

DR. ROCKE (AL CENTRO) CON LOS INSTRUCTORES DEL CURSO BRASILEÑO DE TIP-EDGE. LOS DRS. FERNANDO PEREIRA, MESSIAS RODRIGUEZ, ANNA NERY Y JORGE CATARCIONE. PÁG. 4.



TIP-EDGE TODAY

Published Quarterly In The USA



EL DR. GERARD DE COSTER Y SU ESPOSA VIOLETA. EL DR. R. PARKHOUSE, EL DR. A. PUJOL Y RACHEL PARKHOUSE DURANTE EL CURSO EN BORDEAUX, FRANCIA. PÁG. 3.

PRIMAVERA 1998

COMENTARIOS

TIP-EDGE VS. ARCO RECTO

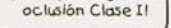
Una valoración de los resultados de los tratamientos revelan el lado débil en el índice de evaluación. Artículo de Portada.

Tip-Edge

¡Todos mis dientes están en sus angulaciones correctas!

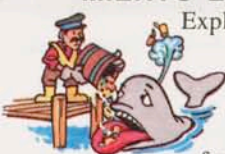


¡Pero yo tengo una oclusión Clase II!



SWA

CAUSAS DEL VOLCAMIENTO LINGUAL



Explicación de la inclinación lingual de los dientes anteriores inferiores y soluciones fáciles. Pág. 3

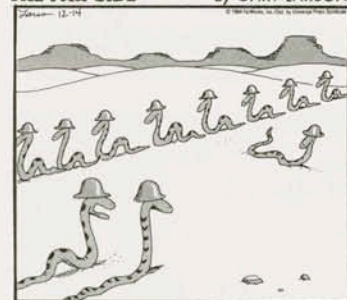
PLAN DE TRATAMIENTO ÚNICO DESDE AUSTRALIA

Ortodoncistas Australianos muestran excelentes resultados con extracción tardía de los segundos molares. Caso Clínico, Pág. 3.



TIP-EDGE GRÁFICO

THE FAR SIDE By GARY LARSON



"Johanson! Regresa a la fila... ¡Caramba! odio los sidewinders."

THE FAR SIDE © 1994 FARWORKS, INC. Used by permission of UNIVERSAL PRESS SYNDICATE. All rights reserved.

ARTÍCULO DE PORTADA

PAR Excelencia en Tip-Edge y Arco Recto

Por Jayne E. Harrison, BDS, FDS, MOrth, MDentSci

Research Senior Registrar, Glan Clwyd Hospital and Liverpool University Dental Hospital, UK

Resumen de un documento presentado a la Sociedad de Ortodoncia Europea de Begg reunida en Maastricht, en Mayo de 1997.

Introducción

Este documento reporta un estudio que llevé a cabo para comparar mis primeros casos de Tip-Edge, tratados en el Hospital Glan Clwyd, con los primeros casos que traté con la Técnica de Arco Recto (SWA por sus siglas en inglés) en el Hospital Dental de la Universidad de Liverpool. La severidad de las maloclusiones tratadas está comparada, al igual que la calidad de los resultados obtenidos, la duración del tratamiento y el número de citas.



J.E. Harrison

Método

Con el fin de obtener casos comparables lo mejor posible, seleccioné los primeros pacientes que traté con cada una de las técnicas. Esto dio como resultado una muestra de 26 casos con Tip-Edge y 25 con Arco Recto. Para evitar cualquier prejuicio o predisposición, se incluyeron los resultados de todos los pacientes que iniciaron el tratamiento (no solo los que terminaron exitosamente). La severidad de las maloclusiones y los resultados obtenidos fueron valorados en los modelos de estudio tomados an-

tes del tratamiento y el día en que se quitaron los aparatos.

Índice Oclusal

El análisis de evaluación (PAR por sus siglas en inglés) se usó para medir la severidad de la maloclusión y los cambios oclusales que ocurrieron como resultado del tratamiento. La oclusión está dividida en cinco componentes que fueron registrados independientemente. Los componentes registrados luego fueron pesados y sumados para dar en conjunto el marcador PAR que representa el grado de desviación del caso desde una oclusión normal.

Resultados

El resultado del pretratamiento en el marcador PAR de cada grupo mostró poca diferencia, siendo el grupo de Arco Recto ligeramente alto, pero sin significado estadístico, Figura 1.

