

# ORTOPEDIA MAXILAR

REVISTA DEL ATENEO ARGENTINO DE ORTOPEDIA MAXILAR

VOLUMEN X — Nº 1

AÑO 1973



para Vd.  
que  
exige  
calidad



- PORCELANA AL VACIO
- PROTESIS FIJA
- ATTACHMENTS
- PROTESIS COMPLETA

**FERNANDO GRINSTEIN**

JERARQUIA  
EN PROTESIS DENTAL

San Nicolás 264  
Tel. 67-0561

LABORATORIO

**RUBEN  
BORELLI**

ORTOPEDIA  
Y  
ORTODONCIA

URQUIZA 4327

Tel. 751-2329

FLORIDA — BUENOS AIRES, FCNGB

<b>Dr. Oscar Litwin</b> CUCHA-CUCHA 1137, P. B, 1° - Tel. 59-4804	<b>Dr. Ral J. Oneto</b> VELEZ SANSFIELD 4165 — Tel. 760-4069 MUNRO
<b>Dr. Bernardo Letzen</b> ARAOZ 561 - dpto. 1 — Tel. 54-4416	<b>Dr. Alfredo Segal</b> GAONA 3773 — Tel. 612-9068
<b>Dr. Susana Bustos</b> ALEM 164 — CONCORDIA — ENTRE RIOS	<b>Dr. Susana Rueter de Varan</b> NAZCA 1754 - 1° A — Tel. 58-3614
<b>Dr. Leonardo R. Capitanelli</b> Gral. ROCA 33 - dpto. 1 — SAN MARTIN Tel. 755-8212	<b>Dr. Marta Goldemberg</b> J. B. JUSTO 4055 - 3° B — CAPITAL
<b>Dr. Mario Notarnicola</b> COSQUIN 1138 — CAPITAL	<b>Dr. Noemí B. Lisman</b> LAVALLE 2574 - 3° F — Tel. 48-8471
<b>Dr. Eduardo Prigollini</b> ECUADOR 1578 — Tel. 80-8028	<b>Dr. Inés Eiberman</b> VIAMONTE 1866 5° F — Tel. 44-8996
ADHESION <b>Dr. Paulina Flax</b>	<b>Dr. Golda Grossman</b> Fgta. Pte. SARMIENTO 1148 - Dpto. "A"
ADHESION <b>Dr. Beatriz Lewkowicz</b>	<b>Dr. Nora Kotler</b> NAZCA 5451 — Tel. 52-7788
<b>Dr. Moisés Gerszenszteig</b> BELGRANO 2955 — Tel. 760-8914 MUNRO	<b>Dr. Elías I. Zandperl</b> VIAMONTE 2811 - P. baja — Tel. 55-4129
<b>Dr. Jeanette Staryfurman</b> LAVALLE 2668 - 2° C — Tel. 87-7287	<b>Dr. Marta Goldin</b> Endodoncia PARAGUAY 2535 - 8° B — Tel. 85-78662
<b>Dr. Susana Tabakman</b> BERUTI 3731 - 1° C — Tel. 72-0861	<b>Dr. M. R. Valsangiácomo de Lavinia</b> BOLIVIA 4368 — Tel. 51-7480
ADHESION <b>Dr. Bladys Biondo</b>	<b>Dr. Luis A. Arena</b> BUENOS AIRES 554 — Tel. 629-4924 CASTELAR
<b>Dr. Luis Klun</b> NAVARRO 1212 — Tel. 749-0762 TIGRE	<b>Dr. Ana María Rueda de Stanglino</b> MARTIN RODRIGUEZ 475 — BOULOGNE
<b>Dr. Felipe García</b> LAVALLE 419 — BERNAL	<b>Dr. Natalio Schesak</b> GASCON 557 — Tel. 88-8990
<b>Dr. Eusebio P. González</b> OLIVERA 445 — Tel. 67-0456	<b>Dr. Sara Sneibrun</b> CUENCA 3378 - Piso 1° — Tel. 536393
<b>Dr. Aitor Vignau</b> GALLO 1098 - 1° E — Tel. 87-3219	<b>Dr. Jaime J. Fiszman</b> TRIUNVIRATO 3892 - 2° Piso — 51-8754
ADHESION <b>Dr. Angel Lagorio</b>	<b>Dr. Víctor N. Levy</b> SUCRE 2320 — Tel. 781-3764
<b>Dr. Santiago Poggio</b> Avda. CRUZ 902 — Tel. 922-0187	

GUIA DE PROFESIONALES

**Dra. Henja F. de Rapaport**  
ALVAREZ JONTE 4752 — Tel. 566-7284

**Dra. Catalina Dvorkin**  
NAZCA 463 Piso 1° — Tel. 61-9794

**Dr. Daniel B. Minteguiaga**  
12 DE OCTUBRE 135 — Tel. 22-6008  
AVELLANEDA

**Dr. Eduardo Sussman**  
ALSINA 194 — Tel. 253-1976  
QUILMES

**Dr. Saúl Leibovich**  
CORRIENTES 5233 - Piso 1° - Oficina 105  
Tel. 55-8584  
CURUCHET 1792 — CASTELAR

ADHESION

**Dra. Beatriz G. Francia**

**Dra. Susana E. González de Palermo**  
GALLO 1206 — Tel. 898661

**Dr. Marcelo Jaberman**  
GAVILAN 1456 — Tel. 59-9523

**Dra. Amelia G. Montes de Ozores**  
BOGOTA 3962 — Tel. 672083

ADHESION

**Dra. Marta Pizarro**

**Dr. Eduardo M. Casalla**  
LEZICA 4334 - 1° I — Tel. 88-1958

**Dra. Marta Zimerman**  
MOLDES 2132 - Pl. baja — Tel. 781-6847

**Dr. Rubén Espinosa**  
11 DE SEPTIEMBRE 3368 — Tel. 744-6503  
VICTORIA

**Dr. Miguel Stratas**  
SARMIENTO 2234 - 2° Piso - Depto. 19  
Tel. 47-6039

**Dra. Norma A. de Diamante**  
RIVADAVIA Y ACERBONI — Tel. 0320-2704  
JOSE C. PAZ

ADHESION

**Dr. Mauricio Rascovan**

**Dra. Graciela Encina**  
J. A. CABRERA 5176 — Tel. 772-3389

**Dr. Guillermo Gaudio**  
RIVADAVIA 5748 - 1° B — Tel. 99-6775

**Dr. Santos Carlos Motta**  
M. BERMUDEZ 5026 — Tel. 750-8430  
CASEROS

**Dra. Raquel Kirzner**  
CORRIENTES 5223 1° 107 — Tel. 55-4065

**Dra. Lea Casoy**  
LAMBRARE 908 — Tel. 87-5020

**Dr. Isaac Blejman**  
ROSARIO 683 - 3° 15 — Tel. 99-7571

**Dr. Arturo Alvarez**  
A. THOMAS 1835 — Tel. 51-3018

**Dr. Joaquín Orlando**  
SANTA FE 3242 - P. B. "E" — Tel. 80-3846

**Dra. Gloria Lombera**  
RICO 188 — Tel. 6198  
DOLORES

ADHESION

**Dr. Silvano Plazzotta**

**Dra. Inés Knutzen**  
Ing. SILVEYRA 3971 — Tel. 796-7260  
VILLA ADELINA

**Dr. Juan Garkunkel y  
Dra. Celia P. de Garfunkel**  
FRAGA 177 - Dpto. A — Tel. 55-5511  
Avda. A. GALLARDO 577 — Tel. 54-1618

**Dra. Norma Clyde S.  
de Luftman**  
PRINGLES 1033 — Tel. 658-4666  
RAMOS MEJIA

**Dra. Elida Crescente  
de Cuttiva**  
FITZ ROY 2272 - P. B. "D" — Tel. 771-5141

**Dra. Rosa Prach**  
VARELA 3305 - 1° "3" — Tel. 923-9397

ESTABLECIMIENTO DENTAL "FARE" S.R.L.

E. BRESSAN - A. BORGI - R. CAVALLO

REMOVIBLES — CROMO COBALTO

PROTESIS ARTICULADA Y ORTOPEDIA FUNCIONAL

PROTESIS FIJA

PUENTES CON ACRILICO IMPORTADO HUE-LON

PYROPLAST

CERAMCO

ATTCHMENT ANCORVIS, CON RESILIENCIA

SOLER 5768

T. E. 77-8763

BUENOS AIRES

ZORRILLA  
DENTAL

ANUNCIA:

Su próximo traslado a su nuevo local propio: JUNIN 967 - CAPITAL

(En la misma vereda de su actual local)

Visitenos y conozca nuestras novedades dentales

en I.O.A. está lo mejor

Visite nuestra exposición  
Instalaciones Odontológicas Integrales

M. T. de Alvear 2181 - 3° P. 11 y 12  
Tel. 85-3795

Distribuidora FARO

ADHESION

Urquiza Central Cooperativa  
de Crédito

Triunvirato 5201

Tel. 51-7317

## CONSULTORIO DE RADIOLOGIA DENTAL

Dr. Oscar Guinsburg

Exclusivamente radiografías dentales:

Intraorales — Extraorales — Oclusales

**ENTREGA INMEDIATA**

Horario: 10 a 13 y 16 a 20 hs.

Sábados: 10 a 13 hs.

CORRIENTES 5233 — Galería Galecor - Local 43 — Tel. 55-7952  
BUENOS AIRES

## PEDRO LANGONE

Laboratorio de Ortopedia Maxilar

BIMLER - STOCKFISCH - KINETOR  
BENAS - PLACAS PLANAS  
ACTIVADORES SCHWE NKPLATTE

ANCHORENA 1178  
BUENOS AIRES

Teléfono 82-7349

## Talleres

### FERRARI S.C.A.

FABRICA DE SILLONES Y

EQUIPOS DENTALES

BURELA 3267

T. E. 52 - 0841

### 3º Congreso Americano de las Disgnacias

1 al 3 de noviembre de 1973

LIMA — PERU

Auspiciado por la Asociación Americana para  
el estudio y tratamiento de las disgnacias

INFORMES:

Edificio Las Magnolias 101-102 Residencial  
San Felipe - Jesús María - Lima - Perú

## reglamento de publicación

1. Los trabajos que se remitan para ser publicados, deben ser inéditos, permaneciendo en tal condición hasta su aparición en la Revista del Ateneo Argentino de Ortopedia Maxilar.

2. Deberán ser dirigidos a la Dirección de la Revista, Anchorena 1176, Buenos Aires, República Argentina.

3. Los artículos presentados para su publicación, deberán versar sobre temas de odontología o materias afines de nivel técnico-científico.

4. Todos los trabajos enviados para su publicación, deberán versar sobre temas Comité de Redacción y/o por los asesores que éste considere designar oportunamente, reservándose el derecho de aceptarlos o rechazarlos parcial o totalmente, informando al autor o autores el motivo de tal determinación.

5. Los trabajos deberán presentarse en idioma castellano. Los trabajos en otros idiomas serán traducidos al castellano por cuenta del autor o autores.

6. La presentación del trabajo original se hará en hojas de papel tamaño oficio, escrito a máquina en una sola cara del papel, a doble espacio, dejando un margen de cuatro centímetros. Las hojas deberán numerarse.

7. El título se colocará en la parte superior de la primera hoja, deberá ser lo más breve posible condensando el objetivo y resultado del trabajo. Cuando sea sumamente necesario, podrá colocarse un subtítulo, el que se separará del título por medio de punto y coma. Debajo del título, se indicará el nombre y apellido completo del autor o autores del artículo. Al final del trabajo se repetirá el nombre y apellido del autor o autores y dirección o direcciones.

8. Los trabajos se clasificarán de acuerdo a las secciones que existen en la Revista, que son:

- a) trabajos originales;
- b) página clínica, y
- c) página práctica.

9. Los trabajos podrán dividirse en: introducción, materiales y métodos, resultados, discusión, conclusiones, resumen y bibliografía.

10. La bibliografía irá cerrando el trabajo. Contendrá toda las citas y deberá ajustarse a las siguientes normas: Libros, tesis o monografías: llevará el apellido completo y nombre abreviados (iniciales) del autor o autores. Edición: se indica de la segunda en adelante, de la misma forma para cualquier idioma (ej. 7, ed.). Lugar de edición (localidad). Editor Fecha. (Ej.: Buenos Aires, El Ateneo, 1967). Página citada (ej.: p. 521).

# REVISTA ORTOPEDIA MAXILAR

## DIRECTOR

Dr. ELIAS BESZKIN

## SECRETARIO

Dr. MARCOS LIPSYZC

## Cuerpo Redacción

Dr. LUIS ZIELINSKY

Dra. NOEMI LISMAN

Dra. ELSA GERZOVICH

Dra. MARTA V. de GOLDENBERG

Dr. MIGUEL STRATAS

Dra. GRACIELA ENCINA

Dra. LIA BARANCHUK

## 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

ELISA PUIGDOMENECH

Correspondencia:

ANCHORENA 1176/78

Buenos Aires, Rep. Argentina



Volumen X

Nº 1

Año 1973

## INDICE

### EDITORIAL

Institucionalización de nuestra facultad ..... 11

### TRABAJOS ORIGINALES

Elías Beszkin

Prevención de la mordida abierta ..... 13

Miguel J. Stratas

Contención en mordidas abiertas ..... 18

Beatriz Lewkowicz, Catalina Dvorkin, Henja  
de Rapaport y Estela Woloski

Resultados de los tratamientos en las mordidas  
abiertas ..... 20

Jaime J. Fizman

Recursos: Materiales y humanos para el trata-  
miento de las disgnacias ..... 30

Conclusiones del 2do. Congreso Americano de las  
disgnacias ..... 33

ACTUALIZACION BIBLIOGRAFICA ..... 35

Predicción de la edad del empuje máximo de  
crecimiento ..... 37

NOTICIERO ..... 40

REUNIONES CIENTIFICAS ..... 41

# ATENEO ARGENTINO DE ORTOPEDIA MAXILAR

## COMISION DIRECTIVA:

Pres.: Dr. Jaime Flaxman; Vice: Dr. Bernardo Chalt; Secr.: Dra. Beatriz Lewkowicz; Prosecc.: Dra. Catalina Dvorkin; Tes.: Dr. Salvador Benbergui; Protes.: Dra. Sara F. de Sneibrun; Vocales: Dr. Luis Zielinsky; Dra. Paulina Flax; Dra. Henja Rapaport; Dra. Noemi Lisman; Dr. Elias Reszkin; Dra. Maria Zimmerman; Dra. Nora Kotler; Secr. de Actas: Dr. Oscar Litwin; Prosecc.: Dra. Lia Baranchuk; Rev. de Cuentas: Dr. Miguel Stratas; Dr. Bernardo Letzen.

