

# ORTOPEDIA MAXILAR

BIBLIOTECA A. A. U.  
HISTORIOGRAFIA  
N° UBICACION: 033  
FECHA:

REVISTA DEL ATENEO ARGENTINO DE ORTOPEDIA MAXILAR

VOLUMEN VI - Nos. 2 y 3

JUNIO 1968

E3

10

# Telerradiografía para Cefalometría

Dres. E. BESZKIN

M. LIPSZYC

L. VORONOVITSKY

L. ZIELINSKY

## CEFALOGRAMAS

de Steiner, Wyllie, Downs y Schwarz

## PERFILOGRAMAS

DISTANCIA FOCO

PLACA 2 METROS PARA ORTOPEDIA MAXILAR Y ORTODONCIA

RADIOGRAFIAS INTRAORALES

HORARIO: DIAS HABLES DE 15 A 18 HORAS

CARLOS PELLEGRINI 743

2º Piso Dto. 14

Tel. 392 - 5802

# Urfamycin®

Nueva molécula antibiótica con espectro de acción más amplio que las tetraciclinas y más activa "in vivo" que el cloramfenicol

No se inactiva en el organismo y se elimina biológicamente activo por bilis y orina en elevadas concentraciones

El antibiótico seguro en infecciones respiratorias, genitourinarias, gastroentéricas, hepatobiliares.

## Urfamycin

Nuevo antibiótico con metabolismo elaborado\*

Por su pequeña molécula es de rápida absorción, y alcanza elevados niveles plasmáticos y notable difusibilidad tisular

Presentaciones y posología de orientación

Cápsulas

Adultos: 2 cápsulas cada 8 horas

Inyectable liofilizado

Adultos: 1 frasco cada 8 horas

Niños: 30 mg/kg de peso por día

Jarabe de preparación inmediata

Lactantes: 2 cc cada 6 a 8 horas

Niños: 4 a 8 cc cada 6 a 8 horas

\* No sufre inactivación biológica merced a su radical metilsulfonil, no interviene en la glucoronconjugación hepática.



Con licencia de Zambon



Bagó  
Investigación y Seguridad Terapéutica

# GUIA DE PROFESIONALES

ADHESION <b>Dr. CARLOS ARGENTO</b>	<b>Dra. CATALINA DVORKIN</b> ODONTOLOGA Nazca 463 1º P Tel. 61-9774
<b>Dr. ARTURO ALVAREZ</b> ALVAREZ THOMAS 1835 CAPITAL	<b>Dr. SALOMON DUBIANSKY</b> ARENALES 2432 2º P. Dto. 9 Tel. 84-9402
ADHESION <b>Dr. DAVID AJLER</b>	<b>Dr. RUBEN ESPINOSA</b> PIZARRO 86 RAMOS MEJIA
<b>Dr. LUIS ARENA</b> BUENOS AIRES 554 Tel. 629-4924 CASTELAR	<b>Dr. NATALIO EZERNITCHI</b> Colón 575 Tel. 78-0566 VILLA BALLESTER
<b>Dra. ELENA BRUETMAN</b> CUCHA-CUCHA 41 - P.B. Tel. 90-2075	<b>Dr. MOISES GERSZENSZTEIG</b> ORTODONCIA — ORTOPEDIA CARLOS TEJEDOR 2976 Tel. 740-3108 MUNRO
<b>Dr. RUTH ZERNIK de BELIN</b> ENDODONCIA ARENALES 2365 2º D Tel. 48-3661	<b>Dra. ELSA GERZOVICH</b> AV. SAN MARTIN 861 Tel. 658-3474 RAMOS MEJIA
<b>Dra. ANA MARIA BOSISIO</b> JOSE BONIFACIO 2323 Tel. 63-4660	<b>Dr. JULIO GOTTLIEB</b> ENDODONCIA JUAN B. ALBERDI 757 Tel. 99-1932
ADHESION <b>Dra. SUSANA CAREGGIO</b>	<b>Dr. LEON GINI</b> BME. MITRE 1985 Tel. 49-6766
<b>Lic. DORA V. CABELLI</b> FONOAUDIOLOGA	<b>Dra. CELIA P. de GARFUNKEL</b> <b>Dr. JUAN GARFUNKEL</b> FRAGA 177 Tel. 53-5111 A. MACHADO 696 Tel. 89-7857
<b>Dr. ALBERTO CORTEZ GONZALEZ</b> CIUDAD DE LA PAZ 2777 Tel. 701-1013	<b>Dr. VALENTIN GALKIN</b> MEDICO CUCHA-CUCHA 41 P.B. Tel. 90-2075
<b>Dra. LIDIA CORTESE</b> PICHINCHA 1754 Tel. 241-1467 LANUS ESTE	
<b>Dr. EDUARDO M. CASALLA</b> PUEYRREDON 936 2º 16, 2º Cuerpo Tel. 89-6342	
DISPONIBLE	
DISPONIBLE	

# 1 4000

Pocas industrias igualan a la farmacéutica en cuanto a riesgo industrial.

En la investigación de nuevos medicamentos, el promedio de probabilidades de éxito en la primera fase es de 1:4.000; en otras palabras, de cada 4.000 compuestos investigados sólo uno resulta terapéuticamente útil.

Ulteriormente, en la fase de aplicación, a esos riesgos se suman los problemas derivados de las propiedades fisicoquímicas y organolépticas del producto (estabilidad, solubilidad, pH, color, sabor, olor, etc.), que generalmente ofrecen serias trabas al empleo en la terapéutica clínica. Estos problemas imponen a veces la realización de investigaciones complementarias tan complejas y costosas como las que llevaron al descubrimiento del producto.



1868 - 1968

UNA TRADICION SECULAR

PROMOCION MEDICA - AVDA. L. N. ALEM 896 - TEL. 32-7021 - BUENOS AIRES

# GUIA DE PROFESIONALES

<b>Dr. LUIS JUAN KLUN</b> NAVARRO 1212 TIGRE Tel. 749-0762	<b>Dra. HENJA RAPAPORT</b> ODONTOPEDIATRIA ALVAREZ JONTE 4752 CAPITAL
<b>Dra. NORA KOTLER</b> ODONTOPEDIATRIA NAZCA 5451 Tel. 52-7783	ADHESION <b>Dra. JUANA RESNITZKY</b>
<b>Dr. BERNARDO LETZEN</b> ARAOZ 561 Tel. 54-4110	ADHESION <b>Dra. AURORA RICCARDI</b>
<b>Dra. BEATRIZ LEWKOWICZ</b> ODONTOPEDIATRIA AV. SAN MARTIN 1575 Tel. 59-5423	<b>Dra. SARA F. de SNEIBRUN</b> ORTODONCIA-ORTOPEDIA CUENCA 3378 1° P. SANTA FE 3308 2° P.
<b>Dr. OSCAR LITWIN</b> ODONTOPEDIATRIA Av. PAVON 1667, AVELLANEDA Tel. 208-0457	<b>Dr. MIGUEL STRATAS</b> SARMIENTO 2234 2° P. Dto. 19 Tel. 47-6039
<b>Dr. ANGEL LAGORIO</b> OSVALDO MAGNASCO 751 HAEDO Tel. 658-3252	<b>Dr. HECTOR A. SAINZ</b> Av. SAENZ 491 Tel. 91-6275
<b>Dra. FANNY LAVINTMAN</b> Lunes, Miércoles y Viernes de 16 a 20 hs. CURAPALIGUE 149, P. 1° Dto. C Tel. 63-2750	<b>Dr. JORGE SANFIZ</b> LARREA 80 2° P. Dto. C Tel. 48-5035
<b>Dra. NOEMI B. LISMAN</b> LAVALLE 2574, 3° F Tel. 48-8471	<b>Dr. ALFREDO SEGAL</b> Gaona 3773, 1° P. Dto. 4 Tel. 612-9068
<b>Dr. ENRIQUE MAZZINI</b> GAONA 266 CAPITAL	<b>Dra. SUSANA RUETER de VARAN</b> Gral. César Díaz 3017 Tel. 58-3314
<b>Dra. JUANA MALIK</b> ODONTOPEDIATRIA PUEYRRDON 1361 1° D Tel. 64 2171	<b>Dra. MARTA VORONOVITSKY</b> DONATO ALVAREZ 2283 Tel. 59-6685
DISPONIBLE	
DISPONIBLE	

## Rp. Recete Papsine

en sus dos presentaciones

**PAPASINE** Cápsulas **PAPASINE** Infantil

el primero con dos antiinflamatorios y un antibacteriano por vía oral.

el primer Liofilizado Bebible con dos antiinflamatorios y un antibacteriano

OXITENBUTAZONA — TETRACICLINA — PAPAINA

### Laboratorios Bernabo y Cía. S.A.

TERRADA 2346

BUENOS AIRES

Tel. 50 - 3278/9

## Editorial Mundi S.A.I.C. y F.

### ULTIMAS NOVEDADES

**RADIOLOGIA ODONTOLOGICA**  
Dr. GOMEZ MATTALDI

**CRECIMIENTO Y DESARROLLO**  
**CRANEO-FACIAL**

**TECNICA ORTODONCICA DE**  
**MOLLIN**

Dres. CASTELLINO, SANTINI Y  
TABOADA

Dres. MONTI, MOSQUERA, ROSE,  
SAINZ Y TENNENBAUM

**CIRUGIA ESTOMATOLOGICA Y**  
**MAXILO-FACIAL**

**CIRUGIA BUCAL**

Dr. ARCHER

Dr. GINNETEST Y  
COLABORADORES

**TECNICA DE PROTESIS COMPLETA EQUILBRADA**

Dr. MARTORELLI

**VENTAS A CREDITO**

JUNIN 895-PARAGUAY 2100 - Buenos Aires

Tel. 83-9339/9663

# GINGIVALINA

Pasta gingival

Terapéutica integral de  
las afecciones gingivales

Antiinflamatorio  
Desensibilizante  
Anestésico



INSTITUTO SIDUS S.A.  
Larrea 926 Bs. As.



LABORATORIO DE  
ORTOPEDIA MAXILAR

## PEDRO LANGONE

Bimler — Stockfisch — Kinetor — Benac

Placas Planas — Activadores

Schwenkplättle

ALFREDO R. BUFANO 2289

Tel. 59 - 5605

ANCHORENA 1178

Tel. 82 - 7349

## Studio Protético

Attachments — Prótesis fija

Cerámica — Ceramco

RODRIGUEZ PEÑA 794 - 1º Piso

Tel. 44 - 3834

ATENCIÓN DE:

## SUPRACAINA DENTAL

CON NOR - ADRENALINA

CARTUCHOS ANESTESICOS

## LAGO ARGENTINO

### CIRCUITO TURISTICO PATAGONICO

Única maravillosa excursión de 17 días visitando Península Valdés, Comodoro Rivadavia, Lago Argentino, Ventisqueros Moreno, Uspala y Onelli, Río Gallegos, Ushuaia, Lapataia, Lagos Escondido y Fagnano, Punta Arenas, Cerro Payne, Estrecho de Magallanes, etc.

Pensión Completa, Alojamiento con baño privado transporte en avión y guías especializados de la zona.

Salidas: 9, 23 y 30 de enero y 13 de febrero de 1969 garantizadas. Cómoda financiación.

- pasajes aéreos y marítimos
- circuitos europeos
- reserva de hoteles y automóviles
- Brasil y sus playas
- turismo nacional e internacional
- Bariloche y lagos
- créditos
- cruceros marítimos

### ñandú tur

Empresas de Viajes, Turismo, Pasajes y Excursiones



Ac. R. S. Peña 720, 8º piso, of. B

Teléfono. 34-4525/34-4124

Buenos Aires — República Argentina

## Natizon Estudia

Primera y Única Empresa Argentina que Proyecta y  
Construye integralmente Consultorios Dentales Modulares

CHARCAS 2149

Tel. 85-2885 y 85-1625

BUENOS AIRES

**I CONGRESO INTERNACIONAL DE ODONTOLOGIA Y  
XXI NACIONAL ESPAÑOL**

Madrid (España) - 7-12 abril 1969

**"Progresos en la Odontología Protésica"**

**INFORMACION:**

Secretaría del Congreso, Escuela de Estomatología, Ciudad  
Universitaria, Madrid -4

PARA RESERVA DE HOTEL, DIRIGIRSE A:

**VIAJES MELIA**

Dpto. Congresos 05/C-82, Paseo del Rey, 12 Madrid-8

**GUIA DE PROFESIONALES**

<b>Dra. MARIA R. VALSANGIACOMO</b> BOLIVIA 4368 Tel. 51-7486	<b>Dr. GREGORIO GLIKIN</b> Carlos Tejedor 1395 Tel. 658-6550 HAEDO
ADHESION <b>Dra. SILVIA YARAD</b>	ADHESION <b>Dr. GREGORIO GRINSPUN</b>
<b>Dra. AMELIA M. de TRIGO</b> Rivadavia 2786 1° A Tel. 87-8346	<b>Dra. TERESA K. de ISRAELSON</b> ASAMBLEA 903 Tel. 923-5245
<b>Dra. MARIA TERESA PEIRETTI</b> Azcuénaga 1877 P. B. Tel. 84-0116	<b>Dra. LEA CASOY</b> CORRIENTES 4532, 3° 13 Tel. 87-6514
ADHESION <b>Dra. NORMA POSTEL</b>	<b>Dr. BERNARDO CHAIT</b> TALCAHUANO 77 Tel. 45-4485
ADHESION <b>Dr. VICTOR M. RAZURI</b>	<b>Dra. ROSA B. de DOCTOROVICH</b> Carrasco 765 Tel. 67-9280
<b>Dra. JULIA F. de HARFIN</b> Jorge Newbery 2410 1° E CAPITAL	<b>Dr. LUIS MARIA DUFAUR</b> JUNIN 1014 Tel. 83-4167
	<b>Dr. SALVADOR BENMERGUI</b> PUEYRREDON 1017 2° P CAPITAL
	<b>Dr. JAIME FISZMAN</b> IBERA 5183 Tel. 52-6761

