

LAS NUEVAS LIGADURAS SST DE TP BRINDAN UN MEJOR NIVEL DE DESEMPEÑO, PÁGINA 5.



TIP-EDGE® TODAY

Published Quarterly In The USA

TIP-EDGE SE GANA UN CAPITULO EN UN NUEVO LIBRO DE ORTODONCIA, PÁGINA 4.

INVIERNO 2000-2001

COMENTARIOS

EL DR. PARKHOUSE SE VA A LO EXTRAORAL



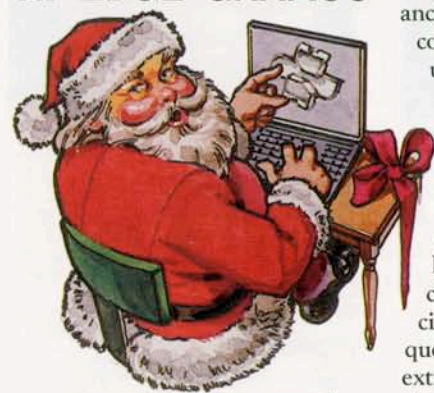
Indicaciones para utilizar fuerza extraoral en casos selectos—Artículo de Portada, Página 1.

LIGADURAS SUPER SLICK™



La tecnología de punta reduce la fricción entre el arco y la ligadura, Página 5.

TIP-EDGE GRÁFICO



SANTA ENTREGA TODO EL AÑO

Con el Nuevo catalogo en línea de TP Orthodontics y siete centros de distribución universales, los productos de Tip-Edge ahora están disponibles en cerca de 48 horas en cualquier parte del mundo.

www.tportho.com

ARTÍCULO DE PORTADA

Arco Extraoral y Tip-Edge—¿Se Mezclan?

Por: Dr. Richard Parkhouse, Consultant Orthodontist, Glan Clwyd Hospital, WALES

Tip-Edge ha sido exitoso en combinar la facilidad del movimiento dental de la antigua aparatología de Begg, con el terminado de alta precisión de la aparatología de "arco recto." Debido a esto, explota exitosamente el uso de elásticos Clase II durante el tratamiento de la mayoría de los casos Clase II. De hecho es parte común de la experiencia adquirida entre los clínicos de Tip-Edge, el poder tratar casos con una sobremordida horizontal exagerada y una profunda sobremordida vertical sin la necesidad de incrementar su anclaje. Siendo éste el contraste con los sistemas derivados de Edge-Wise, en los cuales cada diente con bracket funciona efectivamente como una "unidad de anclaje," que requiere ser colocada a su posición terminal mediante un movimiento en cuerpo del mismo. Por lo que es poco sorprendente que los ortodoncistas de arco recto tengan que incrementar regularmente su anclaje posterior, frecuentemente con arcos extraorales, para lograr un resultado comparable a lo que Tip-Edge puede obtener utilizando elásticos de Clase II solamente.

La razón principal para preferir la tracción elástica en vez del arco extraoral es la conveniencia para el paciente. Se requiere de un paciente altamente motivado para que use continuamente el arco extraoral en comparación con los elásticos intermaxilares. Así mismo, la falta de uso correcto de los elásticos se puede resolver frecuentemente con la utilización de los ganchos de tracción

Outrigger." No hay duda de que el Bracket de Tip-Edge conlleva por sí solo al uso ideal de los elásticos Clase II, ya que permite el uso de fuerzas muy ligeras, impidiendo por ende, algunos de



Dr. R.C. Parkhouse

los inconvenientes de la tracción de Clase II, como son la elongación de los incisivos superiores o la rotación hacia las manecillas del reloj del plano oclusal. De igual forma, los dientes parecen estar mas dispuestos a su intrusión si se les permite una pequeña inclinación durante el proceso, lo cual ayuda muchísimo a la reducción de la sobremordida vertical. Tristemente, muchos de los ortodoncistas previamente familiarizados con la técnica de Begg, han intentado aplicar la misma mecánica de Clase II con los brackets de arco recto, obteniendo resultados decepcionantes causados por el exceso de resistencia en el anclaje; tanto vertical como horizontal.

Ventajas del Arco Extraoral

No obstante, en un pequeño número de casos el arco extraoral

tiene ciertas ventajas sobre los elásticos intermaxilares, asumiendo que el paciente brinde la suficiente cooperación. Usado de manera correcta, provee de una poderosa fuente de anclaje extraoral, sin la necesidad de requerir un anclaje recíproco de ningún lugar de la boca. Además se pueden evitar las fuerzas verticales indeseables, como las que se pueden generar por los dobles de anclaje en conjunto con los elásticos Clase II, ya que el vector de fuerza puede ser ajustado para producir una intrusión. Por último, existe la posibilidad de generar un cambio ortopédico y de guía de crecimiento para el maxilar.

