

ORTOPEDIA MAXILAR

BIBLIOTECA A. A.

HEMEROTECA

Nº UBICACION: 033

FECHA:

REVISTA DEL ATENEO ARGENTINO DE ORTOPEDIA MAXILAR

VOLUMEN VII — Nº 2-3

AÑO 1969

E3

111B

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

MARFEMICINA



antibioterapia
consagrada
con aporte
antiinflamatorio

Cada cápsula contiene:

Tetraciclina, equivalente a
Clorhidrato de Tetraciclina 167 mg
Triacetiloleandomicina, equivalente a
Oleandomicina 83 mg
Clorhidrato de Benzidamina 50 mg

Envases de 8 cápsulas.



EDITORIAL MUNDI S.A.I.C. y F.

PRESENTA NOVEDADES 1970

INTRODUCCION A LA ORTODONCIA

por ANDERS LUNDSTRÖM y otros
350 páginas - 246 figuras. — Precio \$ 55.—

DISEÑO Y CONSTRUCCION DE APARATOS ORTODONCICOS REMOVIBLES (3ª edición)

por C. PHILIP ADAMS
170 páginas - 231 grabados. — Precio \$ 55.—

ORTOPEDIA FUNCIONAL DE LOS MAXILARES

por HAUPL, GROSSMAN Y CLARKSON
450 páginas con numerosos grabados. — Precio \$ 65.—

METODO FUNCIONAL EN ORTOPEDIA DENTOMAXILAR

por FREUD BLAU
269 páginas - 557 grabados. — Precio \$ 45.—

FUERZA EXTRAORAL CON APARATOS FIJOS Y REMOVIBLES

por MARIO TENENBAUM
320 páginas con grabados. — Precio \$ 60.—

EL KINETOR EN ORTOPEDIA FUNCIONAL DE LOS MAXILARES

por HUGO STOCKFISCH
200 páginas - 484 grabados. — Precio \$ 45.—

GUIA DE LA TECNICA DEL BIONATOR

por W. BALTERS
70 páginas con 137 ilustraciones. — Precio \$ 20.—

V E N T A S A C R E D I T O

PARAGUAY 2100 — JUNIN 895 — Bs. As. • Tel. 83-9339/9663

LABORATORIO DE ORTOPEDIA MAXILAR

PEDRO LANGONE

BIMLER — STOCKFISCH — KINETOR — BENAS — PLACAS PLANAS
ACTIVADORES SCHWENKPLATTE

ANCHORENA 1178

Tel. 82 - 7349

Dr. SIMON J. BELIN

CONSULTAS ODONTOESTOMATOLOGICAS

Lunes - Miércoles - Viernes de 15 a 20 horas

ARENALES 2365 - 2º D

Tel. 85-4875

Ajuste los tornillos de sus pacientes



Con toda facilidad.
Gracias a DENTU-CREME,
la única crema dental especial
para higienizar aparatos de
ortopedia maxilar y prótesis.

Con DENTU-CREME ya no hay
más tornillos que se traben por
acumulación de sarro. Su doble
acción limpiadora: química por
sus componentes y mecánica
por efecto del cepillado, termina
en el acto con el sarro depositado
alrededor de los tornillos de
los aparatos ortopédicos.

Un solo centímetro de
DENTU-CREME en el cepillo,
y el aparato de ortopedia maxilar
quedará limpio... hasta el
último tornillo, pudiendo ser
ajustado sin dificultad.
DENTU-CREME no contiene
abrasivos perjudiciales ni otras
substancias que ataquen los
materiales. Debe usarse
siempre fuera de la boca.

Stafford-Miller (Argentina) S.A.C.I.
Productos odontológicos de alta calidad
Dorrego 331 - Capital Federal

GUIA DE PROFESIONALES

ADHESION Dr. DAVID AJLER	Dr. ENRIQUE OCTAVIO CISNEROS FARADAY 1469 JUNIN 1542 - 7º P. 30 CAPITAL
Dr. OSVALDO DE ANNA RODRIGUEZ PEÑA 217 Tel. 35-1412 CAPITAL	Dra. CATALINA DVORKIN ODONTOLOGA Nazca 463 1º P Tel. 61-9774
Dr. LUIS ARENA BUENOS AIRES 554 Tel. 629-4924 CASTELAR	Dra. CELIA A. DE FINOLI HUMAHUACA 3950 T.E.: 86-2478 CAPITAL
Dra. LIA N. BARANCHUK TRIUNVIRATO 4135 - 6º P. T.E. 76-1803	Dr. MOISES GERSZENSZTEIG ORTODONCIA — ORTOPEDIA CARLOS TEJEDOR 2976 Tel. 740.3108 MUNRO
Dra. RUTH ZERNIK de BELIN ENDODONCIA AZCUENAGA 227 - 3º E Tel. 48-3661	Dra. ELSA GERZOVICH AV. SAN MARTIN 861 Tel. 658-3474 RAMOS MEJIA
Dra. ELIZABETH BIANCHI GUALEGUAY 549 - PALOMAR - TE. 750-6538	Dr. JULIO GOTTLIEB ENDODONCIA JUAN B. ALBERDI 757 Tel. 99-1932
Dra. ANA MARIA BOSISIO JOSE BONIFACIO 2323 Tel. 63-4660	Dr. LEON GINI BME, MITRE 1985 Tel. 49-6766
Dr. LEOPOLDO BREITBART Odontopediatria MARIO BRAVO 390 T.E.: 87-0452 CAPITAL	Dra. HOFFMAN BERUTTI 355 VILLA BALLESTER
ADHESION Dra. SUSANA CAREGGIO	Dr. LUIS JUAN KLUN NAVARRO 1212 Tel /49-0762 TIGRE
Lic. DORA V. CABELLI FONOAUDIOLOGA	Dr. BERNARDO LETZEN ARAOZ 561 Tel. 54-4416
Dr. ALBERTO CORTEZ GONZALEZ CIUDAD DE LA PAZ 2777 Tel. 701-1013	Dra. BEATRIZ LEWKOWICZ ODONTOPEDIATRIA AV. SAN MARTIN 1575 Tel. 59-6425
Dra. LIDIA CORTESE PICHINCHA 1754 Tel. 241-1467 LANUS ESTE	
Dr. EDUARDO M. CASALLA LEZICA 4334 - 1º D Tel. 88-1958	
DISPONIBLE	

febrimicina

La
tetraciclina
anti-reactiva

Comprimidos
Suspensión

 LAZAR-UCB

REVISTA ORTOPEDIA MAXILAR

DIRECTOR

Dr. LUIS ZIELINSKY

Secretarios

Dra. LIA NORMA BARANCHUK

Dra. RUTH ZERNIK

Dra. NOEMI B. LISMAN

Dra. ELSA GERZOVICH

Dra. MARTA V. DE GOLDENEERG

Dr. MIGUEL STRATAS

Dra. GRACIELA ENCINA

Miembros Correspondientes en Otros Países

CANADA

Dr. DONALD WOODSIDE

COLOMBIA

Dr. BENJAMIN GOMEZ HERRERA

URUGUAY

Prof. Dr. INDALECIO BUÑO
LOUREIRO

VENEZUELA

Dr. JORGE VILORIA OTALORRA

Secretaria Técnica Administrativa

MARIA CRISTINA VUDURIS

Correspondencia:

ANCHORENA 1176/78
Buenos Aires, Rep. Argentina

PUBLICACION
TRIMESTRAL

Volumen VII Nº 2 - 3

Año 1969

INDICE

EDITORIAL

Ciencia y Sanidad 39

TRABAJOS ORIGINALES

Beatriz Lewkowicz, Norma L. Baranchuk, Catalina
Dvorkin y Estela Wolowski

Extracciones y birretrusión 41

Toribio Schvartz, Hugo Capuselli y Francisco De
Pera

Aplicación de los conceptos gnatostáticos 52

PAGINA CLINICA

Jaime J. Fiszman, Eduardo M. Casalla, Saúl L. Lei-
bobich, Amelia Montes de Ozores, María T. Pei-
retti y Silvia Rudoy

La recidiva en la disyunción 58

PAGINA PRACTICA

Elías Samoilovich

Cierre de diastemas 59

I CONGRESO AMERICANO DE LAS DISGNACIAS
(Punta del Este, R. O. U., diciembre de 1969)

Bernardo Chait, Paulina Flax y Sadi Gell

Alcance social en el tratamiento de las disgnacias 61

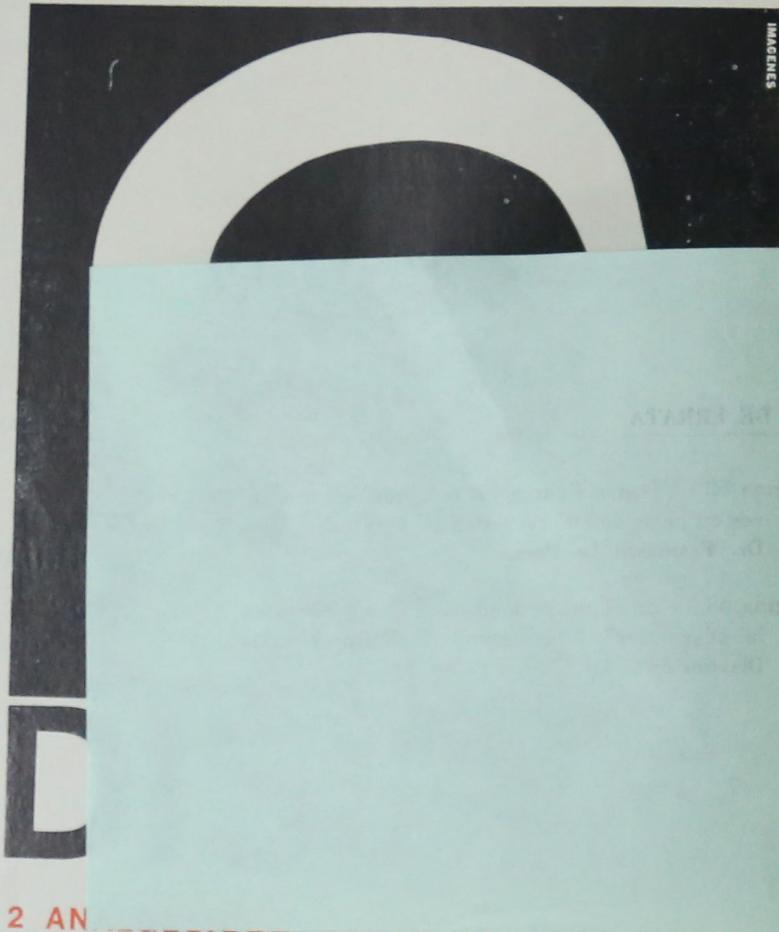
David Ordóñez Rueda (Colombia)

Alcance social en el tratamiento de las disgnacias.
Mesa Redonda 66

REVISTA DE REVISTAS 69

ACTUALIZACION BIBLIOGRAFICA 72

NOTICIERO 76



"SOLUCIONA LAS
MAS DISPARES
ODONTALGIAS"

GLAFENINA 200 mg.
BENZIDAMINA Hcl 25 mg.
PAPAINA (Prolase 300) 10 mg.

DEPARTAMENTO ODONTOLOGICO

LABORATORIOS BERNABO & CIA. S.A.

Terrada 2346/48 - T. E.: 50-3278/79 - Buenos Aires

"EN PERMANENTE COLABORACION CON EL PROFESIONAL"

ATENEO ARGENTINO DE ORTOPEDIA MAXILAR

COMISION DIRECTIVA:

Pres.: Dr. Luis Zielinsky; Vice: Dr. Luis A. Arena; Secr.: Dr. Jaime J. Fiszman; Proseccr.: Dra. Catalina Dvorkin; Tes.: Dr. Miguel Stratas; Protes.: Dra. Sara F. de Sneibrun; Voc.: Dr. Bernardo Letzen, Dra. Paulina Flax, Dra. Beatriz Lewkowicz, Dra. Noemí B. Lisman, Dra. Henja F. de Rapaport, Dr. Daniel Minteguiaga, Dra. Susana R. de Varan; Secretaria de Actas: Dra. María Peiretti; Proseccr. de Actas: Dra. Lia N. Baranchuk; Revisores de Cuantas: Dr. Elías Beszkin, Dr. Miguel E. Casalla.

COMISION DE ETICA:

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

SUB - COMISIONES

ASISTENCIA DENTAL: Dirección: Dr. Elías Beszkin, Colab.: Dra. Teresa K. de Israelson, Dr. Oscar Litwin, Dra. Henja F. de Rapaport, Dr. Juan Resnitzky, Dr. Elías Samollovich.

BIBLIOTECA: Dirección: Dra. Paulina Flax y Dra. Elsa Gerzovich. Colaboradores: Dr. Luis A. Arena, Dra. Nora Kotler, Dra. Susana Tabakman.

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

FINANZAS: Dirección: Dr. Miguel Stratas, Colab.: Dra. Nora Kotler, Dra. Sara F. de Sneibrun, Dr. Carlos Schatzmann.

FOTOGRAFIA: Dr. Marcos Lipszyc, Dr. Elías Beszkin, Dr. Oscar Litwin, Dr. Julio Gottlieb.

SANITARIA: Dirección: Dra. Paulina Flax; Colab.: Dr. Horacio Abascal, Dra. Dora Apter, Dra. Ruth Z. de Belin, Dra. Luisa F. Bilenca, Dra. Cristina Calmon, Dr. Bernardo Chait, Dra. Catalina Dvorkin, Dr. Sadi Gell, Dra. Elsa Gerzovich, Dra. Marta Nuti, Dra. Juana Malik, Dra. Juana Vilderman, Dra. Silvia Yarad.

CULTURA: Dirección: Dr. Jaime Fiszman. Colab.: Dr. Eduardo M. Casalla, Dr. Carlos A. Esquivel, Dra. Amelia Montes de Ozores, Dra. María T. Peiretti, Dra. Silvia Rudyoy.

REVISTA: El cuerpo de redacción de la misma.

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

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

Estarán escritos a máquina de un 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.

Editorial

Ciencia y Sanidad

Establecemos con este título algunos de los elementos que condicionan el correcto ejercicio de nuestra profesión, pues cualquier especialidad de ella participa de su problemática general, debe contemplar el ámbito en que se desenvuelve, o debiera desenvolverse nuestras actividades profesionales, científicas y humanas.

El desarrollo alcanzado por el hombre a través de la historia, su cultura, su civilización, se caracteriza por luchas que en definitiva expresan su máxima aspiración. Conseguir el bienestar mediante un esfuerzo permanente, muy difícil y muy costoso...

Si bien es cierto que este objetivo milenario no ha sido íntegramente logrado, es el resultado de una enorme y compleja suma de factores, en cuyo centro está la ciencia y la técnica, pero con un motor que posibilita que esta ciencia y técnica sirvan al hombre.

Ese motor que impulsa o que frena esa fuerza que condiciona las aspiraciones humanas, son las bases sociales, económicas y estructurales de cada país en determinado momento. La salud de un individuo depende en gran parte de sus condiciones de vida y de trabajo.

Ellas lo pueden enfermar y lo pueden ayudar a curar. Es la patología oral y general vinculada, unívocamente por el principio de causalidad, con el medio en que actúa.

Frente a esta realidad incontrovertible

¿cómo actúan nuestra profesión y nuestros profesionales?

¿Cuáles son nuestros métodos y nuestra orientación?

¿Qué es el enfermo para nosotros?

Como punto de partida señalaremos un hecho aceptado, por lo menos en teoría, en todo el mundo: La situación actual de la Odontología exige cambios decisivos con urgencia.

Estos cambios nos permitirán ubicarla en el lugar que le corresponde, adjudicándole la jerarquía que merece como rama de la medicina, vinculada, por unidad biológica, con el resto del organismo, en la salud y en la enfermedad, en la prevención y en el tratamiento de las afecciones, tanto orales como generales.

Existe en el consenso de la profesión, la necesidad de ubicarla en el ámbito de las disciplinas científicas, arrancándola de su tradicional actividad artesanal exclusiva y poniéndola en contacto con la problemática que le plantea el medio social.