**REVISTA  
ORTOPEDIA MAXILAR**

ATENEO ARGENTINO DE  
ORTOPEDIA MAXILAR

Anchorena 1176-778  
Tel. 82-7349 Bs. Aires

**PUBLICACION  
TRIMESTRAL**

**DIRECTOR**

Dr. LUIS ZIELINSKY

**Secretarios**

Dra. RUTH Z. DE BELIN

Dra. MARTA V. de GOLDENBERG

Dra. NOEMI B. LISMAN

Dr. MIGUEL J. STRATAS

**COLABORADORES**

Dra. INES KNUITZEN

Dr. ANGEL LAGORIO

Dra. FANNY LAVINMAN

Dra. ELSA GERZOVICH

Secretaria Técnica-Administrativa

MARIA CRISTINA VUDURIS

Volumen VI Nº 2/3

Junio 1968

Aparecida en el  
mes de Junio 1968

**INDICE**

**EDITORIAL**

La tarea científica ..... 11

**TRABAJOS ORIGINALES**

E. Beszkin, M. Lipszye, L. Voronovitsky, L. Zielinsky  
Mordida abierta ..... 12

S. Guerrero R., I. Walters A., E. Hoffens V., J. C.  
Rodríguez de la B., H Silva M., A. Massardo C.  
Estudio sobre deglución, fonación y respiración bu-  
cal en 900 niños ..... 22

**PAGINA CLINICA**

Sara F. de Sneibrun  
Tratamiento interceptivo de la progenie ..... 28

**PAGINA PRACTICA**

Eliás Samoilovich  
Distalamiento de caninos ..... 31

REVISTA DE REVISTAS ..... 33

ACTUALIZACION BIBLIOGRAFICA ..... 35

**NOTICIERO**

Noticiero del A.A.O.M. .... 38

Actividades de la subcomisión Sanitaria ..... 39

Noticias varias ..... 40

Quinto aniversario de Panorama Odontológico .... 41

Reuniones científicas ..... 42

## COMISION DIRECTIVA:

Pres.: Dr. Bernardo Letzen; Vice: Dr. Luis A. Arena; Secr.: Dr. Julio Gottlieb; Prosecc.: Dr. Luis M. Dufaur; Tes.: Dr. Abraham Ravicovich; Protes.: Dr. Victor M. Rázuri; Voc.: Dr. Elias Beszkin, Dra. Paulina Flax, Dra. Beatriz Lewkowicz, Dr. Luis Zielinsky, Dr. Ruben Espinosa, Dra. Henja F. de Rapaport, Dr. Samuel Ventura; Secretaria de Actas: Dra. Teresa K. de Israelson; Prosec. de Actas: Dra. Catalina Dvorkin; Revisores de Cuentas: Dra. Norma Alonso y Dr. Joaquín Orlando.

## COMISION DE ETICA:

Dr. Jorge Cimetti, Dr. Tomás Salzman, Dr. Leonardo Voronovitsky.

## SUB - COMISIONES

**ASISTENCIA DENTAL:** Dirección: Dr. Elias Beszkin. Colab.: Dr. Salomón Dubiansky, Dr. Gregorio Glikin, Dra. Teresa K. de Israelson, Dra. Henja F. de Rapaport, Dra. Juana Resnitzky, Dr. Elias Samoilovich.

**BIBLIOTECA:** Dirección: Dra. Paulina Flax y Dra. Elsa Gerzovich. Colaboradores: Dra. Norma Alonso, Dra. Rosa B. de Doctorovich, Dr. Isidro Gore, Dra. Rive Ruth Kofman, Dra. María de las Mercedes Zabalá.

**CURSOS:** Presidente: Dra. Paulina Flax; Colaboradores: Dr. Luis A. Arena, Dr. Bernardo Chait, Dr. Jaime Fizman, Dra. Beatriz Lewkowicz, Dr. Luis Zielinsky.

**FINANZAS:** Dirección: Dr. Abraham Ravicovich. Colab.: Dra. Nora Kotler, Dr. Victor M. Rázuri, Dr. Elias Stempler, Sara F. de Snebrun.

**FOTOGRAFIA:** Dr. Elias Beszkin, Dr. Oscar Litwin, Dr. Julio Gottlieb.

**SANTARIA:** Dirección: Dra. Paulina Flax; Colab.: Dr. Horacio Abascal, Dra. Dora Apter, Dra. Ruth Z. de Belin, Dra. Luisa F. Bilenca, Dra. Ana J. Blank, Dra. Susana Bologna, Dra. María E. Creus, Dra. Cristina Calmon, Dr. Bernardo Chait, Dra. Catalina Dvorkin, Dra. Carmen I. Fagilde, Dr. Sadi Gell, Dra. Elsa Gerzovich, Dra. Marta V. de Goldenberg, Dra. Beatriz Ilguisonis, Dra. Marta Nuti, Dra. Juana Malik, Dra. Ana M. Santos, Dra. Susana Valia, Dra. Juana Vilderman, Dra. Diana Weinbaum, Dra. Silvia Yarad, Dra. Myriam Zvedeniuk.

**CULTURA:** Dirección: Dr. Jaime Fizman. Colab.: Dr. Eduardo M. Casalla, Dr. Carlos A. Esquivel, Dra. Esther Guerrero de Ahuad, Dra. Amelia Montes de Ozares, María M. Peiretti, Dra. Silvia Rudoy.

**REVISTA:** El cuerpo de redacción de la misma.

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

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

Estarán escritos a máquina de un 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 permuttar com as revistas congeneres. • We wish to exchange with similar magazines. • Un austausch wird gebeten.

## La tarea científica

Las cualidades que deben reunir aquellos que se plantean la realización de una tarea científica, puede ser una enumeración de rasgos de carácter y de aspiraciones individuales, que pueden despertar un eco entusiasta en toda nuestra joven generación odontológica, tal como ha sucedido con la recepción de una de las últimas promociones profesionales. Una gran curiosidad y admiración por aquello que, desde varios puntos de vista, es la meta ideal de toda nuestra juventud que va abandonando las aulas universitarias para incorporarse al ejercicio concreto de su carrera y va sazonzando y robusteciendo sus anhelos de enderezar sus cualidades y esfuerzos, para dar un contenido científico al enfoque de su trabajo.

Es bueno que esto se suscite, porque todo lo que se haga por rescatar a la odontología de un chato tecnicismo es muy loable, pero la mencionada enumeración de cualidades, es sólo una aproximación a esta problemática, y cerrar los ojos a los factores que pueden limitar o hacer aparecer como no realizables estas metas, es dejar que quede limitado a una simple aspiración.

La hipertrofia de los aspectos técnicos de nuestra profesión arranca de la preparación que se recibe en la Facultad y responde a una concepción de la enfermedad de tipo terapéutico y en escasa medida casual, por ello, todo el acento está puesto en el dominio de la instrumentación práctica de métodos para corregir todas las alteraciones de normalidad.

Esta preparación técnica, es necesaria para solucionar los problemas planteados por la práctica diaria, pero no deja de ser limitativa en cuanto se transforma en una concepción mecánica, que apunta al dominio de procedimientos cada vez más elaborados, con exclusión de una mente razonadora que busque los factores causales y que ajuste la conducta del profesional a un criterio clínico racional y, la consecuencia técnica es, que el tecnicismo termina por llevar a una concepción médica irracional.

Va de suyo, que si nos planteamos como preocupación central la enfermedad y sus causas, da abierto el camino para un amplio y fecundo campo de investigación armónico con los avances generales de la medicina, con su metodología, y que puede ser perfectamente aplicado a nuestro objeto específico.

El otro problema, que no debe ser dejado de lado, es la influencia del medio sobre la actividad profesional y la enfermedad, que crea otro tipo de limitaciones; por un lado, la falta de lugares destinados a la investigación, pues la Facultad, en general, se desentiende de los graduados y las sociedades profesionales que han abordado la enseñanza de post-graduados, están limitadas por las concepciones tecnicistas arriba mencionadas y, por otra parte, las condiciones ambientales como elemento de enfermedad, crea determinadas características que llevan a ciertas prioridades y acondicionamientos que inciden marcadamente sobre estos problemas.

Por ello, entendemos que más importante que enumerar las condiciones que deben reunir los que apliquen sus esfuerzos a la investigación, es desbrozar el campo de estas concepciones, que pueden esterilizar las mejores intenciones y los mayores entusiasmos.

## Mordida abierta

### INTRODUCCION

Es muy común que cuando se habla de mordida abierta inmediatamente este concepto se asocia con la idea del hábito: ya sea de succión o de interposición lingual. La práctica corriente de considerar la mordida abierta por su síntoma más evidente, la falta de contacto entre los dientes anteriores, asociado a la experiencia de encontrar estos casos con más frecuencia en la primera infancia, que es cuando más se puede manifestar el hábito de succión, ha llevado a tal asociación de conceptos. Sin embargo, en la medida que se fue profundizando en la etiología y génesis de la anomalía se comprobó que esta simplificación no se ajusta siempre a los hechos.

El examen de un gran número de casos en edades diferentes fue haciendo cambiar esta concepción. No sólo es necesario revisar el hecho de la frecuencia en la primera infancia, sino que tampoco el hábito de succión es la causa determinada de esta anomalía.

En este trabajo, examinando un número de casos de mordida abierta se ha buscado determinar la real importancia del hábito o el factor de crecimiento como elementos causales de la misma.

### REVISION BIBLIOGRAFICA

Los factores etiológicos que Subtelny<sup>1</sup> y Sakuda consideran que se presentan asociados a la mordida abierta son:

- 1º) Deficiencias de crecimiento vertical.
- 2º) Alteración de la función muscular, especialmente en cuanto hace al tamaño de la lengua y a su funcionalismo.

ELIAS BESZKIN  
MARCOS LIPSZYC  
LEONARDO VORONOVITSKY  
LUIS ZIELINSKY

En relación a ello considerando que la deglución atípica es causa importante por el empuje hacia adelante de la lengua en el acto deglutorio.

- 3º) Hábito de succión del pulgar u otros dedos.

Korhauss<sup>2</sup> en un estudio encontró el doble de frecuencia de casos de mordida abierta en niños de 6 años respecto a los de 14

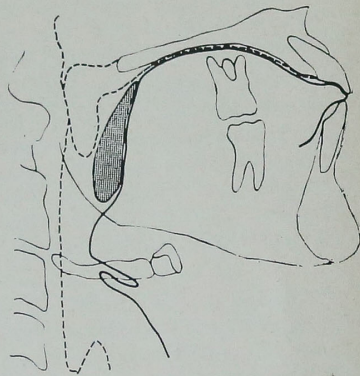


Fig. 1 a.

años. Por lo que concluía que el hábito de succión que conserva el vicio hasta comenzar a ir a la escuela es la causa más frecuente de la anomalía.

En un estudio hecho sobre Macaca Rhesus con hábito de succión, Swindler y Sasseuni<sup>3</sup> encontraron un déficit de crecimiento del hueso premaxilar que luego se compensa una vez que el animal abandona el hábito.

En cuanto a la posición de la lengua, Subtelny considera que en su experiencia así co-

mo en los otros ortodoncistas la lengua se readapta a las nuevas relaciones de los dientes en la deglución cuando la mordida abierta es corregida.

Kaare Reitan<sup>4</sup> mostrando casos de mordida cruzada bilateral con mordida abierta observa que la lengua pierde su empuje hacia adelante y se adapta al paladar durante

bre la base de implantes de tantalio llegando a la conclusión que deben distinguirse dos tipos de mordida abierta. Una de tipo dentoalveolar que es más común en la infancia y que aparece asociada a la disfunción de labios y lengua o al hábito de succión y la denominada mordida abierta funcional o dentoalveolar.

Esta se diferencia de la mordida abierta basal que es de tipo esquelético.

La mordida abierta basal comienza cuando el desarrollo compensador en altura de la alveolar que normalmente acompaña a la rotación hacia atrás de la mandíbula es insuficiente. Esto se manifiesta generalmente en la edad postpuberal en que el potencial aposicional del mecanismo de remodelación alveolar comienza a decaer.

Backland<sup>6</sup> hizo un estudio en individuos con mordida abierta, donde había dos grupos, uno con deglución atípica, con empuje lingual, y el otro, testigo, sin ella, y comparando la altura de los maxilares, inclinación de los incisivos y ángulo ANB y ancho de la arcada superior, no encontró diferencia significativa entre ambos grupos.

Neff<sup>7</sup> y Kydd<sup>8</sup> estudiando por medio de radiografías seriadas de alta velocidad y microtransmisores eléctricos, llegaron a la con-

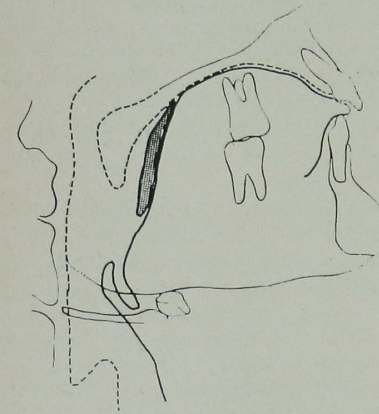


Fig. 1 b.

la deglución una vez hecha la corrección.

