



magazine[®] DENTAL

REVISTA DE ODONTOLOGÍA Y PRÓTESIS DENTAL

MAGAZINE DENTAL: PUAN 699 PISO 4° DTO. C (C1406CQM) CIUDAD AUTÓNOMA DE BUENOS AIRES ARGENTINA

AÑO 16 # 57 2º TRIMESTRE JUNIO / JULIO / AGOSTO 2021 C.A.B.A. REPÚBLICA ARGENTINA EJEMPLAR LEY 11.723 ISSN 1850-9940

Calder SEGÚN
magazine
DENTAL



■ **PLATAFORMA DIGITAL DE AMANN GIRRBACH:**

*ORIENTADO HACIA EL PACIENTE,
DIGITALIZADO Y EN EQUIPO*

■ **NOVEDADES DE ORTHODENT:**

*NUEVO BRACKET ESTÉTICO BIOCRYSTAL DE ADITEK,
RESISTENCIA, ESTÉTICA Y SEGURIDAD*

■ **GANAR MÁS EL NUEVO LIBRO DEL DR. CRISTIAN KULZER**

■ **RETRATAMIENTO ENDODÓNTICO:**

*EL USO DE PROTAPER NEXT EN UN DOBLE ROL
DESOBTURACIÓN Y CONFORMACIÓN*

■ **ORTOPEDIA FUNCIONAL DE LOS MAXILARES:**

¿QUÉ DEBE HACER EL ODONTÓLOGO FRENTE A UN NIÑO?

■ **IMPLANTOLOGÍA ORAL:**

*LA IMPORTANCIA DEL ESTRÉS OXIDATIVO
EN LOS PACIENTES ODONTOLÓGICOS*

■ **EL CONSULTORIO Y LA ECONOMÍA:**

*TRAER DÓLARES DEL EXTRANJERO
SÍN LÍMITES Y A PRECIO "BLUE"*

■ **EL CONSULTORIO Y EL MERCADO:**

¿PUBLICAR O COMUNICAR EN LAS REDES SOCIALES?



Por
**ARACELI NOEMÍ
 FORMENTO DE SIVAK**
 Odontóloga
 Argentina



ORTOPEDIA FUNCIONAL DE LOS MAXILARES.

¿QUÉ DEBE HACER EL ODONTÓLOGO FRENTE A UN PACIENTE?

RESUMEN: ESTA NOTA OFRECE EN DETALLE EL PROTOCOLO A REALIZAR POR EL PROFESIONAL ODONTOLÓGICO ANTE UN PACIENTE A TRATAR ORTOPÉDICA U ORTODÓNICAMENTE PARA REALIZAR UN CORRECTO DIAGNÓSTICO. ESTE DIAGNÓSTICO DEBE EVALUAR ADEMÁS EL CONCEPTO DE SALUD Y ENFERMEDAD DEL DR. RAMÓN TORRES, CONOCER LOS CONCEPTOS DEL CRECIMIENTO Y EL DESARROLLO, LA ACTITUD POSTURAL Y LA MUSCULATURA DEL ÁREA SOBRE LA QUE DEBERÁ TRABAJAR PARA LLEGAR AL EQUILIBRIO DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO.

PALABRAS CLAVE: DIAGNÓSTICO. DIAGNÓSTICO ETIOLÓGICO. DIAGNÓSTICO MORFOLÓGICO. CALCOGRAMA. MORFOGRAMA. TABLA DE KORKHAUS. ÍNDICE DE DISCREPANCIA OSEODENTARIA. DENTICIÓN PERMANENTE. ARCADA DE DENTICIÓN MIXTA. DISCREPANCIA DE MODELOS. ÍNDICE DE BOLTON. ÍNDICE DE CHATEAU. MÚSCULOS. CONCEPTOS DE FACIASCELLI

DIAGNÓSTICO

ETIOLÓGICO

FACTORES PREDISPONENTES

Factores hereditarios o congénitos que dan como resultado un potencial de patrón estructural del hueso basal, tamaño y forma de dientes, llevando a un inadecuado tamaño de estructuras generando discrepancia dentoalveolares positivas o negativas.

