi propósito tomar contacto nuevamente con Usted, para informarle lo realizado en este período.

La actividad científica desarrollada (Curso de Ben Johnson y tres Sábados de Actualización), contaron con una masiva asistencia. Nos sentimos muy satisfechos con el nivel de los disertantes y los temas seleccionados, todo esto fue producto de una activa subcomisión científica.

La concreción del II Encuentro de Investigación en Endodoncia, realizado en Villa Carlos Paz, Córdoba, fue tal vez la actividad científica más trascendente del año, demostró a una S.A.E. participativa, integrada y comprometida con el interior del país y dispuesta a motivar a jóvenes profesionales al espíritu de la investigación clínica. 32 trabajos presentados y 170 participantes, son la muestra más fiel del éxito de ésta reunión y de los objetivos propuestos.

El Departamento de Comunicaciones trabajó con intensidad y eficacia.

Tres Boletines Informativos y cuatro traducciones de Trabajos científicos, sumados a la carpeta de nuestra Sociedad, nos permitieron llegar a Usted, con noticias y actualizaciones de nuestra especialidad.

El área de Ejercicio Profesional, tan crítica en la actualidad, fue también, motivo de nuestra preocupación, el editorial del Boletín anterior fue aprobado por las autoridades de la A. O.A. y publicado en la Revista de la Asociación Odontológica Argentina de Mayo / Junio de 1999. , de esta manera hicimos conocer nuestro pensamiento a más de siete mil socios, Facultades e Instituciones del todo el país.

La subcomisión de Estatutos y Reglamentos realizó una minuciosa tarea, hemos revisado el contenido de los mismos y propuesto modificaciones, una Asamblea Extraordinaria decidirá en estos días la conveniencia de nuestra propuesta.

Las subcomisiones de Cursos y Socios también han trabajado activamente, al igual que la Tesorería y la Secretaría.

Queda mucho por hacer, la actual Comisión Directiva está compuesta por gente joven, tenemos ganas y voluntad de producir, tenemos proyectos, ambiciones, objetivos, pero mucho nos interesa conocer el suyo, creemos que estamos en el camino correcto, por eso nos importa su opinión para profundizar el rumbo tomado o para corregirlo.

Creemos en las Instituciones, cuando las autoridades cumplen con su mandato para lo cual fueron elegidas: SERVIR. Servir es nuestro objetivo, servir es nuestro deseo, servir es nuestro compromiso.

Estamos preparados para dirigir y conducir, pero necesitamos su opinión, su palabra o su crítica.

Queremos una Institución democrática, pluralista y participativa, sin dogmatismos ni exclusiones, propendemos a una Sociedad abierta a todos.

Deseo expresarle, finalmente, en nombre de la Honorable Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Endodoncia, nuestro agradecimiento por su constante participación y apoyo. Reciba Usted, un cordial saludo.

Carlos Cantarini
Presidente

Mesas Directivas de la S.A.E.

1953-57 (Comisión Provisional)
Oscar Maisto
Eduardo Amadeo
Margarita Muruzábal
Alberto Solinas

1958-60
Presidente: Oscar Maisto
Secretario: Margarita Muruzábal
Tesorero: Eduardo Amadeo

1960
Presidente: Roberto Egozcue
Secretario: Julio Rajcovich
Tesorero: Jacobo Cravetz

1961-62
Presidente: Roberto Egozcue
Secretario: Julio Rajcovich
Tesorero: Jacobo Cravetz

1963-64
Presidente: Alberto Solinas
Secretario: Julio Rajcovich
Tesorero: José Rapaport

1965-66
Presidente: Julio Rajcovich
Secretario: Julio Saroka
Tesorero: José Rapaport

1967-68
Presidente: Julio Rajcovich
Secretario: Julio Saroka
Tesorero: José Rapaport

1969-70
Presidente: José Rapaport
Secretario: Horacio Lopreite
Tesorero: Isidoro A. Palke

1971
Presidente: Oscar Maisto
Secretario: Horacio Lopreite
Tesorero: Isidoro A. Palke

1972
Presidente: Luis J. Aloise
Secretario: Horacio Lopreite
Tesorero: Isidoro A. Palke

1973-74
Presidente: Luis J. Aloise
Secretario: Enrique Basrani
Tesorero: Carlos Spielberg

1975-76
Presidente: Jorge Canzani
Secretario: Ermelinda Fusaro
Tesorero: Carlos Spielberg

1977-78
Presidente: Enrique Basrani
Secretario: Ermelinda Fusaro
Tesorero: Miguel Cabelli

1979-80
Presidente: Jorge García
Secretario: Lucía Blanco
Tesorero: Enrique Bahbouth

1981-82
Presidente: Isidoro A. Palke
Secretario: Jorge Kuperman
Tesorero: Enrique Bahbouth

1983-84
Presidente: Beatriz Maresca
Secretario: Beatriz Herbel
Tesorero: Carlos Spielberg

1985-86
Presidente: Rodolfo Testa
Secretario: Ermelinda Fusaro
Tesorero: Jorge Kuperman

1987-88
Presidente: Enrique Bahbouth
Secretario: Carlos Cantarini
Tesorero: Jorge Kuperman

1989-90
Presidente: Carlos Spielberg
Secretario: Ricardo Martínez Lali
Tesorero: Tomás Martínez Lacarrer

1991-92
Presidente: Horacio Lopreite
Secretario: Luis Buyo
Tesorero: Tomás Martínez Lacarrer

1993-94
Presidente: Ermelinda Fusaro
Secretario: Graciela Monti
Tesorero: Ricardo Martínez Lalis

1995-96
Presidente: Ricardo Martínez Lalis
Secretario: Graciela Monti
Tesorero: Alejandro Cordero

1997-98
Presidente: Salomón Dubiansky
Secretario: Elizabeth Ritacco
Tesorero: Alejandro Cordero

1999-2000
Presidente: Carlos Cantarini
Secretario: Matilde Maga
Tesorero: Gonzalo García

Cursos y Conferencias de Endodoncia

30º Congreso Internacional de la A.O.A.

Buenos Aires, 4 al 7 Diciembre de 1999.

Mini Curso de 4 hs.

Actividad Arancelada

- Del Plan de tratamiento al control a distancia.

  Santiago Frajlich

Actividades de libre participación con la inscripción al congreso

Curso de 5:30 hs.

- La endodoncia de hoy.

  Enrique Basrani, Mabel Capurro, Beatriz Maresca, Elena Pruskin y Carlos Spielberg.

Curso combinado de 3 hs.

- Odontología adhesiva y salud pulpar. Protección pulpar o no?. Ultimas Investigaciones.

  Osvaldo Zmener, Martín Edelberg

Curso antagónico de 2 hs.

- Endodoncia y lesiones refractarias. Tratamiento Endodóntico. Tratamiento Quirúrgico.

  Fernando Goldberg, Victoria Pezza

Conferencia de 2 hs.

- Restauración del diente endodónticamente tratado.

  Hipólito Fabra Campos

Conferencia de 1 hs.

- Uso del Microscopio en Endodoncia.

  Steven A. Cohn (Australia)

Conferencias de 40 min.

- Retratamiento en Endodoncia.

  Liliana Artaza

- Influencia del tallado de los accesos en el éxito final del tratamiento.

  Juan Antonio Araujo

- Tratamiento del absceso alveolar agudo.

  Ma. Teresa Cañete

- Manejo del dolor en Endodoncia.

  Sonia Ferreyra

- Reconstrucción post-endodontica o Endodoncia Preprotética.

  Carlos García Puente

- Problemática en el tratamiento de la pulpa vital en el molar inferior permanente joven.

  Omar Gani

- Fracturas Radiculares.

  Beatriz Herbel

- Preparación Mecanizada con M4. ¿Una Alternativa válida?

  Ricardo Martínez Lalis

Dr. Hipólito Fabra Campos

Curso de 8 hs.

Actividad Arancelada

- Retratamiento no quirúrgico del diente endodónticamente tratado.
- La problemática de los 1ros. molares superiores e inferiores.
- Endo Perio, un enfoque global del problema.

- Apertura Endodóntica: fundamental en el tratamiento endodóntico.

  Enrique Massone

- Endodoncia: comentando casos clínicos de interés.

  Alberto Novillo

- La Endodoncia y su relación con otras disciplinas.

  Teresa Glaser y Juana Gamón

- Preparación para perno. Una técnica sencilla y eficaz.

  Rodolfo Testa

- Situaciones Anatómicas atípicas en el tratamiento endodóntico.

  Cármen Visvisián

Agenda Científica '99

JUNIO

Sábado 26
9:30 hs. a 12:00 hs.

Sábado de Actualización
Organiza S.A.E. - A.O.A.

Tema: «Traumatismos: Enfoque Multidisciplinario.»

Dictantes: *Dra. Martha Basso, Dr. Ilson Soares y Dr. Dario Migues.*

Sede: A.O.A. Salones del 1° Piso.

Dr. Ilson Soares

Profesor Titular de la Cátedra de Endodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de Santa Catarina, Brasil.

Dra. Martha Basso

Profesor Titular de la Cátedra de Odontopediatría I, II y III de la Escuela de Odontología USAL/AOA.

Dr. Dario Migues

Profesor Adjunto de la Cátedra Integral de Adultos de la Escuela de Odontología USAL/AOA.

Figura 1: Vista parcial del auditorio en el que 172 inscriptos demostraron el interés por la actividad propuesta.

De izq. a der.: Dr. Eugenio Henry, Dr. Santiago Frajlich, Dr. Ilson Soares, Dra. Martha Basso, Dr. Carlos Cantarini y Dr. Dario Migues.

Workshop Microscopía en Endodoncia

Auspiciado por Carl Zeiss Argentina

Durante los días 29 y 30 de octubre de 1999 se realizó en la SAE el 1er. Workshop sobre Microscopía en Endodoncia. El mismo fue dictado por el Dr. Carlos Ferreyra Murgel (Brasil), especialmente invitado por la firma Carl Zeiss de Argentina la cual además proveyó los cuatro microscopios odontológicos de doble ocular con los que se desarrolló esta actividad. La misma, coordinada por el Dr. Eugenio Henry (Vicepresidente de la S.A.E.), estuvo destinada exclusivamente a los dictantes de cursos de endodoncia de la Escuela de Posgrado de la A.O.A. debido a que solo podían participar 32 profesionales (limitado a la cantidad de microscopios).

Algunos de los participantes durante el workshop, apreciando la gran variedad de recursos que ofrece la micoscopía en Endodoncia.

Participantes durante el workshop.

El viernes 29 de 19 a 22:30 hs. Se llevó a cabo la parte teórica y una demostración práctica de microcirugía sobre mandíbula de cerdo realizado por el Dr. Ferreyra Murgel.

El sábado 30 de 8 a 19:30 hs. Se sucedieron 4 workshops de 2 hs. cada uno en donde mediante la utilización de los microscopios pudimos apreciar la gran variedad de recursos que ofrece su utilización en endodoncia.

Los participantes expresaron a cada momento entusiastas pruebas de aceptación y admiración por el descubrimiento de un mundo nuevo al poder "ver dentro del conducto". Tanto el Dr. Ferreyra Murgel como el Sr. Favio Palavecino de la firma Carl Zeiss estuvieron todo el tiempo a disposición de los cursantes asesorándolos con la técnica y mostrando la performance de los distintos equipos.

Quedan pendiente nuevos Workshops, en fecha a designar, para que todos nuestros socios puedan experimentar los progresos técnicos significativos que van ocurriendo en nuestra especialidad.

De izq. a der.: Presidente de Carl Zeiss, Roberto Zotter; Graciela Monti; Dr. Eugenio Henry, Dr. Carlos Ferreyra Murgel (Brasil), Dr. Carlos Cantarini, Dra. Matilde Maga, Sr. Favio Palavecino.

Caso Clínico

Refuerzo de paredes radiculares muy debilitadas por medio de un ionómero vítreo

Dr.a Matilde Maga

Cátedra de Odontología Integral Adultos, Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires.

Introducción

Refuerzo de paredes radiculares muy debilitadas por medio de un ionómero vítreo: Presentación de un caso clínico.

El empleo de ionómeros vítreos en endodoncia, especialmente los que presentan una consistencia fluida, ha sido indicado por diferentes autores desde hace ya varios años (1-2), no solo porque se trata de materiales que presentan propiedades físico-químicas apropiadas para ese menester, sino porque además resultan ser biocompatibles con los tejidos que eventualmente les rodean (3-4). En 1992, Trope y Ray (5) demostraron que las raíces obturadas con un ionómero vítreo específicamente desarrollado para uso endodóntico (Ketac Endo; Espe Co, Seefeld, Germany) aumentaban significativamente su resistencia a la fractura, y mencionan sus excelentes cualidades físico-químicas, las que aparentemente resultaron ser muy adecuadas para estos casos. Sin embargo, las investigaciones con microscopía electrónica han demostrado que este material no posee las características mencionadas y presenta defectos estructurales (6-7). Desde hace algún tiempo, y con el objeto de aumentar la resistencia a la fractura de paredes radiculares muy debilitadas, estamos realizando obturaciones endodónticas con un ionómero vítreo multipropósito (Fuji IX; GC Corp, Tokyo, Japón) que ha demostrado poseer muy buenas propiedades mecánicas, bajo índice de solubilidad y adecuada adaptación a las paredes del conducto radicular (7). El presente caso clínico constituye un ejemplo del uso del material mencionado para la obturación de conductos radiculares cuyas paredes se encuentran debilitadas y propensas a la fractura.

Figura 1: Aspecto clínico de las coronas dentarias fracturadas al concurrir el paciente a la consulta.

Caso clínico:

En noviembre de 1998 se presenta a la consulta un varón de 12 años de edad con historia médica irrelevante e indicación de tratamiento endodóntico en los dos incisivos centrales superiores. La madre relata que hace aproximadamente siete meses, el niño recibió un golpe en la escuela, y como consecuencia de ello se le produjo la fractura de ambas piezas dentarias (Fig.1). El paciente concurrió inmediatamen-

Figura 2: Aspecto clínico de las aperturas palatinas realizadas 7 meses antes por el odontopediatra.. Obsérvese el tamaño y la ubicación de las mismas, sumamente amplias e invadiendo el margen gingival. Se observa además la ausencia de obturación coronaria y amplia presencia de caries.

te al odontopediatra que lo trataba habitualmente, quien realizó biopulpectomías parciales. Durante el examen clínico se observaron fracturas ameladentinarias en ambos incisivos, los que presentaban aperturas palatinas sin ningún tipo de material de sellado, que además habían sido realizadas en forma indiscriminadamente amplia y ubicadas por sobre el cíngulum dentario comprometiendo el margen gingival (Fig.2). También se observó que las coronas clínicas presentaban una coloración obscura y que la dentina que rodeaba las cavidades de acceso se encontraba totalmente reblandecida desde las aperturas hacia las paredes del interior de los conductos radiculares. El examen radiográfico confirmó la importante destrucción de los tejidos dentarios y la presencia de un ligero ensanchamiento periodontal del tercio apical del incisivo izquierdo. Se decidió realizar ambos tratamientos endodónticos en la misma sesión. Se administró anestesia local, se colocó el dique de goma ubicándose dos clamps, uno a cada lado en las piezas vecinas a fin de no dañar las estructuras dentarias debilitadas. Se eliminó todo el tejido cariado que rodeaba las aperturas mejorándose de esta forma el acceso a los conductos radiculares. Las cámaras pulpares se inundaron con solución de hipoclorito de sodio al 2.5% y se extirpó el tejido pulpar remanente en cada conducto que aún se mantenía sangrante y con cierta integridad y consistencia. Se estableció el límite de trabajo aproximadamente a 1 mm del ápice radiográfico (Fig.3) y los conductos se instrumentaron con limas Flexofiles y Hesdtroem (Maillefer, Ballaigues, Suiza), alternando con profusa irrigación de solución de hipoclorito de sodio al 0.5 %. Los conductos se secaron con conos de papel y se examinaron cuidadosamente desde los accesos, observándose que eran sumamente amplios y que las paredes radiculares del tercio coronario se encontraban debilitadas. En consecuencia, y en un intento por mantener y proteger las piezas dentarias hasta que el niño complete el desarrollo de los arcos dentales se decidió obturar con ionómero vítreo (Fuji IX; Espe) y un único cono de gutapercha (Figs. 4 y 5) de acuerdo a los procedimientos técnicos ya descriptos (7). Los conos fueron cortados con tijera y el exceso de ionómero fue retirado de las cavidades de acceso las que fueron selladas temporariamente con el mismo material. Se controló la oclusión y se tomaron radiografías postoperatorias (Fig.6). El paciente fue citado para un control a los 6 meses, observándose que las piezas dentarias se encontraban asintomáticas y que aún mantenían las mismas obturaciones temporarias por lo que nuevamente fue re-

Figura 3: Radiografía tomada con dos instrumentos introducidos en los conductos radiculares para obtener los valores de conductometría.

Figura 4: Radiografía para la obtención de los valores de conometría y control de la adaptación de los conos principales. Obsérvese que los conos que ajustan en longitud de trabajo son de gran calibre pero diferentes entre sí. Nótese además el amplio espacio que queda entre los conos y las paredes de los conductos.

ferido al profesional que nos derivó el caso para que realice las reconstrucciones coronarias. El control radiográfico reveló que las estructuras perirradiculares de ambas piezas se encontraban evolucionando normalmente (Fig.7).

Discusión:

En 1990, Stewart (8) describió una serie de indicaciones para el uso de ionómeros vítreos en endodoncia clínica. Algunos años mas tarde, Friedman et al (9), evaluaron los resultados de tratamientos endodónticos en piezas dentarias obturadas con Ketac Endo (Espe) y conos de gutapercha y concluyeron que el material se comportaba satisfactoriamente como sellador endodóntico. Dado que los ionómeros vítreos, especialmente el ionómero multipropósito Fuji IX (GC), se adaptan y adhieren adecuadamente a las paredes dentinarias (7), parecerían resultar sumamente útiles para obtener un refuerzo conveniente de las mismas cuando se encuentran debilitadas (5). El material utilizado posee escasa radiopacidad, aunque sin embargo, presenta un tiempo de trabajo adecuado y una masa homogénea, sin burbujas y/o defectos estructurales importantes cuando se lo prepara y utiliza de acuerdo a los procedimientos ya descriptos (7). Si bien se ha mencionado que no es necesario el uso de conos de gutapercha cuando se utilizan ionómeros para la obturación de conductos radiculares (5), nosotros preferimos ubicar un cono principal y de considerarlo necesario, uno o dos conos accesorios realizando unicamente presión digital evitando así ejercer fuerzas excesivas sobre las paredes dentinarias debilitadas, manteniéndolos bien centrados en el eje del conducto, a efectos de facilitar las maniobras operatorias en caso de ser necesario una desobturación parcial o total. En general, solemos utilizar este tipo de obturación como tratamiento definitivo (10) con el objeto de conservar piezas dentarias cuyas paredes radiculares se encuentran muy debilitadas. En el presente caso, dada la situación clínica tan crítica, la intención fue realizar un tratamiento intermedio reforzando y protegiendo las estructuras dentarias remanentes las que, complementadas con una adecuada reconstrucción plástica coronaria, podrían idealmente permanecer hasta tanto el paciente completara su desarrollo orofacial y se pueda tomar una decisión definitiva respecto a que tipo de tratamiento final resulta mas conveniente. Entendemos sin embargo, que el tiempo de control registrado para este caso en particular resultó escaso (6 meses) y que a pesar de su evolución satisfactoria, y a los resultados sumamente alentadores de las investigaciones publicadas hasta el momento, se hacen necesarias evaluaciones más extensivas a efectos de comprobar los beneficios que los ionómeros vítreos pueden aportar a la terapia endodóntica conservadora.

Figura 5: Aspecto clínico de los conos cementados en ambos conductos con el ionómero vítreo.

Resumen:

Se presenta el caso de un paciente muy joven donde se utilizó un ionómero vítreo en combinación con conos de gutapercha para obturar los conductos de dos incisivos centrales superiores, cuyas paredes radiculares se encontraban muy adelgazadas, con márgenes subgingivales por palatino y escaso remanente coronario. Si bien este tipo de procedimiento suele utilizarse como tratamiento definitivo con el objeto de preservar las estructuras radiculares debilitadas y propensas a la fractura, en este caso en particular, donde el remanente dentario se encuentra tan comprometido, y considerando la corta edad del paciente y el efecto traumático que significaría la pérdida temprana de los incisivos centrales, se intentó realizar un refuerzo interno con el fin de mantener las piezas en boca esperando el completo desarrollo orofacial, momento mas adecuado para optar por una rehabilitación definitiva mas conveniente.

