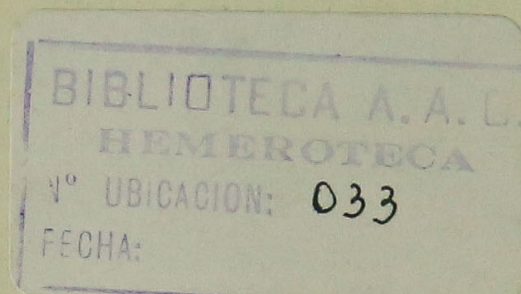


ORTOPEDIA MAXILAR



REVISTA DEL ATENEO ARGENTINO DE ORTOPEDIA MAXILAR

PUBLICACION TRIMESTRAL — No

9

AGOSTO 1965

E2

6

OBRAS COMPLETAS

DICCIONARIO ODONTOLOGICO — 2ª edic. Durante Avellanah
— Crédito \$ 3.500.

HISTORIA DE LA ODONTOLOGIA Y SU EJERCICIO LEGAL
— 2ª edic. Lerman — Crédito \$ 2.750.

ODONTOLOGIA CLINICA DE NORTEAMERICA — Serie VI —
Tres volumenes — (16) Oclusión — (17) Caries dental Re-
generación y Transplante de Tejidos — (18) Psicología en
Odontología, Prótesis Parcial Removible — Crédito \$ 3.500.

ORTODONCIA PRACTICA — Anderson — Crédito \$ 3.125.

ORTOPEDIA DE LOS MAXILARES — Stockfish — Crédito
\$ 3.125.

ORTOPEDIA ESTOMATOLOGICA INFANTIL — Maronneau
— Crédito \$ 1.125.

ORTODONCIA — Wite — Crédito \$ 1.000.

APARATOS REMOVIBLES EN ORTODONCIA — Adams —
Crédito \$ 1.250.

TRAUMATISMOS DE LOS DIENTES DE NIÑOS — Ellis — Cré-
dito \$ 750.

ORTODONCIA PARA NIÑOS — Branen y Colet — Créd. \$ 2.250.

ODONTOLOGIA PEDIATRICA — Cohen — Crédito \$ 1.875.

ODONTOPEDIATRIA CLINICA — Finn — Crédito \$ 2.500.

ORTODONCIA — Principios y Práctica — T.M. Graber — Cré-
dito \$ 4.250.

CLINICA TERAPEUTICA ORTOPEDICO MAXILAR — E. Rei-
chenbach y H. Brukl — Crédito \$ 4.250.

Descuento 20 % por compra al contado.

EDITORIAL MUNDI

Junín 831

T.E. 83-9663

BUENOS AIRES

Ateneo Argentino de Ortopedia Maxilar

AUTORIDADES

Comisión Directiva:

Presidente: Rubén Raccagni, Vice Presidente: Daniel Minteguiaga, Se-
cretario: Julio Gottlieb, Prosecretario: Faustino Guglielmone, Tesorero:
Bernardo Letzen, Pro Tesorero: Luis Arena, Secretario de Actas: María
E. Creus, Pro Secretario de Actas: Angel Lagorio, Vocales: Marcos Lipszyc,
Paulina Flax, Elías Beszkin, Luis Zielinsky, Rosa B. de Doctorovich, Bea-
triz Lewcowicz, Irma Bruetman, Revisores de cuentas: Noemí Lisman.

Comisión de Actividades Científicas:

Presidente: Dr. Luis Zielinsky
Secretario: Dra. Beatriz Lewcowicz.

Comisión de Clínica:

Dr. Elías Beszkin.

Comisión de Revista:

Directores: Dr. Leonardo Voronovitsky, Dr. Julio Gottlieb, Dr. Saúl Mer-
lin, Dr. Angel Lagorio, Dra. Noemí Lisman, Dra. Julia Gargiulo.

Departamentos:

Biblioteca:

Dra. Rosa Doctorovich, Dra. Elsa Gersovich, Dr. Isidoro Gore, Dr.
José María Dufaur.

Casuística y Estadística:

Dra. Beatriz Lewcowicz.

Traducciones y publicaciones:

Dr. Daniel Minteguiaga.

Cursos y conferencias:

Dictantes: Arena Luis, Avena Eduardo, Beszkin Elías Dra. Bruetman,
Creus María E., Chait Bernardo, Fiszman Jaime, Gore Isidoro, Flax
Paulina, Gargiulo Julia B., de, Glikin Gregorio, Gottlieb Julio, Gu-
glielmone Faustino, Lagorio Angel, Letzen Bernardo, Lewcowicz,
Beatriz, Lipszyc Marcos, Minteguiaga Daniel, Raccagni Rubén, Ro-
senmeyer, Rosenwurcel Mario, Samoilovich Elías, Sneibrun Sara,
Schajter Carolina, Steinberg Fany, Voronovitsky Leonardo, Zie-
linsky Luis.

PRESTI-SPRAY

ANESTESICO DE SUPERFICIE
EN AEROSOL

ALTAMENTE EFICAZ

ACCION RAPIDA Y PERSISTENTE

SABOR AGRADABLE

SU PROVEEDOR LO TIENE

Laboratorio PRESTICAINA

Padilla 305

Bs. As.

ORTOPEDIA MAXILAR

REVISTA DEL ATENEO ARGENTINO DE ORTOPIEDIA MAXILAR
AÑASCO 1154 / T.E. 59-0693

INDICE

	Pág.
AGOSTO	
AUTORIDADES	1
Editorial	4
La Fotografía en Sustitución de los Trabajos Ortodóncicos	6
1965	
Indicaciones Pre y Post Quirúrgicas de la Ortopedia Maxilar de los Fisurados Palatinos	12
Estado Actual del Diagnóstico en Ortodoncia	20
PAGINAS CLINICAS	
Un Caso Resuelto con Placa de Hotz	30
Experiencias con el Activador Abierto	34
REVISTA DE REVISTAS	
Publicaciones Nacionales	37
Publicaciones Extranjeras	39
Sobre la Influencia de las Dismancias Funcionales en la Prótesis	41
UN PASO TRANSCENDENTE	42
INFORMACIONES DEL ATENEO	43
ACTIVIDADES CIENTIFICAS	45

LAS OPINIONES expresadas en esta revista no reflejan el punto de vista del ATENEO ARGENTINO DE ORTOPIEDIA 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 solo 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 austausch wird gebeten.

LA UNIVERSIDAD Y SU TIEMPO

Un episodio, en apariencia intrascendente, culminó con la renuncia del rector de la Universidad de Buenos Aires. A él sucedió el agitado ajetreo de una elección a fin de elegir un nuevo rector, que finalmente recayó en el Ingeniero Fernández Long, vicerrector en ejercicio.

El episodio estudiantil como así el ulterior episodio electoral sirvieron para poner en evidencia que no se trataba de meras posiciones personales ni que el debate se circunscribía a pequeños grupos de "élite" de la política universitaria. Algo más importante, que venía subyaciendo y que se manifestaba en forma esporádica a través de episodios más o menos localizados, tuvo su exteriorización más amplia no bien concluido el trámite electoral con el que se cerraba una etapa de la vida de nuestra Universidad de Buenos Aires.

Lo señaló explícitamente el nuevo rector en el propio acto en que se hizo cargo de su puesto y lo reiteró pocos días después en acto similar en el Consejo Superior. La Universidad no puede vivir de espaldas al país; tal en síntesis su concepto. Dicha afirmación vino a probar que la contienda electoral, del que surgió ungido, había establecido una falsa línea divisoria, pues la inmensa mayoría de la población universitaria de todos los claustros estaba de acuerdo con ese pensamiento rector expresado por el Ingeniero Fernández Long.

Pero no vivir de espaldas al país significa satisfacer los requerimientos de la inmensa mayoría de sus ciudadanos, lo que equivale a decir vivir con su tiempo. Solo una insignificante minoría, con los más especiosos argumentos, ha querido y quiere descalificar esta auténtica aspiración de progreso de todos los sectores de la vida argentina.

El rector vino a probar poco después, con hechos, que sus conceptos no resultaban ser el producto de situaciones emocionales o demagógicas; sino la reflexión profunda del profesor y del investigador que sabe que la ciencia y la técnica no alcanzan a avanzar en la medida de la voluntad y de la capacidad creadora del hombre donde este se ve limitado o está obligado a limitarse; material o espiritualmente.

La Universidad no resulta una simple fábrica de títulos, tal como muchas veces se ha repetido. Pero para que efectivamente no se convierta en una entidad deshumanizada no solo debe tender a la investigación sin preconceptos en todos los órdenes que compete a la actividad creadora del hombre; sino que uniendo su teoría al ejercicio del conocimiento que ella le confiere, se debe ubicar en el tiempo de los sucesos y no soslayarlos. Ella es también parte de su misión formativa del hombre. Así debemos interpretar la acción de esta Universidad en el curso de sus últimos tiempos. De cara al país y a la altura de los tiempos. Por ello podemos esperar de ella labor proficua para los estudiantes, profesionales, docentes y científicos. Los que la critican seguramente nada dirían, por el contrario, si ella se manifestase de espaldas al país y atrasando el reloj de nuestra historia; tal como algunas veces aconteció.

★ ★ ★

LA FOTOGRAFIA EN SUSTITUCION DE LOS MODELOS ORTODONCICOS

por el **Dr. dos Santos Benac**

Traducción: **Dr. Héctor Abeyá**

Nos parece que la fotografía, aún no está situada en toda su plenitud en el importante lugar que justiciaramente merece para documentar nuestros casos, de tal modo que sus reales posibilidades sean totalmente aprovechadas.

Con excepción de algunos pocos que la usan, ella no ha sido empleada como rutina por la mayoría de los ortodontistas.

La finalidad de este trabajo, por lo tanto, es llamar la atención para los recursos extraordinarios que posee como sustitución de los modelos de yeso, liberándonos de los grandes inconvenientes de estos.

Sabemos que en la preparación de un modelo, son necesarias algunas horas de trabajo para tenerlos bien presentables y que estos ocupan considerable volumen de espacio.

Para un mismo paciente debemos tener un modelo inicial al tratamiento, uno final y a veces, uno o dos intermediarios.

En conclusión, en término medio, tres modelos son necesarios para cada paciente.

Si consideramos que un profesional Especialista, tiene capacidad para atender una media de docientos pacientes, llegaremos a la conclusión que, este mismo profesional precisará poseer, archivados en armarios adecua-

dos seiscientos modelos. Llevando en consideración que un tratamiento ortodónico, dura de uno a dos años, podemos decir que en término medio tendremos nuestra clientela renovada cada año y medio, lo que equivale decir que en este período, tendremos el doble de modelos.

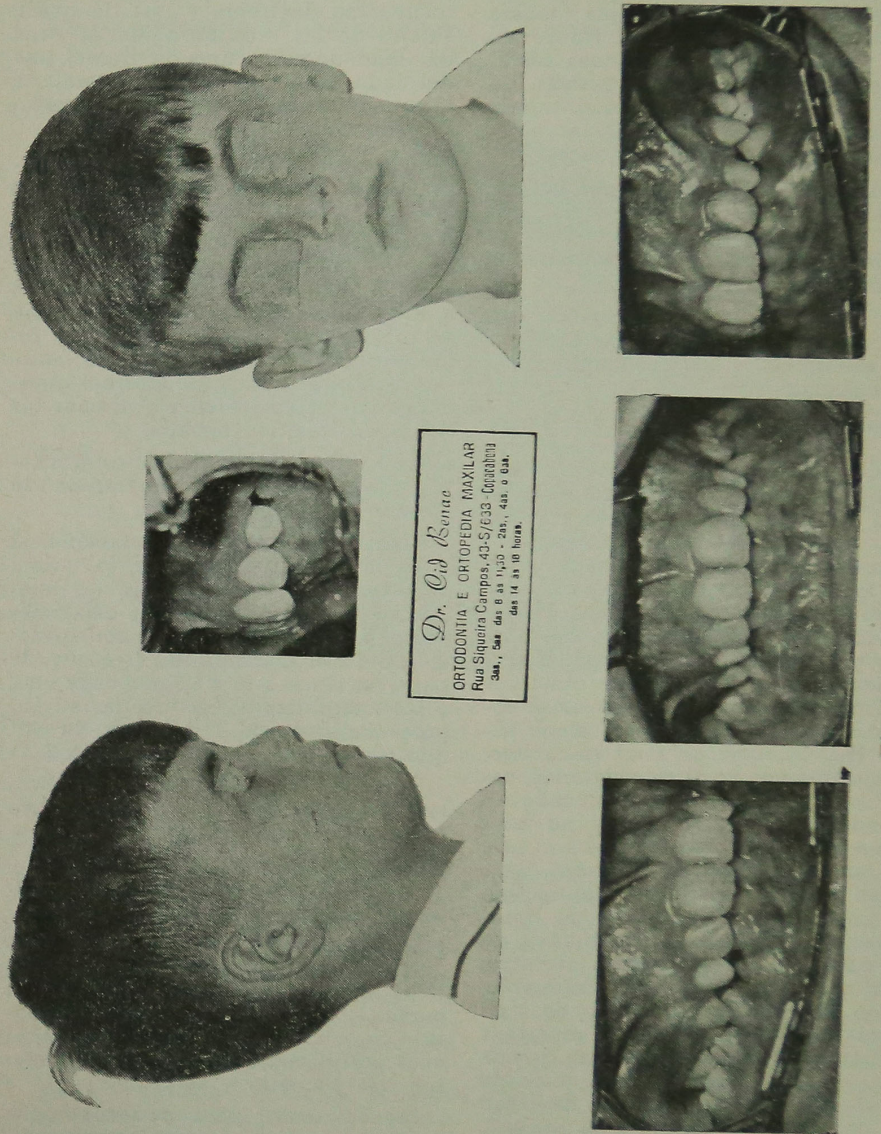
Siguiendo este raciocinio, tendremos en siete años y medio un número quintuplicado, o sea, tres mil. Sería necesario un verdadero departamento, con funcionarios para guardar y conservar los mismos, elevándose en consideración el espacio exigido en consecuencia de su elevado número, y de la necesidad que tendríamos en acomodarlos en armarios especiales.

En una organización, en que podemos poseer servicios, donde funcionen equipos de hasta diez profesionales, estos tres mil modelos, serían multiplicados por diez, y tendríamos la elevada cifra de treinta mil.

Surgen entonces problemas, que pretendemos simplificar con este trabajo, mostrando con ventajas otro método de documentación, como las fotografías.

No nos ocuparemos de las telerradiografías ni de los trazados en este trabajo, por entender que los mismos hacen parte de la rutina, del mismo modo que las fichas ortodónicas.

Los modelos, después de tomar las



Dr. Cid Rente
ORTODONCIA E ORTOFEDIA MAXILAR
Rua Siqueira Campos, 43-S/633 - Copacabana
San., Rio de Janeiro - 205 - 443 - 0 04.
das 8 a 18 horas - 205 - 443 - 0 04.
das 14 a 18 horas.

Fig. 1 — Ficha fotográfica de un paciente.

medidas necesarias y transcribirlas para las fichas, sirven para la construcción de los aparatos, después de lo cual nosotros los dejamos de lado.

Una vez hecha la opción por la fotografía, será necesario una manera práctica para su aplicación. No deseamos entrar en consideraciones técnicas sobre la toma de las mismas, ya que existen muchos manuales donde el interesado podrá buscar las aclaraciones que se le tornaren necesarias.

Entretanto, para llegar a nuestro objetivo, será indispensable la descripción de algunos detalles y la presentación de algunos procedimientos adoptados por nosotros.

En primer lugar, será preciso decir cuántas y cuáles son las fotografías necesarias, y en qué ángulos serán tomadas.