FACTORES DESENCADENANTES

Corresponde a los factores extrínsecos que pueden alterar el patrón estructural, impidiendo que siga su normal desarrollo, desviándolo para un patrón alternativo diferente del original.

Estos agentes alteran gravemente los centros de crecimiento de manera desfavorable, el tiempo que actúen determinará la mayor o menor gravedad del caso.

FACTORES HORMONALES

Son aquellas relacionadas con el mal funcionamiento de determinadas glándulas, ya sea por hiper o hipofunción. Un ejemplo de esto es la *hiperfunción hipofisaria*, de la cual se pueden enunciar las siguientes características: individuo grande, con extremidades largas, exoftalmos, mandíbula grande, características de mesiorrelación. En estos pacientes no se consolidan las suturas y la epífisis siguen formando hueso.

En el caso de una *hipofunción hipofisaria* las características son: retardo en la maduración, cara con menor crecimiento y posible tendencia a distorrelación.

FACTORES A EVITAR

En restauraciones de *Clase II*, si no se conforma de manera correcta la morfología de la corona y el punto de contacto permitimos el avance mesial de la pieza. Otra causa son las extracciones prematuras de piezas temporarias. De no poder ser evitadas, deben compensarse colocando mantenedores de espacio. También se encuentran las causas alimentarias como la falta de vitaminas y proteínas.

ACTITUDES POSTURALES

Son situaciones que deben ser corregidas para evitar su incidencia en la posición de la cabeza, y en consecuencia de la mandíbula. Por lo tanto la *cifosis*, *escoliosis*, *lordosis*, deben ser tratadas por el especialista antes de que dejen de ser simples actitudes posturales.

FACTORES A SUPRIMIR

Consiste en eliminar los malos hábitos, como el uso del chupete después del año y medio, la succión digital, la deglución atípica, el mordisqueo de labio o de objetos. También se incluye la eliminación de supernumerarios y de frenillos con inserción inadecuada, en el maxilar superior nunca antes de los 16 años, pues se perdería la posibilidad de crecimiento de hueso periostal.

FACTORES FUNCIONALES

Se deben considerar los problemas funcionales como la respiración bucal, masticación deficiente, tics nerviosos, muecas y factores psíquicos.



MORFOLÓGICO

EXAMEN COMPLEMENTARIO DE DIAGNÓSTICO.

EXAMEN DE LOS MODELOS: Índice de Pont

CALCOGRAMA

En un vidrio de 7 cm x 14 cm o más, cortamos pedazos de papel calco o celuloide del mismo tamaño. Utilizando marcadores de trazo fino marcamos, en negro la ubicación de las piezas tal cual están en la boca, *fechas verdes* para el "arco ideal", y *flechas rojas* en la dirección a trabajar. Ver FIGURA 01

PROTOCOLO

S.I. = sumando el ancho mesio-distal de 1.2 - 1.1 - 2.1 - 2.2

Con estas medidas buscar en la *tabla de Korkhaus* las que correspondan para 4|4 (medición con compás de punta seca de fosa a fosa de cada uno) Ídem en 6|6 (pero de fosa mesial a fosa mesial del mismo)

L.O. = Trazamos una perpendicular que pasa de fosa a fosa de 4|4 hasta la parte más externa de los incisivos anteriores. En el maxilar inferior nos regimos por la misma tabla indicada tomando otros parámetros.

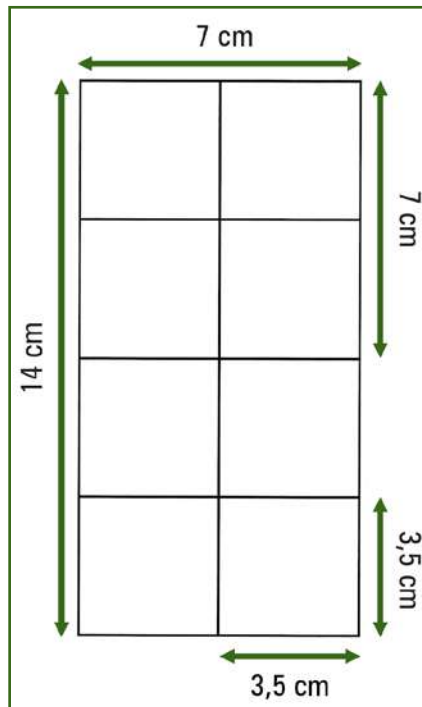
Por ejemplo: punto de contacto más externo entre 4|4 y 5|5 y de cúspide mediovestibular a cúspide mediovestibular de 6|6.