Figura 6: Radiografía postoperatoria inmediata de las obturaciones finalizadas. La diferencia de radiopacidad del material se debe a los diferentes espesores que ocupa.

Summary:

The purpose of this case report was to present a treatment modality by the use of a glass ionomer cement in conjunction with gutta-percha cones, that enabled the preservation of teeth in which the root canal walls had remained very thin as a result of an extensive access cavity preparation and the presence of carious tissue, with greater tendency to fracture under loading. Clinical considerations and treatment are both discussed and reported.

Figura 7: Radiografía de control a distancia (6 meses).

Agradecimientos:

A la Dra. Mabel Capurro y al Dr. Osvaldo Zmener por su permanente apoyo.

Bibliografía:

1. Pitt Ford TR (1979) The leakage of root fillings using glass ionomer cements and other materials. Br Dent J, 146: 273-8.

2. Ray H, Seltzer S (1991) A new glass ionomer root canal sealer. J Endod; 17:598-603

3. Zmener O, Domingues FV (1983) Tissue reponse to a glass ionomer used as an endodontic cement. A preliminary study in dogs. O Surg Oral Med Oral Pathol, 56: 198-205.

4. Blackman R, Gross M, Seltzer S (1989) An evaluation of the biocompatibility of a glass ionomer-silver cement in rat connective tissue. J Endodon, 15: 76-80.

5. Trope M, Ray H (1992) Resistance to fracture of endodontically treated roots. O Surg O Med O Pathol, 73: 99-102.

6. Zmener O, Capurro M, Maga M (1997) Microscopía electrónica de barrido de conductos radiculares obturados con Ketac Endo y conos de gutapercha. Estudio piloto. Rev Asoc Odont Argent 85: 449-53.

7. Capurro M, Zmener O, Maga M (1998) Adaptación de tres ionómeros vítreos a las paredes del conducto radicular. Un estudio con microscopía electrónica de barrido. Rev Esp Endodon 16: 91-7.

8. Stewart GG (1990) Clinical application of glass ionomer cements in endodontics: Case reports. Int Endod J, 23: 172-8.

9. Friedman S, Lost C, Zarrabian M, Trope M (1995) Evaluation of success and failure after endodontic therapy using a glass ionomer cement sealer. J Endodon, 21: 384-90.

10. Capurro M, Maga M Empleo de ionómeros vítreos en endodoncia: análisis clínico de la bibliografía y presentación de casos clínicos. Rev. Asoc. Odont. Arg. (En prensa).

Traumatismos en la Argentina

Estudio Estadístico

Dra. Beatriz Herbel

Dictante del Curso de Traumatismos de la Escuela de Posgrado de la AOA.
Docente de la Cátedra de Endodoncia de la UNBA.

El objetivo del presente trabajo fue evaluar a través de una historia clínica específica la incidencia de los traumatismos dentarios en la Argentina, teniendo en cuenta el sexo, la edad, pieza dentaria, época del año, lugar, causa y tipo de lesión.

GRUPO	LESION	TOTAL	%	EDAD	SEXO	CAUSAS	LUGAR
A	Luxaciones	168	31,15	5-10	Masc. 52%	Deportes	Colegio
B	Fracturas Coronarias	270	52,17	5-15	Masc. 70,58	Caídas	Colegio
C	Fracturas Coronoradic	19	3,78	15-17	Masc. 76,92 juegos	Peleas y Colegio	Calle
D	Fracturas Radiculares	30	6	16-20	Masc. 80% deportes	Peleas y	Calle
E	Avulsiones	32	7-12	11-15	Masc.59,09%	Bicicleta	Calle

La conjunción de todos estos datos, nos permitió comprender el contexto en que se producen los traumatismos en nuestro país y la orientación hacia futuros planes de prevención.

Nuestra casuística comprende el estudio de 519 pacientes de ambos sexos que sufrieron lesiones traumáticas y que pudieron ser controlados a distancia del tratamiento.

En nuestro estudio evaluamos 168 luxaciones dentro de las que consideramos las concusiones, las subluxaciones y las luxaciones intrusivas y extrusivas. A este grupo le corresponde el 31,15% en relación a los traumatismos en general.

Estudiamos 270 fracturas coronarias que son el 52,17% de los traumatismos en general. Las fracturas corono radiculares son poco frecuentes, solo tratamos 19, que serían el 3,78%, luego las fracturas radiculares que en número de 30 nos da un porcentaje del 6% y finalmente las avulsiones de las que tratamos 32 correspondiéndoles un porcentaje del 7,2%.

En cuanto a la edad, podemos subdividir a los traumatismos en aquellos producidos en la niñez, entre los 5 y los 11 años y aquellos producidos en la adolescencia entre los 12 y 20 años. Si nos fijamos en la tabla podemos observar que estas lesiones coinciden en su gravedad con la edad, las caudas y el lugar en el que se produjeron, ya que las caídas en los niños durante las prácticas de deportes fue la causa principal de traumatismos, especialmente el fútbol. En cambio en los adolescentes, las peleas son las causas más frecuentes y luego los juegos violentos.

En cuanto al lugar, fue llamativo que la mayor frecuencia de traumatismos entre los 5 y 11 años ocurrieran en las escuelas, tanto públicas como privadas; siendo atribuida esta prevalencia a la falta de concientización en cuanto al uso de protectores bucales, durante la práctica de deportes y a la falta de control de las autoridades escolares, es decir a la falta de planes preventivos en general.

En cambio como ya dijimos, la causa más frecuente de traumatismos en adolescentes son las peleas, producidas en su mayoría en la calle y los juegos bruscos con cabezazos y codazos, esto nos alerta sobre el aumento de la violencia a tan temprana edad.

Como conclusión, podemos decir que del total atendido correspondió al sexo masculino el 64% de los traumatismos y al femenino el 36%, pero estos porcentajes se van emparejando día a día con el aumento de las actividades deportivas en los colegios.

Las edades de los pacientes oscilaron entre los 4 y 45 años, con una media de 13 años y como dato curioso se registró, que la mayor incidencia de los traumatismos, se registró entre los meses de agosto y noviembre es decir cuando en la Argentina está finalizando el período escolar.

A pesar de los enormes progresos en el campo técnico científico, durante el siglo XX en que la Odontología se ha consolidado como ciencia y en los umbrales del tercer milenio, persiste la búsqueda de soluciones en lo que ha dado en llamarse "Estrategias para la prevención". Siendo este un proyecto de reforma de pensamiento de la comunidad, de educación, de solidaridad, de mejor convivencia. Es para nosotros los odontólogos un desafío y debemos asumirlo.

Congresos SAE Reseña Histórica

Mesas Directivas:

• 1967

1ra. Reunión de la SAE

Presidente: Margarita Muruzábal
Secretario: Jorge Canzani
Tesorero: Enrique Basrani

• 1970

2da. Reunión de la SAE

Presidente: Oscar Maisto
Secretarios: Jorge Canzani y Horacio Lopreite
Tesorero: Isidoro A. Palke

• 1972

1er. Seminario SAE

Director: Enrique Basrani
Secretario: Fernando Goldberg
Tesorero: Isidoro A. Palke

• 1974

2do. Seminario SAE

Director: Julio Rajcovich
Secretario: Horacio Lopreite
Tesorero: Isidoro A. Palke

• 1976

3er. Seminario SAE

Directora: Beatriz M. Maresca
Secretaria: Ermelinda T. Fusaro
Tesorero: Carlos Spielberg

• 1978

Congreso Latinoamericano Español de Endodoncia (CLAEDE)

Presidente: Isidoro A. Palke
Secretarios: Salomón Dubiansky y Héctor Trincavelli

• 1980

3ra. Reunión de la SAE

Presidente: Rodolfo Testa
Secretario: Eduardo G. Fernández
Tesorero: Carlos Spielberg

COSAE

• 1982

Presidente: Luis J. Aloise
Secretarias: Ermelinda Fusaro, María del R.Vaccarezza
Tesorero: Miguel A. Eymman

• 1984

Presidente: E. García Fernandez
Secretario: Luis Buyo

• 1986

Presidente: Carlos Spielberg
Secretaria: Lucia P de Blanco
Tesorero: Jorge Kuperman

• 1988

Presidente: Enrique Bahbouth
Secretario: Carlos Cantarini
Tesorero: Isidoro A. Palke

• 1990

Presidente: Ermelinda Fusaro
Secretaria: Elisabet Ritacco
Tesorero: Eduardo G.Fernandez

• 1992

Presidente: Luis Buyo
Secretaria: Graciela Monti
Tesorero: Jorge Egozcue, Alejandro Cordero.

• 1994

Presidente: Enrique Basrani
Secretario: Gustavo Lopreite
Tesorero: Ricardo Martinez Lalis

• 1996

Presidente: Carlos Cantarini
Secretario: Juan Cruz Dell' Aqua
Tesoreo: Rodolfo Hilú

• 1998

Presidente: Graciela Monti
Secretaria: María Luisa Araujo
Tesorero: Alejandro Cordero

COSAE 2000

X Congreso de la Sociedad Argentina de Endodoncia

- **Fecha:**

  Jueves 17 al domingo 20 de Agosto del año 2000.

- **Sede:**

  Sheraton Libertador Hotel, Córdoba y Maipú, Bs. As.

- **Curso Pre-Congreso:**

  La Endodoncia y su mundo

  Dr. Fernando Goldberg

  - *Prof. Titular de la Cátedra de Endodoncia de la Escuela de Odontología de la Universidad del Salvador - AOA.*
  - *Miembro Activo de la AAE*
  - *Docente consulto de la Escuela de Postgrado de la AOA.*
  - *Autor de numerosos trabajos de investigación en el país y en el exterior.*
  - *Autor del libro Materiales y Técnicas de Obturación Endodóntica.*
  - *Colaborador en numerosos libros de la especialidad.*

- **Actividades Científicas:**

  - **Workshops:**

  - Técnicas de obturación con gutapercha termoplastizada.
    Dictantes: Rodolfo Testa, Ricardo Martínez Lalis, Tomás Martínez Lacarrere y Graciela Monti.
  - Reconstrucción postendodóntica.
    Dictantes: Carlos García Puente y Pedro Gazotti.
  - Diferentes alternativas en conformación de conductos.
    Dictante: Sonia Ferreyra.
  - Instrumentación y obturación de conductos radiculares por medio de sistemas mecanizados.
    Dictantes: Mabel Capurro y Osvaldo Zmener.

  - **Mesas Redondas:**

  - Traumatismos
    Coordinador: Enrique Basrani.
    Integrantes: Enrique Basrani, Carlos Conesa Alegre, Juan C. Fernández e Ilson Soares (Brasil).
  - Endodoncia y Cirugía
    Coordinador: Jorge Canzani.
    Integrantes: Julio Bracco, Santiago Fraijlich y Clovis Bramante (Brasil)

  - **Sesiones Interdisciplinarias de Preguntas con respuestas:**

  Farmacología:
  Dra. Graciela Stranieri,
  Dr. Carlos Spielberg.

  Pulpa y Adhesión:
  Dr. Martín Edelberg,
  Dr. Osvaldo Zmener.

  Endoperio:
  Dra. Beatriz Maresca,
  Dr. Guillermo Rossi.

  Reconstrucción post-endodóntica:
  Dra. Mabel Capurro,
  Dr. Salomón Kanciper.

  - Mesas de café
  - Sesión Interactiva.
  - Conferencias por Invitación.
  - Conferencias de Libre inscripción.

- **Capítulo Estudiantil:**

  - **Curso Exclusivo y sin cargo para Estudiantes**

  Dictante:
  Dr. Ilson Soares, Brasil

  De la Apertura a la Obturación. Un viaje al interior de la cavidad pulpar.

  - **Presentación de Posters y Mesas Clínicas.**

Valores de Inscripción Promocional hasta 31/12/99

Socios SAE:

COSAE y Curso Precongreso	$150

Socios A.O.A.:

COSAE:	$120
Curso Precongreso:	$90
COSAE y Curso Precongreso:	$180

Socios Exterior:

COSAE:	$130
Curso Precongreso:	$110
COSAE y Curso Precongreso:	$210

Estudiantes:

COSAE y Curso Precongreso: $50

Workshop:

Inscriptos COSAE:	$100
No Inscriptos:	$200

Los pagos pueden hacerse en efectivo o 3 cuotas con tarjeta de crédito. 10 % de descuento si se inscriben a más de un workshop.

Informes e Inscripción:

Secretaría S.A.E.: Junín 959 - 5° Piso (1113), Buenos Aires, Argentina.
Tel: 4961-6141, Fax: 4961-1110, E-mail: sae@aoa.org.ar

Resúmenes

3 y 4 de septiembre de 1999, Villa Carlos Paz, Córdoba.

Efecto de dos sistemas de instrumentación rotatoria sobre la conformación de conductos radiculares curvos según el tiempo de preparación quirúrgica.

Corvalán Silvia, Revah Silvia y Ferreyra Sonia

En los últimos diez años se han producido considerables cambios en el campo de la instrumentación de los conductos radiculares, como consecuencia de estos se comercializaron nuevos sistemas de instrumentación rotatoria.

Roane (7) recuperó los movimientos de rotación del instrumental endodóntico dentro del sistema de conductos radiculares. Además introdujo importantes cambios en el diseño del instrumento como es la punta inactiva.

La sugerencia de preparación del tercio coronario y medio que introduce las técnicas conocidas como crown-down que tiene la ventaja de conformar la porción coronaria y media, previa a la instrumentación del tercio apical facilitando la preparación mecánico-quimica y la posterior obturación del conducto radicular, con menor riesgo de extrusión de material orgánico infectado mas allá del ápice.

Dicha técnica será utilizada en este trabajo con los sistemas Profile (Dentsply, Maillefer, Ballaigues, Suiza) y Quantec (Tycom, N.T.Co, Chatanooga, Tenn).

La utilización de Edta como irrigante favorece la instrumentación y promueve la adaptación del material de obturación a las paredes del conducto radicular.

El objetivo de este estudio será evaluar, luego de la instrumentación, el efecto de los dos sistemas sobre la conformación de conductos radiculares curvos, comparando los respectivos tiempos de preparación quirúrgica.

Se seleccionarán 40 raíces mesiales de molares inferiores humanos, según radiografías preoperatorias, con un grado de curvatura entre 10° y 40°, y un radio de 3 á 5 mm, medido con radiovisiografía.

Se seccionara la corona de cada una de las piezas en su ecuador dentario y su raíz distal, cuyo acceso se sellara con ionómero vítreo, en la cámara pulpar.

L longitud de trabajo se establecerá clínicamente visualizando una lima n 10 través del ápice y restándole 2 mm.

La muestra se dividirá aleatoriamente en dos grupos:

Grupo A: Se instrumentará con sistema rotatorio Maillefer, Profile 0.4 y 0.6

Grupo B: Se instrumentará con sistema Quantec 2000.

Preparación Quirúrgica:

Se realizará un sondeo con una lima n 10 humedecida con glicerina líquida con el fin de lubricar la totalidad del conducto.

La técnica de instrumentación será crown-down, respetando una secuencia actualizada a los últimos estudios del corriente año.

Se irrigará con Hipoclorito de Sodio al 2.5% con jeringa descartable tipo Maxi-Prove, punta ciega, en una cantidad de 1.8 cm3, procedimiento que se repetirá en cada cambio de instrumentos. La irrigación con Edta al 17% (PH= 7) se efectuará de la misma manera, pero será de 0,9 cm3 cada dos instrumentos y en el lavaje final.

El tiempo de instrumentación será cronometrado durante toda la preparación quirúrgica incluyendo la irrigación.

Resultados y conclusiones:

No se presentan en este informe ya que el trabajo está en ejecución.

Estudio Comparativo de la limpieza obtenida en conductos mesiales de molares inferiores con el uso de limas tipo K y ProFile Taper 0,04

Aragno Graciela, Araujo Juan A., Guillen Leonardo, Roitman Alicia.
Seccional de Endodoncia del Círculo Odontológico de Rosario (S.E.C.O.R.)

La preparación biomecánica de los conductos radiculares y su configuración final, nos permite entre otros objetivos, el eliminar el contenido orgánico y/o bacteriano, preparando los conductos radicales para su ulterior obturación. Desde hace algún tiempo a partir de las limas de acero al carbono, se fueron produciendo una serie de modificaciones, en su morfología, en sus estructuras metalográficas, como así también en su funcionamiento que se produce con la aparición de la aparatología mecanizada.

El presente trabajo tiene como objeto el de comparar la limpieza de los conductos mesiales de los molares inferiores mediante el uso de dos instrumentos endodónticos, lima tipo K de acero inoxidable colorinox (Maillefer Dentsply Suiza) y Profile 0.04 (Maillefer Dentsply Suiza).

Para este trabajo se utilizaron 40 raíces mesiales de molares inferiores que fueron teñidas con solución de tinta china al 30% (Pelikan). Se dividieron luego en dos grupos de 40 conductos; los conductos mesiovestibulares fueron tallados en sus accesos con largos de Maillefer N° 1 (Maillefer Dentsply) para luego ser instrumentados con limas tipo K de acero inoxidable hasta un número treinta.

Los conductos mesiolinguales fueron tallados en sus accesos con Orifice Shapers N° 3 los que luego fueron instrumentados con profile 0.4 / 0.6 hasta un número treinta. En todos los casos la irrigación se realizó con solución fisiológica a cada cambio de instrumento. Se realizaron cortes transversales de 2 mm de espesor con discos de acero diamantado en la zona de la furca, tercio medio y apical. Los cortes fueron observados con microscopia óptica a 50 aumentos.

Para su evaluación se observaron en cuartos de círculo la limpieza que presentaban los mismos. De lo observado podemos decir que no hubo una diferencia significativa en cuanto a la limpieza de los conductos principalmente en la zona de los itmos que siempre permanecieron sin instrumentar en cualquiera de las dos técnicas, lo que si pudimos observar en los conductos instrumentados con Profile la simetría y la centralización en el tallado de los conductos. En la zona apical en ambas técnicas la limpieza fue casi nula.

Resúmenes

Análisis del PH de diferentes formas comerciales de EDTA y su posible incidencia sobre la acción quelante.

Martin Gabriela, Baino María Andrea, Ferreyra Sonia, Macchi Ricardo.

En la terapia endodóntica, durante la preparación quirúrgica de los conductos, diversas sustancias son usadas como coadyuvantes químicos.

El EDTA es considerado el agente quelante más efectivo por la acción desmineralizante que ejerce sobre la porción inorgánica de la pared dentaria. Además posee la capacidad de remoción del smear layer, permitiendo una mejor adaptación del material de obturación. La solución más frecuentemente usada es a partir de la sal disódica de EDTA al 15% en una solución neutra.

El objetivo del presente estudio fue evaluar in vitro el PH de diferentes formas comerciales de EDTA.

Materiales y Métodos

En este trabajo se estudiaron tres formas comerciales de EDTA: Farmadental (solución), Tedequín (solución), Ultradent (gel); de cada una se tomaron 5 muestras diferentes determinando el PH con un pehachimetro digital, previamente calibrado en una solución buffer de PH 7. Este aparato mide la concentración de hidrogeniones en la solución.

La forma comercial ULTRADENT (gel), fue disuelta en agua destilada con la finalidad de que los 3productos evaluados se encontraran bajo la misma forma de solución.

Resultados

Los resultados obtenidos fueron analizados estadísticamente.

En cada caso se calculó el valor de la media aritmética de la muestra seguida entre paréntesis por la desviación standard y luego por los límites inferior y superior del intervalo confianza (95%).

Las diferencias de los 3 grupos fueron significativas $p<0,05$ y cuando el intervalo no incluyó el valor 7 pudo estimarse que el PH varió significativamente de 7.

Se realizó el análisis de varianza mediante el cual se observó que al menos una de las muestras fue diferente.

Se evaluó esa diferencia mediante el test de comparación múltiple de Tukey (con un nivel de significancia de 0,05).

El valor obtenido fue 0,24 el cual se comparó con la diferencia de medias.

Entre Tedequín y Farmadental la diferencia fue 0,47. Entre Ultradent y Farmadental 3,68. Entre Ultradent y Tedequin 3,21.

Las diferencias fueron estadísticamente significativas ya que los valores obtenidos resultaron mayores a 0,24.

Conclusiones:

La solución EDTA es usada a PH neutro (7).

El valor de la media muestral para Tedequón fue 7,17, Farmadental 6,70 y Ultradent 10,38.

	Media aritmética	Desviación standard	Límite del Intervalo inferior	superior
Farmadental	6,70	(0,18)	6,47	6,93
Tedequín	7,17	(0,17)	6,96	7,40
Ultradent	10,38	(0,04)	10,32	10,44

Influencia de la edad en la conformación apical de los conductos radiculares

Visvisian Cármen, De Caso Cecilia y Gani Omar

Cátedra de Endodoncia, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba.