Aunque parezca una insensatez o una exageración, mantiene en la práctica parecida orientación y parecidos métodos a los de 1840, cuando ingresó como disciplina universitaria en Baltimore. No hubo una adaptación real a los cambios científicos, técnicos y sociales que caracterizan a la revolución científico técnica del siglo XX.

Es indudable que tenemos mayores conocimientos y que utilizamos mejores elementos para el diagnóstico y tratamiento.

pero es también indudable que nuestros odontólogos generales y muchos de nuestros especialistas siguen actuando en forma deficiente con criterio exclusiva o fundamentalmente técnico y/o empírico, ignorando la base médica y social de nuestra medicina oral.

Pesa sobre nuestras facultades y muchas de nuestras instituciones de graduados y por natural consecuencia sobre muchos profesionales, el criterio del Dr. E. Angle, que concibió su especialidad como "cosa" aparte, "quien quisiera hacer la especialidad, debería ocuparse de los problemas del aparato masticatorio y alejarse del resto de la patología oral y por supuesto de la patología general".

Este criterio que hasta cierto punto podría justificarse en función de época, hacerlo regir en la actualidad, significa una experiencia de la anticiedad.

Creemos que ha llegado el momento de trabajar todos juntos para crear una odontología científica, racional, con profundo contenido social, que le permita al hombre, acceder a las maravillosas conquistas de la ciencia y de la técnica, si no lo conseguimos, nuestras técnicas y nuestra ciencia servirán de muy poco.

Filosóficamente no habremos contribuido a la eterna lucha del hombre por poner a su servicio a la naturaleza. Profesionalmente, seguiremos empleados al servicio de pequeños sectores minoritarios, olvidando más que a cuantos aplicamos nuestros conocimientos, debemos pensar con angustia, a cuantos otros no se les puede aplicar por falta de recursos económicos, y otras causas que sería larga enumerar, y a quienes por lógica consecuencia, sobran necesidades.

Es por ello, que el criterio que debe

guiarnos como norma para el ejercicio integral de nuestra profesión, es científico y es social. Debemos proyectarnos más allá de nuestros esquemas técnicos - artesanales, útiles y necesarios, pero ya hoy insuficientes para cumplir con eficacia, con nuestra condición de profesionales del arte de prevenir y curar enfermedades orales, muchas veces relacionadas con enfermedades generales.

Es necesario incorporar a nuestra profesión, mejores elementos y condiciones de trabajo, mejores técnicas de correcciones pero supeditadas a bases científicas por mecanismos etio - patogénicos probados, pero también es necesario mejorar nuestro conocimiento médico y humano, sobre el paciente, a quien aplicamos estas técnicas.

Esto en todos los casos, pero particularmente en nuestra especialidad, dedicada casi exclusivamente a niños, que en ciertos casos presentan trastornos trofobiológicos, resultados de condiciones de vida lamentablemente muy frecuentes en nuestro país, como lo demuestran las estadísticas. Niños a quienes intentamos resolver las anomalías de la esfera de nuestra especialidad, pero que nos obliga al conocimiento integral de las causas y efectos que la condicionan, a fin de lograr también solución particular e integral de los mismos, o de evitar fracasos por desconocimiento biológico-social.

Consideramos necesario que el profesional, apto técnica y científicamente, conozca la realidad socio-económica del medio en que actúa, y que consciente de ella, luche por revertirla, acortando la distancia a veces enorme, entre sus conocimientos y la posibilidad de aplicarlos a todos aquellos que la necesitan.

Trabajos Originales

Extracciones y Birretrusión

BEATRIZ LEWKOWICZ
NORMA L. BARANCHUK
CATALINA DVORKIN
ESTELA WOLOWSKI

INTRODUCCION

Este trabajo ha sido motivado por la necesidad de hallar la correcta solución para los pacientes portadores de birretrusión.

Esta disnacia se caracteriza por una posición distal de ambos maxilares que se manifiesta fundamentalmente condicionando el aspecto estético del perfil. Fig. 1.



Fig. 1

Esa posición distal puede abarcar la totalidad de los maxilares, es decir hueso basal y alveolar; o puede ser exclusivamente retru-

sión alveolar con un buen desarrollo de cara media y mentón, agravando aún más el perfil. Fig. 1.

DEFINICION

Para poder evaluar la presencia de una birretrusión hemos elegido dentro del cefalograma de Steiner los ángulos SNA y SNB) que nos permite ubicar en sentido anteroposterior al maxilar superior y al maxilar inferior con respecto a la base craneal. Teniendo en cuenta que los puntos A y B representan el extremo más anterior de las bases apicales

ROSTRO RECTO

Ang. SNA 82°
Ang. SNB 80°

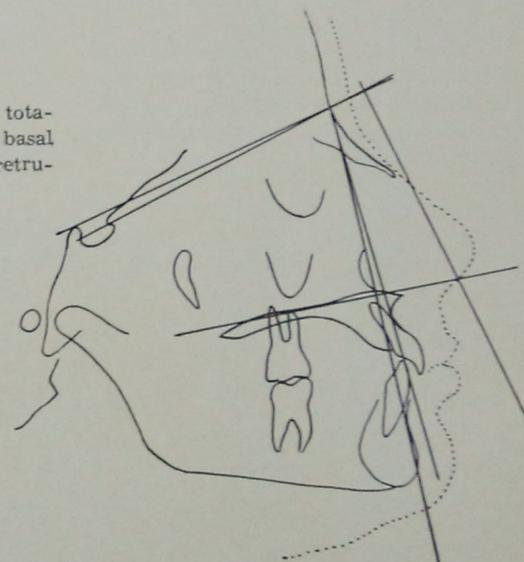


Figura 2

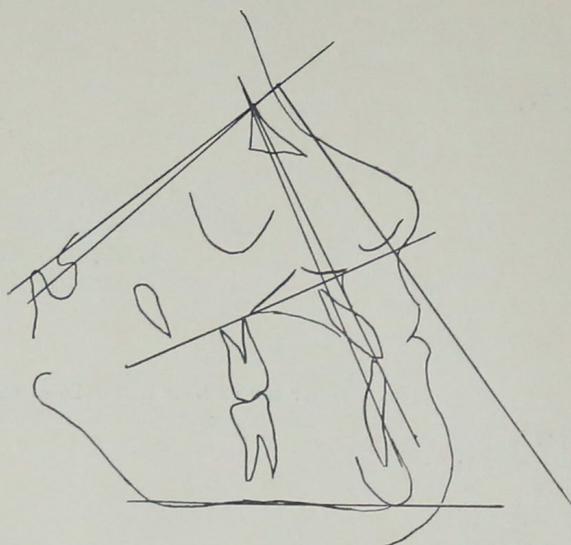


Figura 3

BIRRETRUSION POR TAMAÑO

Paciente: J.E. Q.
Edad: 9 años.

	Normal	Paciente
Ang. SNA	82°	78°
Ang. SNB	80°	72°
Ang. J	85°	86°
Ang. Gn Ga Sa	32°	41°
Tam. Max. Inf.	Debe ser 70 mm. Es 59 mm.	
Tam. Max. Sup.	Debe ser 47 mm. Es 40 mm.	

de ambos maxilares y SN el plano de la base craneal anterior que es el plano de referencia.

Si bien Steiner considera como normales un ángulo de 82° para SNA y unos de 80° para SNB fig. 2 estos son los valores medios o promedios hallados por el grupo de investigadores de la Universidad de Western, trabajo en el que se basó Steiner para hallar los valores normales que considera en su cefalograma. Este grupo halló para

SNA un valor promedio de 82° con una desviación standard de 3,89 y para SNB un valor de 80° con una desviación tsandard de 3,60. Por lo tanto nosotros hemos considerado maxilares birretruidos aquellos en

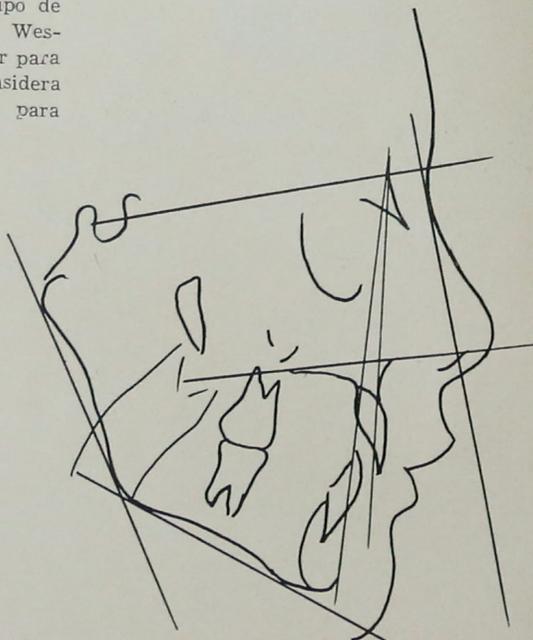


Figura 4

BIRRETRUSION POR POSICION

Paciente: H. Sch.
Edad: 9 años.

	Normal	Paciente
Ang. SNA	82°	78°
Ang. SNB	80°	75°
Ang. J	85°	76°
Ang. Go Gn Sn	32°	44°
Tam. Max. Inf. Gras	Debe ser: 44 Es: 44	
Tam. Max. Inf.	Debe ser: 66 mm. Es: 6600	

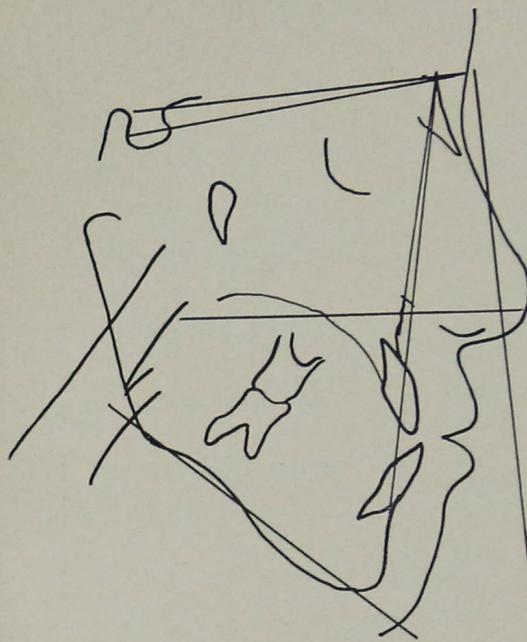


Figura 5

BIRRETRUSION POR TAMAÑO Y POSICION

Paciente: D. Z.
Edad: 10 años.

	Normal	Paciente
Ang. SNA	82°	72°
Ang. SNB	80°	74°
Ang. J	85°	75°
Ang. Go Gn Sn	32°	42°
Tam. Max. Sup.	Debe ser: 44 Es: 38	
Tam. Max. Inf.	Debe ser: 68 mm. Es: 62 mm.	

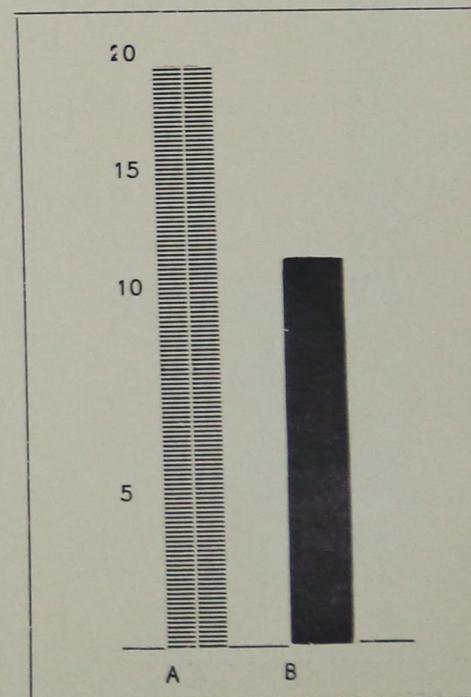
los que el ángulo SNA es inferior a 78,12 y el SNB inferior a 76,37.

Esta posición distal puede deberse a dos situaciones, disminución de tamaño de los maxilares superior e inferior en sentido anteroposterior o maxilares girados hacia abajo y atrás; es decir reconocen una etiopatogenia distinta, en el primer caso es un problema de tamaño, y en el segundo un problema de posición, también puede deberse a la combinación de ambas situaciones.

Si bien los ángulos SNA y SNB nos permiten ubicar los maxilares en sentido anteroposterior no aclaran si la birretrusión es la resultante de un problema de tamaño o de posición.

Para saber si estamos frente a un problema de falta de tamaño nosotros usamos la evaluación preconizada por Schwartz quien relaciona las medidas anteroposteriores de las basales superior e inferior con la base craneal anterior. Fig. 3.

Para analizar si la birretrusión es de posición, utilizamos para el maxilar superior el ángulo J de Schwartz y para la mandíbula el ángulo Go Gn de Steiner que nos ubica sobre la dirección que guardan las basales. Fig. 4.



A: 20 Casos Falta de espacios
B: 10 Casos Sin falta de espacios

Fig. 6

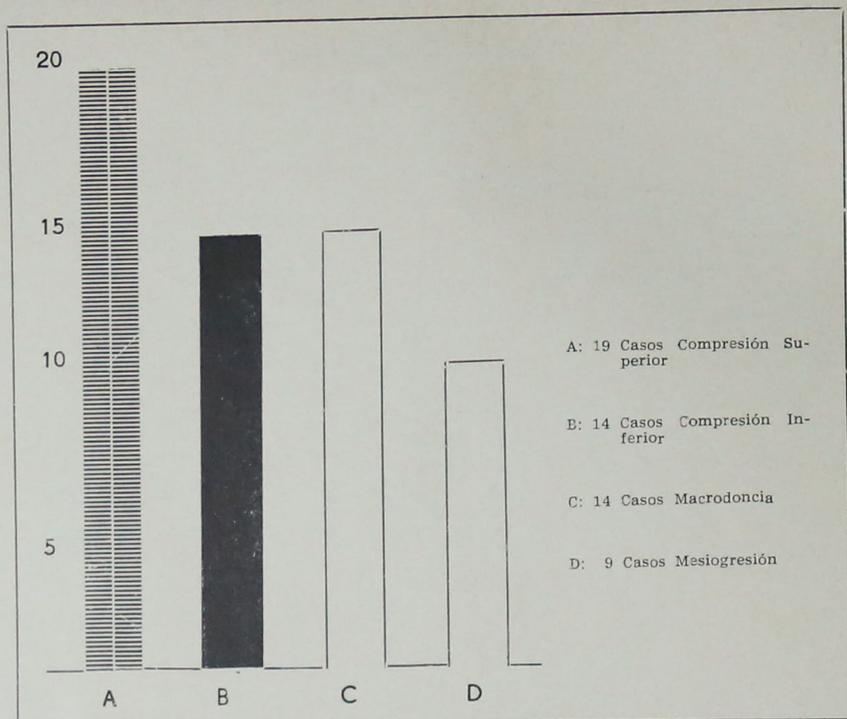
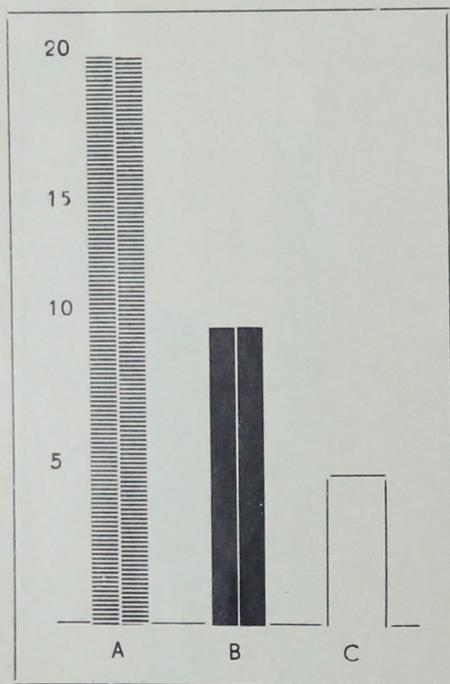


Fig. 7



A: 17 Casos tratados sin extracciones
 B: 11 Casos tratados con extracciones Superior e Inferior
 C: 2 Casos tratados con extracciones Inferiores
 Fig. 8

DISCUSION

Con frecuencia hemos hallado clínicamente asociado a la birretrusión el problema de la falta de espacio.