Ver FIGURA 02

UBICACIÓN DE LOS MODELOS EN EL VIDRIO

PROTOCOLO Y TABLA DE KORKHAYS

Las medidas que indica *Korkhaus*, para este *S.I.*, se colocan en *DEBE SER*. Las que posee el modelo del paciente en *ES*. La diferencia entre las mismas, se coloca en la columna de diferencias. Resaltando con signo negativo lo que corresponde a déficit y con signo positivo a exceso.



01 CALCOGRAMA

	SI	ES	DEBE SER	Δ
		-	-	-
<u>4 4</u>	-			
<u>6 6</u>	-			
L.O.	-			
<u>4 4</u>	-			
<u>6 6</u>	-			
L.O.	-			

02 PROTOCOLO

De esta manera tendremos una idea de las direcciones en que debemos trabajar, y están indicadas con *flechas rojas*.

Ver FIGURA 02 / FIGURA 03

MORFOGRAMA

Fue creado por el *Dr. Macary*. En el morfograma no se coloca cifra alguna, sólo se marcan puntos en un esquema.

S.I.	L.O.	4/4	6/6
27,0	16,0	32,0	41,5
27,5	16,3	32,5	42,3
28,0	16,5	33,0	43,0
28,5	16,8	33,5	43,8
29,0	17,0	34,0	44,5
29,5	17,3	34,7	45,3
30,0	17,5	35,5	46,0
30,5	17,8	36,0	46,8
31,0	18,0	36,5	47,5
31,5	18,3	37,0	48,5
32,0	18,5	37,5	49,0
32,5	18,8	38,2	50,0
33,0	19,0	39,0	51,0
33,5	19,3	39,5	51,5
34,0	19,5	40,0	52,5
34,5	19,8	40,5	53,0
35,0	20,0	41,2	54,0
35,5	20,5	42,0	54,5
36,0	21,0	42,5	55,5

03 TABLA DE KORKHAUS

Se deben realizar análisis teniendo en cuenta 6 elementos: transversal, sagital, vertical, desvío, distopías dentarias y neurofuncional.

TRANSVERSAL:

Todo lo que es déficit se marca hacia la izquierda y todo lo que es exceso se marca hacia la derecha. Hacia ambos lados hay 10 (diez) marcas y en la mitad de esas 10 marcas hay una línea más gruesa (teóricamente es la 5ª).

La división entre derecha e izquierda indica si hay déficit o exceso. Esa división indica el 0 (cero), donde se marca todo lo que es normalidad.

El primer estudio en el morfograma es el sentido transversal, y nos da idea de **estrechez** o **diastolia**.

Si en el calcograma tenemos **exceso** deberemos anotar del **0 (cero) hacia la derecha**. Si en el calcograma tenemos **déficit**, debemos anotar desde el **0 (cero) hacia la izquierda**.

Spongamos que en 4|4 hay un déficit de 2,5 y a nivel de 6|6 hay déficit de 0,5 cm. Por ser déficit se marca hacia la izquier-



da contando 2,5 para premolares y 5 para molares. Ídem con los inferiores. Luego se unen los 4|4 y 6|6 de un maxilar y los 4|4 y 6|6 del otro maxilar.

Para unir maxilar superior con inferior unimos la rayas de los dos premolares.

En este caso, nos indica que hay una compresión superior e inferior, mucho más acentuada en el maxilar superior y leyendo el morfograma ya tendremos la idea.

SAGITAL:

En el sentido sagital se refiere a la **arcada superior** (midiendo el **L.O.**, si tiene déficit o exceso) y las **llaves de Angle** (*Clase I, Clase II y Clase III*).

NOTA: Medimos únicamente el superior porque el inferior se considera que mide 2 mm menos.

IMPORTANTE:

Si es disto, es déficit.