En un estudio anterior comprobamos que los diámetros a nivel apical de los conductos radiculares de primeros molares superiores de edades conocidas, en algunos casos eran de tal magnitud que exigirían el uso de instrumentos de muy grueso calibre para lograr una confirmación circular que permita luego, realizar un adecuado sellado apical del conducto. Es por ello que en este trabajo nos propusimos como objetivos, evaluar la calidad de conformación de los conductos en un nivel ubicado a 2mm del extremo apical.

Para ello se utilizaron 48 primeros molares superiores, los que fueron divididos en los siguientes grupos etarios de 16 piezas cada uno: Grupo 1. - Jóvenes (de 14 a 20 años), Grupo 2 (de 30 a 40 años) y Grupo 3 Mayores de 50 años. La técnica utilizada en todos los casos fue la escalonada tal como la describe Weine, previa preparación del acceso a los conductos, realizadas con fresas de Gates – Glidden N° 2 en los conductos vestibulares y 3 o 4 en los palatinos. La preparación apical se hizo hasta el instrumento N° 25 y luego el retroceso.

Concluida esta etapa, sé reinstrumento el extremo apical con los instrumentos N° 30 y 35. El paso siguiente consistió en obtener cortes transversales en un nivel ubicado a 2 mm del ápice, presumiendo incluir el conducto instrumentado ya que la medida de trabajo longitudinal fue establecida aproximadamente a 1mm del extremo apical. Mediante lupa estereoscópica, se determinó la calidad de la obturación según la siguiente calificación de preparaciones: eficientes, suficientes, deficientes y muy deficientes.

Los resultados demostraron altos porcentajes de preparaciones muy deficientes en cada uno de los conductos, notándose una tendencia a mejorar en la medida que aumentaba la edad.

Se puede concluir que la calidad de la instrumentación en las proximidades del ápice, está relacionada con la edad del paciente y con las características anatómicas de los conductos. Los mejores resultados se observaron en el grupo mayores de 50 años y en los conductos pertenecientes a aquellas raíces de forma mas o menos cónicas (palatina y distal) y los más defectuosos en la raíz mesial a consecuencia de su achatamiento en sentido mesio distal.

Resúmenes

Incidencia de lesiones dentarias traumáticas en una población de 50 pacientes.

Laura Hemadi.
Servicio de Endodoncia, Hospital Nacional de Odontología.

En la heterogeneidad de los traumatismos bucales no existe mecanismo patógeno ni patrón notable y predecible en cuanto a la intensidad o extensión de los mismos. Las medidas terapéuticas requieren un enfoque multidisciplinario debido a que las injurias traumáticas constituyen un problema complejo para la práctica odontológica.

El objetivo de este trabajo fue conocer la incidencia de las Fracturas Radiculares en un total de 50 pacientes que concurrieron con lesiones traumáticas durante 1 año al Servicio de Endodoncia del Hospital Odontológico de la Pcia. de Formosa.

Las edades de los pacientes oscilaron entre 7 y 15 años, se les realizó una entrevista inicial donde se incorporó información sobre las causas que produjeron el accidente. Los datos fueron volcados en una ficha especial y se obtuvieron los resultados. El 30% de estas lesiones fueron Fracturas Radiculares, esto significó una incidencia muy alta con respecto a las estadísticas bibliográficas.

Los mejores resultados con respecto a la curación y pronóstico de las Fracturas Radiculares fueron obtenidos en aquellos pacientes que se trataron en forma inmediata (6%), el resto (24%), tuvieron diferentes tipos de complicaciones que retrasaron la curación y el pronóstico fue desfavorable para la supervivencia de la pieza dentaria afectada.

De lo antes expuesto se concluye que el éxito en la curación de las Fracturas Radiculares depende de la rapidez con que el paciente concurre, así se podrá realizar la reducción inmediata de la fractura y la fijación adecuada de la misma.

Evaluación de la longitud de trabajo con dos técnicas radiográficas.

Pruskin Elena, Hilú Rodolfo, Mellado Alicia, Scavo Rosa.
Escuela de Postgrado de la Asociación Odontológica Argentina

El propósito de este estudio realizado in vitro, fue comparar la eficacia de las técnicas radiográficas del paralelismo y de la bisectriz para reproducir la longitud de trabajo conocida en un modelo experimental simulado.

Fueron seleccionados 50 dientes unirradiculares humanos recientemente extraídos y divididos en 5 grupos incisivos centrales superiores (ICS), incisivos laterales superiores (ILS), caninos superiores (CS), incisivos inferiores (II) y caninos inferiores (CI).

Cada diente fue radiografiado antes y durante la determinación de la longitud de trabajo en la misma película, visualizando de este modo las dos imagines, que sirvieron de grupo control. La longitud se verificó un calibre digital.

Un cráneo humano desdentado fue acondicionado fijándolo a una base para asegurar la constante angulación y distancia de todas las exposiciones radiográficas. La mandíbula fue utilizada sin aditamentos. Cada espécimen con una lima K#15 colocada en el conducto radicular, en la longitud de trabajo establecida, fue introducido en el alvéolo correspondiente, desgastando la superficie radicular externa si fuera necesario, sin llegar al tercio apical. Luego fue radiografiado utilizando la técnica de paralelismo con el posicionador Endo Rinn y con la técnica de la bisectriz.

Comparación in vitro de preparación de conductos usando los sistemas ProFile, Quantec y la técnica de Step Back.

Abramovich Alberto, Caram Julio, Villalobos Miriam, Anselmi Alberto, Ruiz Enrique Jorge.
Cátedra de Endodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de Cuyo Mendoza.

El propósito de este estudio fue comparar la efectividad en la configuración de conductos radiculares curvos, empleando la técnica Step Back y dos sistemas de preparación, mecanizada, Profile y Quantec.

Se utilizó un total de 30 conductos mesiales estandarizados de molares inferiores de extracción reciente, los cuales fueron instrumentados con las técnicas mencionadas.

Las raíces fueron colocadas dentro de una mufla con yeso tipo densita con el fin de poder reubicarlas.

Se practicaron 2 cortes transversales a las raíces, un corte se realizó a 3 mm y el otro corte a 7 mm del ápice.

La forma de los canales fueron fotografiados antes y después de la instrumentación, mediante el uso de un stereomicroscopio (Nikon – Japan), con cámara fotográfica incorporada.

A través de todo el experimento no se observaron perforaciones, ni fracturas de instrumentos.

Resultados:

Cantidad de dentina removida:

Se removió más cantidad de dentina a nivel coronal, que apicalmente, en general en todas las técnicas. Donde más se observó esta discrepancia es en la técnica de Step-Back.

Transportación apical:

Se observaron transportaciones en dos conductos del grupo A y B. Dicha desviación se produjo hacia la parte externa de la curva.

El sistema Profile mostró solamente una transportación.

Transportación Cervical:

El grupo A (Step Back) mostró 5 conductos transportados hacia la zona furcal.

El grupo B (Quantec) presentó solo una transportación.

El grupo C (Profile) no se observaron transportaciones.

Tiempo de preparación:

Si bien el tiempo empleado en la preparación de los conductos mediante las técnicas mecanizadas (Quantec y Profile) fue menor que la del grupo A, la diferencia no fue significativa.

Instrumento fracturado:

Se produjo la separación de un instrumento Profile nro. 25. Se observó el estiramiento de las espiras de un instrumento de Taper .02 nro. 20 y 25.

Resúmenes

Instrumentación manual y mecanizada: análisis comparativo estudio preliminar.

López Guillermo, Ritacco Elisabet, Raca Silvina.
Cátedra de Endodoncia Clínica, Facultad de Odontología, Universidad Maimónides.

La limpieza y la conformación del sistema de conductos radiculares constituyen uno de los pilares para lograr el éxito en la terapéutica endodóntica, junto a un correcto diagnóstico y una obturación tridimensional. El objetivo de este trabajo consistió en la evaluación comparativa de la limpieza obtenida con la instrumentación manual – limas flexibles (Dentsply, Maillefer Instruments, S.A.) vs. La instrumentación mecanizada – Sistema ProFile (Dentsply, Maillefer Instruments, S.A.)

Para este estudio se utilizaron raíces mesiales de molares inferiores de dientes humanos, de reciente extracción, con ápice completamente calcificado y conductos estrechos con una corvatura de 20° a 40° (clasificación de Schneider). Se efectuó la apertura cameral de las piezas dentarias con la técnica convencional y se utilizó una lima de pasaje Tipo K (N°10) para permeabilizar el foramen.

Se inyectó un colorante en la cámara pulpar, el cual difundió a través del sistema canalicular mediante la aplicación de presión negativa en el ápice.

Las unidades experimentales se dividieron al azar en dos grupos, y a su vez cada conducto de la raíz mesial de cada unidad se instrumentó, también al azar, en forma manual (Técnica crown down presión apical) o con el sistema mecanizado (ProFile Maillefer ISO taper .04 y .06 y Orifice Shapers).

Grupo 1

Subgrupo 1.1 Raíces mesiovestibulares – Sistema Profile

Subgrupo 1.2 Raíces mesiolinguales – Limas flexibles

Grupo 2

Subgrupo 2.1 Raíces mesiovestibulares – Limas flexibles

Subgrupo 2.2 Raíces mesiolinguales – Sistema ProFile

Luego de la instrumentación las raíces se desgastaron longitudinalmente y los resultados de ambas técnicas se evaluaron con fotomicroscopía en 20 y 40 aumentos. Tres observadores realizaron una evaluación a ciego para determinar la persistencia del colorante en las paredes internas de los conductos. Se examinaron separadamente los tercios coronario, medio y apical según los siguientes parámetros:

- Deficiente: zona con persistencia del colorante
- Buena: zona con poca persistencia de colorante.
- Muy buena: zona sin persistencia del colorante

Bajo las condiciones de este estudio, realizado como estudio preliminar, se observó que la instrumentación mecanizada no produce mejor limpieza y desbridamiento de las paredes internas de los conductos radiculares estrechos en comparación con la instrumentación manual.

Estudio de la filtración en el tercio apical en conductos obturados y preparados para pernos que han perdido la obturación coronaria en períodos de 7, 15 y 30 días.

Araujo Juan Antonio, Foyatier Cristian
Círculo Odontológico de Rosario

El objetivo de la obturación endodóntica consiste en sellar tridimensionalmente, el espacio creado durante la preparación quirúrgica del conducto radicular, con el fin de obtener un sellado absoluto, entre el conducto radicular y la zona periapical. Las maniobras operatorias empleadas para desobturación del conducto y su preparación para perno, crean un camino a los fluidos bucales, para llegar vía conducto a contaminar el remanente de la obturación apical, principalmente cuando han perdido la obturación coronaria.

El objetivo del presente trabajo fue observar la posibilidad de filtración en la obturación apical en períodos de 7, 15 y 30 días en conductos radiculares preparados para pernos, expuestos al medio bucal.

Se utilizaron treinta dientes unirradiculares humanos recientemente extraídos y mantenidos en solución fisiológica. Se cortaron las coronas clínicas, se tomaron las conductometrías a 1,5 mm del ápice radiográfico, fueron instrumentados con limas tipo K (Colorinox Maillefer-Dentsply), hasta un nº 45. Se obturaron con conos de gutapercha, siguiendo los pasos de la técnica híbrida, se utilizó como sellador la resina A H 26. Dichas piezas dentarias fueron desobturadas y talladas para perno hasta 4mm antes del ápice utilizando para ello el largo nº2 (Maillefer, Dentsply).

Se colocó en su extremo coronario tubo de teflón de 4 cm de largo para luego ser llenados con solución de tinta china (Pelikan) al 30%. Se pusieron en posición vertical, con la pieza dentaria en el extremo inferior y se agitó dicha solución en períodos regulares de tiempo, para favorecer la penetración a lo largo del conducto radicular, en períodos de 7 – 15 y 30 días respectivamente.

Se clarificaron siguiendo la técnica de Canzani y col, se observaron a microscopía óptica a 50 aumentos para evaluar la posible penetración de la solución de tinta china en períodos de 7, 15 y 30 días. Para su evaluación se midió la penetración lineal a lo largo de los 4 mm.

Resultados:

De las 30 piezas observadas a los 7 días hubo solamente en tres, una penetración de un milímetro, a los 15 días hubo penetración en dos piezas un milímetro y dos piezas dos milímetros, a los 30 días siete fueron las piezas que presentaron penetración de dicha solución que variaban de uno a cuatro milímetros.

De lo observado aconsejamos el retratamiento en situaciones similares a partir de los 20 días de la pérdida de la obturación coronaria.

Resúmenes

Evaluación de dos sistemas de preparación mecanizada sobre la conformación radicular de molares inferiores.

Corvalán Silvia, Revah Silvia, Ferreyra Sonia

Se incluyeron en este estudio 20 molares inferiores humanos con raíces mesiales de curvatura > a 25°, según técnica Schneider y con un radio menor a 5 mm.

Se removieron las raíces distales a nivel furcal; y se realizó una cavidad de amalgama cuya finalidad fue asegurar reproducibilidad en la pre-post exposición radiográfica.

La muestra se dividió aleatoriamente en dos grupos, los cuales fueron preparados con los Sistemas Profile.04. y .06 y Orifice Openers .08 (Dentsply, Maileffer. Ballaigues, Suiza) y Quantec Flare .12, .10, .08 (Analytic Endodontics, Glendora, California) y Serie Dorada .02, .03, 04, .05 y .06 (Tycom, Irvine, California) respectivamente.

La conformación radicular de ambos grupos fue corono-apical, recambiando los instrumentos cada cinco preparaciones.

Se irrigó con agujas Maxi Prove (Hawe Neos Dental) de punta ciega y jeringas tipo Luer en ambos grupos con NaCl al 5%. y EDTA al 17%, ph=7 (sal disódica).

Todas las piezas fueron doblemente expuestas en misma placa radiográfica antes y después de finalizar su correspondiente preparación; sobre una plataforma radiográfica previamente diseñada.

Todas las preparaciones fueron cronometradas en segundos, involucrándose instrumentación, irrigación y la doble exposición de la película.

Las radiografías fueron escaneadas y luego magnificadas con un programa de imágenes (Photoshop 3.0, Adobe Systems, Mountain View, C.A.). A través de un sistema de coordenadas, se pudieron medir desviaciones entre el conducto original y el preparado quirúrgicamente, a nivel de la longitud de trabajo, a 3mm., a 5mm. y a 7mm. de la misma.

Con los datos obtenidos se hallaron las medias y sus respectivas desviaciones estándar en cada uno de los niveles estudiados. Luego, con el t. Student no se hallaron diferencias significativas entre los grupos estudiados (P>0.05). Con respecto al tiempo de preparación, a pesar de obtener datos mayores para el grupo Quantec, se llegó al mismo grado de significancia.

El último calibre utilizado a nivel apical fue un n° 30, en base a un estudio de Kerekes y Tronstad. Del mismo modo, debido a la anatomía de las piezas estudiadas, no se utilizaron conicidades mayores a .06.

En coincidencia con el trabajo de Kavanagh y col., no se encontraron diferencias significativas en el transporte con los dos sistemas, en los tercios coronario, medio y apical.

Estudio radiográfico de la anatomía de los conductos mesiales del primer molar inferior

Frajlich Santiago, Thompson Lorena.
Cátedra de Endodoncia USAL/AOA de la Escuela de Odontología y Cátedra de Odontología Integral Adultos U.B.A.

La compleja anatomía del sistema de conductos radiculares constituye un condicionante importante para la correcta realización del tratamiento endodóntico, su mayor conocimiento permitirá mejorar la calidad de los mismos.

En este sentido, los molares inferiores y especialmente la raíz mesial, se caracteriza por una intrincada morfología, la que ha sido analizada por numerosos autores (Bassa y Garberoglio, De Deus, Pineda y Kuttler, Vertucci, Skidmore y Bjorndal).

El objetivo de esta experiencia fue determinar, radiográficamente, en raíces mesiales de primeros molares inferiores, la cantidad de conductos, su dirección y el número de salidas de los mismos.

Se utilizaron 60 primeros molares inferiores, recientemente extraídos, a los que se les realizó la apertura cameral con alta velocidad y refrigeración acuosa. Las raíces distales fueron eliminadas con disco de carburundum.

En cada uno de los conductos se introdujo una lima tipo K # 10 (Maillefer, Ballaigues, Suiza) hasta que la misma se observase por su salida apical y a continuación los especímenes fueron radiografiados en sentido mesio-distal. A tal fin se los ubicó en un adaptador para estandarizar la posición y distancia del tubo emisor de rayos x.

Se utilizó un aparato de rayos x Chirana (Checoslovaquia) de 65 KV y 10 Ma, siendo el tiempo de exposición de 0,4 segundos.

Las placas radiográficas fueron reveladas por el método convencional y las imagenes obtenidas se evaluaron en forma conjunta por los autores con la ayuda de un negatoscopio y lupa por 7 aumentos.

En todos los casos se localizaron dos conductos, con la presencia de dos orificios de salida en un 63,33 % (33 sobre 60) y con un orificio de salida en un 33,66% (22 sobre 60).

De los 38 casos con dos orificios de salida, 18 (47,37 %) eran paralelos en toda su dirección y 19 (50%) eran divergentes en su porción coronaria, adoptando luego diversos recorridos, 1 espécimen (2,63 %) presentó conductos paralelos en la zona coronaria con convergencia apical.

Resúmenes

Morfología Canalicular a nivel apical de primeros premolares superiores y sus posibilidades de conformación.

Franciosi Fabiana, Granela de Juárez Zunilda, Gani Omar.
Cátedra de Endodoncia, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba

Conformar el conducto radicular a nivel apical, significa lograr en él una forma cónica de sección transversal circular, de tal manera que permita un adecuado sellado apical mediante la obturación. Con el fin de comprobar si los conductos radiculares de los primeros premolares superiores permiten dicha conformación, nos propusimos como objetivos estudiar la morfometría de los conductos de dichas piezas, en un nivel ubicado a 2mm. del extremo apical, límite longitudinal aceptado para la instrumentación y obturación endodóntica. Para ello se seleccionaron 30 primeros premolares superiores de edades conocidas, dividiéndolos en los siguientes grupos etarios de 10 piezas cada uno: Grupo 1 – Adolescentes (de 16 a 20 años), Grupo 2 – Adultos (de 30 a 40 años) y Grupo 3 – Mayores de 50 años. De cada una de las raíces, se obtuvo con disco de carburumdum un corte transversal en el límite previamente establecido (a 2 mm. del ápice). Mediante lupa estereoscópica provista de un ocular con regla milimetrada, se obtuvo de cada corte la medida del diámetro mayor del conducto para luego correlacionarla con el punto DO de los instrumentos endodónticos. Los resultados demostraron que dicha correlación fue muy variada. La presencia de un solo conducto fue detectada solo en el grupo de adolescentes (30 %) y en el de mayores de 50 años (10%). En el grupo de adolescentes, incluyendo los casos de conductos únicos, se necesitaría para lograr en el conducto una forma circular, utilizar instrumentos de la tercera serie en un alto porcentaje (70%). Lo mismo ocurrió en el grupo de adultos, aunque en un reducido porcentaje(10%). En el grupo de mayores de 50 años, si bien la reducción de los diámetros fue evidente, también en un 20% habría que recurrir a instrumentos de la segunda serie. Se concluye que la morfometría de los conductos radiculares de los primeros molares superiores a 2mm del ápice radicular, es muy compleja. La edad influye irregularmente sobre sus dimensiones. La inmadurez en el grupo de adolescentes, exigiría utilizar instrumentos de calibres imposibles de aplicar, puesto que destruirían la raíz, no quedando exentos de este inconveniente los demás grupos etarios.

Estrategia docente en endodoncia

Hilú Rodolfo, Scavo Rosa, Calvo Virginia
Cátedra de Endodoncia Integrada, Facultad de Odontología, Universidad Maimónides

Este estudio fue realizado en la cátedra de Endodoncia Integrada de cuarto año de la Facultad de Odontología de la Universidad de Maimónides y su objetivo fue evaluar los conocimientos adquiridos por los alumnos mediante el empleo de una estrategia didáctica, adaptada a la cursada de la materia.

Participaron del proyecto 33 alumnos de grado, del año lectivo 1998. Fueron divididos en dos grupos de 17 y 16 alumnos, que cursaron la materia en el primer y segundo cuatrimestre, respectivamente. Fueron implementadas dos prácticas endodónticas *in vitro* con dientes unirradiculares, antes y después de haber cursado la materia.

Fueron confeccionadas dos encuestas, una de evaluación estructurada cuantitativa y otra cualitativa. Los resultados de la encuesta estructurada cuantitativa fueron analizados estadísticamente con la prueba no paramétrica de Mann-Witney. La encuesta cualitativa fue analizada por el método de frecuencias relativas.