Usamos una máquina reflex de 35 mm. (24 x 36) con visaje a través del propio objetivo. Preferimos sustituir el objetivo de la máquina por otro de focal más largo (teleobjetivo de 135 mm.) aunque esto no es obligatorio, es conveniente que se lo haga, pues un focal más largo nos aparta del objetivo real, aproximándonos y ampliando la imagen. La toma de fotos muy próximas al objetivo produce distorsiones indeseables. Estos objetivos de focal largo son conocidos en el comercio con el nombre de teleobjetivos. Para la toma de fotos del rostro, no necesitamos de otros accesorios, como no sea de un "flash" colocado en el centro de la máquina, y no lateralmente como comunmente se usa. Sin embargo, para las arcadas dentarias, todavía necesitamos del empleo de un fuelle, o de anillos de aproximación (si usamos el teleobjetivo de 135 mm.) que nos aumenta la distancia focal ampliando la imagen. Entretanto, quien no pudiera disponer de este accesorio, podrá igualmente conseguir un trabajo aceptable con el uso de una lente de una o dos dioptrías, colocada en el objetivo, que tiene la finalidad de podernos aproximar a la imagen, aproximadamente a la mitad de distancia por dioptria, posibilitando una fotografía semejante a la conseguida con el fuelle, con el inconveniente de

ser tomada más cerca del objeto, sujetándonos a posibles distorsiones.

Es necesaria una serie de seis fotografías de un mismo paciente, para poder completar nuestro trabajo. Del rostro, una de frente y una de perfil. Cuatro de las arcadas dentarias; una del lado derecho, una de frente, una del lado izquierdo y una lateral de la zona anterior (para observar overbite y overjet).

Todas estas fotos, deberán ser ampliadas en un mismo papel, en tamaño adecuado. (Fig. 1).

Como las telerradiografías usadas por los especialistas que se dedican a ortodoncia tienen el tamaño de 18 x 24, procuramos agrupar a la serie de fotos en un mismo paciente, en un único papel también del mismo tamaño, para uniformar y ser posible guardar en un mismo archivo, usamos las fichas en idéntico tamaño.

Las radiografías seriadas intrabucales, son montadas en una tarjeta de las mismas dimensiones.

Tendremos entonces, en tamaño 18 x 24, la ficha del paciente, la tarjeta para radiografías intraorales, las telerradiografías y los trazados cefalométricos, y el papel fotográfico contenido: el rostro del paciente, de frente y de perfil en tamaño 10 x 8,5 mm cada uno, y las fotografías de las arcadas en ángulo inclinado más próximo de 90° que sea posible en tamaño de 5 x 7.

Entre las fotos del rostro reservamos un espacio de 4 x 4 para la foto lateral en ángulo de 90° de la zona frontal. (Fig. 1).

Todo esto reunido puede ser guardado junto en un mismo archivo.

Estas medidas fueron elegidas porque nos permiten agrupar la serie de fotos en el papel mencionado. En el medio, se reserva un espacio, en sentido horizontal, de 2 x 24 cm., en el cual escribiremos a máquina el nombre del paciente y la fecha.

Por lo tanto, para poder cumplir nuestro propósito, son necesarias ciertas cosas de fundamental importancia.

1) Una buena máquina reflex 35 mm., con objetivo de focal largo, de

preferencia (impropiamente llamado teleobjetivo) y una lente de aproximación de una dioptria (es preferible el uso de un fuelle o de anillos de aproximación).

2) Un separador de labios y ca-

de labios y carrillos, lo hemos conseguido, adaptando un separador de carrillos existente en el comercio de artículos dentales (Fig. 3), del modo que va descripto.

El separador posee dos asas laterales



Fig. 2 — Separador de labios y en un paciente, mostrando el modo correcto de su uso.

rrillos, suficientemente bueno, que nos permita una tomada de fotos de la arcada, de modo que posibilite la focalización de los últimos molares. (Fig. 2).

3) Un chasis especialmente construido (puede ser hecho de madera), de modo que permita exposiciones en zonas diferentes del mismo papel sin alterar las otras partes. (Fig. 5).

4) Un pequeño ampliador 35 mm. El primero y cuarto ítem no precisan de mayores explicaciones por ya quedar implícito lo necesario, en tanto que al segundo y tercero, nos cabe presentar en detalles más amplios.

El tercer ítem, o sea, el separador

(fig. 4 a) que se colocan en íntimo contacto con los carrillos, y los llevan hacia atrás al ser las asas separadas mediante una simple maniobra manual, que hace que una de ellas deslice a través de una corredera (fig. 4 b). Así y todo, a fin de dar mayor amplitud a la separación, construimos y adaptamos al lado de cada asa, un brazo capaz de efectuar movimientos giratorios hasta 180° en un plano horizontal (fig. 4 c).

Estos brazos poseen un cabo que es dado al propio paciente para tener y traccionar lo necesario, en tanto tomamos nuestra fotografía.

Fig. 4 — Separador de labios y carrillos desmontado. 4 a, b, c — Separador de carrillos existente en el comercio. 4 c — Irazos giratorios de adaptación para separar los labios y mover el separador en el sentido deseado.

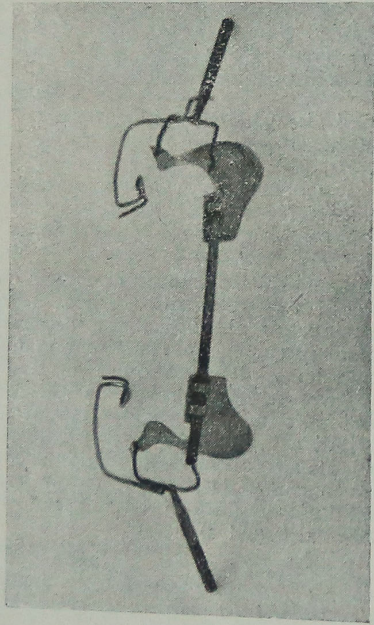


Fig. 3 — Separador de labios y carrillos, adaptado por nosotros para fotografías.

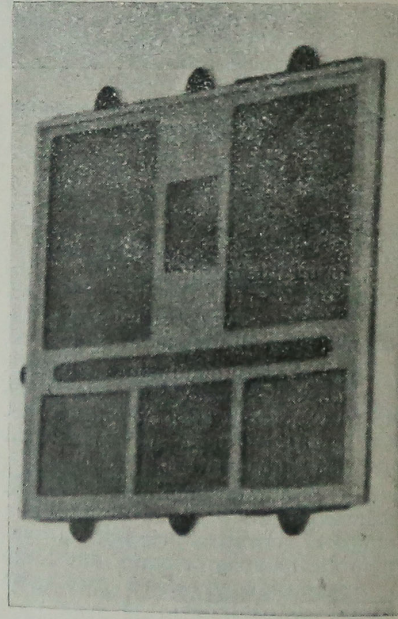
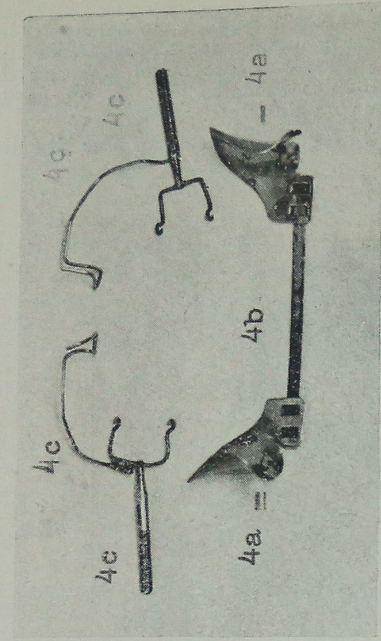


Fig. 5 — Chasis poseyendo varios compartimentos con tapa corrediza para exposición controlada.

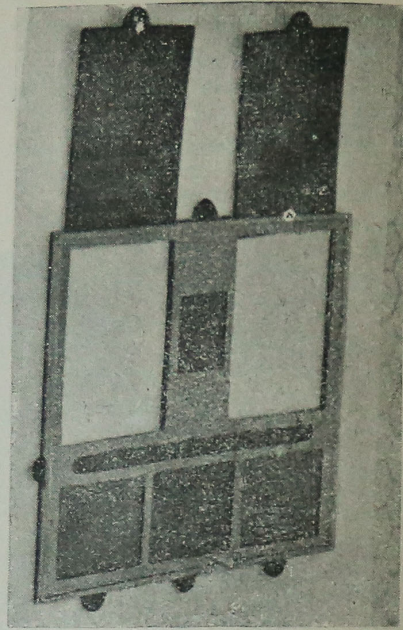


Fig. 6 — El mismo chasis con dos tapas abiertas para mostrar su funcionamiento.

En la extremidad superior y anterior de cada brazo, parte una prolongación también giratoria con la finalidad de sostener y separar los labios superiores. (Fig. 4 d). El labio inferior es mantenido sujeto por la propia corredera del separador. (Fig. 2).

El chasis, cuya finalidad es permitir las exposiciones orientadas en el papel fotográfico, puede ser construido en varios materiales. El nuestro fue construido en fórmica y posee el tamaño interno de 18,3 x 24,3 cm. Posee en la parte superior dos aberturas de tamaño: 10 x 8,5 cm., destinadas a las fotos del rostro, y entre ellas, otra abertura de 4 x 4 cm. para la foto del overjet anterior. (Fig. 5).

En la mitad inferior posee tres aberturas de 5 x 7 cm., destinada a las fotografías de las arcadas dentarias. (Fig. 5).

Cada abertura está cerrada por una tapa corrediza que se abre en el momento en que se necesita hacer la exposición del negativo, cerrándose luego para abrirse otra para nueva exposición, y que luego será cerrada, y así sucesivamente hasta completar todas las exposiciones necesarias. (Fig. 6).

Para aquel que no esté muy familiarizado con el arte de la fotografía, vamos a dar una explicación más accesible, aunque resumida.

El papel fotográfico va colocado en el chasis (en cámara oscura, con luz amarilla), con la parte brillante para arriba. Colocamos el rollo del film negativo en el ampliador. Ampliamos en primer lugar el rostro de perfil, y hacemos que la porción de imagen que nos interesa, sea encuadrada y focalizada en la abertura correspondiente a la misma, en la primera abertura del chasis. En esta fase es necesario el filtro del ampliador para evitar que el papel se quemé. Estando la porción de imagen interesada bien enfocada se da la exposición conveniente. Para la exposición de la segunda imagen, usamos las mismas maniobras. Repitiéndose lo mismo en la tercera, cuarta, quinta y sexta abertura.

Después de terminar las seis exposiciones, el papel debe ser revelado, fijado, lavado y esmaltado.

Cualquier manual de fotografía, enseña de modo bastante simple, como ejecutar estas fases, no teniendo mayores dificultades su aprendizaje.

* * *

Dirección del autor:

Rua Siqueira Campos 43 S/633

Copacabana

INDICACIONES PRE Y POST QUIRURGICAS DE LA ORTOPEdia MAXILAR DE LOS FISURADOS PALATINOS

por los Dres. **Bernardo Chait; Anibal E. Inchausti y Jaime Fairman**

Los ocho meses de edad biológica, se traducen por un aumento en el espesor de los tejidos blandos, lo que facilita la visión de los planos por parte del cirujano. De ser normal la edad dentaria del bebé fisurado, a los ocho-diez meses, los incisivos centrales temporarios ya estarán presentes, y próximos a erupcionar los laterales, mientras que las coronas de los demás dientes temporarios se están osificando en el interior de los rebordes maxilares. El tiempo de espera propuesto, que no es pasivo sino dinámico y destinado a orientar, estimular y dirigir el crecimiento de los rebordes alveolares, tiene por objeto, de acuerdo con lo que acabamos de decir, el constituir una barrera osteodentaria capaz de oponerse a la acción elástica de retropulsión configurada por la cicatriz operatoria labial.

El tratamiento se completa con ejercicios físicos generales adaptados por supuesto, a la condición de bebé del paciente, así como con masajes realizados por la madre sobre los rebordes maxilares. Estos masajes, que también pueden ser ejecutados por un especialista, se realizan con los dedos mojados, los que se deslizan de adelante atrás, todo lo largo de los rebordes maxilares. De este modo, se da al tratamiento, un carácter altamente dinámico.

Con ser importantes estos motivos,

no son los únicos que deciden la postergación del momento operatorio hasta lo ocho meses de edad biológica. Interviene además, una consideración referida al mecanismo de maduración nerviosa.

Está perfectamente comprobado, que el complejo mecanismo psicomotor de la praxia, se realiza en períodos determinados de la vida. El recién nacido, aunque ejecuta bien desde su nacimiento ciertos actos vitales coordinados, como los de mamar, tragar, respirar, etc., no puede todavía realizar muchos otros movimientos más complejos, para los que carece de la necesaria coordinación. Esta coordinación está a cargo del sistema nervioso cerebroespinal, por medio de un delicado dispositivo que funciona al lado del aparato voluntario. La adquisición de la capacidad coordinadora necesaria, es precedida por un período que podríamos considerar de aprendizaje, al que se ha denominado "período sensitivo", nombre referido al momento óptimo para la aplicación de un estímulo, con fines de crear determinado patrón de conducta. Pasado el "período sensitivo" o "crítico", el aprendizaje de un patrón de conducta se hace extremadamente dificultoso, cuando no imposible. Es lo que en lenguaje popular se expresa como: "Lo que no aprendió Juancito, no lo aprenderá Juan".

Pero tampoco el apresuramiento con-

duce a nada. La aparición del "período sensitivo" está condicionado por procesos de maduración que no es posible acelerar a voluntad. El punto de partida de un patrón de conducta se alcanza, sólo en el momento en que un estímulo apropiado, llamado "mecanismo desencadenante", es capaz de provocar la respuesta adecuada.

Teniendo en cuenta estos principios, Ronald S. Illingworth y James Lister, hicieron un estudio sobre la maduración de la función masticatoria, que fuera publicado en el "Journal of Pediorontic" de diciembre de 1.964. En él afirman que el "período crítico" o "sensitivo", revelador de una completa maduración de la función masticatoria, aparece alrededor de los 6-7 meses de vida extrauterina. Si no se aprovecha ese período, lo probable será que el niño se transforme en un perezoso masticatorio, o se niegue incluso, a masticar. Este peligro está siempre presente, en el caso de niños fisurados. Es muy común en efecto, encontrar niños que rechazan cualquier alimento sólido, llegando inclusive, al vómito, como expresión de ese rechazo. Esta situación tiene su origen, por lo común, en el erróneo sentido de sobreprotección de las madres que, temiendo que el niño se ahogue, no les han suministrado a tiempo alimentos sólidos, impidiendo así, la creación de un correcto patrón masticatorio.

En lo referente al momento operatorio, el desencadenamiento del período crítico, tiene importancia decisiva. Aplazamos la intervención para después de los ocho meses de edad biológica, en el intento por evitar la interferencia de sentido negativo, que representaría, para la creación del patrón masticatorio, una operación anticipada, al producir la concomitante deformación ósea del maxilar superior.

Muchos son los especialistas que comparten este criterio. M. J. Delaire (Nantes), afirma al respecto, que: "sería erróneo admitir que la acción deformante de las labioplastias, se reduce a los tejidos blandos, atribuyendo la atrofia maxilar a una hipoplasia congénita, que acompañaría a toda fisura. Esto queda desvirtuado por la

existencia de fisurados adultos no operados, que presentan maxilares correctamente desarrollados, salvo en las zonas contiguas a la hendidura".

De esto deduce Delaire, que las aplasias maxilares que se observan después de ciertas operaciones, **son provocadas por la cirugía.**

Este autor considera que la cirugía es la causante directa de serios desequilibrios tisulares y especialmente musculares (labios y carrillos por un lado y lengua por otro), que serían a su vez los responsables de serias malformaciones maxilares. Ha constatado que la tensión exagerada del labio determina la deformación de los tejidos inmediatamente subyacentes. Pero si a la tensión labial se le asocian trastornos funcionales importantes como respiración bucal, deglución atípica, trastornos de la posición habitual de la lengua, etc., pueden conducir a las más graves atresias maxilares, a veces complicadas con malformaciones mandibulares. La nocividad de la respiración bucal debe ser bien conocida por los cirujanos, hasta el punto de ser capaces de sacrificar cualquier éxito inicial, con el objeto de mantener una función respiratoria normal.

Según M. Cadenat (Toulouse), es corriente que plásticos, otorinolaringólogos, estomatólogos, y ortodoncistas, se vean obligados a reparar secuelas operatorias de niños operados demasiado tempranamente.