## SUB - COMISIONES

**COMISION DE CLINICA:** Dr. Miguel Stratas; Colab.: Dra. Silvia Budoy; Dr. Elias Reszkin; Dr. Leonardo Voronovitsky; Dra. Teresa K. de Ierselson; Dr. Jaime Flaxman; Dra. Paulina Flax; Dr. Daniel Mintegulaga; Dra. Beatriz Lewkowicz; Dr. Elias Samolovich; Dr. Juan Resniky.

**Socio Económica:** Dr. Bernardo Letzen.

**Aosor:** Dr. Epifanio Palermo.

**Direccn:** Dra. Paulina Flax.

**Colaboradores:** Dra. Marta Mamoni; Dra. Maria Barrero; Héctor Slotowizada; Sara Mutilva; Alberto Rodenslein; Dra. Dina Goldin; Dra. Beatriz Francia; Rr. Mario Notarnicola; Dr. Aitor Vignao; Dr. Bernardo Letzen; Dra. Silvia Zyeman; Dra. Nora Anzorena; Dr. Oscar Litwin; Dr. Garcia Felipe; Dra. Beatriz Gargiullo; Dra. Norma Cerrato; Dra. Lara Emma; Dra. Elida Crescente de Cuttica; Dra. Ester Maria Grecia; Dra. Mariá Isabel Martínez.

**Revista:** Dr. Elias Reszkin y cuerdo de redacción de la misma.

**Genitica:** Direc.: Dr. Luis Zielinsky; Dra. Graciela Encina.

**Odontopediatria:** Direc.: Dra. Marta W. de Zimmerman; Dr. Leopoldo Breithard.

**Finanzas:** Tesorero: Protes. y Rev. de Cuentas.

**Biblioteca:** Direc.: Dra. Paulina Flax y Dra. Elsa Gerzovich; Luis A. Arena.

**COMISION DE CURSOS:** Directora: Dra. B. Lewkowicz; Colaboradores: Dra. H. Rapaport; Dra. C. Dvorkin; Dra. M. Goldenberg; Dr. L. Zielinsky; Dra. M. Zimmerman.

**Seminarios:** Colaborador: Dr. Victor N. Levy.

**Sanitaria:** Dirección: Dra. Paulina Flax; Colaboradores: Nora Alicia Anzorena, Maria Esther Abate Grecia, Norma Amato, Maria Barrero, Elida Crescente de Cuttica, Beatriz Francia, Dina Goldin, Felipe Garcia, Beatriz Gargiullo, Oscar Litwin, Bernardo Letzen, Emma Lara, Sara Mutilva, Maria Isabel Martínez, Mario Notarnicola, Alberto Rodenstein, Héctor Slotowizada, Aitor Vignao y Silvia Zyeman.

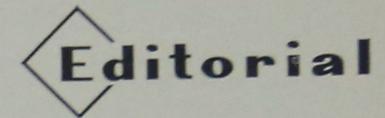
LAS OPINIONES expresadas en esta revista no reflejan el punto de vista del ATENEO ARGENTINO DE ORTOPEDIA MAXILAR, a menos que hayan sido adoptadas por el mismo.

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 simil. • Deseamos permuttar com as revistas congeneres. • We wish to exchange with similar magazines. • Un austausch wird gebeten.



## Institucionalización de nuestra Facultad

No queda duda que la crisis por la que está pasando el país toca a todos los aspectos de la vida del mismo. La Universidad no escapa a ella lo que se manifiesta fundamentalmente en su inestabilidad.

El no funcionamiento de los organismos democráticos que nuestra Constitución prevé indudablemente contribuyó a acrecentar esa crisis. Pero no podemos ser tan simplistas como para creer que la falta de dichas instituciones democráticas fueron la razón de la crisis. De ahí que la eminente normalización de las instituciones no traería de por sí un mejoramiento de la situación.

La acción unida de todos aquellos interesados en superar la crisis producirá efectos mayores que la fría y formal normalización institucional del país.

Durante el período en que dichas instituciones no funcionaron ocurrieron hechos dentro de la esfera médica odontológica que determinaron la aparición del diálogo y la colaboración entre las diversas instituciones incluido nuestro Ateneo, llegándose a constituir comisiones que actuaron en común frente a problemas no sólo de interés gremial y profesional sino también de interés para la población. Es decir que en nuestro reducido marco de graduados pudimos actuar positivamente gracias a la unidad de acción.

En esta nueva etapa los hechos pasados nos deben llamar a la reflexión con respecto a la participación del claustro de graduados en todo el quehacer de nuestras facultades como así también en todos los aspectos de nuestra profesión relacionados con los intereses o las necesidades de la población.

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

NOVEDADES 1972

## ORTODONCIA ACTUALIZADA

Por **D. P. WALTHER** y otros  
Teoría y práctica de la especialidad, en su concepción más moderna, para estudiantes, posgraduados y odontólogos generales. Un volumen encuadernado, con 434 figuras.

## REHABILITACION BUCAL

Por **MAX KORNFIELD**  
Obra integral, que examina técnicas y materiales, explica el porqué de cada procedimiento y describe con detalle cada paso operativo. Dos tomos encuadernados, con más de 1.000 grabados y 2 láminas en colores.

## UN ATLAS DE ODONTOPIEDIATRIA

Por **D. B. LAW**, **T. M. LEWIS** y **JOHN M. DAVIS**  
Excelente y completa guía fotográfica de la odontopediatría clínica, que brinda información exacta, clara y breve, de utilidad inmediata para la práctica profesional. Un volumen encuadernado, con 771 figuras.

## DOLOR FACIAL Y DISFUNCION MANDIBULAR

Por **LASZLO SCHWARTZ** y **CHARLES M. CHAYES**  
Todos los tipos de dolor facial, desde las neuralgias típicas y atípicas hasta los trastornos psicogénicos, discutidos con detalle y profundidad en una obra escrita por 21 autoridades mundiales. Un volumen encuadernado, con 142 figuras.

## OCCLUSION Y REHABILITACION

Por **VARTAN BEHNSILIAN**  
Obra densa, clara y sistemática, que presenta los fundamentos científicos de la odontología en cuanto a normalidad, patología, diagnóstico y tratamiento integrando la dentición en el complejo funcional constituido por el sistema estomatognático, como parte del complejo psicossomático individual. Con 152 ilustraciones.

## OTRAS NOVEDADES

### ENFERMEDADES DE LA BOCA — SEMIOLOGIA, PATOLOGIA, CLINICA Y TERAPEUTICA DE LA MUCOSA BUCAL

Por el profesor **DAVID GRINSPAN**  
3 tomos de lujosa encuadernación, con 2.600 páginas, 2.000 fotografías en blanco y negro y 250 en colores.  
**Tomo I.** Los elementos para el diagnóstico de las enfermedades de la mucosa bucal. Semiología y propedéutica clínica.  
**Tomos II y III.** Patología, clínica y terapéutica de las enfermedades de la mucosa bucal.

### OCCLUSION — CONCEPTOS PARA EL CLINICO

Por **IRA FRANKLIN ROSS**  
Estudio cabal de los principios, indicaciones y prevenciones para crear una oclusión fisiológica adecuada. Con 578 ilustraciones.

### INTRODUCCION A LA ORTODONCIA

Por **ANDERS LUNDSTROM** y otros  
Texto elaborado por un equipo de autores escandinavos y adoptado por la docencia superior de los Estados Unidos. Con 246 figuras.

### ODONTOLOGIA PARA EL NIÑO Y EL ADOLESCENTE

Por **RALPH E. McDONALD**  
Todos los problemas de la odontopediatría y sus soluciones más actuales, tratados por 14 renombrados especialistas. Con 477 figuras.

## CREDITOS

PARAGUAY 2100/JUNIN 895 BUENOS AIRES Tel. 83-9339/9663

# Trabajos Originales

## Prevención de la mordida abierta

ELIAS BESZKIN

Para abordar el tema de la prevención de la mordida abierta, se debe dejar aclarado que nos referimos a aquellos pacientes que no presentan aun los signos característicos de la maloclusión, sin embargo pueden adquirirla por la existencia de algún hábito o la tendencia de crecimiento o que por alguna maniobra ortodóncica podrían conducir a la formación de la mordida abierta.

También se debe dejar constancia que sin los conocimientos de la etiopatogenia de esta entidad clínica, poco podríamos hacer para prevenirla, porque no estaríamos al tanto de los mecanismos de acción de las causas que la producen.

Hábitos, deglución, crecimiento, maniobras ortodóncicas, será el orden en que enfocaremos este capítulo.

### HABITO

Por lo general los niños succionan el dedo después de haberse amamantado, y puede persistir esa costumbre hasta los 3 ó 4 años de edad.

Siempre es más recomendable el uso del chupete a la succión del dedo, por ser aquel menos traumático, y cuando el niño comienza a relacionarse con otros, resulta más fácil hacerlo desistir de su costumbre.

En los casos en que la succión del dedo persiste por más tiempo (más del tercer o cuarto año de vida) y dicha succión es muy potente, lo trataremos como veremos más adelante.

Los niños que succionan el dedo hasta una edad próxima a la erupción de los incisivos permanentes, y aquellos cuyos hábito persiste aún con esos incisivos ya

erupcionados, presentan un problema más serio, pues no dejarán el hábito, a menos que solucionen el problema psicológico fundamental y su consecuencia que es la ansiedad, por lo que el tratamiento ortodóncico debe ir acompañado con un tratamiento médico paralelo.

El tratamiento ortodóncico de estos succionadores, para evitar la formación de la mordida abierta, consiste en la instalación de un arco lingual (fig. 1) que no interfiera los movimientos naturales de la lengua y que sólo actúe como un recordatorio del paciente.

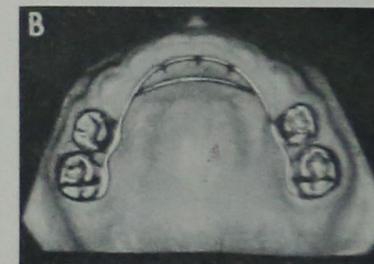


Fig. 1. — Arco lingual (Moyers).

Nosotros preconizamos el uso de la placa con superficie de goma oclusal (fig. 2) del Dr. Lipszic, con o sin parrilla, que a la mayoría de los pacientes les resulta muy agradable, por lo que lo usa muchas horas. El mordisqueo de esta placa lo induce a reemplazar el vicio de la succión por un hábito positivo de morder.

### DEGLUCION

En cuanto a este tópico, se le ha dado una responsabilidad mayor de la que en realidad posee.

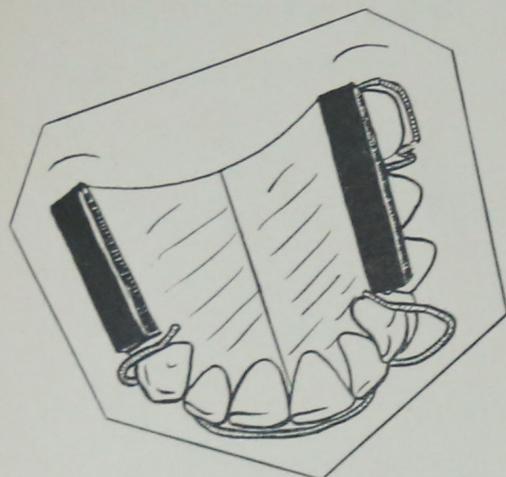


Fig. 2. — Placa removible con superficie de goma sobre las superficies triturantes (Lipszyc).

El acto deglutorio con interposición lingual, o mejor dicho con empuje lingual, no es un acto anormal, sino una variante de la deglución normal, como lo dice Lündstrom, y no siempre produce mordida abierta.

Sólo en los casos en que el empuje lingual sea muy potente y el terreno óseo potable, podría producir mordida abierta.

Para esos casos recomendamos la colaboración de una foniatra, para que se le enseñe hacer el acto deglutorio sin interposición lingual y luego le instalaremos un arco lingual para que también aquí actúe como recordatorio.

En general podemos decir, que si el paciente no presenta ninguna anomalía de tipo esquelético, y la mordida abierta se debe a una falta de desarrollo de la apófisis alveolares por la existencia de un hábito, la mordida abierta se autocorriga, sin la necesidad de instalar ningún aparato, siempre y cuando se consiga eliminar el vicio.

### CRECIMIENTO

Pasamos a considerar la prevención de la mordida abierta en aquellos pacientes cuyas tendencias de crecimiento pueden ser la causa de la formación de la anomalía.

Como ya lo señalara Björk, existen tendencias de crecimiento de la mandíbula que la llevan hacia abajo y atrás (fig. 3), apartándola del maxilar superior, y son aquellos casos cuyo cóndilo crecen hacia atrás

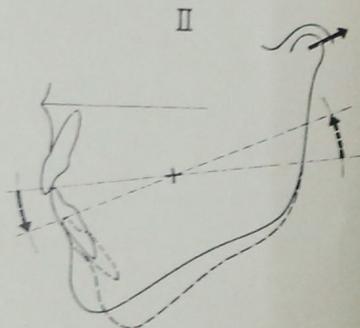


Fig. 3.

y tienen un punto de apoyo en la zona molar. Es decir una rotación posterior de la mandíbula. Es decir una tendencia a separar ambas arcadas y producir una mordida abierta, si las alveolares no alcanzan a compensar este crecimiento divergente de los maxilares.

En los casos de rotación posterior de la mandíbula, debemos actuar en el sentido de redireccionar el crecimiento mandibular, lo que podemos lograr, alterando sólo un aspecto de los dos factores, ya que sobre la tendencia de crecer hacia atrás del cóndilo no podemos influir, lo haremos alterando el punto de apoyo a nivel del plano oclusal.

