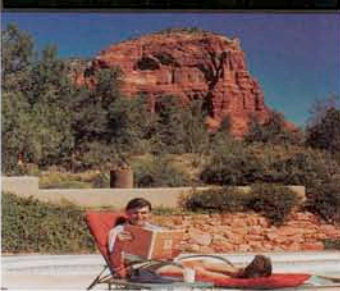


RICHARD PARKHOUSE SE QUEMA AL SOL MIENTRAS VE LA NUEVA GUÍA DE TIP-EDGE DURANTE EL CURSO DE ACTUALIZACIÓN EN SEDONA, PÁGINAS 2 Y 4.



VERANO 2000

COMENTARIOS

CUANDO EMPEZAR RAPIDO O DESPACIO

Existen indicaciones para comenzar lentamente un tratamiento o comenzar de una sola intención, Artículo de Portada.



El Movimiento Dental Diferencial Presenta La Nueva Guía de TIP-EDGE

El canino de la portada efectúa el "baile diferencial" mientras el lector se empapa de Tip-Edge, Página 3.



¿SE VOLVERÁN INVISIBLES LOS ORTODONCISTAS?

La Revista TIME predice que los ortodoncistas desaparecerán entre 10 a 15 años, Página 4.



TIP-EDGE GRÁFICO



Tippy anota otro golazo—el bracket C.A.T. se ha discontinuado. Con este van tres en su lista y hay muchos mas en su mira.

TIP-EDGE[®]

TODAY

Published Quarterly In The USA



EL DR. PETER KESLING A LA IZQUIERDA REVISLA LOS MODELOS DEL DR. MARK PECHERSKY'S QUIEN GANA EL PREMIO AL CASO DE TIP-EDGE EN LA REUNION DE FUERZAS LIGERAS DE AMERICA EN PITTSBURGH1 PA.

ARTÍCULO DE PORTADA

Inicio de Tratamiento Activo o Pasivo

Por Richard T. Conlin, D.D.S.—Pittsburgh, Pennsylvania

Cuando el Dr. P. Raymond Begg diseñó una aparatología que se encargaría de mejorar la apertura de mordida y de colocar los dientes sobre su base apical natural, observó la necesidad de utilizar:

1. Un bracket libre de fricción.
2. Un arco duro y resiliente de .016".
3. Fuerzas elásticas ligeras.

Lo anterior se convirtió en el régimen estandar.

Con las nuevas tecnologías, mas opciones estuvieron disponibles y ha sido posible mantener estos regímenes estandar clásicos mediante distintos métodos. Este escrito discute dos opciones básicas para comenzar un caso, ya sea de manera pasiva o activa. Esto es posible por la introducción de los

arcos de níquel-titanio y los brackets Tip-Edge.

El Inicio Activo

Debido a que la apertura de mordida nos permite sortear las interferencias oclusales y por lo tanto "tratar el caso," usamos un "balance de fuerzas" que consiste algunas veces en profundos doblesces de anclaje y elásticos ligeros. Templamos este balance de fuerzas dependiendo de la severidad del caso. En la fase uno de una clásica Clase II División 1 o División 2, existe la urgencia de:

1. Abrir la mordida y dejar los dientes anteriores borde-a-borde.
2. Retraer los dientes anteriores a posiciones seguras.
3. Trasladar la mandíbula a una posición Clase I.

Esto requerirá toda la "actividad" que podamos derrochar por medio de severos doblesces de apertura de mordida junto con el uso de fuerzas elásticas de 2 onzas, durante las 24 horas del día. De esta manera arrancamos y corremos de una manera clásica.

Indicaciones:

Activo:

1. Casos Clase II División 1 ó 2.
2. Casos Clase I con protrusión maxilar severa.
3. Todas las mordidas profundas.
4. Protrusiones bimaxilares.

El Inicio Pasivo

En muchos casos no existe una sobremordida horizontal apreciable. El caso no es muy protrusivo y los problemas son principalmen-

Continúa en la pág. 2

Un Caso de Inicio Activo

Amber es una paciente de sexo femenino, caucásica de 14 años y 7 meses con una maloclusión Clase II División 1.