Celesnik (Ljubljana), recomienda, al igual que Burian (Praga) y Sanvenero-Roselli (Milán), postergar la intervención hasta después de los seis meses. Estos autores consideran que el primer trabajo del cirujano debe consistir en convencer a la madre de la necesidad de la espera. Para ello cuenta con el aval de las fotografías que atestiguan sobre los resultados obtenidos en otros casos. Resulta conveniente también, que una vez retirada la madre de la clínica maternal, sea invitada a visitar los consultorios de la especialidad, donde verá otros niños en tratamiento, y se pondrá en contacto con sus madres, lo que les permitirá comprender mejor las directivas,

y mostrarse más atenta y paciente, hasta el momento en que la intervención esté indicada.

Según Sanvenero-Roselli, en la indicación del momento operatorio no deberían intervenir consideraciones como medio social, situación económica o mentalidad de los padres. Posición que compartimos en su totalidad. Más aún. Desde hace años venimos sosteniendo, que ni la balanza ni el almanaque, pueden ser los rectores de una operación, la que solamente debe ser reglada por el momento oportuno biológico del niño. Son los basamentos de esta posición, los que tratamos de exponer en el presente trabajo.

La postergación del momento operatorio hasta más allá de los ocho meses de vida biológica del niño, no solamente facilita, tal como dejamos dicho, la tarea quirúrgica. Implica además, estabilizar la respiración. No es posible pretender que el recién nacido olvida en pocos días, el tipo respiratorio que estuvo practicando durante tantos meses. Afirma el profesor Brack, que el lactante vive en insuficiencia respiratoria.

Hay quienes consideran que el niño se comporta, durante los primeros meses de su vida, como si se tratara de un "feto extrauterino", en permanente dependencia de la madre, sin cuya preocupación o la de alguien que la sustituya, terminaría por perecer.

Otro factor a tener en cuenta, es el de los anticuerpos, uno de los elementos que más tardan en desaparecer, después del nacimiento. Recién a los seis meses, deja el niño de depender de los anticuerpos maternos, comenzando para ese entonces, a generar sus propios anticuerpos, de cuya importancia en el post-operatorio, no creemos necesario hablar.

La operación demasiado temprana, provee al niño de una serie de experiencias que lo diferencian esencialmente, de todos los demás niños, en tanto implica: anestesia general, dolor post-operatorio, limitación al movimiento de los brazos, alimentación por sonda o por medio de bulbos de

goma, y por supuesto, una larga hospitalización. Un acto agresivo de tal magnitud, durante los primeros meses de la vida de un niño, tiene por lo general una enorme significación para su futuro, el que se ve ensonbrecido por frecuentes problemas de conducta y dificultades en la pronunciación de fonemas, las que van a sumarse a las propias de todo fisurado.

English y Pearson aseguran que el niño operado en estas condiciones no vuelve a ser jamás lo que era antes de someterse a ese brutal trauma quirúrgico. Los trastornos dolorosos, propios de este tipo de intervenciones, suelen persistir a lo largo del tiempo, en el subconciencia del niño, el que es sometido a exigencias extraordinarias, que siempre perdurarán para él, como objetos y motivos de dolor y de angustia. Tanto el desarrollo físico como psíquico del pequeño paciente, se verá alterado. Se convierten por lo regular, en seres retraídos y poco dados a la amistad.

Es preciso recordar que esta triste experiencia va a sumarse a otra serie de hechos que inciden sobre la mente del niño fisurado, desde el momento mismo de su nacimiento:

- 1) - Una serie de penosas experiencias, especialmente durante la alimentación.
- 2) - El deseo de mamar por placer, ha sido frustrado.
- 3) - La actitud primera de rechazo de la mayoría de las mujeres que atraviesan por esa situación.

Tanto el primero como el tercer hecho, son los que afectan más violentamente al niño, porque inciden evidentemente, sobre la realidad de la vida.

Estas causas, son las condicionantes indiscutidas de una variada sintomatología, que puede desembocar en el marasmo, y aun en la muerte.

Como siempre, dicen English y Pearson, el mejor tratamiento será el preventivo. El médico debe evitar, dentro de lo posible, toda medicina o cu-

ración dolorosa, hasta la segunda mitad del primer año de la vida del niño. Solo será lícito transgredir esa regla, en el caso en que sea preciso preservar por ese medio, la vida del paciente. Demás está decir, que se arbitrarán todos los medios necesarios para asegurarse la colaboración de la madre, elemento esencial para preservar al niño de este tipo de frustraciones.

En suma, nuestra insistencia sobre la necesidad de una espera hasta los ocho o diez meses de edad biológica, antes de emprender el cierre quirúrgico del labio, se funda en el hecho de que a esa edad, el niño está ya suficientemente alejado de la mamadera, sus hábitos alimenticios se han enriquecido con el manejo de taza, cuchara, etc., su alimentación se ha hecho francamente mixta, ya tiene en boca sus primeros dientes, comienza a pronunciar sus primeros fonemas, su actitud postural cervical es más firme, síntomas éstos de un cierto grado de maduración, que coincide con la estabilización en la maduración de la faringe como órgano respiratorio.

INTERVENCION QUIRURGICA DE LA FISURA DE PALADAR BLANDO

En nuestro concepto, esta intervención no debería hacerse nunca antes de los 30-40 meses de edad biológica, con el fin de no interferir puntos fértiles de crecimiento. Crecimiento que recibe, en esta etapa, un formidable empuje.

A este respecto, es opinión de Súbtenly (1.957), que el crecimiento en longitud del paladar blando, alcanza en este período, una intensidad y rapidez, no superadas posteriormente en ninguno de los otros períodos.

La experiencia le ha demostrado a Graber, que un paladar blando operado, tiene siempre un ritmo mucho más lento que los tejidos blandos que lo rodean.

Coccaro, Súbtenly y Pruzansky, han hecho un interesante estudio cefalo-

métrico seriado, con niños en crecimiento desde el momento del nacimiento hasta los 7 años. Sus conclusiones pueden resumirse así: El 70% del crecimiento se alcanza en los dos primeros años de vida. Expresado numéricamente, puede decirse que: hasta los 2 y medio años, hay un aumento de 6,3 mm.; entre 2 y medio años y 5, es de 1,1 mm., y entre los 5 y los 7, crece también 1,1 mm.

Refiriéndose al espesor, estos mismos autores afirman que la mayor rapidez de crecimiento se observa en el período que corresponde a los 3 primeros meses de vida, siendo muy reducido el crecimiento, entre el año y medio y los 3. No obstante, señalan que en los niños fisurados, aun contradiciendo las leyes generales, es común la presencia de un pico de crecimiento más o menos considerable, entre el año y medio y los 3.

Teniendo en cuenta todas estas posibilidades, y recordando además, que la erupción del segundo molar temporario coincide con un empuje general de crecimiento, preconizamos como momento operatorio, los 42 meses de edad biológica. El correcto engranamiento molar, nos sirve como elemento detector de la iniciación de una atresia maxilar.

Nos parece obvio insistir sobre la ineludible condición dinámica-mecánica-funcional del período de espera, el que deberá contar con la intervención de la foniatra a partir de los dos años y medio, y con el empleo permanente de aparatología protético-ortopédica.

INTERVENCION DEL PALADAR DURO

Como consecuencia directa del cierre velo-palatino, es evidente la tendencia a la disminución de la fisura ósea. Lo que no nos autoriza, por supuesto, a renunciar a un correcto tratamiento durante el período de espera. Muy por el contrario, trabajamos paralelamente a la foniatra, utilizando

aparatoología ortopédico-protética, vibradores, mioterapia, etc.

Con relación al momento oportuno para una intervención quirúrgica del paladar duro, algunos especialistas aconsejan como el mejor, el cercano a los 7-9 años, que es cuando el paladar ha alcanzado los 5/6 de su crecimiento total.

Es nuestro criterio, sin embargo, que la pérdida de un sexto del crecimiento total, es excesiva. Las medidas realizadas en niños normales a la altura de los segundos molares permanentes, indican que el ancho palatino es aproximadamente de 110-120 mm. Se nos ocurre, que la pérdida de aproximadamente 10 mm. de este crecimiento, puede resultar, en ciertos casos, decisiva. Consideramos pues, que la intervención debería diferirse hasta la erupción del segundo molar permanente, para evitar cualquier interferencia del empuje de crecimiento alveolar, que acompaña esta erupción.

Rowe en el Dental Practitioner 1955, en síntesis afirma que la fisura está limitada a una aplasia mesenquimatosas de un tiempo muy corto pero luego las partes componentes siguen un crecimiento normal a menos que sea interferido por la cirugía.

Para este autor las deformaciones secundadas no son genéticas, sino que total o parcialmente se deben a la cirugía. En algunos casos la cirugía puede ser irremediamente deseada, pero en otros debe informarse sobre la técnica a emplearse en la oportunidad en la intervención, en relación al crecimiento y al desarrollo.

Pero es preciso recordar que también el crecimiento ántero-posterior está en relación directa con la aparición en boca del segundo molar permanente. Hecho demostrado por la presencia de un correcto crecimiento sagital en fisurados adultos no operados, a diferencia de lo que ocurre en los que han sido intervenidos. Algo similar puede notarse, con relación a la altura de los maxilares. Sabiendo como sabemos, que la altura final está en relación directa con el crecimiento alveolar, que éste es función dentaria,

y que la erupción de premolares y molares, que van a determinar el último levante de mordida, tiene lugar entre los 9 y los 12 años, nos parece útil evitar cualquier factor de entorpecimiento.

Como puede deducirse sin dificultad alguna de lo que antecede, consideramos que la intervención quirúrgica del paladar óseo, no debería intentarse antes de los 12 años, con lo que coincidimos con la posición de Limberg de Leningrado. Aunque confesamos que aquí termina nuestra coincidencia, desde que este autor aconseja, para el período de espera, el uso de obturadores, mientras que nosotros consideramos absolutamente indispensable, el uso de estímulo-vibradores o cualquier otro elemento capaz de promover el acercamiento de los bordes fisurales, objetivo perfectamente alcanzable, como lo demuestra la observación de cualquier fisurado adulto no operado, cuya fisura aparece casi matemáticamente, con sus bordes en contacto. No creemos necesario insistir sobre la importancia estética y funcional de este procedimiento, que facilitará enormemente, el éxito quirúrgico.

La aparatoología utilizada con el fin de estimular los bordes fisurales, es conocida por diversas denominaciones, tales como dinámica, dinámico-funcional, neurodinámica-funcional, neuromecánica, dinámico-funcio-muscular.

Suelta dentro de la boca, este tipo de aparatoología, aprovecha al máximo los miles de grandes y pequeños movimientos musculares realizados a lo largo de las 24 hs., con motivo de la succión, el chupeteo, la deglución, etc., a los que trata de orientar, en sentido favorable al crecimiento maxilar buscado.

Se trata de aprovechar el fabuloso potencial de crecimiento y orientarlo, precisamente durante el primer año de vida, que es cuando alcanza su máxima intensidad. Tan importante es este empuje de crecimiento, que nos hace decir simbólicamente, que "deberíamos cambiar la forma del aparato cada minuto que pasa". No pudiendo cumplir este deseo por impo-

sibilidad material, tratamos no obstante, de acercarnos lo más posible al ideal, cambiando permanentemente, la aparatoología.

Esta conducta, tiene por supuesto, como basamento, una posición conceptual que venimos sosteniendo por años. Entendemos que la fisura palatina, no configura en la mayor parte de los casos, una anomalía anatómica por insuficiencia y pérdida de tejidos, como parecen sostener muchos colegas, sino una verdadera enfermedad funcional. La aparatoología neuro-dinámica-funcional, podría asimilarse, por su acción, a una hormona somatotrópica, estimulante y correctora, que aprovechando los estímulos nerviosos desencadenantes de movimientos musculares, actuara a través del aparato, estimulando el desarrollo de cada hemimaxilar, lo que permitiría al acercamiento de los rebordes fisurales, tanto como la conformación de una correcta arcada alveolar. En suma, esta aparatoología incesantemente renovada, trata de rescatar, por todas las vías posibles, el crecimiento total y parcial del complejo máxilo-facial.

Aun los que preconizan la corta espera de tres meses para fijar el comienzo del tratamiento quirúrgico, deberían intentar el aprovechamiento de los reflejos neuro-musculares, utilizando este tipo de aparatoología.

Nuestra tesis se ha visto avalada por la opinión de Burston, expresada en un simposio sobre "Malformaciones de la Cara", la que puede resumirse diciendo que:

"Todo defecto congénito involucra dos elementos:

- 1)- Aspecto anormal en lo referente al tamaño y la forma de los tejidos comprendidos en la anomalía.
- 2)- Existiendo una correcta correlación entre los tejidos que forman parte de la zona alterada, es evidente que este tipo de defectos congénitos, irá aumentando de tamaño con el crecimiento".

De esto es posible inferir, que cuanto más tarde se comience el tratamien-

to de una fisura, mayor serán los defectos secundarios con los que deberemos luchar. Pero desgraciadamente, así como es posible retroceder en el camino de la ontogenia, tampoco podremos ya, eliminar ciertos defectos, con el simple uso de un aparato ortopédico. Es preciso no pasar por alto, el hecho de que aun en la anormalidad, los tejidos están en equilibrio dinámico. No será un equilibrio perfecto, pero no deja por eso de serlo. Y cualquier interferencia operativa, romperá, como primer paso, ese equilibrio, sin que tengamos seguridad alguna de obtener la estabilidad necesaria para la nueva forma.

A través de los estudios sobre deglución, que venimos realizando desde 1.955, comprobamos la forma de tragar atípica de los fisurados, lo que unido a la continua interposición lingual entre los bordes de la fisura, termina provocando serias deformaciones maxilares. La falta del estímulo lingual correcto conduce matemáticamente, al arco anterior atrésico.

El maestro Veau afirma, en un interesantísimo trabajo de investigación, que el paladar blando acortado, no es por atrofia congénita, sino por falta de función, la que sería ya notable en el feto, explicado así, la existencia de velos cortos, en recién nacidos.

VENTAJAS DEL EMPLEO DE APARATOLOGIA PROTETICO-ORTOPEDICA EN EL FISURADO RECIENTE NACIDO

1º.- Colocada inmediatamente después del nacimiento, su color semejante al de los tejidos bucales, ayuda a hacer menos brutal el choque emocional que sufre la madre.

2º.- Al separar la boca de la nariz, facilita la circulación de la corriente de aire en el proceso respiratorio.

3º.- La respiración nasal disminuye la incidencia de resfriados, casi continuos en los fisurados.

4°.)—Se hace posible la alimentación con mamadera desde el primer instante. Hemos logrado incluso, que el bebé se alimente directamente del seno materno, con la ayuda de una pezonera, o en otros casos directamente de la madre.

5°.)—Esto elimina además, la necesidad de utilizar aparatos especiales para alimentarlo, los que aumentan y ayudan a mantener presente en la madre, la angustia de haber tenido un hijo distinto a los demás.

6°.)—Una alimentación normal, le permite ganar peso rápidamente.

7°.)—Otra ventaja de la alimentación normal, es que no traga aire, con lo que se evitan los erutos.

8°.)—Se lo puede alimentar en posición correcta, horizontal, y en brazos de su madre.

9°.)—Goza del contacto directo con el cuerpo materno, cuyo valor psicológico no creemos necesario aclarar.

10°.)—De utilizarse tetinas funcionales, el tiempo empleado en cada mamada es de aproximadamente media hora, con lo que no solamente se satisfacen las necesidades alimenticias del bebé, sino también las de chupeteo.

11°.)—De fácil limpieza, construcción y manejo, su bajo costo lo acerca a las posibilidades de la población de escasos recursos.

12°.)—No necesita para su construcción técnicos especializados, pudiendo ser empleado por odontólogos generales.

13°.)—Permite el tratamiento ambulatorio.

14°.)—Es posible tratar a un niño que vive alejado de cualquier centro or-

topédico, con la colaboración del odontólogo del lugar.