Björk<sup>5</sup> estudió el crecimiento vertical so-

Overbite medido a nivel  
de los incisivos

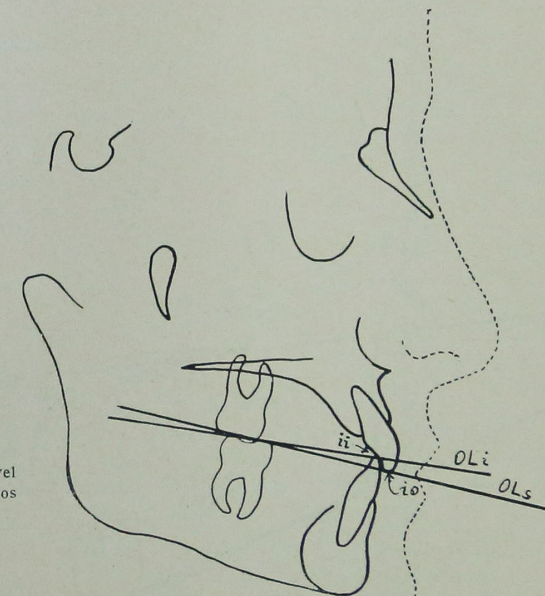


Figura 2



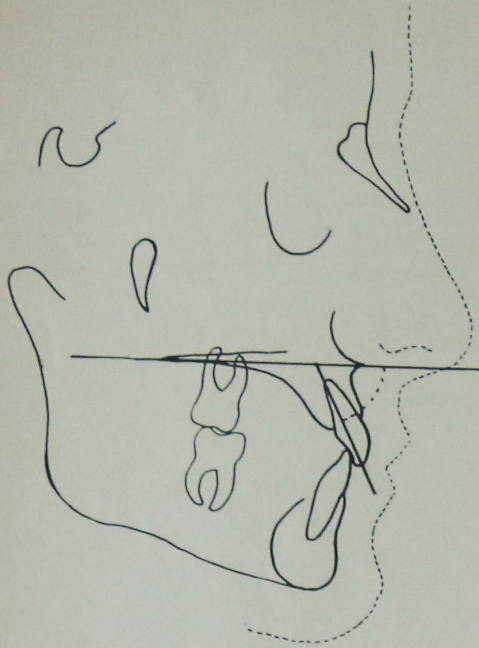


Figura 3

Angulo inciso-maxilar

clusión de que existen dos tipos de individuos con deglución atípica y empuje lingual: aquéllos que durante el acto de la deglución (Fig. 1, fig. 1 a) no contactaban los molares, no hacían mordida abierta; en cambio los que durante la deglución, tenían los molares en contacto, podían tener mordida abierta. (fig. 1 b). De esto resulta que la presencia de la lengua entre los dientes, no es suficiente por sí misma para producir mordida abierta, sino que tiene que haber otra fuerza activa alrededor de la lengua, relativamente pasiva, para producir mordida abierta.

Esa fuerza provendría de los músculos masticatorios que entran en juego durante la deglución.

Akamin, Mandel, Kraus y Kidd<sup>9</sup> estudiando varios casos con microtransmisores, hallaron que en los casos de deglución atípica se ejercía el doble de fuerza, pues la lengua y los labios, cuando había mordida abierta que en el otro testigo sin esta anomalía.

Sassouni y Nanda<sup>10</sup> siguieron en un estudio seriado radiográfico, dos grupos de niños, desde los 6 años hasta la edad adulta, uno con mordida profunda y el otro con mordida abierta. En cada tipo el patrón morfogenético básico permaneció diferente. Sin embar-

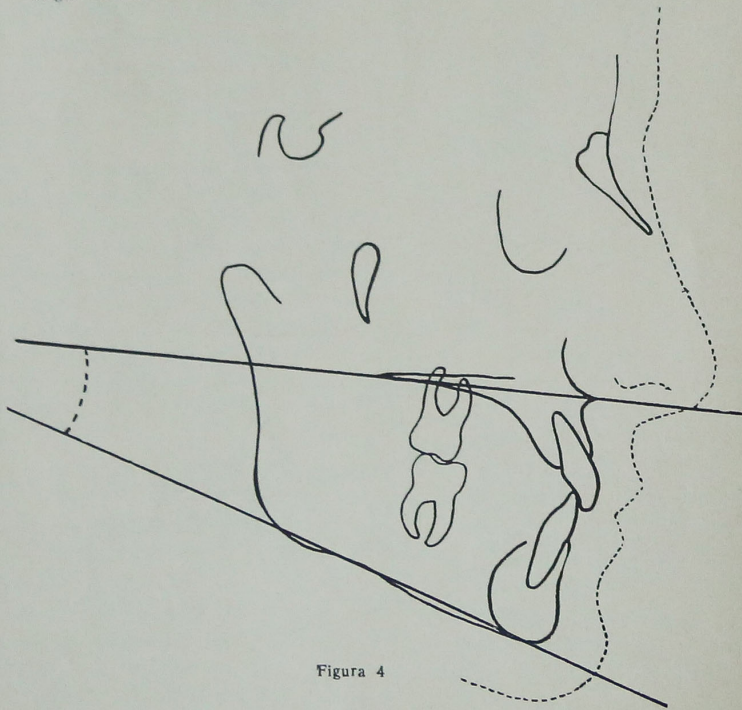


Figura 4

Angulo B (interbasal)

go la intensidad del fenómeno de mordida abierta, fue menos marcado a nivel de los 6 años que en la edad adulta, constatándose rasgos esqueléticos típicos en los casos de mordida abierta, a saber: posición más alta de los cóndilos en el cráneo; rama vertical más corta, molares superiores más extruidos, los que serían causante del resto de los síntomas, a saber: mayor altura facial anterior y biprotrusión dentaria en los casos esqueléticos. Incluso es posible en muchos casos, analizando por comparación de las radiografías de los progenitores, en qué medida contribuyeron cada uno de ellos a producir la mordida abierta.

Materiales y métodos

Para poder evaluar los distintos tipos de mordida abierta hemos estudiado cuarenta y ocho casos divididos en 15 masculinos y 33

femeninos. Dichos casos fueron tomados de la clínica de los autores. La muestra fue elegida sobre la base de la existencia de un overbite de menos de 2 mm.

Para la evaluación se recurrió al estudio cefalométrico de imágenes de perfil tomadas todas con el método standarizado siguiente: a una distancia foco-placa de 2 metros con parrilla antidifusora de hojas paralelas y con una potencia de 75 kws. y 75 miliamperes y con un tiempo de exposición de medio segundo.

Las medidas tomadas fueron:

- a) Overbite medido a nivel de los incisivos (fig. 2).
- b) Angulo inciso-maxilar (fig. 3).
- c) Angulo B (interbasal) (fig. 4).
- d) Angulo ANB (fig. 5).

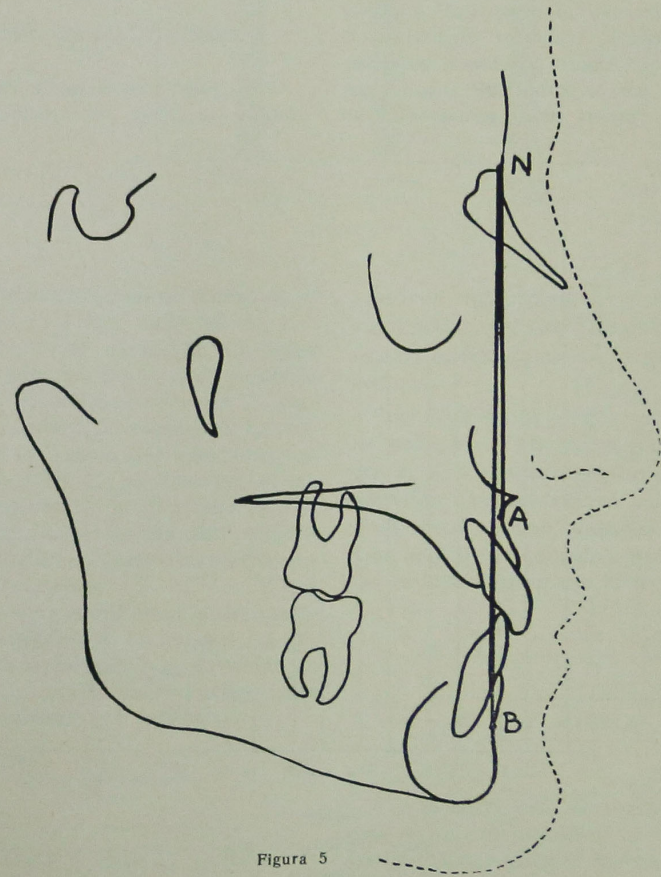


Figura 5

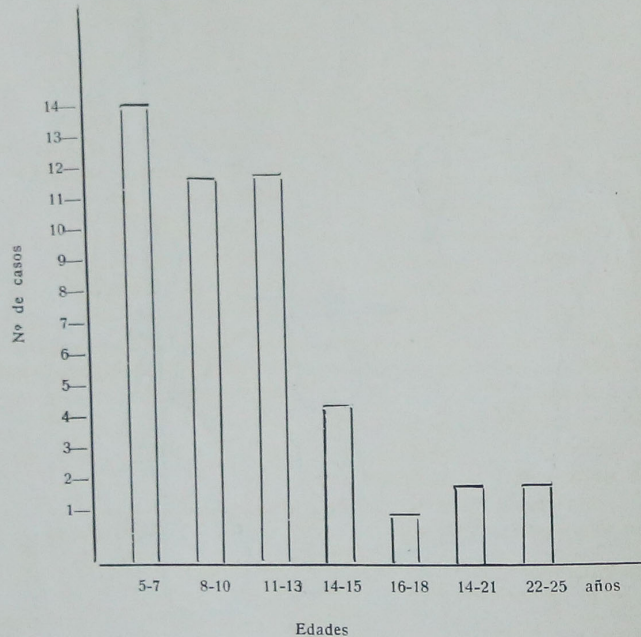
Angulo ANB

Para la determinación del overbite se adoptó el método de Björk (fig. 2) con el objeto de expresarlo métricamente se hizo con la distancia ii-io. El punto (ii) es el punto medio del borde incisal del incisivo central inferior más prominente. A través de este punto se traza el plano oclusal inferior (OL i) línea que une el punto (ii) y la cúspide disto-bucal del primer molar inferior (si éste estuviese ausente, se usa la cúspide mesiobucal de 7). El plano oclusal superior (OL s) es la línea que une el punto incisal superior con la cúspide disto-bucal del 6 (en los casos de que éste falte se hace con la cúspide distobucal de 7).

El punto incisal superior es el punto medio del borde incisal del incisivo superior más prominente.

El segmento ii-io que mide el overbite, es la distancia del punto incisal inferior (ii) al plano oclusal superior (OL s).

El ángulo inciso maxilar de Schwaz es el ángulo formado por el plano SpP y el eje del incisivo central superior medido hacia afuera (Fig. 3). Angulo interbasal es el ángulo formado por el plano SpP (espina nasal anterior - espina nasal posterior) y el



Edades  
Media aritmética = 10,5

Figura 6

plano mandibular (gonion-gnation). El ángulo ANB fue empleado según la descripción de Steiner.

La edad de los casos se los dividió en siete grupos con intervalos de dos años entre ellos, siendo el menor de 5 años y el mayor de 25 años (Fig. 6).

En lo que se refiere a la relación antero-posterior de las basales de los 48 casos estudiados se los dividió en tres grupos: normo-oclusión los casos cuyo ángulo ANB comprendidos entre ángulos ANB de 2 a 4 grados. Mesio-oclusión los que tienen menos de 2º y disto-oclusión los que tienen más de 4º (Fig. 7).

Las mediciones de los ángulos B e inciso maxilar fueron analizados estadísticamente (Cuadro I), obteniéndose estimaciones de los coeficientes de correlación y regresión.

Para esta última medición se consideró alternativamente a ambos ángulos como variable independiente.

### RESULTADOS Y DISCUSION

Como puede verse en la Fig. 6, el mayor número de casos correspondió al grupo de

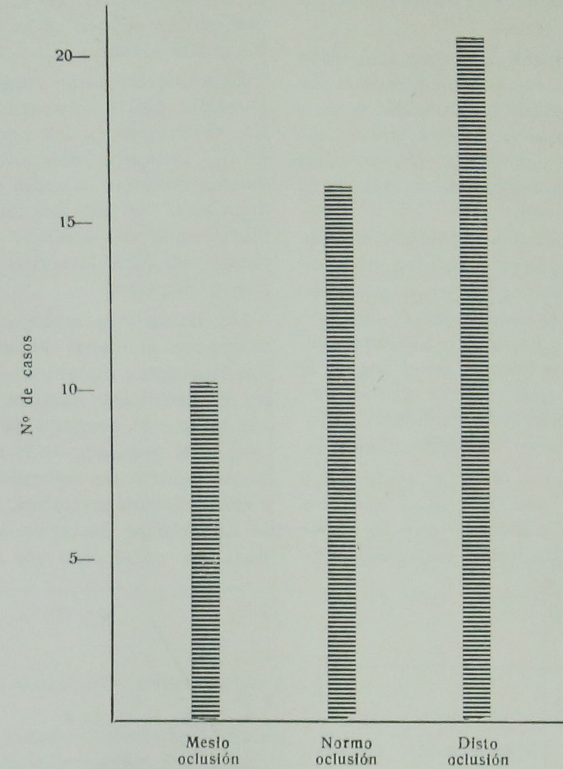


Figura 7

5 a 7 años, siguiéndoles en el orden los de 8 a 10 años y en tercer lugar los de 11 a 13 años. 35 de los 48 casos (72 %) tenían menos de la edad promedio que se acepta como puberal, en cambio solamente 13 casos (28 %) eran mayores de esta edad. El promedio fue de 10,5 años. Las anomalías anteroposteriores (Fig. 7) medidas por el ángulo ANB presentaron un promedio de 3º,7. Siendo las más frecuentes las disto-oclusiones y siguiéndoles en orden las normooclusiones y mesiooclusiones.

Los valores correspondientes a las mediciones de los ángulos B (interbasal) y ángulo 1-SpP (inciso maxilar) se presentan en el cuadro 1. La correlación existente entre ambos datos estimada por la fórmula

$$r = \frac{(Sxy - (Sx)(Sy))}{\sqrt{\frac{(Sx^2 - (Sx)^2)(Sy^2 - (Sy)^2)}{N}}}$$

acusó un valor positivo y estadísticamente significativo de 0,50 indicando la existencia de una moderada asociación entre ambos fenómenos.