El problema del crecimiento nos pone ante dos dilemas:

- a) Cómo podemos predecir el crecimiento,
- b) cómo alteramos el punto de apoyo a nivel del plano oclusal,
- a) Cómo predecir el sentido de rotación de la mandíbula.

No siempre estamos en condiciones de poseer varias telerradiografías de distintas épocas del paciente, para poder efectuar las superposiciones de las mismas y poder visualizar la tendencia de crecimiento de la mandíbula, sin embargo podemos tentar predecir cuál será, aunque no sea más que una hipótesis de trabajo, porque esta predicción supone que el crecimiento se hará en el mismo sentido que el del crecimiento pasado, cosa que no siempre ocurre.

Para poder predecir el sentido del crecimiento de la mandíbula nos valemos del método estructural de Björk.

Para Björk las mandíbulas que crecen hacia adelante y arriba presentan las si-

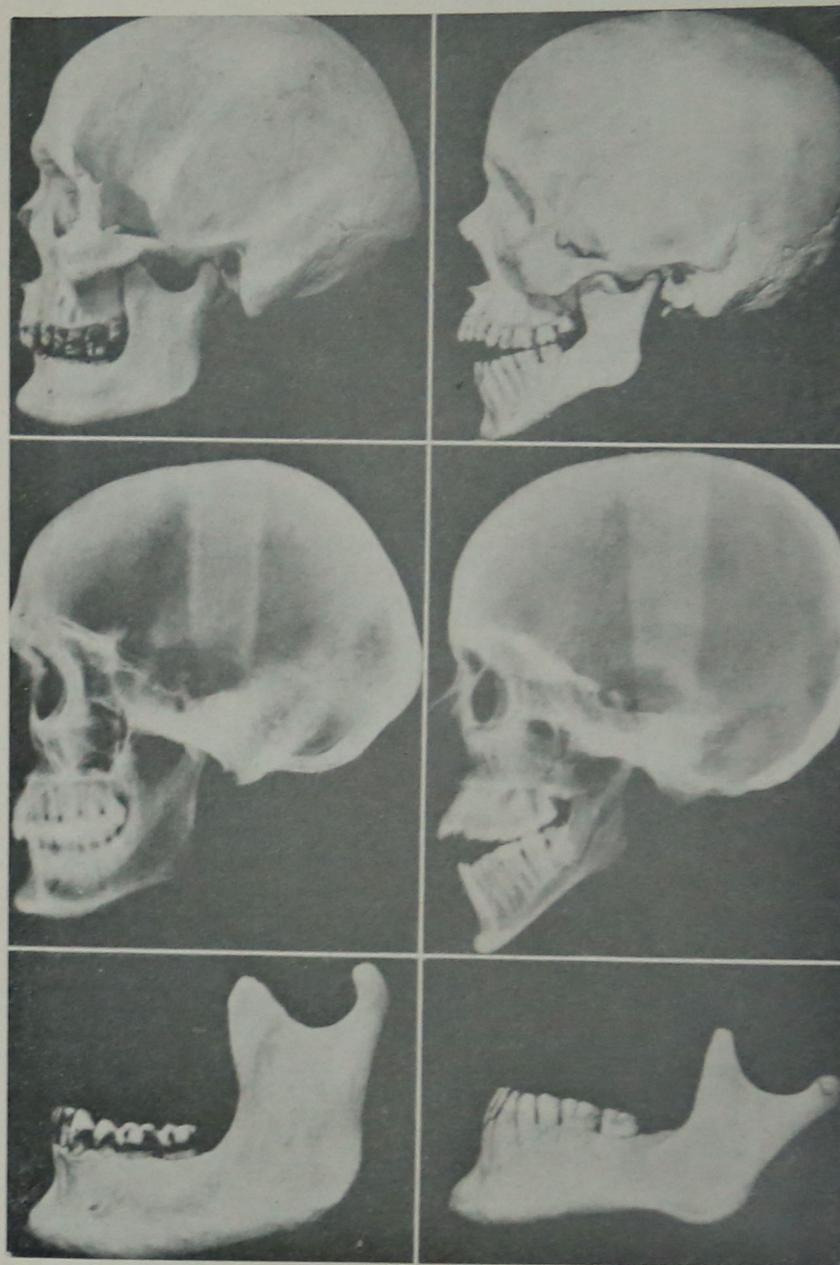


Fig. 4. — Signos estructurales del crecimiento rotacional de la mandíbula en dos cráneos, uno con mordida profunda basal y otro con mordida abierta basal (Björk).

guientes características (fig. 4):

- Cóndilo alargado hacia arriba y adelante.
- Conducto mandibular muy curvo.
- Borde mandibular redoneado y sin escotadura.

Parte superior de la sínfisis inclinada hacia adelante.

Angulo interincisivo abierto.

Cortical subsinfisiaria espesada.

Las mandíbulas que crecen hacia atrás y

abajo, que son los casos que tienden a producir la mordida abierta, tienen las siguientes características:

Cóndilo alargado hacia atrás.

Conducto mandibular poco curvo.

Borde mandibular encurvado adelante del ángulo goníaco y aplanado en el sector anterior.

Sínfisis inclinada hacia atrás.

Los incisivos inferiores siguen el eje de la sínfisis.

Ángulo interincisivo poco abierto.

Cortical subsinfisaria poco espesada.

No siempre se encuentran todos estos signos, pero cuanto más haya más serán definitivos del tipo de crecimiento de la mandíbula.

b) El segundo punto a resolver es cómo alteramos el punto de apoyo a nivel del plano oclusal, a los efectos de redireccionar el crecimiento mandibular.

La instalación de la placa con plataforma de goma oclusal nos ha dado muy buen resultado, pues impide el contacto de los molares y premolares con sus antagonistas al mismo tiempo que incita al paciente a aumentar considerablemente los impulsos masticatorios, induciendo a una reposición mandibular debido a una intensificación de las informaciones propioceptivas periodontales, redireccionando el crecimiento alveolar. Es decir, no intruye el sector lateral, sino que actúa sobre los mecanismos de regulación de la oclusión, como ser el crecimiento condíleo y el alveolar.

#### MANIOBRAS ORTODONCICAS

En los casos del tratamiento de una distoclusión con poco overbite, si empleamos un arco de tracción extraoral nos cuidaremos mucho que el brazo extraoral actúe hacia atrás y sobre todo hacia arriba de manera que ejerza una fuerza intrusiva sobre el molar, pues en el caso contrario (fig. 5) actuaría extruyendo el molar provocando un punto de contacto posterior que obligaría a la mandíbula desplazarse hacia abajo y atrás, que al mismo tiempo que agrava la distoclusión, produce una mordida abierta. Según Merrifield, por cada milímetro de extrusión del molar superior abre casi un grado el ángulo Frankfort-mandibular, y por cada grado de extrusión del molar superior, se desplaza  $\frac{1}{2}$  mm. hacia atrás el molar inferior.



Fig. 5.

Analizaremos como se puede producir una mordida abierta cuando corregimos una mordida cruzada lateral, de una o varias piezas.

Le Pera afirma que la articulación dentaria tiene un centro por cada lado, es decir uno derecho y otro izquierdo, que es el centro de la curva de oclusión y que denomina centro masticatorio, este centro se ubica prácticamente en la prolongación del eje de la raíz palatina de las piezas posteriores superiores, que debemos respetar a riesgo de provocar una disfunción temporomandibular.

Cuando queremos normalizar una mordida cruzada lateral, y lo efectuamos con un gran desplazamiento de las piezas, por medio de una placa activa, ésta lleva las piezas hacia vestibular, un poco inclinándolas y otro poco llevándolas paralelamente, es decir desplaza las raíces palatinas fuera de su centro masticatorio. Para evitar tal efecto, es más recomendable el uso de gomas cruzadas (fig. 6) ancladas en coronas o bandas que mueven las piezas recíprocamente permaneciendo las raíces palatinas en el eje de su centro masticatorio, al mismo tiempo que evita la formación de puntos de contacto prematuros que favorecen la rotación hacia abajo y atrás de la mandíbula.

En los casos de tratamiento ortodóncico que tienen poco overbite, y realizamos movimientos de distalación de las piezas laterales, producimos al mismo tiempo una apertura del ángulo interbasal corriendo el

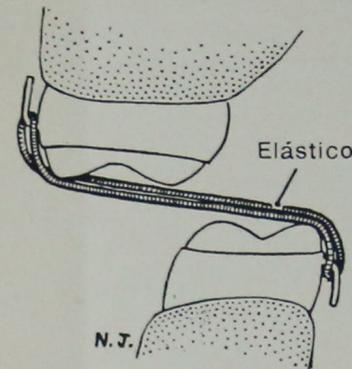


Fig. 6. — Banda elástica cruzando la mordida (Moyers).

riesgo de producir una mordida abierta, pues las piezas distaladas se ubican más cerca del vértice (fig. ...) del ángulo interbasal abierto.

#### SUMARIO

Para la prevención de la mordida abierta debemos tener en cuenta cuatro mecanismos fundamentales que la pueden producir. Ellos son hábitos, deglución con empuje lingual, tendencia de crecimiento de la mandíbula y la acción de las maniobras ortodóncicas.

Hábitos, si son removidos a tiempo, la tendencia a formar mordida abierta, son prácticamente anuladas, sin necesidad de usar ninguna aparatología.

Deglución, puede producir mordida abierta si el empuje lingual, alcanza a poseer cierta potencia, superior a la normal, y el terreno la favoreciera. La deglución con empuje lingual no debe considerársela anormal y sí una variante de la habitual. Si el empuje lingual tiende a formar una mordida abierta debe colaborar una foniatra.

Crecimiento, si éste tiende a la formación de la mordida abierta, debemos actuar en el sentido de redireccionar el crecimiento. Para lo cual preconizamos la placa con plataforma de goma oclusal, que altera el punto de apoyo a nivel del plano oclusal.

Maniobras ortodóncicas, evitar extrusión de los molares superiores que producen puntos de contacto prematuras, obligando a la mandíbula a rotar hacia abajo y atrás. Cuando hay poco overbite evitamos distalar porque produce una apertura del ángulo interbasal.



**la crema dental  
de avanzada**

- Porque en su fórmula contiene Monofluorofosfato de Sodio, la molécula capaz de asociarse con la Hidroxiapatita.
- Porque mediante el N-Lauril Sarcosinato de Sodio ejerce una acción antienzimática que inhibe la producción de Hezoquinaza Bacteriana.
- Porque el Metafosfato de Sodio insoluble es el agente que durante el proceso de limpieza ejerce una acción abrasiva asegurando un bruñido final en la superficie dentaria.

**le trident**

**Única** que por el comportamiento de los elementos básicos de su fórmula, actúa sobre los tres agentes que se forman en la superficie dentaria: película, materia alba y placa.

**Única** que agrega a la eficacia asegurada en la profilaxis de las caries, una positiva acción desensibilizante.

**DEPARTAMENTO ODONTOLÓGICO  
LABORATORIOS  
BERNABO & CIA. S.A.C.I.F.F.A.  
TERRADA 2346/48 - T.E. 50-3278/79 - Buenos Aires**

## Contención en mordidas abiertas

MIGUEL J. STRATAS

La Contención constituye la parte de la ortodoncia que tiene por objeto mantener por los medios necesarios las correcciones dentarias o maxilares obtenidas por el tratamiento activo. Por lo tanto, una vez terminado un tratamiento corrector en el que se ha restablecido una oclusión normal es necesario arbitrar los medios para que esa relación no se pierda.

La contención con éxito requiere siempre la eliminación de los factores etiológicos causantes de la anomalía y que los dientes hayan quedado colocados en una posición estable. Pero debemos aclarar que no siempre los factores etiológicos de causa esquelética determinados por el tipo de crecimiento pueden eliminarse. En estos casos lo que buscamos es compensar en la medida de lo posible liberando crecimiento compensador en la zona dento-olveolar anterior.

Como sabemos las Mordidas Abiertas se caracterizan por presentar una zona de inoclusión que puede ser anterior o lateral y pueden ser de dos tipos; el primero de origen basal o esquelético y el segundo dento-alveolar.

Dentro del primer tipo reconocemos como agente causal a la divergencia de dirección de crecimiento de los maxilares.

Mientras que en las segundas que es más común en la infancia, atribuyen su aparición a la disfunción de lengua, labios, a la succión de los dedos, a la persistencia en el uso del chupete, etc.

Ya este cuadro nos va dando la pauta de los medios de contención que debemos emplear para que no se produzca la recidiva o sea la vuelta parcial a total a la oclusión patológica.

La contención se puede realizar por métodos naturales o artificiales. Los primeros están representados por los propios elementos dentarios en perfecto equilibrio biológico y fisiológico y las segundas están representadas por todos aquellos métodos artificiales que nos permiten mantener el estado de corrección obtenido.

Para poder discernir sobre los mejores métodos de contención a emplear en las mordidas abiertas es de fundamental importancia conocer tanto la etiología de la anomalía como la edad del paciente al que se le está realizando el tratamiento. Hago hincapié en este hecho debido a que en los casos de mordida abierta que tiene su fuente de origen en malos hábitos los tratamientos interceptivos alcanzan para hacer desaparecer la anomalía por lo que la contención se reduce a prolongar el uso de la aparatología correctora para hacer desaparecer el vicio causante de la Mordida Abierta.

Con respecto a la duración de la contención en los casos de Mordida Abierta debemos también tener en cuenta dos factores, primero la etiología de la anomalía y en segundo término el tipo de aparatología empleada.

En el primer caso o sea fundamentándonos en los factores etiológicos, en aquellos casos en que la Mordida Abierta fue producto de hábitos de succión o interposición lingual, una vez conseguida la restitución de la buena oclusión y constatando la desaparición del hábito generador de la maloclusión es suficiente un corto tiempo de contención para que el caso no recidive, con la salvedad de recomendar al paciente visitas periódicas durante un lapso prudencial

para verificar la no vuelta al hábito causante de la Mordida Abierta.

En los casos de mordidas abiertas puras o sea de causa basal cuyo comienzo se opera generalmente cuando el desarrollo compensador en altura de la alveolar que normalmente acompaña a la rotación de la mandíbulas hacia atrás es insuficiente y que generalmente también se manifiesta en la edad postpuberal debemos constatar que el potencial de crecimiento se ha operado generando un estado de normo-oclusión capaz de estabilizar la anomalía haciendo que la contención en tiempo se reduzca a fijar la corrección conseguida.