Por lo tanto, Tip-Edge responde favorablemente al uso de arco extraoral. Mientras yo sigo tratando la mayoría de mis casos con elásticos Clase II, el arco extraoral ocasionalmente resulta bastante útil. Es mucho más eficaz y en menor tiempo que con arco recto. Ya que los ortodoncistas que utilizan arco recto y Edge-Wise le indican a sus paciente el uso del arco extraoral un mínimo de 14 horas diarias, los casos de Tip-Edge requieren sólo de 8 horas al día; en otras palabras, durante el sueño únicamente.

Indicaciones

Existen tres razones para considerar el arco extraoral en el plan de tratamiento:

- Para reforzar el anclaje posterior.
- Para ganar espacio al mover los dientes posteriores superiores distalmente.

Artículo de Portada continúa en la siguiente página

Artículo de Portada

Arco Extraoral y Tip-Edge . . . viene de la página 1

● Guía de crecimiento, particularmente en el control del "Síndrome de Cara Larga."

Reforzamiento del Anclaje Posterior

Este punto rara vez será requerido al utilizar una aparatología de fuerzas ligeras, con excepción de algunas discrepancias muy severas que de lo contrario requerirán de extracciones adicionales. Si se ha perdido espacio prematuramente por pérdida o falta de anclaje, puede ser útil la combinación del arco extraoral con elásticos de Clase II.

Una indicación más específica será donde el anclaje no esté disponible en la arcada inferior. Mientras que los elásticos Clase II ejercerán inevitablemente un componente de fuerza mesial sobre la arcada mandibular, el arco extraoral no tiene efectos recíprocos. Por lo tanto es posible el evitar algunas veces la posible extracción de piezas mandibulares en casos comprometidos, en los cuales los elásticos intermaxilares ponen en riesgo de protrusión a la arcada

mandibular a menos que se realicen extracciones.

Ganando Espacio

El mover dientes posteriores superiores distalmente es un método bien establecido de tratamiento con la aparatología convencional. No existe razón alguna para que no se haga lo mismo con Tip-Edge. Un ejemplo es un apiñamiento ligero en la arcada superior o un pequeño aumento en la sobremordida horizontal con una arcada inferior bien alineada. Al desplazar distalmente los primeros molares superiores se evitará la extracción de los premolares (tal vez permitiendo la extracción de los segundos molares inferiores en su lugar) y dará lugar a una oclusión de Clase I. No existirían espacios residuales de las extracciones por cerrar. Con Tip-Edge, el alinear y distalar la arcada superior completa se puede hacer al mismo tiempo. No hay necesidad de terminar con la distalización de los molares primero. Sin embargo, esta modalidad de tratamiento está menos indicada para el paciente adulto, en donde el

distalar molares es bastante difícil.

En casos severos, las dos etapas arriba descritas serán necesarias; primero el distalar los molares para ganar espacio adicional, previo al uso del arco extraoral para estabilizar estos dientes como unidades de anclaje. Un ejemplo extraordinario se describe en el caso clínico que a continuación se describe.

Este paciente se presentó con una sobremordida horizontal de 17 mm con un apiñamiento anterior superior severo, estando los laterales superiores desplazados en cuerpo por detrás de los centrales. La paciente tenía una maloclusión Clase II completa sobre una arcada inferior apiñada. Además, tenía una severa discrepancia esquelética Clase II con un ángulo intermaxilar significativamente amplio de 39 grados. Este tipo de patrón de crecimiento raramente encaja con las aparatologías funcionales y el paciente rehusaba la cirugía.

Una combinación tan severa de sobremordida horizontal y apiñamiento anterior, requeriría la extracción de cuatro dientes superiores y dos inferiores si se fuera a tratar con elásticos Clase II, además de que el uso prolon-

gado de elásticos en un caso con un ángulo tan amplio, podría causar la extrusión de los molares inferiores, ampliando aún más el ángulo mandibular. No obstante, solamente se extrajeron los primeros premolares superiores y los segundos inferiores. La combinación de un arco extraoral con un componente de fuerte tracción, fue utilizado para distalar los primeros molares superiores durante la fase I, al mismo tiempo que se alinearon los laterales superiores. El paciente fue un excelente cooperador al usar su arco extraoral, permitiendo terminar la fase I en 7 meses.