Con el objeto de estudiar la influencia que la variación en un ángulo pudiera tener sobre el otro se estimaron los coeficientes de regresión considerando en un caso al ángulo B como variable independiente (Fig. 8) y en el otro en el ángulo 1-SpP (Fig. 9) fueron estimados mediante la fórmula

$$b = \frac{Sxy - (Sx)(Sy)}{Sx^2 - (Sx)^2}$$

A — El coeficiente de regresión b para el caso en que se consideró al ángulo B como variable independiente fue de 0º,74 ± 0º,38.

Ello indica que cuando el ángulo B varía

en 1º el ángulo 1-SpP varía en 0,74º con una oscilación de 0º,36 y 1º,2.

(B) Cuando se consideró al ángulo incisivo maxilar, como variable independiente el coeficiente de regresión b estimado fue de 0º,35 ± 0º,18, lo que a su vez indica que cuando el ángulo 1-SpP varía en 1º el basal lo hace en 0º,35 con una oscilación entre 0º,17 y 0º,53.

Los resultados obtenidos demuestran que la variación en el ángulo B tuvo una influencia mucho más marcada en la variación del ángulo incisomaxilar que en el caso inverso. La variación del ángulo incisomaxilar presentó una débil influencia en el ángulo B por lo que habría que suponer que su variación puede deberse a otros factores distintos de los que hacen variar al ángulo B.

Los resultados que se observan en la Fig. 6 podría sugerirnos —dado que el 72 % de los casos eran de edad puberal— que las mordidas abiertas se manifiestan preferentemen-

te en este período de la edad del niño. En este mismo sentido se ha pronunciado la bibliografía clásica.

Esta interpretación surge de considerar la mordida abierta solamente por causa dentaria atribuyendo a los períodos de erupción de los primeros molares, premolares e segundos molares, la causa del aumento de la dimensión vertical. Ese aumento traería una disminución del overbite a nivel de los incisivos, así como la acción del hábito de succión y deglución.

Los posteriores trabajos de A. Björk demostraron mediante los estudios realizados con implantes metálicos en distintas zonas del cráneo, cara, maxilar superior y mandíbula, que el aumento del crecimiento vertical es el resultado de la actividad biológica de los centros de crecimiento, suturas óseas y remodelación perióstica. El desplazamiento de las arcadas dentarias se opera por rotación. Que en el caso que se realice por ro-

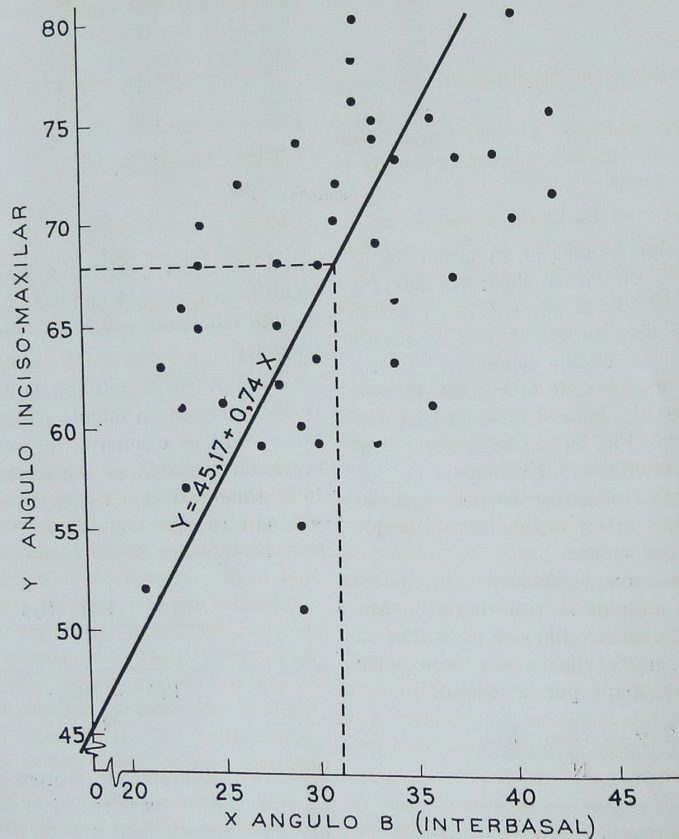


Figura 8.

X	γ	X	γ
◁ B	◁ Inc.	◁ B	◁ Inc.
23	66	28	68
32	80	28	65
32	84	24	65
30	68	37	80
31	70	24	70
37	73	32	78
22	63	36	61
42	71	28	62
23	66	25	61
33	69	27	59
24	68	23	57
36	75	40	70
39	73	42	75
34	73	32	78
28	51	29	60
31	72	40	80
29	55	30	63
26	72	30	59
21	52	33	75
34	63	32	76
29	74	35	86
29	60	34	66
37	67	37	67
23	61	33	59

Cuadro 1

La influencia de los factores que actúan sobre la alveolar puede medirse por el ángulo que forma el incisivo superior con su basal (1 SpP).

Se comprende que cuando la causa de la mordida abierta es alveolar, ya sea por deglución atípica con empuje lingual hacia adelante, interposición del labio inferior o succión del dedo, traen aparejado el volcamiento del incisivo superior hacia adelante.

Por lo tanto se pueden considerar mordidas abiertas basales sin componente alveolar aquéllas cuyo ángulo incisomaxilar es normal (70º) medido hacia adelante.

Tomando como base el cuadro de regresión del ángulo incisomaxilar en el ángulo B (Fig. 8) vemos que el ángulo incisomaxilar que está en el límite inferior de la normal (65º) corresponde en la rectificada un ángulo de 30º; por lo tanto, consideramos que se puede comenzar a evaluar como mordida abierta basal, todos aquellos casos que tengan un ángulo B mayor de 30º.

tación divergente tiende a generar mordidas abiertas.

Siendo los contactos a nivel dentario los puntos de rotación que pueden aumentar la divergencia basal.

Tratándose que la mayor parte del crecimiento vertical (responsable de la mordida abierta basal) se produce en la etapa pospuberal, podría pensarse que los resultados obtenidos (Fig. 6) contradicen estos conceptos.

Sin embargo esto no es así. Es necesario tener en cuenta que en este caso se trata de una muestra clínica, casos que comúnmente se presentan en atención.

Las anomalías anteroposteriores que suelen acompañar a la mordida abierta se presentaron en el mismo orden de frecuencia que constatan todos los autores. Los que más comúnmente acompañan a la mordida abierta es la distoclusión, pero esto no quiere decir que no pueda presentarse acompañada de normo-oclusión y en el menor número de casos de mesio-oclusión. El problema que se planteó es como evaluar cefalométrica-mente la mordida abierta basal.

De acuerdo con las ya expuestas ideas de Björk el crecimiento divergente de las basales puede evaluarse por el ángulo B.

	Nº casos	%
Mord. Abierta basal		
Ang. B de 30º .....	27	56
Mord. Abierta alveolar.		
Ang. B — de 30º .....	21	44
Total de casos .....	48	100

Cuadro 2. — Distribución de mordidas abiertas basales y alveolares.

En el cuadro II, se puede observar que, de acuerdo con este criterio de medida, sobre 48 casos medidos, se encontraron 27 mayores de 30º o sea de tipo basal, o sea el 56 %, con lo que llegamos a la conclusión que en tratándose de una muestra con predominio de edad prepuberal, es mayor la proporción de mordidas abiertas basales que alveolares, lo que nos lleva a pensar, que si el nuestro hubiera sido tomado únicamente en niños pospuberales, el porcentaje de mordidas abiertas basales sería mucho mayor.

Esta conclusión está en contradicción con la tendencia habitual a considerar en la etiopatogenia de las mordidas abiertas, a los

hábitos (deglución atípica con empuje lingual, succión del pulgar) como causa fundamental.

CONCLUSIONES

Fueron estudiados 48 casos de mordida abierta, por medio de telerradiografías laterales.

De las medidas utilizadas se estableció una correlación estadística entre el ángulo basal y el ángulo incisomaxilar.

El coeficiente  $r = 0,50$  hallado, difiere significativamente de 0, indicando una moderada correlación positiva entre los dos factores.

El coeficiente de regresión entre ángulo incisomaxilar y ángulo B,  $b = 0,74$ , indica que cuando el ángulo incisomaxilar varía  $1^\circ$ , el otro lo hace un  $0,74^\circ$ .

El coeficiente de regresión de ángulo B en el ángulo incisomaxilar es  $b = 0,35$ , indica que cuando el ángulo incisomaxilar varía  $1^\circ$ , el ángulo B lo hace  $0,35^\circ$ .

Desconociéndose biológicamente si existe una relación de causa a efecto, entre la medida de ambos ángulos, podemos arbitrariamente considerar a uno de ellos como causa, y al otro como efecto. Cuando tomamos al ángulo incisomaxilar como causa, el coeficiente de regresión  $b = 0,35$ , mientras que en la forma opuesta, el coeficiente de regresión  $b = 0,74$ .

Esto indicaría que la variación en el ángulo incisomaxilar, presenta una influencia muy débil en la variación del ángulo basal, mientras que en el caso inverso la influencia es mucho más marcada.

Los análisis estadísticos realizados ponen en evidencia que la variación del ángulo B (interbasal) juega un papel muy importante en la manifestación de la llamada mordida abierta basal.

Ante la no existencia de otro factor que se haya encontrado que guarde una relación más estrecha con el fenómeno biológico de la mordida abierta basal, proponemos que la evaluación de la misma se haga a través del ángulo B (interbasal).

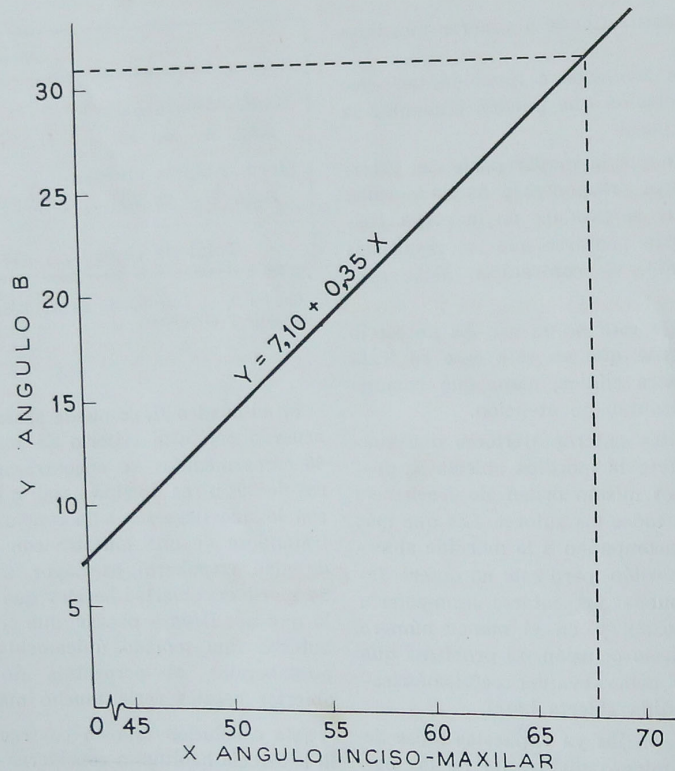


Figura 9

Agrupados sobre esta base los 48 casos hemos hallado 27 con ángulo B mayores de  $30^\circ$  en los que predominará la causa esquelética, los que representan el 56 % del total, de lo que se concluye que aun en una muestra con un promedio de 10,5 años de edad (comprendidos biológicamente con la edad prepuberal) predominan los casos de mordida abierta basal sobre los de tipo alveolar.

REGRESION DEL ANGULO INCISOMAXILAR EN EL ANGULO B (INTERBASAL)

$b = 0,74$

Variancia  $S^2 y \cdot x = 49,72$

Intervalos de confianza  $b \pm = \frac{t_{0,05} \cdot S_{y \cdot x}}{\sqrt{\sum x^2}}$

$= \frac{2,021 \times 7,05}{37,92} = 0,38$

Test de significancia de b

$t = \frac{b}{\frac{S_{y \cdot x}}{S_{x^2}}} = \frac{0,74}{0,19} = 3,89$

El test indica que la variación del ángulo B (interbasal) contribuye significativamente a la variación del ángulo incisomaxilar.

$b = 0,74 \pm 0,38$

Es decir que cuando el ángulo B (interbasal) varía en un grado el ángulo incisomaxilar lo hace en 0,74 grado con una oscilación entre 0,36 y 1,12 grado.

REGRESION DEL ANGULO B (INTERBASAL) EN EL ANGULO INCISOMAXILAR

$b = 0,35$

Variancia  $S^2 x \cdot y = 23,18$

Intervalos de confianza  $b \pm = 0,35 \pm 0,18$

Test de significancia de b

$t = 4$

El test indica que la variación del ángulo incisomaxilar contribuye significativamente a la variación del ángulo B (interbasal) y que cuando el ángulo incisomaxilar varía en un grado el ángulo interbasal B lo hace en 0,35 de grado con una variación entre 0,17 y 0,53.