Considerando el segundo factor o sea la aparatología empleada la duración de la contención depende también del tipo de técnica empleado.

En el caso de haber usado placas de ortopedia funcional maxilar o métodos similares, estos aparatos dejan al final del tratamiento tejido muy adaptado ya a la función o por lo menos tejido casi adaptado lo que redundará en una disminución apreciable del tiempo de contención a emplear.

En los casos de tratamiento con aparatos activos ya sea fijos o removibles se producen cambios estructurales óseos junto a nuevos estímulos musculares, estructuras éstas que deben ser sustituidas por los nuevos procesos de transformación para adaptarse a la nueva función, hecho este que ya nos determina que la duración del tratamiento debe ser prolongada. Generalmente la duración de la contención debe ser de aproximadamente el mismo tiempo que duró la parte activa del mismo.

Entre la aparatología de contención más usados en nuestro servicio de atención del Ateneo Argentino de Ortopedia Maxilar, podemos referirnos al Activador, la Placa de Hawley con o sin plataforma de goma, y en los casos de haber empleado aparatología fija, ésta misma en estado pasivo muchas veces lo empleamos como contención.

Concluyendo, podemos decir que la contención de los casos tratados por los distintos métodos conocidos por todos ustedes, tiene su fundamento en lo que respecta a la necesidad aparatológica y duración a dos factores: la primera etiológica y la segunda a la técnica empleada en la corrección del caso.

EN ODONTOLOGIA

# papasine

CAPSULAS



la asociación  
no superada  
que rompe  
el círculo inflamación - infección

Tetraciclina clorhidrato ..... 250 mg.  
Oxifenbutazona ..... 50 mg.  
Papaina ..... 25.000 unidades proteolíticas

PRESENTACION: ENVASES CONTENIENDO 8 CAPSULAS.

# papasine

INFANTIL

primer liofilizado por vía oral



Cada medida de 5 cm<sup>3</sup> contiene:

Tetraciclina clorhidrato ..... 125 mg.  
Oxifenbutazona ..... 50 mg.  
Papaina ..... 10.000 unidades proteolíticas

PRESENTACION: ENVASES CONTENIENDO 50 CM<sup>3</sup> DE SOLUCION.

L. LABORATORIOS  
**BERNABO & CIA. S.A.C.I.F.A.**  
Terrada 2546/48 - T. E.: 50-3278/79 - Buenos Aires

# Resultados de los tratamientos en las mordidas abiertas

BEATRIZ LUWOWICZ  
CATALINA DVORKIN  
HENJA DE RAPAPORT  
ESTELA WOLOSKI

## INTRODUCCION

Este trabajo tuvo por objeto la evaluación de los resultados habidos en las mordidas abiertas con diferentes tratamientos y fundamentalmente hacer el distinguo entre los casos tratados con y sin extracciones y un grupo en donde se utilizó aparatología con superficies triturantes de goma.

Si bien definimos como mordida abierta anterior aquella que se caracteriza por una inoclusión en la zona incisiva, esta manifestación puede deberse a dos situaciones distintas; una en la que sólo se halla afectado el nivel alveolodentario, que es la forma clínica que conocemos como mordida abierta dentoalveolar y que reconoce su origen en una perturbación neuromuscular en un terreno propicio. Por otro lado las mordidas abiertas basales en donde la alteración asienta en el nivel basal, originándose en la divergencia de dirección de crecimiento del maxilar superior e inferior y de etiología esquelética.

## MATERIALES Y METODO:

Fueron estudiados 42 casos clínicos, elegidos al azar, que tuviesen menos de 1 mm. de entrecruzamiento incisivo en el momento de iniciación del tratamiento.

En todos ellos el tratamiento se inició en la etapa de dentición mixta, finalizándose con la dentición permanente. El lapso transcurrido fue aproximadamente de dos años. Con la excepción del grupo tratado con aparatología con superficies trituran-

tes de goma, cuya duración fue alrededor de 7 meses.

A su vez los casos fueron agrupados para su estudio según tuviesen mordida abierta dentoalveolar o basal. Consideramos como dentoalveolares aquellos que tuviesen un ángulo interbasal menor de 30° y de 30° o más como mordidas abiertas basales.

Para poder extraer conclusiones de los cambios habidos hemos hecho superposición de las telerradiografías pre y posttratamiento totales y de la mandíbula.

Lo enfocamos en el doble aspecto: oclusión y perfil.

Estos cambios los evaluamos a nivel de la oclusión eligiendo los siguientes parámetros:

- 1º) mm. de entrecruzamiento pre y posttratamiento.
- 2º) Dirección de crecimiento del maxilar superior que evaluamos con el ángulo J de Schwartz.
- 3º) Dirección de crecimiento del maxilar inferior evaluado con el ángulo Go. Gn. SN de Steiner.
- 4º) Relación vertical de las basales con el ángulo interbasal de Schwart. Considerando de suma importancia para el logro estético del perfil conseguir una correcta apreciación del mentón, problema que se agrava en las mordidas abiertas basales, donde la mandíbula se halla rotada hacia abajo y atrás con un mentón huidizo. Otro de los parámetros elegidos fue:
- 5º) Protusión del mentón en relación al

perfil, medido por la distancia en mm. entre Pogonion y NB.

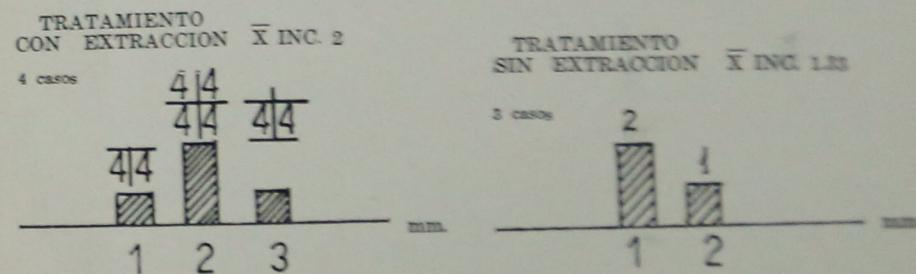
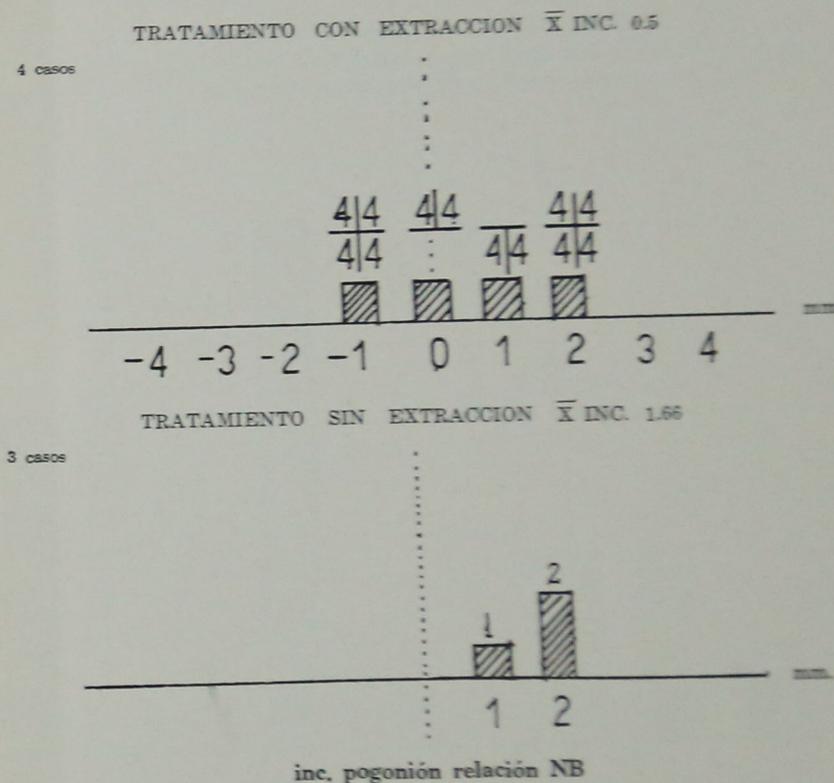
## HALLAZGOS

- 1º) Dentro de los 42 casos clínicos estudiados encontramos un gran desnivel entre los casos dentoalveolares y basales. Sólo en 7 de ellos se hallaba afectado exclusivamente la zona dentoalveolar.

## RESULTADOS OBTENIDOS EN LAS MORDIDAS ABIERTAS DENTOALVEOLARES

- 2º) En estos casos dentoalveolares el pronóstico se hace favorable en cuanto al logro del entrecruzamiento incisivo y en el incremento del mentón, siendo los resultados semejantes en los casos tratados con y sin extracciones. (Fig. 1).

### MORDIDA ABIERTA DENTOALVEOLAR dif. de mm. de entrecruzamiento



(Fig. 1)

RESULTADOS OBTENIDOS EN LAS MORDIDAS ABIERTAS BASALES

De los 35 casos restantes fueron tratados 17 con extracciones, 11 sin extracciones y 7 con aparatología con superficies triturantes de goma. Los casos tratados con extracciones de los cuatro primeros premolares, dos casos de los cuatro primeros molares, uno los dos primeros molares inferiores y cuatro con extracciones de los primeros premolares inferiores. (Fig. 2).

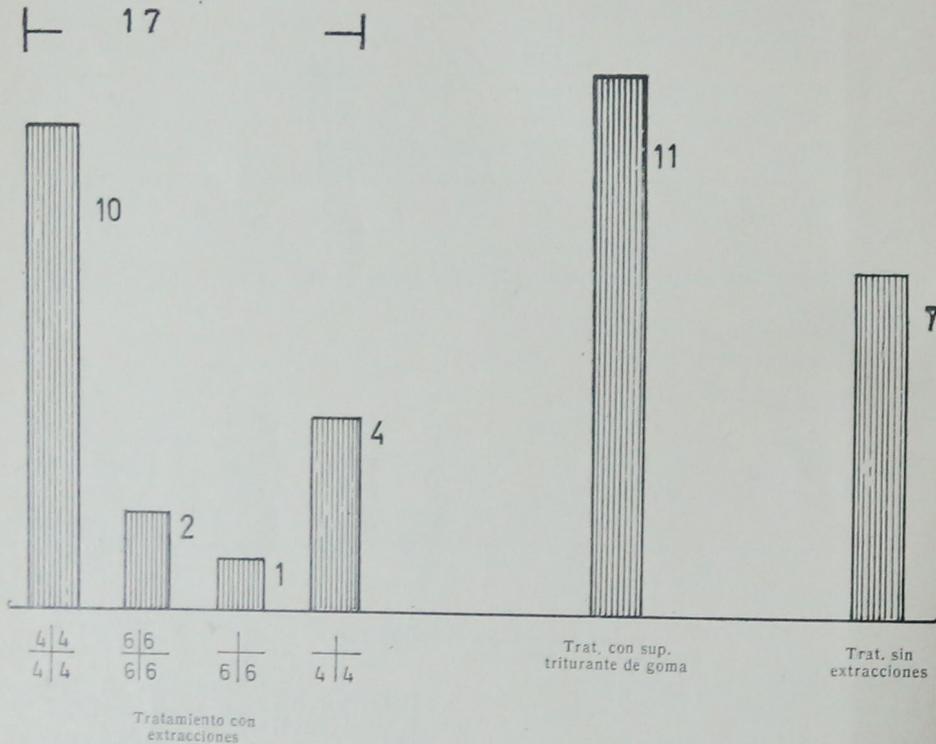
1º) Variación de los mm de entrecruzamiento incisivo.

De los 17 casos tratados con extracciones hubo una mejoría en el 76 % de ellos, con una media aritmética del incremento de 1,72 mm.

En los 11 casos tratados sin extracciones la mejoría fue en el 54 % de ellos, con una media de 0,72 mm.

En los restantes 7 casos tratados con

DISTRIBUCION DEL MUESTREO SOBRE CASOS DE MORDIDAS ABIERTAS BASALES SEGUN TRATAMIENTO RECIBIDO



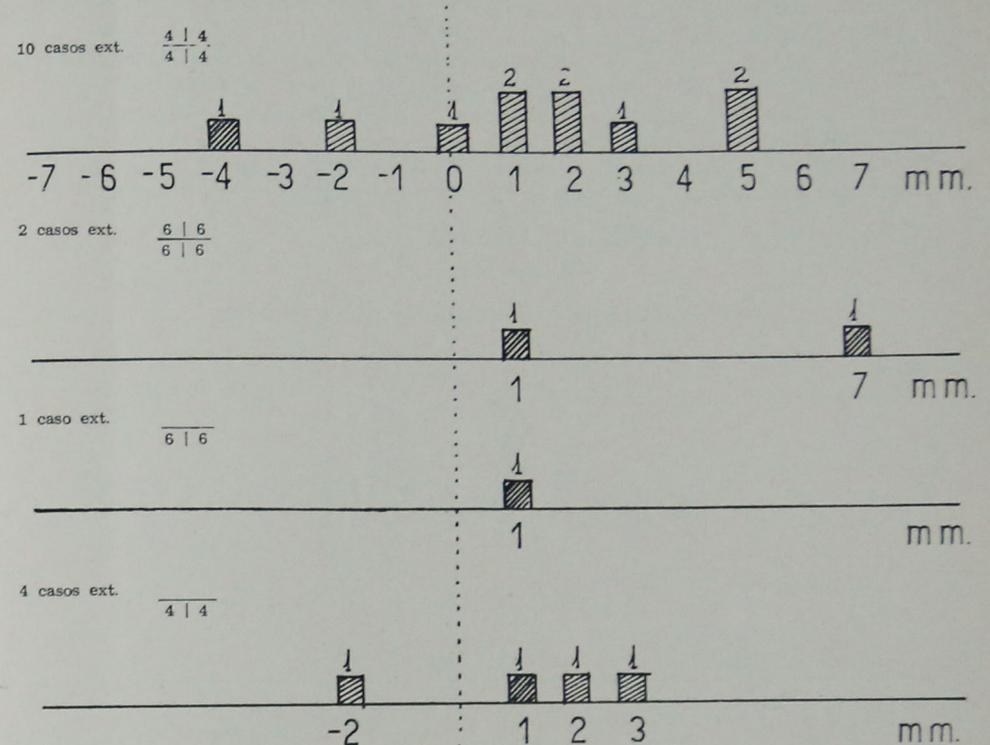
(Fig. 2)

Consideraremos las variaciones habidas en los diferentes parámetros. En todos ellos trabajamos con las diferencias entre las medidas pre y pos-tratamiento.