El arco extraoral se dejó de usar durante la breve fase dos, pero se regresó a él durante un corto tiempo al iniciar la fase tres para aumentar el anclaje posterior durante el torque inicial anterior. Debido al grado de corrección radicular requerido, la fase tres duró un año. No se usaron dobles de anclaje y elásticos de Clase II se usaron sólo esporádicamente durante las fases finales para un ajuste intermaxilar. El patrón de crecimiento del amplio ángulo mandibular continuó abriéndolo

Continúa en la página 3 . . .

CASO CLÍNICO

Por Doctor Richard C. Parkhouse
Clwyd, Wales

Una sobremordida horizontal extrema de 17 mm, combinada con un severo apiñamiento anterior superior sobre una apiñada arcada mandibular y una maloclusión total Clase II. Existía un marcado patrón esquelético Clase II con un ángulo ANB de 6.5 grados y un amplio ángulo intermaxilar de 39 grados. Los incisivos mandibulares estaban 3 mm por detrás de la línea A-Po. El paciente rehusó la cirugía ortognática.



Arcos .020". E-Links del número 5 para cerrar pequeños espacios. Resortes Side-Winder son colocados en los laterales superiores que están severamente inclinados para facilitar la inserción del arco rectangular.

El arco extraoral combinado está distalando los primeros molares superiores, mientras que E-Links® del número 6 retraen los caninos superiores a lo largo de un arco Special Plus de .016". En la arcada inferior se lleva a cabo la nivelación y alineación con un arco Reflex de Niquel Titanio de .014".



Arcos rectangulares de acero inoxidable (.0215" x .028") con ligeros dobles y pre-torqueados para producir un efecto de cero torsión sobre los dientes anteriores en ambas arcadas.



C.J. Fememino, 14 Años
Extracciones Sup. 44, Inf. 55
Arcos Usados 9 (4 Sup, 5 Inf.)
Juntos 11
Tiempo de Tratamiento 22 Meses
Retención Arcada Superior
Retenedor Palatal Fijo
Inferior Hawley

Cambios Cefalométricos:

	Inicio-Punteado	Final-Sólido
ESQUELETAL		
SNA	78.5°	76.0°
SNB	72.0°	71.5°
ANB	6.5°	4.0°
SN/MxP	3.5°	7.0°
MxP/MnP	39.0°	32.5°
LAFH/TAFH	58.0%	59.5%
DENTAL		
Overjet	17.0 mm	3.5 mm
Overbite	2.5 mm	0.0 mm
UI/MxP	114.5°	108.5°
LI/MnP	79.0°	99.0°
LI-APo	-3.0 mm	2.5 mm



Artículo de Portada

Arco Extraoral y Tip-Edge . . . viene de la página 2

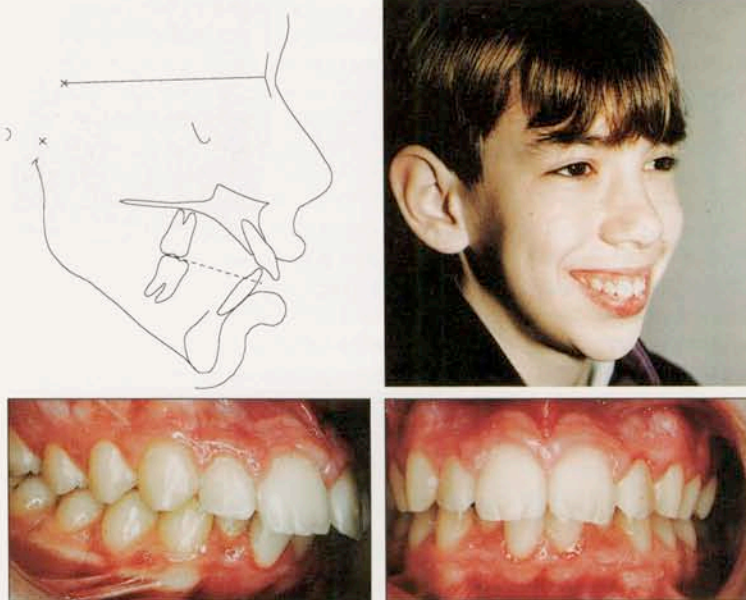


Figura 1. Trazo cefalométrico, fotografías de sonrisa e intraorales de un paciente masculino de 13 años y 5 meses previo al tratamiento.

un poco más, a pesar de que se evitó la mecánica de extrusión durante todo el tratamiento. No conozco de ningún otra aparatología fija capaz de lidiar con una maloclusión tan extrema, particularmente dentro de un plazo de tratamiento de 22 meses. El arco extraoral se usó solamente por 11 meses.