15°.)—Como el acostumbramiento es bastante rápido, bien pronto es posible eliminar todo elemento de sostén extraoral, lo que hace posible el uso del chupete, cuyo poder pacificador es apreciado por todas las madres.

16°.)—El uso continuo, a través de las veinticuatro horas, no provoca irritación alguna en la mucosa bucal.

17°.)—Al no provocar trastorno general de ningún tipo, permite un proceso de alimentación normal.

18°.)—El tiempo de adaptación es extraordinariamente corto, y el bebé se encuentra molesto cuando no lo usa.

No resistimos la tentación de transcribir algunos párrafos del trabajo aparecido en el "pediatric" de julio de 1962, con la firma de los doctores V. B. Tisza y E. Cumpertz. Afirman los autores que:

"Los fisurados son alimentados en el hospital con el «Breck Feeder» cuya significación es la frustración de las necesidades de succión, y en el activo proceso de deglución. Apenas llega el bebé al hogar, la madre prefiere alimentarlo con mamadera.

A las madres les resulta extraño alimentar a su hijo con una jeringa de goma, y se sienten infelices al no poder alimentarlo como a los demás chicos. La jeringa de goma significa para la madre, el recuerdo permanente de la enfermedad, y que su chico es **diferente** ¹.

Los bebés que nacen con labio leporino no tienen ninguna dificultad una vez operados. Lo lamentable en el fisurado palatino es que no puede crear presiones negativas en el interior de la cavidad bucal ². La capacidad de comprimir y ordeñar, para obtener la leche de la mamadera, lleva un

sión. Lo que succiona el niño no es la leche, sino el pezón. Realiza un verdadero ordeñamiento, similar al ordeño, digital o mecánico, a que son sometidas las vacas.

tiempo en su educación, por lo que es notable la lentitud en la alimentación, durante las primeras semanas de vida.

Los mecanismos de compresión y ordeñamiento, diferentes de la succión normal y los cambios de función del labio y de las estructuras intrabucales, especialmente de "la lengua" puede que sean un factor contribuyente a las dificultades posteriores del lenguaje.

Mientras el bebé adecúa su lengua para obstruir la fisura, con su parte posterior, porque una porción de la leche, entra en el nasofaringe y fluye por la nariz. Para que esto no ocurra, algunas madres retiran frecuentemente la mamadera, con lo que se interfiere el ritmo normal de alimentación, y se somete al niño, a repetidas frustraciones. Dada la limitada capacidad de deglución del niño, son frecuentes los ahogos cuando se le administra el alimento con una tetina de bulbo largo y orificio grande, que permite su salida demasiado rápidamente.

Después de muchas pruebas, las madres terminan por comprender que la mejor forma de alimentación es la suministrada con una tetina blanda y corta, a la que perforan en su extremo, ya sea en forma de un amplio orificio, o de una cruz. La primera forma permite una libre salida del orificio, mientras que en el segundo caso, es factible la regulación de esa afluencia, por parte del niño.

Algunas madres acuestan horizontalmente al bebé, en el acto de su alimentación, con la cabeza ligeramente reclinada hacia abajo y atrás. Tam-

bién se ha recomendado mantener al niño en posición casi recta ³. Hemos observado que las tensiones tienen su origen, en el escaso contacto corporal entre madre e hijo, durante la alimentación. Al recordar la sensación de soledad y tristeza que embarga a las madres, por tener un hijo diferente, y las "FRUSTRACIONES de la madre e hijo, en las experiencias alimenticias, llegamos a la conclusión de que son muchos los factores a modificar en la interrelación madre-bebé fisurado. Medidas que deben ser establecidas desde el primer momento. Con la terapéutica que empleamos, las madres no sienten a su hijo diferente. Ellas mismas se constituyen en colaboradoras del tratamiento y así la espera resulta más fácil de ser sobrellevada.

Como consideración final, diremos que hemos encontrado en nuestra práctica diaria, un inconveniente que aparece especialmente en los primeros días en que el pequeño utiliza el aparato: la frecuencia con que el recién nacido desplaza su aparato de la boca. dado la falta de control, lleva sus manos a la cara o a la boca, provocando así el desplazamiento. El empleo en la actualidad de aparatología sin aletas, elimina un importante factor en este sentido. Sin contar por supuesto, con el importante papel de sostén psicológico que representa para la madre, que acepta con mayor conformidad, una aparatología menos visible exteriormente. Lo que no carece de importancia, dado el largo compás de espera que debe soportar hasta la intervención quirúrgica.

(Continuará)

para el niño, especialmente en los primeros meses.

³ Es evidente que la alimentación no constituye una experiencia agradable y relajante, ni para la madre ni

¹ Subrayado del traductor.

² La concepción de que el bebé fisurado obtiene la leche por vacío intrabuca ha sido ya superada. La leche fluye del seno materno por compresión.

“ESTADO ACTUAL DEL DIAGNOSTICO EN ORTODONCIA” *

Dr. Juan Canut (Madrid)

CONCEPTO DEL DIAGNOSTICO EN ORTODONCIA

Antes de pasar revista al estado actual del diagnóstico en Ortodoncia, y de comentar las diversas tendencias y orientaciones en boga, juzgamos oportuno aclarar algunas particularidades del alcance del concepto de diagnóstico, tal y como lo entienden los ortodontistas, ya que al estudiar la maloclusión dentaria este término adquiere un matiz muy particular y distinto a la idea clásica que se tiene del diagnóstico como interpretación de los datos clínicos que nos descubren la naturaleza de una enfermedad.

El diagnóstico en Ortodoncia puede referirse al análisis de los factores determinantes de la maloclusión, especificando su clase y características, aunque hay profesionales que no consideran la maloclusión como una secuela patológica. Otros, por el contrario, prefieren considerar ciertas formas de maloclusión como manifestaciones de la forma humana individual, significando con esto que lo que es normal para unas personas, no lo sea para otras. Por otro lado, el diagnóstico ortodóncico puede limitarse a la

* Comunicación presentada en los *Coloquios Estomatológicos Internacionales de Lisboa, octubre 1963.*

comparación de la dentadura de un individuo con la que debería tener, de acuerdo con un patrón prestablecido de lo normal, clasificándose la malposición dentaria dentro de los diversos síndromes conocidos. Todas estas diferentes interpretaciones nos llevan a la conclusión de que no es fácil aceptar que el diagnóstico en Ortodoncia se limite a la simple identificación de una forma de enfermedad dentaria, dentro del marco de la salud general del aparato masticatorio.

La Ortodoncia, como rama de la Estomatología, es medicina pura, sin embargo, el diagnóstico en Ortodoncia presenta algunas diferencias cuyo matiz es importante aclarar. Mientras que el diagnóstico está orientado, fundamentalmente, hacia el descubrimiento de la enfermedad, el diagnóstico ortodóncico busca, ante todo, el estudio y valoración de la alteración máxilo-facial cuya secuela visible es la maloclusión dentaria. Como ortodontistas, nuestro problema no se limita a averiguar la alteración dentaria de un niño, nuestro diagnóstico va a más: se extiende al estudio de todo el aparato estomatognático del individuo, tal y como se encuentra. Y una vez que conozcamos las limitaciones impuestas por el propio patrón morfogenético, individual e inalterable, obtener un máximo de armonía, equilibrio y estética, dentro de unas características impuestas por la edad, el sexo y la raza. Esta es la razón de que el diagnóstico en Ortodoncia aparezca íntimamente asociado a la etiología, pronóstico y tratamiento de la malo-

clusión, englobándose todo ello en un concepto común: el Análisis Clínico de la Maloclusión.

Otra peculiaridad del diagnóstico ortodóncico es que dos ortodontistas pueden llegar a un diagnóstico diferente de la misma maloclusión. Esta aparente paradoja responde al hecho de que casi todos los problemas de la maloclusión aparecen afectados por el complicado mecanismo del crecimiento y desarrollo craneofacial, muchos de cuyos fenómenos nos son todavía desconocidos. Nosotros tratamos con estructuras vivas, en activo período de cambio, con un comportamiento biológico tan complejo e individual que su interpretación se halla todavía abierta a la discusión, siendo difícil saber, a ciencia cierta quién está en lo cierto y quién se ha equivocado. El constante progreso de la Ortodoncia no ha llegado a esa edad adulta en la que se poseen respuestas definitivas a todos los problemas que plantea el diagnóstico. Desgraciadamente, el diagnóstico en Ortodoncia no se basa en pruebas de laboratorio. Contamos con una serie de análisis funcionales, biológicos, radiográficos, etc., que nos proporcionan una gran ayuda, pero ninguno de ellos son lo suficiente seguros para que los podamos admitir sin reservas. La realidad actual es que el diagnóstico en Ortodoncia todavía descansa, aunque limitadamente, en nuestro concepto de lo Normal, si bien tal concepto reside grandemente en la experiencia personal y ojo clínico, factores ambos de importancia en todo diagnóstico médico, pero sujetos a error humano.

CONCEPTO ACTUAL DE LA MALOCLUSION

Para mejor comprender el significado y valor de los modernos métodos de diagnósticos, es necesario que nos detengamos unos momentos para explicar lo que se entiende en la actuali-

dad por maloclusión dentaria. En cierto modo, un mejor conocimiento de la etiología y mecanismo de producción de las maloclusiones es lo que, en definitiva, ha impuesto unos métodos nuevos de diagnóstico.

La Ortodoncia moderna considera la maloclusión dentaria como un fenómeno, como una consecuencia inevitable de la alteración de los procesos que gobiernan el crecimiento craneofacial. Por falta de suficientes elementos diagnósticos, la maloclusión se ha considerado durante mucho tiempo como un problema local, que afectaba exclusivamente a la posición de los dientes. Aún antes del advenimiento de la telerradiografía, el estudio de la etiología y patogenia de las maloclusiones y, sobre todo, la falta de estabilidad de muchos tratamientos, hizo pensar en la correlación existente entre el crecimiento craneofacial y la producción de la maloclusión. Es un hecho comprobado que la maloclusión, aunque se manifiesta en los dientes, no es una alteración local; reconoce un origen más profundo, a veces alejado de los propios dientes, pudiéndose observar como estructuras faciales diversas participan en el cuadro general de la maloclusión.

Este problema planteó la necesidad de estudiar a fondo el complicado mecanismo del crecimiento de la cabeza y cara, como punto de partida para valorar el alcance y significado de una maloclusión. Tal vez uno de los hombres que más luz haya aportado a este problema sea Holly Broadbent, el cual, bajo los auspicios de la Fundación Bolton, inició una vastísima investigación radiográfica, encaminada a demostrar la manera como crece y se desarrolla la cara de un niño normal. Hace ya más de treinta años, Broadbent publicó su primer trabajo, titulado “La cara del niño normal”, en el cual se precisaban de manera admirable las diferentes etapas por la que pasa el macizo craneofacial desde el nacimiento hasta la edad adulta. Este y todos los trabajos de investigación que le han sucedido, han sido posibles gracias al empleo de la telerra-

diografía, que nos ha permitido ver, estudiar y valorar todas las alteraciones que tienen lugar en las zonas óseas de la cara, zonas que habían estado siempre vedadas en los métodos corrientes de diagnóstico.

Comprobado el valor de la investigación radiográfica, era necesario averiguar dos cosas: primero, que es lo Normal, y segundo, cuanto se aparta una maloclusión de lo Normal. Ya se comprende la gran dificultad de poder sentar unas conclusiones definitivas. Por un lado, nos encontramos ante sujetos jóvenes, en pleno crecimiento y por consiguiente, con estructuras en constante cambio. Por otro lado, no debemos olvidar que cada individuo es diferente a los demás, y aún cuando sigue un cierto orden biológico, común a la especie humana posee unas características propias, impuestas por la herencia y el medio ambiente. Esto corresponde a lo que Brodie ha denominado Patrón Morfogenético de Crecimiento. Por eso, todos los valores que se han propuesto como normales tienen un valor relativo, cuyas limitaciones debemos tener bien presentes, puesto que los promedios, tal y como se aplican en medicina, sirven para la población en general, pero para ningún individuo en particular.

La maloclusión es, repitamos una vez más, un fenómeno objetivamente local, una especie de huella dejada en el propio aparato masticatorio por ciertas alteraciones en el crecimiento y desarrollo craneofacial. Y el mejor medio para diagnosticar el alcance y naturaleza de esas alteraciones óseas es mediante el uso de la telerradiografía. En el análisis cefalométrico de la maloclusión se basa nuestro elemento primordial del diagnóstico científico. Esto está plenamente aceptado por todo el mundo, incluso entre doctrinas y escuelas que tienen métodos de tratamiento diferentes. La telerradiografía ha irrumpido en el campo de la Ortodoncia y no podemos ignorarla por más tiempo. En frase feliz de Steiner, "Ha venido y se piensa quedar entre nosotros".

VALOR DIAGNOSTICO DE LA TELERRADIOGRAFIA

La telerradiografía es, pues, uno de los instrumentos más seguros, eficaces y científicos para hacer el diagnóstico en Ortodoncia. Pero, ¿cuál es, en definitiva, su valor?, ¿qué información nos proporciona? Digamos con T. Graber que una telerradiografía nos ofrece cuatro elementos diagnósticos de valor definitivo:

1. En primer lugar nos informa del estado actual del crecimiento de todo el complejo craneofacial del individuo. La imagen radiográfica nos brinda un cuadro panorámico de la posición y grado de crecimiento de los maxilares, de su relación con respecto del cráneo y de las relaciones que los dientes guardan con sus respectivas bases óseas.

2. La telerradiografía nos localiza el problema. En este sentido, podemos comprobar si la causa está en los maxilares o si la mandíbula está en buena posición, el grado de participación de las partes blandas, etc. Esto nos ayuda a describir la maloclusión con toda certeza.

3. Por medio de una técnica adecuada, la telerradiografía nos brinda la oportunidad de comprobar la relación del perfil blando facial con las zonas óseas subyacentes, y de esta forma saber el grado de deformidad facial producido por la maloclusión.

4. Y finalmente, la telerradiografía demuestra los cambios ocurridos en el tratamiento. Todas nuestras pretensiones clínicas de haber provocado un crecimiento, de haber hecho avanzar la mandíbula y de haber movido los dientes en la dirección deseada, van a encontrar en la telerradiografía un testigo fiel e insobornable de lo que fuimos capaz de conseguir. Y éste es, precisamente, el valor más indiscutible de la telerradiografía: el hacer posi-

ble el "Diagnóstico del Tratamiento". El comprobar lo que se hizo, lo que no se pudo conseguir y aquilatar la influencia que los aparatos de Ortodoncia tienen sobre el crecimiento del hueso y del movimiento dentario.

Pero no hay que engañarse. La telerradiografía no es una panacea del diagnóstico. Sabemos por experiencia que la maloclusión dentaria pone en juego tantos factores biológicos y funcionales, que se necesitan de muchos elementos de diagnóstico para poder armonizarlos y determinar la naturaleza exacta de la alteración. La telerradiografía no ha arrinconado ninguno de los otros métodos más tradicionales de diagnóstico. Todo lo contrario: ha venido a completarlos, dándonos una información que no se puede obtener de otra manera. La telerradiografía no puede, ni debe ser nunca la única fuente del diagnóstico. Pero, en la actualidad, nadie puede decir que ha diagnosticado correctamente una maloclusión, a menos que haya estudiado antes la correspondiente telerradiografía.

ELEMENTOS DIAGNOSTICOS DE LA MALOCLUSION

Comentados los diferentes conceptos actuales sobre la maloclusión dentaria, podemos ya centrar el tema principal de este trabajo viendo la manera de utilizar de una forma ordenada y sistemática los principales elementos que tenemos a nuestro alcance para llevar a cabo el diagnóstico en Ortodoncia. Por supuesto que no pretendemos enumerar todos los métodos existentes, sino limitarnos a los que se utilizan con mayor frecuencia, asimismo, debemos aclarar que no todos los elementos diagnósticos que se describirán son utilizados de igual manera e idéntico valor por todos los ortodontistas. El criterio para diagnosticar no se puede ajustar a un patrón rígido e inalterable. Lo importante, en definitiva, es que se diagnostique

bien, independientemente del método que se siga. Cada ortodontista podrá hacerlo de una manera u otra, según su formación profesional y experiencia, pero el hecho es que existen unos elementos clásicos para diagnosticar, cuyo estudio y análisis nos brindan una completa información. De entre ellos, hemos seleccionado los más importantes, siguiendo un orden lógico de aplicación.