Esto puede deberse al déficit de tamaño de los maxilares en algunos casos agravado por macrodoncia, mesioresión o compresión que nos planteaba la disyuntiva de solucionar la falta de espacio por medio de una terepétuca que incluyese las extracciones, solución que si bien nos permitía conseguir una correcta ocusión, pensamos afectaría la estética del perfil, al influir las extracciones negativamente en el crecimiento anteroposterior de los maxilares.

Para poder comprobar la incidencia del factor extracciones en el agravamiento o no de la birretrusión hicimos una relación estadística; para ello realizamos un muestreo donde tomamos dos lotes de niños portadores de birretrusión, unos tratados sin extracciones y otros con extracciones.

Nº ficha	Paciente	Sexo	Edad	DIAGNOSTICO										DIENTE RESPECTO A					
				SNA	SNB	SpPAPog SpFAB	SND	Macro-doncia	Mesio-gresión	COMP. Sup.	COMP. Inf.	Mord. Prof.	Anom. Asocia.	1/1	1 SpP	1 Go Gn	Go Gn S N	Ang	J
1323	L.H.	M.	12	78°	71°	3°	67°	SI	SI	SI	SI	SI	D.O.	119°	77°	99°	46°	88°	
			15	77°	73°	3°	70°								123°	73°	90°	44°	85°
802	Z.M.	F.	8	78°	74°	3°	73°	SI	SI	SI	SI	SI	D.O.	142°	73°	92°	40°	84°	
			13	78°	77°	2°	75°								144°	75°	82°	36°	82°
1069	V.L.	M.	7	76°	74°	2°	70°	SI	NO	SI	SI	NO	N.O.	131°	72°	87°	39°	90°	
			10	78°	76°	2°	74°								128°	70°	85°	40°	90°
505	F.D.	F.	8	78°	74°	2°	72°	SI	NO	NO	NO	SI	D.O.	124°	66°	93°	32°	85°	
			13	78°	76°	2°	74°								134°	70°	90°	32°	85°
599	O.J.	F.	5	78°	73°	5°	70°	NO	SI	SI	—	SI	M.A.	144°	92°	93°	42°	86°	
			9	78°	72°	6°	72°								137°	82°	91°	41°	86°
695	R.F.	M.	13	78°	76°	5,6°	76°	SI	NO	SI	SI	SI	Displas.	128°	64°	91°	40°	83°	
			19	78°	78°	3°	72°			NO	NO		Vertical	138°	70°	83°	35°	86°	
1231	M.S.	M.	8	76°	67°	0°	65°	SI	NO	SI	SI	SI	D.O.	130°	79°	93°	44°		
			11	76°	70°	2°	68°								125°	82°	80°	42°	78°
1201	R.J.C.	M.	11	78°	75°	2°	73°	SI	SI	SI	SI	NO	M.O.	144°	84°	81°	45°	86°	
			14	78°	76°	1°	74°						M.A.	148°	85°	80°	41°	90°	
1393	Z.I.	F.	16	78°	75°	-3°	73°	SI	NO	SI	SI	SI	Apiña-	110°	60°	100°	41°	83°	
			17	77°	75°	+1°							miento	115°	64°	118°	36°	77°	
1220	S.E.	M.	13	77°	74°	7°	72°	NO	NO	NO	NO	SI	D.O.	132°	72°	98°	34°	81°	
			17	78°	76°	5°	75°						Ret. Alv. Infer.	135°	94°	93°	31°	82°	
623	L.M.E.	F.	10	76°	73°	1°	74°	NO	NO	NO	NO	NO	M.A.	138°	69°	72°	52°	80°	
			14	82°	80°	2°	77°						Ligera M.O.	132°	50°	71°	44°	84°	
	M.S.	F.	11	77°	74°	1°	70°	SI	SI	NO	NO	SI	Apiña-	105°	54°	109°	20°	80°	
			13	78°	74°	+3°							miento	130°	75°	105°	20°	82°	
	Z.R.	F.	8	78°	73°	0°	70°	NO	NO	NO	NO	NO	D.O.	120°	70°	82°	44°	82°	
			11	82°	77°	+2°	74°								121°	70°	83°	40°	87°
1259	L.G.	F.	8	77°	75°	+1°	72°	NO	NO	SI	SI	SI	Apiña-	141°	71°	85°	38°	80°	
			11	77°	75°	+2°	76°	NO					miento	133°	70°	88°	37°	80°	
	S.A.	F.	7	78°	74°	0°	72°	SI	SI	SI	SI	NO	D.O.	134°	70°	89°	41°	74°	
			13	86°	83°	4°	80°								140°	71°	85°	35°	80°

SU BASAL		ESTADO BASAL				TRATAMIENTO				
Tamaño Max. Sup.	Tamaño Max. Inf.	Ang T	Ang Conv.	Protus Sup.	Labio Inf.	Extracc.		Ensanche	Tracc. Extra oral	Aparatología
						M. Sup.	M. Inf.			
- 5 mm	0 mm	+ 12°	+ 11°	7 mm	6 mm	4 4	4 4	SI	SI	Placa de Hotz
- 3 mm	0 mm	+ 9°	+ 7°	6 mm	6 mm					Arco Seccional Aparat. Fija
-3,4 mm	-4 mm	+ 4°	+ 4°	6 mm	5 mm	Terap.	Terap.	SI	SI	Bimler
+ 0,5 mm	-1 mm	- 1°	+ 1°	2 mm	3 mm	Guía	Guía	Sup. Inf.		
-2,5 mm	-7 mm	+ 13°	+ 5°	4 mm	4 mm	NO	NO	SI	SI	Placas
- 4 mm	0 mm	+ 15°	+ 4°	3 mm	4 mm			Sup. Inf.	Sup. Inf.	Activas
0 mm	-6 mm			4 mm	1 mm	4 4	4 4	NO	SI	Activador
+ 1 mm	+ 1 mm			1 mm	0 mm					
- 4 mm	-9 mm	+ 5°	+ 8°	5 mm	1 mm	4 4	4 4	SI	—	Placa de
-2,5 mm	-10 mm	+ 9°	+ 9°	5 mm	1 mm			Sup.		Schwarz
0 mm	0 mm	+ 3°	+ 2°	5 mm	7 mm	NO	NO	SI	—	Placa de
- 2 mm	+ 7 mm	- 2°	- 2°	2 mm	3 mm			Sup. Inf.		Schwarz
+ 2 mm	12 mm			5 mm	3 mm	NO	NO	SI	SI	Placa de
- 1 mm	7 mm			3 mm	5 mm					Planas
-2,5 mm	-3 mm	+ 12°	+ 6°	4,5 mm	6 mm	4	4 4	NO	SI	
-4,5 mm	-4 mm	+ 6°	+ 3°	3,5 mm	5 mm	Age- nesia 2 2				Ortodoncia Jarabak
+ 1,5 mm	0 mm	+ 4°	+ 5°	4,5 mm	4 mm	4 4	—	NO	NO	Ortodoncia Jarabak
+ 12 mm	0 mm	0°	+ 6°	1 mm	½ mm					
-1,5 mm	+ 2 mm	+ 1°	+ 2°	1 mm	0 mm	NO	NO	SI	NO	Placa de
+ 5 mm	+ 2 mm	- 1°	0°	0 mm	2 mm					Hotz
0 mm	+ 2 mm	- 7°	+ 6°	3 mm	2 mm	NO	4 4	SI	NO	Sup: Planas, Schwarz Inf: Benac
- 2 mm	+ 8 mm	- 9°	0°	2 mm	2 mm			Sup.		
-0,5 mm	-3 mm	+ 13°	+ 6°	3 mm	4 mm	4 4	4 4	NO	SI	Arco Sección. per. e inferior Téc. de Jarabak
- 1 mm	-4 mm	+ 8°	- 8°	2 mm	3 mm					
- 1 mm	-3 mm	+ 2°	+ 14°	7 mm	4 mm	NO	NO	NO	SI	Placa con acrílico resilien
-1,7 mm	-1 mm	+ 4°	+ 12°	4 mm	6 mm					
0 mm	+ 2 mm	15°		2 mm	3 mm	NO	NO	NO	SI	Ortodoncia Jarabak
+ 3 mm	+ 5 mm	16°		3 mm	4 mm					
0 mm	+ 1 mm	+ 6°	+ 4°	4,5 mm	6 mm	SI	SI	SI	SI	Placas
+ 0,4 mm	+ 4 mm	+ 3°	+ 4°	3 mm	3 mm					Activas

CORRELACION ESTADISTICA

Promedio utilizado: Media Aritmética Simple

Incremento de SNA { sin extracciones: 0,588
con extracciones: 0,30

Incremento de SNB { sin extracciones: 0,823
con extracciones: 0,833

correlación estadística

promedio utilizado: media aritmética simple

Fig. 9

MATERIAL Y METODO

Podemos resumir la característica de la muestra diciendo que hemos tomado 30 casos con dos años de antigüedad de tratamiento como mínimo. Todos eran casos de birretrusión cuyos ángulos SNA eran inferiores a 78° y SNB de menos de 76,37. En todos ellos hicimos superposiciones radiográficas para evaluar las modificaciones producidas durante ese tiempo.

En este muestreo hemos hallado manifes-

tación de falta de espacio en 20 casos con las siguientes características: 19 con compresión superior, 14 con compresión inferior, 14 con macrodoncia y 9 con mesiogresión. Fig. 6 y 7.

Además de estos 30 casos, 17 fueron tratados sin extracciones, 11 con extracciones superiores e inferiores y 2 con extracciones inferiores. Fig. 8.

CONCLUSIONES

1) La conclusión de este estudio fue que no hemos hallado diferencias significativas en los casos tratados con o sin extracciones.

Es decir que el adelantamiento de las bases apicales que evaluamos por la variación del ángulo SNA y SNB no guarda relación directa con la realización o no de extracciones.

2) Por lo tanto la posición de los maxilares con respecto al cráneo teniendo en cuenta tejidos duros está influenciada en escasa medida por la realización o no de extracciones.

3) Estos nos obliga a pensar en la existencia de otros factores como ser dirección de crecimiento y remodelación ósea que trasladaría pasivamente al hueso alveolar. Fig. 10, 11, 12 y 13.

Figura 10

TRATAMIENTO SIN EXTRACCIONES

Paciente: M. R.

Nor. 1ª Tel. 2ª Tel.
15 añ. 18 añ.

Ang. SNA 82° 78° 74°

Ang. SNB 80° 77° 72°

Ang. J 85° 80° 76°

Ang. GoGnSn 32° 45° 48°

Tam. Max. Sup.

Debe ser: 45,5 mm. Debe ser: 45 mm.
Es: 45 mm. Es: 50 mm.

Tam. Max. Inf.

Debe ser: 68 mm. Debe ser: 68 mm.
Es: 78 mm. Es: 78 mm.



Figura 11

TRATAMIENTO SIN EXTRACCIONES
Paciente: R. C.

	Nor.	1ª Tel.	2ª Tel.
Ang. SNA	82°	78°	82°
Ang. SNB	80°	73°	77°
Ang. J	85°	82°	87°
Ang. GoGnGn	32°	44°	40°

Tam. Cuerpo Max. Sup.

Debe ser:	42 mm.	Debe ser:	45,3 mm.
Es:	41 mm.	Es:	47 mm.

Tam. Mandibular

Debe ser:	66 mm.	Debe ser:	68 mm.
Es:	63 mm.	Es:	67 mm.

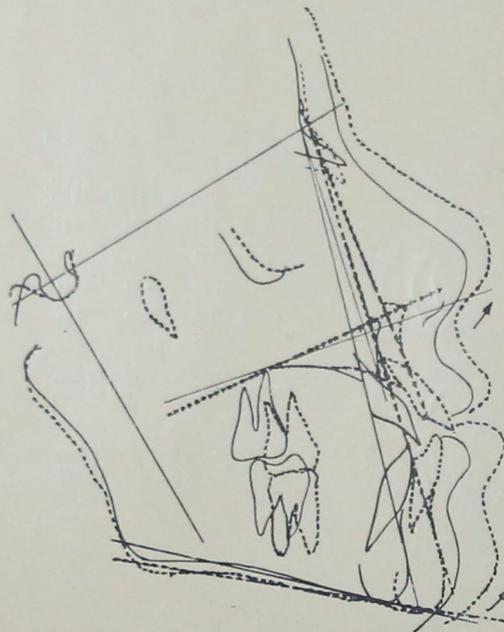
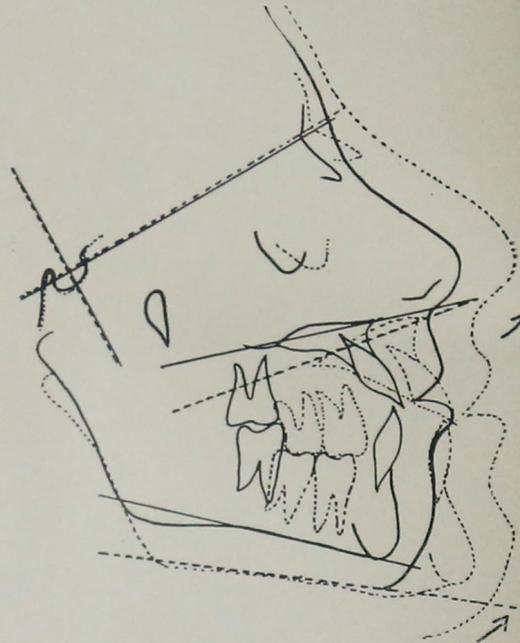


Figura 12

TRATAMIENTO CON EXTRACCIONES

Paciente: A. S.

	Nor.	1ª Tel. 7 añ.	2ª Tel. 13 añ.
Ang. SNA	82°	78°	86°
Ang. SNB	80°	74°	83°
Ang. J	85°	73°	82°
Ang. GoGnSn	32°	41°	35°

Tam. Max. Sup.

Debe ser:	43 mm.	Debe ser:	41 mm
Es:	45 mm.	Es:	47 mm

Tam. Max. Inf.

Debe ser:	64 mm.	Debe ser:	66 mm
Es:	63 mm.	Es:	70 mm

Figura 13

TRATAMIENTO CON EXTRACCIONES

Paciente: P. T.

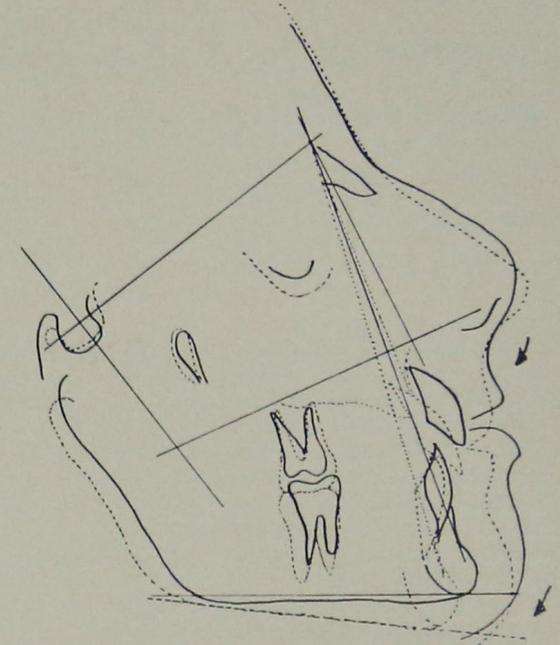
	Nor.	1ª Tel.	2ª Tel.
Ang. SNA	82°	78°	73°
Ang. SNB	80°	72°	68°
Ang. J	85°	80°	71°
Ang. GoGnSn	32°	38°	44°

Tamaño Cuerpo Max. Sup.

Debe ser:	41 mm.	Debe ser:	44 mm.
Es:	42 mm.	Es:	46 mm.

Tamaño Mandibular

Debe ser:	66 mm.	Debe ser:	67 mm.
Es:	62 mm.	Es:	63 mm.