Guía de Crecimiento

Este es un término que estimula al ortodoncista. No obstante,

somos responsables de asegurar que no empeoraremos un patrón de crecimiento desfavorable. Los casos de ángulo abierto son los más favorables de deteriorar y, pueden responder adversamente si a los molares inferiores se les permite extruirse como resultado de los elásticos Clase II y los dobleces de anclaje.

A pesar de un ángulo mandibular amplio, la sobremordida vertical de este paciente de 13 años y 5 meses

fue aumentada y completa, Figura 1. Los incisivos inferiores estaban 7 mm por enfrente de la línea A-Po y la sobremordida horizontal era de 7 mm. Por esta razón, la combinación del arco extraoral con un potente vector de fuerza intrusiva y distal sobre los primeros molares superiores, fue la seleccionada como la fuente de anclaje durante todo el tratamiento. Los cuatro primeros premolares fueron extraídos.

Durante la Fase 1 de un caso con arco extraoral se usaron E-Links horizontales superiores para reducir la sobremordida horizontal, Figura 2. Los dobleces posteriores de anclaje mesiales al tubo de los molares superiores no son de anclaje propiamente (ya que éste está dado por el arco extraoral) sino para intruir los incisivos superiores mientras la sobremordida horizontal se reduce, corrigiendo por ende la "sonrisa gingival." Mientras tanto, la sobremordida vertical se corrige mediante los métodos convencionales de "arco recto" para nivelar y alinear, ayudados de ligeros dobleces de apertura

de mordida en el arco. Sin los elásticos de Clase II, será posiblemente necesario el incluir a los segundos molares inferiores en el tratamiento de manera temprana, para prevenir una inclinación distal de los primeros molares. La fase dos reactiva en este caso procedió de manera convencional.

No es necesario sobrecorregir lingualmente los segmentos labiales de forma previa a la fase tres, ya que el anclaje requerido para la inclinación y torsión es provisto por el arco extraoral. La duración total del tratamiento fue de 21 meses. Existió una marcada mejoría visual en la "sonrisa gingival," Figura 3. El crecimiento mandibular fue excepcionalmente bueno y su vector de crecimiento fue conservado durante todo el tiempo. Nunca se utilizaron elásticos Clase II. Una ligera intrusión de la maxila posterior puede ser atribuida al arco extraoral, que parece haber permitido por el otro lado, cierta rotación inversa de la mandíbula. El arco extraoral sólo se usó en las noches.

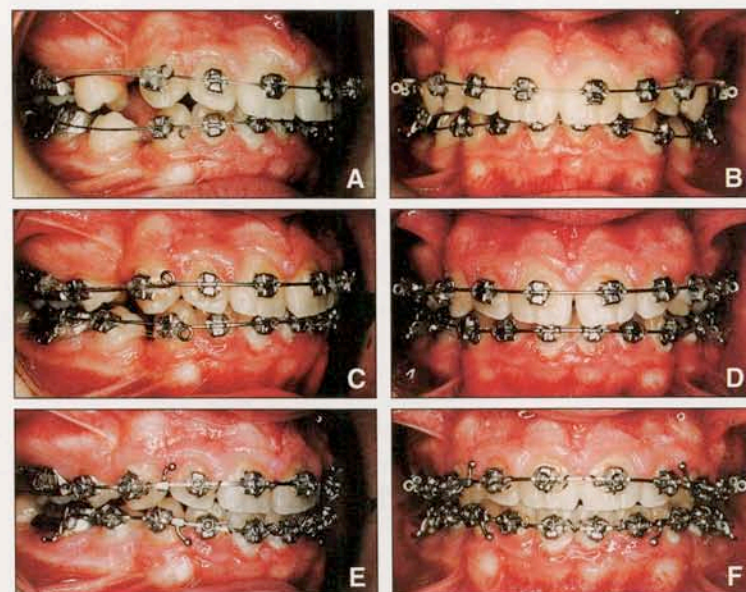
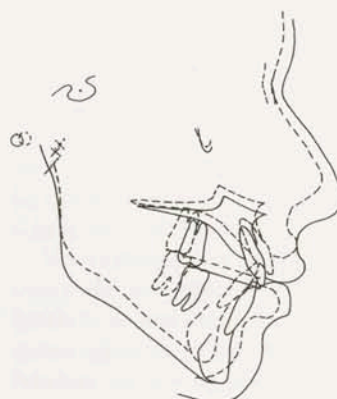


Figura 2 A-F. A-B) E-links retrayendo los seis dientes anteriores superiores. Los dobleces en el arco .016" mesiales al tubo molar son exclusivamente para abrir la mordida. C-D) E-Links cerrando los espacios restantes de las extracciones. Los arcos .020" brindan estabilidad mientras que el arco extraoral brinda el anclaje. E-F) Inicio de la fase tres con arcos .0215" x .028". La fuerza necesaria para los movimientos de torsión e inclinación es dada por los resortes Side-Winder.