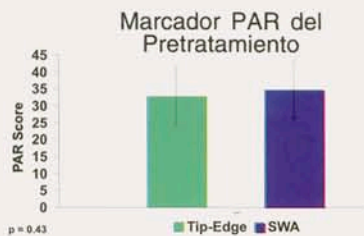


FIGURA 1

El resultado del posttratamiento en el marcador PAR para el grupo de Tip-Edge es la mitad que la del grupo de Arco Recto lo cual es significativamente diferente, Figura 2.



FIGURA 2

El resultado absoluto de cambio en el marcador PAR demostró poca diferencia entre los dos grupos, Figura 3.



FIGURA 3

Sin embargo, cuando se expresó como el resultado de la reducción de porcentaje, la diferencia más cercana entre los grupos fue el de Tip-Edge que logró alrededor de 10 por ciento más reducción en el marcador PAR que el grupo de la Técnica de Arco Recto (SWA), Figura 4.

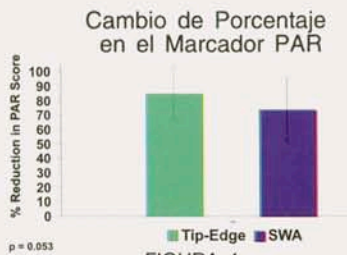


FIGURA 4

Continúa ARTÍCULO DE PORTADA en la siguiente pág.

Artículo de Portada

PAR Excelencia . . . viene de la pág. 1

Discusión

No hubo diferencias significativas en el marcador PAR del pretratamiento entre Tip-Edge y Arco Recto. Sin embargo, hubo una diferencia altamente significativa en el marcador PAR del postratamiento y una diferencia cercana en el cambio de porcentaje en el marcador PAR. ¿Así que, porque pasó esto?

Las características medidas por el Índice PAR y las diferencias en la secuencia del tratamiento ayudan a explicar algunos de estos resultados. Ambos grupos son tomados de listas de pacientes que empezaron el tratamiento y por tanto contienen buenos y malos casos en lugar de solo los casos tratados exitosamente, los cuales a menudo se reportan en estudios ortodónticos. Por lo tanto, esta muestra incluyó algunos pacientes cuyo tratamiento se terminó prematuramente por una u otra razón.

Considerando las secuencias de los tratamientos con Tip-Edge y

Arco Recto ayudan a explicar las diferencias surgidas. En el alineamiento con Tip-Edge, la reducción de la sobremordida horizontal y vertical ocurre simultánea y relativamente temprano en el tratamiento, tomando el control de inclinación y torsión en la fase final del mismo. Con la técnica de Arco Recto, ocurre lo contrario, de tal manera que la inclinación y la torsión se establecen al comienzo del tratamiento seguido por el control de la sobremordida vertical y finalmente la reducción de la sobremordida horizontal.

Esto significa que con Tip-Edge, aún en casos que terminaron tempranamente, las características que cargan con el mayor peso en el Índice PAR, es decir la sobremordida horizontal, vertical y líneas medias son probablemente reducidas, sino es que corregidas. Sin embargo, con Arco Recto, debido a que la sobremordida horizontal es el último objetivo que se corrige, hace

que se incrementa el postratamiento en el marcador PAR. La puntuación para la sobremordida vertical tuvo un peso de 6 lo cual tiene un efecto marcado en el incremento del postratamiento del marcador PAR. Esto causará una disminución en el efecto de la reducción de porcentaje en el marcador PAR conseguido.

A la inversa, debido a que la inclinación y la torsión no están reconocidas por el índice PAR, los casos de Arco Recto no ganan reconocimiento por corregir la inclinación y la torsión tempranamente en el tratamiento y, los casos de Tip-Edge no son penalizados por no tener una completa corrección al final del tratamiento. Quizá el índice debería ser modificado para tomar en cuenta estas dos modalidades diferentes.