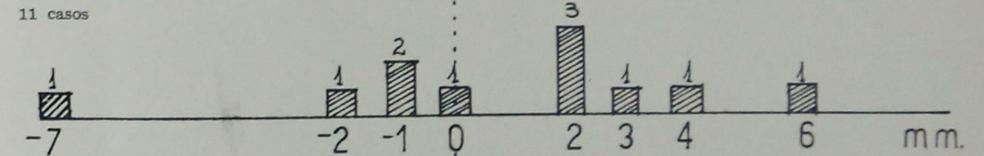
aparatos con superficie triturante de goma la mejoría fue del 100 % y la media de 3,71 mm. (Fig. 3).

MORDIDA ABIERTA BASAL dif. de mm. de entrec.

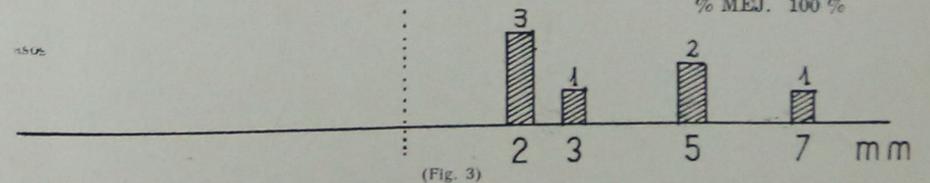
TRATAMIENTO CON EXTRACCIONES  $\bar{X}$  INC. 1,52 % MEJ. 76 %



TRATAMIENTO SIN EXTRACCIONES  $\bar{X}$  INC. 0,72 % MEJ. 54 %



TRAT. CON SUP. TRITURANTE DE GOMA  $\bar{X}$  INC. 3,71 % MEJ. 100 %



(Fig. 3)

2º) Variación de la dirección del maxilar superior

Antes de considerar este parámetro queremos señalar que habiendo sido estudiado en un trabajo reciente que dimos a conocer en el 2º CIOR encontramos que las rotaciones habidas en la basal del maxilar superior durante el crecimiento guardaban relación con el desarrollo de cara media, siendo poco influenciado con nuestra terapia.

Sin embargo la evaluamos para saber en

que medida influyó en las variaciones del ángulo interbasal.

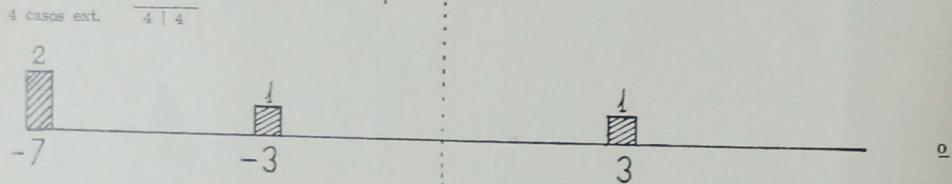
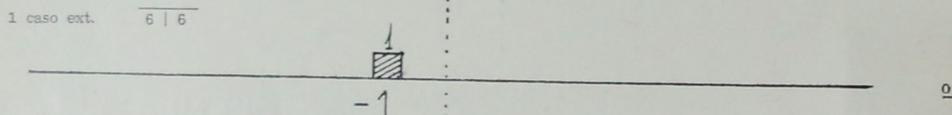
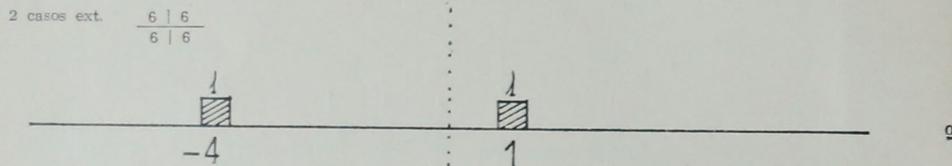
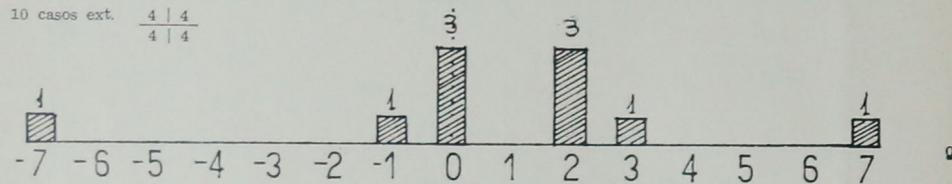
En los tratamientos con extracciones hubo un incremento del ángulo J con una media de 0,23º.

En los tratados sin extracciones hubo un decremento siendo su media 1,18.

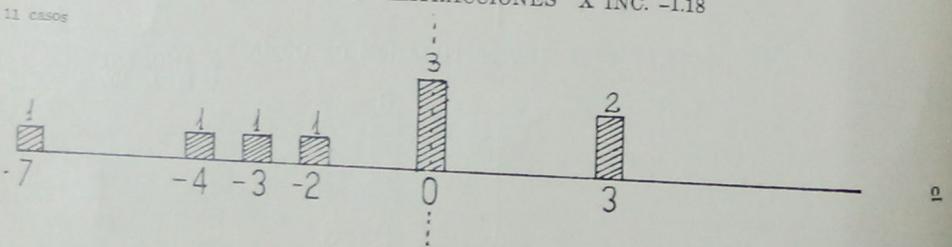
En los 7 casos tratados con aparatología con superficies triturantes de goma hubo un decremento del ángulo J, siendo su media de 0,14º. (Fig. 4).

MORDIDA ABIERTA BASAL  
dif. del ángulo J

TRATAMIENTO CON EXTRACCIONES  $\bar{X}$  INC. 0.23

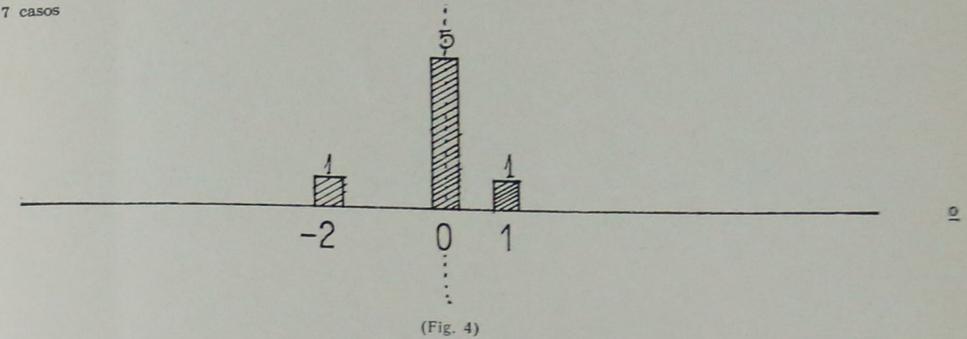


TRATAMIENTO SIN EXTRACCIONES  $\bar{X}$  INC. -1.18



TRAT. CON SUP. TRITURANTE DE GOMA  $\bar{X}$  INC. -0.14

7 casos



3º) Variación de la dirección del maxilar inferior.

En los casos con extracciones hubo un decremento del ángulo Go Gn SN, siendo la media de 0,58º.

En los casos sin extracciones hubo un incremento del ángulo Go Gn SN., con una media de 0,63º.

En los tratados con aparatología con superficie de goma hubo un decremento con una media de 1,28º. (Fig. 5).

4º) Variaciones en el ángulo interbasal

Antes de entrar a considerar las variaciones de este ángulo, debemos pensar que su medida es compleja, siendo reflejo de las variaciones sufridas por la basal del maxilar superior e inferior, de allí que su valor no puede considerarse aisladamente, sino referido a las dos magnitudes antes señaladas.

Hecha esta aclaración y teniendo en cuenta que este ángulo expresa la dimensión vertical de la oclusión encontramos:

En los 17 casos tratados con extracciones disminuyó el ángulo interbasal siendo la media del decremento de 1,64º.

En los 11 casos tratados sin extracciones disminuyó el ángulo interbasal siendo la media de 1,18º. En estos casos hubo una coincidencia favorable que fue la disminución del ángulo J.

En los 7 casos tratados con aparatología con goma triturante hubo un decremento con una media de 0,85º.

5º) Incremento del pognon en relación a NB.

En general la mejoría se dio en mayor magnitud en los casos tratados con extracciones con una media del incremento de 1,70 mm.

En los tratados sin extracciones la media del incremento fue de 0,81 mm. Y en los tratados con aparatología con gomas la media del incremento fue de 1,14 mm.

Conclusiones

En las mordidas abiertas dentoalveolares el pronóstico se hace favorable en los dos aspectos perfil y oclusión, ya que el hecho de que comprometan exclusivamente el hueso alveolar y procesos dentarios posibilitan una restitución ad integrum.

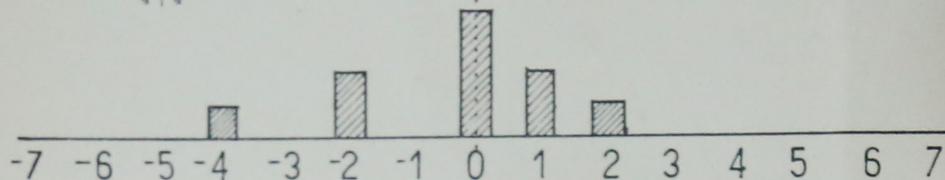
En relación a las mordidas abiertas basales señalaremos que la existencia de una notable diferencia en cuanto logro obtenido de un mayor entrecruzamiento dentario y las escasas modificaciones a nivel basal nos lleva a la conclusión que el cierre de las mordidas abiertas basales se produce por una compensación manifestada por un mayor crecimiento en la zona alveolodentaria anterior, más que por un cambio de dirección de crecimiento basal.

Los cambios obtenidos en la dirección de crecimiento del maxilar inferior fueron de escasa magnitud, con una ligera ventaja en los casos tratados con extracciones y o con aparatología con superficies triturantes de goma.

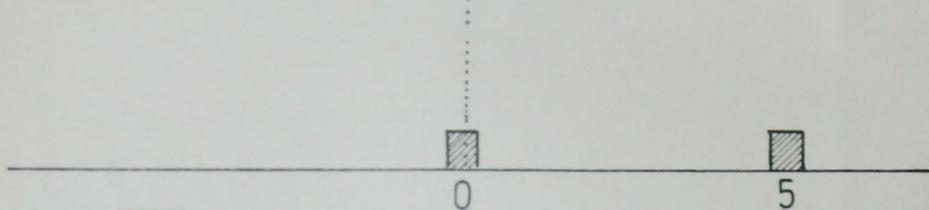
**MORDIDA ABIERTA BASAL**  
dif. del ángulo Go Gn. SN

TRATAMIENTO CON EXTRACCIONES  $\bar{X}$  DEC. -0.58

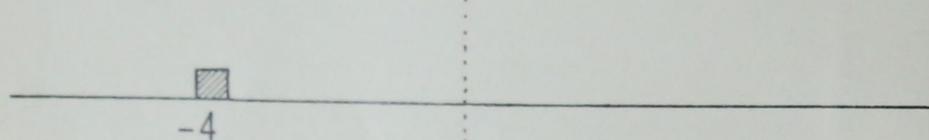
10 casos ext.  $\frac{4}{4} \mid \frac{4}{4}$



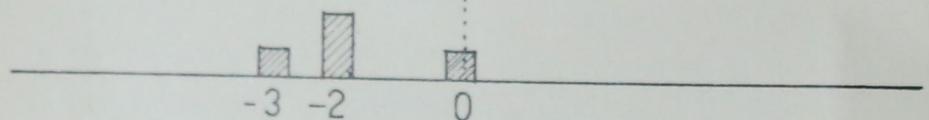
2 casos ext.  $\frac{6}{6} \mid \frac{6}{6}$



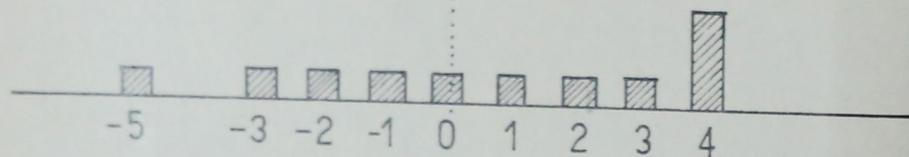
1 caso ext.  $\frac{6}{6} \mid \frac{6}{6}$



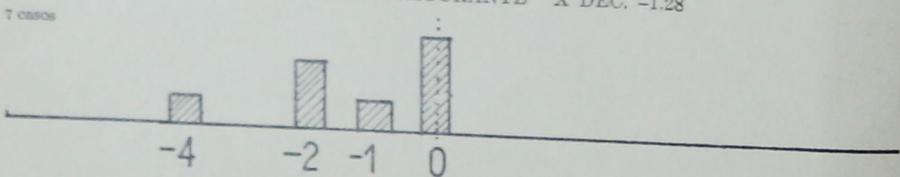
4 casos ext.  $\frac{4}{4} \mid \frac{4}{4}$



TRATAMIENTO SIN EXTRACCIONES  $\bar{X}$  DEC. 0.63



TRAT. CON SUP. TRITURANTE  $\bar{X}$  DEC. -1.28



(Fig. 5)

Hacemos la salvedad que nuestra casística no abarcaba casos tratados con técnicas de distalamiento, que consideramos de hecho contraindicados en las mordidas abiertas basales, ya que el desplazar más distalmente el contacto intercuspideo aumenta la altura de la mordida, dificultando la compensación alveolodentaria.

