

# ORTOPEDIA MAXILAR

REVISTA DEL ATENEO ARGENTINO DE ORTOPEDIA MAXILAR

PUBLICACION TRIMESTRAL / ABRIL, 1963 / Nº

**2/3**

# AIETA DENTAL

ORTODONCIA GENERAL

FABRICACION Y VENTA  
DE MATERIALES E INSTRUMENTAL  
PARA ORTOPEDIA MAXILAR

CORDOBA 3133 - Dto. 1  
TELEFONO: 82-6609

# ORTOPEDIA MAXILAR

REVISTA DEL ATENEO ARGENTINO DE ORTOPEDIA MAXILAR

Director: Dr. LEONARDO VORONOVITSKY

CONSEJO DE REDACCION: LUIS A. ARENA, JULIO GOTTLIEB, NORA GRIGERA, MAURICIO RASCOVAN, ALFREDO SEGAL, LEONARDO VORONOVITSKY, ELIAS ZANPDERL.

AÑASCO 1154 / T. E. 59-0693

PUBLICACION TRIMESTRAL - Nos. 2/3 - ABRIL 1963 - Bs. AIRES, Rep. ARGENTINA

## 2/3

<b>EDITORIAL</b>			
<i>En vísperas de una nueva etapa</i> .....	PÁG. 2	Dres. Bernardo Chait y Jaime Fairman .....	13
<b>TRABAJOS ORIGINALES</b>		<b>TRADUCCIONES</b>	
<i>Valor práctico de la cefalometría, por los Dres. E. Beszkin, M. Lipszyc, L. Voronovitsky y L. Zielinsky</i> .....	" 3	<i>Anomalía o evolución, P. Piru, Bucarest. Traducción del Dr. F. Guglielmonone</i> .....	15
<i>Generalidades sobre la gingivitis marginal crónica y la higiene oral en el niño, por los Dres. López Otero y R. Martínez Lalis</i> .....	" 9	<i>Fuerzas musculares adversas, por W. I. Tulley. Traducción del Dr. Luis A. Arena</i> .....	18
<i>Elementos psicoterapéuticos, trabajo del Dr. Guglielmonone</i> .....	" 12	<i>Terapia de las anomalías verticales, de la profesora Dra. Dorothea Dausch Neumann. Traducción de la Dra. Hilda Baumbach. Resumen Dra. Nora Grigera</i> .....	25
<b>PAGINA CLINICA</b>		<b>ACTIVIDADES CIENTIFICAS</b>	
<i>Indicaciones pre y postquirúrgicas de la ortopedia maxilar en los fisurados labios palatinos, por los</i>		<i>Notículas.</i>	
		<i>Nuestra Facultad.</i>	
		<i>Elecciones universitarias.</i>	

SUMARIO

LAS OPINIONES expresadas en esta revista no reflejan el punto de vista del ATENEO ARGENTINO DE ORTOPEDIA MAXILAR, a menos que hayan sido adoptadas por el mismo.

Serán considerados como trabajos originales los que no hayan sido publicados ni estén en vías de publicación.

Estarán escritos a máquina de un sólo lado y a doble espacio. Llevarán asimismo el nombre completo de autor, sus títulos y cargos y su domicilio. No se envuelven los originales.

**CANJE** Deseamos canje con revistas similares. ♦ Nous désirons établir l'échange avec les revues similaires. ♦ Desideriamo l'intercambio con riviste simili. ♦ Desejamos permutar com as revistas congeneres. ♦ We wish to exchange with similar magazines. ♦ Un austausch wird gebeten.



## EN VISPERA DE UNA NUEVA ETAPA

SI DE ALGUNA forma debiéramos definir el período que se avecina en la evolución del "Ateneo Argentino de Ortopedia Maxilar", la misma sería como etapa de organización y afianzamiento.

Fue quizá caso único entre las instituciones odontológicas del país la forma cómo nació y creció en tan sólo media docena de años esta realidad que es hoy el Ateneo. Se superaron etapas en forma vertiginosa. De sus primeras reuniones en el Centro de Estudiantes a la casa de la calle Zamudio, y casi sin respiro a nuestra casa propia de Añasco, todos ellos mojones de un largo camino; que recién ahora comienza para nosotros.

De nuestro boletín sólo apareció un número porque el siguiente ya era revista. La clínica donde son atendidos centenares de niños especialmente de clase humilde y para quienes los beneficios de la especialidad estaban fuera de su alcance económico.

El trabajo silencioso de la comisión de estadística de real valía para el arribo a conclusiones científicas. La enseñanza, que es brindada a raudales, sin egoísmo y a manos llenas, donde no se pone límite al número ni se hace ningún tipo de discriminación. Entonces, si en tan poco tiempo se hizo tanto lógico es que se cometieran errores propios del impulso que animaba a los iniciadores. Pero las obras quedan. Con confianza en el futuro seguimos la marcha, ávidos de aprender y transmitir enseñanzas y por sobre todo de servir al pueblo que en definitiva es la razón de nuestra profesión.

## VALOR PRACTICO DE LA CEFALOMETRIA

Por los Dres. E. Beszkin, M. Lipszyc, L. Voronovitsky y L. Zielinsky

**INTRODUCCION.** Ninguno niega el valor de la telerradiografía en la investigación ortodóncica. Lo que algunos no perciben aún, es el valor práctico de la misma como elemento de diagnóstico.

El problema no consiste en la utilización de un determinado método, que resulte sencillo, sino en tener ideas claras de qué es lo que hay que ir a buscar, en cada caso, en la investigación cefalométrica.

Durante un período, la cefalometría consistió en un juego de números, en una receta, en que más allá de ciertas cifras el problema consistía en determinar si era o no pertinente la extracción de determinadas piezas dentarias. Hoy en día, merced a las investigaciones acerca del crecimiento craneofacial, electromiografía, funcionalismo; podemos decir, por comparación que la cefalometría se constituye en una de las formas menos subjetivas de diagnóstico, porque nos da medidas, a través de las cuales, se puede pesquisar los problemas biológicos subyacentes en su evolución.

Para explicarnos con mayor claridad, expondremos dos casos clínicos extraídos de la práctica diaria y, cuya investigación cefalométrica se ha hecho con métodos de rutina.

Caso J. M. A., 7 años, varón.

Es un caso de displasia esquelética:

¿Qué entendemos por ello? De acuerdo a lo señalado en el N° 1 de la revista (pág. 3) "la displasia esquelética es: la falta de relaciones armónicas entre elementos morfológicos distintos: bases craneales y basales maxilares".

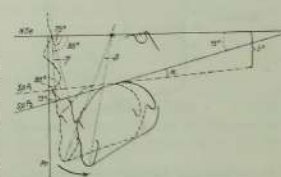
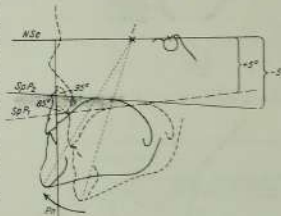
Si observamos la ubicación de ambos maxilares en relación a la base craneal, constataremos que ambos maxilares han

rotado en la misma dirección, es decir hacia abajo y atrás. Este es un dato de interés, del que en este trabajo analizaremos un aspecto.

¿Qué es la rotación?

Mientras se aceptó la doctrina de Brodie y Broadbent (1) acerca de la existencia de un patrón morfogenético craneofacial, se consideró que las relaciones entre los planos fundamentales se mantienen constantes.

Las actuales investigaciones de crecimiento de Björk y Palling desmienten esa aseveración. El maxilar superior, la cara media, la base craneal y el maxilar inferior crecen en distintas direcciones. En consecuencia los maxilares: superior e inferior pueden rotar en direcciones distintas (x 1).



(Fig. 1) Rotación

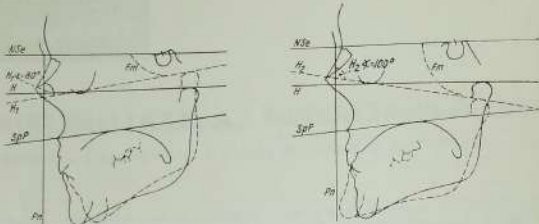


Fig. 2

¿Cuál es la causa de la rotación?  
Es que los factores de crecimiento van actuando en diversas direcciones

en cada uno de los elementos del componente cráneo-facial.

Analizaremos entonces el modo cómo influyen estas distintas direcciones de crecimiento a nivel de la oclusión en el caso que estudiamos. En el mismo tenemos:



- ANG. interbasal (B) 37°
- ANG. inciso maxilar 75°
- ANG. inciso mandib. 74°
- ANG. Interincisivos 145°



Fig. 3 esquema Ford.

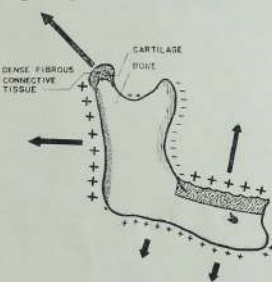
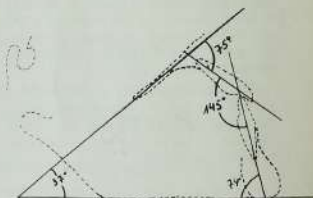


Fig. 4 esquema Gräber crecimiento maxilar inf.



(dibujo) fig. 5

La pregunta que debemos formularnos entonces cual es la causa por la cual están retruidos los incisivos inferiores. La razón reside en que al estar rotado el maxilar superior hacia atrás (retroinclinación) los incisivos superiores, estando más rectos, actúan como traba de los incisivos inferiores.

Si estudiamos los modelos del caso, vemos que solo muestran una muy ligera compresión S. I. = 29 mms. (Índice de Pont)

Distancia 4 | 4 debe ser: 34 es 33 1/2  
Distancia 6 | 6 debe ser: 44 1/2 es 45 no hay compresión inferior.

La idea que el ensanche puede resolver el problema del apiñamiento inferior, que el caso presenta, puede llevar a un error en el tratamiento, al no considerar la naturaleza de la anomalía.

De ahí que lo más importante resulta que podemos sacar dos consecuencias prácticas.

En primer lugar la posibilidad de hacer un diagnóstico precoz, como en este caso, que se trata de un niño de 7 años. Podemos desde ya decir que el caso no va a mejorar espontáneamente, pues la rotación del maxilar superior es prácticamente invariable (Schwarz).

Al respecto, según nuestras propias comprobaciones, la inclinación no guarda relación significativa con la edad (5).

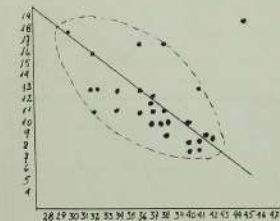


fig. 6 no hay relación significativa.

La mandíbula en cambio, a raíz de la actividad tardía del centro de crecimiento condileo, tiende a rotar hacia adelante, tal como hemos podido comprobar.

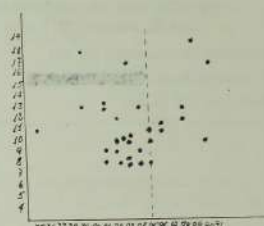


fig. 7

En este caso particular, este proceso va a agravar la retrusión de los incisivos inferiores acortando el arco intercanino y aumentando el apiñamiento, de modo que el ensanche no habrá de resolver el problema.