Cambios cefalométricos:

	Inicio-Punteado	Final-Sólido		Inicio-Punteado	Final-Sólido
ESQUELETAL			DENTAL		
SNA	85.5°	81.0°	Overjet	7.0 mm	3.0 mm
SNB	78.0°	79.5°	Overbite	2.5 mm	0.5 mm
ANB	7.0°	1.5°	UI/MxP	120.5°	113.5°
SN/MxP	2.5°	5.5°	LI/MnP	95.5°	85.5°
MxP/MnP	38.5°	32.0°	LI-APo	+7.0 mm	+5.5 mm
LAFH/TAFH	57.5%	56.5%			



Figura 3. Trazo cefalométrico sobrepuesto, antes (punteado) y final (sólido), sonrisa, fotos intraorales y tabla de cambios Cefalométricos. El arco extraoral combinado se usó como fuente de anclaje.

Cuidados del Outrigger® “Asegurando” con Brackets de Tip-Edge.

En algunas situaciones puede ser difícil ajustar apropiadamente Outriggers ya que se hacen hacia atrás quedando en posiciones horizontales (incómodas) cuando los elásticos no están colocados. En vez de esto los ganchos permanecerán asegurados en sus posiciones incisales cuando se jalen hacia abajo. Esto ocurre debido a la forma única del slot para el arco de Tip-Edge, el cual permite mayor libertad de movimiento para el arco y el Outrigger dentro del slot. Mientras que esta libertad de movimiento facilita la apertura de mordida y la retracción, puede prevenir el movimiento apropiado de los ganchos Outrigger a pesar de los constantes ajustes de la curvatura del Outrigger.

Este problema se soluciona fácilmente usando una de las dos opciones. Si la sobremordida horizontal no es demasiado profunda, se pueden remover las cubiertas de las ranuras profundas de los brackets incisivos maxilares. El Outrigger es entonces ajustado detrás de la base del alambre del arco en las ranuras profundas. Esto previene que el Outrigger se tuerza y salga de abajo de la base del alambre del arco y se cierre en la posición incisiva. Ha sido descubierto que la forma del ajuste también disminuye la rotura del Outrigger desde que se reduce el uso entre el Outrigger y el alambre de arco principal.

Sin embargo, si una sobremordida horizontal profunda está presente, el Outrigger se debe engazar por detrás de la ligadura, como se recomienda usar con arcos rectangulares. Esto facilita la apertura de mordida y preserva el punto de contacto entre el arco y el slot de Tip-Edge que se requiere para una rápida apertura de mordida.

Con brackets convencionales gemelos de edgewise, también es útil algunas veces usar amarres con ligaduras de acero para ligar tanto el arco principal y el Outrigger en el slot para el arco del incisivo lateral. Esto minimiza “el juego” que a veces ocurre con las ligaduras elastoméricas.

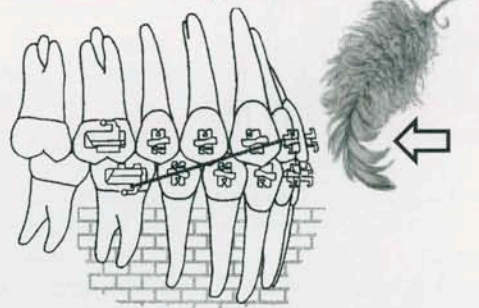
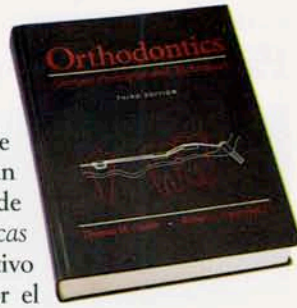


El Outrigger puede ser colocado en las Ranuras Profundas de los Incisivos centrales y laterales en algunos casos para aumentar la acción de los ganchos intermaxilares.

Se escribe un Nuevo Capítulo sobre Tip-Edge

Los brackets Tip-Edge y la Técnica de Arco Recto Diferencial son el tema de un capítulo en el nuevo libro de texto de ortodoncia, *Ortodoncia: Principios y técnicas actuales*. Titulado “Tip-Edge: El Dispositivo del siglo XXI,” el capítulo fue escrito por el Dr. Peter C. Kesling, R. ThomasRocke y Christopher K. Kesling.