Si es normo se marca en 0 (cero). Si es mesio se marca en exceso.

VERTICAL:

Se refiere a **incisal** y a los **tercios faciales**. Para medir incisal se ocluyen los modelos y se marca el entrecruzamiento de incisivos con compás de punta seca o calibre. También podemos marcar con un lápiz el borde de los incisivos superiores sobre la cara vestibular de los incisivos inferiores.

Lo normal es 2 mm de overbite. Si da más o si da menos, se descuentan los 2 mm y se anota en déficit o en exceso.

En cuanto a los tercios faciales tenemos en cuenta que el tercio medio desde el *punto glabella a punto subnasal*. El tercio inferior va desde el punto subnasal al *pun-*

to pogonion que es el punto más inferior del maxilar inferior.

El tercio superior no se mide porque no lo podremos modificar. La diferencia normal entre el tercio medio y el tercio inferior puede ser de 5 mm con un margen de hasta 10 mm en el hombre. En una diferencia menor tendremos una *infragnatía* o *dientes intruidos*. En una diferencia en el superior con respecto al inferior, habrá *supragnatía* o *extrusión*.

El tercio medio es el más estable de la cara. Es de destacar que si hay mordida abierta, de esa manera el tercio inferior estará muy aumentado.

DESVÍO MANDIBULAR:

Hay que observar muy bien si se trata de desvío dentario o mandibular. Puede ser hacia la derecha o hacia la izquierda. Si es normal se marca en 0 (cero). Si hay desvío se marca en déficit.

MORFOGRAMA

TRANSVERSAL	SUPERIOR INFERIOR																
SAGITAL	ALV. SUP. MANDÍBULA																
VERTICAL	INCISA) FACIAL																
DESVÍO	MANDIBULAR	DERECHA								IZQUIERDA							
DISTOPATÍA DENTARIA	SUPERIOR INFERIOR																
NEURO- FUNCIONAL	RESPIRATORIO DEGLUCIÓN HÁBITOS FONACIÓN																
		DÉFICIT								EXCESO							



DISTOPÍAS DENTARIAS:

Son las posiciones individuales de las piezas dentarias y debemos contarlas en el maxilar superior e inferior. Pueden ser piezas dentarias en mesioversión, distoversión, palatoversión, linguoversión, lateroversión, giroversión y vestibuloversión.

NEUROFUNCIONAL:

Se consideran cuatro elementos, respiración, deglución, hábitos y fonación.

Si los 4 parámetros son normales se marca en 0 (cero) en el morfograma.

Si la respiración es normal, ponemos 1 punto en 0 (cero). En cuanto a los hábitos, si los tiene se marcan en déficit y si no los tiene se marca en 0 (cero). Si la deglución es atípica, se marca en la mitad del déficit, si fuese normal se marca en el punto cero.

NOTA: El morfograma es un gráfico sumamente importante porque tenemos el resumen de toda la ficha y nos da una idea general de la facies del paciente.

Ver FIGURA 04

ÍNDICE DE DISCREPANCIA OSEODENTARIA

Este análisis en longitud de la arcada, indica el espacio disponible y el espacio necesario para lograr la correcta ubicación de los dientes. La diferencia entre estos dos valores se denomina *discrepancia dentaria*. Puede ser positivo o negativo, y se hace tanto en la dentición permanente como en la mixta.

Cuando ambos valores son iguales, *no existe discrepancia* y habrá correcto alineamiento dentario.

Cuando el espacio disponible es mayor que el necesario, la discrepancia es positiva y existen diastemas.

Cuando el espacio es menor, la discrepancia es negativa y hay presencia de apiñamientos o pérdida de espacios para determinadas piezas dentarias.

En la *Técnica de Rehabilitación Dinámica de los Maxilares (RDFM)* o *Técnica de Vaz de Lima*, se utiliza este índice para una mejor orientación diagnóstica, utilizando *Bonn Senso*.

Si la discrepancia es positiva, se usará en nuestro plan de tratamiento en algún momento el *Arco NS*.

Si es por el contrario negativa, no son necesarias las exodoncias de premolares ya que se cuenta con el recurso llamado *distalización en bloque*.