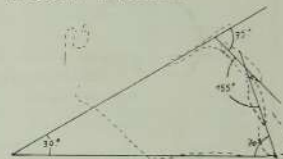


fig. 8 Disminución del ángulo inciso mandibular.

Esta es la segunda consecuencia que nos da la perspectiva dinámica del caso.

Sabemos que el ángulo B tiende a disminuir por el crecimiento mandibular y sobre el mismo no interviene el tratamiento. Esta disminución del Ángulo B se debe a la antedicha rotación de la mandíbula.

De otra parte, los incisivos superiores e inferiores tienden a verticalizarse por crecimiento, con lo cual se refuerza la acción de traba de los Is. Ss. sobre los Is. Is.

En resumen, la importancia práctica de este caso reside en que nos permite

**CONSULTORIO ODONTOLÓGICO DE CEFALOMETRIA CLINICA**  
Dres. E. Beszkin; M. Lipszyc; L. Veronovitsky; L. Zielinsky

Protocolo cefalométrico N° 316 Fecha: 10 - 11 - 61  
Perteneciente a: [Redacted] Edad: 7 años  
Solicitado por el Dr. [Redacted]

**CEFALOGRAMA DE WYLIE**

- (1) Posición glenoidea - Silla Turca
- (2) Silla Turca - Posición Pétergo Maxilar
- (3) Posición Pétergo Maxilar - Espin. nasal ant.
- (4) Posición Pétergo Maxilar - 1er. Molar
- (5) Longitud Mandibular

Varones	Mujeres	Pac.	PERFIL	
			Retr.	Prn.
18	17	14		4
13	17	14		4
52	52	42		10
15	16	10	13	5
103	101	90		
+ 10 (6)				

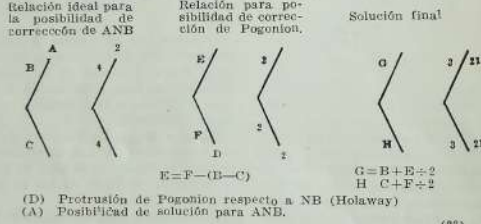
**DISPLASIA VERTICAL**

- (7) Ángulo Franckfort - Mandibular : - 16%
- (8) Altura total de la cara : - 34%
- (9) Relación (área nasal / altura total) : - 34%
- (10) Longitud del borde inferior de la mandíbula : -
- (11) Ángulo goníaco : -
- (12) Altura condílea : -

**CEFALOGRAMA DE STEINER**

Angulo	Normal--Paciente	Relaciones ideales para:
		AMB: 20° 40° 60° 80° 100° Paciente
(13) SNA	82°	71°
(14) SNB	80°	69°
(15) ANB	2°	2°
(16) Go. Gn-SN	32°	48°
(17) P. Ocl-SN	14°30'	25°
(18) SND	76°/77°	87°
(19) I Go-Gn	43°	74°
(20) I I	130°	145°
(21) NB-Pog: 1 mm. (Holdaway)		

(22)



**CEFALOGRAMA DE DOWNS**

Referencias	Análisis Esqueleta?			Medio Paciente
	Máx.	Mín.		
(24) Ángulo Facial	50°	80°		87,80°
(25) Ángulo de convexidad	1,9°	-8,50°		99°
(26) Ángulo del plano AB y fac.	-50°	0°		4,60°
(27) Plano ángulo mandibular	280°	170°		21,90°
(28) Eje Y de crecimiento	60°	53°		59,40°

**Relación de la dentadura con el moldo esquelético**

(29) Inclinación plano oclusal	149°	1,50°		9,30°
(30) Inclinación del + 1 con - 1	152°	130°		135°
(31) Inclinación del - 1 P. Mand.	97°	81,50°		91,40°
(32) Inclinación del - 1 al plano ocl.	20°	5,50°		14,30°
(33) Protrusión del - 1 a 1 P. Pac.	5 mm.	-1 mm.		2,7 mm.

**CEFALOGRAMA DE A. M. SCHWARZ**

**I. CRANEOMETRIA**

	Normal	Pac.	
(34) Ángulo j (Pn-SpP)	85°	82°	Inclinación: Retroinclinación 30°
(35) " F (Se-N. A)	85°	74°	Posición: Retroposición 89°
(36) " H (Pn-H)	90°	86°	Altura ATM: Supraposición 4°

Distancia N-Se: 62 mm.

El perfil debería ser:

(37) Parte superior:

Ángulo T = 10 + 3 + 4 = 17°  
es = 21°

Medio Ideal  
Hacia adelante  
Hacia atrás

Parte inferior:

Recta  
Oblicua hacia adelante  
Oblicua hacia atrás

**II. GNATOMETRIA**

(38) Ángulo B (interbasal I) MP. SpP (20°)	es: 37°		
(39) Plano oclusal:			
ang. Pn-P.Ocl. Tomado con 1-6 (77°)	es: 57°	con 1-7 (75°)	es: 14°
" SpP-P.Ocl. " " 1-8 (80°)	es: 14°	con 1-7 (10°)	es: 135°
(40) Ángulo cráneo mandibular Pn-MP (63°)	es: 135°		
(41) " gonía (Mtr-Mte) (130°)	es: 135°		
(42) Tamaño cuerpo maxil. inf. (Dist. N-Se+3 mm.)	debe ser: 65°		es: 62°
(43) " " " " "	cuerpo = 7		
(44) " " " " " " "	debe ser: 469½		es: 417°
(45) " " " " " " "	" " " " " " "		
(46) Relaciones interposteriores de las basales (SpP-A.Pog.)	(900°)		es: 39°
(47) " " " " " " "	(900°)		es: 1010°
(47) " " " " " " "	(900°)		es: 1030°

**Ejes de dientes**

(48) Ángulo 1 (70°)	es: 75°	3 (300°)	es: 4 (900°)
(49) " 1 (87/900°)	es: 3 (900°)		
(50) " Interinclinado (140°)	es:		



determinar si la anomalía concreta que estamos analizando (apinamiento inferior) tiene raíz esquelética o gnatométrica. Dicho en otros términos, si la causa primaria está en las arcadas dentarias o si allí se refleja una desarmonía de la estructura cráneo-facial.

Esto nos lleva a comprender la esencia de nuestro método de diagnóstico.

Fig. 9 Protocolo del caso

Se constata que existe:

Nº 34 J = 82º Rotación hacia atrás del Max. sup.

Nº 16 Go. Gn. Sn = 48º Rotación mandibular hacia atrás, esta última comprobada por:

Nº 42 G = 135º

En nuestra práctica de rutina hacemos el análisis sobre la base de la sistematización ya publicada (6).

La repercusión sobre la oclusión la analizaremos a través de la sistematización gnatométrica y constatamos:

Nº 38	B (interbasal)	= 37º
Nº 48	inciso - maxilar	= 75º
Nº 19	inciso - mandibu.	= 74º

En cuanto a la retrusión del maxilar inferior considerado independientemente del perfil: (ver Nº 46) en la misma está aumentada en 11º, siendo que este

aumento corresponde íntegramente a la causa vertical (rotación de la mandíbula), pues, de acuerdo al cálculo que hace Schwarz, por cada 10º de aumento del ángulo B, el pogonio se retruye 7º (ver Nº 38). Por lo tanto los 17º de aumento del ángulo B, de este caso, determinan los 11º de retrusión del pogonio.

En consecuencia ninguna medida tomada a nivel de la oclusión puede modificar la relación posterior máxilo-mandibular, pues ésta está determinada por la rotación que hemos pesquisado. Queda en consecuencia hecho el pronóstico del caso como asimismo el plan de tratamiento.

Cabe señalar incidentalmente, que este niño tiene dificultades respiratorias crónicas, pese al tratamiento fonoaudiológico y otorrinolaringológico. Aquí, la rotación de los maxilares produce un acercamiento anatómico de base de lengua y velo de paladar a la pared faríngea posterior, que determina el estrechamiento del cavum.

El 2º caso lo trataremos en el próximo número.

1) Aclaremos que cuando hablamos de direcciones nos referimos al plano que registra la telerradiografía de perfil, es decir el sagital.

## GENERALIDADES SOBRE LA GINGIVITIS MARGINAL CRÓNICA Y LA HIGIENE ORAL EN EL NIÑO

Por los Dres. López Otero y R. Martínez Lalís

EN EL CUADRO ETIOLÓGICO de la enfermedad periodontal (E.P.), la inflamación ocupa, quizás, el primer lugar. La inflamación gingival o gingivitis es un hallazgo frecuente en los niños de nuestro país, en más de 100 niños entre los cuatro y seis años observados, el 85 % presentaba gingivitis marginal crónica, (G. M. C.).

Massler y Schour también encontraron cifras elevadas en U.S.A.

En los niños, la G.M.C. se presenta como un festón rojizo a nivel del cuello del diente, pudiendo o no estar tomada la papila. Se ha citado su aparición como respuesta a factores irritativos locales del tipo de: caries, restauraciones desbordantes, respiración bucal, recambio de dientes, malposiciones dentarias, sexo (pubertad) y algunas otras causas, pero no siempre se insiste demasiado en cuanto a la *higiene oral*. En esta última, el profesional juega un papel importante y además debe saber *cómo jugarlo*.

Casi todos los niños con G.M.C. mostraron también una sustancia blanquecina en el diente y en contacto con la encía marginal, esta sustancia es la materia alba, que como se recordará está formada por bacterias, hongos, células epiteliales descamadas, mucina y restos alimenticios, la irritación se debe quizás a los efectos tóxicos producidos por sustancias químicas y bacterianas que están presentes en esos elementos orgánicos. Esta película blanda y pegajosa se desprende fácilmente si es reciente (aparece de un día para el otro si no se cepilla por la noche) con solo frotar con una gasa o cepillarse

normalmente, pero se hace más difícil si han pasado varios días y aun más cuando se formó la placa bacteriana.

### ELECCION DEL CEPILLO Y TECNICA DE CEPILLADO

No es el objeto de este trabajo el valorar los distintos tipos de cepillos y las múltiples técnicas de cepillado, solo presentaremos algunas "sugerencias prácticas" para el práctico general.

Para los niños entre 2 a 6 años, lo importante es crearle el hábito, y así como se le enseña a que lave sus manos siempre *antes* de comer, se le debe enseñar a que se cepille los dientes *después* de comer. El tipo de cepillo en esta edad no es de gran importancia, se aconseja que sea pequeño y más bien blando. Instintivamente el niño realizará movimientos horizontales (transversales), pero cerrará su boca y solo cepillará por vestibular, se le debe enseñar que también lo haga por oclusal. Esto ayudará también en la profilaxis de la caries. En esta etapa el uso de dentífricos con fluoruros puede coadyuvar en ello.