BIBLIOGRAFÍA

- SUBTENLY, J. D. y SAKUDA, M.: *Mordida abierta: Diagnóstico y tratamiento*. Am. J. Orthodontics. 50 : 337, 1964.
- KORKHAUS, G.: *La escuela odontológica alemana*. Tomo IV, pág. 673. Ed. Labor.
- SWINDLER, D. R. y SASSOUNI, V.: *Mordida abierta y succión del pulgar en monos Rhesus*. Anglo Orthodontist. 32 : 27, 1962.
- REITAN KAARE. American Journal of Orthodontics Vol. 53 Nº 10, 1967.
- BJÖRK, Arne: *Crecimiento facial en el hombre, estudiado con ayuda de implantes metálicos*. Acta Odont. Scandinavica. 13 : 9, 1955.
- BACKLAND, E.: *Crecimiento facial y la significación de los hábitos orales, respiración bucal y tejidos blandos para la maloclusión*. Acta Odont. Scandinavica. Vol. 21, Sup. 36, mayo 1964.
- NEFF, C. W. y Kydd, W. L.: *La mordida abierta: Fisiología y oclusión*. Angle Orthodontics. 36, 351, 1966.
- KYDD, W. L.: *Fuerzas máximas ejercidas sobre la dentición por la musculatura perioral y lingual*. J. Amer. Dental Ass. 55 : 646, 1957.
- KYDD, W. L., AKAMINC, J. S., MENDEL, R. A., KRAUS, B. S.: *Fuerzas de labio y lengua durante la deglución*. Journal of Dental Research. 42 : 858, 1963.
- SASSOUNI, V. y NANDAS, S.: *Análisis de las proporciones dentofaciales verticales*. Am. Jour. of Orthodontics. 50 : 801, 1964.
- BESZKIN, E., LIPSZYC, M., VORONOVITSKY, L. y ZIELINSKY, L.: *Cefalometría clínica*. Ed. Mundi.

Dirección de los autores: Carlos Pellegrini 743, 2º piso, 2º cuerpo, Bs. Aires.

# Estudio sobre deglución, fonación y respiración bucal en 900 niños

SONIA GUERRERO R.  
IRIS WALTERS A.  
EDMUNDO HOFFENS V.  
JUAN CARLOS RODRIGUEZ DE LA B.  
HUMBERTO SILVA M.  
AIDA MASSARDO C.

Cátedra "A" de Ortodoncia. Prof. Dr. Eduardo Manns Sch. Universidad de Chile, Facultad de Odontología (Escuela Dental), Santiago.

## INTRODUCCION

Si se considera que el desarrollo y crecimiento normal del Sistema Estomatognático está condicionado en cierta medida por el equilibrio de las funciones de masticación, respiración, deglución y fonación se comprende la enorme importancia que tiene la mantención de este equilibrio y el papel preponderante que juega el Sistema Neuromuscular.

Los hábitos parafuncionales alterados representan un peligro para la integridad del conjunto; de esto se deduce la necesidad de mantener armonía entre los elementos constitutivos del Sistema Estomatognático, vale decir, elementos anatómicos, elementos de relación y funciones. Estas consideraciones motivaron a investigar la frecuencia con que se presentan alteraciones en la función de deglución, fonación y respiración relacionadas con mordida abierta. Para tal objeto se plantearon las siguientes hipótesis:

- 1.— La deglución infantil persiste en la edad escolar debiendo ser considerada como mal hábito y tiende a disminuir con la edad.
- 2.— Hay relación entre mala fonación, deglución infantil y respiración bucal.
- 3.— La dislalia de los fonemas D y T es más frecuente que la del fonema S y tienden a desaparecer con la edad.
- 4.— Las alteraciones del labio en reposo y las del labio en deglución favorecen la res-

piración bucal y probablemente la mordida abierta.

5.— La interposición lingual anterior tiende a producir mordida abierta anterior.

## DESARROLLO DEL TRABAJO

Se investiga en la población escolar del Liceo Experimental Manuel de Salas de Santiago de Chile, establecimiento que posee un Servicio Dental permanente cuyo objetivo principal es la prevención y control de la caries. Cada alumno recibe dos revisiones al año lo que permite mantener su dentadura en muy buenas condiciones higiénicas, anatómicas y funcionales. La muestra examinada se considera seleccionada, pues no representa al medio escolar habitual de Santiago. Se examinan 900 alumnos elegidos al azar cuyas edades fluctúan entre 5 y 12 años inclusive tratando en lo posible que la proporción de hombres y mujeres sea semejante; se utiliza una ficha clínica confeccionada especialmente para este objetivo en la cual figura:

- 1.— Nombre, sexo y edad.
- 2.— Examen de fonación.
- 3.— Examen de deglución.
- 4.— Examen de respiración.
- 5.— Examen de labios en reposo.
- 6.— Examen maxilar y dentario.

Se examinan 60 niños por edad o clase y se considera un intervalo de clase de 6 meses.

Cuadro Nº 1

### FICHA CLINICA

Nombre .....

Sexo .....

Edad .....

#### Examen de fonación

	D	T	S
	dado	tele	suma
	dedo	tito	suceso
	duda	tato	seña

#### Examen de deglución

- 1.— Interposición lingual anterior
- 2.— Interposición lingual posterior

#### Examen de respiración

##### Respiración bucal

##### Examen de labio

- 1.— Labios anormales en reposo
- 2.— Labios anormales al deglutir

##### Examen maxilar y dentario

- 1.— Clasificación de Angle: Disto  
Neutro  
Mesio

- 2.— Mordida abierta

Analizadas las 900 fichas procede a determinar:

- 1.— El número de anomalías totales (n) en cada columna, obtenidas en los 900 niños. (Cuadro Nº 2).

Cuadro Nº 2

### VALORES TOTALES

Edad	Labio			Lengua			Fonema			C. de Angle			A. V.		Resp.
	LRA	LDA	ILA	ILP	P/D	P/T	P/S	D	N	M	MA	RB			
5,0- 5,49	19	30	32	0	45	44	16	2	58	0	13	14			
5,5- 5,9	20	44	40	2	47	43	19	2	57	1	20	14			
6,0- 6,4	19	43	45	3	49	37	10	2	55	3	29	11			
6,5- 6,9	9	38	45	9	44	39	10	0	55	5	35	7			
7,0- 7,4	15	45	43	10	47	36	11	5	54	1	29	14			
7,5- 7,9	20	33	35	1	51	41	7	4	55	1	20	17			
8,0- 8,4	44	37	41	2	35	31	4	4	54	2	12	15			
8,5- 8,9	20	40	34	4	35	21	1	1	57	2	9	14			
9,0- 9,4	21	30	31	5	36	24	0	3	56	1	7	15			
9,5- 9,9	19	28	35	4	35	27	0	3	55	2	5	14			
10,0-10,4	21	31	34	10	41	22	4	5	53	2	11	15			
10,5-10,9	20	34	36	14	50	28	0	2	56	2	2	12			
11,0-11,4	21	28	31	8	39	34	0	2	57	1	4	15			
11,5-11,9	17	26	27	6	47	27	1	3	57	0	4	11			
12,0-12,4	14	22	29	7	41	29	1	1	53	6	7	7			
N	276	509	538	85	642	483	84	39	832	29	214	201			
Media	8,78	8,44	8,52	9,49	8,66	8,40	6,39	8,72	8,73	9,06	7,59	8,68			
S	2,10	2,08	2,12	1,98	2,24	1,01	0,99	2,06	2,19	2,04	1,95	1,46			

LRA: Labio anormal en reposo.  
LDA: Labio anormal al deglutir.  
ILA: Interposición lingual anterior.  
ILP: Interposición lingual posterior.  
P/D: Pronunciación fonema "De".

P/T: Pronunciación fonema "Te".  
P/S: Pronunciación fonema "Ese".  
D: Distocclusión.  
N: Neutrocclusión.  
M: Mesiocclusión.

MA: Mordida abierta.  
RB: Respiración bucal.  
Media: Media aritmética.  
S: Desviación standard.

El cuadro N° 2 indica que en la muestra seleccionada observadas las anomalías de "Labio en Reposo", "Labio en deglución" e "Interposición Lingual Anterior" se presentan en mayor frecuencia alrededor de los 8,5 años, edad que coincide más o menos con el término de la erupción de los incisivos. La "Interposición Lingual Posterior" se presenta alrededor de los 9,5 años, edad en la que se está produciendo el cambio de molares temporales por premolares. La dislalia de los fonemas "D" y "T" se observa con mayor frecuencia alrededor de los 8,5 años, no así el fonema "S" cuya media está a nivel de los 6,5 años.

La "Mordida Abierta" se presenta con mayor frecuencia a nivel de los 7,5 años, edad

en que se produce el recambio de incisivos. Cabe mencionar que se ha considerado esta Mordida Abierta como overbite negativo, sin determinar si es fisiológica o patológica; su investigación es necesaria como probable causa de dislalia, alteraciones posicionales de labio y lengua.

La Respiración Bucal se presenta en mayor frecuencia alrededor de los 8,5 años.

2.— Si se considera que cada clase está compuesta de 60 casos y que es necesario relacionar las anomalías entre sí, se procede a calcular el valor porcentual de cada serie y el valor de  $CHI^2 (X^2)$  para determinar la probabilidad de ocurrencia de estos hechos. Cuadro N° 3 a y Cuadro N° 3 b.

Cuadro N° 3-a

VALORES PORCENTUALES Y PROBABILIDAD EN LOS NOVECIENTOS CASOS

	Labio		Lengua		Fonema			Resp.
	LRA	LDA	ILA	ILP	P/D	P/T	P/S	R.B.
%	30,66	56,50	59,77	9,43	71,33	53,56	9,33	22,33
X <sup>2</sup>	9,87	20,09	12,70	38,70	10,84	24,75	106,3	9,02
P	76-83	13	52-60	IMP.	68-76	IMP.	IMP.	83

En el cuadro N° 3-a se observa:

- 1.—30,66% de Labios Anormales en Reposo.
- 2.—56,50% de Labios Anormales en Deglución.
- 3.—59,77% de Interposición Lingual Anterior.
- 4.—9,43% de Interposición Lingual Posterior.
- 5.—Dislalias del fonema.
  - "D" en 71,33% de los casos.
  - "T" en 53,66% de los casos.
  - "S" en 9,43% de los casos.

6.—Respiración Bucal en un 22,33% de los casos.

El cálculo de  $CHI^2 (X^2)$  indica que las series examinadas son normales, excepto las series de Interposición Lingual Posterior y de los fonemas "T" y "S", lo que podría explicarse observando el cuadro N° 2, que indica concentración de casos en los extremos

VALORES PORCENTUALES Y PROBABILIDAD EN LOS NOVECIENTOS CASOS

	Clasif. de Angle			A. vert.
	D	N	M	M. A.
%	4,33	92,43	3,21	23,77
X	11,01	0,63	9,13	106,02
P	68	99	76-83	IMP.

de estas series. Serie anormal se considera aquella cuyos valores observados se alejan de la probabilidad teórica.

La observación del cuadro N° 3-b indica que en la muestra analizada se encuentra un 92,43% de casos en Neutrooclusión, un 4,33% de casos en Distooclusión y 3,21% en Mesiooclusión.

Se desea hacer resaltar este hecho: Distooclusiones en 4,33 %, frecuencia que es muy baja si se relaciona con 16 % de Distooclusiones dadas para Santiago de Chile por otros investigadores. Se cree que esta diferencia es causada por las características de esta muestra.

Según el cálculo de  $CHI^2 (X^2)$  las series analizadas en el cuadro N° 3-b son normales, excepto la serie Mordida Abierta, lo que podría explicarse en el cuadro N° 2 por la desviación a la izquierda que presenta la muestra.

3. Se analiza la influencia del labio al deglutir (LDN-LDA) en relación con la mordida abierta (MA). (Cuadro N° 4).

Analizando el cuadro N° 4, se deduce que el Universo "Mordida Abierta con Labio Normal al Deglutir" es semejante al Universo "Mordida Abierta con Labio Anormal al Deglutir", lo que indicaría que la posición de los labios al deglutir no tendría influencia en la mordida abierta y viceversa.

Cuadro N° 4

INFLUENCIA DEL LABIO NORMAL Y ANORMAL AL DEGLUTIR EN LA MORDIDA ABIERTA

Edad	LDN	MA	LDA	MA	CHI <sup>2</sup>
5,0- 5,49	30	4	30	9	1,92
5,5- 5,9	16	1	44	19	4,79
6,0- 6,4	17	9	43	20	0,07
6,5- 6,9	22	13	38	22	9,004
7,0- 7,4	15	5	45	24	0,92
7,5- 7,9	27	8	33	15	0,43
8,0- 8,4	23	4	37	8	0,13
8,5- 8,9	20	3	40	6	0,00
9,0- 9,4	30	2	30	6	2,00
9,5- 9,9	32	4	28	1	1,42
10,0-10,4	29	3	31	8	1,94
10,5-10,9	26	0	34	2	1,46
11,0-11,4	32	2	28	3	0,36
11,5-11,9	34	2	26	2	0,06
12,0-12,4	38	4	22	5	1,37
n	391	64	509	150	
Media		7,99		7,50	
S		1,94		1,77	
CHI <sup>2</sup>					16,87
P		31 % > P > 25 %			

Cuadro N° 5

INFLUENCIA DEL LABIO NORMAL Y ANORMAL AL DEGLUTIR EN LA RESPIRACION BUCAL

Edad	LDN	RB	LDA	RB	CHI <sup>2</sup>
5,0- 5,49	30	4	30	10	2,56
5,5- 5,9	16	2	44	12	1,09
6,0- 6,4	17	1	43	11	2,36
6,5- 6,9	22	6	38	2	5,05
7,0- 7,4	15	4	45	10	0,09
7,5- 7,9	27	6	33	11	0,64
8,0- 8,4	23	7	37	8	0,43
8,5- 8,9	20	3	40	12	1,20
9,0- 9,4	30	3	30	13	6,25
9,5- 9,9	32	5	28	9	1,74
10,0-10,4	29	7	31	8	0,00
10,5-10,9	26	3	34	9	1,64
11,0-11,4	32	3	28	13	7,69
11,5-11,9	34	2	26	9	6,64
12,0-12,4	38	2	22	6	5,06
n	391	58	509	143	42,44
Media		8,79		8,70	
S		1,55		2,14	

CHI<sup>2</sup> de 5 a 10,5 años 23,05  
de 11 a 12 años 19,39

P de 5 a 10,5 años 18 %-13 %  
de 11 a 12 años IMPROBABLE

4. Se analiza en el cuadro N° 5 la influencia del labio al deglutir (LDN-LDA) en relación con la respiración bucal (RB).

Analizado el cuadro N° 5, se deduce que la serie respiración bucal de Labio Normal en Deglución (LDN) y la Respiración Bucal (RB) de Labio Anormal al Deglutir (LDA) pertenecen a diferentes Universos, lo que indicaría que el Labio Anormal al Deglutir podría influir en la Respiración Bucal o al revés, que la Respiración Bucal condicionaría una alteración posicional del Labio al Deglutir.