DENTICIÓN PERMANENTE

EL ESPACIO DISPONIBLE

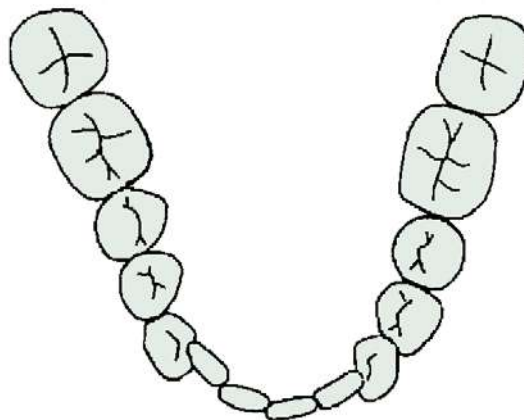
Es la longitud de la línea que va desde mesial del primer molar permanente a mesial de su homólogo, pasando a través de los puntos de contacto de premolares y caninos y los bordes incisales de los incisivos.

EL ESPACIO NECESARIO

Es la suma de los anchos mesiodistales de los dientes mesiales a los primeros molares.

Se divide la arcada en dos segmentos premolares (PM), dos segmentos caninos (C), y dos segmentos incisivos (I). La suma de estos 6 segmentos nos da el espacio disponible, el espacio requerido se obtiene por los anchos mesiodistales de los 10 dientes anteriores, la diferencia entre ambos es la discrepancia dentaria.

Ver FIGURA 05



SEGMENTOS	PM der.	C der.	I der.	I izq.	C izq.	PM izq.
ANCHO M-D dientes						
ANCHO M-D segmentos						
DIFERENCIA						

DISCREPANCIA:



ARCADA DE DENTICIÓN MIXTA

Sirve para conocer la discrepancia dentaria que existe en una arcada en dentición mixta. La *Tabla de Moyers* nos dice estadísticamente, el espacio requerido para ubicar los premolares y los caninos permanentes a partir de la suma de los cuatro incisivos inferiores permanentes.

Existe una tabla para el maxilar inferior y otra para el superior. En ambas tablas se utiliza como valor de partida los incisivos inferiores.

Primero es necesario medir la suma incisiva inferior y luego buscar en la tabla para el maxilar superior el valor correspondiente a esa suma incisiva para el 75% de los casos. Hacer el mismo procedimiento en la tabla para el maxilar inferior.

El valor obtenido es colocado en el cálculo de la discrepancia de dentaria o de modelos. Esta, es la diferencia que existe entre el tamaño de la arcada disponible (desde mesial del 6 a mesial del 6) y la suma de los tamaños M-D de 5 a 5 inclusive.

Si el resultado es 0 (cero) decimos que la discrepancia de dentaria es 0 y por lo tanto el espacio disponible en la arcada es suficiente para que entren todas esas piezas dentarias al ser alineadas.

Si el resultado es positivo decimos que la discrepancia de dentaria es positiva y significa que nos sobrará espacio en la arcada para ubicar las piezas alineadas. Por lo tanto, es probable que nos queden diastemas.

Si el resultado nos da negativo significa que la discrepancia de dentaria es negativa y entonces faltará espacio en la arcada para ubicar las piezas alineadas.

DISCREPANCIA DE MODELOS

[Tamaño real de la arcada de M de 6 a M de 6]

[Suma M-D de 5 a 5]

[Discrepancia de modelos]

La importancia de manejar la técnica de obtención de la *Discrepancia de Modelos (DM)*, radica en que muchos autores

opinan que una DM negativa es una de las causas de extracciones de premolares. En cambio, la RDFM preconiza la distalización en bloque, en lugar de las exodoncias como recurso terapéutico.

Dos técnicas para conseguir espacio en la arcada son la distalización y la expansión.

La expansión tiene dos limitaciones, una es el tamaño de la arcada inferior, ya que en un paciente adulto no podemos aumentar el tamaño transversal del hueso, por lo tanto, no podemos expandir el maxilar superior excesivamente aumentando el resalte.

La otra limitación es estética, ya que no se puede ensanchar el maxilar superior más de lo debido, ya que la estética se vería afectada.