Para los niños entre los 6 y 14 años, las cosas cambian. En primer lugar el cepillo; se prefieren del tipo adulto, mediano o pequeño de cerita. Divididas las cerdas en dos hileras formando penachos, el largo total de la parte activa no mayor de 2½ a 3 cm. el ancho no mayor de 1 cm. y el largo de las cerdas entre 0,8 y 1 cm. Cuando el cepillo es largo en relación con la abertura de la boca del niño se puede acor-

tar la longitud arrancando 2, 4 o 6 penachos de la parte más próxima al mango; esto es importante, si el niño no coloca el cepillo comodamente en su boca no podrá realizar una buena técnica, puede lastimar la mucosa y dar lugar a formaciones de aftas que son muy dolorosas y será una mala experiencia para el futuro. Se le debe enseñar la forma de toma del cepillo palmar, y el manejo de los dedos índice y pulgar. La dureza de la cerda y la técnica del movimiento dependerá: a) tipo de gingiva, b) facilidad con que el niño aprenda. Damos a continuación un pequeño cuadro.

TIPO DE ENCIA	CEPILLO	TECNICA
Normal Ligera G. M. C. Agrandada, hemorrag.	Duro o Mediano Mediano	Transversal-Circular (Fones) Transversal
Agrandada, dura, Retraída.	Blanco o Mediano Mediano o Duro Blando.	1º. Circular, circunscripto 2º. Charters, Transversal o Charters, Circular.

Como se ve, el tipo de encía condiciona el tipo de cepillo pero si el niño no tiene facilidad para aprender a moverlo se debe sacrificar la dureza hasta que el niño logre manejar con facilidad el cepillo en la forma correcta. Se le indicará que cepille tres veces al día luego del desayuno, después del almuerzo y antes de ir a dormir, recalándole que este último no puede faltar nunca. Aquí mucho depende del profesional, éste debe ser estricto; enseñar, corregir y controlar hasta estar seguro que el niño seguirá las indicaciones. Una buena medida es pedir al niño que deje un cepillo en el consultorio, de esa manera a la menor sospecha que el niño no realice o lo haga incorrectamente se puede controlar inmediatamente. En todas las sesiones de enseñanza y correcciones conviene que los familiares estén presentes. En ciertas oportunidades puede suceder que el niño mienta o no se de cuenta que en ciertas zonas no llega el cepillo (lingual inferior zona anterior, entre ca-

ñinos y laterales) es útil entonces utilizar una solución revelante que pone de manifiesto las zonas con materia alba y/o placas.

Existen varias soluciones; nosotros usamos la fórmula siguiente:

Marrón Bismarck 3 gr.  
Alcohol 10 c. c.  
Glicerina 120 c. c.  
Esencia de menta IV gotas  
(tópico)

#### FORMA DE APLICACION

Se le pide al niño que se cepille tal cual lo hizo en su casa, luego se le co-

loca la solución con una torundita de algodón en toda la superficie dentaria y se le pide haga un buche. En un espejo de mano que se le da al niño se le muestra los lugares que aparecen coloreados y con el cepillo se le indica como eliminarlo; si ha pasado cierto tiempo se debe realizar con cepillo de torno (son útiles los pequeños cepillos negros) luego se coloca nuevamente la solución, se le pide haga un buche y se le muestra como desapareció de todos los dientes que estaban coloreados la mancha. En ciertos casos conviene entregar al niño un poco de solución para que lo practique en su casa y se autocontrole. En cuanto al uso de dentífricos en este grupo de niños es secundario hay autores que indican no usarlo hasta que el niño tenga conciencia de los beneficios del cepillado, por otro lado hemos visto con frecuencia que los padres y niños confían más en las cualidades del dentífrico que en el efecto mecánico del cepillado. Salvo esta objeción no vemos el inconveniente

de usarlos, generalmente el niño con el hábito de cepillado le agrada la sensación de frescura que le produce el dentífrico y en ciertas oportunidades el uso de dentífricos líquidos a manera de elixires es aconsejable.

En ciertas oportunidades el profesional debe cuidar la higiene del niño que lleva aparatología ortodóncica. En la aparatología fija la atención debe dirigirse a la zona entre el borde gingival de la banda y la encía, aquí creemos útil decir que poco o nada hará el cepillado si la irritación se debe a mala técnica operatoria (bandas "insertadas" en la encía o restos de cemento de oxifosfato). En U.S.A. existen cepillos apropiados de una o dos hileras de cerda separadas para estos casos. Creemos que se puede realizar una buena técnica, siempre que el profesional le dedique un poco de tiempo al problema, sin necesidad de elementos especiales. En la aparatología removible el problema es menor, sin embargo hemos observado G. M. C. debido a la presión de los aparatos en contacto con el margen gingival o en la zona donde existe una prolongación del acrílico con el fin de mantener el espacio de un diente ausente. Esta irritación se

agrava y hemos observado hasta encía marginal ulcerada cuando se descuidó la higiene oral.

#### RESUMEN

- 1º Existe una gran proporción de niños entre los 6-14 años con Gingivitis Marginal Crónica (G.M.C.). Esta se reduce significativamente con una buena higiene oral.
- 2º En el niño entre los 2-6 años, el hábito es lo importante, el tipo de cepillo secundario. El profesional motiva y guía.
- 3º En el niño entre 6-14 años, lo importante es la elección del cepillo y la técnica a seguir según el tipo de encía y la idiosincrasia del niño. El profesional enseña, corrige y controla.
- 4º En los niños con aparatología ortodóncica fija o removible el control gingival y periodontal es importante, no se debe olvidar que en los movimientos dentarios por suaves que estos sean involucran inflamación, y la inflamación es en la etiología de la Enfermedad Periodontal uno de los factores más importantes y quizás el principal.



## ELEMENTOS PSICOTERAPEUTICOS

Por el Dr. Faustino Guglielmo

EL MOTIVO DE ESTE TRABAJO es describir un aparato que si bien es conocido por los especialistas, sobre todo europeos, no hemos encontrado literatura descriptiva en nuestro país.

Es bien conocido en nuestro medio la falta de constancia en los niños al uso de la aparatología removible, debido a ello se ven alargados innecesariamente los tratamientos de ortopedia. Es necesario en estos casos encontrar un estímulo que ayude al profesional a conseguir una total cooperación.

Uno de estos elementos psicológicos de ayuda es agregar aquellos que agraden o ha'güen al pequeño paciente.

La paciente Y. G., de 8 años, presenta distocclusión y atresia por lo que luego del estudio correspondiente resolvimos colocar dos placas de ensanche y la superior con elemento de avance tipo Hotz.

Notamos al cabo de cierto tiempo el poco uso del aparato y resolvimos estimular a la niña mediante la colocación de unos elementos que alentarán su uso.

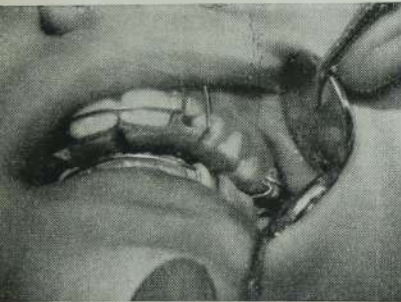
Como la niña presentaba extracciones prematuras de los dos molares temporarios izquierdos, colocamos en la placa inferior a modo de mantenedor de espacio dos molares de acrílico, colocando las cúspides de manera tal que al ocluir lleve hacia adelante la mandíbula en forma similar a la muesca de la placa Hotz superior.

Hemos notado al cabo de un tiempo que el tratamiento avanzaba tal como lo habíamos planeado y su uso era constante.

Comprobamos que: La niña usaba su aparatología con orgullo y de acuerdo con las conversaciones con sus padres, era un motivo de orgullo ir a la escuela con sus postizos, como ella los llama y mostrar a sus compañeras un elemento que la asemejan a las personas mayores.



Conseguimos de esta manera sencilla una cooperación incondicional de una paciente que originalmente se rebelaba al uso de una aparatología removible, con un sencillo elemento que hemos utilizado como psicoterapéutico.



Aparato ubicado en la boca

## INDICACIONES PRE - Y POSTQUIRURGICAS DE LA ORTOPEDIA MAXILAR EN LOS FISURADOS LABIOS PALATINOS

Por los Dres. Bernardo Chait y Jaime Fairman

EL CASO que presentamos corresponde a un capítulo de un largo trabajo que ha de aparecer en breve.

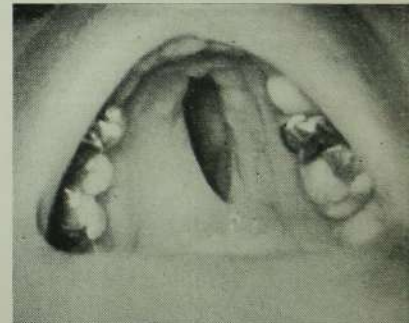
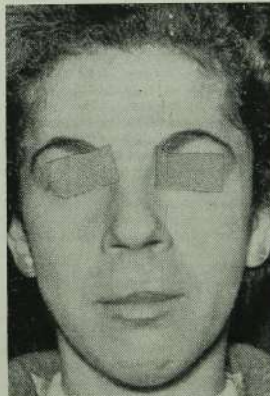
En la larga película que es la vida del fisurado, la ortopedia maxilar tiene múltiples oportunidades de intervención.

La estimulación de los rebordes maxilares y los bordes de las fisuras mediante los vibradores ortopédicos, ha

dado muy buenos resultados en los niños recién nacidos al igual que en la primera infancia.

Estos aparatos tienen por objeto orientar y dirigir la dirección del crecimiento del hueso maxilar, de los rebordes alveolares, cerrando la fisura y propiciando la formación de una buena arcada dentaria.

De la misma manera que lo utiliza-





## ANOMALIA O EVOLUCION

P. PIRU, Bucarest (Rumania)

Traducido del francés por el Dr. F. Guglielmo (Resumen)

¿ES CIERTO que la evolución filogenética del aparato dento-maxilar es un factor patogénico?

De la era Paleolítica a la Neolítica el aparato dento-maxilar ha sufrido variaciones morfológicas para adaptarse a las nuevas condiciones de la vida. El canino se va reduciendo paulatinamente lo mismo que la dimensión de los molares. El mentón aparece como una consecuencia de la reducción de la arcada alveolar inferior.

La forma y la dimensión de la órbita, la nariz, cavidad orbitaria y los senos craneofaciales se modifican también, siempre con relación a la modificación del aparato dento-maxilar.

La reducción filogenética del macizo facial a través de los siglos es un fenómeno general comprobado en todos los demás animales.

El origen complejo de los dientes así como su desarrollo precoz con relación a los maxilares han conducido a una reducción filogenética diferente entre los dientes y los maxilares. El aparato presenta así, en el neolítico, una incongruencia entre la dimensión de los maxilares y de los dientes. Estas modificaciones de dimensión conducen a modificaciones morfológicas y asimismo patológicas, características de los hombres neolíticos y actuales, entre las cuales se pueden citar:

- 1º La aparición del sistema dentario helicoidal.
- 2º La evolución de la arcada alveolar hacia la forma de elipse.
- 3º La modificación del cóndilo mandibular.
- 4º La reducción de la dimensión de los dientes y las cúspides.

5º La desaparición de los 3ros. molares y a veces de los incisivos laterales superiores y los 2dos. premolares inferiores.