Si se analiza el cuadro N° 5 en forma parcial, se observa que la Respiración Bucal encontrada en las muestras de Labio al Deglutir entre los 5 y 10,5 años, pertenecen a Universos semejantes, es decir, no estarían influenciadas por la posición del Labio al Deglutir y viceversa. En las clases de 11 a 12 años

Cuadro N° 7

INFLUENCIA DEL LABIO NORMAL Y ANORMAL EN REPOSO EN LA RESPIRACION BUCAL

Edad	LRN	RB	LRA	RB	CHI <sup>2</sup>
5,0- 5,49	41	0	19	14	30,12
5,5- 5,9	40	1	20	13	22,35
6,0- 6,4	43	1	17	11	23,68
6,5- 6,9	51	1	9	7	32,32
7,0- 7,4	45	3	15	11	18,64
7,5- 7,9	40	2	20	15	9,21
8,0- 8,4	36	0	24	15	12,50
8,5- 8,9	40	1	20	14	24,30
9,0- 9,4	39	0	21	16	29,97
9,5- 9,9	41	1	19	13	9,31
10,0-10,4	49	0	21	15	19,15
10,5-10,9	41	2	19	10	14,79
11,0-11,4	39	1	21	15	24,07
11,5-11,9	43	0	17	11	9,88
12,0-12,4	46	2	14	6	11,97
n	634	15	266	186	
Media		8,78		8,67	
S		2,14		2,08	
CHI <sup>2</sup>					292,96
P		IMPROBABLE			

6. Se analiza la influencia del Labio Normal y Anormal en Reposo en relación con la Respiración Bucal. (Cuadro N° 7.)

El análisis del cuadro N° 7 indica que el Universo Respiración Bucal de la serie Labio Normal en Reposo, es diferente del Universo Respiración Bucal de la serie Labio Anormal en Reposo; probablemente la anomalía del Labio en Reposo influye en la Respiración Bucal o esta Respiración Bucal altera la posición del Labio en Reposo.

7. Se analiza la influencia de la Interposición Lingual Anterior en la Mordida Abierta. (Cuadro N° 8.)

INFLUENCIA DEL LABIO NORMAL Y ANORMAL EN REPOSO EN LA MORDIDA ABIERTA

Edad	LRN	MA	LRA	MA	CHI <sup>2</sup>
5,0- 5,49	41	8	19	5	0,27
5,5- 5,9	40	9	20	11	4,19
6,0- 6,4	43	17	17	12	2,43
6,5- 6,9	51	29	9	6	0,03
7,0- 7,4	45	24	15	5	0,92
7,5- 7,9	40	14	20	9	0,34
8,0- 8,4	36	12	24	3	1,50
8,5- 8,9	40	3	20	2	0,49
9,0- 9,4	39	5	21	3	0,01
9,5- 9,9	41	3	19	2	0,65
10,0-10,4	49	5	21	6	2,97
10,5-10,9	41	2	19	0	0,93
11,0-11,4	39	3	21	2	0,05
11,5-11,9	43	2	17	2	0,92
12,0-12,4	46	8	14	1	0,75
n	634	148	266	69	
Media		7,71		7,53	
S		1,81		1,89	
CHI <sup>2</sup>					16,45
P		31% > P > 25%			

Cuadro N° 8

INFLUENCIA DE LA INTERPOSICION LINGUAL ANTERIOR EN LA MORDIDA ABIERTA

Edad	ILAN	MA	ILAA	MA	CHI <sup>2</sup>
5,0- 5,49	28	1	32	11	7,07
5,5- 5,9	20	2	40	20	5,80
6,0- 6,4	15	3	45	25	3,03
6,5- 6,9	15	6	45	30	1,33
7,0- 7,4	17	6	43	23	0,32
7,5- 7,9	25	4	35	18	0,33
8,0- 8,4	19	3	41	9	0,23
8,5- 8,9	26	2	34	7	1,62
9,0- 9,4	29	0	31	7	6,55
9,5- 9,9	25	1	35	4	0,95
10,0-10,4	26	2	34	9	2,81
10,5-10,9	24	0	36	2	1,32
11,0-11,4	29	2	31	3	0,12
11,5-11,9	33	2	27	2	0,32
12,0-12,4	31	3	29	6	1,20
n	362	37	538	176	33,50
Media		8,26		7,50	
S		2,06		1,96	
CHI <sup>2</sup>		de 5 a 6 años 15,90			
		de 6 a 12 años 17,60			
P		de 5 a 6 años IMPROBABLE			
		de 6 a 12 años 10% > P > 8%			

El análisis del cuadro N° 8 indica que hay diferencia significativa entre el Universo "Mordida Abierta de la serie Interposición Lingual Anterior" y el Universo "Mordida Abierta de la serie Normal", diferencia que podría significar que la Interposición Lingual Anterior (ILAA) favorecería la Mordida Abierta o viceversa.

Si se analiza la columna de CHI<sup>2</sup> en forma parcial, se observa que esta diferencia se produce a expensas de los casos de 5 a 6 años de edad, los que serían realmente de distintos Universos. Se puede entender por esto que la Mordida Abierta es influenciada por la Interposición Lingual Anterior o viceversa, en las edades de 5 a 6 años, no así en el resto de la muestra, lo que se plantea como hipótesis para una nueva investigación, la que sería conveniente efectuar entre las edades de 2 a 18 años.

CONCLUSIONES

1. El Labio Anormal en Reposo se mantiene estable en toda la muestra.
2. El Labio Anormal al Deglutir se mantiene estable en toda la muestra.
3. La Interposición Lingual Anterior se mantiene estable aumentando levemente de 5 a 8 años (mordida abierta fisiológica por recambio de incisivos).
4. La dislalia del fonema D se mantiene alta. La dislalia del fonema T se mantiene pero aumenta levemente de 5 a 7,5 años. La dislalia del fonema S se presenta de 5 a 8 años, disminuyendo con la edad casi hasta desaparecer.
5. La Mordida Abierta se presenta en mayor proporción de 5 a 8,5 años, disminuyendo con la edad; existiendo sí, leves alzas a los 10 y 12 años. Se supone que estas alzas podrían ser producidas por erupción de premolares y molares de los 12 años.
6. La Interposición Lingual Anterior y la Mordida Abierta se observan más o menos al mismos nivel de edad.
7. La Respiración Bucal se mantiene estable a través de la serie.
8. La Mordida Abierta no influiría en la posición del Labio al Deglutir ni éste en dicha mordida.
9. El Labio Anormal al Deglutir influiría en la Respiración Bucal y/o viceversa.
10. El Labio Anormal en Reposo no influiría en la Mordida Abierta ni ésta en la anomalía del Labio en Reposo.
11. El Labio Anormal en Reposo influiría en la Respiración Bucal y/o viceversa.
12. La Interposición Lingual Anterior (ILAA) influiría en la Mordida Abierta y ésta en dicha interposición.
13. La Deglución Infantil persiste en la edad escolar y no tiende a disminuir con la edad.
14. Las alteraciones del Labio en Reposo y las del Labio al Deglutir tendrían relación con la Respiración Bucal.
15. Las alteraciones del Labio en Reposo y del Labio al Deglutir parecerían no tener relación con la Mordida Abierta.

## Tratamiento interceptivo de la progenie

SARA F. DE SNEIBRUN

Paciente masculino, edad: 11 años.

Anamnesis: Antecedentes familiares de progenie verdadera.

Estado actual: Aspecto progénico.

Estudios de modelos:

Suma Incisal: 34 mm.

### Medidas Transversales

Antes

Maxilar Superior

4 | 4 D.S. 40 mm Es 40 mm  
6 | 6 D.S. 52,5 mm Es 52 mm

Maxilar Inferior

4 | 4 D.S. 40 mm Es 40 mm  
6 | 6 D.S. 52,5 mm Es 52 mm

Después

Maxilar Superior

4 | 4 D.S. 40 mm Es 40 mm  
6 | 6 D.S. 52,5 mm Es 52 mm

Maxilar Inferior

4 | 4 D.S. 40 mm Es 40 mm  
6 | 6 D.S. 52,5 mm Es 52 mm

### Medidas Sagitales

Antes

Maxilar Superior

A.A.A.: D.S. 20 mm Es 18 mm Dif. 2 mm

Maxilar Inferior

A.A.A.: D.S. 18 mm Es 18 mm

Después

Maxilar Superior

A.A.A.: D.S. 20 mm Es 20 mm  
Maxilar Inferior

A.A.A.: D.S. 18 mm Es 18 mm

Antes

Overbite 2 mm invertido (Fig. N° 1).

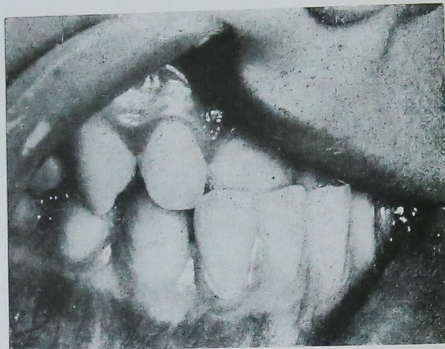


Fig. N° 1

Después

Cruce normal (Fig. N° 2).

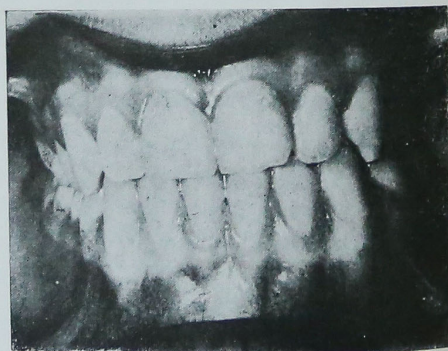


Fig. N° 2

Estudio de modelos

No hay compresión. No hay migración.  
Articulación anterior invertida.

### CEFALOMETRIA

Antes: Relaciones basales de mesioclusión por aumento de la basal inferior. Basal superior disminuida. Incisivos superiores en su base, inferiores retruidos. Angulo interincisivo aumentado.

Mordida anterior invertida.

Después: Rostro en birretrusión. Relaciones basales de mesioclusión. Incisivos superiores bien ubicados. Incisivos inferiores retruidos.

Basales rotando en dirección normal.

Mordida anterior normal.

Después

Oseo cóncavo;

Blando Gnation adelantado 4°  
(diferencia 6°);

Labio superior retruido, inferior normal.

Diagnóstico: Tendencia progénica.

### PLAN DE TRATAMIENTO

Placa de Stockfish para progenie, con acrílico resiliente por oclusal y arco de Eschler. (Fig. N° 4).

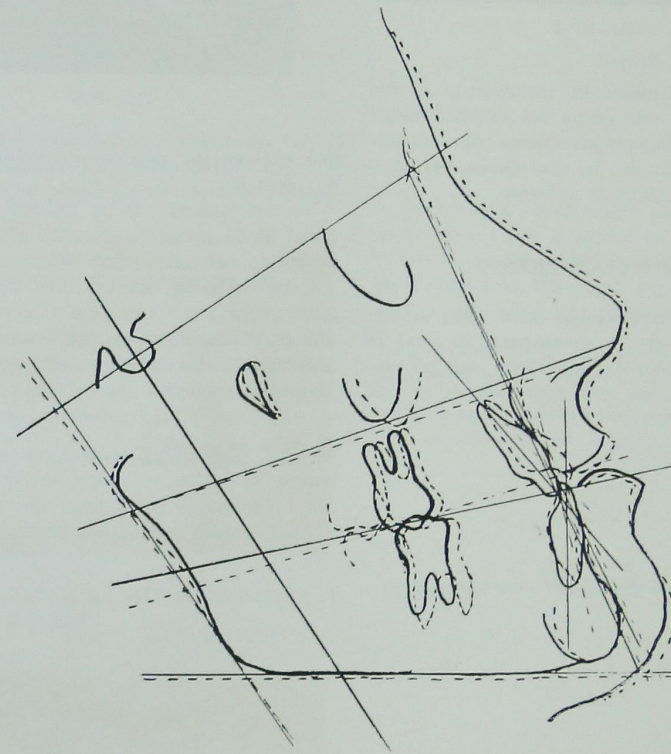


Fig. N° 3

### Estudio Cefalométrico

	Antes	Después		Antes	Después
S N A:	81°	82°	" B:	84°	85°
S N B:	82°	83°	" Convex:	-7°	-5°
A N B:	-1°	-1°	" Inc. Max.	70°	70°
Ang. J:	81°	84°	" Inc. Mand.	89°	78°
			" Interinc.	140°	148°

### PERFIL

Antes

Oseo cóncavo;

Blando Gnation adelantado 10°;  
Labio superior retruido, inferior evertido.

La placa bien adaptada en incisivos para trabajarla con agregado de gutapercha en plancha cada 8 días, tomando los 4 incisivos y parte alveolar.

Casquete y mentonera. (Fig. N° 5).

A los 8 meses se reemplazó la gutapercha por acrílico.