Esta tercera edición que contiene 21 capítulos fue publicada en el 2000 y editada por los Doctores T. M. Graber y Robert L. Vanarsdall. Este texto será útil para los estudiantes graduados en ortodoncia y a los practicantes en los años por venir.



La ilustración del capítulo 15 demuestra que con los brackets Tip-Edge, la fuerza ligera como “pluma” de (2 onzas) de los elásticos Clase II pueden retraer los dientes superiores mientras simultáneamente convierte a cada diente inferior en una unidad de anclaje individual.

Para ordenar el último libro de texto llame, Mosby, Inc. 1-800-545-2522, entre 8 AM y 7 PM tiempo del centro.

P's y R's

P. *Estoy listo para terminar el caso excepto por un diente. El segundo premolar inferior izquierdo se movió lingualmente y he estado tratando por tres meses de alinearlos. He usado un ligadura de alambre, Zing String y no se mueve. ¿Alguna sugerencia?*

Simsbury, CONNECTICUT

R. Asegúrese de que hay suficiente espacio para acomodar el diente. Si no es así, use un resorte para abrir un espacio. El diente debe moverse hacia el arco si está atado con elástico y si hay espacio. Vea al paciente más seguido y ate el diente en forma doble en caso de que una se salga o si no está lo suficientemente fuerte atado. No doble el final del arco hacia la parte trasera del tubo. Recuerde, el diente necesita espacio para alinearse de nuevo.

P. *Estoy por poner un arco recto en uno de mis pacientes pero recuerdo haber leído en la guía Tip-Edge que “para trabajar, el cono-cimiento del alambre rectangular es esencial.” Nunca he usado un arco rectangular de tamaño máximo, en brackets pretorqueados. ¿Se lo suficiente para colocar el alambre plano?*

Warsaw, POLONIA

R. Coloque el arco recto justo como lo hicimos en clase. Asegúrese de tener un engarce positivo del bracket con el alambre .022” (con offsets molares) antes de proceder. Temple los finales de los arcos .0215” x .028” y use una rueda de hule para una fácil inserción y cinchado. Si fuese un caso de mordida profunda, coloque una suave

curva en el arco por distal de los caninos. Coloque resortes de enderezamiento para activar la torsión y también para enderezar los dientes, -usualmente de canino a canino en casos de no extracciones y todo los dientes de la arcada en casos de extracción. No use la ranura profunda con el arco recto, eso está reservado para la barra de torsión de níquel titanio. Recuerde, si es usado en la arcada inferior, el arco recto va sin ninguna curva. ¡El alambre rectangular es la quintaesencia del terminado!

P. *Tengo un paciente que va entrando a la etapa tres. El paciente tiene una Clase III esquelética y necesito dar torsión a las incisivos inferiores para mover sus coronas lingualmente para ayudar a enmascarar la discrepancia entre arcadas. ¿Debo usar un arco rectangular o una barra de torsión?*

Indianápolis, INDIANA

R. Al parecer por lo que menciona, necesita inclinar y no dar torsión. En la falta de espacio en la arcada inferior, la torsión coronal lingual en los incisivos tiende a dar torsión a las raíces labialmente. Esto es rara vez requerido y está usualmente contraindicado. Asumiendo que la forma de sus arcadas están coordinadas y que el paciente ha sido cooperativo con los elásticos intermaxilares por 12 o 18 meses, debería reconsiderar su plan de tratamiento. ¿Extracción en vez de no-extracción en uno o en ambas arcadas? ¿Cuál diente? ¿Tal vez un incisivo inferior? Para evitar una torsión inadvertida, el uso de los arcos .022” sería indicado para el paso final del tratamiento en maloclusiones esqueléticas Clase III.

Reunión en Sedona Conferencias Del Dr. R.C. Parkhouse Disponibles en Video



Como el orador principal de TP Orthodontics en la "Reunión de Sedona" en Mayo, el Dr. Parkhouse dio dos conferencias memorables. Ahora puede disfrutar sus experiencias vía video en la comodidad de su oficina o casa.

Su primera conferencia (90 minutos) se titula, "Tip-Edge—¿Qué eficacia Tiene Comparada con el Arco Recto?" En su modo informativo y entretenido el Dr. Parkhouse cubre el tópico completamente. Esto incluye su carrera de un caso de arco recto contra una maloclusión similar tratada con movimiento dental diferencial. Las razones del resultado son explicadas en detalle.

Las dinámicas del slot para el arco Tip-Edge son explicadas de tal forma que inclusive un ortodoncista de "arco recto" pueda comprender. Reportes de casos son diseminados a través de enfatizar la eficiencia y demostrar la cualidad de los resultados. Controlando la dimensión vertical y abriendo las mordidas anteriores profundas son cubiertas a fondo, incluyendo la importancia de la inclinación de los incisivos centrales superiores en casos de Clase II División 2 antes de la intrusión.