Fue realizada una evaluación docente sobre los errores procedimentales de ambas experiencias *in vitro*. Los resultados fueron analizados por la prueba de Fisher.

Durante la cursada se desarrollaron cuatro espacios de reflexión entre los alumnos y el grupo docente. Además, cada alumno presentó 2 casos clínicos que fueron analizados y discutidos por todo el grupo.

En el análisis estadístico de la encuesta de evaluación estructurada cuantitativa, se encontraron diferencias estadísticamente significativas ($P<0,05$) en las preguntas 4, 6 y 9 referidas al mejoramiento de la técnica radiográfica ($P=0,02$), a la visualización radiográfica en sentido ortoradial y próximo proximal y su relación con la práctica endodóntica clínica ($P=0,02$) y a la aplicación de los conocimientos adquiridas a la práctica clínica ($P=0,04$)

Los resultados de la encuesta de evaluación cualitativa se agruparon en consignas que favorecieron o no el proceso de aprendizaje.

La evaluación de los errores procedimentales demostró diferencias significativas en cada grupo, en la primera y segunda experiencia realizada *in vitro*.

En las condiciones de esta experiencia, la estrategia didáctica presentada, demostró resultados satisfactorios.

Resúmenes

Análisis de la calidad de la obturación del conducto radicular obtenida mediante el sistema de gutapercha termoplastificada Thermafil Plus. Un estudio in vitro.

Chiacchio Laura, Banegas Gladys, Grinberg Fabiana, Zmener Osvaldo.
Cátedra de Odontología Integral Adultos, Facultad de Odontología U.B.A.

Cuarenta dientes humanos unirradiculares previamente instrumentados con limas ProFile .06, fueron divididos en dos grupos de 20 dientes cada uno y obturados con Thermafil Plus o mediante la condensación lateral de conos de gutapercha (grupo control) y AH-26 como sellador. Luego de controlar las obturaciones radiográficamente en ambos sentidos, se obtuvieron cortes seriados horizontales de 1mm de espesor a nivel de los tercios coronario, medio y apical de todos los dientes mediante un microtomo para tejidos duros. En todos los cortes se analizó la adaptación de la gutapercha y/o sellador a las paredes del conducto radicular. En la sección más apical de cada tercio se realizó un análisis cuantitativo de los porcentajes de área cubierta por el material de obturación. Ambas evaluaciones fueron realizadas por medio de un microscopio de luz reflejada conectado a un sistema de computación con un programa de software adecuado para este tipo de medición.

Las obturaciones realizadas con Thermafil Plus, revelaron una mejor adaptación a las paredes dentinarias y un porcentaje de área cubierta significativamente superior ($p < 0.05$) a las obturaciones realizadas mediante la condensación lateral de conos de gutapercha.

Relación de la preparación quirúrgica, medicación intracanal y el dolor postoperatorio entre sesiones en pacientes con enfermedades pulpares y periapicales.

Tula María Cristina, Basrani Bettina.
Cátedra de Endodoncia, Facultad de Odontología, Universidad Maimónides.

El objetivo de este estudio fue comparar el efecto de la aplicación Hidróxido de Calcio, Gluconato de Clorhexidina 0,2 % y torunda estéril en la incidencia de dolor postoperatorio entre sesiones.

En pacientes que requerían tratamientos de conductos atendidos en la Cátedra de Endodoncia de la FOUM, se les realizó una historia clínica y se registro la presencia o ausencia de dolor pre-operatorio a través de una escala analógica visual. Luego de la apertura, se registró la conductometría como "corta", "correcta" o "larga" y se procedió a la preparación quirúrgica. Se dividieron los pacientes en tres grupos al azar de acuerdo a la medicación intracanal colocada y se obturó la cámara pulpar con una doble capa. Cada paciente fue contactado telefónicamente a las 20 y 48 hs. a fin de registrar si hubo o no dolor postoperatorio. Fue categorizado en grado 1 leve: presencia de sensibilidad pero sin necesidad de toma de medicación, grado 2 moderado: dolor controlado con analgésicos y grado 3 marcado: dolor no controlado con analgésicos. El paciente registró su sensación en otra escala analógica visual en las mismas condiciones del preoperatorio. Para la evaluación subjetiva se midió, con reglas milimetradas, la intensidad del dolor registrada por el paciente pre y postratamiento, y para la evaluación objetiva se relacionó el diagnóstico, el resultado de la preparación quirúrgica, la medicación colocada y los grados de dolor. Los resultados se encuentran en procesamiento estadístico.

Estudio Comparativo in vitro entre técnica de condensación por últrasonido y técnica de condensación lateral.

López Guillermo, Portigliatti Ricardo.
Cátedra de Endodoncia, Facultad de Odontología, Universidad Maimónides.

El objetivo del presente trabajo es comparar la adaptación de gutapercha y obturación de conductos laterales y accesorios, entre ambas técnicas.

Se utilizarán para esta investigación 50 piezas dentarias frescas, con conducto único, de luz evidenciable, con foramen apical permeable o no permeable.

Estas raíces fueron preparadas quirúrgicamente con sistema Profile (Tulsa Dental Products) a cargo de dos operadores previamente calibrados. Se formaron dos grupos de raíces según tengan foramen apical permeable o no (A, B). Luego cada grupo fue dividido al azar en dos subgrupos (A1, A2, B1, B2).

La obturación se realizará con cemento de Roth 801 (Roth Drug Co. Chicago IL), y conos de gutapercha estandarizados de la casa Dentsply y accesorios de la casa Maillefer.

Se obturarán 25 piezas dentarias con técnica de condensación lateral (CL), y 25 con técnica de condensación por ultrasonido (US) utilizando la unidad ultrasónica P-Max (Satelec. Merinac. Cedex. France)

Se evaluará la presencia de conductos laterales y accesorios tomando radiografías en ambos sentidos del espacio. Se realizarán cortes milimetrados en frío de raíces obturadas incluidas en acrílico. Se tomarán fotografías de los cortes a 40 aumentos con lupa estereoscópica y se someterán a un analizador de imagenes.

Evaluación de los efectos alcalinos producidos por conos de gutapercha que contienen hidróxido de calcio.

Zmener Osvaldo, Capurro Mabel, Compte Horacio.
Cátedra de Odontología Integral Adultos, Facultad de Odontología, U.B.A.

El objetivo de este trabajo fue determinar los cambios de pH inducidos por conos de gutapercha de origen comercial, que contienen hidróxido de calcio en su formulación (Gca). Se utilizaron 20 tubos de ensayo conteniendo cada uno 1.8 ml de suero fisiológico (pH 6,5) divididos en dos grupos de 10 tubos cada uno. En el grupo 1, se introdujo en cada tubo un Gca. Nro. 80 mientras que en el grupo 2 (control) se procedió de la misma forma pero en este caso se utilizaron conos de gutapercha convencionales del mismo número. Los tubos fueron conservados a temperatura constante de 37°C y las modificaciones de pH del medio fueron registradas luego de un período de 1 hora, 24 horas, 7 días y 14 días de observación. En el grupo 1, los valores originales de pH aumentaron significativamente luego de 1 hora y 24 horas ($p<0,05$) y posteriormente revelaron un incremento leve, gradual y no significativo a los 7 y 14 días de observación con un pico máximo de 10,6 para este último período. En el grupo 2, los valores originales de pH registraron un aumento leve que llegó hasta 7,6 a las 24 horas y se redujo a 7,3 a los 14 días. En este grupo, las diferencias obtenidas durante los períodos de observación utilizados no fueron estadísticamente significativas ($p>0.05$).

Los resultados sugieren que el uso de Gca. como medicación intraconducto y entre sesiones permitirá obtener un valor de pH suficiente como para influenciar positivamente los procesos reparativos.

Resúmenes

Evaluación Radiográfica y microscópica de la obturación de perforaciones radiculares obtenidas por medio de un sistema de gutapercha termoplastificado. Un estudio in vitro.

Grinberg Fabiana, Benegas Gladys, Chiacchio Laura, Zmener Osvaldo.
Cátedra de Odontología Integral de Adultos, Facultad de Odontología, U.B.A.

El objetivo de este trabajo, fue evaluar la capacidad del sistema Thermafil Plus para obturar perforaciones radiculares realizadas artificialmente in vitro.

Se utilizaron 38 dientes humanos unirradiculares frescos cuyos conductos fueron preparados con instrumentos rotatorios ProFile .06 hasta Nro. 40 e irrigación constante con hipoclorito de sodio al 2,5%.

Finalizada la instrumentación, se realizaron en la superficie radicular, dos perforaciones que llegaban hasta la luz del conducto; una situada en mesial, a 5 mm. del límite amelocementario y la otra, en distal, aproximadamente en la unión del tercio medio con el tercio apical de la raíz. Ambas perforaciones fueron realizadas con una angulación aproximada de 45 grados con el eje mayor del conducto radicular.

Los dientes fueron separados en dos grupos de 19 cada uno y obturados de la siguiente manera:

Grupo 1: con obturadores Thermafil Plus Nro. 40 y AH-26;

Grupo 2 (control): condensación lateral de conos de gutapercha y AH-26.

Los dientes fueron radiografiados con distancia y procedimientos estandarizados y las radiografías obtenidas fueron proyectadas sobre una pantalla.

Para la evaluación, la obturación obtenida en las perforaciones realizadas en ambos niveles fue categorizada de la siguiente forma:

1: No obturación;

2: Obturación Parcial;

3: Obturación total (hasta el límite de la superficie radicular).

A nivel de la misma, las perforaciones fueron examinadas con lupa estereoscópica a diferentes aumentos a fin de constatar si el material que llegaba a la superficie era gutapercha, sellador o una mezcla de ambos. En las perforaciones más apicales y en comparación con la condensación lateral, la calidad de la obturación obtenida con Thermafil Plus fue significativamente superior ($p< 0.05$). En el Grupo 1, la desembocadura de las perforaciones en la superficie radicular reveló la presencia de gutapercha en un 56,2%, gutapercha y sellador en un 31,3%, y solo sellador en un 12,5%. En 3 casos, 2 de obturación parcial y 1 de no obturación, no se observó ningún tipo de material a nivel de la superficie radicular. En el Grupo 2, las perforaciones fueron totalmente obturadas en 17 casos, exclusivamente por sellador en el 88.2% y por gutapercha y sellador en el 11,8%. La obturación fue parcial en 2 casos (10,5%). En relación con las perforaciones de ubicación coronaria, el sistema Thermafil también fue significativamente superior ($p<0,05$) registrándose la presencia de gutapercha y sellador en la desembocadura superficial en un 84,2% de los casos del Grupo I y solo sellador en el 15,8 %. En el Grupo 2, sobre 13 casos de obturación total se observó solo sellador en el 84,6% y gutapercha y sellador en el 15,4%. En 4 casos hubo obturación parcial y en 2, no hubo obturación.

Los resultados demostraron que los obturadores del sistema Thermafil Plus resultan eficientes para la obtu-ración de perforaciones radiculares ubicadas en diferentes posiciones.

Interferencia del hidróxido de calcio en la obturación de los conductos laterales.

Goldberg Fernando, Artaza Liliana, De Silvio Ana.

Cátedra de Endodoncia, Escuela de Odontología USAL/AOA

Los requisitos básicos en que se asienta la terapia endodóntica son la limpieza, conformación y obturación del sistema de conductos radiculares. Su compleja anatomía ha sido demostrada en numerosos estudios. La existencia de conductos laterales y accesorios, difíciles de limpiar y obturar, cobra mayor importancia en los problemas endodóntico-periodontales, ya que los restos de tejido necrótico y las bacterias remanentes podrían dar origen a la reinfección. Numerosos autores señalan que el uso de hidróxido de calcio como medicación entre sesiones persiste en el conducto interfiriendo con la obturación.

El objetivo de este estudio fue comprobar, in-vitro, si el hidróxido de calcio empleado en el conducto radicular como medicación entre sesiones podría interferir con la obturación de los conductos laterales.

Materiales y Métodos: Fueron utilizadas 20 piezas dentarias unirradiculares. Los conductos radiculares fueron conformados con limas tipo K hasta el Nro. 35 en toda su longitud y los dos tercios coronarios con fresas de largo 1 y 2, irrigando a cada cambio de instrumento con hipoclorito de sodio al 2,5%. Finalizada esta fase se fabricaron 6 conductos laterales en las caras proximales de cada raíz con escariadores a torno Nro.15. Se tallaron 2 conductos laterales por tercio radicular. Posteriormente se continuó con la conformación de los conductos radiculares hasta alcanzar un calibre 45, a fin de producir el depósito de barro dentinario sobre las paredes del conducto radicular, realizando la irrigación final con hipoclorito de sodio al 2,5%. Las 20 piezas dentarias se dividieron al azar en 2 grupos experimentales de 10 especímenes cada uno.

Grupo A: Constituido por 10 especímenes preparados de la manera anteriormente descripta.

Grupo B: Constituido por 10 especímenes a los que luego de la instrumentación descripta se les colocó en los conductos radiculares hidróxido de calcio manteniéndolo durante 7 días a 37°C y 100% de humedad. Posteriormente los conductos radiculares fueron reinstrumentados con limas tipo K e irrigados con hipoclorito de sodio al 2,5% a fin de remover el hidróxido de calcio.

Posteriormente, los conductos radiculares de ambos grupos fueron obturados con el Sistema Ultrafil, empleando AH 26 como sellador endodóntico. A continuación se tomaron radiografías postoperatorias las que fueron proyectadas a fin de contabilizar la cantidad de conductos laterales obturados en cada grupo.

Conclusión: *El hidróxido de calcio utilizado como medicación intermedia en el conducto radicular durante 7 días interfiere en la obturación de los conductos laterales.*

Resúmenes

Estudio Comparativo de diferentes técnicas de instrumentación mecanizada.

De Silvio Ana
Cátedra de Endodoncia, Escuela de Odontología USAL/AOA

Numerosos autores (Schilder – Waine – Cohen) han demostrado la importancia de la preparación quirúrgica como un paso fundamental de la terapia endodóntica. Los objetivos de la misma son la limpieza de los conductos radiculares y el conformado de los mismos para recibir los materiales de obturación.

Para alcanzar dichos objetivos, el clínico dispone de una gran variedad de instrumentos y técnicas de instrumentación, manuales o mecanizadas, basadas en principios biológicos y quirúrgicos que buscan generar condiciones para mantener o recuperar la salud de los tejidos ápico-periapicales.

El objetivo del presente estudio fue evaluar comparativamente los cambios anatómicos de la morfología del conducto con cinco técnicas de instrumentación mecanizada (Nitiflex con M4; Lightspeed; ProFile; Quantec; RBS + Pow.R), analizando simultáneamente nivel de limpieza y transporte apical.

Se utilizaron bloques de resina transparentes con conductos de curvatura severa (43° según el método de Schneider) coloreados con tinta china negra, a los cuales se les tomaron imágenes pre y post operatorias en un posicionador especialmente diseñado, que elimina las variables de distancia cámara – objeto, angulación y luz, y el programa CDR-Schick Technologies Inc. Se realizaron dos marcas de referencia en una de las caras para la posterior superposición de imágenes. La preparación quirúrgica se realizó en todos los casos hasta alcanzar una lima apical maestra Nro. 40, descartando los instrumentos cada 5 usos.

La limpieza fue evaluada a través de un score, el cual asignaba 0= cuando el remanente de colorante fuese nulo o insignificante (,1mm); 1= moderado (hasta 2mm) y 2= severo (>2mm.).

Para la superposición de imágenes pre y postoperatorias, éstas fueron exportadas al Programa Adobe Photoshop 5.0. Las mediciones de transporte se realizaron con el programa CDR-Schick Tech Inc. Sobre la imágenes resultantes de las superposiciones. El transporte apical fue cuantificado como presente o ausente. Los casos con instrumentos fracturados fueron descartados.

De los resultados obtenidos con el score de limpieza las técnicas se ubican de menor a mayor remanente de colorante. Profile, Lightspeed, RBS-Pow.R, M4 con Nitiflex y Quantec.

En cuanto a presencia de transporte apical, la técnica que más casos mostró fue Quantec, seguida en menor número por Lightspeed, M4 con Nitiflex, Profile y por último, con la menor cantidad de casos transportados, RBS-Pow.R.

De este estudio surge la importancia de evaluar simultáneamente la limpieza y el transporte apical ya que puede suceder que se logre una buena limpieza del sistema de conductos habiendo provocado un severo transporte apical, o por el contrario, que se haya evitado el transporte apical y la limpieza resulte insuficiente.

Cabe destacar que este estudio fue realizado sobre bloques de resina, con conductos circulares y uniformes, que sirven para evaluar comparativamente diferentes técnicas, pero no pueden correlacionarse estrictamente con la situación clínica.

Estudio comparativo de tres técnicas mecanizadas de instrumentación endodóntica

Frajlich Santiago, Goldberg Fernando, Roitman Marcela.
Cátedra de Endodoncia, Escuela de Odontología, USAL/AOA

La preparación quirúrgica es una de las etapas más complicadas y laboriosas del tratamiento endodóntico, debido principalmente a la compleja anatomía de los conductos radiculares.

En los últimos años se han lanzado al mercado odontológico diferentes técnicas de instrumentación mecanizada, que emplean instrumentos de níquel titanio accionados por sistemas rotatorios de baja velocidad y alto torque.

El propósito de la presente experiencia fue evaluar en forma comparativa, en conductos mesiales de molares inferiores, tres sistemas de instrumentación mecanizada: 1 – PrFfile (Dentsply, Maillefer, Suiza), 2 – Quantec (Analitic Technology, USA) y 3 – Hero 642 (MicroMega, Suiza).

Se emplearon en este estudio 30 raíces mesiales de molares inferiores con curvatura no mayor de 30° y dos conductos radiculares con orificios de salida independientes.

La longitud de trabajo para la instrumentación fue establecida introduciendo una lima Nro. 15 en el conducto radicular hasta verla en la salida apical. A esta medida se le restó 1mm. En estas condiciones los especímenes fueron radiografiados empleando un dispositivo diseñado a tal efecto, que permitió estandarizar distancia, angulación y posición entre las muestras y el tubo emisor de radiación.

Para su instrumentación, los 60 conductos radiculares fueron divididos al azar en tres grupos, implementando un sistema de rotación que permitiese la comparación entre las técnicas en una misma pieza dentaria.

Finalizada la instrumentación y con el último instrumento colocado en el conducto radicular las raíces se colocaron en el dispositivo anteriormente señalado y radiografiados en las mismas condiciones utilizadas en la radiografía inicial.

Las radiografías iniciales y finales de cada caso fueron proyectadas a una distancia determinada y comparadas. Se evaluó en esta experiencia el mantenimiento de la medida de trabajo, y el grado de transportación cervical y apical.

Para el estudio de la transportación cervical se realizaron cortes transversales de las raíces, los que fueron observados por microscopía óptica x 10 aumentos.

Resultados:

1) El Quantec fue el sistema que presento el mayor número de transportación apical y mayores variaciones de la longitud de trabajo.

2) No se observaron signos de transportación cervical con ninguno de los sistemas evaluados.

Resúmenes

Uso de conos de plata en la práctica endodóntica actual.

Aberastain Guillermo, Peña Graciela.
Sociedad Mendocina de Endodoncia

El estudio comparativo se realiza en base al porcentaje de utilización de Conos de Plata y Conos de Gutapercha en obturaciones endodónticas.

El objetivo se plantea a partir del concepto de que los Conos de Plata han caído en desuso y que son pocos los odontólogos que los utilizan, habiéndose abandonado prácticamente la enseñanza.

En la endodoncia actual aparecen los Conos de plata con mayor frecuencia cuando se los debe retirar para un retratamiento.

Se tomaron 221 casos teniendo como referencia placas postoperatorias.

El material utilizado se obtuvo de OSEP (Obra Social de Empleados Públicos de la Provincia de Mendoza), Auditoría del mes de noviembre de 1998.

Se clasificaron en grupos:

1)Por elementos dentarios.

2)Tratamiento primario o retratamiento

3)Material de obturación:
- conos de plata (grupo test)
- conos de gutapercha (grupo patrón)

A pesar de la pérdida de confianza en la utilización de los conos de plata por diversos factores, entre ellos la corrosión y N° elevado de fracasos, en la evaluación de los resultados se observó que el uso de conos de plata no se encuentra totalmente descartado, hallándose un mayor porcentaje de utilización en casos de tratamiento endodóntico primario en zonas molares.

Grupo	Tratamiento	Conos de Plata	Conos de Gutapercha
Incisivos	Primario		40
	Retratamiento		1
Caninos	Primario		22
	Retratamiento		1
Premolares	Primario		91
	Retratamiento		
Molares	Primario	8	57
	Retratamiento		

Confiabilidad de la radiografía en la evaluación de la obturación endodóntica.

