

# ORTOPEDIA MAXILAR

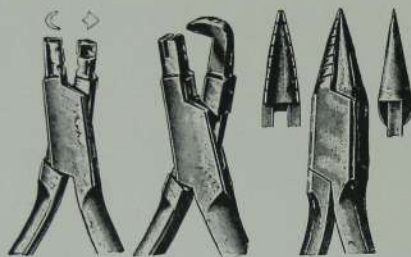
REVISTA DEL ATENEO ARGENTINO DE ORTOPEDIA MAXILAR

PUBLICACION TRIMESTRAL / JULIO, 1963 / N°

**4**

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

# ORTOPEDIA MAXILAR

REVISTA DEL ATENEO ARGENTINO DE ORTOPEdia MAXILAR

Director: Dr. LEONARDO VORONOVITSKY

CONSEJO DE REDACCION: LUIS A. ARENA, JULIO GOTTLIEB, NORA GRIGERA, FAUSTINO GUGLIEMONE, MAURICIO RASCOVAN, LEONARDO VORONOVITSKY.

AÑASCO 1154 / T. E. 59 - 0693

PUBLICACION TRIMESTRAL — Nº 4 — JULIO 1963 — Bs. AIRES, Rep. ARGENTINA

## 4

	PÁG.		PÁG.
<b>EDITORIAL</b>		nóstico y tratamiento ortodónico. L. B. Higley. Traducción de la Dra. Fanny Lavintman	16
Para tener fe en el hombre ....	2		
<b>TRABAJOS ORIGINALES</b>		Aprovechamiento de las fuerzas biológico-funcionales de crecimiento en el tratamiento de la ortopedia maxilar. O. Hoffer.	18
Valor práctico de la cefalometría. Cont. del ním. anterior, por los Dres. E. Beskin, M. Lipszyc, L. Voronovitsky y L. Zielinsky ...	3	Traducción del Dr. Faustino Guglielmoné .....	18
Finalidades y orientación pedagógico-social del Ateneo Argentino de Ortopedia Maxilar .....	6	Malfunción de la lengua. Walter J. Straub. Traducción de la Dra. Marta de Goldenberg ...	23
<b>PAGINA CLINICA</b>		Corrección de la pérdida de dientes mediante la ortopedia. Síntesis de los conceptos de A. M. Schwarz. Traducción de los Dres. E. B. Z. ....	28
Un caso de ensanche, por el Dr. Angel M. Lagorio .....	10		
<b>TRADUCCIONES</b>		<b>INFORMACIONES</b>	
Análisis de la articulación temporomandibular y su relación con los cambios faciales y de la dentadura durante el tratamiento ortodónico. Por Roberto Murray Rickett. Traducción del Dr. Luis Arena .....	12	Notas universitarias .....	33
Pronóstico concerniente al diag-		Encuesta a los colegas .....	34
		Primera Jornadas Internacionales de Ortopedia Funcional de los Maxilares .....	36

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 del autor, sus títulos y cargos y su domicilio. No se devuelven los originales.

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

SUMARIO

## PARA TENER FE EN EL HOMBRE

EN EL COMPLICADO mundo moderno muchas cosas ocurren. Angustias diarias, desazones, miles de hechos grandes o pequeños que se levantan como obstáculos en el camino de la paz y de la felicidad del hombre. Ahí están. Las terribles fuerzas del mal, confabuladas de tal modo como para aniquilar todas las voluntades y todos los buenos deseos.

Pero sería imperdonable ceguera ver sólo el costado negativo de la medalla. Frente al mismo se alza otro mundo, mucho más grande y perdurable: el mundo grato de la satisfacción íntima, del deber cumplido, de la solicitud fraterna de los hombres, del trabajo creador y constructivo.

Ante los que se empeñan en destruir todos los valores del hombre, se alzan incuestionablemente mucho más los que construyen. Indudablemente, el mundo avanza por la ruta del progreso y de la felicidad de la especie humana, aunque, es preciso reconocerlo, a veces sobre sudor y lágrimas; es la denodada labor de los que construyen.

Ahora mismo tenemos el espectáculo reconfortante del quehacer odontológico como expresión de renovado optimismo. Cursos, conferencias, Primeras Jornadas Internacionales de Ortopedia Funcional de los Maxilares, Congreso de Ortodoncia, etcétera, para sólo resumir el quehacer en nuestra profesión. Pero así como nosotros, millones de ciudadanos en las más diversas tareas cumplen similar misión.

Demostración de fe y esperanza, pero también de repudio silencioso a los que envenenan el aire y consumen energías empeñándose en desmontar los sueños legítimos del hombre.

Sólo cabría agregar un voto para que este rechazo a lo negativo asuma formas crecientes.

## VALOR PRACTICO DE LA CEFALOMETRIA

por los Dres. E. BESZKIN, M. LIPSYC, L. VORONOVITSKY y L. ZIELINSKY

Ila. parte (continuación) x  
Caso C. G. - varón, 12 años.  
En este caso abordamos el problema de la influencia del ángulo interbasal en relación al pronóstico y plan de tratamiento. Veamos los datos que nos proporciona el estudio de este caso. (Fig. 1).

Angulo B 30° (interbasal aumentada).  
Angulo J 87° (anteinclinación maxilar)

Haciendo el examen de las estructuras craneales comprobamos que existe una rotación hacia adelante del maxilar superior (anteinclinación) y una retroinclinación mandibular. La existencia de este hecho determina que el ángulo interbasal esté aumentado. Desde ya del examen de las estructuras craneales, dada la edad del paciente, podemos extraer una primera conclusión; la que se refiere a la posibilidad de variación del ángulo interbasal, que en este caso es insignificante.

Examinemos ahora la ubicación de los incisivos sobre sus basales. Echamos de ver que son prácticamente normales. Pero encarado su análisis desde el punto de vista de la posición de los incisivos respecto al perfil, veamos sus datos.

I	NA	7 mms
I	NA	27°
I	NB	8 mm
I	NB	32°

De estas cifras constatamos una biprotrusión dentaria respecto al perfil que resulta de la saliencia de los incisivos en relación a su plano facial.

Aparentemente surge una contradicción: si lo observamos desde el punto de vista de la oclusión el caso es normal, si desde el punto de vista del perfil aparece la biprotrusión como anomalía.

Quedan en consecuencia planteadas dos cuestiones. En primer lugar: por qué ocurre esto; y en segundo lugar qué actitud tomamos.

Respecto a la primera, el estudio nos lleva a la indagación de cual es la anomalía primitiva que, como hemos exa-

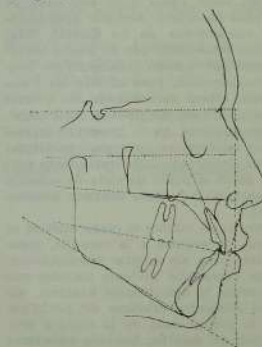


Figura 1

SNA 85° (protrusión maxilar)  
SNB 81° (protrusión mandibular)  
ANB 4° (disto-oclusión ósea)  
Go Gn Sn 36° (Retroinclinación mandibular)

I | Mx 67° xx (Aproximadamente normal)

I | Go Gn 95° (Aproximadamente normal)

I | 117° (ángulo interincisivo agudo)

(x) Ver Revista Anterior Nº 2 - 3.  
(xx) Medida hacia adelante.

minado en el análisis de las estructuras craneales, resulta el ángulo interbasal aumentado, que a su vez es consecuencia de las rotaciones ya señaladas.

¿De qué manera influye el aumento del ángulo interbasal sobre la angulación interincisiva? (Fig. 2).

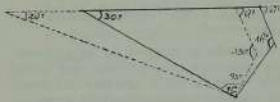


Figura 2

Como lo muestra el esquema, cuando el ángulo interbasal es normal, ( $120^\circ$ ) (líneas punteadas) y los incisivos están normalmente implantados en sus basales, el ángulo interincisivo es, término medio,  $130^\circ$ . Pero cuando el ángulo interbasal aumenta a  $130^\circ$  (línea llena) manteniéndose iguales los valores de la implantación de los incisivos sobre sus basales, debido a la divergencia de las mismas, el ángulo interincisivo se reduce a  $117^\circ$ . En conclusión el ángulo interincisivo expresa la influencia del ángulo interbasal sobre la relación interincisiva. Por ello es que el estudio de los modelos, en este caso, no revela anomalía alguna, pero colocado este aparato dentario dentro del perfil, aparece la biprotusión del mismo que se expresa por la biprotusión labial.

¿Qué posición tomamos frente al problema?

Esto nos lleva a una consideración de tipo general. Cuando queremos sacar conclusiones de un caso tenemos que enfocarlo desde dos puntos de vista, como señalábamos en trabajos anteriores, desde el ángulo de la oclusión y desde el del perfil.

Para mejor comprensión hemos tomado un caso considerando solo la correlación de dos variables: ángulo interbasal y ángulos incisivos. Además juegan otros factores, como la relación anteroposterior de las basales, inclinación del plano oclusal, etc., que delibe-

radamente dejamos de lado para simplificar y ser más explícitos, ya que en la naturaleza no se dan estos dos factores solamente.

La posición a tomar depende del criterio del profesional y de la razón que impulsó al paciente a la consulta.

Hay quienes tienen criterio fijo de hacer desaparecer todas las biprotusiones, por ello prefieren los métodos cefalométricos que investigan todos los elementos referidos al perfil.

Otras escuelas hacen un esfuerzo para discriminar las biprotusiones de origen basal, como la de este caso, de aquellas de origen dentario producidas por volcamiento de los dientes, diagnóstico diferencial que no puede hacerse sino por método cefalométrico. Esto es fundamental, pues el plan de tratamiento estará determinado, en primer lugar, por este diagnóstico diferencial. Si al paciente no le preocupa el aspecto estético, en este caso particular queda descartado todo tratamiento porque desde el punto de vista de oclusión y funcional no existe ninguna anomalía.

Pero si en cambio la razón estética es la que lo impulsa a la consulta, como en este caso, sin aceptar mecánicamente los deseos del paciente tenemos que balancear la biprotusión dentaria con otros elementos estéticos del perfil como la prominencia de la nariz y protusión del mentón, también valorables cefalométricamente. Especialmente el mentón, que en gran parte es función de las relaciones craneométricas. Como en este caso estos factores son más o menos aceptables es aconsejable no proceder a ningún tratamiento.

#### CONCLUSIONES

- 1) Es posible un diagnóstico precoz de los rasgos y tendencias de crecimiento de las estructuras craneales.
- 2) Puede pronosticarse, basándose en el crecimiento diferencial el tipo de problema a plantearse.
- 3) El crecimiento vectorial en la misma dirección del maxilar y la man-

díbula, cuando los incisivos superiores están rectos, puede ser causa de apinamiento inferior independientemente de las anomalías transversales o de las discrepancias hueso-diente.

4) Cuando este crecimiento vectorial produce rotación divergente de los maxilares puede traer como consecuencia una biprotusión dentaria a pesar de que los incisivos están bien ubicados sobre sus respectivas basales.

5) Siempre es necesario hacer una valoración tanto desde el punto de vista de la oclusión como del perfil.

6) De esta manera estos dos casos concretos demuestran como estos problemas pueden prevenirse a través del estudio cefalométrico pues en el simple estudio de los modelos las anomalías permanecerían enmascaradas hasta el fin del desarrollo sin tomarse como conocimiento de sus causas.

#### BIBLIOGRAFIA

- Broadbent B. H. The face of the normal child Angle Orthod. 7: 183-208, año 1937.
- Bjork y Palling. Adolescent age changes. Acta Odontológica Scandinavica. Vol. XII 1954, pág. 20-232.
- Scott J. H. Growth at facial sutures Am. J. of Orthod. 42:383-387, 1956.
- Scott J. A. Am. J. Orth. Vol. 4 pág 507, 512 y 585 a 589, año 1958.
- Schwartz A. M. Roentgenostaitic. Urban and Swarzenberg Verlag Wien Innsbruck.
- Beszkin Lipszyc, Voronitsky, Zielinsky. Estudio de 20 casos de relación entre rotación de maxilar superior e inferior en relación a la edad (en preparación).
- Beszkin, Lipszyc, Voronitsky, Zielinsky. Displasias esqueléticas. Ortopedia maxilar N° 1, 1962, pág. 3.
- Dirección de los autores: Carlos Pellegrini 742.

## FINALIDADES Y ORIENTACION PEDAGOGICO-SOCIAL DEL ATENEO ARGENTINO DE ORTOPEDIA MAXILAR

De acuerdo con el informe preliminar sobre la situación social en el mundo "Naciones Unidas", Nueva York, 1952, que dice así: todos los esfuerzos de la medicina concurren a la revalorización fisiológica del hombre en estos momentos. Esta medicina, que es más preventiva que asistencial, es medicina social porque no contempla sólo los conceptos salud y enfermedad, sino que contempla también el bienestar físico, mental y social del individuo. Este es, sintetizando, el de las Naciones Unidas y surge de la Declaración Universal de los Derechos Humanos, donde se proclama que toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, como así también a su familia, la salud y el bienestar, y especialmente la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica. Se entiende así que la salud no es sólo una cuestión médica sino también una finalidad social. Al logro de este objetivo, la revalorización fisiológica del hombre, debe concurrir el odontólogo encarándolo su especialidad con criterio amplio, haciendo un estudio exhaustivo del enfermo, contemplando los probables problemas médicos concurrentes que estuvieron o estarán involucrados en el caso, descartando el solo criterio morfológico y el diagnóstico clinicoradiológico como única base diagnóstica. Debe orientar su esfuerzo no sólo al tratamiento de las lesiones, sino a lo que es más importante, la prevención de las mismas y no sólo las lesiones maxilares sino todo otro tipo de lesiones asociadas, cosa sólo posible estudiando al individuo como un todo. Teniendo en cuenta la enorme incidencia que la deficiente alimentación tiene en la etiología y evolución de ciertas

maloclusiones debe conocer suficientemente nutrición como para confeccionar tablas alimentarias para la madre y el niño en las distintas edades realizando al mismo tiempo divulgación y profilaxis. Esta es la responsabilidad del odontólogo ortopedista como sociólogo, como pedagogo y como higienista.

