

## ***Libro de Resúmenes***



 UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA PLATA  
Facultad de Odontología. Carrera de Especialización en Ortodoncia

 **5tas Jornadas Internacionales de Actualización en Ortodoncia de la F.O.L.P.**  
**6 y 7 de Julio de 2017.**  
**Conferencias-Posters Científicos** 

 **Asignatura Mecánica de Tratamiento**

***Libro de Resúmenes  
correspondientes a las 5tas Jornadas  
Internacionales de Actualización en  
Ortodoncia***



*Carrera de Especialización en Ortodoncia de la Facultad de  
Odontología de la Universidad Nacional de La Plata*

*Compiladores:*

*Od Esp Virginia Leandra Pellegrini*

*Od Esp Soledad Ruscitti*

## **INDICE**

<b>Indice.....</b>	<b>4</b>
<b>Prólogo.....</b>	<b>5</b>
<b>Comité Organizador.....</b>	<b>6</b>
<b>Dictantes.....</b>	<b>7</b>
<b>Cronograma de actividades.....</b>	<b>20</b>
<b>Comité científico.....</b>	<b>21</b>
<b>RESÚMENS DE POSTERS.....</b>	<b>22</b>
<b>Indice de Autores.....</b>	<b>33</b>

## **PROLOGO**

*Fueron el fin de éstas Jornadas la constante actualización y crecimiento dentro de la Especialización en Ortodoncia, estando a la vanguardia de los últimos resultados y actualizaciones realizadas en las diferentes Universidades y Postgrados de Ortodoncia.*

*Las Jornadas se desarrollaron en la Ciudad de La Plata, Argentina, entre los días 6 y 7 de Julio de 2017, en el Auditorio Dra. Mercedes Medina del Edificio Anexo de la Facultad de Odontología de la Plata.*

## **COMITÉ ORGANIZADOR**

*Dra Andrea Erica Bono* PRESIDENTE DE LAS JORNADAS

*Dra Ivana Perdomo* VICE PRESIDENTE

*Dra María Monica Betti* SECRETARIO

*Dra Soledad Bianchi* VOCAL

*Dra Soledad Ruscitti* VOCAL

*Dra Virginia Pellegrini* VOCAL

*Dr Cesar Lucheti* VOCAL

REDACCION DE LIBRO DE RESUMENES

OD Esp. VIRGINIA LEANDRA PELLEGRINI.

OD Esp. SOLEDAD RUSCITTI

## **DICTANTES**

### **Dr. Stefan Cardon**



Graduado en Odontología en la Universidad Federal de Rio Grande do Sul (UFRGS).  
Especialista en Ortodoncia y Ortopedia Facial en la Universidad Federal de Paraná (UFPR).

Maestria en Ortodoncia y Ortopedia Facial en la Pontificia Universidad Católica de Rio Grande do Sul (PUCRS).

Especialista en Ortopedia Funcional de los Maxilares por el Consejo Federal de Odontología (CFO).

Professor de los Cursos de Post-Graduación en Ortodoncia en SOBRACID y IMED Porto Alegre.

Conferencista con énfasis en Sistemas Autoligados en países como Brasil, Argentina, Paraguay, Panamá, Nicaragua y República Dominicana.

## Dr. Jorge Laraudo



Odontólogo. Graduado en la Universidad de Buenos Aires  
Especialista en Ortodoncia. (UBA)  
Ex docente de la Cátedra de Ortodoncia. Facultad de Odontología  
Universidad de Buenos Aires. (UBA)  
Dictante de la Sociedad Argentina de Ortodoncia (SAO)  
Docente en la carrera de postgrado de ortodoncia. Universidad El Salvador. (AOA)  
Curso de especialización en la filosofía MBT con el Dr. Hugo Trevisi, Presidente Prudente,  
Brasil  
Dictante de conferencias y cursos en el país y en el extranjero.  
Práctica privada exclusiva en Ortodoncia y Disfunción Cráneo-mandibular

## Dr. Brian Murdoch



Especialista en Ortodoncia  
Profesor Adjunto Catedra de Ortodoncia II USAL-AOA  
Presidente Comision Asesora de Ortodoncia AOA  
Presidente de la Asociacion Odontologica Argentina

## DR. HUGO TREVISI



El Dr. Hugo J. Trevisi recibió su formación académica en ortodoncia en la *Faculdade de Odontologia de Lins, San Paulo - Brasil*, en 1979. Es coordinador del curso de especialización en Ortodoncia, *APCD - Regional de Presidente Prudente*, director de su Centro de Estudio e Investigación en Ortodoncia (CEO) y predica varios cursos en América del Sur, América Central, Estados Unidos, Europa Occidental y Oriental, Emirados Árabes, Oceanía y Asia. Junto a los Dres. McLaughlin y Bennett ha desarrollado la técnica de ortodoncia *Versátil MBT*. El Dr. Trevisi es el creador del *Aparato Autoligado SmartClip™*.

Más de 25 artículos publicados.

### **Es autor de los libros:**

- Mecánica Sistematizada del Tratamiento Ortodóncico;
- Aparato Autoligado SmartClip™* - Concepto y Biomecánica;
- El Estado del Arte en Ortodoncia;
- Creador de su propio sistema de diagnóstico y planificación de ortodoncia, *VTO hTrevisi*.

## **DRA. ANDREA CONSTANZO**



Odontóloga egresada de la universidad nacional de la plata .  
Especialista en ortodoncia :universidad nacional de buenos aires  
Diplomada en ortopedia maxilar y ortodoncia y  
Recertificada por el tribunal de evaluación de la sociedad argentina de ortodoncia .  
Profesora titular en cursos de postgrado de larga duración en ortodoncia en sociedad argentina de ortodoncia, desde año 2000  
Ex secretaria y miembro de la comisión directiva de la sociedad argentina de ortodoncia.  
Miembro activo de world federation of orthodontists  
Disertante en congresos de la especialidad e interdisciplinarios .  
Autora de publicaciones de temas inherentes a la ortodoncia  
Master ortodoncia invisible .sistema invisalign.  
Directora de laboratorio certificado en argentina en orthoapnea .

## **DRA. FERNANDA CHINCHURRETA**



Especialista en Ortodoncia y Ortopedia de los maxilares, FOLP, UNLP  
Ex Profesora Adjunta Interina de la Cátedra de Diagnóstico de la Carrera de  
Especialización en Ortodoncia, FOLP, UNLP  
Dictante de cursos de larga duración en la Sociedad Odontológica de La Plata, desde el  
año 1994  
Autora de varias publicaciones de la especialidad

## DRA. GABRIELA LAVALLE



Profesora adjunta, Carrera de Postgrado de especialización en ortodoncia UCA 2000-2005  
Profesora adjunta, Carrera de Postgrado de especialización en Patologías de la Articulación Temporomandibular UCASAL 2002-2005  
Dictante del Curso de Acreditación al Sistema Keepsmiling ,Postgrado de Ortodoncia, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de La Plata (UNLP), 2008 a la actualidad.  
Dictante del Curso de Acreditación al Sistema Keepsmiling ,Postgrado de Ortodoncia, Facultad de Odontología, Universidad de Buenos Aires (UBA), 2012 a la actualidad.  
Dictante del Curso de Acreditación al Sistema Keepsmiling ,Postgrado de Ortodoncia, Sociedad Argentina de Ortodoncia (SAO), 2012a la actualidad.  
Dictante del Curso de Acreditación al Sistema Keepsmiling ,Postgrado de Ortodoncia, Circulo Argentino de Odontología (CAO), 2012 a la fecha  
Dictante del Curso de Acreditación al Sistema Keepsmiling ,Postgrado de Ortodoncia, Asociación Odontológica Argentina (AOA), 2012a la actualidad.  
Dictante en Congresos Nacionales e Internacionales