Caso Cecilia, Gani Omar.
Cátedra de Endodoncia, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba

Desde el punto de vista técnico, el tratamiento endodóntico comprende dos etapas fundamentales: La conformación y la obturación de los conductos radiculares. La calidad de la instrumentación no es posible de evaluar si no es por medio de la calidad de la obturación observada en la imagen radiográfica.

La generalidad de los autores consideran que la obturación del conducto por condensación lateral, debe estar formada por una masa compacta de conos de gutapercha unidos entre sí y a la pared dentinaria por un cemento sellador.

El único medio que disponemos para evaluar la eficiencia de la obturación son los rayos X, sin dejar de considerar que poseen limitaciones, puesto que de un cuerpo tridimensional sólo pone en evidencia dos dimensiones. Clínicamente se considera que una obturación es adecuada cuando la radiografía nos muestra una imagen del conducto de radiopacidad uniforme, compacta y sin espacios vacíos ni desadaptaciones.

Con el fin de comprobar de que manera la imagen de la obturación puede ser enmascarada por los distintos tejidos que la cubren, realizamos un estudio radiográfico in vitro. Para ello se utilizaron mandíbulas que aún conservaban piezas dentarias en las que se realizó el tratamiento endodóntico. Posteriormente los dientes fueron radiografiados, y con el fin de simular los tejidos blandos, la mandíbula se cubrió con una lámina de caucho de más o menos 2 mm de espesor.

Concluida esta etapa, las piezas fueron retiradas de sus alvéolos y radiografiadas en sentido ortorradial y proximal.

El paso siguiente consistió en descalcificar los dientes en ácido nítrico al 7,5% y vueltos a radiografiar en ambos sentidos.

Los resultados se obtuvieron a partir del estudio comparativo de las distintas radiografías tomadas en cada uno de los tratamientos endodónticos, analizando los siguientes aspectos:

1. Homogeneidad de la obturación endodóntica.
2. Adaptación y desadaptación a las paredes.
3. Presencia de espacios vacíos (radiolúcidos) y sectores de radiopacidad media o pronunciada.

De esta manera, se pudo observar falencias que no se habían detectado en la radiografía inicial.

Podemos concluir que la imagen radiográfica en la que evaluamos la calidad de la obturación no es totalmente fiel, puesto que los tejidos que recubren y forman el diente enmascaran deficiencias de la masa obturadora. Además, si se detecta un defecto, por pequeño que sea, siempre se debe pensar que es mucho mayor.

Resúmenes

M4: Capacidad de limpieza del conducto radicular con tres tipos de limas

Testa Rodolfo, Martínez Lalis Ricardo, Testa Marta, Martínez Lacarrere Tomás, Monti Graciela.
Escuela de Postgrado A.O.A.

El objetivo de este trabajo es el de verificar la capacidad de limpieza de tres tipos de limas flexibles utilizadas con la limpieza de mano Safety M4.

Se utilizaron limas de acero inoxidable flexibles (Flexicut), de níquel-titanio (Onyx R) y de titanio (Microtitane).

Se tomaron treinta raíces de dientes naturales extraídos uniradiculares divididos en tres grupos de dos piezas.

Se inyectó tinta negra estilográfica en cada uno de los conductos. Cada grupo fue instrumentado mecánicamente con el sistema M4, empleando un tipo de lima diferente.

Se cortaron las piezas longitudinalmente.

Se observaron al microscopio óptico a cinco aumentos y se fotografiaron.

Se proyectaron las imágenes sobre papel milimetrado y se dibujaron las mismas coloreando las áreas donde la tinta no fue removida.

Se dividieron los conductos en tres tercios: coronario'medio y apical y se analizó el porcentaje de limpieza obteniendo en cada uno de ellos.

Los resultados totales sobre la efectividad de limpieza pueden observarse en la Tabla 1:

Grado de Limpieza

Grupo	%
A (Lima Flexicut)	61,42
B (Lima Onyx R)	74,32
C (Lima Microtitane)	72,60

En la tabla 2 se dividieron los resultados basándose en los tercios coronario, medio y apical.

Tabla 2

Grado de Limpieza por tercios

Grupo	C	M	A
A (Lima Flexicut)	56,15	51,40	76,70
B (Lima Onyx R)	64,80	70,97	87,20
C (Lima Microtitane)	66,70	62,25	88,85

Análisis de la limpieza de las paredes de conductos radiculares curvos, luego de la instrumentación con diferentes sistemas automatizados.

Judkin Claudia, Macri Elsa, Maga Matilde, Jauré Hilda, Sikorsky Silvia, Sticco Ricardo.
Cátedra de Odontología Integral Adultos, Facultad de Odontología U.B.A.

El objetivo de este trabajo fue analizar el grado de limpieza obtenido en conductos radiculares curvos, luego de la preparación biomecánica con diferentes sistemas de instrumentación mecanizados. Se utilizaron para ello 50 conductos pertenecientes a raíces mesiales de molares inferiores humanos frescos los que fueron separados en 5 grupos de 10 especímenes cada uno e instrumentados de la siguiente manera: Grupo 1 con ProFile .06; Grupo 2 con Light Speed; Grupo 3 con RBS; Grupo 4 con contraángulo reductor M4 y limas Triple Flex; Grupo 5 (control) con instrumentación manual con limas de tipo K y una técnica de step-back. En todos los grupos, se realizó una irrigación profusa con solución de hipoclorito de sodio al 2,5% seguida por agua destilada, luego de cada cambio de instrumento.

Realizados los controles radiográficos correspondientes, se eliminaron las coronas y las raíces fueron seccionadas transversalmente cada 1 mm y en forma perpendicular al eje mayor del conducto radicular por medio de un microtomo para tejidos duros.

Para la evaluación, se utilizó la sección más apical perteneciente a los tercios coronario, medio y apical de cada uno de los especímenes de cada grupo, las que fueron analizadas en un microscopio de luz reflejada.

Las observaciones se categorizaron subjetivamente de la siguiente forma:

Grado 1: (limpieza total) Todo el perímetro del conducto radicular se encontraba libre de restos de tejido y/o barro dentinario;

Grado 2: (limpieza parcial) Solo una parte del perímetro del conducto se encontraba libre de restos de tejido y/o barro dentinario;

Grado 3 (ausencia de limpieza) Todo el perímetro y/o el espacio del conducto presentaba restos de tejido y/o barro dentinario.

El análisis estadístico de los resultados (test de probabilidad exacta de Fisher) reveló que en todos los grupos existió un alto porcentaje de casos que presentaron una limpieza de grado 2 en los tercios coronario y medio no observándose diferencias significativas entre ambos tercios ($p>0,05$). Por el contrario, en todos los grupos se observó un porcentaje mayor de casos que presentaron una limpieza de grado 3 en el tercio apical. Las diferencias observadas entre los resultados obtenidos en los tercios coronario y medio y en los tercios apicales fueron estadísticamente significativos ($p<0,05$).

El análisis de los resultados intergrupos reveló que los sistemas ProFile .06, Light Speed y RBS, parecerían producir una limpieza significativamente mayor ($p<0,05$) que el contraangulo reductor M4 y la instrumentación manual en los tercios coronario y medio pero en los tercios apicales no hubo diferencias significativas entre todos los grupos ($p>0,05$).

Estos resultados demuestran que si bien de la instrumentación de conductos radiculares curvos con sistemas mecanizados resultan preparaciones de conformación final más circular, las mismas no garantizan la instrumentación de la totalidad del conducto radicular y la obtención de una limpieza adecuada en ninguno de los niveles analizados.

Resúmenes

Paradigma de luces y sombras en el diagnóstico endodóntico asistido por computador.

Martha Siragusa, Mc. Donnell José.

Cátedra de Endodoncia, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Rosario.

El descubrimiento de los rayos X generó un impacto tecnológico en las Ciencias del Área de Salud de manera tal que su incidencia se planteó como un antes y un después de la misma. La aplicación en Odontología, y particularmente en Endodoncia, lo convirtieron en un complemento indispensable para el diagnóstico, control y evolución de los tratamientos realizados.

La incorporación de nuevos materiales, instrumental y el manejo digital de imágenes ha causado una modificación de los paradigmas tradicionales que obliga a evaluar su real repercusión en la formación académica de los actuales profesionales y en la de los futuros graduados. Dentro de esta nueva oferta tecnológica la visualización de radiografías digitales requiere una reflexión especial porque su código de comunicación es marcadamente diferente a la experiencia tradicional.

El objetivo de este trabajo fue evaluar el grado de impacto causado en profesionales expertos en endodoncia ante el escenario planteado con la utilización de imágenes digitales.

Se involucraron en este estudio 14 personas con experiencia en clínica endodóntica. Se les presentaron 5 imágenes radiológicas digitales a las cuales debieron aplicarles 10 procesos diferentes del programa Image Tools. Debían valorar el impacto visual en una escala de : mejor, igual o peor. Los resultados se evaluaron estadísticamente y mostraron una lectura media considerada como peor al compararla con la imagen original y marcada dispersión.

Puede concluirse que, si bien el tamaño de la muestra no es representativa de la población profesional experta local y, por lo tanto las conclusiones no son estadísticamente significativas, se puede pensar que el impacto cultural que provoca esta tecnología obligará a modificar e incorporar sustancialmente este nuevo código de observación y comunicación de imágenes e información en la formación curricular de grado y postgrado.

Análisis cuantitativo de la efectividad de diferentes sistemas mecanizados para la instrumentación de conductos radiculares curvos.

Maga Matilde, Jauré Hilda, Macri Elsa, Sikorsky Silvia, Sticco Ricardo, Judkin Claudia.

Cátedra de Odontología Integral de Adultos, Facultad de Odontología, UBA.

El objetivo de este trabajo fue analizar el efecto de 4 diferentes sistemas mecanizados en la calidad de la conformación final luego de la instrumentación de conductos radiculares curvos. Se utilizaron para ello 50 conductos pertenecientes a raices mesiales de molares inferiores humanos frescos, con una curvatura de aproximadamente 20 a 30 grados. Los mismos fueron separados en 5 grupos de 10 conductos cada uno e instrumentados de la siguiente forma: Grupo 1: ProFile .06; Grupo 2: Light Speed; Grupo 3: RBS; Grupo 4: Contraángulo M4 conjuntamente con limas Triple Flex; Grupo 5 (control) instrumentación manual con limas de tipo K y una técnica de step-back. Luego de la instrumentación, se realiza-

ron las radiografías de control correspondientes y posteriormente las raíces fueron seccionadas transversalmente cada 1mm y en forma perpendicular al eje mayor del conducto por medio de un microtomo para tejidos duros. Se utilizó para la evaluación la sección más apical perteneciente a los tercios coronario, medio y apical de cada uno de los especímenes de cada grupo las que fueron analizadas en un microscopio de luz reflejada conectado a un sistema de computación con un programa de software que permitía evaluar la calidad de la conformación final luego de la instrumentación. Las mediciones fueron expresadas como porcentaje de circularidad obtenido en cada grupo y en cada uno de los niveles preseleccionados. El análisis estadístico reveló diferencias significativas entre todos los grupos. El mayor porcentaje de circularidad fue obtenido con las técnicas rotatorias puras (ProFile, Light Speed y RBS) reduciéndose significativamente cuando fueron utilizados el contraangulo reductor M4 o instrumentación manual con lima de tipo K.

En todos los grupos, y a pesar del importante porcentaje de circularidad obtenida en la conformación final en los Grupos 1, 2 y 3, se detectaron numerosas areas que no habían sido tocadas por los instrumentos donde podía observarse la presencia de restos de tejido y numerosas partículas y/o barro dentinario.

Recuperación de dientes tratados endodónticamente afectados por fracturas o fisuras.

Ana Lia Arena
Cátedra de Endodoncia, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba.

Las fracturas longitudinales en piezas dentarias tratadas endodónticamente se presentan con cierta frecuencia, produciendo un verdadero desafío para el profesional. Hasta no hace mucho tiempo estos dientes no tenían otra solución que la extracción, mientras que en la actualidad, gracias a los avances de la odontología, muchas de estas piezas pueden ser recuperadas. Es por ello que nos propusimos como objetivo de este trabajo eminentemente clínico, tratar de conservarlas para que sigan cumpliendo con sus funciones. Antes de iniciar su tratamiento, se hizo un exhaustivo diagnóstico clínico-radiográfico, considerando distintas situaciones tales como: Característica de la fractura, presencia de perno y/o corona, inflamación, enfermedad periodontal, infecciones, etc. El número de piezas tratadas fue de 11 con distintas características clínicas y todas tuvieron un reconocimiento temprano de la fractura con cabos ligeramente separados. Eliminados los problemas periodontales y los focos infecciosos, todas las piezas fueron tratadas con ionómero vítreo (Ionobond) con y sin grabado dentinario. Algunas fueron portadoras de pernos y/o coronas. Todos los casos fueron sometidos a un seguimiento mediante control clínico radiográfico trimestral, durante tres años, considerando los siguientes tres criterios de evaluación: Éxito, Dudoso y Fracaso. De los 11 dientes tratados se obtuvieron 7 éxitos, 1 dudoso y 3 fracasos. A partir de los datos obtenidos, se realizó el análisis estadístico mediante la prueba del chi cuadrado, demostrando diferencias significativas entre el porcentaje de éxitos y fracasos. Estos últimos tenían la particularidad de ser portadores de perno y corona. Las mejores evoluciones se detectaron cuando la técnica empleada fue con ionómero vítreo y grabado dentinario asociados a coronas estampadas y sin pernos.

Se concluye que si las fracturas son detectadas tempranamente y son debidamente tratadas mediante el uso de ionómero con adhesión dentinaria y protegidas con una corona, hay muchas probabilidades de recuperación.

Resúmenes

Capacidad de diferentes técnicas para obturar reabsorciones dentinarias internas creadas artificialmente

Goldberg Fernando, Manzur Emilio, Mignanelli María Eugenia.

Cátedra de Endodoncia, Escuela de Odontología USAL/AOA

El objetivo de este estudio fue evaluar, in vitro, la capacidad de diferentes técnicas para obturar reabsorciones dentinarias internas creadas artificialmente en el tercio medio de piezas dentarias unirradiculares. Las técnicas utilizadas fueron: condensación lateral, técnica híbrida, Micro Seal, Thermafil y Ultrafil. Para ello se seleccionaron 10 incisivos centrales superiores a los cuales se les realizó la apertura convencional, rectificación con fresa endo Z y preparación de los accesos con fresa de Largo I, II, III. La longitud de trabajo se determinó a 1 mm del ápice. La instrumentación se realizó con limas tipo K hasta el calibre Nº50. Posteriormente, las raíces fueron incluidas en bloques de acrílico separados en dos mitades con sentido mesio distal. Luego se cortaron las piezas dentarias desde el borde incisal hasta el ápice en sentido vestibulo-palatino. Separando el diente en dos mitades se realizó en el tercio medio del conducto una cavidad circular, con una fresa Nº6, limitada aproximadamente a 1 mm de la pared externa, simulando una reabsorción dentinaria interna. Las hemisecciones fueron remontadas en los bloques de acrílico y contenidas con una prensa para poder realizar la obturación con los sistemas mencionados. Cada diente sirvió como modelo para todas las técnicas. Por esta circunstancia y a fin de permitir la remoción completa de la masa de obturación, no se emplearon selladores endodónticos. Las hemisecciones obturadas con cada técnica de obturación fueron observadas con un microscopio óptico a x 10. La capacidad de cada técnica para obturar las reabsorciones artificiales fue evaluada siguiendo un score elaborado a tal efecto.

Comparación del espesor de dentina en la furcación antes y después de la preparación de los accesos con diferentes tipos de instrumental.

Alfie Denise

Cátedra de Endodoncia, Escuela de Odontología USAL - A.O.A.

La preparación de los accesos consiste en el ensanchamiento proporcional de los tercios coronario y medio del conducto radicular y tiene como objetivos permitir el acceso directo de los instrumentos al tercio apical, incrementar la penetración de los líquidos irrigantes y facilitar la inserción de los espaciadores y conos de gutapercha durante la obturación. Varios estudios demostraron que este paso conlleva el riesgo de perforación radicular a nivel de la furcación. En la presente experiencia se evaluó In Vitro dicho riesgo, teniendo en cuenta el espesor de dentina remanente luego de la preparación de los accesos con cuatro instrumentos de características diferentes, a saber: fresas de Gates-Glidden, Orifice-Shapers, RBS y Serie Flare. A tal efecto se utilizaron 20 raíces mesiales de molares inferiores, las cuales fueron montadas en un dispositivo especial que permitió reensamblar los especímenes luego de realizar un corte aproximadamente 3 mm de la furcación. A través de una cámara intraoral y un programa de radiovisiografía se fotografiaron y se midieron los espesores de dentina pre y post preparación de los accesos con los diferentes instrumentos. Los valores obtenidos fueron volcados a una tabla comparativa en base a la cual se establecieron los siguientes resultados: Con Orifice Shapers, RBS y Serie Flare, se lograron preparaciones de características similares que respetaron la anatomía del conducto, mientras que las fresas de Gates Glidden realizaron un desgaste mayor hacia la zona de la furcación, comprometiendo a partir de la número cuatro, la integridad de dicha zona.

Aspectos estructurales del Cemento de Grossman de distintas marcas

Menis de Mutual Liliana, Gani Omar
Cátedra de Endodoncia, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba

Anular la luz del conducto ra-dicular ampliada mediante la instrumentación, constituye la etapa final de la terapia endodóntica. Su finalidad es lograr la obliteración tridimensional de dicho espacio con materiales de obturación específicos que eviten en un futuro la difusión de fluidos tisulares y/o microorganismos hacia el sistema de conductos radiculares o a la inversa.

En general, los autores sostienen que la obturación por condensación lateral debe estar compuesta por una masa de conos gutapercha unidos entre sí y a las paredes dentinarias por un cemento sellador que sólo ocupe las interfases. Grossman enumeró once requisitos básicos para un buen sellador de conductos radiculares, a los cuales Ingle le sumó dos más, pero ninguno de ellos se refirió expresamente a que un buen sellador de conductos no debe ser poroso. Sin duda, la presencia de poros hace que el cemento se transforme en una sustancia permeable, característica ésta que el primer autor si consideró para la generalidad de los materiales de obturación pero no en particular para los selladores.

Es por eso que en el presente trabajo nos propusimos como objetivos, analizar en el cemento de Grossman de distintas marcas algunos aspectos estructurales, que pudieran influir en la calidad de la obturación del conducto radi-cular. Para ello se prepararon 6 pequeños bloques de cada uno de los siguientes cementos: Farmadental, Dickinson, Cartensen y de Roth 801.

Se realizaron dos estudios. El primero consistió en analizar la superficie de cada uno de ellos, mientras que el segundo tuvo por finalidad estudiar la superficie resultante de la fractura transversal de cada uno de los bloques de cemento fraguado. Ambos estudios se realizaron respetando las normas IRAM y evaluados con MEB a 320 X.

Los selladores experimentados mostraron una superficie acribillada de poros o cráteres de dimensiones variables entre 10 y 130 um). Por otra parte, los selladores estudiados se presentaron muy porosos en la intimidad de la masa.

Se concluye que las características estructurales observadas en los distintos cementos de Grossman experimentados, en mayor o menor grado, son porosas, haciéndonos inferir que es un sellador potencialmente permeable y soluble.

MicroSeal versus Condensación Lateral en conductos radiculares curvos instrumentados con proFile.

de Castro Gabriel, García Gonzalo y Dreyer Cristián.
Cátedra de Endodoncia, Universidad del Salvador, A.O.A.

El objetivo de la presente experiencia fue evaluar radiográficamente, in vitro, la capacidad de dos técnicas para obturar conductos radiculares curvos, en raíces de molares inferiores.

Las técnicas evaluadas fueron microseal (Analitic Technology, USA) y condensación lateral.

Para tal fin se utilizaron raíces mesiales de treinta molares inferiores.

Las raíces distales de las piezas dentarias fueron seccionadas y removidas a la altura de la furcación radicular.

Se tomaron radiovisiografías preoperatorias en sentido próximo-próximal y ortorradial.

Los conductos radiculares fueron instrumentados en forma mecanizada, utilizando el sistema Profile .04 y .06 (Maillefer Densply). Siendo irrigados con hipoclorito de sodio al 2,5 % a cada cambio de instrumento, realizandose un lavaje final con EDTA. Se secó con conos de papel.

Resúmenes

Finalizada la instrumentación, se tomaron radiovisiografías en sentido próximo–próximal de cada especimen.

Los molares fueron divididos en dos grupos de 16 piezas dentarias cada uno:

Grupo "A": Obturados por condensación lateral.