1. HISTORIA CLINICA - La Historia Clínica debe recoger una serie de datos que nos informen de los antecedentes personales del paciente hasta el momento que llega a la consulta. No creemos que la Historia Clínica deba hacerse por rutina; hay que saber lo que se busca, y hacerlo de forma sencilla y breve. Concretamente estamos interesados en conocer siete aspectos de los antecedentes del paciente. El nacimiento y la crianza nos informan acerca de la normalidad de los primeros años de la vida. Los hábitos infantiles son importantes de conocer, pues casi todos ellos dejan una secuela en los dientes, especialmente los de succión. La actividad funcional podemos valorarla a través del tipo de masticación, el grado de apetito y la preferencia por alimentos blandos o duros. Otro detalle de gran interés es averiguar si el paciente posee una función respiratoria, puesto que la respiración bucal interviene activamente como factor etiológico en algunas formas de maloclusión. Las enfermedades generales padecidas por el paciente pueden haber afectado de manera indirecta el desarrollo normal de su aparato masticatorio, en especial aquellas que influyen en los procesos de crecimiento y osificación de los tejidos óseos y dentarios. Finalmente, nos queda un aspecto decisivo, cuales son los antecedentes hereditarios, especialmente, los que se relacionan con los rasgos faciales y dentarios. El carácter heredado de las maloclusiones constituyen una buena mayoría de las maloclusiones más corrientes, y su importancia no nos puede pasar desapercibida.

2. OBSERVACION DEL PACIENTE. - En este segundo elemento diagnós-

tico vamos a recoger todos los datos obtenidos de la observación directa del paciente, generalmente durante la primera visita. El tipo constitucional, el grado de desarrollo y el potencial de crecimiento nos indican la personalidad esquelética del individuo y las posibilidades de aprovecharnos de la propia fuerza natural del crecimiento. Para valorar debidamente la edad biológica del paciente, tenemos que coordinar la relación existente entre su edad cronológica, ósea y dentaria, aun cuando tal correlación ofrece grandes variaciones individuales. Lógicamente, efectuaremos un detenido examen bucodentario, con el fin de comprobar el aspecto y estado de los dientes y el de los tejidos blandos bucales. También corresponde a la observación clínica el análisis de la dinámica mandibular, con el fin de verificar el funcionalismo de la articulación témporo-mandibular y la normalidad de los desplazamientos de la mandíbula en los tres planos del espacio. Otro importante detalle clínico se refiere a la deglución. Cada día, el ortodoncista se enfrenta con un número creciente de maloclusiones, cuyo factor responsable es una deglución defectuosa, provocada principalmente, por la alimentación y crianza artificial de los niños de hoy. Finalmente, se debe comprobar el tono de la musculatura masticatoria y perioral, especialmente, la actividad funcional de los labios, anotando su grado de desequilibrio, así como el tono general muscular del paciente. Hasta aquí, pues, no hemos efectuado ninguna operación directa sobre el paciente, sólo nos hemos valido de los datos de su historia clínica y de todos aquellos detalles que nos ha revelado la inspección clínica. Un ortodoncista experimentado puede sacarle mucho partido a la información obtenida; de hecho, casi se puede decir que los pasos clínicos que siga sólo servirán para confirmar todo lo que supo ver y adivinar, mediante un interrogatorio y exploración hábiles y bien orientadas.

3. **MODELOS.** — No hace falta que insistamos en el papel diagnóstico que

juegan los modelos originales de la maloclusión. Durante muchos años han constituido el elemento clásico y, a veces, único para diagnosticar una malposición dentaria. Y en la actualidad continúan conservando todo su valor, porque los modelos son el punto de partida ideal para estudiar la disposición de las arcadas dentarias, diagnosticando las anomalías de posición en los tres planos del espacio: transversal (grado de compresión), sagital (longitud de arcada) y vertical (grado de supraoclusión). Unos buenos modelos son insustituibles en cualquier análisis clínico de la maloclusión. Pero no hemos de olvidar que se trata de una reproducción de los dientes y de sus estructuras más inmediatas, sin que nos informen de las alteraciones esqueléticas y funcionales.

4. **RADIOGRAFIAS INTRAORALES.**

— El estudio radiográfico intraoral completa, por así decirlo, la información obtenida de los modelos. Y así podemos ver el estado y posición de los dientes no erupcionados, su grado de calcificación, el estado del parodonto y las características anatómicas del hueso subyacente. La radiografía intraoral nos informa, asimismo, de la presencia de dientes supernumerarios, ausencias congénitas, anquilosis dentarias, etc.

5. **RADIOGRAFIA EXTRAORAL PANORAMICA.**

— De aparición reciente, la Estomatología cuenta con un poderoso auxiliar radiográfico, llamado a jugar un papel importante en el diagnóstico radiográfico de las alteraciones dentarias. Nos referimos a la Panografía. La radiografía panográfica se basa en el uso de una sola placa panorámica de toda la región dento-maxilar. Fundamentalmente, esto se consigue haciendo girar el tubo de Rayos X y la placa radiográfica alrededor de la cara del paciente, manteniendo una exposición constante durante la rotación. Esta novedad tiene muchas ventajas, entre las que se cuenta la sencillez de la técnica empleada, la amplia zona conseguida, la eliminación de superposiciones, la proyec-

ción conjunta de todos los dientes en relación con sus estructuras óseas, la reducción de la distorsión angular y el disminuir al mínimo el peligro de la irradiación.

6. **TELERRADIOGRAFIA.** — Ya hemos dedicado un comentario aparte al valor diagnóstico de la telerradiografía. Si la volvemos a nombrar es con el fin de mostrar en que lugar va colocada en la secuencia de los diferentes elementos diagnósticos de la maloclusión. La imagen telerradiográfica requiere de una técnica especial, en virtud de la cual nos es posible observar conjuntamente las diferentes estructuras óseas, dentarias y de tejidos blandos. De esta telerradiografía se obtiene un calco, denominado cefalometría, en el que se trazan una serie de medidas angulares y lineares que nos describen la naturaleza y gravedad de la maloclusión. Generalmente, la cefalometría nos informa de cinco factores: 1) posición y grado de desarrollo del maxilar y mandíbula, 2) relación antero-posterior de ambos huesos, 3) relación de los dientes con sus bases apicales de soporte, 4) relación de los dientes superiores con los inferiores, y 5) participación del tejido blando del perfil facial.

7. **FOTOGRAFIA FACIAL.** — La fotografía frontal de la cara del paciente nos sirve para averiguar la forma del óvalo facial, la simetría de la línea media y el grado de dimensión vertical de la cara, localizándonos en qué lugar aparece alterada. La fotografía del perfil facial nos da el grado de convexidad (ángulo del perfil) y la protuberancia de la región labial y mentoniana. Este tipo de fotografía extraoral puede completarse con la fotografía intraoral, que completa los registros clínicos del caso en estudio.

DIAGNOSTICO FUNCIONAL DE LA MALOCLUSION

Hasta ahora se ve como el diag-

nóstico en Ortodoncia va siguiendo una línea ascendente que, partiendo de una visión meramente dentaria de la maloclusión, desemboca en el estudio de las estructuras craneofaciales del individuo. Pero esto no es suficiente. En la actualidad, la mayoría de los estudios de investigación se hallan orientados hacia un mejor conocimiento del comportamiento de los músculos, a conocer la actividad funcional de la musculatura dependiente del aparato estomatognático, puesto que es aquí donde, con toda seguridad, se halla respuesta definitiva a muchos de los problemas de las maloclusiones.

Hay un viejo aforismo médico que dice: "En toda batalla entablada entre huesos y músculos, el hueso lleva todas las de perder". Y esto es muy cierto en Ortodoncia, puesto que la influencia muscular ejerce un papel trascendente en el aspecto y forma de maxilares y arcadas dentarias, y la experiencia demuestra siempre que no puede haber estabilidad a menos que exista un equilibrio neuro-muscular. Este interés por los fenómenos del comportamiento neuro-muscular ha puesto en primer plano los estudios basados en la fisiología dinámica de los tejidos blandos. La mayoría de estas investigaciones se hallan todavía en plena fase de experimentación clínica, y aunque existen unas estadísticas y datos de sumo interés, lo cierto es que todavía no se ha encontrado un método de aplicación práctica en la clínica diaria. No obstante, hemos creído conveniente describir algunos de ellos, con objeto de completar en lo posible el cuadro actual del diagnóstico ortodóncico.

ELECTROMIOGRAFIA. — Se sabe por fisiología toda actividad muscular se acompaña de alteraciones eléctricas. Estos cambios pueden recogerse mediante unos electrodos, colocados en el músculo, que se registran gráficamente. Esta electromiografía se ha utilizado para examinar la actividad neuromuscular de los músculos de la masticación, con el fin de aportar nueva luz al problema de la relación de

la mandíbula con el maxilar superior, concretamente en la posible influencia de los músculos como agentes etiológicos de la maloclusión, y comprobar si el desplazamiento terapéutico de la mandíbula se acompaña de una verdadera adaptación neuromuscular, factor este muy discutido por la frecuencia de recidivas y fenómenos de doble mordida en el tratamiento de muchas distoclusiones.

Los trabajos de Greenfiel y Wyke, hechos en 1956, han demostrado que cada movimiento mandibular normal produce un electromiograma característico. Grossman y sus colaboradores utilizan un procedimiento, basado en el uso de un electroencefalógrafo, colocando ocho electrodos en las zonas anterior y posterior de los músculos temporal y masetero. Se registran todos los movimientos de la mandíbula, especialmente, los de oclusión completa, borde a borde, máxima protrusión y máxima retrusión o en eje de charnela. Poseyendo un patrón o módulo de los electromiogramas que producen los movimientos normales de la mandíbula, podríamos compararlos con los obtenidos en pacientes con maloclusión, y establecer unas diferencias que nos informen de la alteración neuromuscular coincidente. Parece ser que la electromiografía es la mejor arma disponible para averiguar la relación existente entre maloclusión y disfunción neuromuscular. El hecho de que algunos casos respondan bien al tratamiento, mientras otros similares recidivan, indica que algo ha fallado en el proceso de adaptación neuromuscular. La gran dificultad actual reside en la falta de valoración científica exacta de la conducta neuromuscular antes y después del tratamiento ortodóncico. Existen grandes esperanzas puestas en la electromiografía y, al igual que ocurrió con la telerradiografía, confiamos en que el ortodoncista contará pronto con un instrumento valiosísimo para diagnosticar con mayor seguridad la naturaleza exacta de una maloclusión.

CINEFLUOROGRAFIA. - La cinefluorografía es otra aportación científica para el estudio y análisis del com-

portamiento de la lengua y región velofaríngea, cuya disfunción produce algunas maloclusiones de tratamiento más difícil. El procedimiento consiste en hacer hablar al paciente mientras la cinefluorografía va registrando el movimiento de la lengua y paladar blando; al mismo tiempo, una cinta magnetofónica graba los fonemas y otro aparato registra la intensidad de la corriente respiratoria por nariz y boca. Los recientes trabajos de Wildman muestran unos resultados muy significativos, aunque no concluyentes, sobre la relación existente entre ciertas maloclusiones asociadas a hábitos de deglución defectuosa que se acompañan de alteraciones en el lenguaje. Clínicamente está bien comprobada la incidencia de estas disfunciones neuromusculares con la mordida abierta, de tan difícil tratamiento por su tendencia a recidivar, pero hasta la fecha ha resultado imposible determinar con exactitud la influencia de la lengua y zona velofaríngea en la etiología de este tipo de maloclusión. Tal vez en un futuro no lejano, la luz que nos aporte la cinefluorografía en el comportamiento funcional de estas regiones musculares nos resuelva el grave problema de las mordidas abiertas producidas por la disfunción neuromuscular.

CINEMATOGRAFIA FISIOGRAFICA.

- Un tercer procedimiento que merece destacarse en esta revisión del estado actual del diagnóstico en Ortodoncia, es el empleado por los investigadores del Instituto Eastman de Estados Unidos para estudiar el comportamiento de los tejidos blandos de la cara. La cinematografía fisiográfica consiste en el registro de las alteraciones funcionales de la superficie topográfica de la cara. Para ello, se divide la cara en zonas, y una película de paso lento va impresionando el comportamiento funcional de los diferentes grupos musculares de la cara durante los actos de masticación, deglución y lenguaje. A pesar de que esta investigación no ha sido todavía de su etapa experimental, nos ofrece otra perspectiva de conocer mejor la reacción de la musculatura facial, especialmente, los músculos periorales.

Conocida ya la importancia que tiene la alteración del crecimiento y desarrollo de las estructuras esqueléticas en la producción de la maloclusión, los investigadores han dado un paso adelante, fijando su atención en los músculos, verdaderos jueces de paz que gobiernan, con su complicado mecanismo neurofisiológico, la estabilidad y armonía del aparato masticatorio.

SISTEMATICA DEL DIAGNOSTICO

Según se ha expuesto, el ortodoncista dispone en la actualidad de una serie de elementos clínicos que le proporcionan una completa información para emitir un diagnóstico seguro. El estudio clínico, radiográfico y anamnéstico del paciente van a servirnos de pauta para formular el triple diagnóstico de una maloclusión. Nos referimos al diagnóstico Morfológico-diferencial, Etiopatogénico y Clínico. Cada uno de ellos cumple una función diferente, y su estudio en conjunto nos proporcionará la visión más científica que podemos tener de una maloclusión dentaria.

1. DIAGNOSTICO MORFOLOGICO-DIFERENCIAL. - En este tipo de diagnóstico nos interesa, ante todo, describir y localizar la maloclusión. Hay que concretar las anomalías que se han producido en maxilares, dientes y tejidos blandos. Una vez descrita, es necesario localizarla apropiadamente y valorar su intensidad según los tres planos del espacio. En el plano sagital hablamos de las desviaciones en sentido mesio-distal o antero-posterior; en el plano transversal de las anomalías de compresión, y en el plano vertical nos referimos, principalmente, a las anomalías verticales y al grado de supraoclusión. Toda esta descripción morfológica de la maloclusión nos permite distinguir una maloclusión de otras, es decir, ha-

cer un verdadero diagnóstico diferencial, dada la diversidad de síndromes de maloclusión, hay que matizar con mucho cuidado para que el tratamiento sea el adecuado. Resumiendo, pues, diremos que el diagnóstico morfológico-diferencial nos permite conocer la naturaleza de una maloclusión, saber en qué consiste, limitar su extensión y diferenciarla de otros síndromes parecidos.

2. DIAGNOSTICO ETIOPATOGENICO. - Una vez conocidos el nombre y apellidos de la maloclusión, es preciso que sepamos por qué se ha producido y qué factores han intervenido en su producción. También aquí nos enfrentamos con una doble faceta de diagnóstico. En primer lugar hemos de averiguar la causa de la maloclusión presente, pues de nada servirá establecer un tratamiento si antes no se determina el agente que la produjo y si tal agente se halla todavía en actividad. Es evidente que una maloclusión hereditaria no puede tener el mismo pronóstico que cuando se debe a un factor adquirido, y aun en este último caso, la conducta a seguir será distinta según que la causa etiológica haya desaparecido o, por el contrario, se halle presente.

La otra faceta del diagnóstico etiopatogénico comprende el mecanismo por el que se ha desencadenado la maloclusión. Es decir, la forma como han actuado los diversos factores etiológicos sobre las estructuras óseas y dentarias, y que grado de intensidad han alcanzado para producir la anomalía. La experiencia clínica demuestra que hay una serie de factores etiológicos conocidos, cada uno de los cuales actúa de manera específica. Tal y como ocurre con los cuadros de pintores de fama, en los que es fácil averiguar el autor aún sin ver la firma. Pero a diferencia de esto, en el organismo vivo el mismo factor puede actuar de diversa forma, produciendo una alteración diferente, según las particularidades de cada individuo. Vemos, pues, que el diagnóstico etiopatogénico exige, si cabe, más habilidad clínica que el morfológico diferencial.