6º Aparición de dientes y tubérculos supernumerarios.

7º La modificación morfológica de los molares y sus consecuencias patológicas.

8º La modificación de las relaciones interdientarias.

1) La aparición del sistema dentario helicoidal en el hombre durante el período neolítico es una consecuencia de la reducción de la dimensión de la arcada alveolar. El 2do. y 3er. molar inferior no tienen más espacio sobre su arcada para continuar su migración vestibular en el período de la erupción. La cara oclusal del 3er. molar inferior tiene una orientación lingual y la del 1er. molar inferior que ha llegado a hacer una migración completa tiene una orientación vestibular. El 2do. molar inferior tiene una migración vestibular incompleta y su cara oclusal tiene una orientación intermedia.

La cara oclusal de los molares comienza a tener forma de hélice en el hombre neolítico y en la época actual. El sistema helicoidal dentario, representa un fenómeno de adaptación de los dientes a la reducción filogenética de las arcadas alveolares. Este fenómeno que comienza con el período neolítico es algo que caracteriza al hombre de esa época y al actual.

En el maxilar superior el fenómeno es inverso, el 3er. molar tiene una orientación vestibular mientras que el 1ro. tiene una orientación palatina pa-



mos en los niños resolvimos utilizarlo en las personas mayores. He aquí el caso:

A. S., 34 años. Nació con una fisura total bilateral. Ha sufrido numerosas intervenciones para corregir la anomalía, presentando en la actualidad un paladar corto y una amplia fisura palatina con forma de lausage que se extiende desde la segunda arruga palatina hasta una línea transversal que une a los dos molares.

Esta fisura se ha reoperado con resultado negativo.

Antes de proceder a la tercera operación, sometemos al paciente a un tratamiento ortopédico maxilar cuya primera etapa consistió en el ensanche maxilar, en razón de que en la zona lateral los molares y premolares izquierdos y derechos estaban en articulación invertida con respecto a los inferiores.

Obtenida la normalización de la oclusión, procedemos a la colocación de estimuladores en los bordes de la fisura. El aparato es utilizado únicamente para dormir y durante el día se usa una simple placa con apoyo dentario con objeto de mantener la separación bucal y nasal. La iconografía muestra los resultados obtenidos en un año de tratamiento.



ra constituir un sistema helicoidal característico.

El fenómeno de reducción de las arcadas continúa en nuestros días y muchas veces los Iros. molares no logran hacer su migración vestibular inferiores) o palatina superiores). Aparecen así trastornos de la oclusión en sentido transversal y vertical. La reducción filogenética de la arcada alveolar se transforma de esta manera en una patogeneia.

2) La evolución de la arcada alveolar hacia la forma de elipse es una consecuencia de la reducción de las arcadas a través de los siglos. Un 85% de las arcadas alveolares humanas de la actualidad son elípticas y sólo un 10% conservan forma parabólica. En el hombre paleolítico la arcada parabólica era la predominante.

La forma elíptica de las arcadas alveolares ofrece menor espacio a los dientes y les obligan a estar apiñados.

El apiñamiento de los dientes da origen a las maloclusiones dentarias y favorecen a las caries proximales como veremos más adelante.

3) El colmillo sufre también modificaciones morfológicas como consecuencia de las modificaciones funcionales. Aparece en él una vertiente convexa articular más importante y otra no articular posterior.

La articulación témporo maxilar resulta de esta forma muy móvil y a su vez más laxa favoreciendo, sobre todo en las mujeres, las distensiones de la articulación témporo maxilar.

La modificación morfológica del cóndilo, como un fenómeno de adaptación a las modificaciones morfológicas y funcionales de las arcadas y de los dientes constituye un factor que favorece la función patológica de la articulación témporo-maxilar.

4) La reducción de la dimensión de los dientes debido a la evolución filogenética está asociada con la reducción numérica y dimensional de las cúspides.

Los primeros mamíferos placentados poseían molares de seis cúspides man-

teniendo los molares ahora cinco, cuatro, y asimismo dos o una cúspide. La fórmula cuspeada del hombre actual de

22443

Rumania es  $\frac{22443}{22544}$  representando una

etapa en el progreso de reducción filogenética del aparato dentomaxilar. La aparición de cúspides supernumerarias en los premolares y molares pueden ser consideradas como un fenómeno de regresión atávica, la reducción de la altura de la cúspide representa una forma de evolución filogenética que puede ser considerado asimismo como patológico. Se habla de los terceros molares de pequeña talla y con una sola cúspide (enanismo) y se atribuye la pequeñez del incisivo lateral superior como una consecuencia de hipogonadismo.

5) La desaparición de los molares del juicio y algunas veces del incisivo lateral superior y el segundo premolar inferior son un fenómeno de reducción filogenética del aparato dentomaxilar. En el Cro. Magnón este fenómeno aparece muy rara vez mientras que el 25% de la población mundial no posee más muela del juicio. En la población rumana este porcentaje varía entre el 15 % y el 20%, ello expresa la etapa actual del proceso. La desaparición del incisivo lateral superior es muy rara y ella puede ser considerada como una falta patológica y no por un fenómeno de reducción filogenética. Frecuentemente la erupción del tercer molar se detiene porque no tiene lugar en la arcada alveolar reducida. Debido a ella los molares del juicio sobre todo los inferiores, quedan incluidos o provocan trastornos de erupción (6% de la población terrestre). Las supuraciones perimaxilares (8%) son provocadas por accidentes en la erupción de los terceros molares. Debemos agregar también accidentes mecánicos, nerviosos y tumorales en estas erupciones por repercutir generalmente en él las consecuencias de la reducción filogenética del aparato dentomaxilar.

6) La aparición en los dientes de tubérculos supernumerarios es considerada como patológica. La aparición de un diente supernumerario entre los centrales, incluido, en mal posición, o asimismo en posición normal es atribuido a trastornos tróficos en el desarrollo de los incisivos. Estos supernumerarios se pueden considerar como una reminiscencia de los 6 incisivos placentados. Esta es imitada por la tercera premolar o cuarta molar por los dientes paramolares de Bolk, los tubérculos supernumerarios de Bolk y de Carabelli, las raíces paramolares de Bolk en los molares inferiores.

La aparición de dientes, tubérculos y raíces supernumerarias pueden ser consideradas patológicas y su etiología es atribuible a la evolución filogenética del aparato dentomaxilar.

7) La modificación morfológica de los molares contribuye también a modificaciones de aspecto patológico dentario.

Los molares del hombre paleolítico tenían una base vestibular importante que protege el paradencio de los traumatismos, pero permitiendo la retención de restos alimenticios que favorecen la formación de caries cervicales. En el hombre actual ya no existe dicha base vestibular y el paradencio es más traumatizado favoreciendo la aparición de paradenciopatías. Las caries oclusales y sobre todo las proximales en un porcentaje de 90% (oclusales) y 94%

(proximales) con respecto a las cervicales.

A causa de la reducción filogenética de las arcadas alveolares muy notables en nuestra época los dientes están más apiñados. Los puntos de contacto se van transformando en superficies de contacto, que favorecen la retención de alimentos y la localización de caries proximales es más frecuente. En cuanto a las caries oclusales se producen por retención de alimentos en los surcos intercuspidales por causa de una alimentación muy preparada y característica de una civilización industrial.

Las caries proximales representan una consecuencia patológica de la reducción no proporcionada entre los maxilares y los dientes.

8) La modificación de las relaciones dentarias, las desarmonías dento maxilares son una consecuencia de la incongruencia dentomaxilar. En las desarmonías dentomaxilares se debe investigar si la reducción filogenética de la arcada alveolar es causa de trastornos de desarrollo de la misma.

La reducción filogenética del aparato dentomaxilar continúa en nuestros días como consecuencia de una alimentación más refinada y de la civilización industrial. Este fenómeno nos da la perspectiva de la incidencia y de la evolución de las afecciones dentomaxilares y nos indica al mismo tiempo una nueva concepción en el tratamiento profiláctico y curativo.



## FUERZAS MUSCULARES ADVERSAS. SU SIGNIFICADO DIAGNOSTICO

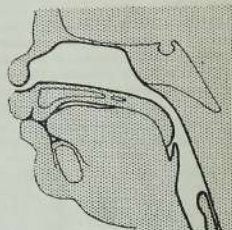
W. I. TULLEY B. D. S.

Traducido por el Dr. Luis A. Arena (Resumen)

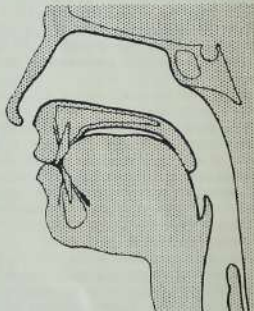
FUERA DEL TRABAJO del Dr. Alfredo Rogers, hasta el año 1946 el papel de los músculos orofaciales recibieron poca atención en la literatura ortodóncica. Los trabajos de investigación sobre este tema, eran muy limitados. Brosie en los EE. UU. y Rix, Ballard y Gwynne Evans en Inglaterra han hecho mucho para remediarlo y han estimulado a muchos otros a emprender investigaciones semejantes.

Desde su inicial uso por Rogers, el electromiógrafo está siendo ahora usado como un aparato de investigación dental, proveyendo información la que a veces confirma y también refuta teorías de la actividad masticatoria. Este aparato tiene cierta seria limitación y no es posible obtener un preciso estudio cualitativo, de la misma manera que se lo tiene con el estudio cefalométrico con los rayos X. Sin embargo puede ser usado en un estudio seriado en el futuro. Los trabajadores de este campo, quienes están estudiando los movimientos de la mandíbula en relación a varios tipos de maloclusiones harán más valiosa contribución para nuestro conocimiento.

En este artículo, sin embargo, el autor está preocupado con el estudio morfológico y funcional de los tejidos blandos que bordean los arcos dentales. Rix y Brodie han señalado que mientras los dientes erupcionan ellos alcanzan una posición de equilibrio entre las fuerzas normales o anormales de los músculos linguales y labiales, (Fig. 1).



A.



B.

Debe recordarse que la distribución y morfología de los tejidos blandos muestran tan amplia variación como lo hacen el tipo del esqueleto facial de su musculatura de revestimiento.

Los músculos circunorales se originan como elementos de la terminación superior del conducto alimentario y están dedicados, inicialmente a la función vegetativa de la alimentación.

El patrón básico de su conducta viene dado antes del nacimiento y los movimientos de succión, han ido demostrando que ocurren en el útero. Cuando el chico crece, las actividades aprendidas o adquiridas (por ejemplo, el habla y la expresión facial) las cuales están representadas en niveles conscientes de la mente se superponen sobre este papel vegetativo de los músculos orofaciales, aunque ellos están formados, sobre el patrón de coordinación básico.

A causa del control conciente del hombre de estas actividades adquiridas, este difiere de los animales inferiores y es particularmente probable establecer falsos hábitos, la cual incluye adversamente en el desarrollo de la dentición.

El término "hábito muscular" tiene un significado muy amplio y yo preferiría restringir su uso a una adquirida conducta anormal; la cual es capaz de reeducación por medio de una correcta apreciación sensorial. Es más importante distinguir entre hábitos musculares y las actividades musculares más innatas.