Grupo "B": Obturados con Microseal

En ambos grupos se utilizó AH26 (Densply) como sellador endodóntico.

Finalizada la obturación, se tomaron radiovisiografías en sentido próximo–próximal a fin de evaluar radiográficamente la capacidad de obturación de ambas técnicas, a nivel de los conductos radiculares y de las ramificaciones.

La capacidad de obturación fue evaluada por medio de un score que contenía tres items:

1. No hubo penetración en el itsmo.
2. Insinuación parcial en el itsmo.
3. Puente de obturación entre ambos conductos.

A partir del mismo obtuvimos los siguientes resultados.

En los obturados con MICRO-SEAL observamos un 7% correspondiente al items 1, un 20% al items 2 y un 73 % al items 3.

En tanto que para los obturados con Condesación Lateral se observó un 27% correspondiente al items 1, un 40 % al items 2 y un 33% al items 3.

Como conclusión podemos constatar que existió una mejor obturación del itsmo con MicroSeal que con Condensación Lateral.

Aspectos morfométricos de los conductos radiculares de incisivos inferiores enfocados hacia su conformación.

Franciosi Nélida Artal, Gani Omar.
Cátedra de Endodoncia, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba

La cavidad pulpar de toda pieza dentaria posee características particulares que guardan relación con la estructura dentaria. Los procesos de dentinificación que se producen durante toda la vida de la pulpa, hacen que la morfología de dicha cavidad varíe con el paso de los años.

Con el fin de comprobar los cambios volumétricos que se producen con la edad, se seleccionaron 45 incisivos inferiores unicanali-culares de edades conocidas, los que fueron divididos en los siguientes tres grupos de 15 piezas cada uno: (18 a 20, 30 a 40, y mayores de 50 años). Mediante discos de carburumdum, se obtuvieron 4 cortes transversales: el primero a 2 mm del ápice y los restantes en los tercios coronario, medio y apical del remanente radicular. Mediante lupa estereoscópica provista de un ocular milimetrado, se midieron los diámetros M-D y V-L. Los datos fueron tabulados y a partir de ellos se hizo el análisis estadístico, comprobando que el diámetro V-L no sufrió cambios significativos en sentido corono apical en ninguno de los niveles del conducto, excepto a 2mm del ápice. Por el contrario, comparando los tres grupos etarios entre sí, las diferencias fueron significativas en todos los niveles. El diámetro M-D mostró resultados totalmente opuestos, con la excepción del grupo mayores de 50 años donde las diferencias no fueron significativas en ninguno de los instrumentos estudiados. La correlación del diámetro mayor a nivel apical con los instrumentos endodónticos, mostró, en muchos casos, la imposibilidad de una adecuada conformación, ya que el calibre del instrumento indicado superaría al diámetro menor de la raíz.

Se concluye que con la edad el conducto sufre pocos cambios en sentido V-L si se lo compara con el M-D, salvo en los 2 mm apicales donde los valores se invierten tratando de reducir la luz del conducto, pero no obstante, la persistencia del achatamiento en este nivel, en muchos casos impide una adecuada conformación.

II Encuentro de Investigación en Endodoncia

"Una reunión para aprender y compartir"

Los días 3 y 4 de septiembre se llevó a cabo el "II Encuentro de Investigación en Endodoncia", una reunión para aprender y compartir, realizado por la Sociedad Argentina de Endodoncia y la Sociedad de Endodoncia del Centro de la República (SECRA). Dicha actividad, fue coordinada por Santiago Frajlich, siendo sus asesores científicos: Enrique Basrani, Omar Gani y Fernando Goldberg.

Los 32 trabajos presentados y los 170 participantes demuestran el éxito de esta reunión; que se desarrollo en un clima de coordialidad y camaradería.

Vista panorámica del Hotel Portal del Lago, Villa Carlos Paz (Córdoba).

Compartiendo el sol en la terraza del Hotel Portal del Lago.

Gabriela Gioino Presidenta del SECRA.

Durante el Encuentro los coordinadores del II Encuentro: Dr. Goldberg, Dr. Frajlich, Dr. Basrani y Dr. Gani.

Palabras del Coordinador General Santiago Frajlich

Socios

SAE 1999

Socios Nuevos y sus direcciones

- **Aberastian, Guillermo;**
  Tierra del Fuego 164, (5500) Mendoza. Tel.: 0261-4982440
- **Foyatier, Cristian;**
  Paraguay 132, P.B. «A», 2000 Rosario. Tel.: 0341-4486328
- **García, Inés;**
  Suipacha 2439, 300 Santa Fé Tel.: 0342-4522196
- **Glikman, Sandra;**
  Charcas 3858, 4to. «A», (1425) Capital Federal. Tel: 4831-3443
- **Kohan, Cecilia;**
  Piedras 33, Concepción del Uruguay, (3260) Entre Ríos. Tel.: 03442-422127
- **Kusserow, Pablo;**
  Luro 2976, 1ro. Of. 5 y 6, (7600) Mar del Plata. Tel.: 0223-4942642
- **Lee, Jun Jung;**
  Aranguren 3248, (1406) Capital Federal. Tel.: 4637-6274
- **Peña, Graciela;**
  Paso de los Andes 33, (5500) Mendoza. Tel.: 0261-4270494
- **Rabinovich, Sergio;**
  Gutierrez 542, (5500) Mendoza. Tel.: 0261-4254828
- **Soria, Ricardo;**
  Talero 764, (8300) Neuquén. Tel.: 0299-4421630
- **Tagliabué, Cristina;**
  Paraguay 4286, P.B. (1425) Capital Federal, Tel.: 4832-8452

Cartas de Lectores

Córdoba, 28 de septiembre de 1999

Sr. Presidente de la
Sociedad Argentina de Endodoncia
Seccional A.O.A.
Dr. Carlos Cantarini
Presente

De nuestra mayor consideración:

La Comisión Directiva de la Sociedad de Endodoncia del Centro de la República Argentina, hace llegar a Ud. Un profundo agradecimiento por la confianza brindada al permitirnos organizar –conjuntamente con la S.A.E.- el "II Encuentro de Investigación en Endodoncia. Una Reunión para Aprender y Compartir"

Sin otro particular y dejando para las Autoridades de la Sociedad Argentina de Endodoncia el testimonio de nuestro reconocimiento, saludamos a Ud. Muy atentamente

Sandra Cavallera
Secretaria SECRA

Gabriela Gioino de Somoza
Presidente SECRA

Comisión Directiva S.A.E.

De izq. a der.: Matilde Maga, Laura Chiacchio, Ana De Silvio, Martha Testa, Gonzalo Garcia, Carlos Cantarini, Ermelinda Fusaro, Jorge Kuperman, Bettina Basrani, Eugenio Henry y Santiago Fraijlich.

Continuando con la política de integración que caracteriza a nuestra sociedad, invitamos a usted a hacernos llegar sus aportes y propuestas que posibilitarán el enriquecimiento de nuestra tarea.

Para que este intercambio sea exitoso, los días **martes** en el horario de **9 a 11.30 hs.**, nos podrá encontrar en la Secretaría de la Sociedad Argentina de Endodoncia donde podremos juntos intercambiar proyectos. Sus sugerencias tienen valor:

Le proponemos un canal de comunicación, una manera de enterarnos de sus inquietudes, observaciones y necesidades.

La Comisión de la SAE invita a aquellos Socios que deseen, a participar de una Reunión de Comisión Directiva.

Diciembre: 14 y 28

* Las reuniones están programadas para los 2° y 4° martes del mes con estas excepciones.

Fé de Erratas

- En la pag. 9 del Boletín Nro. 2 el Trabajo de «Estrategia docente en endodoncia», los autores pertenecen a Endodoncia Integrada de la Universidad Maimónides.
- En el Caso Clínico del Boletín anterior (pág. 15), se omitió una Referencia Bibliográfica: *Alfredo Preliasco, Comunicación Personal.*
- En la pag. 42 del Boletín Nro. 2 se omitió un parrafo en la nota del Dr. Goldberg:

  "...es indudable que debemos enfatizar los conceptos básicos *a partir de qué significa un buen y un mal tratamiento. Pero paradójicamente,* quienes estamos..."

  Por esta razón se repite nuevamente en la pag. 47 de este Boletín.

Resúmenes

Los resúmenes de los Journal of Endodontics, están a disposición de los socios, en diskettes, que pueden ser solicitados gratuitamente, en la biblioteca de la A.O.A.

Débito Automático

La S.A.E. informa que aquellos socios que deseen abonar las cuotas sociales con el sistema de débito automático, por intermedio de las tarjetas, lo podrán realizar, llenando la solicitud que podrán adquirir en la Secretaría de la S.A.E. Junín 959, 5°Piso, Sr. Fabián. Tel. 961-6141 int.203

Tarjeta Personalizada

Si Ud no ha recibido la tarjeta personalizada de socio de la SAE o si la ha recibido y los datos no son correctos, le solicitamos se comunique con la Secretaría de la SAE, dado que su presentación es indispensable para requerir los distintos servicios que nuestra sociedad brinda a sus asociados.

Especialistas de la SAE

LISTADO DE PROFESIONALES CON TITULO DE ESPECIALISTA OTORGADO POR LA S.A.E

- **Abramovich**, Alberto
- **Aloise**, Luis J.
- **Artaza**, Liliana Patricia
- **Bahbouth**, Enrique
- **Basrani**, Bettina
- **Basrani**, Enrique
- **Blank**, Ana Julia
- **Bottero**, Carmelo
- **Cantarini**, Carlos A.
- **Canzani**, Jorge H.
- **Cañete**, María Teresa
- **Cravetz**, Ricardo Mario
- **Capurro**, Mabel
- **Cordero**, Alejandro
- **de Méndez**, Stella
- **De Silvio**, Ana Clara
- **Di Natale**, Santiago
- **Domansky**, Claudia
- **Dubiansky**, Salomón
- **Egozcue**, Roberto
- **Esmoris**, María
- **Farizano Codazzi**, Stella
- **Fernández Monje**, Jorge
- **Ferreyra**, Sonia
- **Frajlich**, Santiago
- **Fusaro**, Ermelinda
- **Gañi**, Omar
- **García**, Jorge
- **García Fernández**, Eduardo
- **García Puente**, Carlos
- **Gerardi**, Raquel
- **Goldberg**, Fernando
- **Gordon**, Felisa
- **Guendler**, Roberto
- **Gurfinkel**, Jaime
- **Henry**, Eugenio Luis
- **Herbel**, Albina B.
- **Heredia Bonetti**, José María
- **Hilú**, Rodolfo E.
- **Iriarte**, Patricia
- **Jaure de Distefano**, Hilda B
- **Kuperman**, Jorge
- **López**, Guillermo
- **López Doce de Salmaso**, María M.
- **Lopreite**, Horacio
- **Maga**, Matilde
- **Manfre**, Susana María
- **Marchesi de Alonso**, Nancy B.
- **Maresca**, Beatriz
- **Martínez Lacarrere**, Alberto
- **Martínez Lalis**, Ricardo
- **Muruzabal**, Margarita
- **Massone**, Enrique
- **Mellado**, Alicia S.
- **Melinsky**, Debora
- **Merlo**, María Susana
- **Monaco**, Jorge N.
- **Monti**, Graciela A.
- **Novillo**, Alberto
- **Olmos**, Jorge Lorenzo
- **Peirano de Mola**, Adriana M.
- **Pieragnoli de Blanco**, Lucía
- **Raiden Lascano**, Guillermo
- **Rajcovich**, Julio
- **Ritacco**, Elisabet Diana
- **Saionz**, Susana
- **Scavo**, Rosa
- **Schocron**, Leticia
- **Schubaroff**, Ada
- **Serres Vargas**, Carlos
- **Spielberg**, Carlos
- **Sticco**, Ricardo
- **Tenembaum**, Miguel
- **Testa**, Rodolfo
- **Tiepolt**, Magali
- **Ulfohn**, Rubén
- **Uribe Echevarría**, Norma
- **Zmener**, Osvaldo

Importante

Vencimiento

El **31 de JULIO** es la fecha anual de vencimiento para la presentación de curriculums para aspirar al título de especialista en Endodoncia otorgado por la S.A.E.

ESPECIALISTAS EN ENDODONCIA CON RECERTIFICACION DEL TITULO

- **1995**

Cantarini, Carlos A.
Ferreyra, Sonia
Frajlich, Santiago
Fusaro, Ermelinda
Goldberg, Fernando
Henry, Eugenio Luis
Martínez Lalis, Ricardo
Massone, Enrique
Uribe Echevarría, Norma

- **1996**

Raiden Lascano, Guillermo
Novillo, Alberto
Abramovich, Alberto
Canzani, Jorge H.
Herbel, Albina B.
Kuperman, Jorge

- **1997**

Cañete, María Teresa
Marchesi de Alonso, Nancy
Pieragnoli de Blanco, Lucía

- **1998**

Basrani, Enrique
Hilú, Rodolfo
Martínez Lacarrere, Tomás
Mellado, Alicia

II Encuentro de Investigación en Endodoncia

"Una reunión para aprender y compartir"

Los días 3 y 4 de septiembre se realizó el "II Encuentro de Investigación en Endodoncia" en la localidad de Villa Carlos Paz, Córdoba.

Esta actividad fue organizada conjuntamente por la Sociedad Argentina de Endodoncia y la Seccional de Endodoncia del Centro de la República Argentina, quienes trabajaron mancomunadamente en la organización del evento.

Este encuentro significó un importante crecimiento, cuantitativo y cualitativo, en relación al anterior, realizado en Rosario en 1997. Fueron inscriptos 38 trabajos, de los cuales se seleccionaron 32, los que representaron a diferentes Facultades e Instituciones del país. Por otra parte estuvieron presentes 165 colegas quienes dieron un marco importante y participativo y permitió confraternizar entre todos los que estamos vinculados con la especialidad.

No podemos dejar de mencionar la importante colaboración dada por los Asesores Científicos: Profesores Enrique Basrani, Omar Gani y Fernando Goldberg quienes condujeron la actividad. La misma se cerró con una mesa redonda donde todos los presentes pudieron manifestar sus interrogantes, que fueron profundamente debatidos.

La cena de clausura fue el broche que esta actividad merecía y constituyó un muy grato momento de esparcimiento y confraternidad.

Finalmente mi reconocimiento a Ana De Silvio por su gran dedicación y responsabilidad y a toda la querida gente de S.E.C.R.A que encabezados por Gaby Gioino demostraron la gran capacidad que este grupo posee.

A todos muchas gracias.

Santiago Frajlich
Coordinador

La Endodoncia vista por el Profesor de la Cátedra de Endodoncia de la Escuela de Odontología USAL/AOA..

Cuando hago transcurrir mi vista por la Endodoncia, debo admitir que no puedo realizar una visión panorámica. Mi pensamiento se detiene y estaciona en un aspecto fundamental que hace al futuro de nuestra especialidad, su enseñanza. Me preocupa tanto el pregrado como el postgrado. Ustedes se preguntarán por qué y la respuesta surge a partir de ver tantos tratamientos endodónticos incorrectamente realizados, de sorprenderme con la cantidad de tratamientos que deben rehacerse por deficientes. Pienso ante esta situación, si el profesional que realizó el tratamiento endodóntico tuvo conciencia, al finalizarlo, que no había efectuado un buen trabajo o si en su defecto terminó conforme con su labor. Si la respuesta fuese la primera, lo que debemos enseñar a nuestros alumnos es fundamentalmente responsabilidad y ética, si la situación fuese la segunda, es indudable que debemos enfatizar los conceptos básicos a partir de qué significa un buen y un mal tratamiento. Pero paradójicamente, quienes estamos en la docencia de pregrado y posgrado, caemos involuntariamente en el defecto de sobredimensionar los aspectos tecnológicos de nuestra especialidad. Discutimos técnicas sofisticadas, aspectos metalográficos, aparatologías extravagantes, en tanto los errores que debemos corregir en nuestros alumnos o colegas, no pasan por allí, son mucho más simples, Pasan por la docencia básica, se asientan en los conceptos ya descriptos por nuestros maestros hace muchos, muchos años. Entiendo que todos sabemos "con qué hacer" lo que mi experiencia docente y profesional me demuestra es que no sé si todos saben "qué y cómo hacer". No son los instrumentos ni los materiales los que realizan el tratamiento... somos nosotros. Los aspectos sofisticados de la Endodoncia son para ser discutidos en foros de especialistas, entre gente experimentada con dicha tecnología, sobre la base de investigaciones y publicaciones que afortunadamente tenemos en nuestro medio. Avanzar con lo nuevo no significa eclipsarse por lo nuevo. No todo lo que se comercializa está suficiente probado. Se debe esperar que la ciencia confirme. El práctico general, el entusiasta en la Endodoncia y aún el especialista novel, deben ser cautos y responsables. La apuesta está en aprender, pero para aprender, debe haber quien sepa enseñar.

Fernando Goldberg

Profesor Titular de la Cátedra de Endodoncia de la Escuela de Odontología de USAL-AOA

SAE 1998
Socios Vitalicios

Aloise, Luis J.
Bahbouth, Enrique
Balbachan, Mauricio
Basrani, Enrique
Canzani, Jorge Horacio
Capurro, Mabel
De los Santos, Jorge
Egozcue, Roberto
Feldman, Nora
Fernández Godard, Enrique
García, Jorge R.
Goldberg, Fernando
Iglesias, Noemí Nina
López Doce, Mabel
López Pelliza, Agustín
Massone, Enrique
Mónaco, Jorge N.
Muruzabal, Margarita
Pruskin, Elena
Rajcovich Julio
Spielberg, Carlos Alberto
Tendler, Ángel
Tenembaun, Miguel
Testa, Rodolfo
Torrasa, Raul

Noticias SAE

Memoria de la Sociedad Argentina de Endodoncia

Ejercicio 1998 – 1999

En cumplimiento de las normas establecidas, informamos la labor desarrollada por esta Sociedad durante el ejercicio Octubre 1998 – Septiembre 1999.

En diciembre de 1998 se realizó la Asamblea Anual Ordinaria con renovación parcial de los miembros de la Comisión Directiva. En ella se otorgaron Títulos de Especialista y Certificados de Recertificación. También se entregaron diplomas a Socios Vitalicios.

En Marzo de 1999 se realizó un almuerzo con los expresidentes de la S.A.E.

La Subcomisión de Cursos colaboró con la Escuela de Posgrado en la programación de los cursos de Endodoncia para el año 2000 y del 30° Congreso Internacional de la A.O.A. la Programación Científica de la Especialidad.

La Subcomisión Científica organizó las siguientes actividades:

Octubre de 1998

"Auditoria y Endodoncia" Actividad conjunta con la Asociación Civil Argentina de Auditoría Odontológica

Mayo de 1999

Curso "Anticipando el Futuro en Endodoncia" Dictante Dr. Ben Johnson (USA).

Junio de 1999

Sábado de Actualización "Traumatismos Dentarios, Enfoque Multidisciplinario" Dictantes Dr. Ilson Soares (Brasil), Dra. Martha Basso, Dr. Darío Migues.

Agosto de 1999

Sábado de Actualización "Uso de Medicamentos en Endodoncia" Dictante Dr. Pablo Bazerque.

Septiembre de 1999

"II Encuentro de Investigación en Endodoncia" Actividad conjunta con la Sociedad de Endodoncia del Centro de la República (SECRA).

En el mes de Septiembre de 1999, el Sr. Presidente Dr. Carlos Cantarini concurrió como representante de la S.A.E. al 3er. Congreso de la Sociedad Paraguaya de Endodoncia

Dictantes de la S.A.E. han realizado Cursos en el interior del país.

La S.A.E. realizó una donación de $6.500.- a la A.O.A. para contribuir al equipamiento de las oficinas del 5to. Piso y $1.500.- a la Biblioteca de la A.O.A. destinada a la compra de libros de la Especialidad.

En Noviembre de 1998 se envió a todos los miembros de S.A.E. una nómina de Socios y un Boletín Informativo.

El Departamento de Comunicaciones editó durante 1999 dos Boletines Informativos y se envió a los Socios tres Traducciones de Trabajos Científicos.

En Enero de 1999 ha fallecido el Dr. Francisco Loianno, Vocal Titular de la Comisión Directiva.

Desde el último ejercicio fueron incorporados a esta Sociedad 27 Socios nuevos.

La S.A.E. realizó durante este período 16 Reuniones de Comisión Directiva, una Asamblea Anual Ordinaria y una Asamblea Extraordinaria.

Endodontic PRACTICE

Endodontic Practice es un Journal que se edita bimestralmente en Inglaterra desde 1998, bajo la dirección de Julian Webber, Clifford Ruddle y Pierre Machtou. Con un enfoque netamente clínico ofrece una promoción de £75 (50% del costo anual), si se suscriben 10 o más socios con una única dirección de envío.