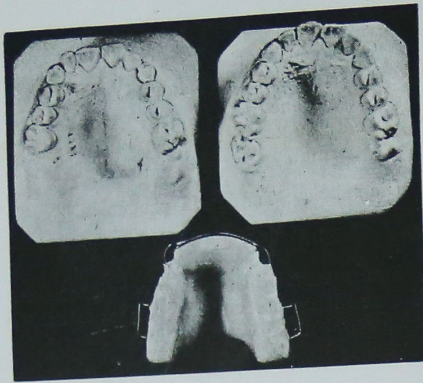


Fig. Nº 4

Luego de 11 meses de tratamiento se dio por terminada esta etapa del mismo; mejorando las condiciones alveolares para un mayor crecimiento de la alveolar superior y control de la alveolar inferior.

CONCLUSIONES

El cruce anterior actúa como tope articular, y el uso de la mentonera, la cual se aconsejó usar por dos años más, son las medidas terapéuticas que permiten dejar una



Fig. Nº 5

progenie en las mejores condiciones posibles de control.

Recordemos que es un tratamiento prepuberal de la progenie durante el cual hemos cumplido con una etapa del mismo.

Cabe destacar que se llegó a la articulación normal anterior, sin llegar a mordida abierta, favorecidos por la tendencia de crecimiento horizontal detectado por el estudio telerradiográfico.

Dirección de la autora.  
Cuenca 3378. Buenos Aires.

Distalamiento de caninos

ELIAS SAMOILOVICH

En los tratamientos con extracciones de primeros premolares, utilizamos para distalar los caninos, arcos vestibulares totales o seccionales.

I. Arco vestibular con resorte frontal

Para obtener fijeza de los anclajes (primeros molares) y evitar su mesogresión, colocamos arcos linguales de Mershon y generalmente, fuerza extraoral.

Los medios de anclaje, son bandas molares, con doble tubo de 1 mm de luz, en el maxilar superior, y tubo simple en el maxilar inferior; llevan grapa palatina o lingual para el arco de Mershon.

El arco (Fig. 1, a) está confeccionado en alambre de 0,5 mm.

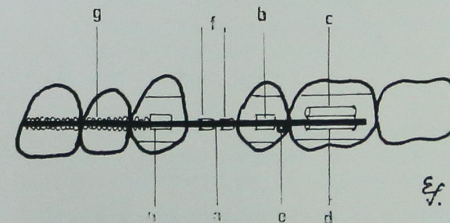


Figura 1. — a. arco, b. bandas bracket de Ponze, c. tubo para fuerza extraoral, d. tubo para el arco, e. loop para ligadura, f. tubitos para activar, g. resorte espiral abierto.

Deben colocarse bandas de Ponze (Fig. 1, b) en caninos y segundos premolares. Si los

Página Práctica

caninos no están bien erupcionados, preferimos casquetes.

Se inicia la construcción del arco, doblando el alambre sobre si mismo en una longitud de 1 cm. (Fig. 2, a) presionando con el alicate de Young o el Universal, para que se deslice dentro del tubo sin dificultad.

Luego se hace el loop que servirá para fijar el arco al molar (Fig. 2, b).

Se cortan 4 trocitos de tubo de 0,5 mm. de luz, se enhebran en el arco (Fig. 2, c), se

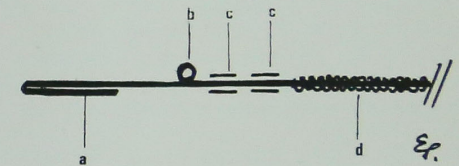


Figura 2.

corta un trozo de resorte espiral abierto de 0,5 mm de luz (Fig. 2, b), cuya longitud irá de mesial del bracket del lado de un canino, a distal del bracket del lado opuesto (Fig. 3); se enhebra en el arco, se agregan los dos trocitos de tubo que teníamos cortados, se hace un nuevo loop, calculando que ambos loops deben quedar alejados aproximadamente 2 ó 3 mm del tubo molar.

Se dobla el alambre sobre si mismo, se corta el excedente, se presiona bien el doblez y se contornea el arco, dándole la forma ideal.

Ligamos el arco a uno de los caninos, comprimimos el resorte espiral de manera que quede entre mesial y mesial de ambos caninos.

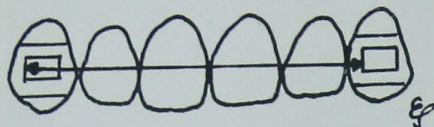


Figura 3

Se ligan los arcos a los molares y luego se ligan los segundos premolares.

Los arcos van en los tubos que quedan a oclusal de las bandas superiores, usándose el otro tubo para la fuerza extraoral en cuyo caso el loop del arco se orienta a oclusal.

En el maxilar inferior o cuando no se usa fuerza extra-oral, el loop va hacia gingival; la compresión del resorte espiral desarrolla una fuerza suave (60/70 gramos) que distala

los caninos sin provocar reabsorciones radiculares.

Cada dos semanas se controla la tensión del resorte, que se puede activar introduciendo por mesial del bracket canino un trocito de tubo, que comprimirá nuevamente el resorte. El arco debe apoyar suavemente por vestibular en los incisivos.

Mucha veces esa presión suave va retruyendo los mismos; ajustando las ligaduras molares, se mantiene esa presión.

Es conveniente no indicar la extracción de los premolares, hasta no haber colocado bandas molares, Mershon, fuerza extra-oral, y tener los casquetes caninos listos, que preferimos cementar después de las extracciones.

La razón está, en que muchas veces, por mesogresión de segundos premolares y primeros molares, se pierde el espacio de la extracción, si el paciente no cumple con las citas u otros imprevistos.

En los esquemas no figuran las ligaduras a los brackets para mayor claridad del diseño del arco.

Dirección del autor:  
Sanabria 2314, Buenos Aires.

JUNGHAUS, JOHN A.: **Reconstrucción del perfil con implantes mentonianos de Silastic.** American Journal Orthodontics, 53-3, Marzo, 1957.

En este trabajo se describe una técnica quirúrgica mediante la cual se practican implantes mentonianos con Silastic, un material de siliconas que está destinado a mejorar la estética facial en aquellos casos en que la deformación no puede ser corregida con tratamientos ortodóncicos únicamente.

Para obtener un perfil estético es necesario tener en cuenta el tamaño efectivo del mentón, pero pareciera que existe una barrera genética que impide que los tratamientos ortodóncicos actúen sobre el tamaño del mentón.

Por lo tanto, la responsabilidad de la estética facial no puede depender únicamente del ortodoncista, el que con el objeto de encarar correctamente ciertos casos deberá consultar a cirujanos plásticos o a otorrinolaringólogos.

M. V. G.

DELLINGER: **Una investigación histológica y cefalométrica de la intrusión premolar en la Macaca Speciosa.** American Journal Orthodontics, Mayo, 1967.

El propósito de este estudio fue aprobar o desaprobado la hipótesis que los dientes pueden ser introducidos en sus alveolos.

Con este propósito fueron usados los primeros premolares de macaca speciosa, como dientes experimentales. Los premolares superiores sirvieron como anclaje para fuerzas de 300, 100, 50 y 10 grs., fuerzas intrusivas que estaban dirigidas a lo largo de la longitud axial de los premolares.

Las fuerzas se mantuvieron por 60 días. Se realizaron placas cefalométricas laterales an-

tes y después del tratamiento para comparar el grado y dirección del movimiento dentario.

Los tejidos fueron examinados histológicamente para justipreciar el daño y la respuesta tisular al movimiento intrusivo de los dientes.

Se determinó que la fuerza óptima para la intrusión, con el mínimo de reabsorción radicular y daño tisular era de 50 grs.

La reabsorción parecería estar en relación a la magnitud de la fuerza y no con la profundidad de la intrusión.

Las fuerzas de 10 y 50 grs. dieron una moderada reabsorción, mientras que la de 300 fueron inaceptables.

Puede concluirse que con fuerzas conducidas y dirigidas eficazmente, los dientes pueden ser instruidos en sus alvéolos con el mínimo de reabsorción y daño tisular.

Bajo estas condiciones el mecanismo tisular que siga a la intrusión no aparenta ser una reabsorción radicular sino mas bien una reabsorción ósea y oposición que se observa en otros tipos de movimientos dentarios.

M. V. G.

REYCHLER, A.: **La indicación de extracciones en ortopedia Dento-Maxilar.** Acta Stomatológica Bélgica. 62: 95-105, 1965.

El autor realiza un análisis de los casos en los que se considera de valor la orientación del tratamiento con extracciones. Es condición indispensable un buen diagnóstico al que se llega mediante la observación clínica, los modelos, los telerradiografías que nos informaran respecto a los dientes, los procesos alveolares y los huesos basales de ambos maxilares.

Es necesario también averiguar en qué región está localizada la falta de espacio, en

las desarmonías dento-maxilares: incisiva, premolares o retromolar.

Las anomalías que pueden dar origen a los signos clínicos de discrepancia diente-hueso pueden ser: a) de dimensión o de relación de ambos maxilares; b) de inclinación o de altura de los procesos alveolares y c) dentarias, de forma, número y tamaño.

El diagnóstico de la dimensión de los dientes se hace sobre modelos y sobre telerradiografías. Así mismo se estudian las dimensiones de los maxilares. El autor hace mención solo al del maxilar superior y recuerda que las medidas transversales de la arcada superior pueden aumentar solo 2 mm de cada lado después de la dentición primaria, mientras que el crecimiento significativo lo realiza en el sentido sagital, hasta la edad aproximada de 12 años.

Se hacen observaciones en las distintas zonas de la boca. **Zona incisiva:** alineamiento normal, apiñamiento o diastemas; implantación normal de 1, vestibulo o linguoversión. Zona

**canino-premolares:** mediciones de cde y 345 y tomar nota si el 6 se ha mesializado dentro de esta zona. **Zona retromolar:** medida y ubicación de los gérmenes de 78. Controlar con radiografías carpales la edad ósea del paciente y el crecimiento que todavía puede esperarse.

La elección de los dientes a extraer dependerá:

a) del lugar donde exista la falta de espacio; b) de la importancia de este espacio para la alineación de los dientes; 3) de la posición de los ápices dentarios; 4) de la posibilidad de alineación de los dientes una vez realizada las extracciones; 5) del estado de integridad de las estructuras dentarias.

Luego se hace una mención detallada de las extracciones que corresponden en las diferentes edades de los pacientes, pero recordando nuevamente que no se pueden dar reglas generales para la extracción de determinadas piezas, ya que éste debe estar condicionado a la individualidad del caso.

R.R.K.

# Actualización Bibliográfica

## AMERICAN JOURNAL OF ORTHODONTICS

Abril 1968. Volumen 54. Nº 4.

Crecimiento y remodelación de la mandíbula en la mona mulata Macaca. D. L. Turpin, pág. 251-271.

Estética, medio ambiente y la ley de la relación labial. Robert M. Ricketts, pág. 272-289.

Succión del pulgar. C. T. Peterson, pág. 290.

## AMERICAN JOURNAL OF ORTHODONTICS

Mayo 1968. Volumen 54. Nº 5

La dimensión psicológica en el diagnóstico y tratamiento ortodóncico. M. M. Gershater, pág. 327-338.

Estudio cefalométrico de la posición de la lengua. John H. Peat, pág. 339-351.

Maloclusión en niños dinamarqueses con dentición adolescente: Un estudio epidemiológico. Sven Helm, pág. 352-366.

Resistencia nasa, clasificación esquelética y respiración bucal en pacientes ortodóncicos. Robert Malcolm Watson Jr., Donald W. Warren., Newton D. Fischer, pág. 367-379.

## AMERICAN JOURNAL OF ORTHODONTICS

Junio 1968. Volumen 54. Nº 6.

Crítica de la técnica de Begg desde el punto de vista de la biomecánica. Jack Perlow, pág. 407-432.

El uso de mediciones individuales como determinantes de la cooperación del paciente en la práctica ortodóncica. Thomas Kenneth Allan, Edward W. Hodgson, pág. 433-440.

Un estudio del periodoncio durante la rotación ortodóncica del diente. John G. Edwards, pág. 441-461.

La incidencia de los espacios primates en 50 niños de 3 años del estudio Burlington. D. J. Royko, pág. 462-465.

Tiempo para pensar. Thurman L. Hice, pág. 466-469.

## THE ANGLE ORTHODONTICS

Abril 1968. Volumen 38, Nº 2.

El rol de la matriz funcional en el crecimiento mandibular. Melvin L. Moss, Robin M. Ranbow, pág. 95-103.

Tamaños normales e incrementos anuales de siete medidas anatómicas del maxilar en niños de 3 a 17 años. B. S. Savara, I. J. Singh, Pág. 104-120.

El monobloc. A. L. Posen, pág. 121-128.

Motivación del paciente con casquete. Herbert F. Gabrid, Pág. 129-135.

Estereofotogrametría de placas seriadas de paladares fisurados. Samuel Berkowitz, Samuel Pruzansky, pág. 136-149.

Diosostosis cleidoocranal: información de un caso. A. H. Lubowitz, pág. 150-154.

El efecto de la fuerza sobre hueso y esqueleto. G. J. Hinrichsen, E. Stony, pág. 155-165.

Un método de comprobación de la precisión de la cefalometría y variables morfológicas dentales. Jan W. Kuzma, Tom J. Zwemer, pág. 166-169.

Consideraciones relacionadas con la duración del tratamiento ortodóncico. Kenneth M. Platzer, pág. 170-173.

## THE DENTAL PRACTITIONER

Enero 1968. Volumen 18, Nº 5.

Modificaciones de patrones con aparatologías. H. J. Q. E. Mills, pág. 185-189.

La medición de fuerzas ejercidas por resortes ortodóncicos. H. Lester, pág. 190-191.

Desarmonía oclusal en pacientes tratados o no, con relación incisal de clase II, división 1ª. R. H. Birch, D. G. Huggins, pág. 192-198.

THE DENTAL PRACTITIONER

Febrero 1968. Volumen 18, Nº 6.