BIBLIOGRAFIA

- 1) BESZKIN, LIPSZPC, VORONOVITSKY y ZIELINSKY: "Cefalometria Clinica". 1ª Edición Editorial Mundi.
 - 2) RIEDEL, R. A.: "Relation of maxillary structures to cranium in malocclusion and in normal occlusion". Angle Orthodontist. 22 - 142 - 145. 1952.
 - 3) STEINER, C.: "La cefalometria para d. y para ml". Rev. Ort. 24: 80 octubre 1960.
 - 4) SHWARZ, A. M.: "Rontgennostatics". Edición inglesa. MBruder 1960.
- Dirección de los autores:
Avenida San Martín 1575 - Buenos Aires.

Aplicación de los Conceptos Gnatostaticos

Ortopedia Funcional

Prof. Dr. TORIBIO SCHVARTZ
Prof. Dr. HUGO CAPUSELLI
Dr. FRANCISCO DE PERA

Moderadamente considerada puede hoy decirse que toda la Odontología queda encerrada en la palabra oclusión, pero no aisladamente, sino como elemento concurrente a lograr la armonía en un sistema que es hoy el patrimonio del Odontólogo. No existe aplicación alguna en el campo odontológico que no quede bajo el influjo de estas aseveraciones. se llame Operatoria, Prótesis, Ortodoncia u Ortopedia.

Por ello se afirma que cuando alguien quiere referirse a un tratamiento odontológico y más si éste lleva implícito la remodelación o reestructuración de alguna o de la totalidad del ente buco-dental, debe por sobre todas las cosas, valorar y establecer si el mismo tendrá o no influencia en la armonía del sistema que la escuela anglosajona denomina estomatognático y que en nuestro medio nos parece mejor el de ente cráneo-buco-cervico facial (Schvartz). Este principio, armonía del sistema es la piedra angular de la rehabilitación, nada que se hiciera que no respete ese equilibrio individual en cada uno de nuestros pacientes podrá tener supervivencia biológica correcta.

En rehabilitación oral en general no se concibe ya el diagnóstico, tratamiento o ajuste final de un caso, simplemente con "dos modelos en la mano". En cada uno de esos tres pasos un preciso registro y reproducción del mecanismo articular es requerido, junto con los otros elementos conocidos (roentgenogramas, análisis clínicos, etc.) también imprescindibles. No es el deseo de extenderse en cuales son las partes del sistema, y su ubicación. pero si diremos que de todos el ente neuro muscular, con su, diríamos computadora electrónica el cerebro, es la pieza vital, y a la cual van inde-

fectiblemente todas y cada una de las acciones ejercidas sobre los otros entes, dichas acciones tomadas por esa parte del ente, y canalizadas a través del elemento osteo articular, son las que revelan una acción a través del ente dento maxilar.

Todo lo que sobre el ente dento maxilar se ejerza, ineludiblemente será recibido por la corteza, materializado en el ente neuromuscular. canalizado en el ente articulación. Si la información recibida, rompe el equilibrio biológico natural individual, fatalmente sobrevendrá una disfunción, de todo o parte del sistema, depende de la capacidad de defensa de cada uno de los entes.

Veamos cuales son los elementos de la oclusión que tenemos que considerar: Formando las articulaciones dentaria y temporomaxilar partes de un mismo sistema, sus elementos deben hallarse íntimamente correlacionados si es que una acción armónica ha de tener lugar. A su vez, las articulaciones deben actuar en conformidad con el sistema neuro-muscular, y el elasto-óseo que finalmente está destinado a soportar las fuerzas. El Ortopedista finca su principal preocupación en reestructurar los elementos a nivel dentario, lugar donde implanta su aparatología, sobre la que actúa el resto del sistema estomatognático. Además de la ideal reubicación dentaria. que hacen a la Ortodoncia del caso, los elementos del sistema sobre el que puede y debe actuar son, en síntesis, los siguientes:

1) *Plano oclusal* (que no deben confundirse como a menudo se hace con la superficie de oclusión), un plano "ideal", inexistente materialmente, pero cuyo arquetipo estructural determina la orientación de la resultante fuerza oclusal en céntrica. La orien-

tación de dicho plano, tanto en sentido antero-posterior (Zielinsky y colaboradores maduran esa idea, según nos comunicaron, desde hace tiempo), como en sentido frontal (o sea tridimensionalmente), es un punto básico, correlacionado con el movimiento de cierre ("eje de bisagra") y la sola discrepancia entre la orientación espacial de dicho plano y la resultante de las fuerzas de cierre en céntrica, generando fuerzas laterales por plano inclinado, es capaz de atentar contra el éxito final de un tratamiento.

2) *Las curvas de oclusión*, en sentido sagital y frontal, vinculadas directamente a la inclinación de las trayectorias condíleas.

3) *La profundidad de mordida* (altura cuspídea o entrecruzamiento anterior) que se vincula o evidencia en la "curvatura" de las trayectorias condíleas.

4) *El equilibrio articular en relaciones excéntricas*, que hacen al equilibrio dinámico en los deslizamientos funcionales de la articulación dentaria, procurando la axialización de las fuerzas y no meramente la eliminación de interferencias.

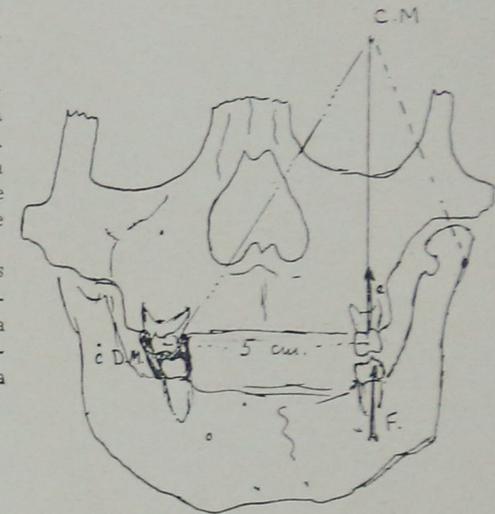
Espacio libre y eliminación de contactos prematuros

Como puntos fundamentales en el tratamiento de la oclusión a nivel dentario, se trata de establecer una correcta relación posicional en el plano horizontal y antero-posterior y una correcta distancia entre las arcadas antagonistas, aumentando o disminuyendo la *Dimensión Vertical Oclusiva* y eliminar los contactos prematuros en oclusiones céntricas y excéntricas, mediante el *desgaste selectivo*. Nosotros pensamos que

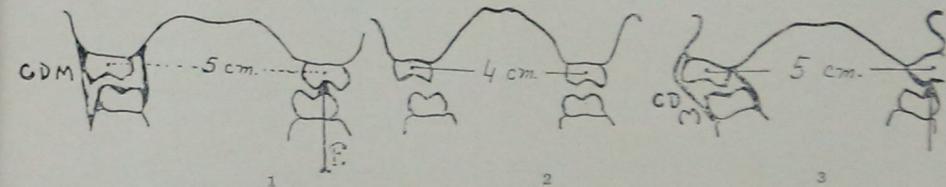
GASTE SELECTIVO. Queremos explicar estos conceptos.

La cámara de masticación:

Dado que no "trituramos bolillas" sino trabajamos un bolo alimenticio de considerables dimensiones, pensamos que la masticación no se hace "entre las superficies oclusales dentarias", sino entre las "arcadas



antagonistas". Llamamos cámara de masticación al espacio dejado entre las partes blandas y duras en que el bolo alimenticio debe ser trabajado y que no es sólo una cuestión de distancia, sino de ubicación y forma de las arcadas. Esquemáticamente expresamos esta idea diciendo que la condición gnatostática ideal que muestra la figu-



estos conceptos. harto conocidos, deben ser modificados por una concepción más amplia, tanto teórica como de tratamiento. Hablamos así de **CAMARA DE MASTICACION**, en el lugar de **ESPACIO LIBRE** y de **EQUILIBRIO DINAMICO** en lugar de **DES-**

ra 1, patológicamente transformada en la figura 2 por el estrechamiento de ambos maxilares, no queda corregida terminando el tratamiento como en la figura 3 (ensanche), aunque se corrija con desgaste selectivo los contactos prematuros excéntricos,

porqué la Cámara de Masticación (C.D.M.) de la figura 1 y de la 3 son totalmente distintas y las fuerzas (F) de oclusión afectan asimismo en otra forma a las piezas dentarias.

El equilibrio dinámico:

Ya hace muchos años que expresamos la tesis que una buena articulación natural se

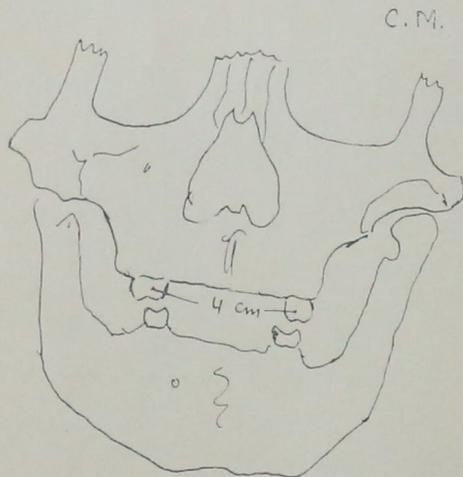


Fig. 2

encuentra equilibrada dinámicamente, no solamente en relación céntrica sino en las excéntricas de trabajo (1). Si han de ser correctamente dispersadas, las fuerzas deben orientarse hacia los ejes dentarios, y concentrarse en los respectivos CENTROS MASTICATORIOS (ver el artículo mencionado). En una mordida de trabajo (excéntrica hacia el lado activo) de una oclusión dinámicamente equilibrada (figura 4 —E.D.—) las fuerzas resultantes siguen la dirección de los ejes dentarios, en tanto que un desgaste selectivo puede dejar la condición expresada en L.S. de la misma figura, generando fuerzas nocivas inclinadas.

Aquí es donde la tecnología ortopédica tiene su mayor importancia, ya que se hace imprescindible para lograr los desplazamientos y giraciones dentarias que hacen el logro de un equilibrio dinámico, en tanto que una simple piedra basta para el desgaste selectivo.

Los biotipos masticatorios y la Ortopedia Funcional:

Culminando en el ser humano de desarrollo del aparato dentario, que a través de la escala zoológica se distingue en roedor, carnívoro y rumiante, se comprende que un normotipo ideal debería conjugar, morfológica y funcionalmente, en forma equilibrada las características de los mismos. Sin embargo, casi nunca ocurre así y lo vemos tender en cada individuo, pero en consonancia con el organismo todo, hacia una forma y función determinada. Además del biotipo "equilibrado", nosotros mismos habíamos distinguido (3) el *Maseterino*, parecido al rumiante y el *Temporal*, semejante al carnívoro. Desde hace poco visualizamos también un tipo *Pterigoideo*, simbolizando en la articulación humana la de los roedores. Las características morfológicas básicas de cada tipo, a nivel dentario, son:

Maseterino: articulación anterior borde a borde; cúspide poco pronunciadas (figura 5); curvas de oclusión casi planas; trayectorias condíleas poco empinadas; cóndilo maxilar esférico; ejes dentarios divergentes de arriba abajo y de dentro afuera (según C.M. altos e internos).

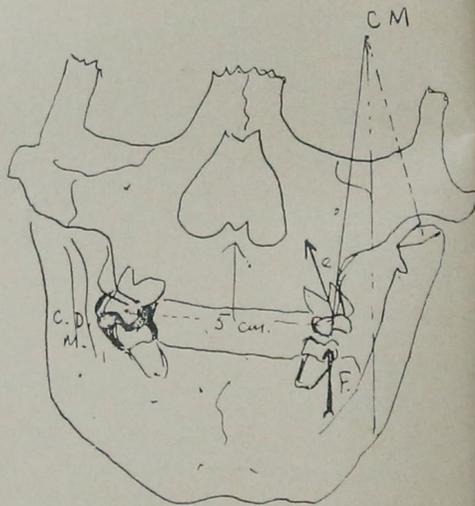


Fig. 3

Temporal: articulación anterior en "mordida cubierta"; cúspides altas; ejes dentarios verticales (figura 6); curvas de oclusión muy pronunciadas; trayectorias condíleas altas; cóndilos; cilíndrico-transversales.

Pterigoideo: articulación anterior en "techo"; (figura 7); cúspides altas pero ejes dentarios divergentes (C.M. bajos e internos); plano oclusal inclinado hacia adelante; marcada sobremordida horizontal.

Desde el punto de vista funcional, utilizando distintos principios de masticación;

¿Y cuáles son los elementos a tener en cuenta?

La oclusión tiene valores fijos y valores mutables, y dentro de ellos hay conceptos y principios fundamentales a tener presente. Son valores fijos aquellos que nosotros no podemos alterar:

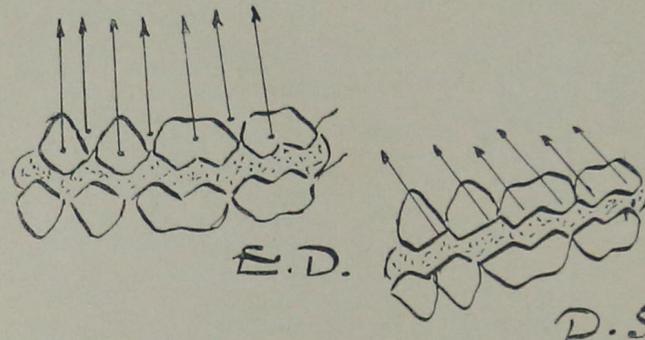


Fig. 4

molienda (maseterino); de corte (temporal) y desgarramiento (pterigoideo). se comprende que los movimientos utilizados en cada caso y la dirección de las fuerzas sean distintas. Los "ciclos masticatorios", representados en las figuras por la dirección de las flechas, sobre todo en su parte final, activa, o de retorno, son casi horizontales para el maseterino; verticales para el temporal y ántero-posteriores para el pterigoideo. Ellos determinan en cada caso una distinta orientación para las fuerzas actuantes sobre el bolo; pero que, en cada biotipo es la la ideal según la dirección de los ejes dentarios.

Es fácil colegir la importancia de tener en cuenta el biotipo de Ortopedia Funcional; así, por ejemplo, una "mordida cubierta", normal para un tipo temporal, y no requiriendo corrección; es un desastre encontrarla o provocarla en un tipo maseterino.

Todas estas consideraciones tienen una meta, demostrar que es imposible la aplicación de cualquier tratamiento que trate de modificar de alguna manera la vaciedad oral, sin tener en cuenta los elementos que rigen fundamentalmente la oclusión, ya que, de no respetarlos, tarde o temprano el proceso retorna a la posición original o creamos iatrogénicamente una disfunción en alguno o en todos los elementos que componen el ente o sistema cráneo buco cérico facial.

Trayecto condíleo, sagital y lateral - Inclinación y curvatura de la articulación - Movimiento de Bennett - Distancia intercondilar - Eje fisiológico de rotación.

Inclinación y forma de la vertiente articular del cóndilo, forma, ubicación y características del menisco interarticular - Biotipo constitucional del sistema, con las características individuales propias.

Son factores mutables, sobre los cuales puede tenerse acción o que pueden ser modificados por el operador, los siguientes: Plano de oclusión, Curvas dentarias, Altura cuspeada, trayectoria incisiva, y como todos

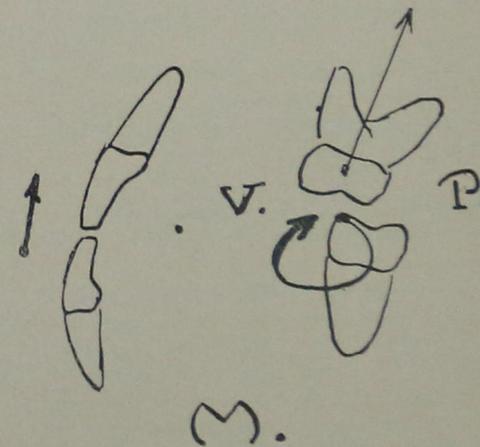


Fig. 5

estos o algunos de ellos, son alterados en el tratamiento corrector, surge la pregunta: ¿quién así lo hace, sabe como y en cuanto esa modificación afecta, o rompe la armonía del sistema en relación con los factores

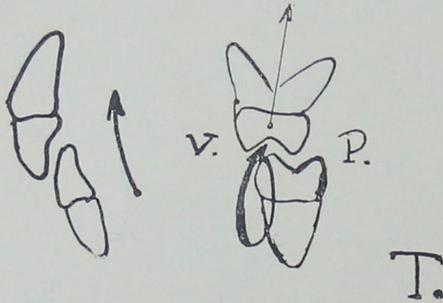


Fig. 6

fijos, no modificables y estos a su vez como influencia al resto del sistema estomatognático.