La forma de medir el tamaño de la arcada real es por segmentos y con un compás de punta seca.

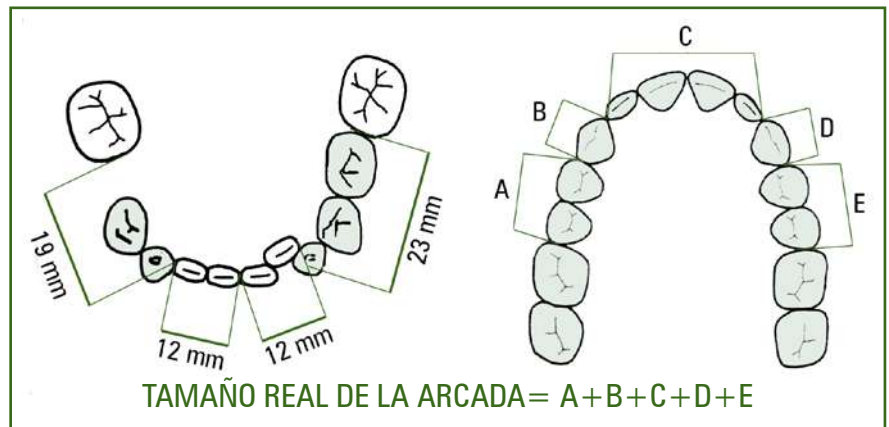
Ver **FIGURA 6, 7, 8 y 9.**

ÍNDICE DE BOLTON

Es un procedimiento que determina la proporción existente entre la suma de los diámetros mesiodistales de los 12 (doce) dientes anteriores inferiores (de primer molar a primer molar) y la suma de los mismos diámetros de los homólogos superiores. Esta proporción se denomina *Relación Total*.

La proporción entre la suma de los 6 (seis) anteriores inferiores y superiores, se denomina *Relación Anterior*.

06 DISCREPANCIA DE MODELOS (DM)



07 TABLA DE MOYERS: RESUMEN

	SUPERIOR	INFERIOR
TAMAÑO DE LA ARCADA POR MESIAL DE 6		
SUMA DENTARIA POR MESIAL DE 6		
DISCREPANCIA		

08 TABLA DE PROBABILIDAD PARA PREDECIR LA SUMA DE LOS ANCHOS DE 345 A PARTIR DE 21 12

21 / 12 =	19,5	20,0	20,5	21,0	21,5	22,0	22,5	23,0	23,5	24,0	24,5	25,0
75%	20,6	20,9	21,2	21,5	21,8	22,0	22,3	22,6	22,9	23,1	23,4	23,7

09 TABLA DE PROBABILIDAD PARA PREDECIR LA SUMA DE LOS ANCHOS DE 345 A PARTIR DE 21 12

21 / 12 =	19,5	20,0	20,5	21,0	21,5	22,0	22,5	23,0	23,5	24,0	24,5	25,0
75%	20,1	20,4	20,7	21,0	21,3	21,6	21,9	22,2	22,5	22,8	23,1	23,4



Estas dos mediciones permiten saber si la anomalía asienta en los segmentos laterales o en el sector anterior.

RELACIÓN TOTAL

Usando compás de punta seca, medir el diámetro mesiodistal de los doce dientes anteriores de ambos maxilares. Dividir la suma de los 12 dientes inferiores por la suma de los 12 dientes superiores y se multiplica por 100.

$$\frac{\text{Suma mand.12}}{\text{Sumamax.sup.12}} \times 100 = 91.3\% \pm 0,26$$

Este resultado indica una proporción normal entre los diámetros mesiodistales de ambas arcadas, que determinaran una relación overbite/overjet normal como así una correcta relación canina.

Una cifra superior indica dientes inferiores excesivamente grandes en relación a los superiores.

Si el índice es menor, indica exceso de tamaño de los superiores en relación a los inferiores.

En ambos casos, los excesos se interpretan como un exceso en relación a la arcada antagonista.

RELACIÓN ANTERIOR

Se obtiene con la siguiente fórmula:

$$\frac{\text{Suma mand.6}}{\text{Suma max. sup.6}} \times 100 = 77.2\%$$

Una cifra mayor indica que la causa de la discrepancia debe ser atribuida a un tamaño excesivo de los dientes anteroinferiores.