Por éste sabemos quién es y en dónde se encuentra la maloclusión; el otro nos informa de dónde viene y por qué está aquí dicha maloclusión.

3. DIAGNOSTICO CLINICO. — La justificación de este tercer tipo de diagnóstico reside en una razón de base práctica, la cual nos permite reconocer el problema y ponerlo, por decirlo así, en términos de lenguaje universal, fácilmente identificable por todos. En el diagnóstico clínico pretendemos clasificar la maloclusión. Dada la infinita variedad de síndromes, se hace necesario disponer de un cierto orden o sistema que haga posible el agrupamiento de las maloclusiones, de manera que cualquier ortodoncista sepa interpretar la naturaleza de una anomalía.

Resultaría interminable enumerar todas las clasificaciones propuestas de maloclusión. Parece ser que la gran mayoría de ortodoncistas acepta la Clasificación de Angle porque, aun cuando dista mucho de ser perfecta, tiene la gran ventaja de ser clara, breve y muy descriptiva. Actualmente, parece que hay acuerdo en que la razón que llevó a Angle a agrupar todas las maloclusiones en tres clases principales, no tiene buena base científica, puesto que Angle se apoyaba en la estabilidad del primer molar permanente superior, cosa no siempre cierta. Pero el hecho es que las conocidas Clases de Angle han resistido la prueba del tiempo, y a la hora de identificar una maloclusión se acude a ellas. Sin embargo, la clasificación de Angle ha vuelto a recobrar actualidad al utilizarse en un doble sentido. Ahora se habla de Clase de Angle esquelética y dentaria. Por clase esquelética se entiende la relación mesio-distal de la mandíbula con el maxilar superior, que es, en realidad, lo importante. La clase dentaria se limita únicamente a describir las relaciones mesio-distales de los dientes inferiores con los superiores. De forma que utilizando la clásica idea de Angle, podemos precisar la relación ósea y la dentaria, siguiendo una terminología sencilla y familiar para todos.

Relación ósea y relación dentaria no siempre coinciden; es decir, podemos observar una Clase I ósea que se acompaña de una Clase II dentaria. Esta diferencia clínica no sólo es de enorme importancia al hacer el diagnóstico, sino que impone un tratamiento diferente. Esta doble denominación de Clase de Angle esquelética y dentaria responde perfectamente al interés actual por conocer el grado de participación ósea y dentaria una maloclusión. Y para ello, nada más útil que este sistema de clasificación, que nos permite diagnosticar clínicamente una anomalía utilizando un mínimo de palabras.

RESUMEN

El diagnóstico en sí de una maloclusión, como identificación de una dentadura anormal, es algo que hacen los propios padres del paciente. Por eso lo llevan al ortodoncista. Ahora bien, el diagnóstico en Ortodoncia tiene un significado más amplio y complejo, puesto que abarca el estudio clínico completo de la maloclusión.

Actualmente, la maloclusión se interpreta no como un fenómeno localizado en los dientes, sino como una alteración en el crecimiento y desarrollo de los huesos cráneo-faciales. Por esta razón, al estudiar el valor de los diferentes elementos diagnósticos vigentes, se concede gran importancia a la telerradiografía, como procedimiento seguro y científico que permite averiguar las anomalías tanto óseas como dentarias.

Convencidos de la importancia que el comportamiento neuromuscular tiene en la etiología de la maloclusión y estabilidad de los tratamientos, los investigadores están estudiando estos fenómenos mediante el uso de procedimientos tales como la electromiografía, cinefluorografía, cinematografía fisiográfica, y otros métodos de análisis funcional neuromuscular.

Una vez efectuado el análisis diagnóstico de la maloclusión, utilizando diferentes elementos clínicos, radiográficos, etc., se puede formular el triple diagnóstico: morfológico diferencial, etiopatogénico y clínico.

Como epílogo a esta revisión sobre el estado actual del diagnóstico en Ortodoncia, hemos de subrayar el hecho de que el diagnóstico, aparte de ser ciencia, constituye un verdadero arte: el Arte de Diagnosticar. Esto significa la importancia que en todo momento

ha de tener el propio sentido clínico, nuestro concepto de lo Normal, la idea de lo que constituye la armonía estética facial y el criterio de saber determinar donde termina lo normal y comienza la enfermedad. En este sentido no hay evidencia científica que pueda superar la inteligencia, habilidad y sentido común que todo ortodoncista debe poseer como arma invaluable para el diagnóstico de la maloclusión dentaria.

Núñez de Balboa, 82.

★ ★ ★

UN CASO RESUELTO CON PLACA DE HOTZ

Por la **Dra. Juana D. de Hoffman**

Se trata de la Srta. A. B. de 16 años que llega a la consulta del Ateneo. Clínicamente se trataba de una pro-

tusión superior, con gran "overjet" y mordida profunda tocando el paladar. Sin compresión y ligeros diastemas es-

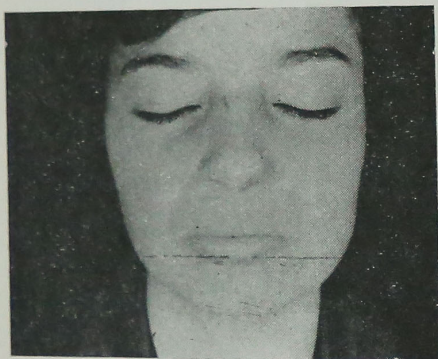


Figura 1



Figura 2

pecialmente entre segundo premolar y primer molar permanente del lado derecho por permanencia del "e" superior derecho.

Tomadas las telerradiografías nos proporcionan los siguientes datos:

Normal	Pac.
SNA 82°	85°
SNB 80°	81°
ANB 2°	4°
GOGN.SN 32°	19°
PL.OCSN 14°30C	8°
SND 76/77°	79°

Normal	Pac.
Ang. I 85°	86°
Ang. H 90°	92°
Ang. B 12°	12°
Inciso Maxilar 57°	57°
Inciso mandibular 112°	112°
Interincisivo 112°	112°

Se trataba de un rostro en ligera anteinclinación (Ang. J 86°) con franca rotación mandibular hacia arriba y adelante (Ang. GOGN = 19°), con buen espacio lateral y disminución de la basal inferior.

Tamaño cuerpo maxilar inferior debía ser 74 mms. es 67 mms.

Tamaño de rama mandibular debía ser 52,5 mms. es de 57 mms.

Basal superior debía ser 49 mms es 51 mms.

No había migración molar superior ni macrodoncia.

DIAGNOSTICO

Analizado el caso en la clínica se concluyó que se trataba de una Disto-oclusión ósea por disminución de basal inferior (Disto-oclusión por tamaño) y posición retruida de la mandíbula. Biprotusión dentaria por volcamiento de los incisivos superiores (Inciso Maxilar 57°), e inferiores fuera de basal (Inciso mandibular 112°) y mordida profunda, basal (ángulo B = 12°) que constituye la anomalía fundamental.

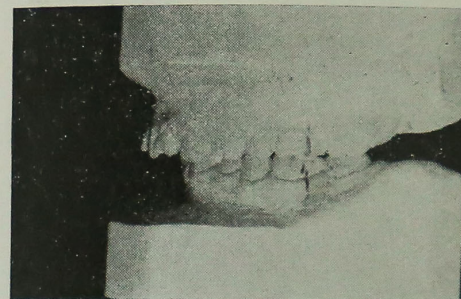


Figura 3



Figura 4

PLAN DE TRATAMIENTO

Dada la edad de la paciente y la imposibilidad de usar un tipo de aparatología fija por sus ocupaciones, y teniendo en cuenta el conjunto de los datos revelados por la telerradiografía, (P.Ocl-SN = 8°) se concluyó que el adelantamiento mandibular francamente posible en este caso resolvería los dos problemas principales; mordida profunda y disto-oclusión ósea y dentaria, retruyendo en algo los incisivos superiores a expensas de los ligeros diastemas existentes.

APARATOLOGIA USADA

Se usó, teniendo en cuenta todos los datos consignados, una Placa de elevación y avance de Hotz con arco vestibular apoyado y ganchos Adams.

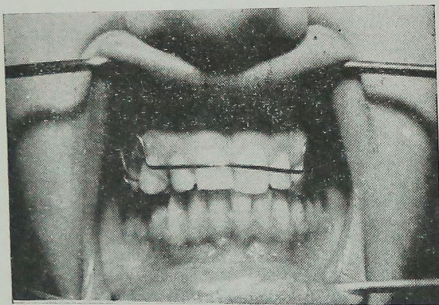


Figura 5

La paciente usó constantemente el aparato, incluso durante la masticación, desde el 6/5/63 al 27/7/64.

RESULTADOS

Los resultados obtenidos se pueden advertir a través de las correspondientes fotografías.

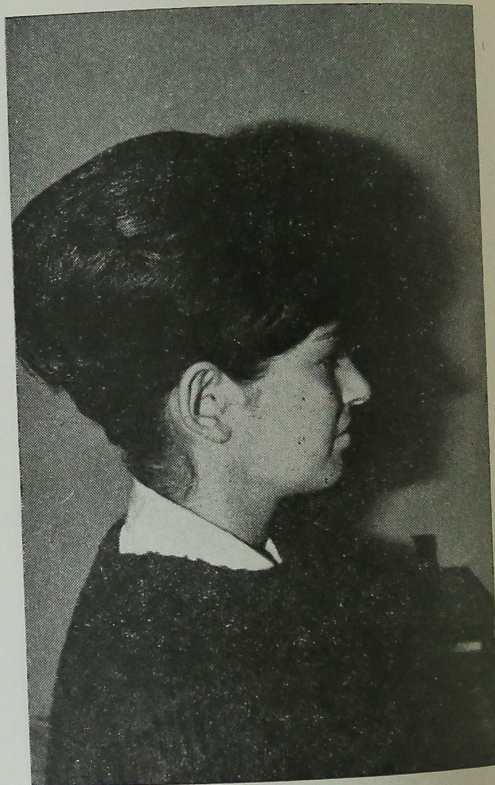


Figura 6



Figura 7

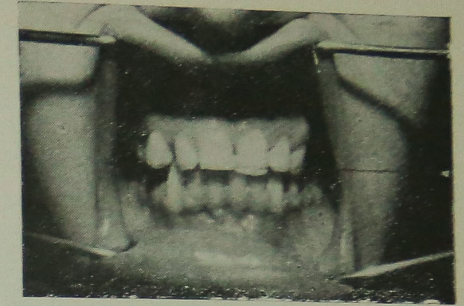


Figura 8

A pesar de que el caso se considera resuelto con el tallado de algunas piezas, se aconsejó mantener el uso del aparato por el término de 6 meses.

Como se aprecia este caso fue resuelto sin extracción de pieza alguna e incluso no utilizando el espacio adicional entre el segundo premolar y el primer molar. Permanente superior derecho, cambiándose el gancho Adams al premolar a fin de que, con la aparición del tercer molar de ese lado se cerrara ese espacio. La interposición del labio inferior se corrigió por el mismo efecto del aparato de Hotz sin introducir ninguna modificación al aparato.

No sólo se obtuvo el mejoramiento del perfil, proporcionadamente de acuerdo a la constatación telerradiográfica sino que se corrigió también la disto-oclusión y se elevó la oclusión siendo el "overbite" actual de 3 mms.

EXPERIENCIAS CON EL ACTIVADOR ABIERTO

por el Dr. G. Klammt-Görlitz

El activador es -biologicamente visto- la ayuda más eficaz para el tratamiento ortopédico. Nombraremos sintéticamente sus ventajas vistas por el práctico:

- 1.) Cambio de las distintas dimensiones al mismo tiempo.
- 2.) Mantenimiento del contacto de las arcadas.
- 3.) Guía de la erupción dentaria.
- 4.) Cambios provocados funcionalmente por impulsos musculares.
- 5.) Reeducación de los músculos masticatorios, de la musculatura mímica y la lengua por el cambio de función y con ello provoca un desarrollo de las arcadas y reeducación del niño.

Por su gran tamaño el activador presenta algunos inconvenientes, entre los que se pueden nombrar en primer término la dificultad para hablar. Por ese motivo solamente se puede usar de noche, durante el día apenas y muy pocas veces. Durante la noche se verifica un cambio, cuya magnitud se mide de acuerdo a la actividad muscular individual del niño (bruxismo, maxilares poco utilizados). Durante el día hay una recidiva provocada por la

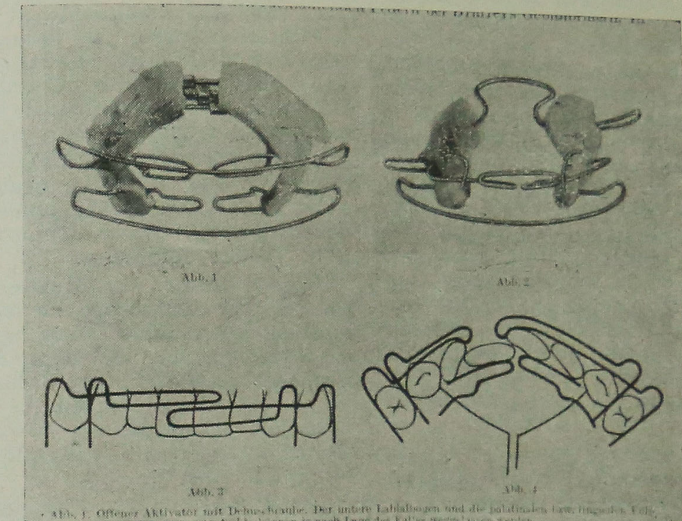
necesidad de masticar en la antigua posición de equilibrio. En relación a esto es importante la idea de A. M. Schwarz de usar el activador durante algunos minutos después de cada comida y de morder fuertemente sobre él, para que la mandíbula vuelva a la posición de reposo a la que nosotros la queremos llevar.

Este y otros inconvenientes fueron el motivo de variar la forma del activador reemplazando la parte anterior de acrílico por alambres. Los alambres fueron tomados del aparato reformador de Bilmer. Por lo cual el activador abierto es una combinación de activador y aparato reformador de Bilmer, que en la práctica ha demostrado ser muy eficaz y fácil de manejar.

La placa (fig. 1) llega desde los caninos superior e inferior hasta los primeros o segundos molares y están recortados por adelante y por atrás en forma de arco. La prolongación de la placa inferior va un poco por debajo de los cuellos dentarios y de esta manera de gran espacio para la lengua. Si se desea un mayor ensanche se coloca en la placa superior un tornillo. Pero este tornillo actúa

como en los activadores, es decir como tornillo de readaptación. Cuando no se necesita ensanchar o se desea muy poco ensanche se puede reem-

plazar el tornillo por un Coffin, con lo cual el aparato se hace aún más pequeño y la lengua tiene más lugar (fig. 2). Cuando se debe hacer grandes ensanches se usa arcos labiales divididos como los preconiza Schwarz (fig. 3 y 4), lo que permite enderezar a los in-



plazar el tornillo por un Coffin, con lo cual el aparato se hace aún más pequeño y la lengua tiene más lugar (fig. 2).

Como arco vestibular tiene uno semejante al modelador de Bilmer que influye en el arco dentario hasta los primeros premolares, como así también sobre el tono de los labios. El arco sale de la placa entre canino y el primer premolar, pero no debe impedir su elongación cuando el caso lo requiera. Dicho arco recorre el arco dentario separado o en contacto con él. En muchos casos es necesario un arco similar para la arcada inferior. Cuando se usa un Coffin se debe usar un arco inferior para dar mayor estabilidad al aparato.

cisivos en mala posición con toda facilidad.

Como antagonista de los arcos vestibulares se colocan alambres guías palatinos por detrás de los incisivos. Estos arcos corresponden a los similares del modelador de Bilmer. A nivel de los caninos emergen de la placa con una curva de compensación, corre hacia la línea media y desde allí se vuelve hasta el borde distal de los incisivos laterales. Su acción es contraria al arco vestibular, o actúa sobre los incisivos portuyéndolos o atajando la lengua según el sentido en que se lo ubique. Es importante la conformación y activación de estos arcos guía palatinos que actúan o no sobre las caras linguales de los inci-

sivos en los planos inclinados que presentan dichas caras, produciendo un alargamiento o acortamiento de dichos dientes.