Conclusiones

Este estudio ha mostrado que para un grupo de pacientes, con una severidad de maloclusión parecida antes del tratamiento,

existió una diferencia significativa en el resultado oclusal obtenido como lo es la evaluación en el índice PAR cuando fueron tratados por el mismo operador usando las técnicas de Tip-Edge y de Arco Recto. Al final del tratamiento activo, los pacientes tratados con Tip-Edge lograron significativamente menor puntuación de postratamiento en el marcador PAR y alrededor de diez por ciento más de reducción en el marcador PAR que los del grupo de Arco Recto. Sin embargo, esto puede ser reflejo del sistema de puntuación del Índice en lugar de una verdadera diferencia entre las técnicas. Se ha intentado modificar el índice PAR para hacerlo más sensitivo para estos otros resultados y de esta forma permitir que detecte diferencias entre las modalidades del tratamiento.

Agradecimientos

Quisiera agradecer al Dr. Richard Parkhouse por introducirme a la técnica de Tip-Edge y a mi esposo por su apoyo. ❏

P's y R's

P. *Aproximadamente desde hace dos años cambié mi práctica a Tip-Edge. Ahora estoy empezando a terminar algunos casos pero encuentro que los caninos superiores no se enderezan. En un paciente me frustré, quité los brackets de Tip-Edge, cemento brackets preajustados convencionales en los caninos y coloqué un arco de níquel titanio. Los caninos entonces se enderezaron hacia sus ángulos de inclinación finales. ¿Porque estoy teniendo este problema cuando parece que otros no lo han experimentado?*

Toronto, Ontario

R. Al recibir la anterior pregunta se descubrió durante una conversación telefónica que el ortodoncista usó ligadura metálica para ligar el arco al bracket antes de colocar los resortes Side-Winders. Obviamente los dientes no pudieron enderezarse debido a la restricción del efecto hammock de la ligadura metálica, el cual tiende a inmovilizar los dientes para que no se inclinen hacia su posición correspondiente. La solución es, por supuesto, usar ligaduras elastoméricas en todos los dientes que requieran enderezamiento distal o mesial.

P. *¿Porque parece que los incisivos laterales superiores dejan de enderezarse durante la fase III, antes de que sus coronas consigan los nueve grados deseados de inclinación?*

Thun, Suiza

R. A menudo cada diente fue originalmente girado y/o tienen los ángulos del borde incisal falsos debido al uso anormal. Esto hace difícil visualizar el correcto eje longitudinal del diente durante el pegado de brackets. Como una solución, algunos operadores recurren a una radiografía panorámica al mismo tiempo para asegurarse de colocarlos propiamente y parar el enderezamiento automáticamente al llegar a la angulación deseada de las coronas.

Algunas Universidades de Norteamérica están Enseñando Tip-Edge que Continúa Creciendo

Todos los programas de postgrado de ortodoncia en los Estados Unidos, Canadá y México fueron recientemente contactados para determinar exactamente cuales están enseñando Tip-Edge. Abajo esta una lista actualizada incluyendo la duración de cada programa de entrenamiento. Todas las escuelas a excepción de la Universidad Howard incluyen instrucción clínica y teoría.

- ◆ Universidad de Boston - 2 años
- ◆ Case Western Reserve - 2 años
- ◆ Universidad de Columbia - 2 años
- ◆ Universidad de Harvard - 3 años
- ◆ Universidad de Howard (Solo Teoría) - 2 años
- ◆ Universidad de Juárez (México) - 3 años
- ◆ Universidad de México (Ciudad de México) - 3 años
- ◆ Universidad de Missouri en la Ciudad de Kansas - 2 años
- ◆ Centro Medico Montefiore - 3 años
- ◆ Universidad de Nueva York (Buffalo) - 2 años
- ◆ Universidad de Nueva York (Stony Brook) - 2 años
- ◆ Universidad de San Louis - 30 meses
- ◆ Universidad de Temple - 2 años
- ◆ Universidad de Toronto - 2 años
- ◆ Universidad de Tufts - 2 años
- ◆ Universidad de Western Ontario - 3 años.

Enderezamiento de los Dientes Anteriores Inclínados Lingualmente

Algunas veces durante la fase uno, los dientes anteriores inferiores tienden a inclinarse lingualmente y los caninos se inclinan distalmente. Con frecuencia este movimiento es encontrado en mordidas profundas, casos de extracciones de primeros premolares en presencia de hábitos de succión de labio o empuje lingual.