Lecturas Cefalométricas:

Wits	+6 mm
FMA	29°
1-SN	115°
∑ A-Po	+5 mm

Todas las indicaciones para un "Inicio Activo" estaban presentes. A los casi 15 años, el crecimiento de Amber D. estaba bastante retrasado, por lo que era necesario, en lo posible, aprovechar cualquier crecimiento residual para trasladar la mandíbula. Además, los segmentos anteriores tanto en mandíbula como en maxilar estaban más allá de sus límites anteriores y la mordida estaba moderadamente cerrada. Nuestra misión era abrir, retraer y trasladar inmediatamente.

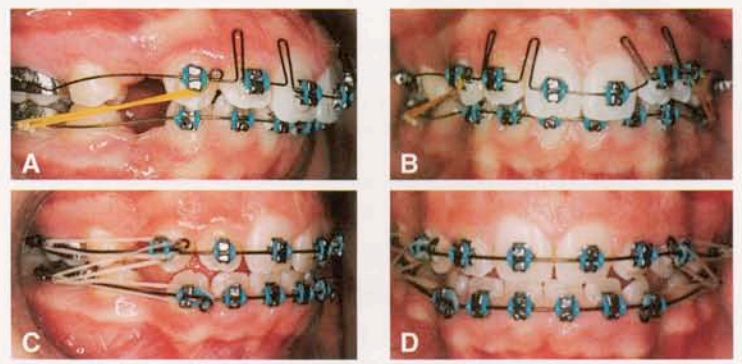


Figura 1, A-D.

Se seleccionaron arcos multiloop (.016") con elásticos ligeros (2 onzas) para comenzar, Figura 1A&B. Estas fuerzas se mantuvieron hasta que sus dientes estuvieron borde-a-borde y luego se comenzó con la mecánica de la fase dos, Figura 1C&D.

ARTICULO DE PORTADA

Inicio de Tratamiento Activo o Pasivo . . . *Continúa de la Pág. 1*

te de origen dental y no esquelético. Algunos tienen espacio disponible y suficiente mientras que otros casos pueden estar muy apiñados. En cualquier caso parece no haber emergencia ni urgencia. Nuestro objetivo en la fase uno es simplemente:

1. Acomodar los dientes en una manera aceptable para poder continuar con las distintas fases de tratamiento.

Nuestros requerimientos son por lo tanto pasivos. Podemos dejar que los dientes "caigan" a cualquier posición que este disponible sobre su base apical. Esto requiere de tan solo una fuerza pasiva sin dobleces en el arco ni fuerzas elásticas. Esta "pasividad" se dará con arcos muy ligeros de calibre .012" o .014" de níquel-titanio.

Indicaciones

Pasivo:

1. Casos de Clase I con apiñamiento.
2. Casos de tratamiento limitado—con o sin extracciones.
3. Casos con apiñamiento severo de cualquier Clase, donde el engarce adecuado de los arcos duros y resilientes sea imposible o muy difícil.
4. Casos Clase III. Criterio: La mecánica pasiva no alterará el patrón esquelético y un arco activo puede ser colocado con cierta dificultad después un corto periodo pasivo.

Caso con Inicio Pasivo

Keith es una paciente de sexo femenino, caucásica de 13 años con un apiñamiento severo en una maloclusión Clase I.

Lecturas Cefalométricas:

Wits +1 mm
FMA 26°
1-SN 115°
∠ A-Po +1 mm

Debido a que las bases apicales en una Clase I no requieren un crecimiento potencial y las extracciones de premolares ofrecen mas espacio del necesario para desapiñar los dientes anteriores, no había urgencia. Además, un arco multiloop hubiera sido algo problemático en la boca de esta activa jovencita. La misión es sencilla: asegurar un engarce donde y cuando sea posible, para preparar y posicionar el diente para la siguiente fase (dos) del tratamiento.