En cambio, si el índice es inferior, se debe a un mayor tamaño de los superiores.

Ver FIGURA 10

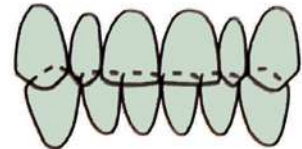
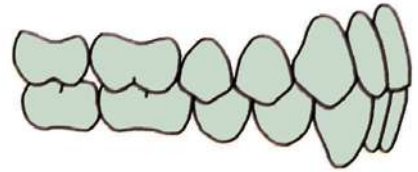
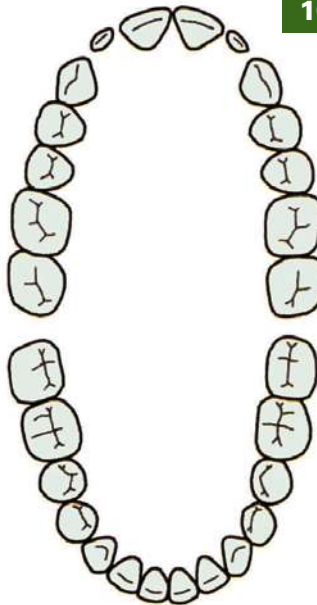
ÍNDICE DE CHATEAU

Se basa en la relación entre el perímetro óseo (PO) y el perímetro dentario (PD).

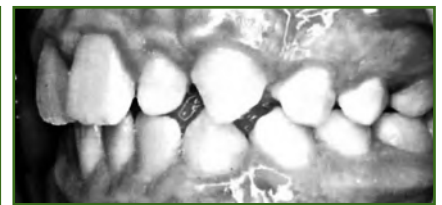
El perímetro óseo es aquel que va desde la parte posterior de la tuberosidad, pasando por el fondo de surco (hueso basal). El PO se calcula a través de una tabla.

10

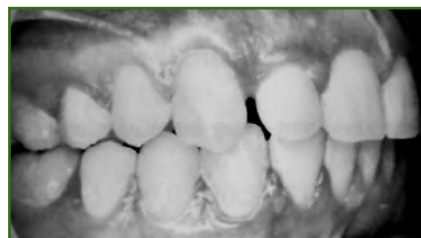
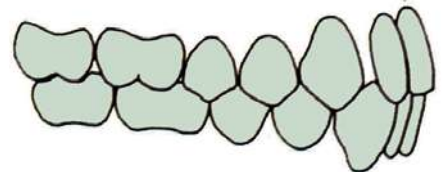
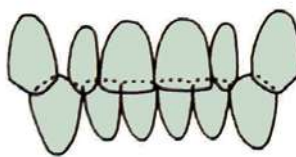
ÍNDICE DE BOLTON



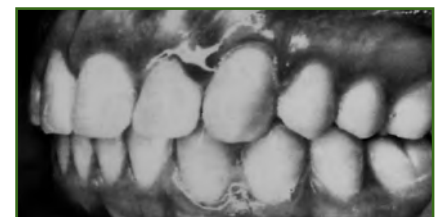
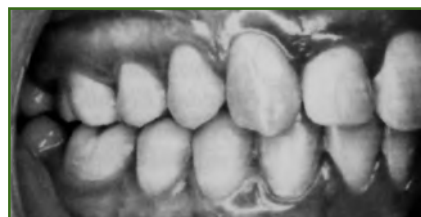
INCISIVOS LATERALES CONOIDES. EL ÍNDICE DETERMINA UN EXCESO DE MATERIAL DENTARIO INFERIOR EN RELACIÓN AL SUPERIOR



EFFECTO DE LA DESARMONÍA DE TAMAÑOS ENTRE LOS DIENTES SUPERIORES E INFERIORES. SE ESTABLECE UNA RELACIÓN LATERAL DE CLASE II.



EXCESO DE MATERIAL DENTARIO INFERIOR CON RESPECTO AL SUPERIOR. PARA MANTENER UNA RELACION CANINA DE CLASE I, SERÁ NECESARIO DEJAR DIASTEMAS SUPERIORES.