Como conclusión de este hecho podemos decir que la dirección de crecimiento del

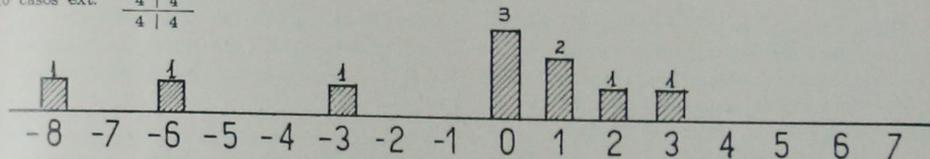
maxilar inferior depende más que de nuestro tratamiento, de las características morfológicas y de la dirección de crecimiento condilar.

Recordemos por otra parte lo dicho en relación al crecimiento del maxilar superior y que su rotación en el tiempo está relacionada al crecimiento de cara media mientras que las alveolares jugarían un papel pasivo compensador.

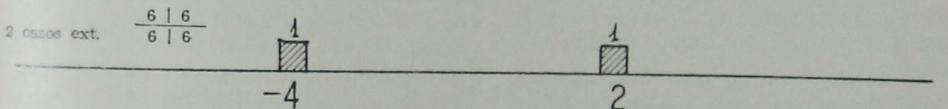
**MORDIDA ABIERTA BASAL**  
dif. del ángulo interbasal

TRATAMIENTO CON EXTRACCIONES  $\bar{X}$  DEC. -1.64

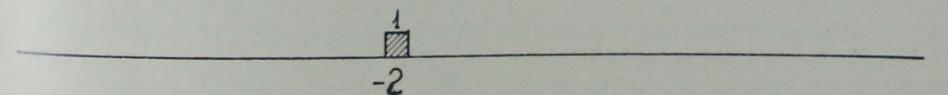
10 casos ext.  $\frac{4}{4} \mid \frac{4}{4}$



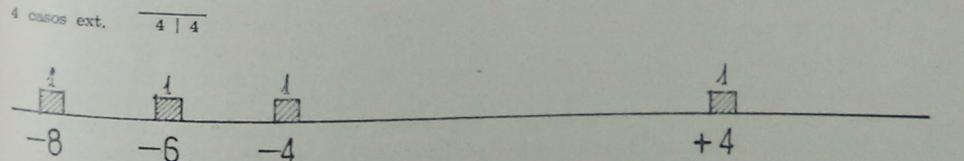
2 casos ext.  $\frac{6}{6} \mid \frac{6}{6}$



1 caso ext.  $\frac{6}{6} \mid \frac{6}{6}$

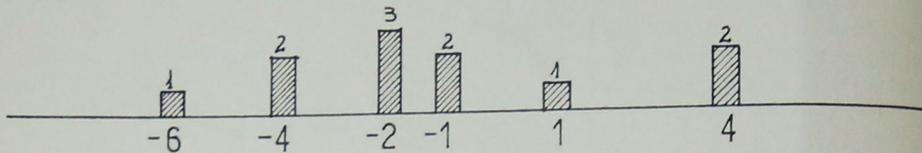


4 casos ext.  $\frac{4}{4} \mid \frac{4}{4}$



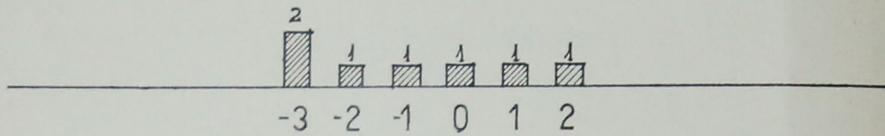
TRATAMIENTO CON EXTRACCIONES  $\bar{X}$  DEC. -1.18

11 casos



TRAT. CON SUP. TRITURANTE DE GOMA  $\bar{X}$  DEC. -0.85

7 casos



(Fig. 6)

Estas situaciones limitan nuestras posibilidades terapéuticas a buscar compensación a nivel alveolodentario donde podemos esperar crecimiento remanente siempre que la dimensión vertical no sea excesiva.

En relación al perfil con el tratamiento que más éxito obtuvimos para compensar la falta de mentón, típico del perfil de esta anomalía fue con la realización de extracciones que al posibilitar la retrusión de los incisivos, hizo más evidente el mentón.

**Conclusions:** In the open dentro-alveolar bites the forecast was favourable in both aspects: profile and occlusion. The fact that exclusively the alveolar bone and the dental processes are involved, allows an 'ad integrum' restitution.

In connection with the basal open bite, we wish to point out that the existence of a noticeable difference in regard to the results obtained, that is, a larger dental intercussing, and the ecarce modifications at the basal level, lead us to the conclusion that the closing of the basal open bites is produced with a compensation evidenced by a larger growth in the anterior alveolo-dental area, rather than by a change in the direction of the basal growth.

We wish to stress our casuistics did not include cases treated with *distalamiento* techniques, which in fact we consider unsuitable in basal open bites, since when the

movement is performed more distally the intercuspideal contact increases the height of the bite, thus hindering the alveolo-dental compensation.

The changes obtained in the direction of the growth of the lower maxillar were non-significant, showing a slight advantage in those cases treated by means of extractions and/or with rubber surface-grinding devices. This fact permitted us to reach the conclusion that the direction of the growth of the lower maxillar depends on its morphologic features and on the direction of the condilar growth rather than on our treatment.

On the other hand, we must bear in mind what has been said in regard to the direction of the growth of the upper maxillar and its rotation in time, which is related to the growth and development of the middle face, whilst the alveolus play a compensating role. These situations limit our therapeutic possibilities to the search of compensation at the alveolo-dental level, where we can expect a residual growth, providing that the vertical dimension is not excessive.

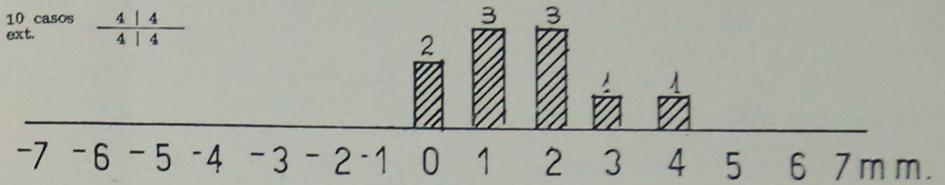
In regard to the profile, the treatment that allowed us to obtain the best results to anomalypensate for the lack of chin —typical of this anomaly— was based on extractions which, when allowing the retrocession of the incisors, made the chin more evident.

MORDIDA ABIERTA BASAL  
incremento pogonión rel. NB

TRATAMIENTO CON EXTRACCION  $\bar{X}$  INC. 1.7

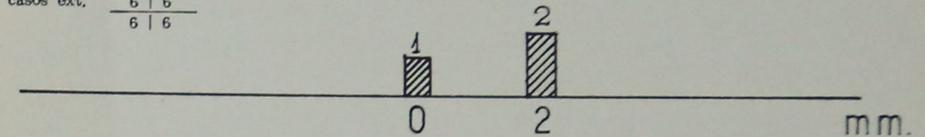
10 casos ext.

$\frac{4}{4} | \frac{4}{4}$



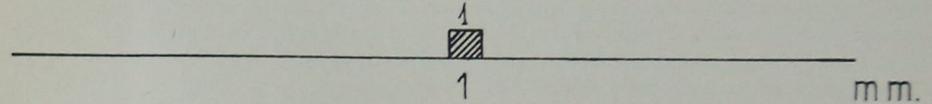
2 casos ext.

$\frac{6}{6} | \frac{6}{6}$



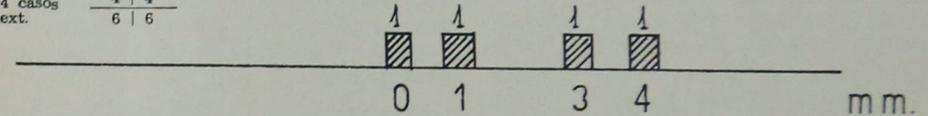
1 caso ext.

$\frac{6}{6} | \frac{6}{6}$



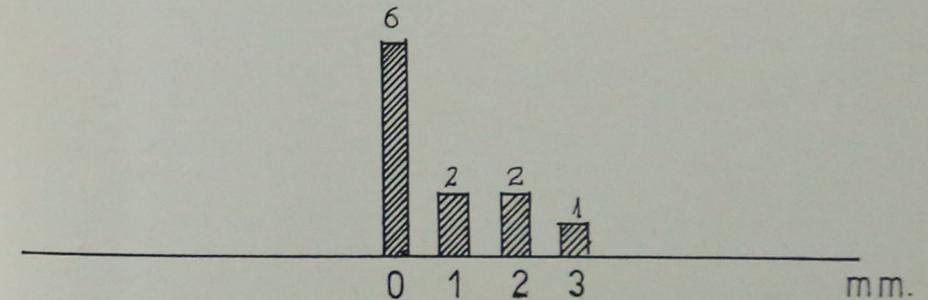
4 casos ext.

$\frac{4}{6} | \frac{4}{6}$

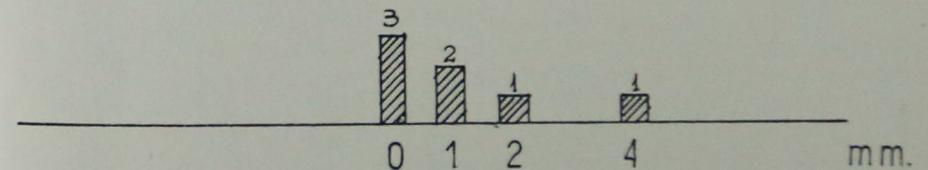


TRATAMIENTO SIN EXTRACCION  $\bar{X}$  INC. 0.81

11 casos



TRAT. CON SUP. TRITURANTE DE GOMA  $\bar{X}$  INC. 1.14



(Fig. 7)

## Recursos: Materiales y humanos para el tratamiento de las disgnacias\*

JAIME JUAN FISZMAN

El presente trabajo se sitúa como referencia geográfica, en la Capital Federal y toma como centros asistenciales aquellos servicios que dependen ya sea de la Municipalidad, de la Universidad Facultad de Odontología, Sanidad Escolar o Salud Pública que consideramos por su estructura son dentro del sistema estatal los más completos por estar su dotación de profesionales compuesta solo por especialistas, lo que presume el más alto índice de eficiencia.

Describimos los servicios que hemos considerado.

- 1) Facultad de Odontología.
- 2) Hospital Municipal Central de Odontología.
- 3) Sanidad Escolar.
- 4) Hospital Nacional de Odontología.
- 5) Instituto de Odontología Infantil.

Lo primero que se nota al estudiar la disposición de estos servicios es el hecho de estar situados la mayoría en la zona céntrica de la ciudad y relativamente cercanos entre sí, en un radio aproximadamente 20

cuadras tres de ellos, justamente en una zona de mayor capacidad económica. Uno situado en el centro geográfico de la ciudad, y el último en un barrio en el extremo sud de la ciudad.

Estas ubicaciones condicionan ya una reserva con respecto a la relativa comodidad que exige el desplazamiento de los pacientes para este tipo de tratamiento, habitualmente de una duración aproximada a los 24 meses.

De acuerdo con los cálculos estimativos obtenidos en la Dirección Nacional de Estadísticas y Censos, se considera que en 1971 debe haber una población infantil siempre hablando en el radio de la Capital Federal discriminada así:

0 a 4 años:	259.600
5 a 9 "	237.300
10 a 14 "	225.800
	772.700

de los cuales por su edad, 463.100 deben ser escolares.

Para su atención contamos con:

	Profesionales		Pacientes en atención	Ingresos	Egresos	Abonados
1	56	21	600	250	250	
2	35	60	4000	1071	551	873
3	13	35	650	150	100	100
4	2/10	42	546	152	21	47
5	16	40	4000	1000	126	600
Totales	118	198	9800	2622	1048	1620

\* Trabajo presentado en el 2º C.A.D. en Santiago de Chile.

Lamentablemente no poseemos, pues no existen datos que nos permitan establecer un índice de morbilidad pero si tomamos como punto de partida el supuesto que un 30 por ciento de los niños entre 4 y 14 años tiene alguna forma de maloclusión desde una traba oclusal a las más graves manifestaciones y de ellos un 50 % requieren atención urgente, vemos que de las simples sumas de pacientes en atención, de profesionales que trabajan en los servicios antedichos, enfrentados con el porcentaje de niños que nosotros damos a título de hipótesis, 216.810, media realmente un abismo, y esto sin siquiera tomar en cuenta que la cifra de niños y en consecuencia de pacientes potenciales, se incrementa notablemente por la existencia del cinturón humano que rodea la periferia de nuestra ciudad, separado por la avenida General Paz obrando como frontera a los efectos fiscales, pero que se orientan a estos mismos servicios por carecer de similares, y de esta manera ya no hay estadística que aguante.

De lo hasta aquí expuesto, se hace evidente la necesidad de aumentar notablemente la cantidad de profesionales en los servicios especializados, de habilitar servicios estables en los hospitales, llevando estos servicios a los barrios.

Formando a los odontólogos, en los diver-

### SOLICITADA

## LA SALUD, UN DESAFIO DE NUESTRO TIEMPO

Hemos asistido en los últimos años a la sanción de las Leyes Nros. 17.850, 18.045, 18.483, 18.610, 18.912 y 18.980, las cuales —de origen diversos— pretendieron cada vez solucionar los problemas de atención de salud. La experiencia demuestra que han fracasado, y que no existe una estrategia sanitaria coherente.

Ahora la publicidad oficial, solicitadas y declaraciones hacen aparecer una "política sanitaria nacional" que no es tal, por cuanto no existe un programa planificado que responda a las necesidades del país de hoy.

La República vive un tiempo de crisis. Con sus reiterados cambios de gobernantes no se ha logrado obtener un claro programa sanitario con sentido nacional y actuales criterios de prevención, educación y

atos aspectos de la problemática, comenzando por prepararlos para realizar un buen diagnóstico y mediante algunas formas de estratificación capacitarlos para realizar las técnicas ortodóncicas removibles o fijas que más se adecuan a esta realidad que aquí se presenta.

Cabe agregar que oficialmente, la preparación de especialistas está a cargo de la Facultad, que realiza cursos de 3 años de duración con un cupo de 20 profesionales como máximo.

De ahí la importancia que cobra la labor no exenta de sacrificios y problemas que realizan las instituciones profesionales de capacitación técnico científica, que con las limitaciones y errores que reconocemos existen y deben corregirse están evidentemente un paso más adelante que los organismos oficiales en cuanto a la concepción del problema referido a las características que debe asumir la especialidad, ante la necesidad real de la población.