Si Ud. Está interesado comuníquese con el Sr. Fabián en secretaría de SAE dónde además hay una revista disponible para que pueda consultar.

Asamblea Anual Ordinaria

9 de Diciembre, 20 hs.

Orden del día

1. Designación de 2 socios presentes para firmar el Acta de esta Asamblea.
2. Lectura y aprobación del Acta de la Asamblea anterior con o sin modificaciones.
3. Lectura, modificación o aprobación de la memoria y balance de la SAE.
4. Entrega de Títulos de Especialistas.
5. Entrega de Recertificación, Título de Especialistas.
6. Entrega de Diplomas a Socios Vitalicios.
7. Elección de Autoridades por renovación parcial de comisión Directiva.

Asamblea Anual Extraordinaria

1. Designación a Presidente de Asamblea.
2. Designación de 2 socios presentes para firmar el Acta de Asamblea.
3. Lectura y aprobación del Acta de la Asamblea anterior con o sin modificaciones.
4. Modificación de Estatutos SAE

LXXXVII Congreso Dental Mundial de la Federación Dental Internacional

De izq. a der.: Dr. Syngcuk Kim (EE.UU), Dra. Yolanda Justus (México) y Dr. Fernando Goldberg (Argentina)

Constituye para nosotros un motivo de orgullo que el Dr. Fernando Goldberg haya sido especialmente invitado al LXXXVII Congreso Dental Mundial de la Federación Dental Internacional (F.D.I.). Dicho Congreso se llevó a cabo en la ciudad de México entre el 28 de octubre y el 1º de noviembre del corriente año.

El programa científico del mismo fue desarrollado por el Comité de Educación de la F.D.I. en cooperación con la Asociación Dental Mexicana.

El Dr. Fernando Goldberg disertó en una Mesa Redonda sobre el tema «Estado Actual de la Endodoncia», compartiendo la misma con el Dr. Syngcuk Kim (E.E.U.U.) y la Dra. Yolanda Justus (México).

El Dr. Goldberg y el Dr. Eduardo Cecotti, quién disertó sobre HIV-SIDA: reacciones en los tejidos blandos y medicación, fueron los únicos disertantes de nuestro país invitados a este importante evento.

Nuestras felicitaciones a ambos!

Noticias A.O.A.

Categorías

Socios Categorías: Interior - Institucional - Exterior

Para las actividades organizadas especialmente para estas categorías, o para cualquier actividad regular. Inicia: 15/12/99 y Finaliza: 14/2/2000

Socios Categorías Activo y Preactivo:

Cursos Marzo 2000, Inicia: 1/2/2000 y Finaliza: 21/2/2000
Todas las actividades, Inicia 15/12/99 y Finaliza: 20/3/2000

La inscripción finaliza el 20/3/2000, después de esta fecha, sólo quedará abierta en aquellos cursos que presenten vacantes.

Inscripción Especial para socios categoria interior-interinstitucional-exterior en el "30° Congreso Internacional de la AOA - 4 al 6 de Diciembre de 1999.

A.O.A. - TV

Un espacio con notas, reportajes, invitados, novedades en materiales y equipamientos, todo lo que espera de una propuesta hecha y pensada para Ud. **Véalo por Canal P&E.** Política y Economía - Cablevisión 14) Todos los sábados a las 11:30 hs., con repeticiones los miércoles 8:30 hs.

C.A.L.S.

Comisión Activa de Lucha por la Salud Bucal y Defensa de la Profesión.

Asambleas mensuales:
16/12.

Reuniones Semanales:
jueves de 9:30 a 11:30 hs.

Acreditación

Se han abierto cursos con Acreditación Universitaria en todas las especialidades por convenio con la Universidad del Salvador.

Informes e Inscripción: Escuela de Posgrado, AOA. Junín 959 (1113), Cap. Fed., Tel: 4961-6141 • Fax: 4961-1110 • Http: www.aoa.org.ar

Comuníquese con la AOA ágil y económicamente

Para agilizar su llamada, si tiene teléfono por tono, no necesita esperar que finalice el mensaje grabado para discar el número de interno. Puede hacerlo ni bien es atendido por la operadora sin esperar que concluya el mensaje de recepción. De ese modo logrará una comunicación más rápida y económica. Números de internos de la AOA.

100/150	**Recepción**, *Vigilancia*
101	**Conmutador**, *Rosita*
103/116	**Recepción de Pacientes**, *Karina, y Graciela.*
106/107	**At. Al Socio**, *Cecilia, Florencia, Marisa, Flavia y Paz.*
108	**Jornadas**, *Stella.*
109	**Jornadas**, *Carmen.*
110	**Economato P.B.**, *Martha, Ysabel.*
111	**Garage**, *Néstor.*
112	**Economato 1er. Piso**, *Mercedes.*
113	**Salón de Actos 1er. Piso**, (Sala A)
114	**Bar**, *Bella, Carmen.*
116	**Recepción de Pacientes**, *Karina y Graciela.*
200	**Economato 2do. Piso**, *Mabel.*
201	**Quirófano 2do. Piso**, *Alejandra.*
203/204 y 205	**Seccionales**, *María Rosa, Gabriela y Araceli.*
206	**Economato Central**, *Alicia y Stella.*
207/208	**Secretaria EPG**, *Marina.*
210	**Secretaria EPG**, *Silvana.*
209	**Escuela USAL/AOA**, *Elsa, Silvia y Fabián.*
212/213	**Dep. de Com.-Rel. Empres.-Dos**, *Violeta y Guillermo.*
215	**Técnicos EPG**, *Gabriel y Cristián.*
218	**Sala de Reuniones Escuela**
300	**Economato 3er. Piso**, *Claudia.*
301	**Fotocopias**, *Margarita y Natalia.*
302	**Esterilización**, *Lidia, Rosita y Edith.*
304	**Biblioteca (Dirección)**, *Aurora.*
303/305 y 306	**Biblioteca**, *Ana, Alba, Gustavo, Adrián.*
400	**Secretaria**, *Grace.*
401	**Fax – Secretaría**
402	**Comisión Directiva**
403	**Intendencia**, *Jorge Russo.*
404	**Presidencia**
405	**Gerencia General**, *Mario Rosetti.*
407/408 y 409	**Finanzas**, *César, Leonardo, Roxana y Diana.*
411	**Economato, 4to. Piso**, *María Luisa.*
413	**Teórico USAL**

Nuevo Servicio... Residuos Patogénicos

La A.O.A. ha celebrado un nuevo convenio con la firma Hábitat Ecológico S.A., para brindar a sus asociados de Provincia y Ciudad de Buenos Aires, el servicio de recolección, transporte y tratamiento de Residuos Patogénicos.

El costo total de dicho servicio será de $14.- por caja retirada o servicio mínimo mensual 1 caja retirada o vista cumplimentada.

El cargo a los socios que adhieran al servicio implementado, se hará a través del sistema de débito automático por tarjeta de crédito Visa, Master Card o American Express y por mes vencido, de acuerdo a la cantidad de cajas mensuales que cada asociado haya contratado.

Aquellos socios que deseen adherirse al sistema, deberán completar el formulario (Convenio de Adhesión Voluntaria) que puede ser retirado en el Depto. De Socios personalmente o vía fax.

La Comisión Directiva

Escuela de Posgrado A.O.A.

La Escuela de Posgrado de la Asociación Odontológica Argentina, informa que el día 30 de marzo ppdo se llevó a cabo la reunión con los docentes Titulares y Asociados, entre los temas que se hablaron, surgió la propuesta de que la Escuela no sólo otorgue becas en los cursos teóricos, a los Docentes Titulares o Asociados, sino que este beneficio se extienda a las categorias de Adjuntos y Docentes Auxiliares.

Esta Dirección ha estudiado y aceptado la propuesta, por tal motivo la elevo a la Comisión Directiva de la A.O.A. que en su sesión del 29 de abril ppdo. aprobó la misma.

Anexo VIII L – Del Reglamento de la Escuela de Posgrado

Normas de la E.P. para el otorgamiento de becas a Docentes de la Escuela de Posgrado

•Docentes Titulares y Asociados

Podrán inscribirse en los cursos teóricos sin cargo, el cupo estará limitado en proporción a las vacantes de la actividad. La inscripción será por orden cronológico de presentada la solicitud en la administración.

Deberá cumplimentar con el 80% de asistencia para acceder al diploma correspondiente.

• Docentes Adjuntos y Auxiliares

Podrán inscribirse en 1 (un) curso teórico por año sin cargo, el cupo estará limitado en proporción a las vacantes de la actividad. La inscripción será por orden cronológico de presentada la solicitud en la administración.

Deberá cumplimentar con el 80% de asistencia para acceder al diploma correspondiente.

Los docentes deberán cumplir con todas las reglamentaciones de la E.P.

Seguro de Mala Praxis

Recordamos a Uds. Que la A.O.A. ha contratado una póliza colectiva de Seguro de Responsabilidad Profesional Médica con la firma The St. Paul Argentina S.A. filial de The St. Paul CO. Ins. (USA), líder en el mercado mundial en seguros de Praxis Médica y con gran penetración en el mercado argentino.

Las características de cobertura, aspectos técnicos y los costos del mismo son realmente para ser tenidos en cuenta.

- Doble reposición del monto asegurado
- Sin pago de ningún tipo de franquicia
- Cubre Hepatitis B, HIV, etc.
- Tipo de Cobertura Claims Made
- Asesoramiento y respaldo legal y Profesional
- Costos reducidos

Por lo antedicho, si Ud. Aún no tiene contratado Seguro de Responsabilidad Profesional o si su póliza está por vencer, Analice y Compare las características de esta propuesta.

Comuníquese con nuestro departamento de Socios (internos 105-106) ya sea para adherirse o para evacuar dudas o consultas.

Certificación y Recertificación Profesional

La difusión en distintos medios profesionales y de información general de que estarían por instrumentarse distintos procedimientos para la certificación y recertificación de títulos ha sido motivo de inquietud y consulta en el ámbito profesional. En muchos casos ello se ha debido a la falta de información o en otros casos a información parcializada.

Distintos sistemas de certificación y recertificación existen en otros países y en nuestro medio podemos mencionar en el área médica al Consejo de Certificación de Profesionales Médicos creado con el auspicio de la Academia Nacional de Medicina a principios de la década de 1990.

Las sociedades seccionales de especialidades de la AOA han establecido reglamentaciones y tribunales ad hoc para evaluar a los profesionales que así lo soliciten y aprueben los requisitos establecidos en cada caso extendiéndoles el correspondiente certificado que los reconoce como especialistas en el área, existiendo también cláusulas de recertificación.

El fin principal de estos tribunales ha sido evaluar el proceso de formación y de calidad profesional, más allá de sus efectos legales o administrativos. No se refieren a la habilitación profesional que otorga al odontólogo el derecho de ejercer la actividad para la que su título universitario lo habilita, sino que se refieren a áreas especializadas de la odontología, donde creemos conveniente su existencia, mostrando que el interesado ha cumplido con requisitos, educacionales, técnicos y morales que respaldan la calidad de su formación y de su ejercicio profesional, a través de un proceso voluntario y determinado por sus pares.

La Ley 17132 en su articulado aún no reglamentado definitivamente, en alguno de sus puntos establece los requisitos para anunciarse como especialista, suerte de habilitación parcial dentro de un segmento limitado de la odontología y determina como válidos entre otras alternativas los certificados extendidos por aquellas entidades profesionales de especialistas sin fines de lucro que sean reconocidas por el Ministerio de Salud y Acción Social, entre las cuales se encuentran varias de las sociedades de especialidades de la AOA.

Pero son sin duda las recientes noticias referidas a plazos de acción de la Comisión Nacional de Certificación y Recertificación Profesional creada dentro del marco del Programa de Garantía de Calidad de Atención Médica establecido por decreto Nro. 1424 del 3 de diciembre de 1997 del Ministerio de Salud Pública, las que han generado mayores inquietudes. Así establece que en plazos perentorios dicha Comisión deberá determinar las especialidades reconocidas dentro del área médica en nuestro caso las odontológicas, luego establecer las entidades académicas, universitarias, científicas, profesionales, colegiadas, todas ellas sin fines de lucro, en que la función pueda ser delegada siempre que cuenten con destacada trayectoria y conducta ética en el medio, las que deberán ajustar su acción a las normas y reglamentaciones vigentes y determina el carácter obligatorio de la certificación y recertificación para todos los profesionales que se desempeñen en establecimientos o sistemas adheridos al Programa Nacional de Garantía de Atención.

Con respecto a este último punto que tanto a inquietado a algunos colegas, es menester hacer notar que la certificación se refiere aparentemente solo a especialidades, su obligatoriedad es solo para los que ejercen en establecimientos comprendidos por el Programa y que la misma obligatoriedad ya existe actualmente en la práctica para aquellos que quieran anunciarse como especialistas dentro del ámbito abarcado por el Ministerio Nacional e inclusive en jurisdicciones donde existen colegios creados por ley. No parece claro, ni es nuestra intención por ahora analizar cuales son los alcances y límites jurisdiccionales de dicha medida.

Casi simultáneamente, pero en forma totalmente independiente la Facultad de Odontología de la Universidad de Buenos Aires per se ha anunciado la implementación de su propio sistema, en este caso voluntario de certificación y recertificación de títulos de odontólogo y de distintas especialidades.

No cabe duda que la inquietud entre los colegas surge ante la falta de información previa sobre el sentido y alcance de algunos de estos proyectos temiendo las implicancias académicas y socioeconómicas que pudieran tener agregada a la crisis ya existente en el ejercicio profesional.

Por otra parte, es importante destacar la escasa presencia de autoridades odontológicas formando parte del Consejo Asesor Permanente del Programa, el cual está formado en su mayoría por profesionales del área médica. No parece acertado tampoco la denominación de Programa Nacional de Garantía de Calidad de la Atención Médica ya que, como lo especifica la ley este programa involucra no solo la medicina sino también todas las ramas del arte de curar, por lo tanto debería referirse a la Calidad de la Salud, en forma más abarcativa.

La AOA apoya toda medida que tienda a jerarquizar, capacitar y actualizar a los profesionales para mejorar la calidad de atención a la población siempre que se hagan con normas preestablecidas y accesibles para todos por igual y sin discriminación alguna y entiende que para la discusión, fijación de pautas y su aplicación deben ser convocadas y participar todas las entidades universitarias, científicas y gremiales de reconocida trayectoria en el ámbito odontológico nacional.

La necesidad cierta de que debe existir certificación en las áreas especializadas, discutible en los odontólogos generalistas cuya certificación inicial ya ha sido realizada al obtener su título universitario, los mecanismos de recertificación que deben ser, a nuestro entender, principalmente a través de la educación continuada, la posibilidad de acceso a la misma para todos los profesionales por igual, la no fácil definición de cuales deben ser las áreas de especialización reconocida, son algunos de los tantos aspectos que requieren un análisis profundo, con amplia participación y acuerdo institucional.

Finalmente cabe una reflexión, aprobando como acabamos de expresar las medidas que conduzcan a la mejor capacitación profesional.

Debemos expresar que este tipo de actitud si es parcial, resulta incompleta e ineficaz.

Por una vía se recurre a la búsqueda del mejoramiento profesional, sin que paralelamente se facilite el desempeño en otros aspectos del ejercicio que no hace a lo académico pero lo obstruyen.

La parcialidad referida está dada por el criterio de que no se debe exigir sin facilitar paralelamente el logro de esas exigencias, esta es una referencia expresa a la difícil situación socioeconómica por la que atraviesa la profesión desde hace muchos años, cuyo ahogo la priva de perfeccionarse. Junto a eso el poco estímulo que existe para la investigación y para el ejercicio de la docencia.

La saturación profesional y el empobrecimiento del país también tiene que ver con ello.

Dentro de este contexto la sola recertificación profesional podría convertirse solamente en un molesto trámite más, para una profesión demasiado exigida y tan poco gratificada.

VISUALIX
Radiovisiógrafo

VISUALIX GENDEX

La nueva manera de obtener radiografías dentales

VISUALIX es el primer sistema que obtiene imágenes radiográficas por la conversión directa de los Rayos X en señales eléctricas, sin ninguna conexión eléctrica al generador. Este sistema permite obtener imágenes más rápidas y más fieles que las obtenidas con otro tipo de sensores y con una exposición menor.

El sensor se coloca en la boca del paciente, como una placa convencional, utilizando o no un posicionador, y emitiendo los Rayos X por medio del aparato existente en el consultorio.

Los pacientes apreciarán enormemente el uso en su consultorio de un aparato de alta tecnología como ***VISUALIX***. Se pueden obtener mejores y más rápidos diagnósticos y al mismo tiempo hacer partícipe al paciente del tratamiento.

Se pueden obtener copias adicionales, también con partes específicas de la propia imagen según se desee a partir de un solo original y sobre todo, habiendo tenido al paciente solamente en una exposición.

Ventajas

- Tratamiento de la imagen con gran evidencia del contorno, regulación de la luminosidad y contraste, pase de negativo a positivo, 3 D, etc.
- Zoom para aumentar el tamaño de la imagen entera o de una parte, así como reducción a una dimensión real.
- Rotación de la imagen a 90º.
- Medida de distancias entre dos puntos deseados y de sus ángulos.
- Archivo en soporte magnético (opcional).
- Funciones de servicio adicionales.

VISUALIX representa un instrumento de diagnóstico de una gran innovación, con el cual es posible mejorar la forma de trabajar, la motivación de su personal, la comunicación con el paciente, garantizando una rápida amortización de la inversión directamente ligada al mejor servicio que se ofrece al paciente y una imagen de la clínica constantemente en evolución.

DENTSPLY ARGENTINA S.A.C.I.
Gral. E. Martínez 657/61 - (1426) Buenos Aires
Tel. 4555-0808 (líneas rotativas) Fax: 4555-1322
E- mail: info@dentsply.com.ar
Internet: www.dentsply.aex.com

Ejercicio Profesional

El texto que transcribimos a continuación ha sido enviado a Profesores Titulares de todas las Cátedras de Endodoncia del país, presidentes de Seccionales y Grupos de Estudio de la Especialidad.

Es nuestro interés conocer también su opinión con el objeto de elaborar un informe final.

Buenos Aires, 12 de Octubre de 1999

Señor *Presente*

De nuestra mayor consideración

Tenemos el agrado de dirigirnos a Ud., y por su intermedio a su grupo de estu-dio, con el objeto de solicitarle una importante y especial colaboración científica.

Desde hace mucho tiempo, es preocupación constante de la Sociedad Argentina de Endodoncia, las múltiples normas de trabajo que los profesionales se ven obligados a aceptar y que están incluidos en los contratos que suscriben con las Obras Sociales y/o empresas de medicinas prepagas.

Muchas de estas normas que adjuntamos, provocan inquietud en nuestra Sociedad, debido: 1) a su arbitrariedad, 2) al no haber sido nunca consultadas con instituciones científicas y 3) al no tener relación directa con métodos terapéuticos vigentes.

Entendemos que su obligada imposición obedece mas a razones económicas de las empresas, que a la realidad de las necesidades del paciente, en lo que a tratamiento se refiere.

Es por ello, que le pedimos su ayuda en estos temas tan trascendentes. Concretamente interpretando las normas, expresándonos su opinión y en el caso de no estar de acuerdo con las mismas, sugerir las modificaciones que tanto usted como su equipo de trabajo, crean que son las correctas, avaladas de ser posible, con las debidas citas bibliográficas que nos conduzcan a pensar de la manera adecuada.

Nuestra idea es unificar las opiniones desde el punto de vista endodóntico y su relación con la odontología general, y de esta manera podremos elevar un informe a las distintas entidades médicas, el que saldrá con el aval y aprobación de la S.A.E. y la A.O.A.

Deseamos que pueda ser elaborado de tal manera que no queden dudas sobre el criterio terapéutico que se debe seguir y con la suficiente cantidad de evidencias (citas bibliográficas) como para apoyar esa posición.

Su colaboración se unirá a otras que hemos solicitado a entidades que se relacionan con el quehacer de la especialidad.

Transcribimos a continuación algunas de las normas que figuran en los contratos mencionados.

Agradeciéndole muy especialmente la colaboración que nos pueda brindar en este preocupante tema y quedando a la espera de su informe, lo saludamos con atenta consideración.

Matilde Maga
Secretaria

Carlos Cantarini
Presidente

Algunas de las normas que figuran en los contratos de las Obras Sociales y Empresas de Medicina Prepaga

A) Se reconocen tratamientos solamente una vez por pieza y por paciente. Si se repitiere por otro profesional, el importe correspondiente será debitado al primer odontólogo que efectuó la prestación. Deberá remitirse radiografías previa y posterior.