## **DRA. ANDREA ERICA BONO**



Especialista en Ortodoncia de la Universidad Nacional de La Plata.  
Especialista en el tratamiento de las disfunciones de ATM UCSAL  
Titular de la Asignatura Mecánica de Tratamiento de la Carrera de Especialización en  
Doctora en Odontología de la Universidad Nacional de La Plata.  
Docente de la Asignatura Servicio de Prácticas Odontológicas Integradas. FOLP-UNLP

## **DRA. MARIA SOLEDAD BIANCHI**



Especialista en Ortodoncia de la Universidad Nacional de La Plata.  
Docente de la Asignatura Mecánica de Tratamiento de la Carrera de Especialización en Ortodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata.  
Docente de la Asignatura Servicio de Prácticas Odontológicas Integradas. FOLP-UNLP  
Diplomada Universitaria en Patologías de ATM, Disfunción Craneomandibular y Dolor Orofacial con Enfoque Neuromuscular. ICCMO

## **DRA. SOLEDAD RUSCITTI**



Especialista en Ortodoncia. FOLP-UNLP  
Diplomada Universitaria en Patologías de ATM, Disfunción Craneomandibular y Dolor Orofacial con Enfoque Neuromuscular. ICCMO  
Diplomada en Ortodoncia Neuromuscular. ICCMO  
Docente de la Asignatura Mecánica de Tratamiento de la Carrera de Especialización en Ortodoncia. FOLP-UNLP  
Docente del Curso de Perfeccionamiento en Ortodoncia, Filosofía MBT. SOLP  
Docente de la Asignatura Servicio de Prácticas Odontológicas Integradas. FOLP-UNLP

## ***DRA. MARIA MONICA BETI***



Especialista en Ortodoncia de la Universidad Nacional de La Plata.

Especialista Recertificada en Odontopediatría.

Docente de la Asignatura Mecánica de Tratamiento de la Carrera de Especialización en Ortodoncia de la facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata.

Docente de la Asignatura Odontología Integral Niños de la facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata.

CO Dictante del Curso Clínico Global de Iniciación a la Ortodoncia con acreditación universitaria de la Sociedad Odontológica de La Plata.

CO Dictante del Curso online Tratamiento precoz de la maloclusión de la Sociedad Argentina de Ortodoncia.

## **DRA. VIRGINIA LEANDRA PELLEGRINI**



Especialista en Ortodoncia de la Universidad Nacional de La Plata.  
Docente de la Asignatura Mecánica de Tratamiento de la Carrera de Especialización en Ortodoncia de la facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata.  
Docente del Curso de Perfeccionamiento en Ortodoncia, Filosofía MBT. SOLP  
Docente de la Asignatura Servicio de Prácticas Odontológicas Integradas. FOLP-UNLP

## **DRA. IVANA PERDOMO**



Prof. Adj del Servicio de Prácticas Profesionales Supervisadas SEPOI  
Especialista en Ortodoncia  
Docente de la Asignatura Mecánica de Tratamiento de la Carrera de Especialización en  
Ortodoncia FOLP-UNLP

**Cronograma de actividades.**  
**5tas Jornadas Internacionales de Actualización en Ortodoncia**  
**6 y 7 de Julio 2017.CEO-FOLP-UNLP**

**Jueves 6 de Julio 2017**

8.00 hs.	<i>Acreditación</i>
8,30 hs.	<i>Acto Inaugural</i>
9,00 hs.	<b>Conferencia Dr. Hugo Trevisi</b>
10,30 h	<i>Coffe Break</i>
11,00hs	<b>Conferencia Dr.Hugo Trevisi</b>
12,30hs	<i>Receso.</i>
14,00hs	<b>Conferencia Dra Andrea Costanzo</b>
15,00 hs	<b>Conferencia Dra.Ivana I. perdomo/ Dra. Maria soledadBianchi</b>
15.45 hs	<b>Conferencia Dr. Brian Murdoch</b>
16.45 Hs	<b>Conferencia Dra Virginia Pellegrini/ Dra. Soledad Ruscitti</b>
17.30hs	<i>Presentación de Posters Científicos</i>

**Día viernes 7 de Julio de 2017**

8,30 hs.	<b>Conferencia Dr. Stefan Cardon</b>
10,00 hs	<i>Cofee Break</i>
10.30 hs.	<b>Conferencia Dr. Stefan Cardon</b>
12.30 hs	<i>Receso.</i>
13.30hs	<b>Conferencia Dr. Andrea Bono/ Dra. Maria Beti</b>
14.15hs	<b>Conferencia Dra. Fernanda Chinchurreta</b>
15.15hs	<b>Conferencia Dra. Maria Gabriela La Valle</b>
16,15hs	<b>Conferencia Dr. Jorge Laraudo</b>
17,15 hs.	<i>Cierre de Jornadas. Entrega de premios a Posters Científicos</i>
21hs	<i>Fiesta de clausura salon Desiree</i>

**COMITÉ CIENTÍFICO**

**DRA BONO ANDREA**

**DR FACUNDO CARIDE**

**DRA SUSANA MICINQUEVICH**

**DRA ANA KITRILAKIS**

**DRA MARGARINA IOANIDIS**

**DR RICARDO MIGUEL**

**DRA ANA RANCICH**

**DRA MIRTA PINTO**

**DRA SAL ESPIEL**

## ARTÍCULOS

### ARTICULOS

#### CASOS CLINICOS

#### Trastornos Temporomandibulares en niños .Índice de Fonseca. A1

RUIZ MIRIAM ,RIMOLDI MARTA; BETI MARIA; JAUREGUI ROXANA; HERNANDEZ FABIANA; MOLINARI EMELINA; LAMBRUSCHINI VANESA, MARIA CAPECE, NUCCIARONE MILENA; LEVALLE MARIA JOSE

*Asignatura Odontología Niños de la Facultad de Odontología - UNLP*

**Objetivos.** Los TTM, tienen una alta prevalencia en la población en general, y cada vez son más prevalentes en niños y adolescentes .Entre las enfermedades más comunes en los niños, podemos encontrar caries, maloclusión y cada vez con mayor frecuencia en la clínica, nos enfrentamos a los “Trastornos Temporomandibulares” (TTM).

El siguiente trabajo tiene como objetivo determinar en una población infantil determinada, los signos y síntomas de los trastornos temporo mandibulares (TTM) utilizando el **Índice de Fonseca**. La población estuvo conformada por los niños que asistieron a atenderse a las Clínicas de la Asignatura Odontología Integral Niños de la Facultad de Odontología de La Plata. Se tomo una muestra aleatoria de 100 niños entre 6 y 12 años, de ambos sexos, que concurrieron durante el año 2016. Los datos obtenidos de las historias clínicas de TTM se ingresaron a protocolos confeccionados para este fin, registrando datos personales: edad, sexo, historia médica. **Material y métodos.** La información de las historias clínicas, provino de un cuestionario estructurado: Índice Anamnésico de Fonseca. Este índice permite clasificar a los pacientes, de acuerdo a la puntuación obtenida por sus respuestas en categorías de TTM: leve, moderado o severo. **Resultados** Según el índice de Fonseca el 71 % de los pacientes no presentan TTM ,el 27 % presenta TTM leve el 2 % moderado y ninguno grave. **Conclusiones:** Cada vez más pacientes pediátricos, presentan signos y síntomas que podrían asociarse a la presencia de TTM. Por lo que muchos niños de nuestra consulta quizás padecen alguno de estos trastornos sin que les sea diagnosticado ni tratado de manera adecuada y llegan así a adultos con problemas que posiblemente podrían haberse detectado y solucionados. Este índice nos permite clasificar a los sujetos en distintos grados de severidad de los TTM, así como también reconocer aquellos que no padecen ningún tipo de trastorno en su ATM.