Tres son los pilares en que el Ateneo Argentino de Ortopedia Maxilar basa su estructura, de acuerdo con los principios precedentes:

- 1) La clínica;
- 2) La Comisión de Actividades Científicas, dividida ésta en tres departamentos: Cursos y Conferencias, Casuística y Estadística y Biblioteca;
- 3) Revista

### Clínica

Es ley fundamental en ciencia que teoría y práctica constituyen un todo armónico de manera tal que permita apreciar en la práctica el valor de ciertas teorías o que descubra las leyes que rigen los fenómenos o cambios obtenidos por medios empíricos.

Munido de este concepto, el Ateneo Argentino de Ortopedia Maxilar cumple con su labor docente procurando transmitir a los colegas, mediante los cursos que programa, todos los conocimientos que sobre la especialidad hay hasta el presente. A la vez, se están dando los primeros pasos para sistematizar y agrupar los tratamientos y poder disponer así a la brevedad, de casuísticas propias, índice del trabajo realizado.

Un aspecto destacado de la labor del Ateneo es la clínica, puesto que es en

ella donde se hace la práctica intensiva, la aplicación de nuevas técnicas llegadas del exterior o ideada por los profesionales concurrentes, comprobando así las posibilidades de su éxito. La importancia del lugar que ocupa la clínica está dada por estas cifras:

Funciona tres días por semana. Concurren a los tres turnos un total de 60 colegas. Hay casi ochocientos casos fichados y concurre un promedio de 40 niños por turno para su atención.

Paralelo a la clínica funciona un servicio de otorinolaringología y de foniología.

Los colegas deben cumplir un horario mínimo de labor al término del cual los casos se discuten en ateneo, donde el diagnóstico y tratamiento son decididos en forma colectiva. El esquema de funcionamiento de los turnos, es como sigue: 2 jefes de clínica en cada uno, encargado de la dirección científica y 4 jefes de turno, uno en cada semana, encargados de la distribución y control de los pacientes, así como de todo problema que surja durante el día.

Como último detalle, diremos que se le requiere a cada paciente una declaración jurada de sus posibilidades económicas a los efectos de realizar una correcta aplicación de presupuesto en cada caso. Una visitadora social se encarga de comprobar tales declaraciones.

El Ateneo entiende que las actividades de tipo científico tienen que estar armonizadas con los objetivos generales de la institución, que parten de dos premisas fundamentales: contribuir a la formación de un criterio de base científica entre los profesionales que en alguna forma se vuelcan a la terapia de las anomalías de la oclusión y en segundo lugar contribuir en la modesta medida de sus posibilidades a llenar el inmenso vacío en las necesidades sanitarias de nuestro país.

De acuerdo con las formulaciones de hombres de vasta experiencia y nombrada internacional, como Garber, que, partiendo de la cifra de 37.000.000 de jóvenes en edad de necesidad de examen clínico para el descarte de disgn-

cias en USA, que nos pone ante el problema de afrontar aquí una situación de esa índole y que puede resolverse solamente con un plan de capacitación de toda la profesión en los principios clínicos de manera de que la posibilidad de la terapia preventiva e interceptiva vaya al encuentro de la mayor parte de las anomalías. Concibiendo el tratamiento como todo un programa que, partiendo de las primeras etapas de la oclusión, vaya hasta al desarrollo orgánico total, tanto morfológico como funcional. Cayendo el peso fundamental sobre el profesional común, que debe poseer los principios básicos clínicos para instituir un tratamiento de estos tipos, no esperando a que la complejidad de las anomalías haga solo posible un tratamiento correctivo.

Para un programa de este tipo, es necesario una unidad de criterio que puede alcanzarse a poco que se sea consecuente con los principios más arriba enunciados. Con este criterio trabaja la Comisión de Actividades Científicas del A.A.O.M., que coordina la acción de sus tres departamentos, a saber: Cursos y Conferencias, Casuística y Biblioteca.

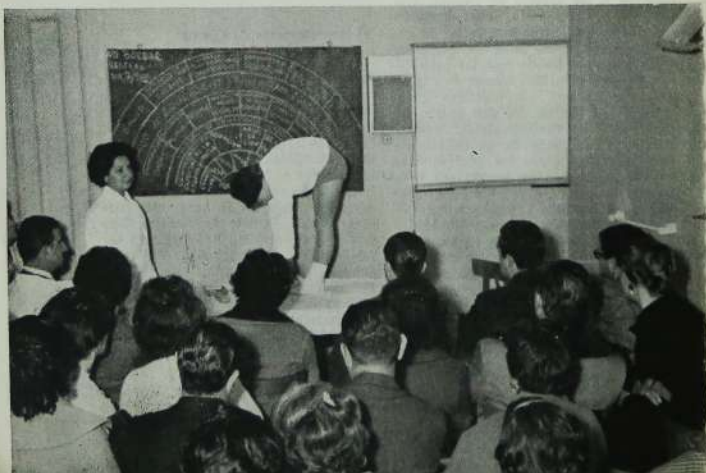
### El Departamento de Cursos

Programa los cursos regulares que funcionan en una extensión de dos años. Durante el primero se desarrolla un curso básico que enfoca en forma panorámica todos los aspectos de la Metodología que en forma de rutina se aplica también en la clínica que funciona en la institución. Abarcando a lo largo de 25 sesiones un programa que toma los principios de Anamnesis, Examen Clínico, Estudio de Modelos, Conclusiones del Estudio Radiológico y Cefalométrico, Aparatología, Extracciones, curso éste que durante el año 1963 ha contado con la participación de 60 inscriptos desdoblados en dos turnos de los días martes y miércoles, de 8.30 a 11 horas. Los cursos se desarrollan



Vista parcial de la sala de conferencias.

Durante una de las clases correspondientes al curso básico.



con una clase teórica de 45 minutos y el resto dedicado a las demostraciones prácticas que se efectúan sobre la base de tomar casos de las distintas entidades clínicas, efectuando de ellos el diagnóstico, plan de tratamiento y construcción de la aparatología.

El segundo año está estructurado bajo el concepto que, teniendo el colega nociones básicas generales que se han dado en el primer curso, se lo divide al mismo en tres ciclos independientes. Un primer curso de Cefalometría de 12 sesiones; uno de Diagnóstico y Plan de Tratamiento, de 13 sesiones, que se desarrollan los días jueves, de 8.30 a 11 horas, e independientemente, un curso nocturno de Aparatología, que se dicta los jueves, de 21 a 23 horas.

No existe límite máximo de inscriptos, pues como principio fundamental se parte de la base de ampliar todo lo posible la acción de extensión universitaria de la institución, disponiendo al efecto de la cantidad de ayudantes necesarios.

#### Departamento de Casuística y Estadística

Tiene como función compilar y sistematizar las fichas clínicas de los pacientes atendidos, de manera que a través de un fichero constantemente actualizado, permite poner al servicio de los colegas que necesiten utilizar para fines de enseñanza o de investigación el rico material casuístico que se va acumulando. Un sistema computador sencillo permite, en virtud de la uniformidad de criterio existente, disponer de los más diversos aspectos de los casos tratados.

#### Departamento de Biblioteca

En formación, está acumulando en base a donaciones y adquisición de libros y revistas, los elementos para poner a disposición de los colegas la manera de estudiar y profundizar en nuestra especialidad. Para dar mayor vitalidad al Departamento, una serie de profesionales colaboran traduciendo publicaciones del alemán, inglés, francés, etcétera, que serán posteriormente utilizadas como consulta.

#### Revista

Posiblemente la última de las realizaciones del Ateneo Argentino de Ortopedia Maxilar. La más reciente y en la que, aparte de su Comité de Redacción, todos los integrantes del Ateneo se sienten consubstanciados porque es el reflejo en que se vuelcan las inquietudes y afanes de la labor diaria. Todos colaboran en su redacción, compilación y publicidad, y justificando la razón de su existencia tiene sus páginas abiertas a todos los colegas que deseen en ella colaborar. En vías de mejorarla y modificarla dentro del criterio que signa toda la actividad del Ateneo.

Esto es, en prieta síntesis, el resumen de qué es y qué significa el Ateneo Argentino de Ortopedia Maxilar. Su existencia física es de tan solo siete años, pero vive, no es estática, se agita y adapta a los tiempos actuales. Autodidactas en gran parte, sobre la marcha va en constante progreso y modificación.

## UN CASO DE ENSANCHE

por el Dr. ANGEL N. LAGORIO

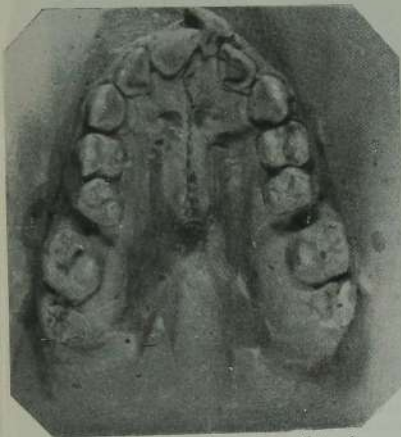


Figura 1

La paciente, Srta. S. M., de 21 años, concurre a nuestra consulta particular, especialmente por lo antiestético de su incisivo central superior izquierdo, que abulta y levanta el labio.

El examen clínico nos muestra un paladar ojival, muy profundo, y notable atresia, tanto que los premolares superiores articulan por dentro de los inferiores. El estudio de los modelos, considerando el índice de Pont, da los siguientes datos:

S. I.	Es	Debe ser
Dist. 4/4	23,6	36,5
Dist. 6/6	41	47,5 (Fig. 1)
Diferencia, en zona 4/4, prácticamente, de 8 mm.		

Teniendo en cuenta la edad de la consultante y la estrechez que se detalla, hace que nuestra impresión, con respecto al resultado del tratamiento ortopédico a realizar, sea francamente pesimista. La insistencia de la paciente nos decide, y se confeccionan placas Planas, la superior con tornillo medio de ensanche, arco vestibular y ganchos de arrastre para distalar premolares (hay espacios suficientes por la extracción anterior de 6/6). Se consigue una buena pista de rodaje con adecuado desgaste de las placas y de las cúspides no fundamentales. La pa-



Figura 2

MODA NUEVA A LA MODA NUEVA  
MODA NUEVA A LA MODA NUEVA  
MODA NUEVA A LA MODA NUEVA  
MODA NUEVA A LA MODA NUEVA  
MODA NUEVA A LA MODA NUEVA

cienta usa los aparatos con ejemplar dedicación día y noche y sólo los quita en las horas de las comidas. Se controla cada ocho, diez días, con dos-tres vueltas de tornillo.

Hubo pequeños inconvenientes con los ganchos de arrastre que irritaban zonas de carrillos, por lo que fueron eliminados, pues por el momento, lo fundamental, era el ensanche. En la fecha, tres meses y medio después, se toman nuevas impresiones. El examen de los modelos, revela:

Dist. 4/4:	34 mm.
Dist. 6/6:	44,7 mm. (Fig. 2)

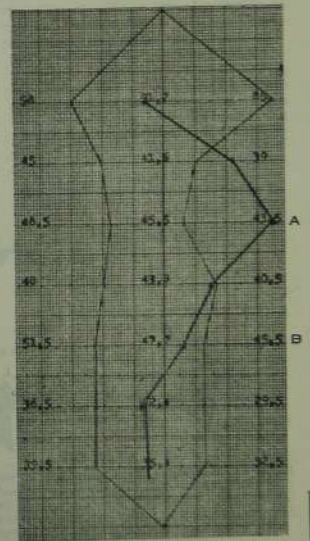
En la zona de premolares se ha logrado distender 5,4 mm. y en molares 3,4 mm. sin volcamiento de premolares ni molares.

El éxito parcial del tratamiento es espectacular, por el escaso tiempo transcurrido y la edad, ya citada; la explicación, muy lógica, reside en varios factores: en primer lugar, la buena basal que presenta el hueso maxilar, determinada previamente, mediante el índice de Ashley - Howes (Fig. 3); luego, la excelente adaptación que permite la placa Planas con su acción continua y controlada y, finalmente, la conducta favorable de la paciente.

Dirección del autor: Osvaldo Magansco 751, Haedo, (Prov. Bs. Aires).

A. Índice de ancho coronal.  
B. Índice de ancho basal.  
Donde se ve que B es mayor que A, o sea que hay mayor ancho basal que coronal.

Figura 3



## ANÁLISIS DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR Y SU RELACION CON LOS CAMBIOS FACIALES Y DE LA DENTADURA DURANTE EL TRATAMIENTO ORTODONCICO

por ROBERTO MURRAY RICKETTS  
Traducción y síntesis del Dr. Luis Arena

La alteración del perfil es, simplemente, la expresión final de varios factores contribuyentes, entre los cuales el crecimiento del cóndilo mandibular ejerce la mayor influencia.

El crecimiento del cóndilo no sólo guarda relación con el crecimiento del maxilar, sino que también prevé la dimensión vertical de la porción inferior de la cara y compensa el movimiento posterior de la fosa glenoidea durante el empuje de crecimiento. La forma de la articulación en un conjunto de cien personas normales con el mismo número

de clase II, mostraron mucha similitud, no así en un conjunto de clase III que se caracterizó por presentar cóndilos largos y angostos, asentados hacia arriba y adelante en una fosa plana.