Con esta construcción modificada del activador se dan muchas posibilidades terapéuticas sin necesidad de construir siempre nuevos aparatos. Por sobre todo da la posibilidad al niño de hablar con el activador abierto y la lengua es reforzada y reeducada. Esto significa que no es ningún problema usar el aparato a la tarde, por lo que acorta apreciablemente el tiempo de tratamiento y no se exige demasiado de la paciencia del niño. La fijación de la mordida (mordida de trabajo) corresponde al método habitual. No obstante hay que evitar una gran albitura de la mordida. En la distocclusión como en la mordida progénica forzada se recomienda el contacto de los incisivos. De allí las relaciones estrictas del activador abierto es distinta al cerrado, hay que pensar bien durante el tallado que partes deben ser recargadas y cuales aliviadas.

En la mordida profunda se tallará al activador en uno u otro maxilar con lo cual las piezas laterales serán aliviadas y la presión masticatoria se hará sobre los alambres anteriores, que en todo caso son cubiertos con tubos de goma.

En mordida abierta o overbite sobre se cargarán las piezas laterales para impedir su elongación y se liberarán las piezas anteriores. En las superficies triturantes laterales se pone material blando (acrílico resiliente) que lo hace muy comfortable para el niño cuando muerden dicha sustancia en vez de acrílico habitual.

La indicación del activador abierto es la misma que la del activador cerrado, haciendo cambios en su construcción y dejándolo mayor tiempo en la boca, se consigue ampliar aun más su campo de acción. Es fácil tratar con el activador abierto las distocclusiones con protrusiones con o sin espacio.

Como indicación especial son los casos de distocclusión con estrechez frontal en los cuales los maxilares deben desarrollarse en todos los sentidos (fig. 5 a 10).

Para tratar el Deckbiss se recomienda utilizar el arco de protrusión semejante al del modelador de Bimler (fig. 11 a 17).

Si no se necesita ningún ensanche se le coloca al activador un Coffin. La misma situación que en el Deckbiss se da la progenie por la posición empujada de los incisivos superiores (fig. 18 a 20). Adicionalmente al arco de protrusión superior se le agrega un arco labial inferior, el cual retruye los incisivos inferiores. Cuando el niño puede morder borde a borde se obtiene el cruce en pocos días.

Cuando se tiene una mordida abierta prefiero el activador abierto, máxime cuando se puede obtener otras correccionales mismo tiempo y sirve a la vez de retenedor.

A pesar de ser el activador el aparato de las dentaduras de transición, también se pueden tratar con éxito casos tardíos. En los casos de tratamientos combinados con placas activas, se realizan primero todos los cambios con placas activas y recién entonces se fija con el activador en determinada posición.

Como generalmente tratamos dentaduras de transición es mucho más cómodo comenzar con activador que provoca todos los cambios necesarios y al mismo tiempo fija la mordida. Más adelante se pueden utilizar placas. Mayormente puede usarse el activador como elemento de retención completándolo con algunos elementos.

El activador actúa con éxito en anomalías simétricas. Pequeñas asimetrías pueden tratarse con el activador abierto ubicando el tornillo de manera correspondiente, pero en estos casos la placa activa de Schwarz va a llevarnos al éxito más rápidamente. Si se debe expandir en un maxilar más que en el otro y corregir al mismo tiempo falsas mordidas, me parece más adecuado el Kinetor de Stockfisch.

Un gran éxito biológico del activador es el cambio de la respiración bucal a nasal. Este cambio también se logra rápidamente con el activador abierto. El aparato que se encuentra flojo en la boca favorece el cierre de los labios, y por lo tanto la respiración nasal.

REVISTA DE REVISTAS

PUBLICACIONES NACIONALES

Por el Dr. Angel N. Lagorio

- A) "LA GIMNASIA RESPIRATORIA Y LA APARATOLOGIA EN EL RESPIRADOR BUCAL DIAGNOSTICO"; por los Dres. Carlos Meroni, Alberto Meroni, Liliana Spinedi, María Traverso y Hilda Bacigalupo. Rev. del Círculo Argentino de Odontología. Enero, Febrero/1964. Las modificaciones que se buscan, expandir las arcadas, deben hacerse con procedimientos que no alteren el equilibrio diente-hueso, sino el éxito será pasajero; restablecer la función respiratoria anatómica y fisiológicamente, es fundamental para lograr el perfeccionamiento funcional completo. Se indican métodos de gimnasia respiratoria básica, condiciones de la habitación donde se realicen, con espejos, colores claros, temperatura adecuada, etc., y un espirómetro hidrostático. Se mide la capacidad vital del niño, dando normas para determinar la C.V. real, en relación con talla, peso, etc. Se aclara luego la forma de uso y administración de vacunas para restablecimiento del equilibrio humoral, juntamente con la lisozima en instilaciones nasales con hialuro-

nidasa. Finalmente, se dan normas para toma de impresiones y confección de la aparatología de los casos, inspirada en Planas y Stockfisch.

- B) "CLASE III - MESIOCLUSION Y SU TRATAMIENTO"; por el Dr. Rodolfo Tarasido. Rev. de la Asociación Odontológica Argentina. Mayo/1963.

Presenta 10 casos de tratamiento de la clase III, con óptima transformación funcional y estética, con el arco cinta de Angle. Hace el autor una detallada descripción de la anomalía, con aceptada génesis hereditaria, la influencia negativa de la deglución impropia, la lengua algo más grande y en posición inferior, que influye en la mala ubicación dentaria. El tratamiento precoz es favorable. Describe el arco cinta, con las bandas molares de anclaje superiores e inferiores, y la dirección adecuada de los tubos; las bandas con Bracketts de Angle en incisivos superiores, luego se confeccionan en caninos, y en la arcada inferior

en seis dientes anteriores. Se indica la preparación y adaptación del arco en forma pasiva primero y se ennumeran las instrucciones al paciente con respecto al uso de gomas. Se insiste en lograr una sobre mordida para asegurar una positiva retención natural, aconseja aparato de retención de Hawley, que en la arcada superior se debe usar largo tiempo. La duración del tratamiento oscila entre poco más de un año, hasta cuatro años, cuando se comenzó precozmente.

C) "PLANES DE TRATAMIENTO EN ORTODONCIA: CONCLUSIONES".
Rev. Ortodoncia. Abril/1962.

Las conclusiones a que arribó el 2º. Congreso Internacional Odontológico Uruguayo-Argentino, sobre planes de tratamiento en Ortodoncia celebrado en Noviembre de 1961, son igualmente válidas para la Ortodoncia y Ortopedia Máxilo-Facial, porque establecen premisas inexcusables: 1º.) Diagnóstico cuidadoso. 2º.) Diagnóstico que incluya las anomalías de posición, volumen, forma y función de los maxilares, dientes, articulación temporomandibular y tejidos blandos y las relaciones de todos ellos entre sí y con el cráneo. 3º.) Relaciones de las anomalías que pueden y deben corregirse. 4º.) Diagnóstico patogénico individual y etiológico, considerándose factores de edad, sexo raza y colaboración del paciente. 5º.) Plan de tratamiento independiente y "a priori" de la selección de los aparatos a emplear -aparato lo más sencillo posible y adecuado al paciente- se incluyen trabajos sobre el tema, de los Dres. L. Higley, M. Bocage, G. Mayoral Herrero, R. Otaño Antier y H. Provera.

D) "SELECCION DE APARATOS ORTODONCICOS DE ACUERDO A LOS PRINCIPIOS BASICOS DEL DIAGNOSTICO Y PRONOSTICO:

CONCLUSIONES". Rev. Ortodoncia. Octubre/1962.

Conclusiones arribadas en el primer Congreso Internacional de la Sociedad Argentina de Ortodoncia (Agosto 1962), referente al tema del epígrafe.

1º.) Cuidadoso diagnóstico, basado en factores psicológicos, morfológicos, funcionales y en un análisis de crecimiento.

2º.) Los aparatos activos o pasivos, fijos o removibles, o su combinación, son formas terapéuticas efectivas para casos individualmente indicados. Se insertan valiosas colaboraciones de los Dres. A. Bjork, C. García Novales, A. Monti, A. Santini, F. Torres y R. Torres.

E) "ORTOPEDIA FUNCIONAL DE LOS MAXILARES". Por el Dr. Pedro Planas. Rev. del Círculo Argentino de Odontología. Julio/1962-Setiembre/1963.

En este trabajo, el autor expone sus ideas sobre el papel que corresponde a la ortopedia Funcional en el desarrollo de la función que denomina máxilo facial, y que involucra un verdadero complejo con tareas interrelacionadas. La unidad biológica que es el parodonto: hueso alveolar, ligamento dentario y diente, real "Unidad Sellada", en íntima relación con la movilidad de la articulación T.M. a nivel de los cóndilos, su tono muscular y reflejos, estímulos neurales y un perfecto equilibrio oclusal, logrado a través de la "Pista de Rodaje", término muy del agrado del autor. Esta pista de rodaje se debe mantener en perfecto estado de funcionamiento por las caras oclusales de los arcos dentarios en actitud de trabajo. La aplicación de la O.F. es de rigor en el período de crecimiento y lo ideal es la primera dentición, con un tallado selectivo y los métodos terapéuticos son válidos, mientras

no dificulten el autocoplamiento del plano y curva oclusal, en función de la inclinación de la articulación T.M. y altura cuspídea. Las recidivas son solucionadas, en gran parte, con un tallado selectivo final.

PUBLICACIONES EXTRANJERAS

A) "SUCCION DE LOS DEDOS COMO POSIBILIDAD DE UN TRASTORNO DE CONDUCTA". Por el Dr. Rodolfo Ullrich. Rev. Dental de Chile. Julio-Agosto/1962.

Es necesario un profundo conocimiento del niño: desarrollo, estado general, hábitos, psiquis. Debe darse seguridad al niño y hacerlo sentir responsable, otorgándole confianza. Utiliza, con buen resultado, un método de contrato, escrito y firmado por el niño, donde promete no chuparse más el dedo. Logra, según su autor, resultados positivos en una semana o menos y presenta casuística de más de 30 casos.

B) "ALTERACIONES DE LA DICCIÓN EN RELACION CON LA ORTODONCIA". Por el Dr. H. Harlan Bloomer Ph. D. Ann Arbor Mich. Rev. American Journal of Orthodontics. Diciembre/1963.

Las alteraciones en la dicción y movimientos orofaciales, en relación con la succión y deglución son, con frecuencia, de origen complejo, y no todos responden a los mismos métodos de tratamiento. Las observaciones de diadokokinesia oral ofrecen un medio para estudiar el control motor de los movimientos orofaciales, como complemento de las observaciones realizadas en el estudio de la articulación de la palabra y la deglución. Indica el autor que estas alteraciones pueden ser manifesta-

ciones de disfunciones neurológicas.

C) "SIGNIFICACION FISIOLÓGICA Y SOCIO-FISIOLÓGICA DE LAS MALOCCLUSIONES". Por el Dr. R. O. Fisk. Toronto Canadá. Rev. The Canadian Dental Association Journal. Octubre/1963.

Explica el autor el nuevo concepto que predomina en lo referente a maloclusiones que merecen tratamiento por el auge de los sistemas de seguros de salud. Las normas utilizadas para descubrir los casos se han juzgado inadecuadas, por que se basan en medidas matemáticas, sin contar la influencia psíquica, somática y social. Es fundamental valorar los efectos actuales y futuros de las maloclusiones sobre la salud de todo el aparato masticatorio. La opinión pública juega un rol importante en estos casos e influirán, seguramente, en los seguros de salud del porvenir.

D) "NUEVA TECNICA PARA LA CORRECCION DEL PROGNATISMO MANDIBULAR". Por el Dr. A. Swanson - Vancou ver. Rev. The Canadian Dental Association Journal. Noviembre/1963.

Se describe una osteotomía oblicua de la rama montante del maxilar inferior, para tratar un prognatismo. Se corrige la ante-inclinación pronunciada del gonion y la relación entre tuberosidad y rama. Puede efectuarse en tres horas, seis semanas de inmovilización son suficientes, porque las caras óseas de contacto son más extensas que en la osteotomía de rama horizontal. Se limita la intervención a la rama montante evitando complicaciones neurovasculares y posibles parestesias. Se ilustra el trabajo con el caso operado.

E) "ARTRALGIA TEMPORO - MANDIBULAR POR DEGLUCION ATÍPICA LATERAL". Por los Dres. S. de Baise y G. Grippaudo. Rev.

Annali di Stomatología. Febrero/1963.

Previo un repaso de la fisiología de la deglución, describiendo las degluciones impropias, se cita a distintos autores que dan variadas etiologías sobre la deglución infantil: factores hereditarios (Bouvet); falta de equilibrio en el control nervioso de estas funciones (Thompson y Strang); amamantamiento deficiente por alimentación artificial (Straub); disfunciones respiratorias (Rix); etc. Los resultados, muchas veces, son: vestibulización de incisivos superiores e inferiores, con diastemas, mordida abierta, mordidas cruzadas, mentón prominente, tics en los músculos de la mímica, etc. Observaron en la clínica un niño de 9 años con dolores en la región temporomandibular, sobre todo lado derecho y con deglución atípica. Radiográficamente, con la A.T.M. en proyección submento-vértice, se determinó la desviación de la mandíbula, más acentuada hacia la izquierda: es una verdadera complicación de artralgia, rara de observar y que parece justificar la teoría de Wild sobre la coordinación lengua-mandíbula. Ilustran el caso gráficamente.

F) "PROBLEMAS FUNCIONALES DE LAS MALOCLUSIONES DENTARIAS". Por el Dr. John Thompson. Rev. Anales Españoles de Odontología. Enero-Febrero/1964.

El estudio del paciente, según el autor, debe hacerse en forma funcional, y la responsabilidad del ortodontista es amplia cuando finaliza la parte activa del trata-

miento y comienza la etapa fisiológica, que dura varios años. Los registros teleradiográficos espaciados, nos demuestran que los cambios significativos logrados, coinciden con períodos de crecimiento activo (salvo inclinaciones dentarias). Aconseja para el tratamiento de maloclusiones estructurales, sin participación funcional, la época de la pubertad, donde se logra más en un año, que en los dos años previos. Al final de la misma, generalmente, se estabiliza el crecimiento lento, no producirá los mismos resultados en el mismo tiempo. Es, en este tipo de casos, donde ponemos en tela de juicio, la cooperación del paciente. A veces, cuando el tratamiento finaliza demasiado pronto, se puede lograr una oclusión en armonía temporal con la articulación temporomandibular y los músculos; pero el crecimiento que resta por venir puede ocasionar condiciones tan desfavorables como la interferencia incisiva, desplazamiento posterior mandibular o contacto prematuro de dientes.

Las maloclusiones funcionales deben corregirse cuanto antes, por que se agravan progresivamente. La clase III, real verdadera, tiene origen genético y no se puede inhibir el crecimiento mandibular, sino extirpando cóndilos, totalmente contraindicado; hacer tracción mandibular con mentonera, o plano inclinado, trae problemas articulares. Debe lograrse un buen "overjet". Trata igualmente con interesante criterio de enfoque: mordida cruzada unilateral, interferencia incisiva, ausencia congénita de incisivos laterales superiores y contacto prematuro de dientes.

★ ★ ★

SOBRE LA INFLUENCIA DE LAS DISNANCIAS FUNCIONALES SOBRE LA PROTESIS

Dra. Isabella Györby Budapest

De la Revista: Fortschritte der Kieferorthopädie - año 1964 - N° 1

- 1) Para la confección de prótesis a placa hay que observar antes de hacer las extracciones, si no existe ninguna anomalía de oclusión, como así también los cambios de la mandíbula tanto al hablar como al pasar a la posición de reposo, además del examen en la posición céntrica.
- 2) Es necesario observar los movimientos de la lengua, la intensidad y dirección de sus funciones, como asimismo los vicios.
- 3) Observar si existe una relación funcional entre la oclusión céntrica y la posición de reposo.