#### Trastornos Temporomandibulares en niños. Índice de Helkimo A2

BETI, MARÍA; RIMOLDI, MARTA; RUIZ, MIRIAM; JAUREGUI, ROXANA; HERNANDEZ, FABIANA; MOLINARI, EMELINA; LAMBRUSCHINI, VANESA, MARÍA, CAPECE, NUCCIARONE, MILENA, LEVALLE, MARÍA JOSÉ

*Asignatura Odontología Niños de la Facultad de Odontología - UNLP*

**Objetivos..** Los trastornos temporomandibulares (TTM) son un conjunto de condiciones músculo esqueléticas dolorosas que afectan a la articulación temporomandibular y/o los músculos de la masticación (masetero, temporal y pterigoideos), huesos de la región buco-facial y estructuras faciales asociadas. (Toscano P, Defabianis P, 2009). Fue Bell quien sugirió el término “Trastornos Temporomandibulares” que ha ido ganando popularidad. (Indira G, 2007), aprobado actualmente por la Asociación Dental Americana (ADA), y el término usado con mayor frecuencia.

El siguiente trabajo tiene como objetivo determinar los signos y síntomas de los trastornos temporomandibulares (TTM) a través del índice Helkimo modificado. La población estuvo conformada por los niños que asistieron a atenderse a las clínicas de la Asignatura Odontología Integral Niños de la Facultad de Odontología de La Plata. Se tomó un grupo representado por 100 niños entre 6 y 12 años que concurrieron durante el año 2016. Los datos obtenidos de las historias clínicas de TTM se ingresaron a protocolos confeccionados para este fin, registrando datos personales: edad, sexo, historia médica. **Material y métodos.** La información de las historias clínicas, provino de un cuestionario estructurado Índice de Helkimo modificado: registros de las evaluaciones clínicas odontológicas que dieron cuenta de signos y síntomas de TTM. Este índice nos permite clasificar a los sujetos en distintos grados de severidad de los TTM, así como también reconocer aquellos que no padecen ningún trastorno. El índice se subdivide en cinco ítems: limitación en el rango de movimiento mandibular, alteración de la función articular, presencia de dolor al realizar algún movimiento, dolor en la ATM, otorgando las puntuaciones de 0,1 o 5, dependiendo de la evaluación clínica. A continuación se suma la puntuación total de todas las categorías y obtenemos un resultado numérico que se interpreta:- Puntuación 0: Ausencia de TTM.- Puntuación de 1 a 4 puntos: Trastorno leve. Puntuación de 5 a 9 puntos: Trastorno moderado. Puntuación de 10 a 25 indica: Presencia de un trastorno severo **Resultados** Según el índice de HELKIMO modificado el 47% no presenta TTM, un 49 % presenta TTM, 4 % moderado y ninguno grave. **Conclusiones.** Cada vez con mayor frecuencia en la clínica odontopediátrica, nos enfrentamos a los Trastornos Temporomandibulares” (TTM). Estos son una causa muy importante de dolor de origen no dentario del sistema estomatognático, y afecta gravemente la calidad de vida del que lo padece. La etiología multifactorial de los TTM justifica los variados métodos y enfoques terapéuticos, Es por ello que el presente trabajo surge de una necesidad de investigar los TTM en niños, para poder obtener datos de prevalencia de esta enfermedad, obtener datos acerca de los signos y síntomas más frecuentes, obtener métodos eficaces para realizar un correcto diagnóstico y posteriormente un correcto tratamiento.

#### **Terapia Periodontal en la Planificación Ortodóncica A3**

M.S. BIANCHI; V. PELLEGRINI; I. PERDOMO STURNIOLO; S.RUSCITTI.; M.M BETI; A.E BONO  
*Catedra Mecánica de Tratamiento, Facultad de odontología, Universidad Nacional de La Plata*

**Introducción:** Los ortodoncistas tratan a todos los pacientes que necesitan y aceptan tratamientos ortodóncicos. Pero en algunos casos las condiciones de salud bucal no son las mejores. Algunos de ellos tienen problemas dentales y periodontales entre otros. A veces todas estas condiciones complican la planificación ortodóncica. En estos casos el ortodoncista deberá cambiar el tratamiento elegido y trabajar con otras disciplinas. **Objetivo:** del siguiente poster es mostrar el tratamiento ortodóncico de un paciente periodontal. **Conclusión:** Muchas veces los pacientes necesitan ser tratados interdisciplinariamente antes, durante y después del tratamiento ortodóncico.

#### **Enfoque Terapéutico De La Estrechez A Edad Temprana A4**

M.CAPECE; V.DEBATTISTA; A.CARSALADE; A.LOPEZ; G.ASCORTI; M.PINTO  
*Carrera de Especialización en Ortodancias UNLP, Asignatura Técnicas Varias FOLP*

**Introducción:** Las estrecheces son anomalías transversales que afectan el desarrollo de los maxilares en su anchura provocando mordidas cruzadas en los sectores posteriores uni o bilateralmente asociadas a la alteración de la función respiratoria normal, donde la lengua toma posición baja y no estimula el desarrollo del mismo. Es de importancia el tratamiento precoz para estimular la sutura media palatina con fuerzas ortopédicas fuertes como primera fase del tratamiento temprano devolver la función al sistema estomatognático. Como así también un enfoque interdisciplinario junto al aporte de otras especialidades como otorrinolaringología y fonoaudiología. **Descripción del caso:** Paciente Frigerio Tomás, sexo masculino, 8 años de edad, dentición mixta. Presenta estrechez del maxilar superior que se define como falta de desarrollo en sentido transversal. Mordida invertida bilateral posterior, mordida anterior borde a borde clase I molar. Se realizó la ERM con el disyuntor de Hyrax, tornillo 11mm, la acción del mismo se asienta

en la separación del rafe medio de la bóveda palatina, la comprobación de la apertura es el diastema central. La sutura se abre desde la espina nasal anterior hasta la posterior en una extensión de 4 a 5mm. Como el maxilar es un hueso de origen membranoso y la sutura también, una vez separada la sutura comienza la calcificación de la misma en un período de 45 días, con lo cual el maxilar aumenta considerablemente su tamaño transversal. El paciente usó 45 días el disyuntor, se retiró en ese lapso de tiempo debido a una intervención por indicación del otorrinolaringólogo (amigdalectomía). En su período de uso, se activó 2 veces al día, a la mañana y a la noche, siempre a la misma hora. Luego, como contención, se utilizó un activador elástico de Klammt. **Conclusiones:** Se resolvió la anomalía transversal a través de la ERM. La función se rehabilitó a través del activador elástico de Klammt que a su vez actúa como contención. El abordaje terapéutico interdisciplinario a temprana edad en este tipo de anomalía es de suma importancia, para normalizar la función respiratoria, masticatoria, deglutoria y hasta la postura del niño. La estimulación de la sutura media palatina con fuerzas ortopédicas fuertes resuelven las endognasias con poca colaboración del paciente y en períodos breves. Esta es una primera fase de tratamiento en espera del crecimiento del niño.