B) Se exige la visualización de la aislación absoluta (radiografía previa) y de la preparación del conducto radicular (radiografía posterior). El material radiopaco deberá llegar hasta el límite cemento dentario, aproximadamente a 1 milímetro, salvo justificación expresa en contrario.

C) Se considerará como contraindicación, toda obturación del o de los conductos radiculares que excedan el límite cemento-dentario u ocupen la zona periapical a distancia del tratamiento efectuado, y se trate de material no reabsorbible por los tejidos periapicales.

D) Momificación, biopulpectomía parcial y protección pulpar directa: no se reconocerá otro tratamiento de endodoncia hasta un año después de efectuada algunas de estas prácticas. Si dicho tratamiento es realizado por otro profesional, se debitará el código respectivo (de las prácticas que surgen de la clasificación del presente punto), al profesional que la haya realizado. Se exigen radiografías pre y post operatorias.

En los contratos referidos, las posibilidades de discusión de las cláusulas contractuales, en forma previa a la suscripción del convenio, y de defensa, luego de efectuados los débitos señalados, son inexistentes, dado el carácter de verdaderos contratos de adhesión.

Listado de Débitos que efectúan:

Cód.	Descripción
1	Odontograma incompleto.
2	Falta firma del paciente.
3	Falta firma del profesional.
4	Falta edad / fecha de nacimiento y/o datos del paciente.
5	No indica motivo.
6	Se considera paso intermedio de tratamiento.
7	No corresponde el tratamiento realizado.
9	Figura ausente en odontograma.
10	Figura pieza sana en odontograma.
11	Figura pieza obturada en odontograma.
12	No cumple plazos según normas.
14	Tratamiento de conducto incompleto.
15	Falta condensación lateral.
16	Conducto sobreobturado.
17	Conducto subobturado.
18	Faltan RX.
19	Falta RX pre-operatoria.
20	Falta RX post-operatoria.
21	RX incluídas en tratamiento de conducto.
22	Técnica radiológica deficiente.
23	No se visualiza en RX el tratamiento.
24	Se debita 03.02 se acredita 03.01 S/RX.
25	No se visualiza en RX pre-operatoria.
26	No corresponde pieza a exfoliarse.

Reglamento

Premio Profesor Dr. Oscar A. Maisto

Objetivo:

En reconocimiento a la trayectoria del Profesor Dr. Oscar A. Maisto pionero de la Endodoncia Latinoamericana, la S.A.E. resolvió en el año 1980 otorgar un premio en su nombre, al Mejor Trabajo de Investigación sobre la Especialidad.

El objetivo de este reconocimiento es incentivar el espíritu de investigación que aporte un avance significativo en el campo de la Endodoncia.

1- El mismo será otorgado cada 2 años durante el Congreso de la S.A.E. o en caso de no efectuarse el mismo, se entregará en la Asamblea Anual Ordinaria.

2- Podrán optar a dichos premios, los odontólogos socios de la S.A.E.. Cuando el trabajo tuviere varios autores, como mínimo uno de ellos, deberá cumplir con el requisito mencionado.

3- Cada autor o autores podrán presentar como máximo tres trabajos.

4- Los trabajos podrán tener la extensión que su autor juzgue conveniente y serán presentados por copias quintuplicadas. La entrega se efectuará hasta el 30 de Abril del año correspondiente en la Secretaría de la S.A.E. La S.A.E. entregará una constancia por los trabajos presentados.

5- Los trabajos deberán ser originales no habiéndose publicado o presentado en forma oral con anterioridad, ya sea en forma parcial o total.

6- Los trabajos se identificarán con seudónimos. En un sobre adjunto cerrado se incluirán los datos de identidad, número de socio, domicilio y teléfono del autor o autores, en el que se inscribirá el seudónimo.

7- El Jurado estará integrado por 5 miembros. El Señor Presidente de la A.O.A., el Señor Presidente de la S.A.E. y tres Miembros que surgirán por sorteo de una nómina de diez socios de reconocido prestigio y Especialistas en Endodoncia, propuestos por la Comisión Directiva de la S.A.E. vigente. El veredicto del Jurado es inapelable y deberá expedirse dentro de los 90 días de cerrada la recepción de trabajos.

8- Los trabajos presentados no premiados podrán ser devueltos una vez expedido el Jurado sin abrir los sobres conservando el secreto de autor.

9- El premio Profesor Dr. Oscar A. Maisto consiste en una medalla de oro al mejor trabajo y un diploma de honor que lo acredite, al autor o autores del mismo.

10- Se podrán otorgan 2 Menciones Especiales a los trabajos que a criterio del Jurado, merezcan tal distinción, entregando en este caso un Diploma de Honor al autor o autores.

11- El premio y/o las menciones pueden ser declarados desiertos.

12- Cualquier situación no contemplada en el presente Reglamento, será resuelta por la Honorable Comisión Directiva de la Sociedad Argentina de Endodoncia.

Profesor Dr. Oscar A. Maisto

1980

Premio: Comportamiento de la dentina y de la pulpa en contacto con el Hidróxido de Calcio.

Fernando Goldberg, Enrique Massone, Carlos Spielberg.

1ra. Mención: Contribución al estudio del sellado apical y de las condiciones mecánicas y de biocompatibilidad obtenida con implantes endodónticos intraóseos cementados con ionómero vítreo.

Osvaldo Zmener.

1982

1ra. Mención: Relación entre la instrumentación e irrigación-aspiración durante la preparación quirúrgica del conducto radicular. Valoración histológica del tercio apical.

Elías Harran.

1984

Análisis de la citotoxicidad in vitro de los cementos endodónticos.

Osvaldo Zmener.

1986

Premio: Participación del sistema inmune en la patología periapical crónica de origen pulpar.

Liliana Sierra, Rubén Martín Laguens y Eduardo Caride.

1990

Premio: Fracturas coronarias en dientes con ápices inmaduros

Elías Harran

1ra. Mención: Efecto de la preparación para perno en el sellado apical

Guillermo Raiden

1992

Premio: Valoración de la técnica de Maisto en el complejo apico-periapical

Beatriz Maresca, Horacio Lopreite, Jorge Fernández Monjes, Liliana Sierra.

Biblioteca

Biblioteca de la Asociación Odontológica Argentina, Centro Regional Cooperante en Salud Bucal.

Servicio de Búsqueda Bibliográfica

Bases de Datos - Arancel

LICD - Literatura Dental en Castellano 1982 a la fecha

..... $ 3,00

LILACS - Literatura Latinoamericana en Ciencias de la Salud 1982 a la fecha

..... $ 3,00

DENTISTS - Index to Dental Literature 1976-1997

..... $ 7,00

MEDLINE - Index to Dental Literature, Index Medicus, Nursing Index 1982 a la fecha

..... $ 7,00

Documentalista:

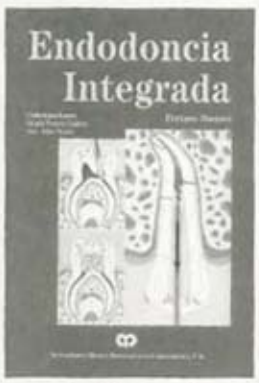
Fecha:

* No socios 20 % recargo.

Límite de citas: últimos 5 años.

Endodoncia Integrada

Autor: Enrique Basrani.
Colaboradores: María Teresa Cañete – Ana Julia Blank



El Dr. Enrique Basrani, poseedor de una personalidad destacada y muy querida en la odontología y sobre todo en el área de la endodoncia, ha presentado su quinto libro con el título de "Endodoncia Integrada".

Efectivamente, su vasta experiencia en la docencia tanto de pregrado como de posgrado le da el innegable derecho de abarcar toda la Endodoncia. De esta manera, su libro incluye 30 capítulos que, además de transitar por la endodoncia convencional a la luz de los últimos adelantos tecnológicos, también abarcan temas inéditos en las publicaciones de habla hispana. Así se profundiza en aspectos de bioseguridad e infecciones cruzadas en endodoncia, indicándonos todas las técnicas de barreras, tratamientos de materiales punzantes, descontaminación y esterilización.

Asimismo, los capítulos que tratan sobre temas docentes, como la confección de modelos transparentes para el ejercicio preclínico o la desinfección y conservación de dientes humanos extraídos, serán de suma utilidad tanto para estudiantes y docentes que deban manejar el preclínico en endodoncia, como para quienes utilicen estos complementos en trabajos de investigación. A este último item le dedica un capítulo llamado "Investigación en Endodoncia", en el que se introduce en todos los temas concernientes a este campo, incluída historia y metodología.

El Dr. Basrani incorpora un capítulo dedicado al "microscopio y endodoncia" cuyo co-autor es nada menos que Syngcuk Kim, uno de los pioneros del uso del microscopio de la Universidad de Pennsylvania EE.UU.

Este elemento, que aún no ha sido introducido como corresponde entre los especialistas, está para quedarse, tal como sucedió con la turbina hace 35 años. El Dr. Basrani lo captó, estudió todas sus ventajas de aplicación, tanto quirúrgica como no quirúrgica, y ya lo ha analizado en un capítulo de su obra.

"Endodoncia Integrada" es un tratado de vanguardia que, seguramente, será consultado en forma permanente por estudiantes, odontólogos generales y especialistas.

Eugenio L. Henry

Normas

Normas para la Publicación de Trabajos

Los artículos serán sometidos a revisión por miembros del Comité Científico, para determinar la viabilidad de publicación de los mismos. Los revisores serán anónimos. En determinados casos se enviarán los comentarios de los revisores a los autores, para realizar las modificaciones sugeridas. La decisión del Comité Editorial es definitiva e irrevocable. El Comité Editorial se reserva el derecho de hacer modificaciones en los artículos aceptados, en aras de una mayor claridad y adaptación de estilo. La decisión del Comité será comunicada a los autores en el plazo máximo de tres meses.

Los trabajos se enviarán a la dirección de la SAE: Junín 959 5° Piso, Capital por medio de un disco de 3 ½ pulgadas (formateado para DOS). En el disco habrá un único fichero que contenga todos los apartados del artículo. Se adjuntará una carta en que se indique que se envía un artículo para su publicación de acuerdo con estas instrucciones. Se podrán presentar casos clínicos y descripción de técnicas clínicas. Se aceptarán también cartas al director y comunicaciones cortas, que ningún caso superarán las 250 palabras.

Casos Clínicos

Se presentarán casos clínicos de interés, con una introducción, descripción del caso clínico, discusión y bibliografía.

Descripciones de Técnicas Clínicas:

Se hará una breve introducción de la técnica, para a continuación las secuencias clínicas a seguir, paso a paso, sin discusión ni bibliografía.

Las características de esta publicación obligan a limitar al mínimo imprescindible las ilustraciones en los trabajos. Rogamos por ello se reduzcan las mismas a los estrictamente necesarios para la comprensión del trabajo.

Estructura del Trabajo:

Los **artículos** deberán constar de las siguientes secciones:

1 **Título:** Título del artículo en español.

2 **Autores:** Se indicará el nombre y apellido de todos los autores, así como el grado académico más alto que poseen. Se hará constar el centro o institución, o en su defecto, se indicará "práctica privada".

3 **Resúmen:** Resúmen del artículo, en español y en inglés. Máximo 150 palabras. Se indicarán hasta un máximo de tres palabras claves (en español y en inglés).

4 **Introducción:** Debe incluir los fundamentos y el propósito del estudio, utilizando las críticas bibliográficas estrictamente necesarias.

5 **Material y Métodos:** Se expondrán con la precisión y claridad que sea conveniente para que el lector comprenda y confirme el desarrollo.

6 **Resultados:** Se procura resaltar las observaciones importantes.

7 **Discusión:** Resumirán los hallazgos, relacionando las propias observaciones con otros estudios de interés y señalando las limitaciones y aportes de unos y otros.
De ellas se extraen las oportunas conclusiones.

8 **Agradecimientos.**

9 **Referencias Bibliográficas:** Las citas bibliográficas se limitarán al mínimo imprescindible, y en ningún caso de admitirán más de 20. Serán enumeradas correlativamente en el orden de aparición en el texto siendo identificadas en los mismos por núneros arábigos entre paréntesis en palabra.

Instrucciones Especiales:

1 **Tablas:** Aparecerán numeradas según su orden de aparición en el texto con números arábigos.

Los títulos o pies que la acompañen deben explicar perfectamente el contenido de las mismas.

2 **Figuras:** Las mismas se enviarán preferentemente como diapositivas, indicando en la esquina superior derecha de la misma el número de figura con rotulador permanente. La numeración será por medio de números arábigos, y siguiendo el orden de aparición en el texto. Pueden también enviarse en un disco de 3½ pulgadas, en formatos GIF o JPG. Los pies y leyendas de cada figura irán dentro del texto, en un apartado titulado "PIES y LEYENDAS".

Cursos AOA Escuela de Postgrado

Endodoncia - Cursos Teóricos con Práctica

Curso	Título	Docente Titular	Fecha	Día / Horario	Ses.	Hs.	
11	Preclínico de Endodoncia	*Cañete María Teresa*	6 al 17/3 2000	L a V - 8.30 a 13.30	10	50	2 x 1
12	Curso Avanzado en Endod.	*Pruskin Elena*	4/4/2000 12.30 a 15.30	Martes - 10 a 12	30	150 Req.	1x1
13	Traumatismos Dentarios	*Herbel Beatríz*	3/4/2000	Lunes -12.30 a 15.30	30	90 Req.	2 x 1
14	Residencia de Endodoncia	*Canzani Jorge*	en desarrollo				
14.1	Clínica «A»	*Kuperman Jorge*	3/4/2000	Lunes - 8.30 a 11.30	15	45 Req.	1 x 1
14.2	Clínica «B»	*Testa Rodolfo Juan*	7/4/2000	Viernes - 8.30 a 11.30	16	48 Req.	1 x 1
14.3	Clínica «C»	*Dubiansky Salomón*	28/8/2000	Lunes - 8.30 a 11.30	15	45 Req.	1 x 1
14.4	Clínica «D»	*Spielberg Carlos*	25/8/2000	Viernes - 8.30 a 11.30	15	45 Req.	1 x 1
15	Curso práctico de Endodoncia en Unirradiculares	*Basrani Enrique*	a determinar	12 a 15	15	45	2 x 1

Endodoncia - Cursos Teóricos

Curso	Título	Dictante	Fecha	Día / Horario	Ses.	Hs.
16	Materiales y técnicas de Obturación Endodónticas	*Zmener Osvaldo*	3/5/2000	Miércoles - 12 a 15	4	12
17	Retratamiento en Endodoncia	*Capurro Mabel*	6/6/2000	Martes - 11.30 a 13.30	5	10
18	Biología y Patología pulpar periapical. Diagnóstico.	*Ritacco Elisabet*	17/4/2000	Lunes - 12 a 15	3	9
19	Iatrogenia Pulpar. Su Prevención y Control. Endodoncia con finalidad Protética.	*Kuperman Jorge*	2/9/2000	Sábado - 8.30 a 12.30 y 14:00 a 18:00	2	8

Endodoncia - Cursos Acelerados Full Time

Curso	Título	Dictante	Fecha	Día / Horario	Ses.	Hs.	
20	Información Básica y Clínica de Unirradiculares	*Spielberg Carlos*	6 al 11/3 2000	L a V - 8.30 a 16.30 Sábado- 8.30 a 13	11	34.30	1 x 1

Endodoncia - Cursos Acelerados Full Time (cont.)

Curso	Título	Dictante	Fecha	Día / Horario	Ses.	Hs.	
21	Capacitación Clínica en Multirradiculares	*Cantarini Carlos*	13 al 18/3 2000	L a V - 8.30 a 16.30 Sábado - 8.30 a 11.30	11	33	1 x 1 Req.
22	Acelerado de Endodoncia Clínica	*Cañete María Teresa*	10 al 14/1 2000	L a V - 8.30 a 13.30	5	25	2 x 1
23	Endodoncia en dif. niveles aprenda, practique, discuta	*Goldberg Fernando*	22, 23, 24 25/11/2000 Sábado 8.30 a 12.30	Miércoles 18 a 22 Jue y Vier 8.30 a 18	6	24	

Endodoncia - Workshop

Curso	Título	Dictante	Fecha	Día / Horario	Ses.	Hs.
24	Nueva tecnología para la preparación y Obturación de Conductos Radiculares	*Capurro Mabel*	26/10/2000 27/08 28/08	Jueves 8.30 a 12 Viernes 13 a 17 Sábado 8.30 a 13	5	19,30

Espacio de Actualización en Endodoncia

Curso	Título	Dictante	Fecha	Día / Horario	Ses.	Hs.
28	**Endodoncia Integrada**	*Goldberg Fernando*	6/11/99	Sábado 8.30 a 11.30	1	4
25	Endodoncia	*Fraylich Santiago (Coord.)*	24/6/2000	Sábado - 8.30 a 11.30	1	4

Clínica Asistencial y de Capacitación

Curso	Título	Dictante	Fecha	Día / Horario	Ses.	Hs.	
26	Servicio de Endodoncia	*Guendler Roberto*	4/04/2000	Martes- 16.30 a 19.30	30	90	1 x 1
27	Servicio de Endodoncia	*Hilú Rodolfo*	4/04/2000	Martes - 8.30 a 11.30	30	90	1 x 1

Calendario en la Argentina

30 Congreso Internacional de la A.O.A.

Del 4 al 7 de diciembre de 1999, Centro Costa Salguero • Informes e Inscripción: Junin 959 (1113) Buenos Aires • Tel: (011) 4961-6141 int. 108 y 109 • Fax: (011) 4961-1110

ACTO 21 (Alta Cosmética y Tecnología en Operatoria)

Del 28 al 30 de junio y 1 de julio del 2000, Caesar Park Hotel de Bs. As. Informes e Inscripción: Secretaría SODyMD, Junin 959 (1113) Buenos Aires • Tel: (011) 4961-6141 int. 205 • Fax: (011) 4961-1110 • E-mail: aoa@ aoa.org.ar

COSAE 2000 - X Congreso de la SAE

Del 17 al 20 de agosto del 2000, Sheraton Libertador Hotel • Informes e Inscripción: Secretaría SAE, Junin 959 (C1113AAC) Buenos Aires • Tel: (54-11) 4961-6141 int. 108 y 109 • Fax: (54-11) 4961-1110 • E-mail: sae@ aoa.org.ar

XXVI Reunión Anual de la Sociedad Argentina de Periodontología

Del 31 de agosto al 2 de septiembre del 2000 • Informes e Inscripción: SAP, Junin 959, 5° Piso (1113AAC) Buenos Aires • Tel: (54-11) 4961-6141 int. 204 Fax: (54-11) 4961-1110 • E-mail: sap@ aoa.org.ar • http:/ www.aoa.org.ar

1er. Congreso Argentino de Odontología Geriátrica

Del 19 al 21 de octubre del 2000 • Informes e Inscripción: SAOG, Junin 959 (C1113AAC) Buenos Aires • Tel: (54-11) 4961-6141 int. 108 y 109 Fax: (54-11) 4961-1110

Calendario en el exterior

19º Congreso Internacional de la APCD

Del 24 al 29 de enero del 2000, San Pablo, Brasil. Informes e Inscripción: APCD Praca Campo de Bagatelle, 100 CEP 02012-000, San Pablo, Brasil. Tel. 55 11 6959 3022, Fax: 55 11 6950 3612.

135th Midwinter Meeting

Del 24 al 27 de febrero del 2000, Chicago, USA. Informes e Inscripción: Chicago Dental Society, 401 North Michigan Av., Suite 300, Chicago, Illinois 60611-4205, Tel: 312 836 7300 Fax: 312 836 7337

American Association of Endodontists, 57th. Annual Session

Del 29 de abril al 2 de mayo del 2000, Honolulu, Hawai. Informes e Inscripción: 211 E Chicago Avenue Suite, 1100. Chicago, Illinois 60611

5 to. Congreso Mundial de Endodoncia (IFEA)

Del 14 al 16 de junio del 2000, Madrid, España. Informes e Inscripción: IFEA. 211 East Chicago Ave, Ste 1100. Chicago, Il 60611-2691 - USA. Tel: 312/266-7255 ext. 3025. Fax: 312/266-0387

Prótesis 2000-Congreso de la Asociación Prostodóntica Argentina

Del 17 al 19 de agosto del 2000, Conrad Resort & Casino, Punta del Este, Uruguay. Informes e Inscripción: Junín 959, (C1113AAC), Buenos Aires. Tel: (54 11) 4961-6141 int. 204 Fax: (54 11) 4961-1110 e-mail: apa@aoa.org.ar, http:/www.aoa.org.ar

Congreso Mundial de Endodoncia

Del 7 al 12 de Septiembre del 2004, en Brisbane, Australia.