Un estudio de la posición de reposo reveló en los casos de clase II, una posición de los cóndilos hacia abajo y adelante en dos tercios de los casos examinados (Fig. 1). Ninguna diferencia esencial pudo demostrarse en la posición del cóndilo cuando los dientes se hallaban en oclusión. La dimensión interoclusal (fre way space) en cla-

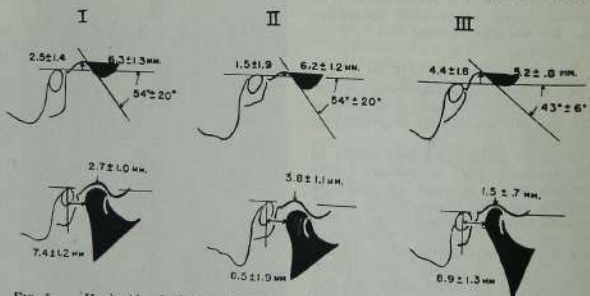


Fig. 1. — Variación de la forma de la eminencia y diferencias en posición de la fosa en casos normales y pacientes con maloclusiones de clase II y clase III. Notar la semejanza en el ángulo y altura de la eminencia en las clases I y clase II. Notar la forma de la fosa, altura y ángulo en clase III. Los números representan desviaciones medias de las medidas tomadas de los distintos casos.

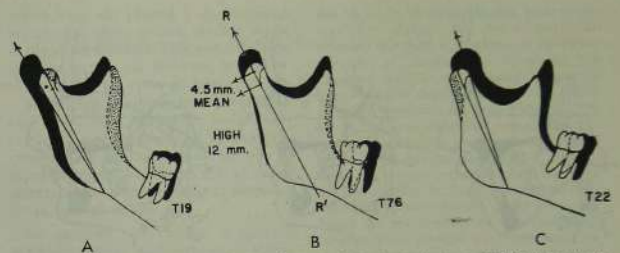


Fig. 2. — El crecimiento del cóndilo durante el tratamiento en cantidad y dirección. El hallazgo típico es demostrado en B, en que el crecimiento promedio del cóndilo lo hace a lo largo del eje longitudinal del cuello de cóndilo y un crecimiento de 4.5 mm durante el tratamiento. A, representa un caso extremo de crecimiento hacia atrás que concuerda con los rostros de crecimiento vertical y aumento del plano mandibular. C, representa un caso, el cóndilo crece hacia arriba y adelante, que concuerdan con mentones que adelantan y planos mandibulares que disminuyen.

se II está aumentada el doble, y el camino de cierre es más distal.

Los mismos pacientes de clase II fueron estudiados después del tratamiento para valorar los cambios producidos. En la posición de reposo se observó un preponderante movimiento posterior del cóndilo. Los cambios en la posición del cóndilo en la posición de oclusión de los dientes, fueron lo suficientemente grandes como para ser señalados: un 13 por ciento se movieron hacia abajo y adelante en un promedio de 1 a 2 mm., pero lo que no se esperaba era que en un 27 por ciento los cóndilos se movieran en la posición de oclusión de los dientes a una posición más distal y mejor asentados en la fosa glenoidea; algunos de estos casos se movieron casi 3 mm. hacia arriba y posteriormente durante el tratamiento.

### Crecimiento del Cóndilo

El crecimiento del cóndilo fue medido a lo largo de la línea RR. Esta línea fue dibujada a lo largo del eje mayor del cuello del cóndilo. En la mayoría de los casos esta línea intersecta el borde inferior de la mandíbula cerca de la escotadura maseterina. De allí

que el aumento no representa crecimiento de la mandíbula entera sino solamente desde el borde inferior de la mandíbula a la cima del cóndilo (Figura 2). La dirección del aumento muestra que más de un tercio de los casos de clase II presentan un patrón de crecimiento carente de paralelismo en el crecimiento mandibular. El concepto de estabilidad de la forma mandibular se mantuvo en sólo dos tercios del conjunto examinado.

### Cambios en el Perfil

Para determinar los efectos de los cambios de la articulación temporomandibular sobre el perfil, fue estudiado el ángulo formado por la intersección del eje y con el plano basiónasion porque esta medida simplifica la evaluación de los cambios en la posición del mentón durante el tratamiento (Fig. 3).

Las variaciones de la clase II fueron de 7° grados como valor menor a + 12° como máximo con un promedio de + 3° grados. Las diferencias más significativas fueron casi limitadas a la forma de la mandíbula.



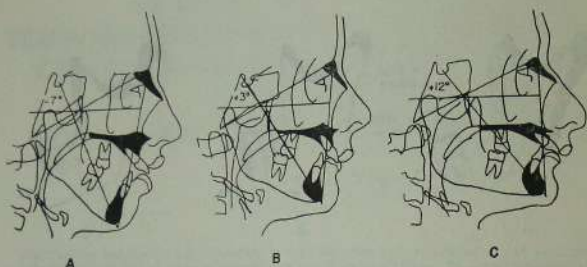


Fig. 3.—Variaciones del patrón facial en las malocclusiones de clase II registradas en el eje y con plano Ba. N. (Bastión-nación). En A, se observan un gran plano mandibular, un ángulo facial disminuido que coincide con un ángulo de  $-7^\circ$  del eje y referido al plano Ba. N. B, representa el promedio tipo de los casos observados con clase II. El ángulo de  $+3^\circ$  indica un caso opuesto de A, presentando una tendencia a la retrognatia. C, representa el caso opuesto de A, presentando un ángulo de  $+12^\circ$  en el eje Y, un ángulo facial de  $+90^\circ$  y un ángulo plano mandibular disminuido. Todo esto concuerda con un rostro de tipo corto y cuadrado.

El crecimiento a lo largo del eje Y fue evaluado 0, el movimiento — hacia adelante del mentón fue designado más (+), y la apertura del eje Y indicado con valores negativos (—). El eje Y en el promedio de clase II presentó una apertura de  $1^\circ$  (Fig. 4). Algunos casos presentaron una apertura hasta  $3^\circ$  (laras alargadas) y otros cerraron cerca de  $2^\circ$  grados. El alargamiento de

la cara se midió en el eje Y antes y después del tratamiento y presentó un promedio de 6 mm.

**Comportamiento de la Dentadura en Relación a los Cambios de la Articulación**

Ninguna relación se estableció entre los cambios de dirección y aumentos de

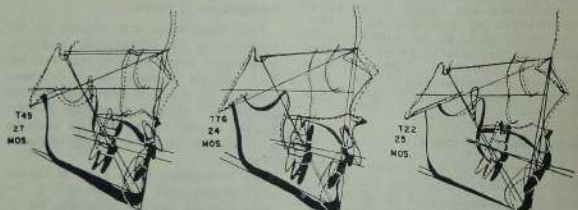


Fig. 4.—Variación del comportamiento de la mandíbula: Menor: Eje y abierto  $3^\circ$ ; (mentón hacia abajo); 36 por ciento  $-2$  a  $-3$  grados. (A). Promedio 1: Crecimiento (hacia abajo y adelante); 58 por ciento  $+1$  a  $-1$  grados. (B). Mayor: Eje y cerrado;  $2^\circ$  (mentón adelantado); 6 por ciento  $+2$  grados. (C).

crecimiento del cóndilo y el comportamiento del plano oclusal medido desde el plano mandibular. Esto naturalmente se debe a que los métodos varían influyendo en el plano oclusal.

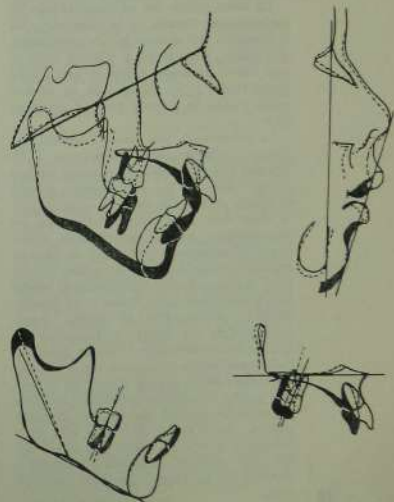
En los casos estudiados se encontró que la erupción del primer molar inferior está correlacionada al crecimiento condilar. En los pocos casos en que la erupción molar es mayor que el crecimiento del cóndilo se debe al descenso de la fosa glenoidea.

La posición del cóndilo a menudo afectó el tiempo necesario para lograr la corrección de la clase II. En muchos casos, usando fuerza — extraoral o elástica no se lograba progresos en la corrección de la arcada. Un examen más detenido mostró una posición del cóndilo baja y adelantada y una tracción continuada finalmente produjo la corrección de la arcada cuando el cóndilo estuvo bien asentado en la fosa glenoidea. En los otros lados en que el cóndilo está bien situado en el comienzo del tratamiento, la fuerza de los elásticos y la sola ligera corrección producida favoreciendo la acción del plano inclinado de los dientes forzaban la mandíbula hacia adelante. El resultado era una aparente espontánea corrección; sin embargo en tales casos debe continuarse con la tracción hasta que el cóndilo adquiera una posición correcta.

**Crecimiento y su Relación con el Tratamiento**

Trazados cefalométricos y laminográficos indican que en la mayoría de las clases II la corrección de la relación molar se logra esencialmente por crecimiento de la mandíbula, inclinación del plano oclusal y adelantamiento de la arcada inferior. El molar superior está usualmente llevado hacia atrás mantenido en su lugar u obligado a descender mientras la mandíbula lleva el arco inferior hacia abajo y adelante. (Fig 5).

Fig. 5.—Caso seleccionado para ilustrar los efectos del crecimiento, la tracción cervical y la placa de mordida durante el tratamiento. Observar los cambios totales en la figura superior (izquierda por superposición en el plano Bastión-nación) y registrado en el eje Y. El arco superior parece haberse movido hacia atrás por entero, mientras un buen desarrollo mandibular se produce. El molar superior fue mantenido recto (aun inclinado mesialmente), mientras el movimiento distal se logra. Junto con un deslizar de la arcada dentaria inferior ocurrió un crecimiento de la mandíbula hacia arriba y adelante. El adelantamiento posiblemente se debió al efecto de la placa de mordida. El tiempo de tratamiento fue de sólo dieciséis meses en un niño de ocho años de edad.



## PRONOSTICO CONCERNIENTE AL DIAGNOSTICO Y TRATAMIENTO ORTODONCICO

L. B. Higley B.A. D.D.S. M.S. Iowa City, Iowa U.S.A.; Resumen del trabajo publicado en American Journal of Orthodontics and Oral Surgery St. Louis, Vol. 33, N° 11, Orthodontics, páginas 738-53. Noviembre 1947. (Traducción y resumen Dra. Fanny Lavintman).

En noviembre de 1947, L. B. Higley realizó un trabajo concerniente al pronóstico y diagnóstico en el tratamiento ortodónico. Extraeremos sus conclusiones.

Muchos ortodoncistas creen que su sentido estético artístico cubre todas las necesidades del diagnóstico, pero es necesario darle al principiante algo tangible para basar su diagnóstico.

En 1899, Angle dio su clasificación de maloclusión, basada en la constancia de la posición del primer molar permanente. Simon, Broadbent y Tweed sugirieron cierta relación entre la estructura dento-facial y los planos de la cabeza como punto de partida para el diagnóstico.

La extracción con fines ortodónicos alcanzó proporciones alarmantes a fines del siglo pasado. Las razones en pro o en contra de las extracciones tienen distintos puntos de vista; la vieja escuela dice que si el diente estuviera en maloclusión, habría insuficiente hueso basal de soporte y nada que se hiciera podría corregirlo, de ese modo habría que realizar tantas extracciones como fuera necesario para llegar a un alineamiento, prefiriendo el diente hacia atrás sobre su basal; y teniendo en cuenta principalmente el factor estético.

Los que están en contra de la extracción presumen que al mover el diente por medio de fuerzas ortodónicas hacia la relación oclusal correcta, la función normal daría como resultado una estimulación de los músculos y el hueso basal para cambiar su medida y forma y conformar la nueva oclusión establecida.

Tweed dijo que los incisivos en la mandíbula debían estar normalmente sobre el hueso medular. Actualmente, se cree que están hacia la compacta lingual. De acuerdo con Tweed sabemos que el ángulo formado por los planos Franckfort-mandibular como aditamento para el diagnóstico de las extracciones como medio de mejora estética y asegurar resultados definitivos, no lo podemos tomar hoy en cuenta.

Actualmente su aplicación es solo un método rápido para determinar si la mandíbula es o no normal, pero sería todavía conveniente determinar si la anomalía es de posición, forma o tamaño y en qué parte.

Virtualmente todos los casos que muestran el ángulo Franckfort-mandibular de 28 a 35 grados requieren extracciones de dientes.

Actualmente hay solo dos razones fundamentales para la extracción: una es la suma de los diámetros mesio distales de las coronas de los dientes comparada con la suma del hueso basal de soporte presente o previsto; la otra es ante la imposibilidad de mover el diente de su posición anómala hacia su posición correcta en relación con los músculos y el hueso basal de soporte.

Algunos ortodoncistas creen que el crecimiento del hueso basal no puede ser controlado, presumiendo que toda deficiencia es hereditaria o que es imposible inhibir los otros factores etiológicos que actúan sobre el crecimiento del hueso basal, estimular el crecimiento latente o cambiar su dirección.

Esta actitud puede ser justificada o no, pero en todo caso es similar a la

de un protesista, actuando con dientes naturales; considerando la medida o forma y relaciones de los maxilares como constante, y los dientes serían colocados en el mejor alineamiento posible para dar una oclusión funcional y una estética facial satisfactoria.