Brodie señala que, habiendo tratado una clase II, la división nosotros podemos dar a los labios una posibilidad para funcionar normalmente, así venemos los movimientos del hábito que puedan ser secundarios a la maloclusión y permitir que continuemos un desarrollo más normal. Esto es ciertamente un punto importante. En algunos casos, sin embargo hay una morfología y conducta del labio inferior y la lengua fundamentalmente anormal, la cual puede ser primaria y no secundaria a la maloclusión y la que tiende a pro-

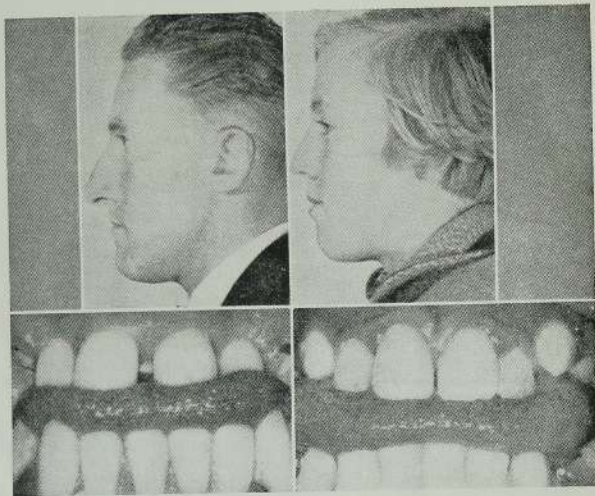
ducir la alteración de la relación incisal después del tratamiento. Es importante distinguir entre lo que ha sido llamado "un hábito mentalis" el que puede ser eliminado y un tipo particular de morfología y función labial que es parte de la naturaleza física del individuo. Tal posición labial no es hábito, en cuanto resisten los intentos de reeducación y hacen imposible cambiar permanentemente la posición axial de los incisivos inferiores.

Llevando la atención a la lengua, muchos hábitos están ascriptos a este órgano por ejemplo, interposición lingual; empuje lingual; succión y morder la lengua. La lengua rápidamente llena cualquier mordida abierta creada por la succión del pulgar o dedo y tales hábitos pueden ser eliminados con tratamientos mecánicos.

La posición de descanso de la lengua es importante. La pregunta es: ¿Cuál a menudo es su posición de descanso primaria o secundaria a la forma del arco dental? Hay una conducta pernicioso y básica de la lengua descrita por Rix y Allard que es ciertamente un hábito. En esta, la lengua descansa constantemente contra el labio superior y empuja o se extiende adelante para encontrar el labio inferior contraído en el tragar y el hablar (fig. 2). Esta posición lingual es una reminiscencia del contacto labiolengua neonatal. Esta conducta se acompaña de ceceo y puede ser encontrada en varios miembros de la familia. El fonoiatra puede vencer el ceceo pero no logra cambiar la conducta del patrón básico de la lengua. Este es un pobre signo diagnóstico en casos donde se intenta tratar una mordida abierta.

Desde que Rix descubrió en 1946 la conducta atípica en la primera etapa de la deglución, ésta a ocupado una posición prominente en la literatura ortodóncica Británica. El término "hábito" no debería usarse para describir ésta; ya que la deglución es una función básicamente vegetativa por debajo del nivel consciente de la mente. Rix y Willis señalan que los dientes





están usualmente situados en ligero o firme contacto durante la deglución cuando se contrae el milohioides. La lengua se comba contra el paladar, centrifugamente contra los dientes y posteriormente en el orofaringe. Después, de los 5 a los 7 años, esta es la conducta usual durante la deglución de los alimentos duros luego de su masticación y ello ocurre frecuentemente durante el día y la noche en el acto de "la deglución pasiva" que redistribuye la saliva y remueve su exceso. Excepciones ocurren cuando jugosos alimentos son deglutidos entonces los dientes no están colocados en contacto. Rix

observó que un alto porcentaje de niños con maloclusiones, siempre deglutían con los dientes separados. La lengua en estos casos no actúa en una cavidad de paredes rígidas. El espacio lingual estaba aumentado y esto significaba que la lengua no era empujada fuertemente contra los dientes y por lo tanto, no desarrollaba la bóveda palatina y no equilibraba adecuadamente las fuerzas externas de las mejillas y labios contraídos para producir el sellado anterior (fig. 3).

Existen varias teorías para explicar el origen de esta conducta atípica de deglución. Rix en su trabajo original,

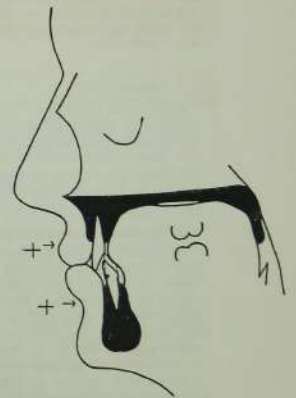
sugirió que los "dientes separados" en la deglución era una conducta residual infantil y que la maduración puede estar retrasada en presencia de una obstrucción respiratoria alta e inferior. Señaló que con obstrucción nasal la deglución con los dientes juntos es penosa y que si los problemas respiratorios superiores fueron tratados tempranamente la conducta tendería a cambiar.

Sin embargo Gwynne-Evans y Ballard en 1948, creían, que ello era un patrón infantil de conducta debido a algún retardo en la maduración de la conducta neuromuscular a nivel de la cortical y no relacionado a afecciones respiratorias altas. Ellos pensaron que un cambio podría lograrse con ejercicios y aparatos tal como el aparato de Andresen, indicado a proveer la correcta apreciación sensorial de la lengua actuando en una cavidad de paredes rígidas. Los resultados de este intento de reeducación fueron desalentadores. Recientes escritos de estos autores han demostrado alguna modificación en su teoría original, pero Rix mantiene que hay similitud entre ciertos tipos de "deglución con dientes separados" y la conducta infantil de succión. El ha mostrado que cambios pueden ocurrir con el tratamiento ortodóncico. Gwynne-Evans sostiene que la conducta atípica de deglución, con su contracción como peristáltica de los músculos circunorales, es una expresión de "tipo visceral" de conducta, los músculos de la cara ocupando una posición de desarrollo entre la musculatura somática controlada por el sistema nervioso central y la musculatura visceral controlada por el sistema nervioso autónomo. Ballard ahora cree que estos patrones de conducta son innatos y muy resistentes a cambiar.

Usando el electromiógrafo como prueba, el autor ha estudiado un grupo de estudiantes entre 20 y 30 años de edad. Por medio del registro de la actividad del masetero, es posible determinar si los dientes están juntos o no en la deglución. El músculo masetero normalmente se contrae fuertemente du-



A.



B.

rante la fase de la contracción del milioideo para mantener los dientes en firme contacto.

Registrando simultáneamente el grupo de músculos circunorales es también posible ilustrar la cantidad de la actividad labial. Registros típicos para la deglución con los dientes juntos se muestran. La contracción maseterina es marcada y la contracción de los circunorales mínimas. Donde los dientes están separados en la deglución, la contracción maseterina es ligera comparada con la actividad circunoral. El resultado de estas investigaciones muestran que la deglución en los dientes separados se encuentra en gran número de adultos, particularmente si ellos tienen cualquier grado de maloclusiones.

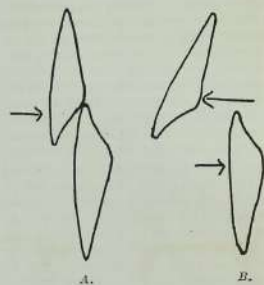
Es imposible cubrir todos los aspectos de la conducta atípica de deglución aquí, pero entre el total promedio de variaciones descrito por Rix en 1953, dos tipos profundamente contrastantes son reconocidos:

1) Conducta no dispersante de la lengua

Estos casos en que la lengua no se adelanta a ejercer ninguna fuerza sobre la superficie lingual de los incisivos superiores e inferiores los labios pueden o no contraerse excesivamente. Los Is, Ss, e Is, Is, están derechos o en retrusión (fig. 4<sup>a</sup> A).

2) Conducta dispersante de la lengua

En estos casos las acciones de la lengua y labio están asociados. La fig. 4 ilustra el efecto de la contracción excesiva de los músculos circunorales al tragar, el que debe ser un factor contribuyente en la falta de desarrollo centrífuga de los arcos dentarios que se encuentra en algunos casos de Clase I. Los labios pueden no estar sellados en el reposo, pero cuando se activan se contraen excesivamente. Hay un tipo particular de Clase I con retroinclinación de los Is Ss, e Is, Is, y una mordida profunda que está asociada con una acción no dispersante de la



lengua. El efecto constrictivo de los labios no está equilibrado por un despliegue hacia adelante de la lengua, que permanece atrás en la boca.

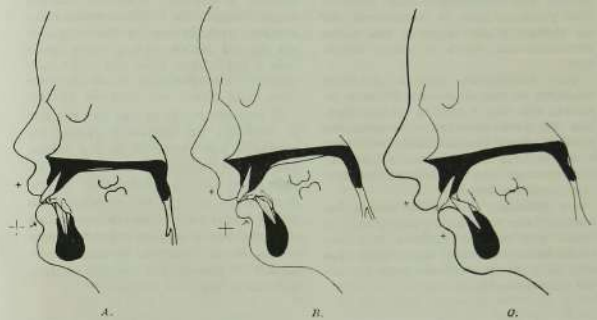
Un tipo similar de conducta puede hallarse en maloclusiones de Clase II, 2<sup>a</sup> división y Rix se refiere a este tipo como la deglución de la "lengua des-puntada" (fig. 5). Con la lengua mantenida atrás entre los arcos de este modo, una mordida raramente se ve. No es necesario seguir insistiendo que la actividad del labio es excesiva, pero que no hay presión hacia adelante de la lengua sobre el segmento incisivo. El mejoramiento de la inclinación axial de los Is, dependerá de la posibilidad de modificar estas fuerzas atípicas.



En Clase II, 1<sup>a</sup> división la acción de la lengua y el labio inferior pueden ser responsables por la pérdida de la relación incisiva! (fig. 6).

crepancia entre la longitud del labio superior y aquella del diente y su alvéolo.

Las respuestas a muchos de estos



Habiendo explicado algunas diferencias entre hábitos musculares y las más fundamentales fuerzas musculares innatas, existe otro aspecto en discusión desde el punto de vista del pronóstico, esto es, la pregunta de si estas fuerzas anormales permanecen resistentes al cambio a causa de su origen bio-ológico innato.

Ballard ha presentado un panorama más bien pesimista de la inmutabilidad de algunos tipos de conducta. Yo consiento con él hasta cierto punto, pero todos nosotros vemos cambios notables que tienen lugar en los casos de nuestros pacientes niños mientras ellos crecen. Nosotros también notamos cambios notables en los niños cuando no hacemos más que observarlos. Esto es verdad para el niño con falta de sellado labial donde no hay interferencia de los Is, entre los labios. En muchos de estos casos los niños no son respiradores bucales y el mejoramiento ocurre, a menos que exista una mayor dis-

cambios yace en el cumplimiento del potencial del crecimiento no solo del esqueleto sino también de los tejidos blandos, y en la maduración de la musculatura facial que lleva a la "máscara" adulta.