Cuando los caninos, con brackets sin restricción, se intruyen bajo las fuerzas de apertura de mordida de los arcos, sus raíces tienden a moverse hacia mesial y las coronas hacia distal. Si los primeros premolares son extraídos, este movimiento puede ocurrir sin ningún impedimento. Las fuerzas medianamente ligeras que provienen de la lengua o del hábito de succión del labio inferior pueden impulsar fácilmente los incisivos centrales y laterales hacia una inclinación lingual de la corona, Figura 5.

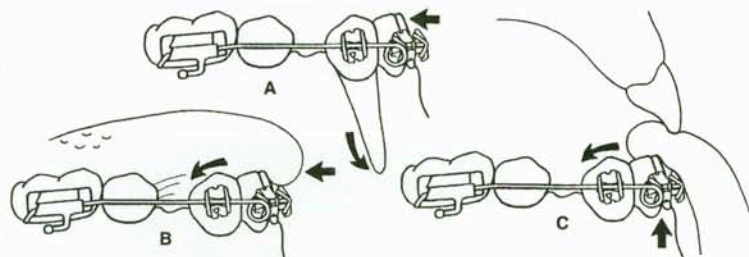


Figura 5 A-C A, la intrusión de los caninos colocados verticalmente muchas veces provoca que sus raíces se muevan hacia mesial y que las coronas de los incisivos se muevan hacia lingual. B, El empuje anterior lingual (el cual puede presentarse antes del tratamiento) puede ejercer presión directa hacia lingual en los incisivos. C, El hábito de succión de labio con espacios distales a los caninos puede inclinar los dientes anteriores inferiores lingualmente.

Esta inclinación lingual/distal de los seis dientes anteriores inferiores puede prevenirse o inclusive revertirse por medio de la aplicación de resortes Side-Winder en los caninos, Figura 6.

Generalmente dos o tres meses con la fuerza de enderezamiento en las coronas de los caninos dará por resultado que las coronas de los incisivos centrales se muevan labialmente. Una vez que la sobremordida horizontal haya sido reducida, los hábitos de labio o de lengua serán por

lo general corregidos.

Sin embargo si la inclinación lingual de las coronas de los cuatro incisivos persiste, será necesario colocar un arco rectangular y resortes Side-Winder en los seis dientes anteriores para conseguir torsión labial de las coronas.

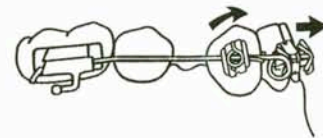


Figura 6. Resortes Side-Winder aplicados a los caninos inferiores pueden corregir la inclinación lingual de los dientes anteriores.

Tip-Edge en Colombia y Francia

Richard Parkhouse realizó diez vuelos y estuvo en cinco hoteles en un espacio de siete días! Lo primero en la lista fue el congreso de la Sociedad Colombiana de Ortodoncia, celebrado en las afueras de la ciudad montañosa de Bucaramanga en los Andes, los días 9 y 10 de Octubre de 1997. Nunca ha habido un escenario tan concurrido, más de doscientos participantes se mostraron muy interesados en el concepto de Tip-Edge durante los tres días de curso teórico.

Después a Bordeaux, el sudoeste de Francia, donde un curso teórico de un día, el 13 de Octubre, fue bien recibido por los estudiantes de postgrado de la Universidad de Bordeaux, también tomaron el curso algunos Drs. que practican Tip-Edge y profesores visitantes, dirigido por el Profesor Andre Pujol, con traducción al francés por el Dr. Gerard de Coster. A pesar de lo atareado se dio un tiempo para festejar como los franceses saben hacerlo.

Como el Dr. Richard dijo después "Increíbles los lugares que puedes tener, solo con un pequeño bracket..."



Dr. R.C. Parkhouse con miembros del comité de la "Sociedad Colombiana de Ortodoncia."

CASO CLINICO

Por: Dr. Colin C. Twelfthree
Warradale, South Australia

El paciente presentó a los catorce años de edad una maloclusión Clase II división 2 y 100 % de sobremordida vertical. El perfil era recesivo con una altura facial relativamente baja y un ángulo nasolabial obtuso. El análisis cefalométrico confirmó la presencia de una relación Clase II esquelética (Wits 9mm) con retroclinación de los incisivos superiores a 87 grados con SN y los incisivos inferiores a 3 mm. Por detrás de la línea A-P. Para mantener el control del perfil, se inició el tratamiento sin extracciones. El propósito era utilizar el crecimiento normal esperado para reorganizar la dentición junto con sus bases esqueléticas.