Strang piensa si es suficiente una dentadura estabilizada y se pregunta:

1) ¿Los maxilares deformados, son sólo resultado de deformaciones hereditarias?

2) ¿Es posible que maxilares hereditarios puedan ser coartados o desviados en su crecimiento?

3) ¿Es posible que el ortodoncista pueda eliminar los impedimentos para el crecimiento o cambiar su dirección?

Strang dice que el hueso basal crece gradualmente y si es frenado durante cierto tiempo en su crecimiento, pierde ese tiempo para siempre.

Esto implica otro factor que el hereditario como responsable del desarrollo de los maxilares.

Indirectamente, también el movimiento del diente puede eliminar causas etiológicas de las deformaciones y permitir estimular el crecimiento latente o redirigirlo.

Equilibrio en la dentadura es la anulación de las dos fuerzas musculares externa e interna. La lengua con su presión interna es un factor importante, también lo son los carrillos como fuerza externa. La presunción de que las presiones musculares anormales no pueden ser modificadas, sin límite, en concordancia con las nuevas posiciones de los dientes, no es perfecta. Es por eso que hoy, para ensanchar arcos dentales deformados, no se debe excluir la posibilidad de realizar cualquier adaptación muscular.

En las deformaciones que tienen las arcadas muy angostas, corregir sin ensanche, significa hacer muchas extracciones y aún así, el resultado no sería satisfactorio. Los que se oponen a la expansión, probablemente, lo hacen como advertencia en contra de la excesiva expansión.

Los ortodoncistas estarán siempre

agradecidos a hombres como Tweed, Strang y otros, que han removido la profesión en sus cimientos, estimulando a sus miembros para reexaminar las bases y conceptos fundamentales de la teoría y práctica de la ortodoncia.

### SUMARIO

Los resultados obtenidos por ortodoncistas, en los tratamientos no pueden ser completamente apreciados por otros a menos que su concepto de lo normal sea idéntico.

Los resultados en ortodoncia hablan por sí mismos. El diagnóstico y métodos de tratamiento están basados en presunciones y la interpretación de los cambios ocurridos para alcanzar el resultado deseado, pueden ser discutidos. La extracción hecha con juicio, está permitida como parte del tratamiento ortodónico, basándose en las condiciones del caso.

Aquellos que enseñan ortodoncia o contribuyen a su literatura, deben recordar constantemente que asumen una enorme responsabilidad.

Una investigación debe ser hecha cuidadosamente e interpretada correctamente o puede hacer más mal, que bien.

Los estudiantes deben analizar inteligentemente y hacer crítica constructiva de todo lo dicho y escrito en el campo de la ortodoncia y materias afines.

Cuando la materia es una en la cual el estudiante u ortodoncista tiene insuficiente conocimiento, debe consultar con quien está mejor preparado para el análisis y la crítica. Hay muchos pensamientos consistentes en la literatura ortodónica que cumplen con esa necesidad.

Es posible probar algunas de las tesis dadas mediante citas de esa literatura, pero esto no aumenta su valor.

El cambio denota progreso, y esto es posible en ortodoncia, probando que ese cambio esté basado en hechos y presunciones que no sean irrazonables.

Dirección de la Dra. Lavintman:  
Morelos 93 — 1° D.

## APROVECHAMIENTO DE LAS FUERZAS BIOLÓGICO-FUNCIONALES DE CRECIMIENTO EN EL TRATAMIENTO DE LA ORTOPEDIA MAXILAR

O. HOFFER (Milán, Italia)

Traducción y resumen, Faustino Guglielmonne

La interrogativa específica de la ortopedia funcional de los maxilares consiste en la intensificación de la función de cada uno de los músculos del órgano de la masticación en su acción conjunta en el espacio tridimensional; evita así el daño en el tejido paradentario, la reeducación de la función respiratoria y la supresión de los hábitos viciosos.

Desde entonces el empleo de medios correctivos intentando actuar en el sentido de la evolución biológica del desarrollo y crecimiento, fue notablemente intensificado, resolviéndose en consecuencia actuar lo más precozmente posible en los períodos en los cuales la articulación está sujeta a los momentos de mayor tendencia evolutiva y al máximo impulso de crecimiento.

En esta forma el empleo de la fuerza de crecimiento por la terapia gnato ortopédica se identifica con la esencia de la ortopedia funcional, que consiste en la valorización y aplicación de la adaptación funcional por el tratamiento de la irregularidad de posición de los dientes, de los defectos de la articulación, de las disnasias a través del empleo y aprovechamiento de la actividad muscular.

Según esta presunción, desde antiguo se preconiza aprovechar para el tratamiento la influencia activante y estimulante que se aplica sobre todos

los procesos de crecimiento, y especialmente sobre la erupción de los dientes.

Baume (1955), recalca que la función influye sobre la erupción dentaria a través de un cuádruple mecanismo:

- Por la estimulación de la aposición ósea;
- Por la provocación de la reabsorción ósea;
- Por la reglamentación del impulso de crecimiento de los dientes;
- Por la autorregulación de la eficacia de la acción de los labios y de la lengua sobre la disfunción e inclinación de los dientes.

El autor reconoce en la correcta función masticatoria una influencia capaz de provocar crecimiento, que cuando falta lleva al apinamiento y malposiciones, cuyo origen debe atribuirse a un insuficiente desarrollo.

También influye la función ejercida con respecto a la reabsorción durante la fase eruptiva de los dientes y que, faltando, no se explica aún siendo normal la morfogénesis.

Scott (1961), afirma que la forma de los procesos alveolares y de la areada dentaria ya está determinada antes del nacimiento y de la erupción, pero cada acción muscular anormal de músculos o grupos musculares producen deformaciones durante el desarrollo. Además, ciertas maloclusiones están asociadas

al acondicionamiento del esqueleto facial que se basa en un fundamento hereditario. Esta fuerza mecánico-funcional provocada por los músculos de la lengua, de la mandíbula y de los labios transmitidos por los movimientos masticatorios a los dientes, y de éstos a los tejidos perirradiculares. Ballard (1955) y Eachler (1959), dicen que el empleo de la fuerza biológico funcional debe ser paulatina para lograr crecimiento y que las modificaciones se realicen según las leyes de la transformación ósea. Esto ha sido demostrado en la Escuela de Milán, que, sobre animales de laboratorio, ha evidenciado la diversidad de modificaciones que se logran mediante aparatología fija y removible, en particular su función sobre el maxilar y la articulación temporo-mandibular. Se ha logrado así valorar el límite de tolerancia fisiológica a dicha fuerza.

En particular, los estudios histológicos, histoquímicos y electromicroscópicos, han demostrado que, al contrario de la aplicación de fuerzas mecánicas continuas extrafisiológicas que producen fenómenos de reabsorción tisular más allá del límite de tolerancia biológica, el empleo de la aparatología funcional realiza el movimiento a través de un fenómeno de reactivación y su consiguiente adaptación funcional, siempre dentro de dicha tolerancia.

Fue comprobado por la investigación histoquímica del tejido sometido a fuerzas la alteración del quimismo tisular, pero siempre dentro de los límites subnormales en los tejidos sometidos a la aparatología ortopédica, y fue confirmado con la investigación electromicroscópica la conveniencia del empleo de fuerzas de orden biofisiológicas que la ortopedia está en condiciones de realizar.

Derichsweiler (1958) sometió a animales de laboratorio a la acción de la aparatología funcional y consiguió realizar modificaciones tisulares por carga en el hueso maxilar, que evolucionaron sobre una falsa línea de osifica-

ción endocondral y pericondral, pero sin superar jamás los límites fisiológicos de la transformación ósea.

Baume, Hauptl y Stellmach (1959) llegaron a la siguiente conclusión: La terapia ortodóncica no se limita a la transformación de la estructura periodontal sino que influye también en las partes del temporal, de manera que el principio funcional, además de traer ventajas a la propiedad morfogenética por los estímulos funcionales, induce por medio de esta aparatología (activadores) a una modificación de la actividad muscular.

Grossmann (1958) examinó el problema sometiendo a algunos sujetos afectados de clase II div. 1 y 2 y clase III al examen electromiográfico según el método de Greenfield y Wyke, descubriendo notables variaciones de la coordinación refleja de los músculos masticadores sometidos bajo la acción de aparatos funcionales.

Eschler (1959), prosiguiendo sus estudios electromiográficos sobre los músculos de la masticación, analiza y distingue en particular la función anatómica preestablecida de tales músculos respecto a su acondicionamiento funcional neuromuscular, sosteniendo que hasta el fin de la erupción la formación de la art. T.M. depende exclusivamente de la actividad de tales músculos; después, o quizás antes, con la aparición del reflejo masticatorio, que sigue al de succión, las relaciones de los músculos masticatorios son alteradas. Instaurándose por efecto de reflejo masticatorio, luego de los movimientos pro y retropulsivos de la mandíbula, movimientos de apertura y cierre, la formación y modelado de las cabezas articulares, por efecto de los reflejos masticatorios.

En oposición, la asimetría funcional de los músculos masticadores tienden a la formación de articulaciones asimétricas. Se evidencia entonces la importancia de la función muscular y su eficacia. Hay que distinguir la disnasia caracterizada por oclusión deficiente y

malposición articulo-muscular de la mandíbula, requiriendo, por lo tanto, un atento estudio funcional analítico.

Kraft (1960) realizó estudios electromiográficos sobre 157 pacientes para determinar la actividad muscular durante el sueño, descubriendo actividad de 10 a 12 kilos de fuerza. Durante 8 horas de sueño registró entre 12 y 259 contracciones musculares importantes. Además, en el movimiento tónico horizontal de la mandíbula se comprobó un movimiento vertical en un 50% de los casos. Ahlgreen (1960) indagó la respuesta neuromuscular con activadores de Andressen. Haupt, mediante electromiografía bilateral de los músculos temporal, masetero, orbicular y suprahióideos en gente de 8 a 30 años, llega a la conclusión que el aparato actúa primero por variación de composición de la mandíbula según la construcción del aparato, tendiendo por contracción muscular a retomar su posición anterior. Para aumentar el efecto estimulante, el autor aconseja el uso diurno con ejercicios de presión de las arcadas de 100 a 200 veces.

Mérle-Béral (1961) examinó el rol del músculo en la determinación de la anomalía de forma del esqueleto facial y las continuas modificaciones por acción de los músculos sobre el sistema máxilo-facial. En sus conclusiones, el autor insiste en la necesidad de un preciso diagnóstico diferencial entre anomalía anatómica y funcional y, en consecuencia, la elección de una terapia mecánica con acción sobre el elemento dentario y a su vez funcional por su influencia en el desequilibrio muscular que originó la disfunción.

De igual forma se expresa Gagny (1962), quien, analizando un caso de síndrome de Rex, describe un método de reeducación empleado en la escuela de París, que en caso de lesiones leves se logra con la reeducación y corrección de la deformación sin aparatología ortodóncica. En los casos graves la ayuda de aparatología funcional, especialmente del tipo de los activadores,

ofrece las mayores posibilidades por la acción que el aparato ejerce al respecto de la lengua entre los dientes.

La terapia que preconiza la reeducación de las principales funciones que mantienen la lesión, la respiración, la deglución y la fonación en base a la noción del comportamiento neuromuscular, Cauhpé y Fieux (1957) profundizaron para explicar la génesis de las disnasias. Según la afirmación de estos autores, el equilibrio entre la lengua y el grupo orbicular-bucinator sería debido a la regulación en el reposo y en el curso de la masticación, deglución y fonación por la forma de las arcadas y sus relaciones.

Los efectos y causas de la deglución anormal han sido estudiados por Stramb (1960) sobre una casuística de 475 niños, considerando que la deglución atípica sobreviene a consecuencias de la alimentación artificial, y por lo tanto, responsable de la deformación de los maxilares y malposición dentarias por la defectuosa posición lingual al succionar. Por ser difíciles de corregir en el adulto los defectos de deglución, el autor aconseja intervenir lo más precozmente posible para facilitar el regular desarrollo del paladar y la dentición.

Sobre la relación entre la deglución y la actividad muscular de la lengua, Holik (1957) ha descubierto una segura relación entre respiración bucal (nocturna) y una disminución del desarrollo muscular oral, especialmente de la lengua, que sería origen de las disfunciones, especialmente la distocclusión.

Recientemente, las relaciones entre desarrollo del asplano cráneo y función respiratoria han sido puestas al día por Hoffer (1962), quien sobre una serie de experiencias encontró la importancia del comportamiento neuromuscular en la génesis de las disnasias y la alterada función respiratoria, evidenciando particularmente la importancia de las fuerzas funcionales, y por lo tanto aconseja el uso de la terapéutica gnato-ortopédica.

Kunvary (1958) examinó la fuerza muscular de la lengua y los efectos de su motilidad sobre la forma de las arcadas, registrando una fuerza de intensidad media que va de 2 a 5, y en ciertos casos de 8 a 14 libras.

El tratamiento funcional consiste en una reeducación de los músculos que requiere la colaboración de los pacientes, mientras que para la prevención el autor aconseja una placa de acrílico que detiene, a modo de escudo, el excesivo movimiento de la lengua. Las investigaciones sobre la fuerza ejercida por la lengua, practicadas por Zedenek y Zeleny (1960) con un gnato-dinamómetro, han evidenciado diversas malformaciones dentarias según la acción, hacia adelante, atrás o lateral. Sobre 649 pacientes afectados de esas anomalías de la actividad lingual presentadas, en 353 casos oclusión normal, en 226 distocclusión y en 70 mesiocclusión.

A. M. Schwarz (1961), en su tratado sobre los últimos resultados con los métodos Nawwath por la intensificación del tono del masetero y temporal que aumenta la acción del activador en los casos de distocclusión. Los ejercicios practicados con el activador durante el día, intensifican la acción de los elementos auxiliares y aseguran, desde el punto de vista psíquico, una mayor tolerancia del aparato por la participación activa del paciente y de sus familiares en favor de la curación.