Es más importante, al hacer un pronóstico, decidir si la morfología y función de los tejidos blandos constituyen tal factor dominante. A fin de examinar algunos de estos problemas, Gwynne Evans y yo estamos llevando a cabo un estudio seriado de casos tratados y no tratados usando películas filmicas. Este es un estudio que debe continuar por un tiempo considerable. Tres aspectos principales están ilustrados en el film.

- 1) Hábitos musculares que pueden ser eliminados.
- 2) Modificación en la conducta con el crecimiento y maduración, con especial referencia a la deglución.
- 3) Patrones fundamentales que son incambiables tanto con morfología y función.



Todos estos factores tienen que ser tenidos en cuenta al hacer un diagnóstico y pronóstico, y mucho de esto puede ser decidido solo sobre la experiencia clínica. Sin embargo, los pacientes son mantenidos bajo observación y simple guía de tratamiento por un tiempo y son seguidos con series cefalométricas, como lo aboga Broadbent.

Dos principales puntos prácticos emergen de esta discusión. Primero, se estima que con la técnica de multibandas los ortodontistas experimentados pueden mover dientes donde lo deseen y en muchos casos lograr estabilidad una muestra que las fuerzas musculares pueden adaptarse.

Sin embargo, si nosotros somos honestos, todos tenemos un porcentaje de casos que no son estables aun con prolongada retención. Es a ellos que está dirigido este estudio para un mejor conocimiento.

No existe duda que Angle reconoció estos problemas, pero no aceptaría el hecho que en ciertas caras ellos eran insuperables. En el apéndice a la 7ª edición de su "Maloclusiones de los dientes" él declara: "Nosotros estamos recién empezando a comprender cuán común y variado son los hábitos viciosos de los labios y aun cuán poderoso y persistente ellos son como causantes y mantenedores de la maloclusión, cuán difícil son ellos de vencer.

El segundo punto es que no creo que la conducta de deglución pueda ser cambiada por ejercicios so'o a menos que ella se hubiese modificado de algún modo con el tratamiento de rutina. Puede ser posible enseñar a un niño a tragar correctamente, cuando en el consultorio y por un esfuerzo consciente él lo repetirá correctamente, pero él no piensa cada vez que deglute durante el día y la noche.

## TERAPIA DE LAS ANOMALIAS VERTICALES

Prof. Dra. DOROTHEA DAUSCH-NEUMANN

Extraído de Fortschritte der Kieferorthopädie Ed. 22 H. 1 (1961) 108-123

Traducido por la Dra. Hilda Boumbach

Resumen de la Dra. Nora Grigera

LAS DESARMONIAS articulares verticales se presentan bajo el aspecto de mordidas abiertas o profundas; en estas anomalías el signo que por lo general se observa primero es un determinado perfil, mientras que los signos secundarios que las acompañan son adaptaciones que se traducen en desviaciones en sentido transversal o sagital. El tratamiento ortopédico exige el estudio de las relaciones con el cráneo por cuanto el estudio de los modelos frecuentemente es insuficiente.

Un problema que siempre resurge es establecer el momento en que debe iniciarse el tratamiento, dado que en las disgnacias verticales hay que considerar las distintas tendencias de crecimiento para aprovecharlas en el plan de tratamiento.

Frente a una mordida abierta que presenta no oclusión y desviaciones en sentido vertical en la dentición temporaria la primera medida a adoptar, como ortopedistas, será la corrección de los hábitos lesivos. Si el niño llega a consultarnos en el momento oportuno y es posible eliminar el hábito, la anomalía se cura merced a las influencias desplazantes y fomentadoras del crecimiento. Los impulsos de crecimiento de los maxilares, cara y perfil en correspondencia con los dientes en desarrollo y erupción logra que los incisivos se ubiquen en el plano oclusal normal. Para los casos de deckbiss, Korkhaus describe la posibilidad de autocuración llegándose al desarrollo natural del maxilar y elevación de la mordida fisiológica; las mejores ten-

dencias de desarrollo aparecen, para esta anomalía, en la época de recambio de la zona lateral. La elevación de la oclusión es más favorable en las zonas de apoyo bajas, lo que se explica por el natural crecimiento vertical.

Si el hábito de chupar el dedo no se eliminó a más tardar cuando el niño entró en la escuela y a la desviación vertical se añaden sagitales y transversales de compensación, no se produce la autocuración de la mordida abierta por que los incisivos quedan bloqueados verticalmente.

En las mordidas profundas generalmente no se realiza la autocuración. A. M. Schwarz lo atribuye a un mecanismo no fisiológico por el cual los músculos del piso de la boca actúan como una mentonera.

Insistimos que en las anomalías verticales es muy importante emplear los impulsos de crecimiento. Hay que aprovechar al máximo las tendencias de crecimiento y realizar cada movimiento en el momento oportuno. Las ayudas ortopédicas deben ordenarse en el sentido de fomentar o retardar el crecimiento según el efecto que se desea conseguir, buscar compensaciones en las regiones a desarrollar, estimulando las subdesarrolladas adaptándolas a las hiperdesarrolladas. Con la aparatología ortopédica funcional según Andresen-Haupl se pueden efectuar cargas y descargas en las distintas regiones del sistema dentario.

A. M. Schwarz sostiene que hay que esforzarse por corregir las deforma-



ciones del perfil: en las mordidas abiertas tratar de contener la parte inferior de la cara cuando está alargada; en el deckbiss, por el contrario, la parte inferior de la cara está acortada y para compensarlo estimular la parte media. La telerradiografía indica las transformaciones que se producen en

hablar y emitía sonidos ininteligibles. Un foniatra le dio con éxito clases de foniatría por lo que pudo concurrir a la escuela a los 7 años. Simultáneamente se inició el tratamiento ortopédico que fue muy difícil. Se usó un activador Grude que por medio de su plataforma elástica bloquea las piezas laterales (fig. 1) el frente superior e inferior puede prolongarse; después de 3 años los incisivos superiores e inferiores alcanzaron el plano de oclusión normal (figs. 2, 3, 4). Varios factores

concurrieron al éxito del tratamiento: el trabajo en conjunto con la foniatría, el favorable momento de iniciación del tratamiento durante la erupción de los incisivos, resolvieron el caso.

También fue favorable el tratamiento en una niña de 9 años con mordida abierta. Con la anomalía vertical coexistía una gran compresión. La mordida abierta se manifestó después de la supresión del hábito de chuparse el dedo. La compresión era la malformación primaria que se trató con placas con plataformas laterales. La mordida abierta se cerró sin hacer otra cosa, solamente con la descarga producida por el ensanche.

En cambio una paciente a la que se le hizo el mismo tratamiento muestra un perfil desfavorable, no se consiguió corrección después de 3 años de tratamiento. Particularmente desfavorable es el perfil por tener nariz pequeña y frente estrecha, la que acentúa la cara inferior alargada. El estudio crítico de la telerradiografía revela que los cambios verticales se produjeron no sólo en la región frontal sino en las laterales; es decir que no se obtuvo el bloqueo de la zona molar, los molares superiores se extruyeron 4mm elevando considerablemente la mordida. El ángulo goniaco es de  $132^\circ$  y existe una acentuada inclinación de la cara hacia adelante. Este es un ejemplo de cómo la telerradiografía nos revela el pronóstico de una mordida abierta auténtica.

Es un hecho conocido que el tratamiento de la mordida abierta raquítica no es nada fácil. Las cargas y descargas obtenidas por la ayuda funcional son insuficientes y hay que recurrir a aparatos activos para alcanzar el cierre frontal (especialmente un arco externo bien sujeto). También se recomienda el uso de mentonera.

Instaurada la mordida abierta en la dentadura permanente o bien en el adulto las medidas ortopédicas son pre o post tratamiento. La terapéutica principal está a cargo del protesista o del

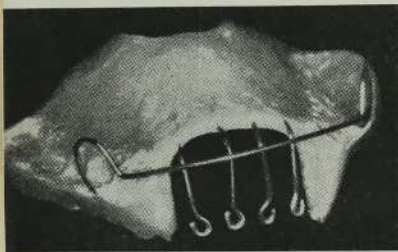
cirujano. Ejemplo: Una paciente de 29 años concurrió a la clínica para colocarse coronas en sus incisivos superiores hipoplásicos. La mordida abierta que era grave y llegaba hasta el 2º premolar nunca le molestó ni había sido tratada. La cara inferior se presentaba alargada por lo que el perfil era poco armonioso. El Dr. Anspach de la sección cirugía intervino cortando la rama horizontal a la altura del primer premolar, volcó el fragmento ganado hacia arriba y adelante. No se intervino el maxilar superior puesto que la operación realizada en la mandíbula bastó para cerrar la mordida abierta. El ortopedista únicamente trató el maxilar superior con una placa de ensanche para mantener lo obtenido en la operación y además se ocupó del estudio de modelos, fotos y telerradiografías para determinar la causa de la mordida abierta y aconsejar al cirujano.

La mordida abierta artificial aparece temporalmente durante el tratamiento cuando la elevación de la mordida no se compensa con una sobremordida. La elevación de la mordida puede ser de tipo articular como la describe Häupl o estar causada por un volcamiento lateral demasiado rápido, el desgaste por piedras en estos casos es discutible.

Lo fundamental es establecer una sobre-oclusión y asegurarla por lo que se deben eliminar los contactos prematuros en la zona lateral en cuanto aparezcan. Los desgastes se efectuarán cuando se determine una elevación indeseada de la mordida.

Cuando se usa activador frecuentemente aparecen mordidas abiertas que ceden al dejar de usar los aparatos durante algunas semanas.

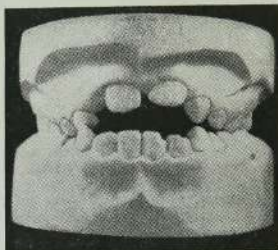
El otro grupo de anomalías verticales, a las que hicimos referencia anteriormente, son las mordidas profundas o Deckbiss. La autora, en el año 1953, estableció los métodos de tratamiento empleando como aparatos el F.K.O.,



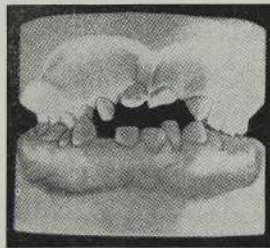
Nº 1 Activador grande

el curso del crecimiento y los cambios del perfil.

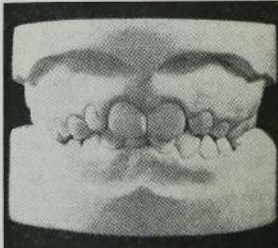
Ejemplo: Mordida abierta en una niña de 6 años con graves entorpecimientos psíquicos y del habla, casi no podía



Nº 3 Modelo intermedio



Nº 2 Paciente M. L. 6 años. Modelo antes del tratamiento.



Nº 4 Modelo después de 2 años de tratamiento.

las placas activas y los aparatos elásticos.