### **Caso Clínico Tratado Con Sistema KeepSmiling A5**

TATIANA DI GENNARO.

*CABA, Argentina.*

**Introducción:** KeepSmiling es un sistema de alineación estética dental, que consiste en la utilización de placas alineadoras obtenidas a partir de la tecnología CAD/CAM. Las mismas son transparentes y removibles, se utilizan 22 horas por día y se cambian cada tres semanas. Cada nuevo juego de placas alineadoras trae consigo un nuevo movimiento, de esta forma las Piezas Dentarias se mueven gradual y progresivamente hasta alcanzar los objetivos planteados. Esta progresión de movimientos puede ser visualizada mediante imágenes 3D (Renders). **Descripción del Caso:** Paciente adulta, 31 años de edad, con dentición permanente. Clínicamente, se observa ausencia de PD28. Clase I Molar y Canina, derecha e izquierda. Estrechez de ambas arcadas. Apiñamiento superior moderado (4mm.) e inferior severo (más de 6mm.) Curva de Spee pronunciada. Cefalométricamente se observa disminución del ángulo interincisivo, debido a un aumento en la inclinación del incisivo inferior. Protrusión de incisivo superior e inferior. Cuerpo mandibular corto. Biotipología braquifacial (VERT 0,61). El plan de tratamiento consiste en alinear y nivelar ambas arcadas, a expensas de stripping y expansión, retruir sector incisivo superior e inferior y aplanar curva de Spee. **Conclusiones:** se han logrado los objetivos estipulados mediante el uso de 22 placas alineadoras, dispuestas en dos etapas de tratamiento. La duración del mismo fue de 16 meses. KeepSmiling es un sistema que permite la corrección de distintos tipos de maloclusiones, permitiendo al ortodoncista preveer el resultado final del caso al comenzar el tratamiento. Por otro lado, es un sistema en el que no existe el efecto de acción y reacción, ya que el movimiento dentario se efectúa individualmente. Para el paciente los beneficios son: la invisibilidad, comodidad, facilidad de higiene por ser removible y reducción del tiempo de sillón.

## Demostración Comparativa Entre Caso Clínico Tratado Con Sistema KeepSmiling En Imágenes Secuenciales De Tratamiento (Renders). A6

AUTOR: MARIA EUGENA DI GIANO.

CABA, Argentina.

**Introducción:** KeepSmiling es un sistema de alineación estética dental que, basándose en la utilización de la tecnología CAD/CAM, permite la resolución de distintos tipos de maloclusiones. El tratamiento consta de una serie de alineadores transparentes y removibles que se utilizan 22 horas por día durante tres semanas. Posteriormente, serán reemplazados sucesivamente por otros juegos de alineadores. El tratamiento se observa en forma de imágenes secuenciales (Renders). De esta manera, el profesional puede observar la progresión y finalización del tratamiento antes de ser iniciado. **Descripción del caso:** Paciente adulta, sexo femenino 28 años de edad, con dentición permanente. Clínicamente, se observa diastema interincisivo superior de 4 milímetros. Clase I Molar y Canina, derecha e izquierda. El plan de tratamiento consiste en la alineación de la arcada superior y el cierre del diastema interincisivo. Debido a que el tratamiento es sólo superior, y a que el overjet es normal, se planifica el cierre de dicho diastema por mesialización, localizando el espacio remanente entre las Piezas Dentarias 24 y 25. Los movimientos dentarios realizados por cada alineador son visualizados como imágenes 3D (Renders). De esta manera, el profesional podrá evaluar, constatar y guiar el avance del caso. **Conclusiones:** el tratamiento concluye con el cierre completo del diastema interincisivo, y la ubicación del espacio remanente entre las Piezas Dentarias 24 y 25, mediante la utilización de 11 alineadores. La comparación entre el render final y la fotografía clínica final de la paciente, coinciden completamente. Así, los renders, constituyen una herramienta fundamental con la que el profesional cuenta para poder predecir los resultados a obtener al finalizar el caso. También, durante el avance del tratamiento, es la guía más útil para determinar si el caso clínico avanza según lo planificado. Esta característica del Sistema KeepSmiling permite la predictibilidad absoluta y el control gradual del caso a tratar.

## Sistema Autoligable Metálico, Una Solución Mas Rápida A Tratamientos Mas Difíciles. A7

A.M. FUNARO; A.E. BONO.

Catedra de Mecánica de Tratamiento.

**Introducción:** Los tratamientos con brackets autoligables metálicos favorecen el deslizamiento. Consiguen una fuerza constante logrando un movimiento dental más rápido, ejercen fuerzas menos abruptas. Las raíces no sufren reabsorciones. Menos sensación de dolor. Estéticamente se ven más limpios ya que tienen menor retención de placa bacteriana. Ayuda a solucionar de forma más rápida y sencilla el problema de maloclusión dentaria. A diferencia de los brackets convencionales donde las ligaduras plásticas acumulan placa bacteriana, más fricción, no ejercen una fuerza constante, debiéndose llevar a cabo fuerzas de mayor intensidad para conseguir el movimiento del diente. **Descripción del caso:** Paciente femenina, de 15 años de edad. Examen clínico: clase I molar, clase II canina. Biotipo Braquifacial severo. Línea media desviada a la izquierda 2mm. Apiñamiento dentario anterior leve. Curva de Spee aumentada. Distopatías dentarias: giroversiones en piezas 23,23,25,11,14,13,12, distomesorrotación severa de 15, mesorrotación de 16 y 26. Agenesia de 48 y 38. Índice de Pont: estrechez. Índice de Bolton: Sobremordida. Examen radiográfico, vías aéreas permeables, ATM normal. **Objetivos:** Alinear, nivelar, corregir curva de Spee, desrotar piezas. Lograr acople anterior, movimientos de lateralidad sin parafunciones; Lograr una oclusión mutuamente protegida y mutuamente compartida. Plan de tratamiento a seguir: Aparatología fija con técnica de MBT Autoligable metálico. Durante la fase de alineación es necesario crear el suficiente espacio y se consigue con la colaboración de resortes abiertos (Open Coil Spring de nitinol), para generar el espacio necesario entre p.34-35,36 con gran compromiso de rotación e inclinación a fin de desrotar los mismos para continuar con los pasos correspondientes a la técnica MBT. **Conclusiones:** Según las piezas involucradas en rotaciones de gran magnitud, disminuyen o aumentan el perímetro del arco. El uso de brackets autoligables

favorecen el deslizamiento con menor fricción, más el aporte de resortes de nitinol que ejercen fuerzas ligeras que no afectan el periodonto, permitiendo en un lapso breve de tiempo lograr como función principal el espacio y como función secundaria desrotar las piezas involucradas, se logran todas las etapas de tratamiento en un lapso de tiempo más breve.