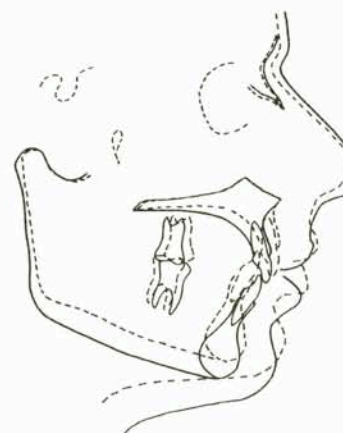
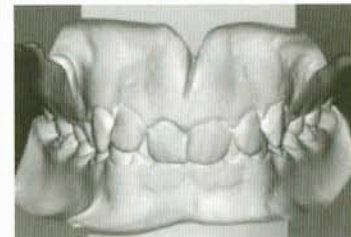
Se colocaron arcos .016" continuos de alambre australiano Premuim Plus fabricados a mano con Bump-R-Sleeve. Se usaron elásticos clase II con una presión menor a dos onzas tiempo completo.



Después de seis meses de tratamiento los cuatro segundos molares permanentes fueron extraídos para aliviar el ligero apinamiento y conseguir algo de desplazamiento espontáneo de los arcos.



Comienzo de la fase tres seis meses después, con arcos redondos .022" y dos auxiliares de torque con espolones. Se colocaron resortes Side-Winder en los caninos superiores y en los incisivos laterales inferiores.



A.M. Mujer, 14 Años
Clase II, División 2
Extracciones Sup.7,7. Inf. 7,7.
Arcos Usados 5 (2 Sup. 3 Inf.)
Tiempo de Tratamiento 24 meses
Retención Retenedores Sup.e Inf. (Trutains), 12 Meses

Cambios Cefalométricos:

	Inicio Punteado	Final Continuo
1-AP	-3.0 mm	+1.5 mm
Wits	+9.0 mm	0 mm
SN-MP	30.0°	29.0°
SNA	85.0°	82.0°
SNB	77.0°	77.0°
ANB	8.0°	5.0°
1-SN	87.0°	92.0°

Curso y Platica en el Reino Unido

El Dr. Richard Parkhouse y el Profesor Andrew Richardson condujeron otro exitoso curso de Tip-Edge en el Reino Unido en Septiembre de 1997. Inmediatamente después El Dr. Richard Parkhouse y Pam



El Dr. Parkhouse explica los subtítulos de los arcos rectangulares con pretorque durante el curso de Harrogate.

Sheridan dieron una plática en el Programa de Asistentes en la conferencia de Ortodontistas Británicos en Harrogate. Esta fue tan exitosa que atrajo la atención de un número muy grande de ortodontistas mas allá del programa profesional. En una demostración, más de la mitad de la audiencia usó Tip-Edge y se estima que cuatro quintas partes de los ortodontistas en el Reino Unido ahora han tomado cursos de Tip-Edge. 📌



El staff y participantes del curso de Tip-Edge celebrado en el Hotel Crown de Harrogate, Inglaterra.

El Dr. Roche Enseña Tip-Edge en Brasil



En Noviembre de 1997, El Dr. Thomas Roche presentó un curso en tipodonto de tres días a 48 participantes en Río de Janeiro seguido de otro curso de tres días con 53 participantes en Piracicaba, Brasil. El Dr. fue ayudado por algunos doctores (ver página 1) quienes actualmente enseñan Tip-Edge en Brasil como son el Dr. Ruy Rodrigues, Evandro Coelho y Rodolfo Machado, -no aparece en la fotografía-. Margaret Durigetto fue la interprete durante el curso. Tip-Edge parece estar en buenas manos en Brasil. 📌



Practica para ventas de Tip-Edge. Más de 200 casos iniciales en 1997. Columbus, Ohio, Ph. (614) 235-2839.

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

Tel. (945) 23 13 14
Fax (945) 13 62 10

Para suscripciones
y Pedidos

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

Tel. (5) 662-5667
Fax (5) 662-9833

Para suscripciones
y Pedidos

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

TIP EDGE
TODAY