Conclusión

No hay ningún sustituto para un arco activo y elásticos cuando se trata de maloclusiones esqueléticas, de las más difíciles y con mordidas profundas. El inicio "activo" producirá una rápida apertura de mordida y mejores condiciones para un tratamiento más fácil.

En cualquier caso, donde no haya urgencia, el inicio "pasivo" será más fácil para el operador y mucho más cómodo para el paciente. Esto puede, de cualquier manera, tomar un poco mas de tiempo para producir el resultado deseado.

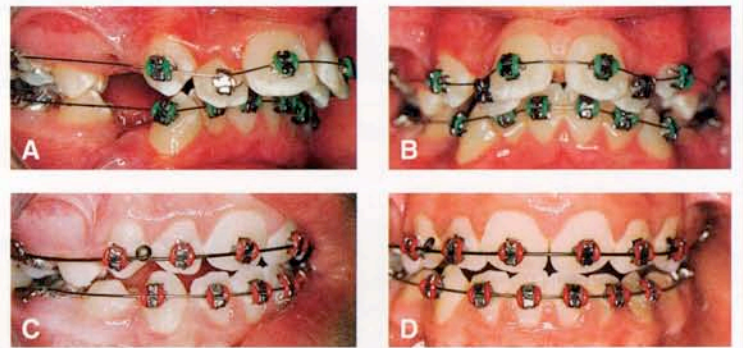


Figura 2, A-D.

Los arcos de níquel-titanio (.014") fueron colocados, engarzándolos donde fue posible, Fig. 2A&B y después de una cita, 5 semanas, el engarce total fue logrado. Diez meses después se colocaron un arco de acero inoxidable .016" inferior y un .022" superior. Nótese que en ambos casos, los dientes anteriores inferiores y superiores han sido retraídos y que los espacios de las extracciones se han cerrado por medio de ligas clase II. Figura 2C&D.

Nota del Editor: El Dr. Conlin ha prometido enviar los registros finales de ambos casos para su publicación en un ejemplar futuro de *Tip-Edge Today*.

P's & R's

P. Tengo un caso de protrusión bimaxilar al cual se le extrajeron los 4 primeros premolares. El segmento anterior esta alineado pero parece inclinarse mas mientras lo muevo hacia borde-a-borde. Es un problema. Tengo miedo de retraer todo el segmento anterior en una sola intención y "volar" mi anclaje. ¿Debo comenzar por retraer los caninos?

Thibodaux, LOUISIANA

R. Por tu pregunta, parece que te estas adentrando en Tip-Edge con antecedentes de Edgewise. Debes darte cuenta que los slots de los brackets ordinarios de edgewise (cero grados o preajustados) funcionan como tubos vestibulares y convierten los dientes a retraer, en dientes de anclaje. Los slots de Tip-Edge permiten que los dientes se inclinen coronalmente. Esto permite la retracción de los seis dientes anteriores sin una pérdida de anclaje considerable.

Debes colocar arcos de .022" a través de los tubos oclusales junto con E-Links de 3 onzas del helix del canino a los molares. El paciente debe utilizar ligas intermaxilares (2 a 3 onzas) mientras sea necesario para mantener la relación borde-a-borde de los dientes anteriores mientras se cierran los espacios. Consulta la Sección de la Fase Dos de la GUIA DE TIP-EDGE.

Las Mejores Declaraciones de los No-Informados sobre Tip-Edge

La siguiente declaración la hizo el Dr. Robert C. L. Sachdeva durante una entrevista con el Dr. Larry White, editor del JOURNAL OF CLINICAL ORTHODONTICS en el mes de abril del 2000.

"Inclusive, el temor a colocar fuerzas excesivas sobre la dentición y causar el desprendimiento de los brackets, son aspectos que alejan al ortodoncista de usar arcos de tamaño máximo."

El Dr. Sachdeva necesita que le informen que debido a que el slot de Tip-Edge aumenta eficazmente su tamaño, los ortodoncistas que los usan no temen colocar arcos de tamaño máximo (aun rectangulares). No existe una fuerza excesiva que pueda causar el desprendimiento del bracket o alguna incomodidad.