### **Tratamiento De La Mordida Abierta En Dentición Mixta. ¿Por Dónde Empiezo? A8**

F.L. FURLAN

**Introducción:** La mordida abierta es una maloclusión en la que uno o más dientes no alcanzan el plano oclusal y no se establece contacto con sus antagonistas. Puede presentarse desde temprana edad pero es mucho más común encontrarla en niños entre los 8 y 10 años de edad. El tratamiento debe ser iniciado cuanto antes para incrementar las posibilidades de éxito. En cuanto a la etiología podemos enunciar factores locales y generales. Factores locales: deglución atípica, succión, hipotonicidad muscular y desarrollo de la dentición. Factores generales: herencia, defectos congénitos, alteraciones musculares. Podemos clasificar a las mordidas abiertas en dentales y esqueléticas. En las dentales los responsables son los dientes o un factor ambiental y no afecta las bases. En cambio, en las esqueléticas, la causa es el desequilibrio óseo y hablamos de un patrón de crecimiento hiperdivergente. El pronóstico es muy diferente en cada caso, siendo reservado cuando el problema es esquelético. Según la zona donde afecta la anomalía, la clasificamos en mordida abierta anterior, lateral o total. **Descripción del caso:** se presenta el caso clínico de un niño de 7 años de edad con una maloclusión de clase I molar con tendencia a clase III, clase III canina, mordida invertida unilateral posterior del lado derecho y mordida abierta anterior. Problema esquelético: clase III, estrechez del maxilar superior. Biotipo facial: braqui severo. En el análisis facial presenta facies adenoidea, boca entreabierta y labio inferior evertido. Al análisis funcional podemos describir, respiración bucal, posición lingual baja y deglución atípica. **Conclusiones:** Si comenzamos la corrección de la mordida abierta tempranamente, en dentición mixta, podremos mejorar las relaciones esqueléticas de los maxilares, eliminar hábitos perniciosos y rehabilitar las funciones de nuestro paciente. De esta forma conseguiremos excelentes resultados clínicos y estabilidad a largo plazo.

### **El Video Digital Como Ayuda En El Diagnóstico Para La Planificación Del Tratamiento. A9**

R. GUGNALI; M. BETI

*Asignatura Mecánica De Tratamiento Carrera De Especialización En Ortodoncia De La Facultad De Odontología De La Plata. UNLP*

**Introducción:** La sonrisa en los seres humanos es una expresión común que refleja placer o entretenimiento, pero también puede ser una expresión involuntaria de ansiedad o de varias emociones como la ira y la ironía, entre otras. Es considerada una reacción normal a ciertos estímulos, inherente al individuo (se nace con ella) e independiente de aspectos socioculturales. La sonrisa es una parte importante del estereotipo físico y la percepción del individuo y además en la apreciación que otros tienen de nuestra apariencia y personalidad, es así como la simetría en la sonrisa tienen un papel importante en la percepción de la belleza. Asimismo el análisis de los tejidos blandos es necesario en el proceso diagnóstico para evaluar los movimientos esqueléticos y dentales en función de la estética del paciente. **Descripción del caso:** paciente femenina de 25 años de edad, clase I esquelético y dentario, paciente braquifacial, no presenta problemas articulares ni funcionales. Presenta simetría y leve aumento del tercio inferior de la cara. Objetivo del estudio preliminar: Explorar el rol del video digital en ortodoncia, como parte del diagnóstico para la planificación del tratamiento Observar los registros dinámicos faciales y musculoso-

esqueléticos del paciente. Determinar la relación de la sonrisa en relación con el tipo de maloclusión. **Conclusión:** Al comenzar el tratamiento de ortodoncia mediante la fotografía y el video digital podemos observar registros estáticos y dinámicos del paciente para arribar a un diagnóstico y acertado plan de tratamiento.

#### **Tratamiento Conservador: Distalización Con Péndulum A10**

P.LÓPEZ AKIMENCO; R.PERTINO; O.VARELA; A.CARSALADE

*Curso de Posgrado Ortodoncia Clínica - Colegio de Odontólogos Prov.de Bs. As. Distrito I*

**Introducción:** Una de las anomalías con las que más frecuentemente se enfrenta el ortodoncista es la mesogresión de los sectores posterosuperiores, siendo hasta hace unos años un indicador de extracciones. La distalización es una alternativa cada vez más utilizada. Este trabajo describe el uso del péndulum como aparato distalador de elección por ser estético, relativamente cómodo, no requiere la colaboración del paciente, es de fácil control y activación, insume poco tiempo de sillón y el efecto deseado es rápido y efectivo / **Descripción del caso:** Paciente sexo masculino, 14 años de edad, biotipo mesofacial, patrón esquelético clase II, relación molar y canina clase II con protrusión superior, overjet aumentado, bloqueo parcial de caninos superiores y bloqueo total de caninos inferiores en giroversión; plan de tratamiento: distalamiento bilateral superior con péndulum, seguido de control de anclaje, mecánica de arco recto superior e inferior, detallado y contención. Al finalizar el tratamiento se observa adecuada alineación y nivelación, relación molar y canina en clase I, adecuado resalte y entrecruzamiento, oclusión mutuamente protegida / **Conclusiones:** El uso del péndulum, cuando está indicado mediante un correcto diagnóstico, es una alternativa interesante que posibilita ganar espacio sin necesidad de extracciones ni cooperación del paciente, siendo beneficioso en tratamientos tardíos mejorando no solo la oclusión sino también la estética del paciente.

#### **Alternativa de Tratamiento: extracción de un incisivo inferior A11**

M.P LORENZO VALEFF; M.M BETI

*Carrera de especialización en ortodoncia Mecánica de Tratamiento Facultad de Odontología UNLP.*

**Introducción:** Existen diferentes terapéuticas en la resolución de apiñamientos severos en el sector anteroinferior en el adulto: stripping, extracción de primer o segundo premolar y la extracción de un incisivo inferior. Esta última opción como alternativa en pacientes adultos con apiñamiento (mayor a 5-6mm) es una excelente elección sobre todo si el paciente presenta clase I molar y canina y si dentro de los objetivos de tratamiento se plantea solucionar el problema sin mayor cambio de perfil y en un tiempo relativamente corto. Se indica cuando existe protrusión de canino a canino inferior, mordida cruzada anterior o borde a borde, discrepancia de Bolton con exceso mandibular, clase III dentoalveolar con apiñamiento anteroinferior y cuadros postperiodontales con mínimo sostén óseo y apiñamiento severo. La selección del incisivo a extraer dependerá del estado mucogingival, soporte periodontal, abrasiones o fracturas, posición y grado de rotación. **Descripción del caso:** El presente trabajo describe una paciente de sexo femenino de 26 años con un perfil aceptable, clase I molar y canina y apiñamiento anteroinferior quien tuvo un tratamiento con exodoncia de un incisivo inferior 41. **Conclusiones:** La extracción de un incisivo inferior como plan de tratamiento para la corrección del apiñamiento anteroinferior o de un problema de Bolton, en pacientes adultos debe ser considerado dentro de las posibilidades terapéuticas como una opción válida ya que se pueden obtener muy buenos resultados tanto funcional como estéticos y proveer estabilidad prolongada, al finalizar el tratamiento de ortodoncia.