El concepto explicado por Eschler en 1952, sobre la necesidad de tener en cuenta, además de la terapia ortodóncica, para obtener un correcto resultado y evitar recidivas, es indispensable tener en cuenta los siguientes puntos:

Suprimir y evitar la posición defectuosa de la mandíbula.

Corregir el tono anormal de los músculos masticadores, lengua y labios.

Evitar que se abran los labios y mantener durante el reposo la boca cerrada.

Suprimir los obstáculos provocados por la lengua y su interposición sobre la arcada.

Procurar la reeducación respiratoria.

Con respecto a los numerosos aparatos funcionales preconizados para valorar y utilizar la fuerza biológica funcional después de la aparición del primer monoblock, no sólo en ortopedia sino en paradentología y traumatología, es de señalar que en los últimos 15 años se ha trabajado en localizar los fundamentos biológicos de las disnasias, intentando aclarar y precisar las causas y naturaleza.

El pensamiento terapéutico funcional está orientado actualmente sobre el comportamiento neuro muscular en primer lugar, y a una precisa definición de la disfunción que dependen de los desequilibrios biodinámicos.

Bajo esta presunción, la terapia está dirigida a la eliminación de la causa y búsqueda de los medios correctivos más idóneos que, en el mejor de los casos, solicite la respuesta de todas las fuerzas energéticas vinculadas a la actividad muscular de la dinámica máxilo-facial.

En esencia, esto equivale a una puesta a punto de diagnóstico y tratamiento por lo cual Mérle-Béral (1959) hace una distinción entre anomalía anatómica y anomalía funcional, y que Muzi (1961), muy oportunamente, precisa las relaciones entre terapia funcional y sus resultados.

Planas (1961), tratando el resultado en la boca de la ortopedia funcional, expone un criterio y la indicación de la aparatología en la etapa evolutiva del articulado.

Analizando específicamente los aparatos funcionales aparecidos en los últimos 5 años, aparece en todos una tendencia a la reducción del tamaño y el aumento de la elasticidad.

Sobre el ejemplo del Bimble muchos autores han continuado proponiendo modificaciones tendientes a permitir la acción lateral de la mandíbula y la máxima función de la lengua. El activador abierto actúa por acción sobre la alterada función de la lengua y de la mímica, respondiendo mejor (Klami

1960) cuando el niño lo usa durante la fonación.

Con el fin de estimular la función de la lengua sobre un paladar poco desarrollado Holik (1959) propone el activador sin superficie de guía cuya característica principal es la cobertura total del paladar.

Para la corrección de la inversión, Chateau (1961) ha descrito un aparato a placa inferior con un arco intercambiable colocados en dos pequeños tubos de tal forma que al cerrar la boca golpea con la cara palatina a los incisivos superiores llevando hacia atrás la mandíbula. Además ideó un aparato similar para la corrección de la retroposición de la mandíbula por medio de una placa inferior y arco que llega al superior recorriendo vestibularmente la acción combinada de retropropulsión superior y propulsión inferior corrige el defecto sagita; de los maxilares.

Para la resolución del problema de extrusión de los incisivos inferiores debido a la reducción de la dimensión vertical, Planas propone su Equi-plan. Es un agregado al original de Bimble que se propone frenar la exagerada erupción de los incisivos inferiores favorecida por la distocclusión y la falta de contacto con los incisivos superiores, además el Equi-plan favorece la erupción de los molares sobrecargados manteniéndolos fuera de contacto. El valor funcional del Equi-plan consiste entonces en la eliminación de la carga oclusal de los molares permitiendo después la formación de una curva normal de compensación y en consecuencia corrección de la suproclusión.

Para el exceso de dimensión vertical Wunderer 1961 ha propuesto un monobloc con relieve masticatorio en los molares, agregado a una montonera extraoral con fuerte tracción. La reducción del mordex apertus se realiza según el autor por flexión de la rama horizontal de la mandíbula provocada por la tracción conjuntamente una acción sobre la articulación T. M. durante la aper-

tura. A consecuencia del juego alterado de apertura y cierre se consigue una flexión de la rama horizontal y la acción transmitida a la articulación en forma intermitente provoca un cambio en la misma por transformación de la composición ósea articular. El autor también aconseja esta aparatología en fractura de maxilar, resecciones y osteotomías.

Kirchner preconiza el empleo del activador rígido en las fracturas simples con o sin dislocación oclusal y como tratamiento final la inmovilización por breve tiempo.

En el campo parodontal Wunderer (1958) entrevé en la aparatología funcional la mayor perspectiva para influir sobre la dimensión vertical por el mecanismo de extrusión de los dientes antagonistas en las zonas laterales y al mismo tiempo una acción sobre la A. T. M. lo que realiza los efectos; en casi todos los casos es un sinergismo de estos dos mecanismos.

Petric (1959) analizando el empleo de los distintos aparatos en parodontología preconiza el uso de aparatos funcionales que según un control radiológico no han sufrido alteraciones las piezas tratadas con activador. Esta opinión la comparte Bertzbach (1958) quien comprobó que el uso del activador rígido mejora los síntomas clínicos de la enfermedad parodontal.

El argumento a sido recientemente retomado por Hoffer y Voguel (1961) que confirma investigaciones anteriores (Hoffer 1950) mencionando la ventaja del empleo de aparatología funcional en la terapia de la parodontosis sobre todo por corrección de los defectos de oclusión sagital y vertical, por conseguir del punto de vista ortodóncico una mejor intercuspidación y el restablecimiento del equilibrio oclusal articular, que según Chateau (1961) consiste en la óptima distribución de la oclusión (contacto total).

Dr. Guglielmo,  
Galicia 918

## MALFUNCION DE LA LENGUA

WALTER J. STRAUB D.D.S., N.S. F. I. C. D., San Mateo, California.  
Traducción y resumen por la Dra. María de Goldenberg

La lengua es un órgano muscular que tiene una gran variedad de movimientos. Los dedos del más eficiente pianista no pueden moverse tan rápido como la lengua humana durante una conversación. Esta propiedad de la lengua se debe a que solamente la parte inferior está fijada al hueso, mientras la parte anterior, los bordes y la punta son libres. Todos los otros músculos estriados del cuerpo están fijos en ambas partes. Esta doble fijación asegura exactamente el grado de contracción y provee de doble señales al sistema nervioso central de las posiciones momentáneas de los músculos.

Como la parte anterior de la lengua no es fija es imposible para el sistema nervioso central obtener muchos de los mensajes desde este órgano. Esta es la razón por la cual la lengua posee una menor precisión del sentido de lugar y posición que los otros órganos musculares.

La sensación de posición está asistida por el sentido del tacto. Por ej., si la punta de la lengua toca los I, existe una mayor conciencia sobre su posición.

La deglución anormal no se desarrolla durante el tratamiento ortodóncico, como muchos ortodoncistas creen. Esta anomalía no se desarrolla mientras el niño crece ni es el resultado de la succión del pulgar. Muchos han pensado que un deglutidor anormal fue también un chupador del pulgar. Esto no es cierto, muchos deglutidores anormales son también chupadores de pulgar pero raramente se encuentra un caso en el que la anomalía es debido a esto.

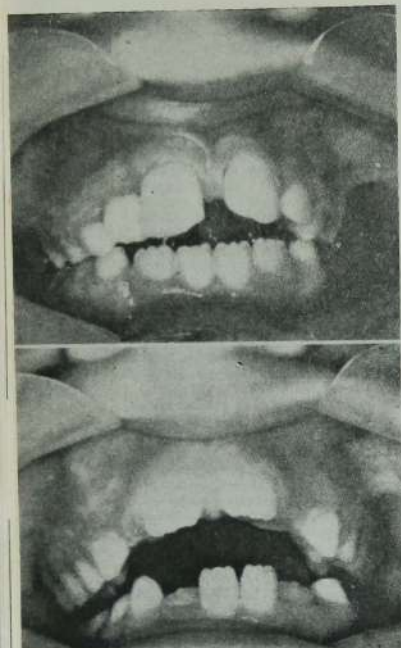
En el acto de deglución normal los músculos de la expresión nunca son usados. Cualquier cambio observado en estos músculos al comenzar o durante el acto, usualmente indica una desvia-

ción de lo normal. Sin embargo, los músculos de la masticación son usados para llevar los dientes y maxilares fuertemente juntos y mantenerlos durante el acto entero de la deglución, este es un proceso que normalmente requiere el uso de 20 músculos. El único tiempo en que los dientes están fuertemente juntos es durante el acto de la deglución. En todos los otros tiempos los dientes están apartados y en descanso. Cuando masticamos nuestros alimentos los dientes no entran en contacto.

En personas que degluten anormalmente hay una típica mueca facial, en la que las arrugas que van del ala de la nariz a las comisuras corren hacia abajo y los labios están protruidos.

El hábito de deglución anormal puede desarrollarse, por las mamaderas que se les dan a los bebés, debido a los chupetes largos que tienen varios agujeros. La boca del infante es muy pequeña y ese chupete largo cae mitad en su garganta. Por ello el no puede succionar y deglutir propiamente. Así el niño se ahoga, regurgitan o devuelven la leche por los costados de la boca. En su propia defensa, el niño pone la lengua hacia adelante y toma el chupete entre las encías y la lengua y deglute en esa posición. Los niños que aprenden a deglutir en esa forma se convierten con el tiempo en deglutidores anormales.

Esta anomalía puede ser prevenida con el uso de chupetes cortos y que tengan un pequeño agujero. De esta forma sus labios y cara presionarán contra la goma, simulando el pecho materno. Se ha encontrado que con este tipo de chupete el niño recibe la misma cantidad de leche como si bebiera del pecho materno. Si también recibe menos aire raramente tienen



Casos de mordida abierta en los cuales la interposición lingual ha producido marcados diastemas.

excesos de leche, raramente regurgitan, devuelven y tienen menos cólicos.

La deglución anormal no se instala por sí misma durante el crecimiento del niño.

Existen muchas variaciones del hábito y éste puede ser insospechado toda la vida ya que muchos pacientes no desarrollan una mordida abierta. Es extraño que se conozca muy poca literatura y sin embargo es un hábito bastante frecuente y causa severas maloclusiones. En 1937 Truesdell y Truesdell anticipó numerosas teorías sobre el hábito de la deglución anormal, pero nadie ha publicado estadísticamente para sustanciar cualquier teoría como causa de la deglución anormal.

La literatura es sin embargo bastante comprensiva, recordando el acto de la deglución. La palabra deglución está derivada del latín *deglutis* y *deglutire* y está definida como el acto de la deglución. La deglución puede ocurrir durante la ingestión de alimentos sólidos o líquidos o en intervalos periódicos a través del día. Para comprender la desviación de lo normal tendríamos que tener conocimiento del acto de la deglución. La descripción que sigue son generalmente aceptadas.

La deglución puede ser dividida en 3 pasos. El primero es voluntario y consciente el alimento es tomado dentro del bolus o saliva y llevado dentro del istmo de las fauces.

Durante el segundo estado, el que es involuntario pero todavía consciente y puede ser considerado un mecanismo reflejo, el bolus o saliva es llevado a través de la porción oral y laringea de la faringe.

Durante el tercer estado el que es involuntario e inconsciente, el bolus o saliva es llevado a través del esófago dentro del estómago.

#### EL ACTO ANORMAL DE LA DEGLUCION

Ya fue puntualizado anteriormente que en el acto normal de la deglución, los músculos faciales de la expresión no

son usados y cualquier cambio observado en estos músculos, antes o durante el acto de la deglución indicaba anormalidad.

Los músculos maseteros o músculos de la masticación son usados en llevar los maxilares y dientes fuertemente juntos y mantenerlos durante el proceso entero.

En los deglutores anormales, sin embargo los músculos masticadores no son usados en llevar los maxilares juntos.

Primero, la lengua es empujada hacia adelante entre los dientes y luego los músculos de la masticación traen los maxilares hasta que los dientes superiores e inferiores contactan con la lengua. En muchos casos sólo la punta de la lengua está envuelta, con una mordida abierta solamente la región incisiva y cuspeada. En otros, los bordes tanto como la punta de la lengua son puestos entre los dientes, abriendo los premolares y molares tanto como los dientes anteriores.

Los orbiculares y otros músculos faciales de la expresión, entran en el acto como si ayudaran el bolus hacia atrás con la lengua.

En muchos casos el paciente sopla aire hacia delante y realiza una presión positiva en la parte anterior, en lugar de una presión negativa.

Una onda de contracción comienza con los músculos faciales, la lengua cae entre los dientes, con una contracción de los músculos del cuello, tal como el palantogloso, palata stelogloso y el milohioideo.

En asociación con la contracción de estos músculos, el paciente en algunos casos también tiene tendencia a mover su cabeza hacia adelante durante el primer estado de deglución y así ayuda al bolo de alimento o saliva hacia atrás. El acto de la deglución tiene lugar aproximadamente dos veces en un minuto durante las horas del día y aproximadamente una vez por minuto o menos, dependiendo del flujo individual de saliva durante las horas del sueño. En la deglución normal están cerradas temporalmente, las trompas de eusta-

quio, y la laringe desde la faringe mientras el bolo de comida está pasando ahí.

Como previamente se describió, esto causa una aspiración parcial la que ayuda a desagotar parte de la nasofaringe y parte de los tubos de eustaquio y también relajar los músculos después del acto.