Esta primera lectura es concluida con consideraciones para los casos ocasionales de Tip-Edge en que puedan ser tratados con fuerza extraoral. Las indicaciones son dadas a lo largo de reportes que ilustran los casos.

La segunda lectura, "Tip-Edge—Nuevos Horizontes para el Arco Recto" dura 60 minutos. El Dr. Parkhouse señala uno de los defectos en el aparato edgewise original de E. H. Angle. Se requiere del arco para hacer dos cosas contradictorias—producir fuerzas en el movimiento de los dientes mientras se provee estabilidad. Con Tip-Edge el arco rectangular tiene una tarea—proveer estabilidad.

La fase tres rectangular, a la cual el Dr. Parkhouse se refiere como "completamente nuevas tecnologías en ortodoncia," es cubierto en detalle. Esto incluye escoger entre arcos planos o arcos pretorquados, paso a paso la modificación del alambre y la colocación en tipodontos.

Las ventajas de la torsión con Tip-Edge sobre edgewise convencional (son ocho) están enlistadas y lo último, según Parkhouse, es "absolutamente maravilloso." Reportes de casos son incluidos para demostrar el tratamiento con brackets Tip-Edge y la Técnica de Arco Recto Diferencial. Una paciente, reportó la mamá que tenía 4 filas de dientes. Al momento de sacarlos, ella estaba bien. Los últimos dos reportes de casos son de severas maloclusiones, los cuales revelan la versatilidad del bracket Tip-Edge en el tratamiento de "lo imposible."

El Dr. Parkhouse ambientó su conferencia con algunas ideas e inspirados pensamientos acerca de la necesidad de perseguir la verdad en la Ortodoncia. Señala que con el fin de hacer esto uno debe ser capaz de quitar todo lo que es innecesario. Tip-Edge, piensa él, ha hecho esto y en sus años recientes se ha adelantado a todas las otras aparatologías.

Estas dos conferencias proveen una revisión y actualización para aquellos que actualmente se encuentran utilizando Tip-Edge y atraparán el interés de los no iniciados. ¡Algo que es seguro es que ningún ortodoncista se dormirá! Disfrútelos usted mismo y/o compártalos con un colega que quizás no conozca de Tip-Edge.

Información para compras:

101-960 NTSC Versión para los Estados Unidos

101-961 PAL Versión para otras ciudades

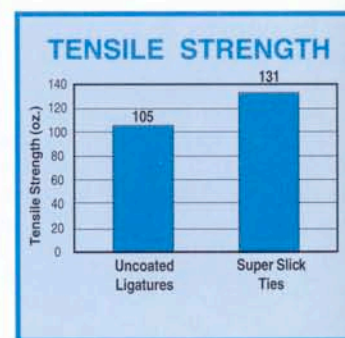
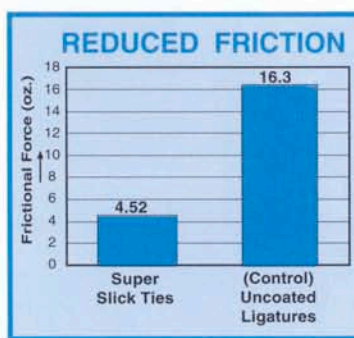


Ligaduras Super-Slick™ —Por Fin Una Ligadura Virtualmente Libre de Fricción

Reducir la fricción es la mayor meta de los ortodoncistas. El diseño de brackets, materiales para los arcos y nuevos metales continúan siendo introducidos para ayudar a remediar la fricción.

Hoy en día un mayor logro en reducir la fricción entre el alambre de arco y la ligadura ha sido posible con la tecnología Metafasix. Las ligaduras elastoméricas son cubiertas con una capa de polímero creando una superficie altamente resbaladiza que las vuelve extraordinariamente escurridizas cuando se mojan o humedecen en el ambiente oral. Esta superficie escurridiza virtualmente elimina la fuerza de arrastre creada entre el arco y la ligadura.

Las Ligaduras Super Slick tienen un mejor desempeño como es posible observar en las gráficas de abajo. No sólo es reducida la fricción, sino que su resistencia adicional mantiene el arco en su lugar y permite un virtual deslizamiento sin fricción.



La tecnología Metafasix hace que las ligaduras Super Slick de TP virtualmente no tengan fricción, más fuertes y un mayor comfort para el paciente.