La edad del paciente condiciona la elección del aparato; en niños de corta edad pero con dentadura mixta usa el activador, a más edad recomienda la placa activa y en casos con acentuada mordida distal tratamiento combinado.

Algunos ejemplos ilustrarán los métodos de tratamiento considerando los cambios de la cara y del perfil.

Para empezar una niña de 9 años con típico Deckbiss y distoclusión. Se instaló un activador que protruíra los incisivos superiores, el maxilar inferior y levantaba la mordida. El perfil mejoró notablemente al elevarse la mordida, la telerradiografía reveló que dicha elevación se produjo por acortamiento de la porción frontal y alargamiento de las zonas laterales.

El activador es el elemento ideal de tratamiento, actúa desplazando la mandíbula hacia adelante; según Hotz esto provoca mordida abierta lateral y este espacio se cierra por cambios alveolares que provocan la extrusión de los dientes laterales.

También está indicado el activador en el deckbiss unilateral puesto que la protrusión o retrusión de los dientes anteriores no puede lograrse con otro aparato, solamente el monoblock encuentra anclaje suficiente para realizar los movimientos deseados en el maxilar contrario la aposición de gutapercha o cuñas de madera permiten también la protrusión.

El uso del activador es muy eficaz en las artropatías deformantes con cuadros clínicos ortopédicos de mordida profunda o deckbiss. Este aparato produce descarga en la articulación por cambio de posición y la elongación de las piezas laterales produce la elevación de la mordida.

Una paciente de 17 años, portadora de un deckbiss se quejaba de trastornos de la articulación temporomaxilar. Se colocó un activador y al cabo de 3 años cesaron las molestias articulares

y mejoró el cuadro clínico ortopédico. La telerradiografía reveló que a pesar de la edad se produjo levante de la articulación por alargamiento de las piezas dentarias laterales.

El deckbiss es una anomalía que se revela al profano cuando ya está muy avanzada, por lo que el paciente acude al ortopedista tardíamente.

En casos avanzados empleamos aparatos activos con placas de mordida en la zona anterior. A pesar de la edad se puede obtener levantamiento de la mordida. Ejemplo: Una paciente de 23 años, al cabo de 2 años mejoró notablemente. La telerradiografía acusó alargamiento de las zonas laterales y cambios en el sector anterior a consecuencia de la modificación de la mordida, el perfil típico del deckbiss con nariz muy grande mejoró.

El levantamiento de la mordida se obtiene mediante acortamiento y protrusión de los dientes anteriores o alargamiento de las piezas laterales. La autora opina que la mordida profunda no recidiva cuando el levante se realizó por extrusión del sector lateral, en que la mandíbula se adelanta y crece por aposición ósea a la altura del cóndilo. Por ello el aparato de preferencia es el activador por cuanto en cada etapa del tratamiento se adapta a la forma y función del sistema masticatorio y evita la recidiva.

Respecto a la época de iniciar el tratamiento en la mordida abierta, conviene empezar durante el recambio, según Korkhaus y Körbitz, los dientes que están erupcionando deben contenerse y luego protruirse.

El deckbiss no debe tratarse en la dentición temporaria por que recidiva al producirse el recambio, en este período los desgastados dientes temporarios no pueden mantener durante la erupción de los permanentes la altura de la mordida.

La erupción de los premolares favorece el tratamiento por la elevación fisiológica de la mordida.

## Dra. ESTHER de MELAMED

EL DIA 17 de diciembre pasado falleció la Dra. Esther B. de Melamed. Su aporte a la actividad científica y al "ATENEO ARGENTINO DE ORTOPEDIA MAXILAR" hace inexcusable que detengamos nuestra atención y valoremos el honor que ha involucrado para todos nosotros, su amistad, su inteligencia, su fe en el futuro de esta institución y en el de la ciencia puesta al servicio de los intereses populares.

Su muerte se produce en forma insospechada y si siempre apenas la desaparición de un colega, en este caso sentimos estupor. Hasta horas antes había planeado sus cursos de este año, intercambiado opiniones con otros docentes y actualizado su bibliografía y sus ensos. No existió, pues, pausa alguna en su actividad incesante, en su preocupación y en sus estudios jamás interrumpidos y siempre desinteresados.

Nos acompañó en las tareas del ATENEO casi desde su fundación desempeñando las funciones de prosecretaría —cargo que tenía en la actualidad—, dictante de cursos, jefa de trabajos teóricos-prácticos. Mas, su generosidad excedía todo encuadre de puestos. Allí donde era menester un es-



fuerzo, un aporte superior de energías, estaba el despliegue exuberante, a la vez bondadosa y comprensivo de la Dra. Melamed.

La presencia de asociados y colegas en el acto de su sepelio ha significado no solamente un acto de dolor frente a la muerte de la colega sino haber tomado, a través de su evocación, el hábito de su personalidad desbordante de vocación científica, generosidad y espíritu societario.

## NOTICIAS

### DIRECCION NACIONAL DE SANIDAD ESCOLAR

EL ACTUAL plantel de profesionales; médicos, odontólogos, visitadores de higiene, asistentes sociales, reeducadores, etc., no satisfacen las necesidades crecientes de la población escolar. De aplicarse la reducción prevista para este rubro, más de 24 millones de pesos; se reducirán en 1/6 parte sus servicios. Los mismos comprenden 6 colonias de vacaciones en distintos lugares del país, las que serían anuladas.

Del informe al Ministro de Educación elaborado por la Comisión creada por decreto 1436/62.

"... NUESTRO pueblo está hambreado y socavado por infecciones crónicas que son vergüenza de la civilización; nadie quiere decir cuantos son los ineptos para el servicio militar; pero en Corrientes, por ejemplo, apenas hay alguita que no tenga seis o siete variedades de parásitos en su intestino; en Santiago hay tres chagásicos de cada cinco habitantes y en la campaña de Córdoba y Tucumán, igual proporción de brucelosis; sólo el 47 por ciento de la población total del país conoce el agua potable, y la diarrea de verano mata 50.000 niños argentinos por año..."

FLORENCIO ESCARDO.



**NUESTRA FACULTAD**

HEMOS asistido al proceso de renovación de autoridades en todas las facultades de la Universidad de Buenos Aires. La excepción resulta la Facultad de Odontología, perturbada por un viejo pleito. Ello debe mover a la meditación de todos los colegas, sin excepción, ya que resulta inadmisibles la prolongación de esa situación.

No hay pleito sin solución, cuando se sabe anteponer, a las banderías, los intereses comunes de la colectividad. En nuestro caso ello no ha ocurrido,

cabe consignarlo como constatación dolorosa. Pero ello no es imputable solamente a la intransigencia de los grupos en pugna. Hay una cuota que corresponde a cada uno de nosotros, al no reaccionar convenientemente y congregarnos como una fuerza que, representando los intereses de la colectividad odontológica, y basándose en los principios que sustenta el estatuto de la Universidad ponga fin a esta disputa esterilizante y negativa. Al menos así lo creemos nosotros.

**ELECCIONES UNIVERSITARIAS**

Consideradas desde un punto de vista partidario las elecciones de claustro en la Universidad de Buenos Aires dieron como resultado el triunfo del humanismo. Para quienes aspiramos a una elevación auténtica de la Universidad en todos sus aspectos ha sido el acto electoral un triunfo de la democracia, de la Reforma. Se podrá disentir con los métodos utilizados pero lo indiscutible es el régimen de pureza democrática que la Universidad brinda. Sin exclusiones, dando cabida a todas las opiniones en cuyo seno se encontraron y chocaron los más diversos puntos de vista en lo científico y cultural, en sucesos que en su momento conmoveron la opinión nacional; ha sido quizá el acto electoral la culminación de una experiencia reformista positiva. Es posible pensar en un cambio del quehacer universitario? Acaso los pilares en que se sustenta la Reforma; autonomía, gobierno tripartito de graduados, profesores y estudiantes, periodicidad en la cátedra, concursos abiertos y por oposición, libertad de opinión filosófica, extensión universitaria, que es como decir la universidad en la calle para llevar al pueblo de quien se nutre y a quien pertenece los beneficios de la técnica y ciencias modernas; es posible,

repetimos, pensar que todo ello pertenece a un grupo partidista? Acaso no es éste el sentir de la mayoría de los componentes de la Universidad de nuestros días? Porque somos optimistas, porque creemos en la Reforma, y tenemos fe en sus claustros, saludamos a las nuevas autoridades surgidas de éste acto electoral, ejemplo de democracia y convivencia para las instituciones que hace tiempo perdieron el rumbo en el país.

**FOTOGRAFIA DE TRATAMIENTOS DE ORTOPEDIA, PRE Y POST OPERATORIOS**

DIAPPOSITIVOS DE 35 MM. BL/N. Y COLOR.

Laboratorio Fotográfico.

**MEYER FILM**

GENERAL URQUIZA 178  
T. E. 97-7091/6901/6508

**PRIMER CONGRESO INTERNACIONAL DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE ORTODONCIA**

A importantes conclusiones, que reproducimos, arribó este Congreso realizado en Agosto de 1962, en Buenos Aires.

1º — El plan de tratamiento y la selección de los aparatos deben ser hechos después de un cuidadoso diagnóstico basado en factores psicológicos, morfológicos funcionales y un análisis de crecimiento. Por lo tanto la aplicación terapéutica no depende de la edad, sino de la oportunidad.

2º — Los aparatos activos o pasivos, fijos o removibles, o su combinación, son formas terapéuticas efectivas para los casos individualmente indicados. . .

3º — Las Instituciones y colegas adheridos deberán sumar sus esfuerzos para alcanzar el más alto perfeccionamiento sobre los fundamentos teóricos de las técnicas propuestas por este Congreso trabajando en un clima de mutua colaboración y entendimiento.

**SE REALIZA LAS PRIMERAS JORNADAS INTERNACIONALES DE ORTOPEDIA FUNCIONAL DE LOS MAXILARES**

del 7 al 12 de Julio de 1963

**COLABORAN:** Sociedad Argentina de Ortodoncia; Sociedad Argentina de Ortopedia Funcional de los Maxilares; Ateneo Argentino de Ortopedia Maxilar  
Representantes: S. A. O.: Dres. Héctor Viale y Román Santini, S. A. O. F. M.: Dres. Juan A. Bisbal y Horacio Legaspe, A. A. O. M.: Dres. Bernardo Chait y Rubén Racagni.

Para el mejor éxito ya se ha concretado la asistencia de los Dres. Planas (España), Thielemann (Alemania) y Macary (Francia).

Además, destacados especialistas de nuestro país y de Norte y Sud América han sido invitados a participar en este acontecimiento científico, en el que se dictarán cursos intensivos que estarán a cargo de los profesionales antes citados. Estas Jornadas, como asimismo los Cursos, serán televisados por medio de un moderno circuito cerrado que permitirá a todos los colegas ver "ampliado" el trabajo de los dictantes, mientras un sistema telefónico ad-hoc hará posible todas las preguntas de los cursantes.