En la deglución anormal ocurre lo contrario. El paciente no realiza un completo vacío pero tiene tendencia a soplar el remanente de aire en cada abertura de los labios, tubos de eustaquio y nasofaringe. En el hábito de deglución anormal, la contracción es tan intensa que el paciente tiene la musculatura contraída alrededor de la cara y cuello (y en algunos pacientes viejos los cambios de expresión facial y contorno se observan) mientras el acto normal de la deglución es un episodio muy relajante.

#### RESULTADOS

De los 478 pacientes con hábito de deglución anormal todos salvo dos fueron alimentados con biberón. Treinta y tres pacientes fueron amamantados y un período de 2 a 6 semanas, luego solamente tuvieron biberón. En muchos de estos pacientes el segmento anterior de ambos arcos habían sido afectado o hubo una severa "mordida abierta" o una protrusión de los dientes antero superiores o de los segmentos anteriores de ambos arcos donde una posición de protrusión con espacios entre los incisivos y caninos. Muchos de los pacientes, succionaban además sus pulgares y además de la extrema protrusión de los dientes superiores anteriores había un pequeño lugar para acomodar la lengua en su propia posición en el paladar y en su lugar fue encontrada descansando sobre los dientes inferiores. De manera que en muchos de estos casos el paladar estaba angostado y mal formado, que si el paciente deseaba poner su lengua contra el techo de su boca no podía hacerlo, la lengua estaba demasiado ensanchada

para acomodarse plana contra el paladar angosto.

Como resultado del hábito de deglución anormal, usualmente encontramos un arco superior angosto y en muchos casos un maxilar angosto con los dientes superiores protruidos en una relación de mordida abierta. La importancia de la propia posición de la lengua contra el paladar con su lucha de ambos en el acto de la deglución, no puede ser sobrepesada, pues provee el balance de fuerzas necesitadas para mantener el propio ancho del arco en el maxilar. En el hábito de deglución anormal lo opuesto tiene lugar y el resultado es muy difícil para corregir. El hábito de deglución anormal ha sido encontrado como debido a un biberón impropio. Para poder apreciar porqué el biberón puede causarlo, habría que comprender las diferencias en los mecanismos del biberón y el pecho materno.

Cuando el bebe está succionando el pecho, presiona contra el su nariz, su mejilla y labios. La tetilla está entre sus labios y encías, tal que hay una combinación de presiones contra el pecho, aproximando y succionando. La lengua está libre en la boca para ocuparse de una cuidadosa deglución ya que la leche no corre libremente pues debe ser succionada con presión. Cuando la boca está llena la fuente de suministro es cortada y el bebe realiza el acto de deglución llevando la leche dentro de la faringe.

En los biberones el chupete es muy largo y como el niño tiene un pequeño paladar, el chupete cae parcialmente dentro de la garganta o el área del tejido blando.

Usualmente los padres desean que el niño obtenga suficiente leche o la botella entera sin esfuerzo. Para facilitar esto, hacen en chupetes agujeros grandes. Al succionar el bebe no necesita hacer presión y para resguardarse de la caída de la leche coloca su lengua hacia adelante, entre las encías. El chupete descansa entre la punta de la lengua y la encía superior y labio, ya que si el chupete es largo cubre el paladar,

la leche cae hacia abajo. Cuando el niño intenta succionar vigorosamente la leche cae tan rápido que se ahoga antes de poder deglutir.

Los padres tienen que remover el biberón de su boca hasta que el exceso es deglutido o aflora por los ángulos de su boca.

El problema psiquiátrico de la alimentación del bebe también debe ser tenido en consideración. Servy estableció observaciones previas y estudios clínicos, han demostrado que la primera causa por la que los niños succionan su pulgar y dedos es por la insuficiente succión del pezón o biberón. En pequeños quienes después del biberón succionaban el chupete, reemplazaron el agujero de aquel por otro pequeño, incrementando el tiempo de succión a 25 minutos el pequeño exhausto del succionado no llevó su dedo a la boca luego.

En adición a las causas del hábito de deglución anormal, un biberón impropio puede ayudar a producir el hábito de succionar el pulgar. La diferencia entre el amor maternal y el frío hábito de darle al bebé el biberón montando a un apoyo o almohada, muestra a esos bebes con su lengua adelantada, manteniendo la punta en esa posición, y deglutiendo por la porción posterior mientras la punta recibe un nuevo suplemento de leche.

#### COMENTARIO

Se describen medios para conocer el hábito de la deglución. Muchos métodos son usados en la corrección de este hábito. Sin embargo los ortodoncistas no están familiarizados con este hábito; siendo sobreestimado al marcar el diagnóstico. Entonces cuando el paciente está por completar su tratamiento imaginará que el paciente ha desarrollado un hábito de deglución anormal en respuesta a la nueva posición de sus dientes e indicará un tratamiento para cerrar los dientes anteriores, cuando en realidad, el hábito ha estado siempre presente, pero que la existen-

cia de otros hábitos ocultaba el de la deglución.

#### CONCLUSIONES

1) El hábito anormal de deglución parece ser el resultado directo de un biberón inapropiado.

2) La llamada "mordida abierta no es siempre una indicación de deglución anormal, tal como otros hábitos pueden afectar la dentadura en tal forma que el hábito de deglución está disimulado. Lo último puede como resultado ser presentado en una típica clase II div. I con bastante "overbite" y "overjet".

3) El hábito puede estar presente en los "empujadores de lengua" quienes han empujado los dientes labialmente hacia arriba y abajo creando espacios, y en algunos casos una mordida borde a borde.

4) El hábito de deglución anormal puede separar no sólo los dientes anteriores sino también los posteriores incluyendo los premolares y en raras instancias los primeros molares bilateralmente.

5) En muchos casos de deglución anormal el paladar es tan alto y angosto que aunque el niño lo desea, no puede poner su lengua en posición correcta hasta que haya sido hecha la corrección.

6) La deglución anormal puede estar presente sola o con otros hábitos como: chupador de pulgar o dedos, morderse

el labio, sacador de lengua, comedor de uñas, etc.

7) El factor que este hábito de deglución anormal se observa más en las niñas que en los niños puede ser discutido ya que los padres se preocupan más en las pequeñas irregularidades de los dientes de sus hijas que cuando se trata de los dientes de sus niños.

8) La deglución anormal y el "empuje de lengua" puede ser favorecido por una lengua inusualmente larga que causa severas mordidas abiertas.

9) El hábito de deglución anormal usualmente produce una mordida abierta. Si no es corregida, el hábito causaría la reincidencia del segmento anterior a su formación primera después que ha sido completado el tratamiento.

10) Fue encontrado que el hábito de la lengua juega una parte importante en la interferencia con el normal crecimiento de la dentición y es la culpable de muchas serias maloclusiones.

11) El hábito de deglución anormal podría ser detectado y corregido tempranamente para facilitar el desarrollo normal del paladar y la dentición. Cuando es encontrada tempranamente, puede el hábito ser corregido por control o enseñando al niño a usar los músculos propios de la deglución y poner la lengua en su propia posición.

Es un hábito dificultoso para corregir en personas mayores.

## CORRECCION DE LA PERDIDA DE DIENTES MEDIANTE LA ORTOPEDIA

Síntesis de los conceptos de A. M. SCHWARZ, extraídos de "Lehrgang der Gebissregelung, tomo II.  
Traducción por Drs. E. B. Z.

En la mordida del adulto, toda pérdida de diente se busca suplantarla mediante una pieza artificial; especialmente puente, con sus conocidas dificultades y riesgos para los dientes pilares.

Generalmente el espacio que se produce por la pérdida del diente, es la brecha por donde comienza la decadencia prematura de toda la dentadura. Esta desgracia es por supuesto más grave cuanto más prematuramente se produce la brecha. No solamente la duración de un puente es limitada, y la decadencia de la dentadura se anticipa; también la elaboración de la prótesis choca en las bocas jóvenes con mayores dificultades, como ser la resistencia y la parte estética. Finalmente mencionaremos en particular las mutilaciones en el sector frontal, donde a pesar de los adelantos en la técnica del anclaje moderno no pueden vencerse por completo todas las dificultades.

Por eso todas las posibilidades para evitar la prótesis, en estos casos, no deben ser desechadas y es la Ortopedia la que lo soluciona a través de trabajos como los que siguen:

1) *Corrección cuando falta un IC superior.*

Primeramente algo sobre la ausencia misma. La falta originariamente (agenesia) de un IC es en verdad una rareza. Más frecuente es su erupción en lugar que no le corresponde. El obstáculo se presume que es, casi siempre, la cara lingual de un supernumerario incluido, que puede presentar distintos aspectos en su desarrollo.

Otras veces, gérmenes de este tipo, ya más desarrollados y calcificados no em-

pezan a la mucosa y son fácilmente reconocibles radiográficamente. A veces erupcionan en parte (un ángulo o un borde) haciendo creer que se está en presencia de un incisivo normal que está erupcionando anormalmente. Como caso extremo puede presentarse al arco superior con 3 y aún 4 Is centrales. La radiografía posibilita la decisión sobre cual extraer y cual dejar o llevar a su lugar. Una forma desagradable es cuando el supernumerario se presenta como un germen no muy calcificado, ubicado en el lecho de la cara lingual del permanente no erupcionado, y da una imagen confusa, sin contraste. En estos casos, se produce generalmente un retardo en la erupción de 1|1, o sea que cuando ya los 2|2 han salido, aún están los a|a temporarios, o también que a la caída de los temporarios a|a no se realiza la erupción de los 1|1 permanentes. En estos casos corresponde asegurarse exactamente de la posición de los 1|1 mediante radiografías desde distintos ángulos y abrir una brecha en la mucosa y; o aparece el supernumerario y se lo elimina, o si no se lo ve se inspecciona la cara lingual del permanente liberándolo. Naturalmente que la herida se mantendrá abierta dejando libre el borde incisal para que el diente, por sí mismo, siga su erupción, siempre que aún sea la edad para ello, o sea hasta los 11 o 12 años. Lo mismo ocurre generalmente cuando se trata de un supernumerario que obstaculiza la erupción normal del permanente. Cuando la ubicación debe realizarse a una mayor edad o cuando el ICSD no se encuentra en su lugar ideal, debe

ubicárselo en su lugar mediante tracción (espigas y gomas). Solamente cuando su cambio de posición es inútil, debemos renunciar a ello.

La pérdida frecuente de dientes a causa de las caries, o de la piorrea, ocupan aquí el 2º y 3º lugar. Lo más frecuente es un golpe en la parte frontal, con lo que el diente es expulsado de su sitio sin posibilidades de ubicarse nuevamente, o ha recibido una sacudida fuerte, seguida de una inflamación que lo lleva finalmente a la caída.

También puede ocurrir con la dentición temporaria, cuando un golpe en a|a repercute en el germen de los 1|1 tan cercanos y mediante la raíz de ese temporario se perjudica el normal desarrollo del germen del permanente, que se retarda y finalmente debe ser extraído. Refiere el caso de un niño de 9 años, que en la niñez se introdujo en el maxilar el a|a por un golpe. El temporario restante se mantuvo fuerte. El niño fue traído pues el a|a accidentado temporario aun permanecía, mientras los otros tres incisivos ya habían hecho el recambio. Sucedió que la raíz del temporario había perdido al germen del permanente cuya calcificación era aún elemental dirigiéndose hacia nasal. Se reconoció una corona mal calcificada y la desviación de la raíz y de todo el diente, motivo por el cual no erupcionaba. Al liberarlo se vio que no había posibilidades que continuara su erupción.

También puede hablarse acerca de las precauciones a tomar cuando los temporarios se pierden antes de tiempo. Es conocido que después de la pérdida de un temporario, debe mantenerse el espacio para el permanente. Pero sólo puede aplicarse cuando va a reducirse el espacio del permanente con el tiempo si no se lo mantiene. Pero el permanente respectivo ya 1 o 2 años antes de su erupción ha preparado su espacio a través del crecimiento del hueso del maxilar en ese lugar. Hasta ese momento el temporario ha cumplido su papel de mantenedor de espacio y en ese sentido, ya está de más.

Puede considerarse la edad de 5 años para los Is; de 6 años para los laterales; de 9 años para los caninos. Desde ese momento, los permanentes son los responsables del crecimiento óseo normal, aún en maxilares estrechos, sin dependencia con los precedentes en la mordida, pudiendo por lo tanto renunciarse a los temporarios como mantenedores de espacio.

En efecto, actualmente ya no debe considerarse un error, como lo consideraban antes, la extracción de un canino temporario después de los 9 años habiendo apiñamiento frontal superior y al pretender alinearlos. El canino temporario ya ha cumplido su misión. Independientemente debemos agregar: el canino permanente (extraído el canino temporario) puede por su parte, tardar en su erupción o no salir, en cuyo caso se le culpa a esa extracción "prematura". Contra esa falsa culpabilidad, puede preverse mediante una radiografía previa con la que no debe hacerse ahorros. Mejor una radiografía demés y no de menos. Esto vale también para los dos casos precedentes de accidentes en la dentición temporaria a una edad temprana. Cuanto antes se actúa, tanto mejor para el niño y tanto más fácil el tratamiento. Lo mismo en cuanto al reconocimiento, especialmente de los caninos desviados y es más importante aún a mayor edad.

Hablaremos ahora sobre el fundamento para que se considere como un error, que cuando se produce la pérdida de un central superior en la época de recambio, se trate de conservar el espacio. Desgraciadamente llegan a nuestra clínica cada vez más chicos a los que, en estos casos, se les ha instalado un puente o mantenedor. Es sabido que la naturaleza se encarga de cerrar el espacio por sí mismo, acertándose los tres incisivos restantes especialmente en relación con la erupción de los caninos permanentes. Un ejemplo: se trata de un niño de 7 años que por un accidente, presenta el 1|1 volcado y haciendo erupción en vestibular casi en el surco, y muy tardamente. Se puede



apreciar precisamente en este caso como la naturaleza, mediante el corrimiento de los otros dientes ha logrado un arco bastante tolerable (para nosotros es como si hubiéramos perdido el diente, y no se hubiera tratado de conservar el espacio).