Apiñamiento de los incisivos inferiores en las oclusiones tratadas de clase II de Angle. División 1ª. B. H. Muller, pág. 223-229.

THE DENTAL PRACTITIONER

Marzo 1968. Volumen 18, Nº 7.

El uso de obturadores en el tratamiento precoz de un caso de síndrome de Pierre Robin (Método de Pielou). A. Cookson, B. D. Hall, pág. 264-266.

THE DENTAL PRACTITIONER

Abril 1968. Volumen 18, Nº 8.

La estabilidad del segmento labial inferior. Un estudio cefalométrico. J. R. E. Mills, pág. 293-306.

THE DENTAL PRACTITIONER

Mayo 1968. Volumen 18, Nº 9.

Comparación de la oclusión en un par de gemelos. W. Frankland, pág. 327-328.

Reposición quirúrgica de los segmentos labiales en el tratamiento de la mala oclusión. T. Craddock Henry. Glyn Wreakes, pág. 329-341.

THE DENTAL PRACTITIONER

Junio 1968. Volumen 18, Nº 10.

Fuerzas de fricción en las aparatologías ortodóncicas fijas. J. Nicolls, pág. 362-366.

Estudio de un par de gemelos tratados con tracción intermaxilar. A. B. Hewitt, pág. 367-371.

Investigación de los cambios en arcos mandibulares en la dentición postdecidual. M. L. Brenchley, D. G. F. Ardovin, pág. 372-380.

THE DENTAL PRACTITIONER

Julio 1968. Volumen 18, Nº 11.

Tracción occipito-mentoniana reforzada y su efecto sobre los dientes incisivos en las maloclusiones de clase III. Donald T. Bennet, pág. 405-413.

Las potencialidades del "Bracket" universal. D. A. Dixon, pág. 414-418.

THE JOURNAL OF PRACTICAL ORTHODONTICS

Marzo 1968. Volumen II, Nº 3.

Técnica para el tratamiento precoz de la clase II, 2ª parte:

1ª Parte: Técnica con la aparatología Edgewise modificada.

2ª Parte: Puntos elegidos y peligros en el uso de la técnica Edgewise modificada.

3ª Parte: Aparatología Cosla.

4ª Parte: Retención.

5ª Parte: Técnica Edgewise modificada en casos con extracciones. Walter G. Spengeman, pág. 124-131.

Resortes en espiral. Albert Signorella, pág. 132-135.

Señales de peligro. Pág. 136-137.

Acceso práctico para el problema del empuje lingual. Jack G. Littman, pág. 138.

THE JOURNAL OF PRACTICAL ORTHODONTICS

Abril 1968. Volumen II, Nº 4.

Expansión rápida del arco maxilar. I Parte. James P. Moss, pág. 165-171.

El uso del casquete y mentonera en la terapia de la clase III. Murray Bernstein, pág. 172-173.

Un arco preformado para fuerzas ligeras auxiliar del movimiento de torsión. William F. Ford, pág. 178-180.

Técnica para el tratamiento precoz de la clase II - Parte. III. Walter G. Spengeman, pág. 182-188.

Control de experiencia. Howard D. Dimond, pág. 189-191.

THE JOURNAL OF PRACTICAL ORTHODONTICS

Mayo 1968. Volumen II, Nº 5.

Expansión rápida del arco maxilar II parte (Continuación). James P. Moss, pág. 215-223.

Vaciado al vacío del protector vestibular. H. Curtis Hester, pág. 224-226.

Técnica para el tratamiento precoz de la clase II - Parte IV. Walter G. Spengeman, pág. 235-238.

Control de experiencia. Howard D. Dumond, pág. 235-238.

Guía de deslizamiento. Alfred Rechter, pág. 239.

Marcador de perfil. Ralph W. Galen, pág. 239.

THE JOURNAL OF PRACTICAL ORTHODONTICS

Junio 1968. Volumen II, Nº 6.

Conducta para la terminación de un caso empleando en forma coordinada arcos para fuerzas ligeras Edgewise con múltiples loops para verticales y gomas direccionales. Henry Kaplan, pág. 281-290.

Técnica para el tratamiento precoz de la Clase II - Parte V Walter Spengeman, pág. 294-301.

Arco auxiliar anterior de torsión para la técnica Begg. F. G. García, pág. 302-305.

Técnica clínica. Pág. 306-317.

Señales de peligro. Pág. 308-309.

Hacer frente a una recesión gingival. Corrección periodontal. Leonard M. Nevins, pág. 310.

Bolsa mezcladora. Un nuevo método para mezclar alginato. Howard D. Dimond, pág. 311.

NUEVA PATOLOGIA EN CIRUGIA DENTAL

Alvin F. Gardner. Del Departamento de Salud, Educación y Bienestar, Washington, D.C.

Para el estudiante de odontología y el practicante de odontología... Correlaciona patología con la cirugía dental porque las lesiones orales pueden representar importantes manifestaciones de enfermedad sistémica.

El tratamiento procede, lógicamente de los principios básicos de la patología a las manifestaciones orales de enfermedades sistémicas. Provee un completo y conciso informe de los más importantes hechos patológicos y vincula, donde es posible las manifestaciones orales con los sistemáticos cambios patológicos.

Así al estudiante de odontología y al practicante se les ofrece lo esencial de la patología general con un máximo de claridad y correlación con la odontología. Año 1968. Aproximadamente 368 páginas (7x10), 272 ilustraciones. Charles C. Thomas 301-327 East Lawrence Avenue Springfield - Illinois.

Entre las actividades normales que desarrolla el Ateneo contamos con variados cursos de perfeccionamiento, que este año como en los anteriores despertaron enorme interés en-



Maxilar para los colegas que se inician en la especialidad, y los Cursos de Diagnóstico y Tratamiento, Aparatología Removible, Ortodoncia (Técnica de Fuerzas Ligeras), Cefalo-

Colegas que asistieron al Curso de Odontología Infantil (teórico con práctica del dictante sobre pacientes) a cargo del Dr. José Capiello.



Una vista del salón donde prestan su desinteresada colaboración alrededor de 150 colegas.

tre los numerosos colegas que asistieron a los mismos, como podemos apreciar en la fotografía (1).

Tuvo lugar el Curso Básico de Ortopedia

metría, Foniatría y muchos otros que no nombraremos aquí, pero que siempre tienen el eco deseado entre los odontólogos conscientes de su labor. Paralelamente funciona un servi-

cio de atención de Ortopedia y Ortodoncia por las mañanas, los días lunes, miércoles, viernes y sábado, al que prestan desinteresada colaboración aproximadamente 150 colegas, a los que por este intermedio agradecemos mucho su labor en bien de la sociedad y del Ateneo. A su vez ellos se capacitan para el mejor desempeño de su profesión y traen a consulta sus casos en atención, los cuales se estudian en conjunto realizando una verdadera tarea de Ateneo.

Una imagen del salón donde prestan sus servicios (fig. 2).



El mecánico del Ateneo, señor Langone en el laboratorio, confeccionando la aparatología ordenada para un paciente.

También contamos con un laboratorio-taller, a cargo del señor Pedro Langone, que colabora eficazmente con los profesionales del Ateneo, realizando la aparatología removible pertinente (fig. 3).

Las foniatras, doctoras Ana B. de Zielinsky y licenciada Dora V. Cabelli, realizan la rehabilitación funcional en los casos que la requieren. En la fotografía se puede apreciar este trabajo (fig. 4). Se enseña a los pequeños pacientes a hacer ejercicios delante de un espejo para fortalecer los distintos músculos orales, a corregir los malos hábitos de fonación, deglución y respiración.

Invitamos cordialmente a los colegas que tengan inquietudes, y que aún no lo han hecho, a acercarse al Ateneo Argentino de Ortopedia Maxilar.



La señorita Dora Cabelli, Licenciada en Fonoaudiología, enseñando a una paciente los ejercicios adecuados para corregir un hábito.

### ACTIVIDADES DE LA SUBCOMISION SANTARIA

En los últimos tiempos, la medicina general comprendida la odontología, se está preocupando por vincular los problemas de su especialidad con el medio social en que actúan.

Ya no se trata de un dogma sino que diversas corrientes científicas confluyen en el encuadre de sus matices. El enfermo expresa un nivel sanitario general.

Levantar ese nivel es aumentar el standard de salud de sus integrantes.

Pero, el mejoramiento de la salud no sólo es secuencia de su prevención, profilaxis y curación, sino que se vinculan además, en forma directa, con las condiciones socio-económicas de la población.

Este criterio, hoy adoptado por organismos de jerarquía científica y técnica en el mundo, nos llevó a crear nuevas modalidades de trabajo en nuestra especialidad. El estudio del enfermo en amplitud y profundidad, la reper-

cusión de lo científico, de lo técnico y del medio ambiente.

Es así que se dan, a medida que se tocan los elementos de ponderación, los aspectos más apasionantes de la ciencia en los que el uni-

versitario se siente completado en su afán de conocimiento y progreso.

La mención de las actividades que desarrolla esta subcomisión, dan la pauta de este ángulo moderno de investigación y de concreción que acrece los estudios y enseñanzas profesionales de este Ateneo.

La subcomisión Sanitaria tiene en ejecución elaboración de fichas clínicas, dietéticas y so-



Público que asistió en el Ateneo a la proyección de la película educativa el día sábado 7 de setiembre.

bre problemas de sanidad en general y vinculados a nuestra profesión a cargo de destacados especialistas.

Estudios clínicos sanitarios en grupos de niños de 3 a 13 años con el objeto de elaborar estadísticas indispensables en nuestra especialidad.

Los estudios clínicos y estadísticos que la subcomisión realice serán publicados.

## NOTICIAS VARIAS

Curso de Edgewise y Cefalometría 1969

Instituto de Ortodoncia del Centro (Madrid)

XI Curso de Formación Posgraduada en Ortodoncia

Dictado por el Dr. A. Cervera

Consta de tres partes de una semana de duración:

I parte: del 13 al 18 de enero (en español)  
del 17 al 22 de marzo (en francés)

II parte: del 12 al 17 de mayo (en español)  
del 1 al 7 de junio (en francés)

III parte: del 1 al 6 de sepbre. (en español)  
del 15 al 20 de sepbre. (en francés)

Para más información, dirigirse a:

CURSO DE ORTODONCIA

Miguel Angel 1 duplicado

Teléf. 224 86 47

MADRID -10 España

## 5º ANIVERSARIO DE "PANORAMA ODONTOLÓGICO"

Entra en su 6º año de vida la conocida publicación mensual que dirige desde 1963 el Dr. Ernesto Levin. Jornadas, Congresos, Cursos Demostraciones, Conferencias, Actos Sociales, Actividades Gremiales: todo ha sido tratado en sus páginas, y toda la odontología se ha visto reflejada en sus aspectos más esenciales, en los Editoriales aparecidos.

Publicación de empresa independiente, teniendo como norma la imparcialidad, se dis-

tribuye sin cargo en las Repúblicas Argentina y del Uruguay. Mucho es lo que ha hecho para relacionar entre sí a los odontólogos.

En esta hora tan grata la Subcomisión de Revista a través de estas páginas, le hace llegar al Dr. Ernesto Levin y colaboradores, las más cálidas felicitaciones y el deseo de que el éxito acompañe siempre su trayectoria.

## REUNIONES CIENTIFICAS

Reunión	Lugar	Fecha	Dirigirse a:
<b>NACIONALES</b>			
Jornadas Argentinas de Salud Pública.	Tucumán	15-20 setiem. 1968	Asoc. Arg. de Salud Pública Secretaría Delegación Sanitaria Federal. Av. Mitre 956, Tucumán.
Jornadas del Interior de la A.O.A. juntamente con la Asociación Odontológica Salteña, y 2º Encuentro Boliviano Argentino de Odontología.	Salta	marzo 30 1º abril 1969	Asoc. Odont. Argent., Paraná 1022, Buenos Aires.
<b>EXTRANJEROS</b>			
109 Sesión Anual de Asociación Dental Americana.	Miami Beach, Florida, EE.UU.	23-31 octubre 1968	Dr. H. Hillenbrand, Secretario de la Dental American Association 211 East Chicago Avenue, Avenue, Illinois 60611, EE.UU.
Curso Internacional de Implantes.	París	17 al 21 noviembre 1968	Dr. R. Cherchéve, 5 Avenue de l'Opera, París.
4º Congreso Uruguayo-Argentino.	Montevideo	16-17 noviembre 1968	Paraná 1022, Buenos Aires.
The American Academy of Occlusodontia, 13th Annual Cuminating Meeting.	Essex Inn Chicago, Illinois EE. UU.	Feb. 1º 1969	Dr. Francis Higgins 101 N. Evergreen, Elmhurst, Illinois 60126.
International Congress of Cleft Palate.	Shanrock - Hilton Hotel Houston, Texas	Abril 14 a 17, 1969	B. J. Mc Williams, Ph. D. Cleft Palate Research Center, The University 320 Salk Hall, Pittsburgh, Pennsylvania 15213.

### REVISTA DEL ATENEO ARGENTINO DE ORTOPEDIA MAXILAR

Suscripción anual: Argentina: \$ 1.200

Exterior: 4 dólares

Número suelto: Argentina: \$ 400

Exterior: 1 dólar

Correspondencia: Anchorena 1176/78 - Buenos Aires

Registro Nacional de la Propiedad Intelectual (en trámite)

EST. GRAF. ESMERALDA S.A.I.C.  
Chile 2331/49 - Buenos Aires

# MINEAL

*a sus órdenes*

Indumentaria  
para el  
profesional y  
el estudiante



- GUARDAPOLVOS
- CHAQUETAS
- AMBOS

## MEDIDAS

CAMISOLINES  
DE CIRUGIA Y  
ACCESORIOS

GRAN VARIEDAD  
DE GUARDAPOLVOS  
Y CHAQUETAS  
CON CIERRES



CORDOBA 2021

TEL. 80 - 8807