Cuarta Edición de la Guía de Tip-Edge

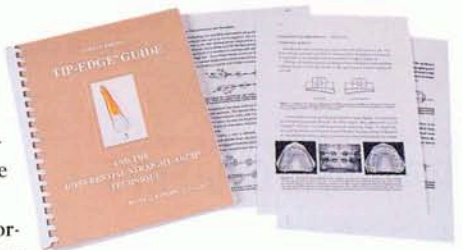
El Dr. Peter Kesling recientemente completó la nueva y cuarta edición de la GUIA DE TIP-EDGE. Publicada por primera vez en 1988, la Guía a tenido 6 reimpressiones y 4 ediciones.

En comparación con la tercera edición que apareció en 1996, Esta cuarta consta de 263 paginas con muchos cambios y adiciones. Aparecen cuatro nuevos Casos Clínicos, reimpressiones de artículos del TIP-EDGE TODAY y una mayor sección de Preguntas y Respuestas.

Para mantenernos al día en los cambios en la tecnología y el mayor interés sobre el movimiento dental diferencial de Tip-Edge, los objetivos de la fase uno y dos han sido reorientados. Existen ahora sólo 3 objetivos en la fase uno y siete en la fase dos.

El uso de barras de torsión ha sido modificado para una mayor acción y su uso detallado por medio de nuevas ilustraciones. Aparatología como El Outrigger®, se revisa de igual manera junto con la identificación de elásticos por medio de sus valores Tru-Force®.

Todo el que use Tip-Edge en su práctica profesional debe tener esta cuarta edición en su biblioteca. Su lectura cuidadosa serviría de repaso así como de curso avanzado. Un canino en su cubierta muestra de manera continua el movimiento dental diferencial por medio de la magia del Holograma láser ¡no necesita baterías!



Barras de Torsión—Fáciles de Colocar y Aumentan su Eficacia

Después de casi diez años de experiencia con las barras de torsión y las ranuras profundas, mucho se ha aprendido acerca de sus indicaciones y de su uso.

De lo más importante es el hecho de que las barras de torsión son más eficaces (brindan un mayor grado de torsión) si se extienden hasta los brackets de los caninos.

Cuando la barra pasa por distal de los brackets de los caninos, el final debe ser redondeado y reducido de tamaño para facilitar el engarce en el slot del bracket del canino junto con el arco principal, Figura 1A.

En segundo lugar, cualquiera que sea el diente que soporte el final de la Barra de Torsión ya sea canino o incisivo lateral, se le debe colocar un resorte Side-Winder.

Los resortes son indicados al final de las Barra de torsión debido a que las fuerzas con dirección gingival pueden causar que las raíces se muevan mesialmente.

Para asegurar el engarce correcto de la Barra de Torsión, ésta puede ser ligada con ligadura metálica en los brackets de los incisivos centrales, mientras que los finales de la Barra descansan pasivamente en dirección gingival. Se pueden colocar pequeñas pie-

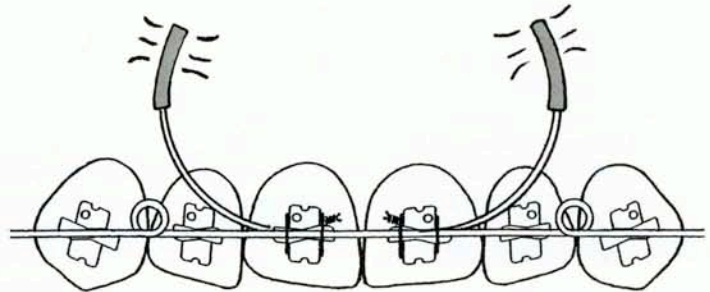


Figura 2. Para ayudar a asegurar propiamente el engarce de la barra de 30° de torsión, esta puede ser ligada en las ranuras profundas de los incisivos centrales junto con el arco principal. Los finales descansan pasivamente en dirección gingival cubiertos con secciones de Bump-R-Sleeve. No se requieren resortes Side-Winder en los incisivos centrales y laterales cuando la barra se extiende por distal de los caninos. Recuerde, el final rojo de la Barra se coloca del lado derecho.

zas tubulares de Bump-R-Sleeve® (.018" I.D.) al final de la barra para dar mayor confort, Figura 2.