Es una suerte, en la desgracia, que la mayoría de estos accidentes o golpes ocurran en niños con clase II 1ª, o disto-oclusión con protusión. El maxilar inferior, en distal, tolera mejor estas situaciones, donde el arco se achica. Cuando a su vez los laterales no son exageradamente pequeños, queda el niño con un aspecto bastante tolerable.

Cuando quedan espacios pueden ser aprovechados fácilmente. En un caso donde falta el 2 | y el | 2 es conoideo, debido al buen desarrollo del maxilar, hay diastemas de varios mm. Se corrige el aspecto al cementar un jacket de mayor tamaño en | 2. El aspecto es mejor, pero persiste la desviación del centro del arco. También esto podría corregirse si se corren el | 1 y 3 | buscando de cerrar el diastema. No solo se lo recomendé al paciente, de 10 años, sino especialmente, porque cerrar los diastemas, previene contra el corrimiento de los dientes y las consiguientes inflamaciones gingivales. La lengua se enrieda al hablar en el diastema, presiona al principio como juego y luego como costumbre, llevando a consecuencias que son: inflamación gingival y pérdida prematura o afeamiento del aspecto frontal. En el caso de este paciente sin embargo, el mismo prefirió no cerrarse el diastema, pensando que ello le perjudicaría socialmente porque todos estaban acostumbradas a verla así. Si después de la pérdida del | 1 quedan espacios, se prepara una jacket para el | 2. Esa era al menos mi intención. Pero los padres, después del tratamiento ortopédico (accidente) estaban tan contentos que no quisieron la jacket. El ideal es esperar a los 16 o 18 años ya que entonces se tolera mejor y porque luego sería necesario hacer un pequeño ensanche. En general puede ser necesario colocar una jacket

en el otro 2 | ya que suele ser pequeño, mejorando aún más el aspecto.

En caso de II 2ª "en quilla" a veces es conveniente eliminar el otro 2 | dejando así 3 | 23, pero el | 2 con jaget y no habrá entonces desviación de centro de arco. El acortamiento frontal ocasionado en la II 1ª por pérdida y corrimiento de los dientes, es por lo tanto, en estos casos un elemento favorable. Es conocido el procedimiento que consiste en una II 1ª "en quilla" de extraer 2 piezas laterales y retruir el sector frontal superior, dejando la mandíbula en su posición.

Se distala los caninos hacia el espacio y se ubica el sector frontal. Se supone entonces que este procedimiento no es necesario en caso de accidente y pérdida de 1 ó 1 | 1, debiendo abandonarse la idea de conservar el espacio.

El problema no es tan fácil en cambio, cuando se trata de una norma o mesio-oclusión o cuando existe el riesgo de que esta se establezca. En estos casos, siempre que sea el período de recambio, se debe tratar de fabricar artificialmente una disto-oclusión mediante casquete y mentonera. Si con esto se fracasa, entonces se extrae también esos incisivos según sea el superior para acortar así también el arco inferior. Y si el 3 está mal ubicado, inclinado, (con peligro de cruzarse) puede entonces pensarse en la extracción de un 6.

Estos razonamientos ortopédicos, pueden resultar difíciles, pero siempre conviene más, que colocar puentes en los jóvenes.

En relación a lo dicho, tenemos el caso de una muchacha de 14 años. La mordida muestra erupción tardía (recambio). Faltan molares y premolares y los caninos 3 | 3 aparecieron por distal de los temporarios correspondientes. El | 6 ya sin pulpa, está con corona y proceso apical. Lo más notable en este caso es, sin embargo, una corona espiga en | 1 por fractura en la infancia. Esto demuestra la pobreza de los recursos del operador, al reconstruir el | 1 en vez de enviarlo al ortopedista, pues se tra-

taba de una II 1ª "puntuda". Pero no debemos hechar siempre la culpa al colega pues quizás tuvo que conformar a los padres.

Pero al pasar el tiempo, el 1 con pivot fue volcándose más y más que su vecino. ¿Qué había pasado? La cara palatina del | 1 fue tan burdamente terminada, que sobrepasó al vecino y permitió que el labio inferior se interpusiera entre él y el arco inferior agregando un problema más. Esto nos enseña a ser precavido al tallar esas caras palatinas. Se repitió el tratamiento y el pivot y se corrigió con ortopedia el resto. O sea que los dientes con tratamiento permiten la corrección de su posición exactamente igual que los sanos.

A este respecto pertenece la explicación de otro caso. Una niña de 10 años con un golpe por el que se fracturó el | 1 en 3 mm. pero sin afectar la pulpa.

Me decidí por alargar ese diente con ortodoncia o con la elevación lenta de los otros incisivos no lastimados, dentro de lo posible.

Pero entonces no pensé que al hacer esto se produciría algo parecido al caso anterior en que se debió desgastar la cara palatina del incisivo, ya que al bajar el incisivo, su borde es de mayor espesor. El segundo inconveniente es que esto arrastra también la encla y el alvéolo correspondiente con lo que el de los vecinos se ven más profundos. O sea que es preferible en casos como estos, resolverlos únicamente con pivot.

#### CORRECCION LUEGO DE LA PERDIDA DE LOS | 1 | 1

Es más frecuente perder por accidente los | 1 | 1 que uno solo, en los casos de II 1ª. En estos casos, en lugar de llevar la mandíbula hacia adelante, es preferible acortar el arco superior acortando los 2 | 2 y 3 | 3 y dejando el engranamiento en distal en la zona lateral. Tenemos el caso de un niño. Se golpeó en el coche sus centrales muy salientes, contra el parabrisas, ante una inesperada frenada, siendo dislocados

de tal forma, que después de un período de inflamación, finalmente se perdieron. Se corrió entonces los laterales y los caninos hacia una posición más mesial. Por correr hacia mesial los dientes de la zona lateral superior, se cambió así la relación de los 6 | 6 de cúspide, por una relación de disto-oclusión. Los laterales que eran desgraciadamente pequeños, fueron cubiertos con jackets y todo el arco fue concéntricamente acortado. Con mucha razón, el lector puede preguntarse que aparatos se usan para acercar los 2 | 2, avanzar los molares y acortar el arco. La placa tiene el inconveniente de no facilitar el estrechamiento junto con los otros movimientos. El activador tiene problemas para acercar dos dientes en 18 mm. En cambio es preferible un aparato fijo, debiendo pensarse en un arco vestibular. El arco tiene 2 corbatas de estrechamiento cerca de las bandas de fijación, y está ubicado por vestibular respecto a todos los dientes. De esta manera actúan estrechando todos los dientes y sobre los 6 | 6 mesializándolos. Los 2 | 2 llevan bandas y un alambre de resorte con dos ganchitos cada uno. Es soldado a la banda por vestibular. Uno de los ganchitos, el mesial es más corto y sirve para recibir la gomita. El otro ganchito pertenece al extremo más largo y va envuelto en el arco vestibular. La función de este último consiste en evitar falsas desviaciones de la raíz durante la acción de las gomas, manteniendo un deslizamiento de los dientes en la alveolar en forma paralela.

El corrimiento es algo así como de 1 mm. de cada lado por mes, o sea que en 9 meses se juntan. Después se dejan un año en fijación.

En otro caso de una niña de 14 años y normoclusión los | 1 | 1 se perdieron porque después de haberse accidentado, el tratamiento de conducto en los mismos no llegó a dar resultado. Como en este caso se trataba de correr los 2 | 2 sin que hubiera que concentrar los dientes como en el caso anterior, pudo realizarse esta vez con una placa

activa con los agregados que utiliza bandas. El achicamiento del arco inferior, necesario en este caso, se consiguió mediante extracciones.

Facilitó que el 6| estuviera en malas condiciones. La extracción de esta pieza en esta época, en que el 7| está en su oclusión, por lo que debe cuidarse ortodómicamente. Pero el paciente se mudó y esto no pudo llevarse a cabo. Queda la esperanza de que el 8| cierre el espacio, y la función masticatoria rectifique la posición del 7|. El antagonista en este caso debe ser desgastado a este fin. Los 453| migraron hacia distal en la medida deseada hacia la disto. A la izquierda se extrajo el 4| para ubicar mejor el 3| y poder mesialar el sector para obtener un engranamiento normal... Muy ilustrativo es también otro caso, sobre todo por la forma en que se perdieron los 1| 1|.

Se trata de una niña de 9 años que presentaba los 1| 1| que además de estar alargados, se movían. Había una inflamación gingival generalizada, bolsas sin pus y al presionarlos, el alvéolo acompañaba al diente sin aumentar mucho

el dolor. No había tártaro y las bolsas llegaban por distal casi hasta el ápice. Se había recho de todo; desgastes, fijación, FKO, medicación, pero finalmente, ante el peligro de septicemia, ya que llegó a tener altas temperaturas, se optó por la extracción de los 1| 1|. Al curetear los alveolos, pudo saberse el origen de la enfermedad. La niña tenía un diastema entre 1| 1| y cuando en una oportunidad acompañó a su abuela a lo del dentista la enfermera le colocó sin conocimiento del profesional, una gomita para cerrar ese diastema. Esta se perdió y entonces se colocó otra y en verdad las gomitas se perdieron en las bolsas gingivales. Mientras las gomitas resbalaban sin producir dolor, iban dañando paulatinamente el paradencio en dirección al ápice.

Mientras tanto el profesional sin saber nada, comenzó el tratamiento con bandas, creyéndose así que fuera culpable de todo. Se presenta este ejemplo por el peligro que significa el uso de las gomitas en estos casos, si a los dientes antes no se les cementaron bandas.

PARA PENSARLO

LA USURA FUE una institución típica de la época feudal. La creación de la Nación moderna y la aparición de los Bancos Nacionales aventaron ese método de explotación entre los hombres, aunque no del todo. No nos incumbe a nosotros indagar en las causas de su persistencia. Lo que sí, podemos constatar es que no solo se manifiesta en el aspecto de las relaciones comerciales.

Existen formas más sutiles y por tanto aún más graves. ¿Qué es, sino usura el no transmitir todo lo que uno sabe, el retacearlo o acondicionarlo a su interés particular? ¿Qué es sino usura la actitud de quienes solo están dispuestos a recibir, pero nunca a dar?

El ejemplo más típico está dado en la actitud de quienes solo son socios de una institución, porque esperan de ella lograr algún beneficio, material o cultural, pero no encuentran nunca la oportunidad de ser ellos útiles en algo. ¿No es esta una actitud de egoísmo, si es que no queremos calificarla de usura?

Ocurre que a veces los dirigentes de una institución, por una mal entendida actitud de celo, no facilitan esa colaboración. Ello explicaría pero no justificaría la falta de colaboración de algunos.

De todos modos vale la pena tomar conciencia del problema y obrar en consecuencia, ganariamos todos.

En esta misma sección en el anterior número de ORTOPEdia MAXILAR, decíamos, refiriéndonos a la Universidad de Buenos Aires: "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 conmovieron a la opinión nacional".

Hoy, 2 de junio de 1963, leemos en "El Mundo" y en relación a las resoluciones adoptadas por el Consejo Superior de la Universidad de Buenos Aires:

UNA DECLARACION

Después de un extenso debate, el Consejo aprobó por una declaración en la que se expresa, con respecto a esas recientes medidas de gobierno que "es fundamento imprescindible de la convivencia nacional el pleno ejercicio de las libertades de pensamiento y expresión" y por lo tanto corresponde "determinar con la mayor exactitud posible la interpretación de tales decretos-leyes, su alcance en el ámbito de la actividad universitaria y su relación con los principios de la Constitución". La parte resolutive declara que "la Universidad de Buenos Aires rige su conducta de acuerdo con su estatuto", en el cual se manifiesta que "la Universidad es prescindente en materia ideológica, política y religiosa, y asegura dentro de su recinto la más amplia libertad de investigación y de expresión, pero que no se desentiende de los problemas sociales, políticos y religiosos, sino que los estudia científicamente". Por ese motivo, se encomienda al rector la constitución de una comisión de cinco miembros, a fin de analizar los referidos decretos y someter por escrito sus conclusiones al Consejo Superior.

Durante el debate, el decano de la Facultad de Filosofía y Letras, doctor

José Luis Romero, señaló que estaban en este caso en juego libertades fundamentales, y agregó: "No permaneceré un segundo en la Universidad si son conculcadas las libertades de pensamiento y de expresión. Entiendo que no hay otra manera de permanecer en la Universidad que no sea defendiendo esos principios consagrados por las leyes fundamentales de la Nación".

Estos hechos son los positivos. Los que nos hacen ver que estamos en la buena senda. Los que nos obligan a superarnos porque son testimonio de que nuestra inquietud es la inquietud de la Universidad, y que, a despecho de los descreídos, de los negativistas, estamos los que tenemos confianza y fe en el pueblo. Y volvemos a repetir lo dicha en nuestro número anterior, en el pueblo de quien se nace y a quien pertenece esa Universidad que ahora se declara en defensa de las libertades de pensamiento y expresión.