### **Tracción De La Premaxila, Según el Dr. Salagnac A12**

F.E. MALAGRABA, A. CARSLADE

*Facultad de Odontología de La Plata. Universidad Nacional de La Plata.*

Introducción:El siguiente trabajo expone el tratamiento de la técnica del Prof. Dr. Salagnac , J.M. a través del uso de la máscara Delaire en los tratamientos de las Clases III funcionales . En pacientes en crecimiento, sigue siendo la mejor opción de tratamiento ya que no sólo se guía el desarrollo de los maxilares sino que se produce un cambio estético facial importante y una mejor relación dental, lo que da como resultado un equilibrio en el sistema estomatognático para un buen desarrollo de sus partes. Con el uso de fuerzas ortopédicas fuertes, esta filosofía terapéutica de la escuela francesa, preconiza estimular aquella zona considerada como una unidad de crecimiento importante de la cara, la cual involucra la sutura incisivo-canina y la sutura interincisiva, entre ambas constituyen la sutura premaxilo-maxilar. Esto funciona bien en muchos casos y tomando en cuenta la actitud , cooperación, herencia, deficiencia esquelética del paciente y por supuesto su patrón de crecimiento . Es por eso , que el tratamiento ortopédico temprano en este tipo de pacientes se hace necesario y puede comenzarse según los estudios a partir de un temprana de edad.Descripción del Caso: Paciente masculino, 11 años de edad, dentición mixta, clase III funcional, retrognatia, sin problemas articulares. Mordida invertida en sector anterior, empuje lingual, perdida prematura de pieza dentaria 46 y línea media no coincide. Respiración mixta, con predominio bucal con babeo y ronquido, musculatura perioral alterada. Amígdalas no operadas.Conclusiones:El tratamiento ortopédico ideal debería ser aquel que persigue los objetivos individuales, usando además una terapia sencilla y un período de tratamiento activo corto , con poco o ningún dolor , permitir la corrección temprana en el aspecto dental y esquelético para minimizar los problemas de armonía En niños con falencias de desarrollo en el tercio medio de la cara, es conveniente evaluar con precisión diagnóstica las suturas posibles de activar mecánicamente con fuerzas ortopédicas fuerte, a efectos de revertir tempranamente las discrepancias basales. La aplicación de la técnica de Prof . Dr. Salagnac a travez del uso de la máscara Delaire y fuerzas ortopédicas fuertes , propone mejorar el desarrollo oclusal , lo que además, puede promover salud física y mental y establecer y mantener un sistema oclusal balanceado durante el desarrollo de la dentición .

### **Desordenes Respiratorios Del Niño. La Importancia De Incluir En La Historia Clínica Un Cuestionario Para El Diagnóstico Del Síndrome De Apnea Obstructiva Del Sueño. A Propósito De Un Caso. A13**

F.E. MALAGRABA; M.M. BETI; M. RUIZ.

*Facultad de Odontología de La Plata. Universidad Nacional de La Plata*

Introducción:La apnea obstructive del sueño es un episodio de respiración interrumpida durante el sueño, causado por el colapso de la vía aérea, con cese del flujo aéreo durante más de 10 segundos (aproximadamente dos respiraciones perdidas) y mínimo 5 episodios por hora estas pausas respiratorias suelen durar entre 10 y 30 segundos, o persistir por un minuto o mas. Pueden tener lugar cientos de veces en una noche conduciendo a abruptos descensos del nivel de oxígeno en sangre, el cerebro alerta sobre esta falta de oxígeno interrumpiendo el sueño para reestablecer la respiración normal. En los niños las apneas pueden provocar somnolencia, dolores de cabeza vespertinos, irritabilidad, perdida de concentración. Los niños con AOS suelen roncar alternando con periodos de silencios cuando el flujo aéreo disminuye (hipopnea) o se bloquea (apnea), para luego despertar haciendo un ruido, en ahogo y buscando aire, cambiando de posición y logrando que la vía aérea se reabra. Es una patología muy común que afecta a ambos sexos y en todas las edades, incluyendo los niños que padecen obesidad. Las consecuencias son ronquidos fuertes, baja calidad de sueño, excesivo sueño diurno, bajo tiempo de atención, reducción en la concentración, perdida de la destreza, perdida de la memoria, reducción en la función cognitiva. El objetivo de este trabajo tiene como finalidad investigar sobre los desordenes respiratorios del sueño en un paciente pediátricoDescripción del Caso: Paciente femenino, 10 años de edad con sobrepeso, acudió a las clínicas de la Asignatura Odontología Integral Niños de la Facultad de Odontología de La Plata . Presentando respiración bucal, incompetencia bucal, deglución atípica, mordida abierta borde a borde, biotipo dolicofacial, perfil recto, crecimiento

rotacional posterior. Se le realizó el cuestionario pediátrico del sueño de la Universidad de Michigan manifestando ronquido en la mitad del sueño de manera constante en forma audible, problemas para respirar interfiriendo en su vida de relación. Conclusiones: La descripción correcta del motivo de la consulta y reconocer los síntomas son básicos en la obtención de la anamnesis. Interpretar la queja principal del paciente y todo el ejercicio de diagnóstico nos conducirá por buen camino. Por este motivo, creemos que incluir un cuestionario nos permitirá el diagnóstico de SAOS

#### **Tratamiento Ortodóncico “Camuflaje En Paciente Con Clase III” A14**

V. PELLEGRINI; I. PERDOMO STURNIOLO; S.RUSCITTI.; M.M BETI; A.E BONO; M.S BIANCHI  
*Catedra Mecánica de Tratamiento, Facultad de odontología, Universidad Nacional de La Plata*

**Introducción:** La maloclusión de clase III es definida como una discrepancia de tamaño y posición anteroposterior de las estructuras que la generan, su etiología multifactorial se asocia con factores hereditarios e influencias ambientales, dando lugar a maloclusiones de tipo dental, esquelético o funcional, haciendo su diagnóstico y abordaje muy complejo. El camuflaje representa una alternativa con la que se beneficia al paciente con anomalías dentofaciales leves, y moderadas.  
**Descripción del caso:** Paciente masculino de 21 años de edad con clase III dentaria y esquelético. Apinamiento y malposición dentaria anterior en ambos maxilares. Mordida borde a borde con inversión de P.D 12 y 22. Línea media dentaria desviada Overbite y Overjet disminuidos perfil ligeramente cóncavo; el paciente acudió a consulta a la clínica de especialización de Ortodoncia de la Universidad Nacional de La Plata refiriendo inconformidad con su apariencia. El objetivo del tratamiento fue lograr alineación, clase I molar y canina, relación intermaxilar y perfil adecuado basados en la extracción de los Segundos Premolares Superiores y Primeros Premolares Inferiores para lograr un correcto cierre de mordida, perdiendo anclaje posterior en Maxilar Superior y en Maxilar Inferior perdiendo anclaje anterior.  
**Conclusiones:** Actualmente la sociedad es exigente y competitiva y esta anomalía genera en el paciente efectos psicológicos indeseables; siendo de obligación ética y moral del clínico tratar dicha maloclusión una vez diagnosticada con el tratamiento menos invasivo; el cual en los casos de pacientes maduros pseudo-clase III resulta ser el camuflaje ortodóncico, generando cambios funcionales significativos que le brindan al paciente un mejor aspecto dental más que estético facial que cumplen con los objetivos de cualquier tratamiento ortodóncico (funcionalidad y estética)

#### **Importancia De Los Tejidos Blandos Al Momento De Realizar El Plan De Tratamiento A15**

I. PERDOMO STURNIOLO; S.RUSCITTI.; M.M BETI; A.E BONO; M.S BIANCHI; V.L PELLEGRINI  
*Catedra Mecánica de Tratamiento, Facultad de odontología, Universidad Nacional de La Plata*