Solamente hay una manera de saberlo, y es determinar y establecer en nuestro paciente todos y cada uno de los valores que rigen a cada uno de los elementos que gobiernan la dinámica y la estática del órgano oral.

Es decir quien pretenda realizar un tratamiento rehabilitador, sólo podrá hacerlo cuando establezca correcta y ordenadamente:

Investigación y determinación sobre el paciente del eje rotacional fisiológico, Determinación de la relación de posición del eje fisiológico de rotación y el maxilar superior.

Valor de la trayectoria condílea sagital y lateral.

Y la traslación de todo esto al elemento articulador, y recién cuando este sea la representación dinámica de nuestro paciente efectuar el tratamiento.

Registros pantográficos y reproducción del mecanismo articular

Los elementos y técnicas usados por las escuelas gnatostáticas (ver Lucía, para tener una idea) son muy complejos, sobre todo para ser utilizados en pacientes de corta edad. Por nuestra parte, en la Cátedra de Técnica de Prótesis de la Facultad de Odontología de Buenos Aires, y con la

colaboración principalmente de su profesor titular Dr. Toribio Schwartz, desarrollamos una técnica y aparatología "liviana" (arco facial y articulador tipo arcón), con el principal propósito de simplificar la labor y hacerlos accesibles al estudiante y a la práctica general; pero que a su vez no carecen de la precisión necesaria a los fines propuestos. No se avienen a la naturaleza de este artículo la descripción de tales elementos que, por otra parte, son de dominio público; pero bástenos decir que con ellos se logra registrar y reproducir: a) eje rotacional de apertura y cierre en relación céntrica (Hinge-axis); b) la forma e inclinación de las trayectorias condíleas; c) el movimiento lateral de la mandíbula (por el ajuste sobre todo de los centros de lateralidad).

Aplicación de los registros en Ortopedia Funcional

El eje rotacional de apertura (eje de bisagra) —que acompaña por otra parte a todo los movimientos—, aunque descubierto y estudiado con fines protéticos, merecería ser el hallazgo fundamental de la Ortopedia Funcional, ya que es un "eje funcional" cuya ubicación y dirección son generadas por la orientación de las fuerzas de

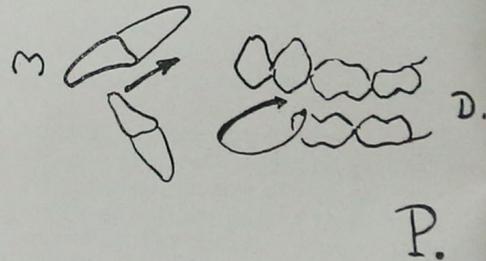


Fig. 7

cierre en relación céntrica. Visto el paciente de frente, las fuerzas de cierre se presentarán (por desarrollarse en la circunferencia correspondiente a dicho eje) perpendiculares al mismo.

Por dicha causa, cualquier discrepancia de paralelismo entre el plano de oclusión y el eje rotacional, generará planos inclinados y fuerzas desplazantes de sentido horizontal para cada cierre en céntrica. (2)

SINTESIS

La inclinación y forma de las trayectorias condíleas, ayudan a precisar el "tipo masticatorio" a que pertenece el paciente y reestructurar la superficie oclusal en consecuencia.

La naturaleza del movimiento lateral, determina la orientación de las arcadas en el plano horizontal y la rotación de los dientes necesarias para lograr el Equilibrio Dinámico ya explicado.

CONCLUSION

En esta apretada síntesis, creemos haber fortalecido la convicción que no dudamos existente en todos ustedes, según la cual la Ortopedia Funcional, una ciencia eminentemente biodinámica, no puede manejarse solamente con elementos estáticos (Telerradiografías, modelos, medidas, etc.) y puede beneficiarse incorporando conceptos y técnicas que son comunes en Rehabilitación Oral.

BIBLIOGRAFIA

- 1 — LE PERA, Francisco: Revista Odontológica. Sbre. 1954 - Pág. 385.
- 2 — LE PERA, Francisco: Revista Odontológica - Abril 1956 - Pág. 166.
- 3 — Síntesis y Esencia del Problema Articular - Ed. Haycor - 1958.

Dirección:

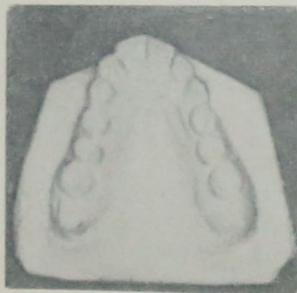
Pasaje La Mar 162 - Buenos Aires (Rep. Argentina)

La Recidiva en la Disyuntación

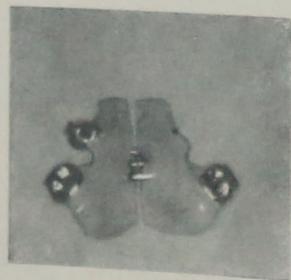
Equipo de trabajo:

JAIME JUAN FISZMAN (Jefe)
EDUARDO M. CASALLA
SAUL L. LEIBOVICH
AMELIA MONTES DE OZORES
MARIA TERESA PEIRETTI
SILVIA RUDROY

Paciente S.S.A. Nº 1648.
Edad: 16 años.
Gran comprensión según Índice de Pout
 $4|4 = 11$ mm.
 $6|6 = 9$ mm. Fig. 1

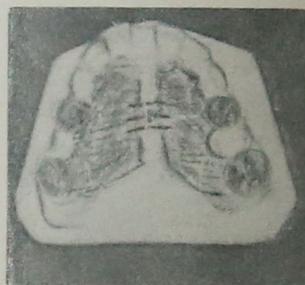


En el plan de tratamiento se decide como primera etapa efectuar la expansión rápida de los maxilares mediante el uso del disyuntor. Fig. 2.

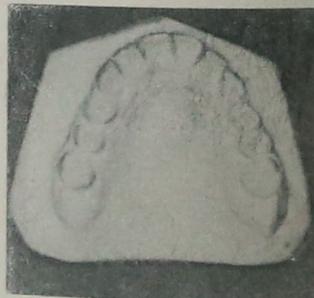


Reseñamos cronológicamente los diversos pasos:
4-6-69. Instalación del disyuntor.
10-6-69. Comienza la activación. $4\ 1/4$ de vuelta por día (360° de giro de tornillo).

$4|4 = 10$ mm.
25-6-69. Ensanche a nivel de
 $6|6 = 3,5$ mm.
Gran diastema entre $1|1$ Fig. 3
23-7-69. Sigue en contención. Se observa leve cierre del distema entre $1|1$.



15-10-69. Diastema totalmente cerrado. Fig. 4.



De todo lo observado queda como experiencia que las expansiones de este tipo, si bien en primera instancia generan la aparición de un gran diastema entre $1|1$, no debe ser causa de preocupación puesto que la recidiva producida a nivel del hueso incisivo determina el cierre total del espacio.

Cierre de Diastemas

ELIAS SAMOILOVICH

Hemos visto en números anteriores algunos métodos para obtener el distalamiento de los caninos en los tratamientos con extracción de primeros premolares.

Ubicados los caninos en la posición que consideramos correcta, debemos proceder a cerrar los espacios que pudieran quedar por dicho distalamiento y el que pueda subsistir entre el 2º premolar y el canino. A la vez comenzaremos a alinear los dientes co-

Describiremos someramente algunos de ellos, y comentaremos su acción. En la figura 1, hemos hecho un esquema de la arcada (A) que permitirá ubicar las ansas, dobleces y loops de los distintos arcos.

El arco (B) utiliza fuerzas elásticas (gomas) que van desde los ganchitos (pueden ser simplemente loops) hasta distal del tubo molar. El paciente debe renovar las gomitas diariamente.

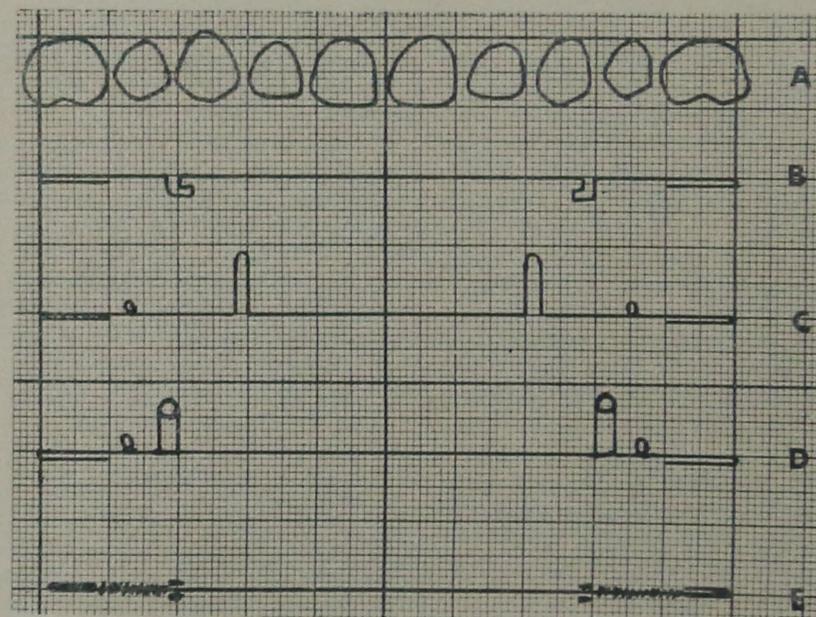


Fig. 1

rrigiendo las versiones y rotaciones, acción que se verá facilitada por el espacio creado.

Deben colocarse bandas en los incisivos, cuidando que éstas estén correctamente ubicadas, para evitar extrusiones o intrusiones no deseadas. Existen varios arcos para este objeto, que utilizan distintos tipo de fuerzas.

El arco (C) lleva ansas que al ligarlo desde los loops a distal del tubo molar, se abren; al tratar de recuperar su forma inicial, tienden a acortar nuevamente el arco.

El arco D) reemplaza las ansas simples por otras helicoidales de cierre (Jaraback); también aquí, al ligar el arco, los helicoides

se cierran y la acción de resorte, tiende a acortar el arco.

El arco (E) creado por el Dr. Alberto Bonilla (*) que solemos utilizar en nuestra práctica (fig. 2) está construido en alambre de acero de 0,5 mm. de diámetro (a.0,5). En uno de los extremos se le suelda un trocito de tubo (t) de 0,5 mm. de luz.

Esta soldadura con la máquina de punto, debe hacerse en el extremo distal para no

distal del tubo molar. Se repite la operación del otro lado.

El resorte, al tratar de recuperar su longitud inicial, y no poder hacerlo hacia adelante por la ligadura al molar, desplaza el arco hacia distal ejerciendo su acción en el sector incisivo.

Periódicamente, debe ajustarse las ligaduras y en caso necesario, si los extremos del arco asoman demasiado, se retira, se corta

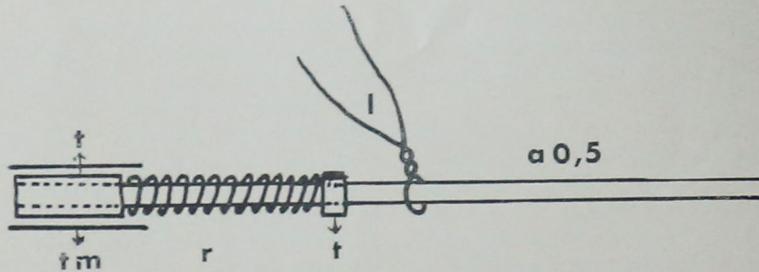


Fig. 2

destemplar el arco, cuidando de no deformar el tubito, que debe deslizarse libremente en el tubo de la banda molar (t m); prolijar eliminando rebarbas. Se enhebra luego 1,5 cm. de resorte espiral abierto (r) de 0,5 mm. de luz. A continuación se coloca un trocito más pequeño de tubo de 0,5 mm. (t).

Se repite la operación en sentido inverso, tubito (t), resorte (r) y por último el tubo (t) soldado también por distal. El arco debe ser algo más corto que la distancia de distal a distal de los tubos molares (t m). El resorte debe introducirse libremente por mesial de los mismos.

Se ubica el arco, se liga a las bandas de los 6 dientes anteriores. Se hace un lazo no muy ajustado por mesial del tubito corto (l) y se comprime el resorte ligando por

una de las soldaduras, reemplazando el tubito cortado y dando al arco la longitud adecuada.

Este arco ejerce una acción suave y continua, no es traumático y no tiene efectos secundarios; inclusive, en ciertos casos se puede prescindir de las bandas en los incisivos.

El arco (B) requiere la colaboración del paciente para reemplazar las gomitas cosa que no siempre se logra con regularidad.

El arco (C) al ligarlo y abrir las ansas, sufre una deformación en la zona incisiva ejerciendo una acción extrusiva.

El arco (D) de acción suave y constante suele provocar lesiones en la mucosa, si el surco es corto o las ansas helicoidales inadecuadas.

Domicilio del Autor: Elías Samoilovich, Sanabria 2314, Bs. As.

* Revista Ortodoncia, octubre 1954.

1er. Congreso Americano de las Disgnacias (Punta del Este R.O.U. 3 al 6 de diciembre 1969)

Alcance Social en el Tratamiento de las Disgnacias

BERNARDO CHAIT
PAULINA FLAX
SADI GELL (*)
(Argentina)

En nombre del Ateneo Argentino de Ortopedia de los Maxilares participamos en esta Mesa Redonda sobre "Alcance social en el tratamiento de las disgnacias", siendo éste un problema que nos preocupa desde hace tiempo y sobre el que hemos actuado teórica y prácticamente.

Esta temática es necesario encuadrarla dentro de las actuales perspectivas generales de la Universidad y Organizaciones Odontológicas de la Argentina.

Las Instituciones Odontológicas, salvo contadas excepciones, han ignorado o soslayado su planteo. La actividad cultural y educativa de los centros profesionales le han dedicado casi exclusivamente a los problemas científico-técnicos. Sin que ello signifique una crítica. Algunas otras veces se agrega, también, lo gremial, pero conceptuamos de importancia la necesidad de que toda la Odontología conozca las obligaciones del profesional de la Salud que es la de estudiar y profundizar las causas sociales.

La Universidad le da al profesional conocimientos suficientes para hacer una prótesis, una extracción dentaria, reducir una disgnasia, pero lo que no la brinda son los elementos para compenetrarse del cambio fundamental de estructuras que se necesitan, para la mejor satisfacción del derecho a la salud que tienen los pueblos.

En el año 1923, Winslow en su clásica definición considera que, para guardar la salud es necesario intervenir atendiendo a la PREVISION, al DIAGNOSTICO PRECOZ

de las ENFERMEDADES y a la RELACION SOCIO-ECONOMICA adecuada del individuo.

Posteriormente, el Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud la define como: "un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de enfermedad o de invalidez".

Por otra parte, en la Declaración Universal de los Derechos Humanos se proclama con toda fuerza, que "toda persona tiene derecho a un nivel de vida adecuado que le asegure así como a su familia, la salud y el bienestar y, en especial, la alimentación, el vestido, la vivienda y la asistencia médica".

El Comité de Expertos de las Naciones Unidas, según se lee en la Memoria del Director General de la Organización Internacional del Trabajo del año 1961, presentado a la Séptima Conferencia de Buenos Aires, ha establecido los componentes de la medición del nivel de vida en doce factores colocando en primer término la SALUD.