Por supuesto, el reducir la fricción entre las ligaduras elastoméricas y el arco no es tan crítico en la técnica de Arco Recto Diferencial como lo es con la mecánica de arco recto convencional. Esto es porque con los brackets Tip-Edge no es necesario retraer inicialmente los caninos individualmente a lo largo del arco. Porque todos los dientes se inclinarán libremente bajo fuerzas más ligeras, estos pueden ser retraídos juntos con el arco. Por lo tanto, los brackets, alambres de arco y ligadura elastoméricas están moviéndose a la misma proporción. La única fricción del deslizamiento ocurre dentro de los tubos molares donde no hay ligaduras.

Sin embargo, esta nueva, ligadura baja en fricción debe acelerar el cierre de los espacios anteriores cuando es necesario porque los brackets se mueven a lo largo de los arcos. También en los casos de extracciones de primeros premolares, las Ligaduras Super Slick en los brackets de los segundos premolares debe acelerar el cierre de los espacios.

Para ordenar visite www.tportho.com o llame 1-800-348-8856.

Fe de Erratas

El equipo editorial de TIP-EDGE TODAY quisiera aprovechar la oportunidad para disculparse por los errores ocurridos en las siguientes ediciones:

Otoño 2000: El artículo de portada fue escrito por el Dr. Mark J. Mele de Glenside, Pennsylvania, no por el Dr. Michael Mele.

Verano 2000: Incorrectamente identificamos al Dr. Michael Blau como el Dr. Mike Matson en la foto de la Reunión de Ortodoncia en la página 4.

Nuevamente, nuestras sinceras disculpas y el equipo de TIP-EDGE TODAY trabajará más fuerte para identificar correctamente a las personas en las futuras ediciones.

Tip-Edge en Filipinas

El Dr. Richard Parkhouse (en el centro con extravagante corbata) de Gales enseñó a cerca de 40 participantes en un curso celebrado el 11 y 12 de Agosto del 2000 en el Hotel Shangrila Plaza en la ciudad de Mandaluyong. Los asistentes no sólo disfrutaron la rápida cátedra del Dr. Parkhouse, sino también los resultados obtenidos con su suspicaz tratamiento.



Presentación de Tip-Edge a Estudiantes de Postgrado en Ortodoncia

El Dr. Chris Kesling presentó un curso de Tip-Edge de un día a aproximadamente 20 estudiantes del posgrado de ortodoncia de la Universidad de Columbia. El Centro Médico Montefiore y la Universidad del Estado de Nueva York en Stony Brook. La presentación tuvo lugar el sábado 4 de noviembre en el Ramada Inn en Armonk, Nueva York. Estas escuelas y más de otras 60 alrededor del mundo, están enseñando Tip-Edge para su currículum.

El Centro Ortodóntico Hospeda a 60

El Dr. Christopher Kesling dio una conferencia de Tip-Edge de tres días y curso en tipodonto el cual fue patrocinado por TP Orthodontics y tuvo lugar del 15 al 17 de Noviembre en el Centro Ortodóntico. Asistió un extenso grupo de ortodoncistas de Brasil. Cassia Coelho de Tip-Edge Brasil y el Dr. Jorge Catarcione organizaron la visita al Centro.

El Dr. Rowney Furfuro de Leiria, Portugal llevóaproximadamente 10 ortodoncistas de Portugal. El curso fue presentado en inglés y portugués. Se realizaron ejercicios en tipodonto para que se familiarizaran con los Outriggers, Barras de Torsión y la fase tres rectangular.

Muchos de estos asistentes llevaron notas de sus casos para examinarlos. Los resultados mostraron que son excelentes tanto en habilidad clínica como en diagnóstico. Los primeros estudiantes graduados de la Universidad de Saint Louis y del Centro Médico Montefiore también asistieron junto con ortodoncistas de los Estados Unidos, Japón, Canadá y Suiza.



Noviembre del 2000 Curso de Tip-Edge—primera fila, L to R; Drs. Fernando de Abreu Pereira of Brazil, Chris Kesling, Peter Kesling, Tom Rocke y Rudie Meyer de Suiza.

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

Fax (945) 13 62 10

Tel. (945) 23 13 14

y Pedidos

Para suscripciones

Spain

01005 Vitoria

General Alava 19-1

ORTOLAN S.A.

Fax (5) 662-9833

Tel. (5) 662-5667

y Pedidos

Para suscripciones

01020 México, D.F.

Col. Guadalupe Inn

Av. Insurgentes Sur 1809-8° Piso

TP Orthodontics Mexico, S. de R.L. de C.V.

www.tip-edge.com

Visit us
online:

TIP EDGE
TODAY