**Introducción:** La gran mayoría de los pacientes que asisten actualmente a la consulta buscando tratamiento ortodóncico, tienen motivaciones relacionadas con la estética, no sólo dental sino también facial, con expectativas cada vez más altas. Este es un hecho que los especialistas deben tener muy presente a la hora de definir los objetivos del tratamiento, ya que no se trata sólo de lograr una buena función y conseguir estabilidad, sino que además los resultados deben ser estéticamente satisfactorios para el paciente.  
**Descripción del Caso:** Paciente femenina de 19 años de edad, con antecedente de tratamiento de ortodoncia pero no había quedado conforme con el aspecto de su sonrisa. Al realizar la valoración clínica intrabucal se observa, clase II subdivisión molar y canina, desvío de línea media inferior hacia la izquierda. Overbite y overjet disminuidos. Ausencias de las piezas nº 1.4, 2.4, perno corona en la pieza nº 3.6 y la pieza nº 4.6 para exodoncia. En el estudio cefalométrico de McLaughlin – Trevisi se puede observar la clase III esquelético, la dimensión del tercio inferior aumentada y los incisivos inferiores en retro inclinación. En la laminografía se observó una diferencia anatómica entre el cóndilo derecho y el izquierdo, en apertura máxima se puede ver un adelanto de ambos. En el análisis funcional se observó un correcto sellado labial, respiración nasal, deglución y fonación normales. Apertura y lateralidad

normales, sin ruido ni dolor. En su análisis facial de perfil se observa un perfil ligeramente cóncavo, mentón adelantado y correcta relación bilabial. Se realiza tratamiento de ortodoncia con brackets prescripción MBT, extracción de la pieza nº 4.6, luego colocación de implante y cierre de espacios superiores. **Conclusiones:** Los tratamientos ortodóncicos nos dan la opción de elegir diversos caminos para lograr los objetivos funcionales y estéticos que cada caso requiere, siempre y cuando un diagnóstico y planificación adecuados estén perfectamente definidos desde el inicio del tratamiento.

### **Aplicación Clínica De La Versatilidad A16**

N.E.RAMIREZ;V.RUIZ;I.PERDOMO

*Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata*

**Introducción:** La Versatilidad es la capacidad de adaptarse con facilidad y rapidez a diversas funciones. El Sistema de brackets MBT presenta esta cualidad como principal característica. Esto crea una plataforma para que el conjunto de brackets y arcos produzcan la necesaria individualización y sobrecorrección para determinados tipos de casos clínicos. De esta manera se reduce la necesidad de realizar dobleces innecesarios del arco en fases más avanzadas del tratamiento y mejora la eficiencia logrando un buen acabado del caso. La versatilidad se aplica en siete áreas principales: opciones para incisivos laterales superiores desplazados hacia palatino; tres opciones de torque para caninos superiores e inferiores; versatilidad para los caninos superiores en caso de agenesia de incisivos laterales superiores; versatilidad para los incisivos inferiores en caso de discrepancia de Bolton; versatilidad para los primeros y segundos molares superiores en casos de finalización de clase II y clase III; versatilidad para caninos inferiores en clase III borderline; brackets intercambiables premolares superiores e incisivos inferiores. **Descripción del caso:** caso clínico número 1: paciente de 24 años clase II molar y canina a la que se le realizaron extracciones de pieza 14 y 24 para resolución del caso clínico en clase II molar, se utilizó la versatilidad de caninos en torque de 0 grados y la inversión de bandas en primeros molares superiores colocando la banda de la pieza 47 en la pieza 26 y la banda de la pieza 37 en la pieza 16. Caso clínico número 2: paciente de 25 años de edad con inclinación mesial de caninos inferiores, se utilizó la versatilidad de caninos inferiores intercambiando el bracket de la pieza 33 en la pieza 43 y de la pieza 43 en 33. **Conclusiones:** en una clínica de ortodoncia el bien más preciado es el tiempo del ortodontista, siendo necesario la confianza en un sistema de brackets fiable que le ofrezca un rendimiento consistente y un resultado óptimo al final de cada caso clínico. La versatilidad aplicada en el Sistema de brackets MBT como principal característica permite resolver una gran variabilidad de casos clínicos y situaciones que se presentan a la consulta diaria.

### **TRABAJOS DE INVESTIGACION**

#### **Método Alternativo De Descementado De Brackets Estéticos Monocristalinos Y Policristalinos De Zafiro. Resultados Preliminares. R1**

M. B. ALSINA; M. BETI

*Asignatura Mecánica De Tratamiento Carrera De Especialización En Ortodoncia De La Facultad De Odontología De La Plata. UNLP*

**Objetivos.** El propósito de este estudio es el de evaluar una técnica alternativa de descementado con ultrasonido sobre brackets estéticos de zafiro monocristalinos y policristalinos. Evaluar el proceso de desunión del bracket de policristal de zafiro con respecto al de monocristal de zafiro con el ultrasonido. Cuantificar la cantidad de material adhesivo remanente que queda en la superficie vestibular del tejido adamantino después del descementado de uno y otro tipo de bracket. Valorar la apariencia in vitro del esmalte antes y después del proceso de descementado. Valorar el daño producido al tejido adamantino, comparando la superficie vestibular del mismo antes y después del descementado. Determinar si existe una diferencia marcada en la apariencia del esmalte dental luego de la utilización del ultrasonido al remover brackets de zafiro monocristalinos y policristalinos. **Material y métodos.** El estudio se realizará sobre 60 premolares

humanos extraídos tanto primeros como segundos, superiores e inferiores. Las piezas seleccionadas se fijarán en una base y se dividirán en dos grupos de 30 cada uno. A un grupo se le cementarán brackets de zafiro monocristalino Radiance Plus de American Orthodontics y al otro grupo se le cementarán brackets de zafiro policristalino Pure Attraction-P. Las piezas dentarias se acondicionarán con saliva artificial fórmula. Se les realizará la técnica de grabado ácido y adhesión para fijar los brackets. Luego se llevará a cabo el proceso de desunión con ultrasonido. **Resultados.** Para la valoración de las piezas dentarias se dividirá el área de cementado en 4 cuadrantes sobre los cuáles se observará si contienen resto de cemento y adhesivo. Se confeccionarán tablas y/o gráficos para expresar los resultados obtenidos. **Conclusiones.** El descementado de la aparatología de ortodoncia se basa en poder remover en su totalidad el remanente de adhesivo que podría quedar en la superficie dental y preservar en lo posible la naturalidad de la misma, semejando la apariencia pre-tratamiento. El procedimiento de desunión consume tiempo y es perjudicial para el esmalte si se realiza con una técnica inadecuada.