Comprobamos una vez más que la Salud es un problema médico social, que nos obliga a traspasar los límites de nuestras especialidades conduciéndonos a una nueva disciplina que así lo encara: es la ESTOMATOLOGIA.

Nuestro profesional, como lo precisa el doctor José Halpern en su libro "Papel social de la Estomatología", ad. 1968, "debe ser odontólogo, higienista, pedagogo y sociólogo" que en síntesis es lo conceptual de nuestro planteo.

La formación de un profesional de este tipo debe comenzar desde la iniciación de su vida

(*) Trabajo leído por la Dra. Paulina Flax, en la Mesa Redonda sobre este tema en el Primer Congreso Americano de las Disgnacias, celebrado en Punta del Este (ROU), del 3/6 de diciembre de 1969.

universitaria y proseguir durante toda su vida universitaria y proseguir durante toda su vida profesional.

Resuelve la Universidad los problemas que tiene el odontólogo social para encarar la realidad nacional?

Cuando la Universidad está desvinculada de los problemas nacionales, actuando con un criterio cientificista o practicista puro no toma, no estudia y no resuelve las necesidades ni analiza los problemas del medio en que le toca actuar.

Por el contrario, una Universidad vinculada al medio es una universidad integrada.

Esta universidad integrada se logra mediante la actuación de: Organismos de investigación social. Organismos pedagógicos, Prácticas de Laboratorio y Seminario, Regionalización y Coordinación de la Enseñanza Coparticipación de Docentes, Alumnos y Egresados, Formación de equipos compuestos por profesionales y estudiosos de otras disciplinas con interés social, todo ello proyectando a la Universidad en la realidad que la circunda.

Esta orientación de la Universidad integrada se da hoy con más fuerza a través de la ALAFO, NACIONES UNIDAS, etc., la nueva Universidad del futuro, pero que sólo será posible cuando los docentes egresados y alumnos coincidan en la inspiración de una sola Odontología, la Odontología del HOMBRE.

Cabe remarcar, una vez más, que la antítesis de esa Universidad integrada que nosotros propugnamos se manifiesta en el tipo de enseñanza y en la forma del ejercicio profesional actual, expresado en una orientación hacia los aspectos de mecánica y restauración odontológica.

Entre las deficiencias que conducen a esta situación se pueden señalar las siguientes: tendencia al excesivo tecnicismo, exageración de la odontología restauradora y algunos aspectos de la cirugía, limitaciones en la preparación biológica y médica del odontólogo y en algunas ramas clínicas como la periodoncia y en la odontología infantil.

Constriniéndonos a los aspectos vinculados propiamente a la Facultad de Odontología está claro que no puede reducir su función a la mera formación de un profesional técnicamente capacitado. Aún suponiendo

que su formación biológica fuere adecuada y su preparación se hubiere logrado a través de una vida académica disciplinada y convenientemente provista de todos los recursos, resultará que sin una clara conciencia del rol social de la odontología carecerá de la necesaria aptitud para ubicar los problemas odontológicos dentro de la sociedad.

Ello nos autoriza a considerar cuánto ocurre con el ortopedista u ortodoncista en nuestro país ante quien se presente un cuadro muy particular. En efecto, conceptuando la cantidad de niños en millones que viven en él, los que son alrededor de 7.133.000, incluyendo las edades de 0 a 14 años, un cincuenta por ciento de los mismos, por lo menos, se encuentran incluidos en los procesos dignásticos, con necesidad de tratamiento.

No puede haber duda alguna que existe voluntad profesional en tratarlos. Más, esta intención pone en evidencia una realidad argentina, la debemos ubicar poniendo de relieve algunos factores imprescindibles, los que son: económico, ambiental, geográfico y asistencial.

Los 3.566.500 niños calculados con optimismo —que son los que necesitan de nuestra atención ortopédica— deben ser tratados, todos sin excepción.

Repetir lo que frecuentemente se arguye de que existen prioridades y que muchos de esos niños si bien tienen pequeñas anomalías pueden esperar, es no confrontarnos con la verdad: la anomalía no tiene plazos.

Nuestros esfuerzos por resolver los problemas que afectan a la salud oral, específicamente, la terapéutica está impedida por las causas socio-económicas que no nos permiten ofrecer todos nuestros conocimientos al servicio de la salud de la población. Este factor de rémora socio-económica es el que sale al paso de millones de niños privándolos de una correcta atención ortopédica.

Los otros a los que el factor económico no impide que sean tratados en los consultorios privados y por los especialistas, constituyen una minoría de la población infantil necesitada, que se considera un diez por ciento del total afectado. El grupo mayoritario de niños solamente es atendido en una mínima proporción en los servicios oficiales.

Nosotros, sintetizamos esta falencia en la atención diciendo: "nos interesa menos

saber a cuántos niños se atiende, que a cuántos no se pueden atender".

Es ilustrativo detenernos para examinar lo que sucede en los organismos oficiales, en cuanto concierne a capacidad asistencial, tomando únicamente la Capital Federal, que concentra la zona geo-económica más rica y densa de todo el país. El panorama que se abarca en cuanto atañe a nuestro estudio lleva a las siguientes conclusiones: servicios insuficientes en cantidad y tipo de atención; deben absorber una corriente de pacientes de la misma Capital y otra mucha mayor del Gran Buenos Aires; la falta de planificación sanitaria hace que numerosos pacientes deben recorrer distancias enormes hasta los centros asistenciales, lo que involucra pérdida de tiempo y de dinero, sobre todo, en nuestro caso, la falta de lugares especializados hace que, la mayoría de la población no tenga posibilidades de usar de la prevención y del tratamiento en malas oclusiones. Lo que es más grave, es que la mayor actividad de los centros asistenciales dedicados a la odontología, están destinados al servicio de extracciones, creando mutilados orales innecesariamente.

La traducción en cifras de estas afirmaciones subraya que sólo 350.000 niños están en condiciones económicas de someterse a un tratamiento. El 90% restante, o sean, 3.150.500 niños descartando una ínfima cantidad tratada en institutos oficiales— no pueden satisfacer su necesaria curación, por que existe carencia de servicios especializados que puedan absorberlos.

En este ejército millonario de niños, no sólo está dificultada la terapéutica de sus disgnasias, sino que se trata en muchos casos de niños sub-alimentados, que viven en condiciones precarias (desde el punto de vista de su vivienda, vestido, higiene, educación) alejados de las posibilidades de una vida normal y sana. Ello significa la imposibilidad de hacer odontología preventiva. Además, todo lo expuesto, condiciona el elevado índice de morbi-mortalidad infantil en nuestro país.

Conviene examinar este problema desde otro ángulo. Efectivamente, la realidad sanitaria que caracteriza nuestro país dada la irracional distribución de odontólogos en la República Argentina.

a) Es ilustrativo el mapa adjunto con datos del año 1960 del N° de Asistencia Social y Salud Pública de la Nación compilados y agrupados por el doctor Epifanio Palermo y publicado en "La Tribuna Odontológica", N° 10, 11 y 12, año 1969, ps. 242/3. Los diez años transcurridos desde el origen de esos datos a la fecha, los consideramos sin variaciones ponderables para su aplicación actual, con una tendencia a la despoblación de zonas rurales y una mayor concentración de población en zonas urbano industriales. La observación, a primera vista, ya autoriza a deducir que, a excepción de las grandes ciudades, todo el resto de nuestra Nación virtualmente carece de toda asistencia odontológica.

Podemos concluir en que ya no es solamente un problema de racionalización, de distribución de odontólogos en el país, sino la falta de un mayor número de profesionales.

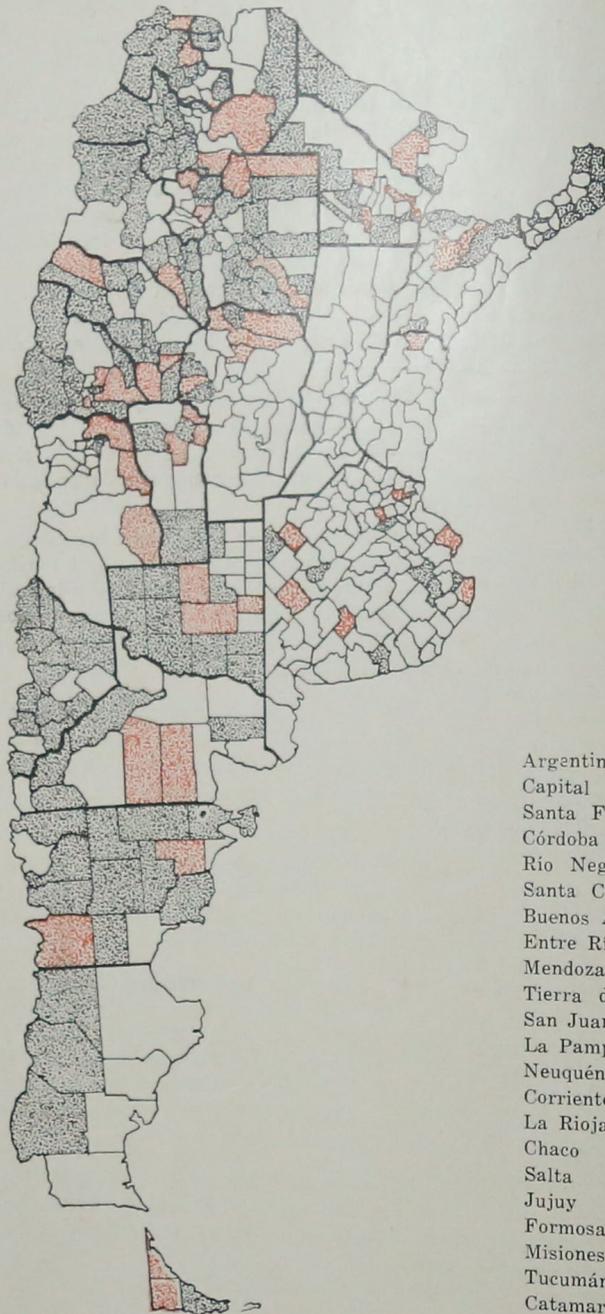
En virtud de todo lo expuesto precedentemente creemos que este Congreso: 1º) debe considerar a la salud, en general, y a la oral, en particular, relacionada directamente con los niveles de vida y con la estructura económica social de cada país.

2º) se podrá conducir la salud y el bienestar de la población, en la medida que los programas de la salud se integren e inserten en una política de progreso nacional.

3º) que las organizaciones oficiales dispongan de los recursos y la autarquía necesarias que les permita formular planes nacionales y disponer de los elementos necesarios para la atención de la población;

4º) crear una base estomatológica para nuestra especialidad, comenzando con una transformación de su metodología, planes y estructura universitaria que vincule a la universidad con los problemas sociales. Esa misma actitud deberá ser sugerida a las instituciones de graduados;

5º) invitar, una vez más, a la constitución de comisiones sanitarias de nuestra especialidad, a lo largo de toda Latinoamérica, en razón de sus problemas comunes, a fin de estudiar, investigar y proponer soluciones a los graves problemas que conllevan las deformaciones dento-maxilo-faciales.



En negro: Población por Partidos o Departamentos sin odontólogo inscripto.
 En color: Población o Partidos Departamentos con 1 odontólogo inscripto.
 En blanco: Población por Partidos o Departamentos con más de 1 odontólogo.

	Odontólogos número	Habitante por odontólogo
Argentina	11.267	1.776
Capital	5.491	540
Santa Fe	1.010	1.847
Córdoba	943	1.866
Río Negro	67	2.869
Santa Cruz	18	2.936
Buenos Aires	2.277	2.958
Entre Ríos	266	3.021
Mendoza	241	3.425
Tierra del Fuego	2	3.532
San Juan	98	3.597
La Pampa	39	4.064
Neuquén	24	4.625
Corrientes	117	4.643
La Rioja	27	4.751
Chaco	112	4.781
Salta	85	4.855
Jujuy	49	4.894
Formosa	36	4.957
Misiones	75	5.215
Tucumán	145	5.382
Catamarca	30	5.747
Chubut	22	6.463
San Luis	25	6.970
Santiago del Estero	68	7.017

PARTIDOS O DEPARTAMENTOS CON SOLO UN ODONTOLOGO INSCRIPTO - 1960

PROVINCIA	Partidos o Dptos.	Población	Porcentaje de población	PROVINCIA	Nº de Partidos o Dptos.	Población	Nº de Odontólogos
Catamarca	11	75.990	44,0	Buenos Aires	8	105.040	8
Sgo. del Estero	18	192.474	40,3	Mendoza	3	58.585	3
Neuquén	13	40.509	36,4	Chaco	4	56.634	4
Chubut	10	50.149	35,2	Sgo. del Estero	4	55.093	4
La Rioja	11	40.057	31,2	San Juan	3	53.636	3
San Juan	11	91.688	26,0	Córdoba	4	48.451	4
Salta	15	90.646	21,9	Tucumán	2	44.809	2
Misiones	8	81.100	20,7	Jujuy	3	42.700	3
Formosa	5	32.299	18,0	Salta	2	38.450	2
Tucumán	3	140.777	18,0	San Luis	3	36.383	3
Chaco	8	89.042	16,6	Formosa	1	36.101	1
Jujuy	9	37.668	15,7	Corrientes	3	33.101	3
San Luis	3	24.404	14,0	La Pampa	3	23.707	3
Santa Cruz	3	7.063	13,3	La Rioja	3	16.914	3
Corrientes	6	56.873	10,4	Entre Ríos	1	13.057	1
Río Negro	4	16.131	8,3	Chubut	2	11.740	2
Tierra del Fuego	1	438	6,2	Río Negro	2	9.307	2
Córdoba	3	33.338	1,8	Catamarca	1	8.281	1
Mendoza	1	9.655	1,1	Tierra del Fuego	2	6.626	2
Buenos Aires	8	54.769	0,8				
Entre Ríos	—	—	—		54	698.611	54
Santa Fe	—	—	—				
ARGENTINA	161	1.196.166	5,9				

Ier. Congreso Americano de las Disgnacias

(Punta del Este R.O.U. 3 al 6 de diciembre 1969)

Alcance Social en el Tratamiento de las Disgnacias

Mesa Redonda

DAVID ORDÓÑEZ RUEDA
(Colombia)

RESUMEN

En relación con los alcances sociales en el tratamiento de las disgnacias existe hoy un concepto generalizado dentro de todos los campos de la medicina preventiva aplicable como consecuencia a nuestra especialidad. Se dice que los profesionales, la medicina y por lo tanto el Estado deben ir en busca del paciente, la enfermedad, antes de que ésta aparezca.

Por desgracia la protección social en general, establecida a todo lo largo y ancho del continente ha efectuado solo una prolongación del consultorio privado, puesto que se espera al paciente, y por lo tanto a la aparición de su dolencia, con dos agravantes: Intromisión de un tercero que paga, el Estado, y por otra parte, despersonalización de la relación paciente-profesional, tan importante en la práctica del consultorio privado. Surge como resultante de esta situación, desinterés del paciente, poca o ninguna colaboración, e indiferencia del profesional, con cualesquiera de las técnicas usadas para tratar las disgnacias. Tal situación puede conducir a desconfiar por este tipo de servicios, y por lo tanto, al desperdicio de recursos empleados inútilmente.

Puede concluirse entonces que la protección social actual no es efectiva, antes bien, conlleva todos los vicios de la consulta privada, eliminando inclusive sus aspectos positivos. El Estado por otra parte es ineficaz para proyectarse a la comunidad, por carecer de medios económicos suficientes.

Quiere decir que el verdadero alcance social en el tratamiento de las disgnacias está dado por otro factor, más económico, y que requiere un número reducido de especialistas. Nos referimos concretamente a la obli-

gatoriedad estatal de planear y ejecutar campañas de prevención de las anomalías maxilo-dentarias, mediante la asesoría de instituciones especializadas.

Pero al hablar de prevención es primordial y necesario llegar a un acuerdo sobre la etiología. Trataremos de mostrar en esta comunicación cómo los aspectos psicológicos, están seriamente comprometidos en la aparición de las disgnacias basados en los argumentos expuestos a continuación:

1º) Es la boca y todo el sistema estognático del recién nacido la zona de influencia psico-somática más importante durante el primer año de vida.