COMISION DIRECTIVA DEL ATENEO ARGENTINO DE ORTOPEdia MAXILAR

- Presidente *Dr. Rubén Raccagni*
- Vicepresidente *Dr. Marcos Lipszyc*
- Secretario *Dr. Julio Gottlieb*
- Prosecretario *Dra. E. ter Brener de Melamed*
- Tesorero *Dr. Bernardo Letzen*
- Protesorero *Dr. Luis Arena*
- Secretario de Actas *Dr. Daniel Minteguaga*
- Vocales *Dr. Luis Zielinsky*  
*Dra. Paulina F. az*  
*Dr. Moisés Gerszensteig*  
*Dr. Elias Beszkin*  
*Dr. Joaquín Orlando*  
*Dr. Faustino Guglielmo*  
*Dra. Czury Lamy*  
*Dra. María E. Creus*

## ENCUESTA A LOS COLEGAS

Tal como consignamos en la sección informativa del Ateneo, con referencia a la encuesta que estamos realizando en todo el país, hemos recibido una enorme cantidad de respuestas que en su momento, y debidamente clasificadas, nos darán un reflejo aproximado de la situación asistencial odontológica en el orden nacional.

Del sur del país, de la provincia de Chubut, hemos recibido un informe del colega Dr. Oscar P. Chiesa.

El Ateneo Argentino de Ortopedia Maxilar, al dar comienzo, con la publicación del informe del Dr. Chiesa, a esta nueva sección de la revista, cree contribuir a dar cumplimiento a uno de los enunciados en su acta de fundación acorde con la Declaración Universal de los Derechos Humanos, donde se proclama que "... toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure, como también a su familia, la salud, el bienestar y especialmente la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica..."

### ESTADO SANITARIO DE LA ZONA OESTE DE LA PROVINCIA DE CHUBUT, AL SUR DEL PARALELO 42

Por el Dr. Oscar P. Chiesa

Esta región, que comprende la de los bosques australes, está situada en plena precordillera. La altura máxima de la misma alcanza a 2000 metros sobre el nivel del mar, con cerros con nieve perpetua. Los valles donde están ubicados los poblados, oscilan entre los 300 y 800 metros.

Las localidades son las siguientes: Chollila, Epuyén, El Maitén, Leleque, Nahuel Pan, Cepá Mayoco, La Cancha, Esquel, Valle Chico, Trevelin, Corcovado,

Tecka, Los Cipreses, Gualjaima, Gobernador Costa, José de San Martín, Río Senguer, Río Pico, Colonia Río Mayo, etc.

La principal ciudad es Esquel, cuya parte urbana posee una población de 10.000 habitantes y es la estación terminal del Ferrocarril General Roca, siendo, en importancia comercial y ganadera, la cuarta de la provincia.

**Población.** La forma el oriundo patagónico, en su mayoría descendiente de chilenos, de estatura baja (1,60 mts. de altura), cabello largo, color negro azabache, nariz algo achatada, ojos negros y piel trigüeña. Todavía subsiste una colonia con descendientes de aborígenes: es la de Nahuel Pan. Existen muchos galeses y, en menor proporción, turcos, españoles, italianos, etc.

En la ladera de la cordillera predominan las coníferas, y en los valles el pasto puna, el pichi, el chercao, la lecka, el calafate, el choiquemamul, el coihú, la haya, la cebadilla, etc.

El grueso de la ganadería regional lo forman los ovinos y caprinos en primer lugar, y luego los vacunos y equinos. El zorro colorado, el chanchito jebali, con gran desarrollo de sus colmillos, el zorrino, el águila, el puma, el carancho y la fiebre patagónica, constituyen en la fauna local.

**El clima.** Es zona de vientos regulares y templados del noroeste del lado de Chile. Vienen del océano Pacífico, a veces fuertes; traen las lluvias durante la estación invernal, la cual se extiende desde abril hasta octubre. La masa de aire polar es la que más se deja sentir en esa época con temperaturas hasta de 22 grados bajo cero. En el verano la máxima es de 0 grados durante el día (enero y febrero, principalmente).

### Alimentación

Los habitantes consumen muchos hidratos de carbono, y entre las proteínas la carne del capón y de la cabra. Si ésta es muy tierna, produce por un lado los cálculos renales y por otro estreñimiento. Se faena poca carne vacuna. No se consumen verduras, y ello, si se hace, únicamente en verano. Escasean las frutas, se toma poca leche, a razón de 4000 litros diarios en Esquel. Este año ha disminuido dicha cantidad a 1.000 litros, suplantándose tal deficiencia con leche en polvo y entre la población rural por la de cabra. Se abusa del alcohol y de otras bebidas de diversos tipos. Es conveniente tomar vitaminas para contrarrestar el déficit producido por la alimentación incompleta; preferentemente A. C. D. y P nicotinamida, para resistir la acción del frío y la vitamina B1, tónico del sistema nervioso y muscular. El agua de los arroyos es pobre e insípida y la que se obtiene de pozos está muchas veces contaminada por cámaras sépticas y pozos ciegos, de manera que es conveniente beberla hervida y tibia a fin de evitar la colitis y las amebiasis, especialmente la producida por la entameba histolytica. En los hoteles y casa de pensión se bebe soda.

Falta el yodo, de ahí que exista el bocio con carácter endémico. También falta el flúor. Para suplir tal déficit cada persona debe tomar en infusiones ordinarias, te (sin leche) 1 miligramo de flúor en la ración diaria, para prevenir la caries dental.

Se observan casos de heredo-específicos. Entre la población rural abunda el raquitismo y la tuberculosis por hipoalimentación e incapacidad para nutrirse y vivir en casas poco adecuadas a la región y a ese clima austral.

### Medios de vida

Salvo los pocos que se dedican a las tareas rurales, las principales ocupaciones

son en los aserraderos y la esquila de los ganados.

### Factor socio-económico-cultural

El aborigen vive en terrenos fiscales, en una promiscuidad y hacinamientos insuditos. Es apático, abúlico, incapaz de abrirse camino en la lucha por la vida.

Existen familias que tienen hasta 20 hijos y como consecuencia de llevar vida en concubinato, varias veces, tienen diferentes apellidos.

Se encuentran barrios en que las hijas hacen vida marital con los padres y con los hermanos al llegar la época de la pubertad, otros se juntan a partir de los 12 años.

La vida incestuosa es corriente en esos lugares. El porcentaje de casamientos según datos del Registro Civil, en la parte rural es de un 30 a 40 %, y en la urbana de un 60 a 70 %.

Por el abandono del hogar por parte de los padres, es de elevada proporción el raterismo y la delincuencia infantil.

Se deberían crear centros de reeducación intelectual y moral de los menores para subsanar estas anomalías.

El porcentaje de mortalidad infantil es también de consideración. Estos decesos pueden discriminarse así: 1º) Por complicaciones del embarazo y del puerperio; 2º) Por causa gastrointestinales; 3º) Por neumonías; 4º) Por meningitis no especificadas y otras enfermedades comunes; 5º) Por enfermedades propias de la primera infancia y el resto por causas mal definidas.

Hace falta profesionales del arte de curar, pues a veces, por ser zonas inhóspitas, hay que recorrer largas distancias, más de 100 km. para ser atendidos.

Se deben crear nuevas salas de primeros auxilios, dispensarios y enfermerías y reabrir las clausuradas para bien de esa población necesitada.

## PRIMERAS JORNADAS INTERNACIONALES DE ORTOPEDIA FUNCIONAL DE LOS MAXILARES

La odontología argentina se apresta a celebrar uno de sus grandes certámenes. Coincidiendo con la fecha de la celebración del 147 aniversario de la independencia patria, comenzarán en esta capital las Primeras Jornadas Internacionales de Ortopedia Funcional de los Maxilares, las que se realizarán desde el 9 al 13 de julio. Si tan solo hace un par de años alguien hubiese insinuado esta presente realidad que es hoy la ortopedia maxilar, hubiera des-puntado más de una sonrisa de incredulidad, pero, parangonando a Sarmiento, "las cosas hay que hacerlas, de cualquier manera, pero hacerlas". Y, a fuer de sinceros, se están realizando muy bien. Debemos reiterarlo. Los argentinos tienen visión de pioneros. En momentos en que el país y sus instituciones se debaten en las tinieblas de la noche, en momentos en que quienes deben ser guía han perdido el rumbo, le cabe al Círculo Argentino de Odontología, entidad organizadora, a las instituciones adheridas; a la odontología toda, lanzar este certamen como testimonio de fe en el presente y de venturoso futuro.

El Ateneo Argentino de Ortopedia Maxilar, como entidad coorganizadora, ha comprometido todo su apoyo moral y material para el éxito de estas Jornadas, participando activamente en las mismas y no escatimando esfuerzos para que se superen los cálculos más optimistas.

Al saludar al Círculo Argentino de Odontología, a sus autoridades, a los delegados e invitados especiales del país y del extranjero, hacemos votos para que en consonancia con la magna fecha que celebra toda la argentinidad, de hoy en más avancemos todos con el mismo afán de superación que impulsa a la odontología argentina. Será éste el mejor homenaje a nuestra independencia.

## DEMOSTRADORES EXTRANJEROS

Participarán como invitados especiales los doctores A. F. Macary (Francia), Konrad Thielemann (Alemania), Pedro Planas (España), además de destacados especialistas de Norte y Sud-América. Se dictarán cursos intensivos que serán televisados por un moderno circuito cerrado, que permitirá a todos los participantes ver "ampliado" el trabajo de los dictantes, mientras un sistema telefónico ad-hoc hará posible todas las preguntas de los cursantes.

El Ateneo Argentino de Ortopedia Maxilar, como entidad coorganizadora, ha designado a los doctores Bernardo Chait y Julio Gottlieb representantes ante el Comité Ejecutivo de las Primeras Jornadas Internacionales de Ortopedia Funcional de los Maxilares.

A los efectos de coordinar las conferencias de los distinguidos colegas que participarán en las Jornadas de julio próximo, han sido designados los doctores Daniel B. Minteguaga, María Esther Creus, Jaime Fisman, Beatriz Lewkowicz, Mario Di Leo, Miguel Stratas, Salomón Dublansky, Mario Ekman, Faustino Guglielmo e Isidoro Gore.

El A. A. O. M. participa en las Jornadas con los siguientes trabajos: "Fuerzas musculares y ortopedia", "Fisura palatina", "Ortopedia maxilar, función social", "Disto oclusión desde el punto de vista cefalométrico", "Método de diagnóstico y tratamiento utilizado por el A. A. O. M.", "Fonación y maloclusiones".

Es de destacar que los mismos son el fruto del trabajo en equipo de los doctores Bernardo Chait, Jaime Fairman, Anibal E. Inchausti, Czury Lamy, Adalgisa Plaza, Elias Beszkin, José Ma-

rio Di Leo, Julio Gottlieb, Faustino Guglielmo, Beatriz Lewkowicz, Leonardo Voronovitsky, Luis Zielinsky, Clara E. Caplán, María Esther Creus, Paulina Flax, Carolina Schachter, Fanny Steinberg, A. B. de Zielinsky, Luis Alberto Arena y Marcos Lipszyc.

## MESA REDONDA: ORTOPEDIA FUNCIONAL, SU SENTIDO SOCIAL

Por una solicitud del Ateneo Argentino de Ortopedia Maxilar ante el Comité Ejecutivo de las Primeras Jornadas Internacionales de Ortopedia Funcional de los Maxilares cuajó la idea de la realización en dichas jornadas de una mesa redonda con el tema "Ortopedia funcional: su función social".

Con vistas a su presentación en dicha mesa redonda el Ateneo está realizando una encuesta en todo el país que dará un reflejo de la situación económico socio asistencial y cuyas conclusiones serán elevadas por los integrantes de la mesa redonda a las autoridades gubernativas de la Nación como un aporte para la solución de dichos problemas.

Por resolución del Ateneo en las Jornadas Internacionales será presentado un proyecto para ser elevado al ministro de Salud Pública de la Nación, a los efectos de que la ORTOPEDIA MAXILAR sea reconocida como especialidad.

## JORNADAS DE LA A.O.A.

Del 22 al 25 de septiembre próximo se realizarán las XIV Jornadas Internacionales organizadas por la Asociación Odontológica Argentina. El Ateneo se ha adherido a las mismas, colaborando a su éxito.

El día 10 de mayo pasado viajó a Europa nuestro presidente, el Dr. Ru-

bén Raccagni, en compañía de su esposa, donde, en representación del A. A. O. M., participará en el Congreso de la Sociedad Europea de Ortodoncia. Asimismo, el Dr. Raccagni, encomendado por el Ateneo, visitará a los doctores Olav Slagsvold, presidente de la Norwegian Orthodontic Society; A. M. Schwartz, en Viena; Arne Björk, presidente de The Royal Dental College, en Dinamarca; Allan Helligren, presidente de the Orthodontic Section of the Swedish Dental Society, en Estocolmo, y la European Orthodontic Society, en Bolonia, a los fines de observar la organización de las clínicas en lo diagnóstico y asistencial.

## CURSOS

Superando las más optimistas previsiones se están desarrollando los cursos programados para el año 1963. A los en desarrollo: cursos básicos, de cefalometría y de confección de aparatos, e suma el de diagnóstico y tratamiento, cuya fecha de iniciación está fijada para el día 22 de agosto próximo.

A título informativo y a los efectos de dar una idea del éxito que acompaña a los cursos arriba mencionados, diremos que la inscripción a los que ya se están realizando supera la cifra de cien colegas.

## SOCIOS NUEVOS

Como índice de la proyección que en el campo odontológico nacional tiene el Ateneo Argentino de Ortopedia Maxilar, damos la nómina de socios nuevos del período comprendido entre el 1 de marzo y el 1 de junio de 1963.

Duffaur, Julián Héctor; Aisa, Angel Plácido; Alazraki, Nisim Carlos; Figueras, Alicia S. Barreiros de; Bobrovsky, Marta Susana; Braier, Hilda; Cabello, Osvaldo Luis; Cáceres, Jorge Eduardo; Csaubón, Carlos Alberto; Cavadini, Osvaldo Antonio; Della Rosa, Adelina E. Tarquini de; Duffaur, Luis María; Enca-