### **Determinación Del Tamaño De La Corona Clínica Para El Posicionamiento Correcto De Los Brackets R2**

J.P. CACIOLI; A. BONO; M. BETI

*Asignatura mecánica de tratamiento, CEO, FOLP, UNLP.*

**Objetivos.** Conocer el tamaño en sentido vertical y horizontal de cada pieza dentaria en una población de individuos Argentinos, caucásicos, de ambos sexos, para confeccionar una tabla de tamaño dentario acorde a nuestra población, obteniendo una mayor precisión para el cementado de brackets. Los valores que se obtendrán con el estudio, dada la variabilidad regional de la muestra, podrían no coincidir con los valores que arroja la tabla de McLaughlin y Bennett de origen anglosajón. **Materiales y métodos.** La muestra constará de 200 modelos de estudio de individuos, caucásicos, de ambos sexos, con dentición permanente completa hasta el segundo molar inclusive, entre 13 y 25 años, que no hayan recibido tratamiento ortodóncico previo, de pacientes que concurren a la Carrera de Especialización en Ortodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata y de la práctica privada. Los modelos de trabajo fueron previamente seleccionados de manera de incluir solamente aquellos que estén en buen estado, sin roturas, completos, sin imperfecciones, libres de burbujas, que sean una copia fiel de las piezas dentarias, evitando así registros no exactos. La longitud y ancho de la corona clínica se tomó con un calibre digital (Marca Orthopli Corp. )y se volcaron los datos en planillas y fueron analizados con el método Student *t* test. **Resultados preliminares.** Se observó, con respecto a la altura dentaria de la tabla propuesta por McLaughlin y Bennett, las mayores diferencias en el incisivo lateral superior 0,803 mm ( $p= 0,0001$ ), segundo molar superior 0,251 mm ( $p= 0,0001$ ), segundo molar inferior 0,224 mm ( $p= 0,0001$ ), incisivo central superior 0,186 mm ( $p= 0,0001$ ) y el canino superior ( $p= 0,0150$ ). **Conclusiones.** En la ortodoncia actual, para que se exprese de manera eficiente todas las bondades de la prescripción de los brackets y lograr un resultado de calidad, es necesario cementarlos de una manera precisa en el lugar más apropiado de la corona clínica. Sería beneficioso, poseer una tabla final completa de tamaño dentario caucásico, así, poder elegir la posición ideal para el cementado de los brackets, para que el tip, torque e in/out se expresen de modo adecuado.

### **Valoración de las Atm en Laminografías R3**

S. RUSCITTI; M.M BORRAZÁS

*Asignatura Mecánica de Tratamiento. Carrera de Especialización en Ortodoncia Facultad de Odontología. UNLP.*

**Objetivos:** Observar la posición del cóndilo en la cavidad glenoidea, en pacientes con relación molar I, II, y III según los parámetros establecidos por el Dr. R. Ricketts. **Material y Métodos:** La muestra incluyó la evaluación de 100 pacientes de población argentina, de ambos sexos, mayores de 15 años de edad, preortodóncicos que concurren a la consulta ortodóncica. Se utilizaron laminografías de archivo con indicación profesional y consentimiento informado pertinente. Dichas tomas radiográficas se realizaron en oclusión y máxima apertura. En ellas se midieron los

parámetros de Ricketts. **Resultados:** Los resultados obtenidos en el presente trabajo, ponen en manifiesto que no hay coincidencia con el autor tomado como referencia. **Conclusiones:** Mediante la muestra evaluada en este trabajo, se puede decir que la posición del cóndilo mandibular dentro de la cavidad glenoidea no tiene valores definidos como posibles normas, ya que varía según la clase molar de Angle, y en un mismo paciente la posición del cóndilo es diferente del lado derecho e izquierdo.

#### **Evaluación De Alteraciones Cráneo Cervicales Y Del Hueso Hioides En Una Población De Pacientes De Maloclusión De Clase II Esqueletal R4**

M.F.SALOMON

*Facultad de Odontología de la plata. Carrera de Especialización de Ortodoncia*

Contenido del resumen= **Objetivos, Generales:** Evaluar las alteraciones cráneo cervicales y del hueso hioides en una población de pacientes de maloclusión de clase II esqueletal. **Específicos:** Determinar el ángulo craneocervical. Determinar la distancia C0-C1. Determinar la profundidad cervical (curvatura). Determinar triángulo hioideo .Establecer las relaciones entre estas variables analizadas. **Materiales y métodos: Materiales:** Telerradiografías de perfil facial, para la realización de los trazados se utilizó papel de acetato, negatoscopio, regla de Ricketts y portaminas. Población de estudio: Se analizaron telerradiografías de perfil de individuos de ambos sexos, de edades comprendidas entre 6 y 35 años inclusive, que acudieron a ser atendidos en la Carrera de Especialización de Ortodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de La Plata, hasta el año 2013. Teniendo en cuenta los Criterios de Inclusión y Exclusión, se seleccionaron de ellas ochenta (80) telerradiografías de perfil de pacientes con Clase II esqueletal, a las cuales se le realizaron los análisis de Rocabado y Penning .Criterios de Inclusión:-Pacientes femeninos y masculinos, que no refieren haber recibido tratamiento ortodóncico o kinesiológico previo.-Ausencia de traumatismos craneocervicales, que refieren no sufrir o haber sufrido problemas cervicales, ni haber consultado a un traumatólogo.-Pacientes que no refieren poseer implicaciones sistémicas que produzcan alteraciones posturales.-Radiografías cefalométricas en las que se visualicen al menos las siete vértebras cervicales.-Pacientes con el estudio cefalométrico de Ricketts, para determinar la Clase esqueletal.-Poseer Clase II esqueletal. Criterios de exclusión: Pacientes que hayan recibido tratamiento ortodóncico y/o kinesiológico previo.-Pacientes que refieran haber sufrido traumatismos craneocervicales y/o problemas cervicales.-Pacientes que refieren poseer implicaciones sistémicas que produzcan alteraciones posturales.-Pacientes con radiografías cefalométricas en las cuales no se visualicen las siete vértebras cervicales.-Pacientes que no cuenten con el estudio cefalométrico de Ricketts.-Pacientes con Clase I o III esqueletal. **Métodos:** El trabajo se realizó sobre telerradiografías laterales de cráneo con buena calidad de imagen y diagnostico cefalométrico de Ricketts previo, con el cual se determinó la Clase esqueletal que poseían. Los análisis del presente trabajo se realizaron solo sobre las telerradiografías de los pacientes que cumplieron los criterios de inclusión, siendo el más importante que pertenecieran a la Clase II esqueletal, resultando ser 80 pacientes de esta Clase. Este diagnóstico fue el de elección debido a que la totalidad de la población contaba con

## **INDICE DE AUTORES**

ALSINA MARIA BELEN 30

ASCORTI GISELA 23

BETI, MARIA MONICA  
22,23,26,27,28,29,30,31

BIANCHI MARIA SOLEDAD 29,23

BONO ANDREA ERICA 23,25,29,31

BORRAZAS MARIA MAGDALENA 31

CACIOLI JUAN PABLO 31

CAPECE MARIA 22,23

CARSALADE ANALIA 23

DEBATTISTA VICTORIA 23

DI GIANO MARIA EUGENIA 25

DIGENNARO TATIANA 24

FUNARO ANA MARIA 25

FURLAN LORENA 26

GUGNALI RENATA 26

HERNANDEZ, FABIANA 22,23

JAUREGUI ROSSANA 22

LAMBRUSCHINI VANESA 22

LEVALLE MARIA JOSE 22

LOPEZ AKIMENKO PATRICIA 27

LOPEZ ANDREA 23

LORENZO VALEFF MARIA PAULA 27

MALAGRABA FEDERICO 28

MOLINARI EMELINA 22

NUCCIRONE MILENA 22

PELLEGRINI VIRGINIA 23,29

PERDOMO STURNIOLO IVANA 23,29

PERTINO MARIA RITA 27

PINTO MIRTA 23

RAMIREZ NATALIA 30

RIMOLDI MARTA 22

RUIZ MIRIAM 22,28

RUIZ VALERIA 30

RUSCITTI SOLEDAD 23,29,31

SALOMON MARIA FERNANDA 32

VARELA OSVALDO MARIO 27