Las Barras de Torsión están indicadas siempre que un arco redondo .022" se use en la fase tres. Esto puede incluir casos que no se requiera torsión en caninos, premolares y molares. Las barras también pueden dar torsión mas rápidamente que un resorte Side-Winder contra un arco rectangular porque las fuerzas de torsión

son aplicadas inmediatamente. Con los resortes Side-Winder, las fuerzas iniciales son solo de segundo orden (enderezamiento distal de la raíz) hasta que los slots comienzan a cerrarse contra las superficies superiores e inferiores del arco rectangular.

Referencia

1. Guía de Tip-Edge, Cuarta Edición, 2000, PC Kesling; p. S3 Round-7.



Figura 1, A-C. A) La terminación de la barra de torsión es redondeada y está por lingual del arco principal en el bracket del canino (el resorte Side-Winder no se ilustra para mayor claridad), B) La Barra de Torsión en la ranura profunda detrás del arco principal en el bracket del incisivo lateral, y C) Barra y arco principal sujetos en el bracket del incisivo central por un amarre de ligadura metálica.

CASO CLÍNICO

Un niño de once años de edad se presentó con una severa maloclusión de Clase II. La sobremordida horizontal era de 10 milímetros y los incisivos inferiores apiñados estaban un milímetro por delante de la línea A-Po. Se quitaron los dientes deciduos que quedaban junto con los cuatro primeros premolares. El tratamiento comenzó un año después de que los caninos superiores erupcionaran.

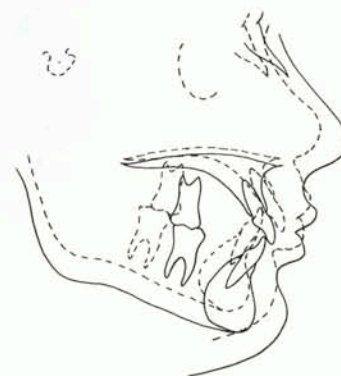
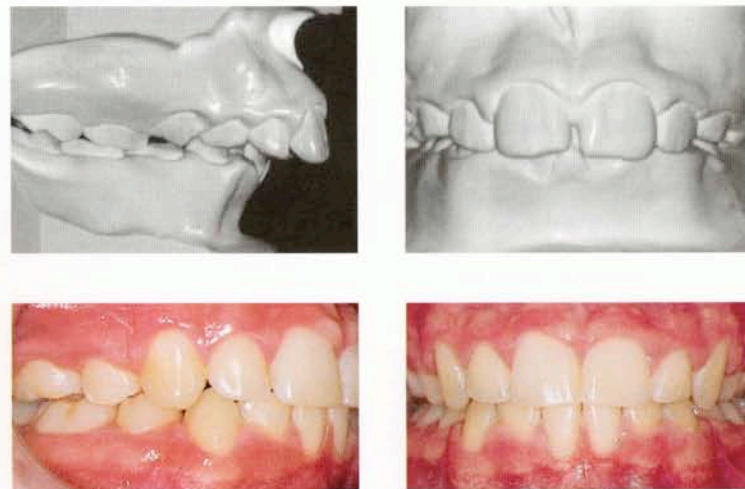


Se colocaron en la primera cita bandas en los cuatro primeros molares, brackets en los doce dientes anteriores y dos arcos preformados de alta resiliencia .016". Tiempo en el sillón: 1 hora y 10 minutos. Se colocaron elásticos de Clase II de 2 onzas como en la mayoría de los casos.

Después de doce meses de tratamiento con arcos redondos (.022") comenzó la fase tres con una Barra de Torsión de 30 grados para darle una mejor torsión a las raíces de los dientes superiores. Se usaron elásticos de Clase II de tres onzas para mantener la sobremordida horizontal.



Después de ocho meses, se colocó un arco superior .0215" x .028" con resortes Side-Winder, para terminar con mecánica de fase III con arco rectangular, incluyendo la torsión de los molares superiores.