2º) A través de esa época los estímulos motores son la manera de expresar el niño su angustia o placer.

3º) El crecimiento más importante de los maxilares se realiza fundamentalmente durante el primer año de vida.

La interrelación de los hechos mencionados expresa claramente la importancia de los factores psíquicos en la etiología de las disgnacias.

Como conclusión podemos afirmar que: El hombre de nuestra era está haciendo su propia evolución, gracias a la complejidad progresiva de su estructura psíquica dentro de un medio paradójicamente cargado de conflictos, los cuales inciden en la aparición de trastornos psico-somáticos, responsables primordialmente en la aparición de anomalías maxilo-dentarias.

La Sociedad Colombiana de Ortopedia Maxilar presenta una proposición concreta en este Congreso con el fin de que se estudien los argumentos expuestos y se realice una vasta campaña preventiva dirigida a la comunidad social americana.

Ier. Congreso Americano de las Disgnacias

(Conclusiones)

Tema de Relación

CONFERENCIA A CARGO DEL
Prof. Dr. OSCAR HOFFER
(Italia)

La conferencia trató sobre estudios e investigación sobre las modificaciones y las transformaciones de los tejidos en el ámbito de la A. T. M. y de la mandíbula después de utilizado aparatología ortopédica. Se ponen en evidencia, además, las reacciones de los tejidos lo mismo en el maxilar que en la mandíbula de las que resulta la posibilidad de influir, con terapia funcional, las bases óseas. Una investigación efectuada sobre la rama montante de un macacus nemestrinus ha demostrado que después de la resección del cóndilo, se observa un reacondicionamiento de los tejidos con tendencia a la remodelación de acuerdo al esquema de la modificación del cóndilo que se produce después del avance in-toto de la mandíbula.

"TRATAMIENTO PRECOZ"

Conferencia por el doctor Fred Blau (España).

En su conferencia sobre el tratamiento precoz puntualiza la necesidad de comenzar el tratamiento en el momento que la ano-

malía se manifiesta. Es decir, antes de que se produzca el recambio de los dientes.

Cuanto más tardío es el tratamiento, más se consolida la anomalía. El autor, demuestra así la necesidad de continuar el tratamiento hasta la erupción de todas las piezas permanentes. ya que ellos, han sufrido la influencia de desviación de la anomalía inicial.

CONCLUSIONES DEL TEMA DE RELACION: "MORDIDA CUBIERTA"

1) La mordida cubierta es una disgnacia de naturaleza hereditaria, cuyo carácter dominante está marcado por una desproporción volumétrica entre los dos maxilares del representados por la gran amplitud del maxilar con respecto a la mandíbula, la prominencia de la base de la nariz más o menos acentuada retroinclinación del esqueleto facial y endo-inclinación diversa de grupo dentario frontal.

2) La influencia genética y su carácter progresivo hace necesario el inmediato tratamiento al ser detectada la anomalía.

3) Las razones de su tratamiento precoz se fundamenta en la necesidad de lograr el normal equilibrio de todos los elementos constituyentes del sistema estamotognático.

Tema de Relación

"MORDIDA CUBIERTA"

CONCLUSIONES

Relator Oficial: Prof. Dr. Oscar Hoffer (Italia). Correlatores: Dr. Fred Blau (Francia), Dr. Carol Murillo (España), Dr. Carlos M. Meroni (A.) y Dr. Luis Bolasco Sindin (ROU).

A. O. F. M.), Dr. Héctor Pistoni (A.A.O.F.M.)

Presidente: Dr. Miguel A. Cacchione.

Vice Presidente: Dr. Guillermo Otero Gaymer.

1) La mordida cubierta es una disgnacia de naturaleza hereditaria cuyo carácter dominante está marcado por una desproporción volumétrica entre los dos maxilares del cual, las características más típicas están representadas por la gran amplitud del maxilar con respecto a la mandíbula, la prominencia de la base de la nariz más o menos acentuada retroinclinación del es-

queleto facial y endoinclinación diversa de grupo dentario frontal.

2) La influencia genética y su carácter progresivo hace necesario el inmediato tratamiento al ser detectada la anomalía.

3) Las razones de su tratamiento precoz se fundamenta en la necesidad de lograr el normal equilibrio de todos los elementos constituyentes del sistema estomatognático.

4) Se recomienda preferentemente el tratamiento con aparatología funcional.

Tema de Relación

"ATRESIA INFERIOR"

Relator Oficial: Dr. Donald Woodside (Canadá).

Correlatores: Dr. Luis Gola (Italia), Dr. Guillermo Godoy Esteves (A.A.O.F.M.), Dr. Luis Zielinsky (A.A.O.M.).

Presidente: Dr. Bernardo Letzen (A.A.O.M.).

Vice-Presidente: Dr. Juan Pequeño Botarro (Chile).

Secretario: Dr. Salomón Kanciper (A.T.E.T.D. - Argentina).

CONCLUSIONES

1) Se acuerda que hasta que no se haga un estudio acabado de la terminología, se usen los términos de compresión, contracción o estrechez; pero no el de atresia que no se ajusta al significado de la anomalía.

2) Que siempre que sea posible debe hacerse un tratamiento precoz, con el objeto de normalizar el sistema estomatognático.

3) La complejidad de los factores que originan esta disgnacia hace difícil evaluar el grado de expansión que pueda requerir cada clase individual y que su resultado sea estable.

4) Se recomienda hacer controles alejados después del tratamiento, con extracciones o

sin ellas, con el objeto de conocer los factores que se puedan agregar tardíamente y que afecten los resultados obtenidos. Ello puede ocurrir también en casos no tratados.

CONCLUSIONES DE LA MESA REDONDA SOBRE "ALCANCE SOCIAL DEL TRATAMIENTO DE LAS DISGNACIAS"

1) Recalcar acerca del elevado número de Disgnacias existentes en la población infantil y adulta.

2) Estudiar e investigar los factores etiológicos de las Disgnacias.

3) Del conocimiento preciso de esos factores etiológicos se podrán poner en marcha planes tendientes a la prevención e intercepción de las malformaciones dento-máxilo-faciales.

4) Interesar y motivar a las esferas Estatales, Universitarias, Sanitarias, Profesionales, Laborales y Sociales, acerca de la importancia de este problema que tanto afecta a la salud general.

5) Que estas conclusiones sean difundidas por intermedio de la A.A.E.T.D. a las Entidades Regionales.

6) Que cada organización local se ocupe de llevarlo a la práctica de acuerdo a su ambiente y posibilidades.

Revista de Revistas

J. A. SALZMANN: *Ortodoncia en la práctica y perspectiva.* Am. Journal Orthodontics. Vol. 55, N° 6, junio 1969.

No fue hasta que Broadbert comenzara a publicar sus hallazgos cefalométricos, que el crecimiento y desarrollo se constituyeron en una importante ayuda en el diagnóstico ortodóncico.

Por otro lado, la naturaleza en los cambios en el cráneo no puede ser determinada exactamente hasta que conozcamos la naturaleza de los cambios de crecimiento de los huesos individuales del cráneo.

Björk enfatizó sobre la importancia del entendimiento de las variaciones individuales en los niños. Su uso de implantes metálicos permitió conocer las variaciones producidas durante la rotación mandibular.

Esta, durante el crecimiento influencia la ubicación de los dientes, especialmente la presencia o no del apiñamiento.

Björk propone posponer la extracción en caso de pronunciada propulsión mandibular hasta que el crecimiento esté prácticamente completado.

El complejo estomatognático es una fuerza enlazada, cerrada, en un sistema funcional de músculos, huesos, articulación témporo mandibular y dientes.

Los cambios producidos con el tratamiento ortodóncico alrededor de la ocusión llevan también a los músculos a nuevas posiciones, por lo que para establecer su balance es necesario la retención post-tratamiento hasta que el equilibrio sea restablecido.

Las extracciones de dientes para obtener el alineamiento del arco dental y el mejoramiento del perfil facial, es un procedimiento aceptado universalmente hoy en día.

La altura total de la cara, la altura nasal, el ancho bicigomático muestran aumentos

significativos en su tamaño durante la 3ª década de la vida.

En los tratamientos sin extracciones, la fuerza potencial es frecuentemente acrecentada si las raíces molares tienen una inclinación mesioaxial al comienzo del tratamiento.

Nuestros hallazgos muestran que los dientes anteriores a los molares permanentes se dirigen distalmente y no en dirección hacia adelante cuando hay espacio interdental.

El cartilago condilar, sano, muestra Baurme, presenta una alta respuesta a los estímulos mecánicos, mientras el cartilago en los huesos largos aún no está constituido del todo.

El uso de placas de levante de mordida para corregir el overbite aumentado puede ser ventajoso cuando se combina con auxiliares que pueden cambiar las relaciones intermaxilares de los incisivos.

El apiñamiento y las giroversiones de los dientes y la falta de espacio debido a extracciones son difíciles de corregir con aparatología removible.

El control de los movimientos dentarios con la aparatología removible es difícil, porque está sujeto a fortuitas modificaciones cada vez que el paciente se lo quita y se lo vuelve a colocar.

Adams diferencia entre aparatología fija abrazada a los dientes, aparatología removible que produce sus efectos con cambios en la musculatura cráneo-facial y un tercer tipo las aparatologías fijas que producen su efecto a través de la presión muscular.

Nosotros hemos encontrado el uso del activador como retenedor ventajoso, especialmente en pacientes con deglución atípica.

Nosotros mantenemos el canino y el premolar ligados con bandas y juntos durante el período de retención.

Muchos casos de reapinamiento de incisivos y de espacios abiertos en tratamientos que incluyeron extracciones pueden deberse a hábitos. La extracción de un incisivo mandibular puede ser seguida de una tendencia hacia la oclusión, cúspide a cúspide en uno o en ambos lados del arco dental.

La recidiva puede ser causada por la dificultad del paciente de adaptarse a los nuevos patrones de cierre y masticación.

En las correcciones de Clase III vemos pacientes con tendencia a protuir la mandíbula ubicando los incisivos mandibulares por fuera de los superiores.

La terapia ortodóncica no puede ser considerada completa hasta que los cambios de crecimiento activo se detienen y se establecen nuevos patrones.

L. N. B.

EUGENE E. WEST: *Objetivos del tratamiento en la dentición temporaria*. Am. Journal Orthodontics. Vol. 55, Nº 6, junio 1969.

Uno de los mayores problemas esqueléticos de la dentición temporaria es el desconocimiento de las variaciones en el futuro crecimiento de las estructuras en el complejo dento-facial.

Algunos prefieren esperar para el tratamiento, pero hay muy pocas maloclusiones que se autocorrijen.

El tratamiento temprano puede ser enfocado en tres objetivos.

1º) Supresión de las interferencias de la función normal y del crecimiento.

2º) Mantenimiento de la función normal y corrección de las desarmonías esqueléticas.

A edad temprana con respuestas celulares activas a las presiones de distintos tipos de aparatología, las correcciones que buscamos generalmente pueden ser terminadas en un leve período de tiempo.

Remoción de las interferencias funcionales

Las interferencias funcionales no tratadas probablemente conducen a mayores complicaciones oclusivas que cualquier otro tipo

pide por delante de su posición, estamos ante la evidencia de una maloclusión de Clase II por este método no siempre es posible diagnosticar una clase II si el adelantamiento es de menos de media cúspide, pues al completarse el crecimiento de la mandíbula.

Históricamente los ortodoncistas usaban fuerza occipital para corregir la maloclusión de Clase III. Buscaban redireccionar el crecimiento de la cabeza del cóndilo.

Una segunda tendencia ha sido usar la fuerza de crecimiento de la mandíbula para ayudar al desarrollo maxilar en una dirección protrusiva.

El cruce aquí podía ser corregido volcando los dientes anteriores superiores hasta que estén en relación normal con los inferiores, esperanzándose en que el futuro crecimiento sea coordinado entre maxilar y mandíbula.

Mientras no hay evidencias de cambios en el arco de la cabeza del cóndilo, el uso de la tracción mandibular tiene el único resultado de llevar los dientes maxilares anteriores hacia adelante.

Severas maloclusiones de Clase II responden bien a la intervención en la dentición temporaria, llevando a un menor overjet y corrigiendo la mordida profunda que en estos casos generalmente está presente. En

de problema. Ellos pueden ser el resultado de una restauración incorrecta, un diente en un grupo de dientes que erupcionan en una posición que interfieren con la normal trayectoria de cierre de la mandíbula, o una injuria al crecimiento del centro del cóndilo.

Las articulaciones cruzadas posteriores son clasificadas en anatómicas o funcionales dependiendo de la trayectoria de cierre mandibular desde la posición de descanso a la relación céntrica.

En el tipo anatómico es un arco regular ininterrumpido sin desviación de la línea media en los arcos superior e inferior. La articulación cruzada unilateral generalmente está asociada a un estrechamiento del arco maxilar en ese lado.

El cruce puede ser bilateral y no haber desviación de la mandíbula. Aquí es donde mejor se aplica la disyunción.

Más común es el cruce posterior tipo funcional.

Los dientes maxilares son angostos en relación a los de la mandíbula. En el cierre la mandíbula se ubica lateralmente. La línea media de ambos maxilares no coincide.

En estos casos la discrepancia de ambos maxilares no es mucha. Necesitan poco ensanche.

El establecimiento de sendas de cierre normales desde la posición de descanso a la posición céntrica es una de las medidas más positivas de prevención de las asimetrías de los arcos dentales y de la articulación temporomandibular por lo que es muy importante eliminar las interferencias dentarias.

Mantenimiento de la función normal

La pérdida prematura de los molares temporarios debe ser tratada con mantenedores de espacio, no así de los incisivos en que el espacio se mantiene especialmente por estética.

En lo que respecta a ciertas mordidas abiertas generalmente comienzan con la succión del dedo y en general se acompañan de deglución atípica.

Desarmonía esquelética

En la oclusión de un niño de 4 años en que el camino superior muestra media cúspide

casos en que el ancho del arco maxilar es correcto, el segundo período de tratamiento puede comenzar con la erupción de los segundos premolares.

En otros casos de severa Clase II con atresia del arco maxilar se puede observar que el tratamiento precoz puede ser útil.

En esos casos corregida la maloclusión en la dentición temporaria, cuando erupcionan los permanentes la discrepancia hueso-diente se vuelve más evidente y se hace la extracción de los caninos temporarios. La relación molar se mantiene correcta.

El realiniamiento de los incisivos superiores e inferiores luego de la extracción de los caninos temporarios ha sido ideal y cuando sean completadas las extracciones seriadas el resto del tratamiento será de rutina.

En ambos casos se planea un tratamiento posterior.

Algunas veces antes de comenzar el segundo período de intervención es necesario volver a la tracción extraoral.

Los tratamientos posteriores no deben disuadir de los tratamientos precoces cuando las metas del mismo tendrán un significativo efecto en la terminación normal de la oclusión estable.

L. N. B.

Actualización Bibliográfica

ELSA GERZOVICH
LUIS A. ARENA

AMERICAN JOURNAL OF ORTHODONTICS

Agosto 1969. Volumen 56. Nº 2.

El odontólogo general como coordinador de un equipo odontológico. Ford W. Stevens, pág. 107-113.

Factores esqueléticos en la mordida abierta anterior y en la mordida profunda. Andrew Richardson, pág. 114-127.

Evaluación cefalométrica de caucásicos de 8 años. Norman Hirsch, Stephen R. Hold, Robert Bachand, pág. 128-133.

Volumen de la lengua y arco dentario inferior. Herman E. Bandy, W. Steward Hunter, pág. 134-142.

Cambios en la relación de los puntos Nasion punto A y punto B y su efecto sobre ANB. Charles M. Taylor, pág. 143-163.

Un análisis geométrico de la forma de arca-da dentaria humana. James Currier, pág. 164-179.

AMERICAN JOURNAL OF ORTHODONTICS

Setiembre 1969. Volumen 56. Nº 3.

Enfrentando la crisis. William Wilson, pág. 221-232.