Para finalizar, transcribiremos textualmente la solicitada publicada en "La Nación" por la CORA el 20-8-71, es decir, 20 días antes de ser presentado el presente trabajo, y que por su contenido y la representatividad de quienes la firman nos eximen de mayores comentarios:

atención en materia de salud.

Salud con cobertura nacional, el mejor servicio de salud bucal para todos, es la finalidad de la Confederación Odontológica de la República Argentina.

Salud bucal, integrante de la salud general, elemento de bienestar auténtico donde el hombre deja de ser un instrumento de producción y desarrollo económico, para ser un fin en sí mismo.

El mundo vive un proceso de cambio. La odontología organizada quiere, debe y puede participar activamente en él. Para hacerlo demanda una política sin miedo, dinámica, coherente y conjunta.

Seguros de que el futuro de la salud del país debe ser construido por todos, entendamos:

- 1º) Que es deber del Estado, irrenunciable e intransferible, garantizar el derecho a la salud del pueblo.
- 2º) Que los sectores interesados deben participar en la organización de los programas de salud que aseguren protección para todos, sin diferencias sociales.
- 3º) Que es imprescindible estudiar con criterio técnico los elementos concurrentes que hacen a un programa sanitario: realidad actual, necesidades, recursos, capacidad instalada, distribución geográfica de profesionales, morbilidad, mortalidad, etc.
- 4º) Que deben ser eliminados del proceso las entidades empresarias que, con fines lucrativos, aparentan brindar un servicio de salud pero que en realidad explotan a los profesionales y sorprenden la buena fe popular.
- 5º) Que es aceptable que las organizaciones sindicales recauden fondos para financiar salud, aunque es imprescindible su máximo aprovechamiento mediante un plan sanitario adecuadamente estructurado.
- 6º) Que debe desaparecer en materia de salud toda diferenciación o discriminación entre los trabajadores para quienes, por pertenecer a obras sociales de distinta capacidad económica, se plantean injustas diferencias de atención.
- 7º) Que, en definitiva, la salud como problema del país no nos permite auspiciar organizaciones que simulen brindar servicios de atención buco dental.

La Confederación Odontológica Argentina reclama ante el Señor Presidente de la República formule la gran convocatoria de la salud donde todos los sectores, en discusión amplia y profunda fijen un sistema que haga posible el acceso a la salud para todo argentino, mediante un claro y compartido proceso de socialización.

Es un desafío de nuestro tiempo. La Nación no puede esperar tampoco en cuanto a salud.

# BUCHEX



"el fiel guardián"

## de la cavidad bucofaringea

HEXETIDINE  
+  
PODIVONA



Indicaciones:

Otorrinolaringología: Anginas de diversos tipos. Amigdalitis. Faringitis. Laringitis. Cuidados postoperatorios en amigdalectomías. Micosis Leptótrica  
Odonología: Gingivitis, Estomatitis, Glositis y Afías de diversa etiología y curso. Traumatología de los tejidos duros y blandos. Enfermedad Periodontal (como Fungicida y Desodorizante). Postoperatorio dentomaxilar. Celulitis. Pericoronaritis. Periodontitis marginales. Alveolitis. Hemorragias gingivales. Muguet. Actinomicosis.  
Posología: Dos cucharadas en un vaso, puro sin diluir y realizar buches, enjuagues o gargarismos 3 a 4 veces por día.

Presentación: Frascos de 200 ml

ENJUAGUES  
BUCHES  
GARGARISMOS

- Fácil aplicación
- Rápida impregnación
- Lenta liberación

DEPARTAMENTO ODONTOLÓGICO  
LABORATORIOS  
**BERNABO & CIA.**  
S. A. C. I. I. F. A.

TERRADA 2346/48 T. E. 50-3278/79 BS. AIRES

## Conclusiones del 2º Congreso Americano de las Disgnacias

En el 2º Congreso Americano de las Disgnacias, se trataron los temas: Mordida Abierta y Disgnacias, y Salud Pública, siendo sus conclusiones las siguientes:

Tema: "Mordida Abierta"

Comisión Redactora; conclusiones:

Dres.: Edith Kaye (Israel), Eduardo Manns (Chile), Juan Pequeño Botarro (Chile), Héctor O. Pistoni (Argentina), Rolando Schulz V. (Chile), Mario Tenenbaum (Argentina) y Luis Zielinsky (Argentina).

### 1. — Etiología:

La Mordida Abierta es una Disgnacia de causas complejas en la que intervienen factores generales y locales. Ambos guardan grados variables de relación entre sí, de importancia fundamental en el período de crecimiento activo.

### 2. — Diagnóstico:

El diagnóstico debe ser exhaustivo, contemplando: el estudio clínico general del paciente, la evaluación de las estructuras y función del sistema estomatognático a todos sus niveles y utilizando todos los medios conocidos:

### 3. — Tratamiento:

La Comisión considera que la prevención es la forma ideal de encarar decididamente este problema.

El tratamiento de la mordida abierta debe ser precoz, debiéndose tratar fundamentalmente de rehabilitar la función y las estructuras por la acción de los medios terapéuticos adecuados en cada caso clínico. En casos muy complejos puede llegar a ser necesario la utilización de todos los recursos

mecánicos y funcionales conocidos combinados a la cirugía correctiva.

### 4. — Contención y Recidiva:

Dependen de la eliminación de los factores actuantes. El control no debe cesar hasta concluir el proceso de crecimiento y maduración.

Tema: "Disgnacias y Salud Pública"

Comisión Redactora, Conclusiones:

Dres.: Luis Bolasco S. (Uruguay), Edmundo Hoffens V. (Chile), Eduardo Meissner (Chile), Cristian Richard (Chile), Gottfried Schmuth (Alemania) y Luis Zielinsky (Argentina).

Las disgnacias con su alta incidencia y por el daño que provoca en el niño, constituyen un grave problema de Salud Pública.

La realidad demográfica-ecológica-socio-económica y cultural influyen poderosamente a aumentar y complicar el daño. Este se encuentra agravado, además, por la falta de recursos humanos y materiales.

Considerando que es obligación fundamental del Estado ocuparse de la Salud de su Pueblo, el 2º Congreso Americano de las Disgnacias, reunido en Santiago, Chile, acuerda que:

1. — Es necesidad imperiosa dar importancia a la Educación Ambiental y Sanitaria a fin de lograr una mayor participación de la comunidad, tanto en la prevención como en el reconocimiento precoz de la anomalía.

2. — Es importante orientar los planes de estudios para que el Odontólogo general esté capacitado para intervenir acertadamente en la prevención y en el tratamiento precoz.

3. — Es importante la preparación en mayor número y calidad de todos los integrantes del Equipo de Salud que intervienen en el tratamiento de las Disgnacias.

4. — Es absolutamente necesario formar personal especializado en esta disciplina odontológica que colabore activamente con el especialista. Con esto se tenderá a una mayor cobertura nacional, aprovechándose más eficazmente el tiempo del profesional.

5. — Es necesario la creación o consolidación del Centro de Salud, para permitir coordinar la acción, tanto de las distintas especialidades odontológicas y médicas, como también del personal auxiliar.

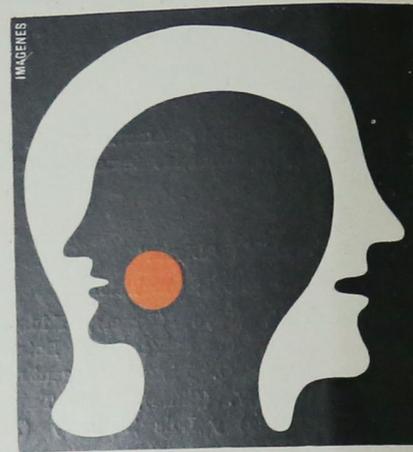
6. — A través de la investigación del medio, llegar a determinar la magnitud del daño poblacional en lo referente a la prevalencia y severidad de las anomalías dentomaxilares.

7. — Para superar la situación deficitaria en materia de recursos y organización de Servicios Públicos, es necesario formular una política realista que tienda a solucionar el problema.

8. — La terapéutica hospitalaria debe ceñirse a la política formulada.

9. — Las instituciones, sociedades y asociaciones presentes en este 2º Congreso Americano de las Disgnacias procurarán buscar el logro de las aspiraciones planeadas e informar a la Asociación Americana para el Estudio y Tratamiento de las Disgnacias, del desarrollo de sus gestiones.

# DISIPAN



# DISIPAN

COMPRIMIDOS

2 ANALGESICOS  
+  
2 ANTIINFLAMATORIOS

"SOLUCIONA LAS  
MAS DISPARES  
ODONTALGIAS"

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

DEPARTAMENTO ODONTOLOGICO

**b** LABORATORIOS  
**BERNABO & CIA. S.A.C.I.I.F.A.**  
Terrada 2346/48 - T. E.: 50-3278/79 - Buenos Aires

"EN PERMANENTE COLABORACION  
CON EL PROFESIONAL"

## Actualización Bibliográfica

ELSA M. GERZOVICH

### AMERICAN JOURNAL OF ORTHODONTICS

Marzo 1971. Volumen 59, Nº 3.

Control de la magnitud, dirección y duración de la fuerza extraoral. Maclay M. Armstrong. Pág. 217-243.

Tratamiento Ortodónico Quirúrgico de la retrusión mandibular severa. Donald R. Poulton y William H. Ware. Pág. 244-265.

Retenedores invisibles. Robert J. Ponitz. Pág. 266-272.

Proporciones verticales y el plano palatal en la mordida abierta anterior. Henry J. Nahoum. Pág. 273-282.

El hábito de succión del pulgar: significativo o superficial? Ernest T. Klein. Pág. 283-289.

### AMERICAN JOURNAL OF ORTHODONTICS

Abril 1971. Volumen Nº 4.

Retención: una pareja adecuada. Sheldon W. Rosenstein y Bailey U. Jacobson. Pág. 323-332.

Corrección del prognatismo en una niña de 9 años. Trabajo en equipo Quirúrgico-Ortodónico. Marsh Robinson y Harry Dongherty. Pág. 333-337.

Un artefacto en la posición mandibular inducida por medio del cabezal intranreal cefalométrico. Howard D. Sutchter y Daniel M. Lostim. Pág. 338-342.

Corrección de la mordida cruzada en los dientes primarios. Fundamentos y procedimientos. Frank O. Clifford. Pág. 343-349.

Nuevo sistema de unión directo por medio de brackets plásticos. Fujio Miura, Kazuhiko Makagana y Eichi Masurara. Pág. 350-361.

Estudio cefalométrico de niños con diferentes enfermedades endócrinas. Ronald U. Spiegel, A. Howard Galher y Alvin B. Hayles. Pág. 362-375.

El aparato ortodónico removible. Frans P. G. M. van der Liden. Pág. 376-385.

Tratamiento con fuerza ligera de Begg un estudio comparativo. Theodore M. Kotrasa. Pág. 386-401.

### AMERICAN JOURNAL OF ORTHODONTICS

Septiembre 1971. Volumen 60, Nº 3.

Manifestaciones craneo-faciales en el hamster por la inducción del virus del mongolismo y el síndrome de Downs en el hombre. Paul N. Baer, Peter J. Cocciano y Melving J. Baer y Scuvrence Kilham. Pág. 221-234.

Conceptos ortodónicos para el práctico general. Spiro J. Checonas. Pág. 235-243.

El rol del septum nasal en el desarrollo del paladar secundario de la rata. Lawrence Furstman, Sol Bernick y Phillip Zanglein Mahau. Pág. 244-256.

Tracción cervical mandibular en el tratamiento de las maloclusiones de Clase I. Anthony Gianelly. Pág. 237-263.

Diferencias entre las matrices funcionales en la mordida abierta anterior y la mordida profunda Melvin L. Moss y Letty Salvetiju.

AMERICAN JOURNAL  
OF ORTHODONTICS

Enero 1972. Volumen 61. N° 1.

Una revisión a la cefalometría calculada. Robert M. Pichetts, Ruel W. Bench, James Hilgers y Robert Schulhof. Pág. 1-28.

Medición dentaria maxilar y mandibular en diferentes grupos raciales y en diferentes categorías raciales y en diferentes categorías oclusales. C. L. B. Levelle. Pág. 29-37.

Experimentos en el desarrollo de las maloclusiones dentales. Egil P. Harvold, George Chierici y Karin Vargerick. Pág. 38-44.

Retracción de los incisivos y subsiguiente cambio en el perfil en pacientes femeninas post-adolescentes. H. Garland Hersky. Pág. 45-54.

Proceder en el diastemas en ortodoncia. Samir E. Bishara y D. Ortti. Pág. 55-63.

Relaciones entre la posición de la fosa glenoidea y diversas discrepancias esqueléticas. Rodger Droel y Robert J. Isaacson. Pág. 64-78.

AMERICAN JOURNAL  
OF ORTHODONTICS

Febrero 1972. Volumen 61. N° 2.

Valuación de la Ortodoncia Quirúrgica. J. S. Salzman. Pág. 105-114.

Cambios dentofaciales producidos durante y después del uso de la abrazadera modificada en la macaca muletts. Barry S. Teutler, Fred H. Hassing y David L. Turpin. Pág. 115-137.

Consideraciones clínicas sobre el periodonto. Lawrence Furstman y Sol Benick. Pág. 138-155.

El punto sella y el crecimiento post natal de la base craneal humana. R. A. Letham. Pág. 156-162.

THE ANGLE ORTHODONTIST

Julio 1970. Volumen 40, N. 3.

Comparación entre cadenas "atásticas" con elásticos mezclados y fuerzas de un arco interno de molar a molar. Geouge F. Andreasen y Samir Bishara. Pág. 151-158.

Relaciones oclusales en niños nacidos y criados en una comunidad ..... óptimamente. Lois K. Cohen y Herschel S. Horowitz. Pág. 159.

Maloclusiones, correcciones ortodóncicas y adaptación muscular orofacial. Daniel Subtelny. Pág. 170-201.

Incrementos cráneo-faciales en altura y profundidad en niños normales. Jean Camou. Pág. 202-218.