M.W. Masculino, 12 años
 Extracciones Sup. 4.4. Inf. 4.4
 Arcos Usados 7 (4Sup. 3 Inf.)
 Citas 18
 Tiempo de Tratamiento 27 Meses
 Retención Perfector
 3 a 3 Inferior

Cambios Cefalométricos:

	Inicio	Punteado	Final Sólido
1 A-Po	+1.0 mm		+1.5 mm
Wits	+2.5 mm		-2.0 mm
SN-MP	33.0°		29.5°
SNA	85.5°		79.0°
SNB	78.0°		76.0°
ANB	7.0°		3.0°
1-SN	105.0°		101.5°

Curso Ortodónico de Actualización

Del 4 al 6 de Mayo ortodoncistas de todo el mundo asistieron al Curso de Actualización en la hermosa Sedona, Arizona. Fue un evento del que todos disfrutaron. Conferencistas y Clínicos mundialmente reconocidos dieron por su parte un programa educacional excelente con una variedad de temas y material interesante.

Entre los temas a discutir se incluyeron estética facial en casos de no extracciones contra tratamientos con extracciones, mitos acerca de la ATM y protección de la práctica de las implicaciones legales de la incidencia de ATM, aumentando la eficacia con tratamiento de Tip-Edge y mejorando la práctica con brackets estéticos.

Los eventos sociales fueron igualmente interesantes, con excursiones en jeep por las Montañas del Cañón del Colorado, partidos de golf y una cena exclusiva con una vista hacia el Gran Cañón. Los Doctores fueron testigos de uno de los "sitios más hermosos que hay en la tierra" y fueron tratados con la hospitalidad ¡que solo TP Orthodontics sabe dar!



Algunos de los conferencistas y participantes del curso de actualización de TP en Sedona, Arizona. De izquierda a derecha: Los Dres. Richard Parkhouse, Fernando de Abreu Pereira, Jay Bowman, Ricardo Medellín y Mike Matson.

Conclusión del Curso de Preparación de Tip-Edge

Estudiantes de Holanda recibieron sus certificados en Abril del 2000. Estos Doctores han completado un programa de 2 años de diagnóstico y plan de tratamiento utilizando la aparatología de Tip-Edge. Ellos están en esta foto con los Dres. William Mc Coy (izquierda) y Steve Gouw (centro).



La Revista Time Predice la Desaparición de los Ortodoncistas

En el ejemplar de la revista TIME del 22 de Mayo del 2000, los ortodoncistas aparecen en el sexto lugar de una lista de 10 profesiones que desaparecerán en los próximos 10 a 15 años, debido a los cambios tecnológicos. Aseguran que ya no existirán mas "bocas metálicas," gracias a los programas de simulación en tercera dimensión que se encargarán de promover los "aligners" desechables.

Queda claro que este punto de vista es patrocinado por la compañía Align Technology de California, que son los promotores del Sistema Invisalign de "aligners" de acrílico transparente. Cualquiera con pocos años de experiencia en la práctica ortodóntica de posicionadores dentales y/o retenedores, sabrá que no cumplen su cometido.

TIP-EDGE TODAY predice que lo ortodoncistas premanecerán vigentes y que Align Technology pudiera desaparecer con el tiempo y/o por el dinero invertido al tratar de lograr movimientos dentales que están más allá de las capacidades de un "aligner," un aparato originalmente creado sólo para retención.

Traducción elaborada por el Dr. Antonio Valle S. (México).

Fax (945) 13 62 10

Tel. (945) 23 13 14

Para suscripciones
y Pedidos

Spain
01005 Vitoria
General Alava 19-1
ORTOLAN S.A.

Fax (5) 662-9833

Tel. (5) 662-5667

Para suscripciones
y Pedidos

TP Orthodontics Mexico, S. de R.L. de C.V.
Av. Insurgentes Sur 1809-8° Piso
Col. Guadalupe Inn
01020 México, D.F.

www.tip-edge.com

Visit us
online:

TIP EDGE
TODAY