Técnica controlada de fuerza ligera continua. James Ackerman, Charles R. Sager, Ralph Del Priore, M. A. Bramante, pág. 233-252.

El manejo de casos transferidos. John Rathbone, James M. Reynolds, pág. 252-265.

El papel del ortodoncista en la corrección quirúrgica de las deformaciones dentofaciales. Peter Mills, pág. 266-272.

Aumento de estabilidad de los dientes ortodóncicamente rotados luego de la gingi-

vectomía, en *Macaca nemestrina*. Lee R. Boese, pág. 273-290.

AMERICAN JOURNAL OF ORTHODONTICS

Octubre 1969. Volumen 56. Nº 4.

Extracción del segundo molar superior en maloclusión de Clase II. T. M. Graber, pág. 331-353.

Desarrollo post-natal de la mandíbula del gato. Robert I. Schacter, Lawrence Furstman, Sol Bernick, pág. 354-378.

Tratamiento sin extracciones con técnicas de Begg. Harry Barrer, pág. 365-378.

Fuerza muscular bucolingual y la forma de arcada dentaria. Clement Lear, Coenraad F. A. Moorrees, pág. 379-393.

Un análisis longitudinal de extracción de premolares. Alan Weber, pág. 394-402.

Evaluación estadística del crecimiento de la nariz. Spiro Chaconas, pág. 403-414.

AMERICAN JOURNAL OF ORTHODONTICS

Noviembre 1969. Volumen 56. Nº 5.

Características de maloclusión: moderno enfoque para su clasificación y diagnóstico. James L. Ackerman, William R. Proffit, pág. 443-454.

Ancho bicarino inferior y su relación con la sobremordida. Joseph L. Hernández, pág. 455-465.

Construcción de aparatos ortodóncicos para el tratamiento de niños recién nacidos con fisura labio velo palatina. H. T. Oliver, pág. 468-473.

Vol. VII - Nº 2-3
Diciembre 1969

ACTUALIZACION BIBLIOGRAFICA

73

La matriz capsular. Melvin L. Moss y Letty Salentijn, pág. 474-490.

Mordidas cruzadas posteriores en la dentición temporaria y mixta. George Kutin y Roland R. Hawes, pág. 491-504.

Desarrollo post-natal del paladar del gato. John Alan Bloore, Lawrence Furstman, Sol Bernick, pág. 505-515.

El problema del mentón desde el punto de vista del ortodoncista. H. Berger, pág. 516-522.

AMERICAN JOURNAL OF ORTHODONTICS

Diciembre 1969. Volumen 56. Nº 6.

Protección de las superficies de esmalte desgastadas con aplicación de fluor. Glen A. Rogers, Martin J. Wagner, pág. 551-559.

Técnica modificada de arco labial redondo grueso y sus elementos auxiliares en las maloclusiones de clase II. Seymour Levin, pág. 560-572.

Adhesión y agarres plásticos ortodóncicos. George Newman, pág. 573-588.

Tratamiento de los caninos incluidos en el paladar. Wilbur D. Johnston, pág. 589-596.

Nunca deseche las radiografías intraorales. William S. Parker, pág. 597-603.

Efecto de la presión en la formación del colágenos en el ligamento periodontal. Harry Koumas, J. L. Mathews, pág. 604-612.

THE ANGLE ORTHODONTIST

Julio 1969. Volumen 39. Nº 3.

Un estudio sobre gemelos de las divisiones genéticas de las dimensiones palatales y la variabilidad debidas a los factores ambientales. Burton L. Shapiro, pág. 139-151.

Plan de tratamiento en las maloclusiones de Clase II. Robert M. Rubin, pág. 152-161.

Anclaje estático en la Técnica de Begg. C. Stewart McDowell, pág. 162-170.

Estudio histológico e histoquímico de los movimiento dentarios en cobayos. Gary J. Moskowitz, Joseph H. Kronman, pág. 171-181.

Sodio difenilidantoico: hiperplasia gingival y tratamiento ortodóncico. John J. Cunat, Sebastián G. Cianco, pág. 182-185.

Elaboración automática de datos de crecimiento. Beni Solow, pág. 186-197.

Investigación cefalométrica del crecimiento cráneo-facial basado sobre un sistema de referencia oclusal. Robert A. Abraham, pág. 198-208.

Análisis craneal funcional del cartílago angular mandibular en la rata. Melvin L. Moss, pág. 209-214.

THE ANGLE ORTHODONTIST

Octubre 1969. Volumen 39. Nº 4.

Los tres arcos del movimiento mandibular en su incidencia en la durabilidad de los dientes. Allan G. Brodie, pág. 217-229.

Retenciones amplificadas y procedimientos de anclaje. Owen D. Dwight, pág. 230.

Estudio sobre la reabsorción radicular en las maloclusiones tratadas de Clase II, División I. Robert W. De-Lhields, pág. 231-245.

Comunicaciones sobre casos. Carl J. Ericsson, pág. 246-255.

Casos dudosos: Parte III. F. M. Hapack, R. A. Hanes, J. T. Lindquist, M. M. Stoner, J. M. Vorhies, pág. 256-295.

Respiración bucal y maloclusión: técnica cuantitativa para la medición de la velocidad del aire expirado oral y nasal. R. L. Rasmus, R. M. Jacobs, pág. 296-302.

Variaciones cráneo-faciales, diferencias sexuales y la naturaleza del prognatismo de los chinos. Stephen H. Y. Wei, pág. 303-315.

Instrumento para el análisis del crecimiento facial. Donald H. Enlow, Keith Williams, Paul Williams, pág. 316-319.

Evidencia de una tendencia secular en la medición facial. W. Stuart Hunter, Stanley M. Garm, pág. 320-323.

Biología de los pacientes ortodóncicos: II. Resultado de los test linguales de vitamina C. E. Cheraskin, W. M. Ringsdorf, pág. 324-325.

A. S. D. C. AMERICAN SOCIETY OF
DENTISTRY FOR CHILDREN
JOURNAL OF DENTISTRY
FOR CHILDREN

Marzo-abril 1969. Volumen XXXVI. N° 2.

Ansiedad maternal y el comportamiento de los niños. Ronald Johnson, DeWitt C. Baldwin, Jr., pág. 13-18.

Medicación pre-operatoria en Operatoria Dental para niños. Kenneth F. Jones, pág. 19-27.

El efecto de la pre-medicación en niños impedidos. Robert J. Kroll, pág. 29-40.

La epinefrina en las pulpotomías. E. M. Kouri, J. L. Matthews, P. P. Taylor, pág. 49-54.

Hallazgos orales en niños retardados mentales. John S. Gullikson, pág. 59-69.

Experiencia sobre caries dental en niños negros y caucásicos en Portland, Oregón. William E. Creighton, pág. 65-69.

JOURNAL OF DENTISTRY
FOR CHILDREN

Mayo-junio 1969. Volumen XXXVI. N° 3.

Hexafluorozirconato estañoso y la solubilidad del esmalte. Ira L. Shamon, pág. 13-18.

Comparación entre tres ciudades de la prevalencia de la caries dental. Roger Isaacs, Joseph C. Muhler, pág. 19-23.

El mesiodens en el esquimal de Alaska. Raymond E. Gadkois, pág. 25-26.

Respuesta tisular al contenido de cortisona y a la cortisona liberada del hidróxido de calcio. Surindar M. Bhaskar, Duane E. Cwright, Virginia Van Osdel, pág. 31-36.

Hipofosfatemia hereditaria. Donald E. Gardner, W. Bailey Davis, Gerald H. Prescott, pág. 37 a 39-49 a 50 y 54.

Endodoncia: Pacientes examinados. James B. Hall, pág. 51-54.

La atención del impedido. Estudio de la unidad del A. S. D. C. del Sur de California. Osamu Chiono, Osamu Miyamoto, pág. 55-56.

JOURNAL OF DENTISTRY
FOR CHILDREN

Julio-agosto 1969. Volumen XXXVI, N° 4.

Sacarosa, el mayor criminal de la caries dental. Ernest Newbrun, pág. 13-22.

Aspectos prácticos de la investigación actual de las caries y datos epidemiológicos. Gordon Mikiforuk, Franklin Pulver, pág. 23-26.

Dentinogénesis imperfecta clásica y atípica en varones de 4 años. Richard S. Sokel, John D. Doykos, pág. 27-30.

Epidermolisis vesiculosa. Dos casos. J. F. Howell, pág. 33-36.

Celulitis facial no odontogénica. Examen de un caso. Norman L. Goldberg, John D. Doykos, pág. 37-38.

Displasia hereditaria cetodérmica. Examen de un caso. William Alexander, Richard J. Cahill, pág. 39 a 40-49 a 50.

El síndrome de Lesch-Nyhan. Jack Budnick, pág. 51-54.

Experimento de endodoncia. Examen de un caso. Pág. 57-58.

JOURNAL OF DENTISTRY
FOR CHILDREN

Septiembre-octubre 1969. Volumen XXXVI. N° 5.

Cicatrización subsiguiente a la reimplantación dentaria. Jean C. Kaquieler, Maury Massle, pág. 13-24.

Estudios de laboratorio concernientes al desarrollo de la pasta profiláctica de fosfato de fluoruro estañoso. Gordon E. Kelly, George K. Stookey, Joseph C. Muhler, pág. 31 a 38 y 62 a 64.

Efecto del contenido de fluoruro en pastas profilácticas sobre esmalte normal y con manchas blancas. Manuel A. Zúñiga, Robert C. Caldwell, pág. 55-59.

Evaluación de las aplicaciones tópicas del fluoruro estañoso sobre dientes de niños nacidos y criados en una comunidad fluorificada: Examen final. Herschel S. Horowitz, Stanley B. Heifetz, pág. 65-71.

Posibilidad del uso de enjuagues con fluoruro estañoso en un sistema escolar. George Suwerdiff, Ira L. Shannon, pág. 73-78.

Características de los materiales de obturación anterior usado en Pedodoncia. Dale F. Redig, Spencer W. Frankel, pág. 79-81.

JOURNAL OF DENTISTRY
FOR CHILDREN

Noviembre-Diciembre 1969. Volumen XXXVI, N° 6.

Cronología del crecimiento de la dentición humana. Elías U. Fass, pág. 17-27.

Hipofosfatasa. Examen de un caso. M. M. Album, J. W. Hope, A. M. Bongiovani, A. W. Root, J. Marino, D. M. Spencer, pág. 29-35.

Frenillo labial maxilar y el diastema medio. L. Bodine Higley, pág. 39-40.

Método clínico para la predicción del cierre del diastema central. Carlos Sanin, Tabei-shi Sekiguchi, B. S. Savara, pág. 41-44.

La prevalencia de defectos en el esmalte en la niñez con síndrome nefrótico. Stephen Shusterman, Francis X. Fellers, pág. 61-66.

Hiperostosis cortical infantil: estudio para determinar si deformaciones residuales exis-

en en la mandíbula. Robert W. Weis, Thompson M. Lewis, pág. 67-71.

Atención dental del impedido. Richard A. Winer, pág. 75-77.

ACTA STOMATOLOGICA BELGICA

Año 1969. Volumen 66. N° 3.

La influencia de la gangrena pulpar de los dientes temporarios sobre la erupción de los dientes permanentes correspondientes. O. Griva, E. Theiss, E. Mecher, A. Trandu, pág. 349-353.

REVUE FRANCAISE D'ODONTO
STOMATOLOGIE

Octubre 1969. Tomo XVI. N° 10.

Aplicación del método de estudio cefalométrico de William B. Downs. Alain Panetier, pág. 1043-1064.

Noticiero

EQUIPO DE ODONTOPEDIATRIA

Ponemos en conocimiento de los colegas que a partir del mes de julio se puso en funcionamiento en la planta baja del A. A. O. M. (Anchorena 1176) el Equipo de Odontopediatría, con atención de pacientes los días lunes, jueves y sábados en el horario de 8.30 a 11 hs. El Departamento de Odontopediatría nos ha permitido preparar un fichaje completo del estado bucal de los pacientes

que concurren al Departamento de Ortopedia y Ortodoncia. Funciona con dos equipos modernos dotados de todas las comodidades y elementos técnicos. La Dirección General de dicho equipo está a cargo del Dr. Leopoldo Breitbart.

Continuando con el plan de remodelación y ampliación del edificio social este año, se invirtieron m\$ n. 1.500.000 (pesos Ley 18.188, 15.000) en nuevas obras .

REUNIONES CIENTIFICAS

Reunión	Lugar	Fecha	Dírjirse a:
NACIONALES			
2a. Reunión de la Sociedad Argentina de Endodoncia	Buenos Aires	Agosto 14-15-16 1970	Sociedad Argentina de Endodoncia, Junín 959 Buenos Aires.
II Congreso Internacional de Ortodoncia	Buenos Aires	Setiembre 13 al 19 1970	Sociedad Argentina de Ortodoncia, Junín 959, Buenos Aires. Incorp. a la A.O.A.
Iras. Jornadas Internacionales del Norte Argentino relacionadas con las Dignacias	Tucumán	Setiembre 20-25 1970	Salta 530, San Miguel de Tucumán.
Primer Encuentro Internacional de Prostodoncia Parcial Fija	Buenos Aires	Setiembre 25-26 1970	Asociación Prostodóntica Argentina, Sec. de A.O.A. Junín 959, Buenos Aires.
Primer Simposio Maxilo-Facial del Circulo Odontológico de Quilmes	Quilmes Prov. de Bs.As.	Octubre 2 y 3 1970	Circulo Odontológico de Quilmes, Paz 871, Quilmes, Pcia. de Buenos Aires, 253-8078.
Primer Congreso Argentino de Facultades de Odontología y Servicios Odontológicos de las Fuerzas Armadas y de Seguridad	Facultad de Odontología Bs. As.	Octubre 14 al 17 1970	1er. C.A.F.O. y S.O.F.A. y S. Fac. de Odont. de Bs. As. Marcelo T. de Alvear 2142 4º P. Bs. As. Argentina.
EXTRANJEROS			
10ª Semana Médica y 2ª Reunión Dentaria Balcánica	Belgrado Yugoslavia	Setiembre 13 al 18 1970	Prof. M. Popescu Buzeu, Union Medicale Balkanique, 10 rue Progresul, Bucarest, Rumania.
Coloquio Europeo sobre la Profilaxis de las Parodontopatías	Universidad de Sussex, Brighton Reino Unido	Setiembre 14 al 18 1970	Prof. D. C. A. Pictou University College Hospital Dental School, Mortimer Market, London, W.C.1.
Congreso "Bodas de Oro" de la Asociación Dental Israeli	Tel-Aviv Israel	Setiembre 15 al 18 1970	Mr. I. Seifert, Comité del Congreso del Cincuentenario Bolte Postale 4115, Tel-Aviv, Israel.
VIIª Reunión Anual de la División de Europa Continental de la International Association for Dental Research	Erlangen Alemania	Setiembre 19 al 20 1970	Prof. A. Kröncke, Escuela Dentaria Universidad de Erlangen, Glückstrasse 11, 8520 Erlangen, Alemania.
58ª Sesión Anual de la Federación Dental Internacional —Bucarest— Rumania.	Bucarest Rumania	26 de Set. al 1º de Oct. 1970	Dr. G. H. Leatherman, Secretaria General de la F. D.I. Wimpole Street, Londres, W. 1, Gran Bretaña.
IIIª Congreso Internacional de la Sociedad Estomatológica de Grecia	Atenas Grecia	Octubre 4 al 8 1970	Dr. B. Stephanopoulos, Vrettos Sociedad Estomatológica de Grecia, 26, rue Skoufa, Atenas, Grecia.
Reunión Anual	Berlin	Octubre 9 al 11 1970	Dr. K. Eichner, Universitätsklinik, 1 Berlin 33, Assmannshäuserstr, 4-6, Alemania.
IIIª Reunión Anual de la American Dental Association	Las Vegas EE.UU.	Noviembre 8 al 12 1970	Dr. G. Watson, American Dental Association, 211 East Chicago Avenue, Chicago, Illinois 60611. EE. UU.

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 N° 990.447.

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