★ ★ ★

4) Al hallarse que la oclusión central es una mordida progénica forzada, condicionada por un impedimento mecánico o funcional, al confeccionarse una prótesis completa hay que tener en cuenta que esta posición forzada no corresponde a la posición genética de la mandíbula. Cada mordida forzada significa una oclusión traumática y puede causar paradontopatías o el fracaso al confeccionar la prótesis a placa.

5) Finalmente se debe señalar que la confección reiterada de una prótesis a placa, puede ser debida a una disnasia funcional no descubierta o no fácilmente determinable y no ser atribuida a una falta de idoneidad. El fracaso se advierte cuando la prótesis se instala inmediatamente después de las extracciones, pues liberada la mandíbula de sus trabas dentarias, aparecen las relaciones normales entre ambos maxilares. Por ello que en estos casos es aconsejable una espera de 6 a 8 semanas entre las extracciones y la confección del aparato de prótesis. En ese lapso la mandíbula tiende a tomar relaciones normales con el maxilar superior, descontando que durante ese lapso no se instale una nueva posición defectuosa por un mal hábito.

UN PASO TRASCENDENTE

Zamudio, Añasco, Anchorena

Hay momentos en la vida en que las obras realizadas por los hombres superan las más optimista de las predicciones que en su momento fueron formuladas.

Quién del pequeño grupo de colegas que hace tan sólo ocho años constituyó el núcleo alrededor del cual comenzó a vibrar ese organismo vivo que es el Ateneo Argentino de Ortopedia Maxilar, podía suponer acerca del crecimiento desbordante que hizo de la Institución un ejemplo entre sus similares.

De sus iniciales reuniones preliminares en el Centro de Estudiantes de Odontología, en la vieja casona de la calle Córdoba, en Zamudio donde con un sillón, un pizarrón, un negatoscopio y muchas ganas de hacer y aprender comenzó el trabajo paciente y metódico que poco a poco dando forma a la clínica donde son atendidos tantos niños de escasos recursos que de otra manera no tenían posibilidades de efectuar el tratamiento que requerían...

Y los cursos... y la Revista... y el ambiente de ateneísta que hace no existir diferencia entre dictantes y cur-

santes, donde el dirigente lo es accidental, pero siempre en función de Ateneo, como uno más dispuesto a dar todo de sí... porque eso es el espíritu del Ateneo... y eso no está escrito en ningún estatuto.

Entonces, que valor tiene esto que hoy celebramos, una casa nueva que en lo material habrá de dar mayor expansión al latir de ese organismo vivo de que hablamos más arriba.

Ubiquemos el hecho en su justo lugar.

De nada vale un regio edificio si está vacío de contenido. Y ese contenido lo están dando en el Ateneo día a día esa enorme cantidad de colegas, dictantes, cursantes, pacientes y todos aquellos que dan valor y potencia a las Instituciones.

Entonces Anchorena, no será un fin, sino un medio, como lo fueron antes el Centro de Estudiantes, Zamudio y Añasco, mojones todos ellos de un camino emprendido y que de seguro será un paso más para alcanzar una Odontología mejor, más justa y más noble.

Informaciones del Ateneo

Están en desarrollo con número máximo de inscriptos los cursos programados para el año 1965.

Superando cifras anteriores este año concurren hasta el presente ciento cincuenta y cuatro cursantes.

Del 2 al 7 de agosto próximo se efectuará a cargo del Dr. Cid dos Santos Benac. Cirujano Dentista, Vice Presidente de la Asociación Brasileira de Ortopedia Maxilar.

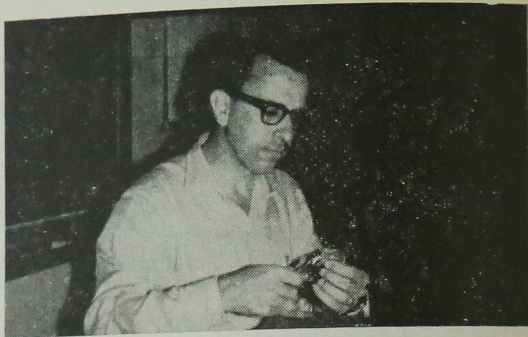
A cargo del Dr. Marcos Lipszyc en carácter de dictante se desarrolló un curso de Aparatología Ortopédica Removible en el Ateneo de profesionales del Instituto de Odontología infantil, del Ministerio de Asistencia Social y Salud Pública.

La clínica del Ateneo funciona los días lunes, viernes y sábados de 8.30 a 11 horas, teniendo fichados más de 1.100 pacientes.

Esto, sumado a la actividad de cursos extendida este año al turno nocturno determinó un problema cuya solución se buscó en la compra de otro local. Es a todas luces evidente que nuestra casa de Añasco 1154, que en su momento creíamos cubriría por mucho tiempo nuestras necesidades de espacio resultaba pequeña para albergar el caudal de actividades que el Ateneo desarrolla. Por ello es que se concretó la compra, luego de intensa búsqueda de una casa de dos plantas, con entrada independiente donde podremos dar cabida a todas las inquietudes en marcha en el Ateneo. Por su ubicación -Anchorena 1176- por la cantidad de ambientes que posee esperamos por un tiempo tener solucionado el problema material de espacio, y desarrollar al máximo aspectos de nuestra actividad como ser laboratorio, clínica, biblioteca, sala de conferencias, sala de radiología y fotografía, etc. que se desarrollaban hasta ahora en el reducido marco del local de Añasco.

DICTO EL Dr. CID DOS SANTOS BENAC UN
CURSO DE APARATOLOGIA ORTOPEDICA Y
ORTODONCICA REMOVIBLE

durante la semana comprendida entre el 2 y el 7 de agosto



Dr. Cid dos Santos Benac - Cirujano Dentista - Capitán Dentista del Ejército del Brasil - Vice Presidente de la Asociación Brasileira de Ortopedia Maxilar.

Para Publicar Avisos en Esta Sección

Dirijirse a:

Revista del Ateneo Argentino de

ORTOPEDIA MAXILAR

Añasco 1154 / T. E. 59-0693

ACTIVIDADES CIENTIFICAS

PROGRAMA DE CURSOS A DESARROLLAR DURANTE EL AÑO 1965

Ortopedia Funcional de los Maxilares
(Curso Básico-Teórico-Práctico):

Comenzó el martes 20 de abril a las 21 hs. y el miércoles 21 de abril a las 8.30 hs., continuando durante 25 sesiones. Arancel \$ 4.000.

Cefalometría:

Comenzó el jueves 22 de abril a las 8.30 hs., continuando todos los jueves durante 13 sesiones.

Arancel \$ 3.500.

Aparatología Removible. (Primer curso Teórico-Práctico-Clínico):

Comenzó el martes 20 de abril de 8.30 a 11 hs. y continúa todos los martes hasta completar 15 sesiones.

Aparatología removible (Segundo curso):

Se desarrollará a la finalización del curso anterior, en los mismos días y horarios.

Diagnóstico y tratamiento:

Comenzará el 5 de agosto a las 8.30 horas continuando todos los jueves hasta completar 12 sesiones.

Arancel \$ 3.500.

Ortodoncia:

En desarrollo la segunda parte del curso iniciado en 1964. Curso de 2 años. Comenzó el día lunes 3 de mayo a las 21 horas.

Arancel \$ 7.500 el primer año.

LABORATORIO DE ORTOPEDIA MAXILAR

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

Aparatología de Bimler - Kinetor - Benac
Planas - Activadores

Teleradiografía para Cefalometría

CEFALOGRAMAS

de Steiner, Wyllie, Downs y Schwarz

PERFILOGRAMAS

para Ortopedia Maxilar y Ortodoncia

Distancia Foco - Placa 2 metros

Intraorales

HORARIO: DIAS HABILES de 15 a 18 horas

CARLOS PELLEGRINI 743 - 2º. Piso - Dto. 14

T. E. 32 - 5802

AIETA DENTAL

Siempre al día en

ORTODONCIA Y ORTOPEDIA MAXILAR

Nuevos Equiplanes Compensados - Fichas del Dr. Bimler en Castellano -
Correlómetros - Escudos - Alambres Remanit Confeccionados Originales
- Acrílico Blando - Chapitas del Dr. Stockfisch - Zocaladores - Articuladores
- Transparentes de Downs - Willye - Steiner - Schwarz - Dísplacia Anteroposterior - Modelos de Acrílico

EXCLUSIVIDAD EN: Gnotostatos Kolkógrafos
Bielas y Arco Gótico del Doctor Pedro Planas.

Laboratorio de Ortopedia y Prótesis

ODONTOLOGIA EN GENERAL

JUNIN 971

Buenos Aires

Tel. 82-7628

(Al lado de A.O.A.)

Dr. ISIDORO GORE
General Artigas 5393. 51-7543

Dra. LISMAN NOEMI
Odontóloga
Paso 493, 2 p. 3. 47-0545

Dr. ANGEL LAGORIO
Odontólogo
Osvaldo Magnasco 751, Haedo. 658-3252

Dr. LUIS ARENA
Buenos Aires 554. Castelar

Dr. JOSE CELNIK
629-4924
Galicia 918, 1er. piso 3. Capital

Dra. ELSA M. GERZOVICH - Odontóloga
Av. San Martín 861, Ramos Mejía
658-3474

Dres. YAKIN - Odontólogos
Pueyrredón 466, Ramos Mejía
658-5021

LUIS CASSINELLI
Odontólogo
Margarita Welld 2157. Lanús

Dra. CLARA E. CAPLAN
Niños Ortopedia
Sarmiento 2331

Dr. MOISES GERSZENSZTEIG
Adhesión al Ateneo

Dr. MARIO J. DILEO
Ortopedia Maxilar
Provincias Unidas 3626, San Justo

PEDRO LANGONE
Donación

HUGO GERZOVICH
Olavarría 1287, V. Madero

Dra. TERESA ISRAELSON
Asamblea 903. 923-5245

Dr. R. R. ABEYA
Ortopedia Funcional dos Maxilares
Rúa do Catete 206 - Apto 1101
Rio de Janeiro

EMMA R. E. TUYA
Odontóloga
Las Heras 1144

Dra. MARTHA PARRAL
Rivera Indarte 133. 3-9782

Dra. MARIA E. CREUS
25 de Mayo 32, Ciudadela
653-7452

Laboratorio de Ortopedia Maxilar
A N A S C O 1 1 5 4
T.E. 59-5605 T.E. 59-0693

Dres. GLIKIN
Carlos Tejedor 1390, Haedo
658-6550

Dra. JUANA MALIK
Odontóloga
Arregui 5304. 64-2171

Dr. JORGE CIMETTI
Odontólogo
Iberá 2473. 70-8925

Dr. SAMUEL AZULAY
Reconstrucciones Angulares
Esmeralda 479, 1er. p. 31-6569
Paysandú 1662. 59-8874

Dra. MARGARITA FREIDIN
Boulogne Sur-Mer 760. 87-7771/89-4254

Dr. ALFREDO SEGAL
Gaona 3773, 1º 4. 69-9468

Dra. MARIA ROSA VALSANGIACOMO
DE LAVINIA - Odontóloga
Bolivia 438. 51-7486

Dra. ROSA B. DE DOCTOROVICH
Odontóloga

Dra. GRIGERA NAON
José E. Uriburu 1318, 4º p. 83-2171

Dr. BERNARDO LETZEN
Odontólogo
Aráoz 561, Dto. 1. 55-1310

Dra. FANNY STEINBERG
Adhesión al Ateneo

Dra. BEATRIZ LEWCOWICZ
Adhesión

Dr. HUGO GERSOVICH
Olavarría 1287, Villa Madero

JOSE A. MUÑOZ
Odontólogo
Av. La Plata 2031, 1er. Piso

RUBEN E. ESPINOSA
Odontólogo
Pizano 86, Ramos Mejía

CENTRO ODONTOLOGICO PRIVADO
Triunvirato 3882, 2 p.

Dra. SARA S. DE SNEIBRUN - Odontóloga
Ortopedia Funcional de los Maxilares
Cuenca 3378, 1er. P. 53-6393

Dra. ELENA BRUETMAN
Timoteo Gordillo 1708. 68-5611

Dr. VALENTIN GALKIN
Timoteo Gordillo 1708. 68-5611

Dr. LUIS ZIELINSKY
Tucumán 1539, p. 10. 49-8016

CONFITERIA
" N A S C H "
Corrientes 5233
Local 4

LUIS ROSENMANN
Artículos Dentales
Pvcias. Unidas 538. La Lucila
46-4207 — 795-2935 — 791-2729

Dr. RODOLFO RAMIREZ IZAGUIRRE
Ortodoncia
Garibaldi 438. 203-3659

Dr. JORGE N. SENNO
Odontólogo Cirujano
Pinzón 476. 27-1814

Dr. LUIS MARIA DUFAUR
Junín 1014. 83-4167

Dr. VICENTE MUCILLO
Adhesión

Dra. FANNY STEIMBERG
Gaona 1244. 59-1898

Dr. JAIME FISZMAN
Odontólogo
Iberá 5183. 52-6761/51-8754

Dr. DANIEL MINTEGUIAGA
Adhesión

Dr. E. GUGLIELMONE
Bolívar 1491. 23-3593

Dr. RICARDO NOGUEIRA
Necochea 256. Lobería

M. J. B. DE GARGIULO
Montañeses 2664. 73-2867

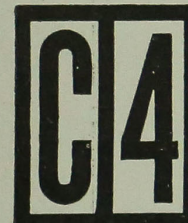
BEATRIZ LEWCOWICZ
Odontóloga
Av. San Martín 1575. 59-6425

ALBERTO BAGGINI
Odontólogo
Sayos 5565

ORTOPEDIA

colores
que dan
gusto

ACRILICOS



AUTOCURABLE

COLORES

CARAMELO
CHOCOLATE BLANCO
Y NARANJA
de factor psicológico

SE SUMINISTRA EN AVIOS DE
90 Gms. Polímero 60 cc. Monómero
180 Gms. Polímero 110 cc. Monómero
500 Gms. Polímero 250 cc. Monómero

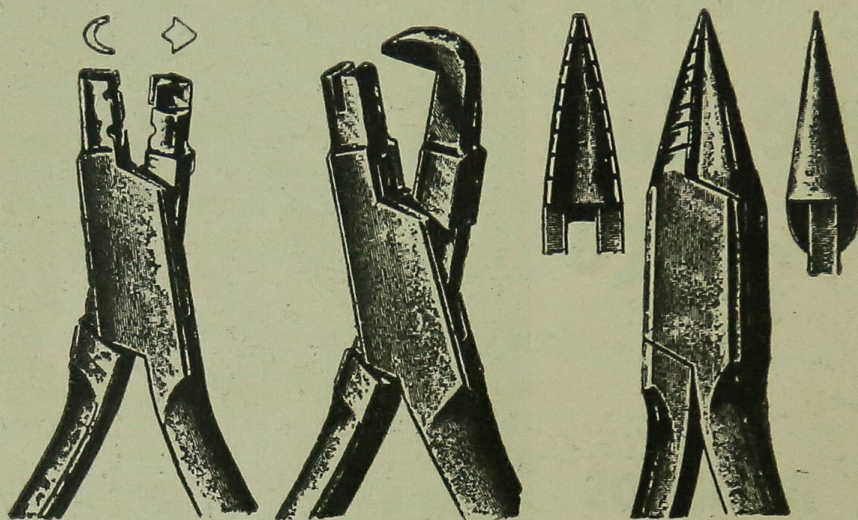
EN ACRILICOS PIDA
LA MAXIMA CALIDAD



Alicates Materiales e Instrumental

Para Ortodoncia y

Odontología en General



TORNILLOS PARA ORTOPEDIA NACIONALES E
IMPORTADOS Y EL SURTIDO MAS COMPLETO EN:

ALICATES - ALAMBRES - ARCOS - BANDAS
- TUBOS ANCLAJES - LAMINAS - ARITOS -
RESORTES - ETC.

CASA "BERNARD"

Importación e Instrumental

Av. San Martín 1431

T.E. 59-3043/3764