**Dr.**

**NO PIERDA DINERO Y TIEMPO**

Llame a 90-7730 y en pocos momentos tendrá usted un técnico en su consultorio, que le solucionará todos los problemas que se le presenten en sus máquinas eléctricas.

**SERVICE TOTAL**

A disposición de nuestro distinguida clientela

GUAYAQUIL 474 Of. 2

**A. A. O. M.**

**Horarios de Atención:**

**CLINICA**

Lunes de 9 a 11

Sábados de 9 a 11 y de 15 a 18

◆

**FONIATRIA**

Sábados de 15 a 17

◆

**OTORRINOLARINGOLOGIA**

Sábados de 15 a 17



## Extraordinaria novedad

Dr. HUGO STOCKFISCH

## ORTOPEDIA DE LOS MAXILARES

PRACTICA MODERNA

Primera Edición Argentina (de la 2ª alemana)

Traductora: Dra. DOLORES C. HAUSCHILD

### OBRAS RECOMENDADAS

DISEÑO Y CONSTRUCCION DE APARATOS REMOVIBLES EN  
ORTODONCIA. — C. Ph. Adams. - Cdo., \$ 180 - Créd., \$ 552.

MANUAL DE ORTODONCIA. — White — Brighon — Gardiner.  
Créd., \$ 480 - Créd., \$ 552.

TRATADO DE ORTODONCIA. — W. H. Strang - Cdo. \$ 1.200.  
Créd., \$ 1.380.

ORTOPEDIA ESTOMATOLOGICA INFANTIL. — Maronneaud. —  
Cdo., \$ 500 - Créd., \$ 575.

ORTODONCIA PRACTICA. — Anderson (en preparación).

## EDITORIAL MUNDI

JUNIN 831 BUENOS AIRES

T. E. 83-9663 (librería - créditos) — 83-9339 (gerencia)

## HORIZONTAL

## BORENSTEIN INMOBILIARIA

CARLOS PELLEGRINI 743 — 10 y 11 piso — T. E. 32-7848 — 31-8538

Vende en común con AGORA INMOBILIARIA

POSESION EN EL DIA EDIFICIOS TERMINADOS

C. PELLEGRINI 977 esq. CHARCAS

Departamentos de 1 ambiente, amplio, divisible, baño completo, Kitch.,  
helad., indiv. Ideal para viv., consult., oficina o renta.

OFICINAS ENTREGA INMEDIATA CORRIENTES 1308/16

Oficinas de 45 a 227 mts.<sup>2</sup> — Pisos  
de 425 mts.<sup>2</sup> - Con aire acondicionado **Visítelos todos los días**

## Telerradiografía para Cefalometría

Dres. E. BESZKIN - M. LIPSZYC - L. VORONOVITSKY - L. ZIELINSKY

CEFALOGRAMAS DE STEINER, WYLLIE, DOWNS Y SCHWARZ  
PERFILOGRAMAS

DISTANCIA FOCO-PLACA 2 METROS

Para ortopedia maxilar y ortodoncia

HORARIO: Días hábiles: de 15 a 18 horas

CARLOS PELLEGRINI 743, 2º piso, Dep. 14 — T. E. 32-5802

## Alicates y Materiales...

para ORTODONCIA y ORTOPEdia



TORNILLOS FISCHER importados 15 modelos distintos y Nacionales

PINZAS del Dr. SCHWARZ y Alicates tipo ADAMS

EL SURTIDO MAS COMPLETO EN

ALICATES — ALAMBRES — ARCOS — BANDAS — TUBOS  
ANCLAJES — LAMINAS — ARITOS — RESORTES, Etc.

MAQUINAS ELECTRICAS PARA SOLDAR A PUNTO

**Casa "BERNARD"** Importación e Industria

Av. SAN MARTIN 1431

T. E. 59 - 3043 y 3764

Un depósito argentino al servicio de la profesión dental

**Ya!** Ahorre y adquiera su departamento con la misma cuota que usted suscribe un título de ahorro y préstamo que le permitirá... o no... adquirir después un departamento. Usted adquiere ya su departamento "a precio fijo" y en qué ubicación:

**CALLAO Y CANGALLO 1849**

En propiedad horizontal Ley N° 13.512 — PRECIO FIJO

**BORENSTEIN INMOBILIARIA**

CARLOS PELLEGRINI 743 — Piso s10 y 11 — T. E. 32-7848 — 31-8538

**L.A.D.I.E. S.R.L.**

**LABORATORIOS DE INGENIERIA**

Electrónica — Ventilación

Extractores de aire

Acondicionadores de aire

Elevadores automáticos de tensión (Made in Germany)



GUAYAQUIL 474 — Of. 2

T. E. 90 - 7730

Imprenta

**ARTURO MILOGRANA**

Secretarías y Participaciones de Enlace

AÑASCO 1174

**PEDRO LANGONE**

Laboratorio de Ortopedia Maxilar

AÑASCO 1154

T. E. 59 - 0693

T. E. 59 - 5605



Dra. RAQUEL HELMAN  
Odontóloga  
Pueyrredón 442 — T. E. 89-4515

Dra. ELSA M. GERZOVICH - Odontóloga  
Av. San Martín 861 — Ramos Mejía  
T. E. 658-3474

Dres. YAKIN - Odontólogos  
Pueyrredón 466 — Ramos Mejía  
T. E. 658-5021

Dr. J. I. ORLANDO — Odontólogo  
Ortopedia maxilar — Santa Fe 3242  
Planta baja, Dpto. E — T. E. 80-3846

Dr. LUIS ALBERTO ARENA - Odontólogo  
Buenos Aires 554 — Castelar  
T. E. 629-4924

Dra. MARIA ESTHER CREUS  
Odontóloga — 25 de Mayo 32  
Ciudadela — T. E. 653-7452

Dr. ANGEL LAGORIO - Odontólogo  
Oswaldo Magnasco 751 — Haedo  
T. E. 658-3252

Dr. NORBERTO IGLESIAS  
Odontólogo  
Páez 1239 — San Justo

Dr. SALOMON DUBIANSKY  
Odontólogo - Ortopedista maxilar  
Arenales 2375, Pta. B. A. — T. E. 82-8790

Dra. LILI EVA KLAR  
Odontóloga  
Rivadavia 15931 — Haedo

Dr. RAMIRO CAMELLI  
Odontólogo  
Rivadavia 4951 — Capital

Dr. HONORATO PELAEZ  
Schmidel 7453 — Mataderos  
T. E. 68-4239

Dr. OSCAR RIESGO  
Alvarado 121 — Ramos Mejía  
T. E. 658-3266

Dra. TERESA ISRAELSON  
Asamblea 903  
T. E. 923-5245

Dres. GLIKIN  
Carlos Tejedor 1995 — Haedo  
T. E. 658-6550

Dra. JUANA MALIK - Odontóloga  
Arregui 5304  
T. E. 64-2171

Dr. JORGE CIMETTI - Odontólogo  
Iberá 2473  
T. E. 70-8925

Dr. SAMUEL AZULAY  
Reconstrucciones angulares  
Paysandú 1662 — T. E. 59-8874

Dra. MARGARITA FREIDIN  
Boulogne Sur Mer 760 — 2do. P. A.  
T. E. 87-7771

Dra. BEATRIZ LEWKOWICZ  
Odontóloga  
Galicia 918 — Piso Iro., Dto. 3

Dr. ISIDORO GORE  
Odontólogo  
General Artigas 5389 — T. E. 51-7543

Dr. JOSE KARASIK  
Odontólogo  
Balcarce 353 — Villa Ballester

Dr. ARON YOGUEL  
Odontólogo  
Nazorre 3827

Dr. DOMINGO MATTICOLI - Odontólogo  
Av. del Campo 1421 - T. E. 51-8051  
Solís 1241 — Hurlingham

Dr. ANIBAL SALVO  
Odontólogo  
Bruselas 754 — T. E. 64-2644

Dr. RAFAEL KUGIELSKY - Odontólogo  
Arenales 2375 — Dpto. A  
T. E. 82-8790

Dr. MARIO JOSE DI LEO  
Odontólogo  
Provincias Unidas 3626 — San Justo

Dr. ALFREDO SEGAL - Odontólogo  
Caana 3773  
T. E. 69-9468

Dra. MARTHA S. PARRAL - Odontóloga  
Rivera Indarte 133  
T. E. 63-9782

Dra. MARIA ROSA VALSANGIACOMO  
DE LAVINIA - Odontóloga  
Bolivia 4368 — T. E. 51-7486

## ACTIVIDADES DEL ATENEO

### PROGRAMA DE CURSOS A DICTARSE DURANTE EL AÑO 1963 EN EL ATENEO ARGENTINO DE ORTOPEDIA MAXILAR

- a) **Ortopedia dentomaxilar** 2 cursos paralelos. Iniciación: 16 de abril de 1963 a las 8,30 horas. 17 de abril de 1963 a las 8,30 horas. Teórico-práctico: 25 sesiones.
- b) **Cefalometría clínica:**  
Cefalogramas: Wyllie, Steiner, Downs y Schwarz. Sistematización - Conclusiones. Iniciación: 18 de abril de 1963 a las 8,30 horas. Teórico-práctico.
- c) **Diagnóstico y tratamiento:** músculos, respiración, foniatría, articulación temporomandibular. Entidades clínicas. Aparatología. Iniciación: 18 de julio, a las 8,30 horas. Teórico-práctico 12 sesiones.
- d) **Acelerado para colegas del interior y del exterior:** "Ortopedia dentomaxilar". Días: 4, 5, 6, 8, 9, 10 de abril de 1963, de 8,30 a 12 horas y de 15 a 18 horas.
- e) **Confección de aparatos de ortopedia** (Activador, Placas Planas, Bimler, Placas Hotz, Stock Fisch, Schwenkplatte, Klammt). Iniciación: 16 de abril de 1963, a las 21,30 horas. Curso práctico: 25 sesiones.
- Las salas de clínica, foniatría y otorrinolaringología, funcionan todo el año.

### COMISION DIRECTIVA DEL ATENEO ARGENTINO DE ORTOPEDIA MAXILAR

Presidente  
Dr. RUEEN RACCAGNI

Vicepresidente  
Dr. MARCOS LIPSZYC

Secretario  
Dr. JULIO GOTTLIEB

Prosecretario  
Dra. ESTER BRENER  
DE MELAMED

Tesorero  
Dr. BERNARDO LETZEN

Protesorero  
Dr. LUIS ARENA

Secretario de Actas  
Dr. DANIEL MINTEGUIAGA

Vocales  
Dr. LUIS ZIELINSKY  
Dra. PAULINA FLAX  
Dr. MOISES GERZENSZTEIG  
Dr. ELIAS BESZKIN  
Dr. JOAQUIN ORLANDO  
Dr. FAUSTINO GUGLIEMONE  
Dra. CEZURY LAMY  
Dra. MARIA E. CREUS

### INSCRIPCION EXITOSA

Dentro del plan de Cursos establecidos por nuestra Institución, debemos decir que la inscripción a los mismos ha colmado todas las posibilidades; debiendo agradecer a los colegas, las pruebas de reiterada confianza que ello significa para los ateneistas.