Variabilidad investigada en algunos índices de maloclusión. Paul C. Hermanson y John M. Greeve. Pág. 219-225.

Evolución precoz de la posición del 3er. molar inferior relativo a ciertas dimensiones mandibulares. Margaret E. Richardson. Pág. 226-230.

Implicaciones sociales y psicológicas de desfiguramiento dentofaciales. Frances C. Macgregor. Pág. 231-233.

..... distribución de un mecanismo tras otro. David G. Haas. Pág. 234-248.

Educación ortodóncica contemporánea. Robert W. Baker. Pág. 249-261.

Patrones musculares y el último punto de la lengua fetal. William A. Bell. Pág. 262-265.

A.S.D.C.

Journal of Dentistry for Children

Enero-Febrero 1972. Volumen XXXIV, N° 1.

Una técnica renovadora para la contribución a la Higiene Oral. Leslie V. Martens y Lawrence H. Westein. Pág. 12-14.

Tratamiento de emergencias ortodóncicas en la práctica general. Naum A. Wickvire y Louis A. Norton. Pág. 23-28.

## Predicción de la edad del empuje máximo de crecimiento\*

El crecimiento es más importante en el momento de la pubertad.

Es muy importante poder determinar para cada paciente cuándo será la edad de su máximo crecimiento.

El estudio fue realizado desde 1951 en el departamento ortodóncico del Royal Dental

College, Copenhague, en 20 niños y 32 niñas danesas, quienes fueron examinados anualmente.

Es posible determinar la edad en que se osifica un hueso en la base del pulgar: el sesamoide ulnar que se halla a la altura de la articulación metacarpo falangeal del pulgar. La osificación de este hueso comienza antes del máximo crecimiento del niño. Término medio 12 meses antes en el niño y 9 meses en las niñas.



FIGURA 1

\* A. Björk. — 1967, ANGLE ORTHOD 37.



FIGURA 2

Excepcionalmente esta osificación se produce en el momento del máximo crecimiento, pero nunca después de él.

La osificación del sesamoideo ulnar indica por consiguiente que el máximo crecimiento es inminente a excepcionalmente se está realizando al mismo tiempo que la osificación de aquel hueso. (fig. 1) (fig. 2)

La aparición de la menstruación en las niñas dan igualmente una indicación útil. Ella tiene lugar término medio 17 meses después del máximo crecimiento pero jamás antes. Ello indica que el máximo crecimiento ha pasado o excepcionalmente tiene lugar al mismo tiempo.

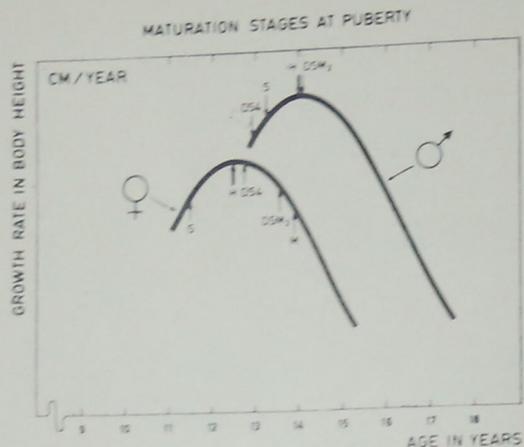


FIGURA 3

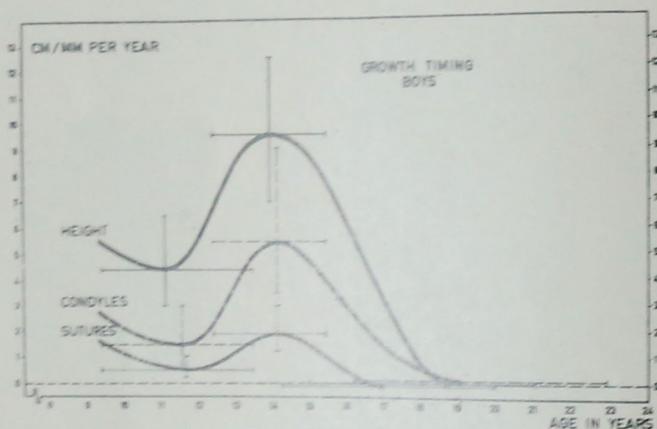


FIGURA 4

La dentición está menos fielmente ligada a la edad de máximo crecimiento. Dos estados dentarios pueden ser utilizados con provecho: el estado DS-4 (5, 4 y 3 completamente erupcionados) precede el máximo crecimiento en los varones (13 meses término medio) y el estado DS-M2 (7 completamente erupcionado) precede el máximo crecimiento en las niñas (13 meses término

medio). (fig. 3)

Otro índice permite precisar la edad del máximo crecimiento y es la obtenida de una curva del ritmo anual de crecimiento de la talla del niño. En efecto, el máximo de crecimiento se produce generalmente al mismo tiempo en las diferentes partes del esqueleto. (fig. 4)

L.C.

Curso del  
**doctor Hugo Lager**  
**del Royal Dental - College**  
Copenhagen - Dinamarca

Del Instituto de Ortodoncia  
Director Prof. A. Björk

**A realizarse del 6 al 10 de agosto de 1973**  
**en el Auditorium de Farmitalia**

**ARANCEL:**

Socios ..... \$ 150.— Ley  
No Socios ..... „ 200.— „  
A abonarse en cuotas (Abril - Mayo - Junio)

**INFORMACION:**

**ANCHORENA 1178 — T. E. 62 - 7349**  
**BUENOS AIRES**

Horario: 9 a 12 horas

## Cursos a dictarse en nuestra institución en el año 1973

Con la finalidad de atender los diversos requerimientos de los colegas iniciados o no en esta especialidad, se han establecido distintos niveles de desarrollo de estos cursos:

### 1) CURSO INTEGRAL DE ORTOPEDIA MAXILAR

De dos años de duración, tiene por finalidad la profundización de todos los aspectos del diagnóstico y tratamiento de las maloclusiones. El primer año dará comienzo el día 4 de abril, continuando todos los miércoles hábiles en el horario de 8.30 a 11 horas.

El segundo año se desarrollará los días martes en el mismo horario, comenzando el día 3 de abril.

Son sus dictantes los doctores:

L. A. Arena, E. Beszkin, B. Chait, J. Fisman, P. Flax, E. Gerzovich, Ing. J. Goldenberg, B. Letzen, B. Lewkowicz, N. Lisman, O. Litwin, D. Minteguaga, J. Ribó, M. Stratas, L. Zielinsky, Lic. foniat. D. V. Cabelli, y Foniat. A. B. de Zielinsky.

Los colaboradores doctores:

L. Casoy, C. Dvorkin, E. González, M. Goldemberg, T. K. de Israelson, N. Kotier, L. Leivovich, H. Rapaport, S. de Sneibrun, S. R. de Varán y E. Wolovskii.

### 2) CURSO DE CAFALOMETRIA

Por dictantes del Ateneo, se desarrollará en forma teórico-práctica los cefalogramas de Steiner y Schwarz y su aplicación clínica.

### 3) CURSO DE ODONTOPEDIATRIA

Dictantes los Dres. Ernesto A. García, Silva Brugnerotto, y Susana Reboiras. En 10 sesiones se enfocará los temas de anestesia, operatoria dental, obturaciones y tratamientos pulpares. Comenzará el lunes 6 de mayo en el horario de 8.30 a 11 horas continuando en el mismo día y horario.

### 4) CURSO DE APARATOLOGIA

Construcción y manejo de: activadores, placas activas, placas de Planas, Benac, Placa con superficie triturante de gomas Bimler. Teórico con práctica en 18 sesiones.

Dictantes: Dr. Marcos Lipszyc. Colaboradores: Dres. Minteguaga, (Alvarez, Leibovich, Casalla y Notarnicola.

### 5) CURSOS DE ORTODONCIA

Técnica de fuerzas ligeras. Teórico con práctica de 3 años de duración. En desarrollo el tercer año a cargo del Dr. E. Samoilovica. Jefe de clínica Dr. L. Arena.

### 6) CURSOS DE ORTODONCIA

Técnica de Fuerzas ligeras. Teórico con práctica de 2 años de duración.

Curso a) dictante: Dr. E. Beszkin. Jefes de clínica: Dres. A. Alvarez, L. Arena. D. Minteguaga, S. Varan (en desarrollo 2do. año).

Curso b) dictante: Dr. L. Zielinsky. Jefes de Clínica: Dres. E. Casalla, S. Sneibrun y M. Stratas (en desarrollo 2do. año).

### 7) CURSO DE CIRUGIA Y ORTOPEDIA

Consideraciones quirúrgicas en el ámbito ortodóncico-ortopédico. Dictante: Dr. E. Muller. Se desarrollará el viernes 27 de julio, y 3 y 10 de agosto en el horario de 10 a 12 horas.

Además de estos cursos seguirán funcionando los grupos de seminario con el siguiente temario:

- 1) Crecimiento y Desarrollo, Coordinación Dr. L. Zielinsky.
- 2) Nutrición y Sanitarismo, Coordinación Dra. P. Flax.
- 3) Ortodoncia Técnica de Mollin, Coordinación Dr. M. Rose.

## Calendario Mundial de Congresos y Jornadas

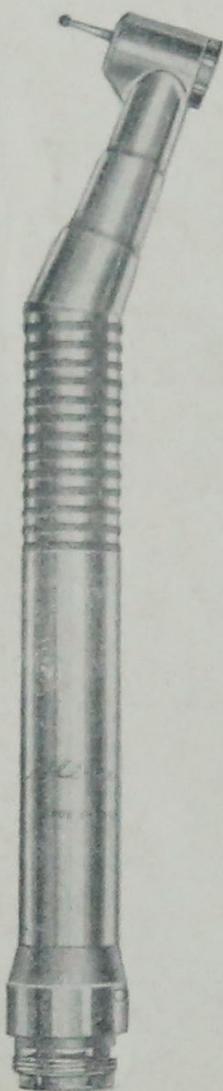
Reunión	Lugar	Fecha	Dirigirse a:
<b>EN LA REPUBLICA ARGENTINA</b>			
XV Jornadas del Interior de la Asociación Odontológica Argentina - VIII del Círculo Odontológico de Misiones.	Posadas (Misiones)	15 al 18 de abril 1973	Asociación Odontológica Argentina, Junín 959, Buenos Aires.
Jornadas Internacionales Bodas de Oro del Círculo Odontológico de San Juan.	San Juan	19 al 21 de abril 1973	Círculo Odont. de San Juan, Salta 196, Sur, San Juan.
Primeras Jornadas de Ortodoncia Seccional de Ortodoncia del Círculo Odontológico de Rosario.	Rosario	23 al 24 de junio 1973	Círculo Odont. de Rosario, Rioja 2471, Rosario.
Congreso Odontológico Argentino - Brasileño - Uruguayo XVIII Jornadas Internacionales de la Asociación Odontológica Argentina.	Buenos Aires	28 al 31 de octubre 1973	Secretaría A.O.A., Junín 959, Buenos Aires, Argentina.
<b>EN EL EXTRANJERO</b>			
Convención Bianual de la Asociación Dental Israelita.	Tel Aviv Israel	marzo 1973	Informes: Dr. I. Binderman, Secretario, Asociación Dental Israelita, 49 Bar Kochba Street, Tel Aviv, Israel.
International Association for Dental Reseach Meeting.	Washington DC EE.UU.	11 al 15 de abril 1973	Informes: Dr. A. R. Frechette, IADR, 211 East Chicago Avenue, Chicago, Illinois 60611, EE.UU.
Reunión Anual de la Asociación Americana de Endodoncistas.	Dallas Texas U.S.A.	26 al 29 de abril 1973	Informes: P.D. Box 15238, Atlanta, Georgia 30333, U.S.A.
II Congreso Internacional de Odontología y XXII Español. IV Simposium Internacional de Endodoncia.	Barcelona España	29 de abril al 5 de mayo 1973	Informes: Tapineria, 10 Barcelona 2, España.
VI Congreso Internacional de Hipnosis.	Uppsala Suecia	1 al 4 de julio 1973	Informes: Svarthäcksgatan 4, 2TR Uppsala, Suecia.
XX Australian Dental Congress y 61a. Sesión Anual de la F.D.I.	Sydney Australia	15 al 20 de julio 1973	Informes: Dr. D. D. Freeman, Australian Dental Association 116, Pacific Highway, Sydney, N.S.W. 2060.
VI Congreso Portugués de Estomatología.	Lisboa (Portugal)	17 al 20 de octubre 1973	Informes: Av. Rainha, D. Amélia, 36 R/C. D. - Lisboa, 5.
IV Seminario Odontológico Latinoamericano. XII Congreso Nacional y V Internacional, Asociación Dental Mexicana.	México	31 de octubre al 3 de noviembre 1973	Informes: Ezequiel Montes N° 92, México 4, D.F.
VI Congreso Paulista de Odontología.	San Pablo (Brasil)	20 al 25 de enero 1974	Informes: Rua Humaitá 398, Bela Vista, San Pablo, Brasil.
V Congreso Internacional de Cirugía Oral y Maxilofacial.	Madrid (España)	21 al 25 de abril 1974	Informes: Dr. F. Alarcón y Dr. A. Berguer, P. O. Box. 46078, Madrid, España.



## Acoplando la turbina

# KaVo *All-air*®

### terminaron sus problemas de oídos



- Marcha totalmente silenciosa, a 420.000-450.000 r.p.m.
- Rotor a colchón de aire, sin rulemanes.
- Peso de Contra-ángulo sólo 70 grs., adaptable a cualquier equipo.
- Refrigeración excelente mediante neblina de spray.
- Mordaza metálica de marcha absolutamente céntrica.

- Service especializado con repuestos legítimos y de toda la línea KAVO.

## KAVO CALIDAD Y PRECISION

Representante de Kaltenbach y Voigth  
en Argentina

# EURODENT S.C.A.

Pasteur 755

Tel. 47-7251

Consulten los suscriptores de ORTOPEDIA MAXILAR  
la manera de adquirirla directamente en el exterior

- Instrumental para micromotores.
- Cajas de control, micromotores, compresores, salivaderas para acoplar al sillón.
- BUSCH: Fresas - FIS: Piedras de diamante. Porcelana Vita - Metal Wiron.