LA RECONSTRUCCIÓN DE LOS INCISIVOS LATERALES PERMITE ARMONIZAR LOS TAMAÑOS Y ELIMINAR LOS DIASTEMAS.



Calculamos el diámetro mesiodistal del incisivo central superior, del primer premolar superior y del primer molar superior, lo sumamos y comparamos en la tabla el valor correspondiente.

Si el perímetro de los dientes es mayor que el perímetro óseo indica una discrepancia dentoalveolar negativa, pues los dientes no tendrán lugar en la arcada.

Por el contrario, si el PO fuese mayor que el PD, tenemos una discrepancia dentoalveolar positiva, sobraría espacio. Dependiendo de la edad del paciente, debemos sumar unos milímetros al PO, significado eso que el paciente crecerá un poco más.

En la época de pico de crecimiento de 8 a 12 años, hay en condiciones de normalidad un aumento de 2 mm por año, y de 12 a 20 hay un aumento de 1 mm por año. Juntamente con las demás tablas, se anotan las medidas encontradas y las esperadas en la ficha clínica.

El análisis de *Chateau* corresponde al PO disponible para 14 elementos, por lo que se debe considerar también la posibilidad de erupción de los terceros molares.

La fórmula para el cálculo de la discrepancia dentoalveolar es:

$$PHI = PO / PD$$

$$PHF = PO + CO / PD = P14$$

PHI: Perímetro óseo inicial

PHF: Perímetro óseo final

PO: Perímetro óseo

CO: Crecimiento óseo

Ver FIGURA 11

MÚSCULOS

Los músculos trabajan sinérgicamente; sus presiones deben ser suaves, no ejerciendo excesiva presión.

Los músculos son responsables de que se modifiquen morfológicamente tanto el maxilar superior como el inferior. El primero crece hasta los 16 años, el segundo hasta los 19-22 años.

¿Por qué cambian los huesos maxilares y cómo se produce este cambio? Por presión o tracción que ejercen los músculos sobre el tejido óseo. En los sitios que se produce presión hay reabsorción por car-

11 TABLA DE CHATEAU

1,4,6	=	P14
21,1	=	93,0
21,4	=	94,0
21,6	=	95,0
21,8	=	96,0
22,0	=	97,0
22,3	=	98,0
22,5	=	99,0
22,7	=	100,0
22,9	=	101,0
23,2	=	102,0
23,4	=	103,0
23,6	=	104,0
23,9	=	105,0
24,1	=	106,0
24,3	=	107,0
24,5	=	108,0
24,8	=	109,0
25,0	=	110,0
25,2	=	111,0
25,5	=	112,0
25,7	=	113,0
25,9	=	114,0
26,1	=	115,0
26,3	=	116,0
26,6	=	117,0
26,8	=	118,0
27,0	=	119,0
27,3	=	120,0
27,5	=	121,0
27,7	=	122,0
28,0	=	123,0
28,2	=	124,0
28,4	=	125,0
28,6	=	126,0
28,8	=	127,0
29,1	=	128,0
29,3	=	129,0
29,5	=	130,0
30,0	=	132,0
30,2	=	133,0
30,4	=	134,0

gas negativas, en donde hay tracción, hay neoformación por cargas positivas. Por ejemplo, el maxilar inferior se modela desde el nacimiento hasta la edad adulta.

Las apófisis coronoides en el recién nacido presentan una morfología achatada para permitir la succión. Siendo los movimientos durante la succión: descenso, avance, ascenso y retroceso. Al modificarse la dieta, pasando subsecuentemente a una dieta líquida o semisólida a una dieta sólida, se modifica concomitantemente la morfología de estas apófisis.

A su vez, los huesos del cráneo pueden ser modificados con la respiración, y no así por dispositivos terapéuticos.

La turbulencia que provoca el aire al pasar por los senos paranasales durante la respiración nasal, es en parte responsable de este efecto. En tal sentido, es aconsejable para los niños hacer gimnasia respiratoria en todos los casos. Por medio de esto, modificarán la respiración bucal y reafirmarán la respiración nasal, asegurándonos de mantener este estímulo de desarrollo. Dentro de este marco, resulta fundamental considerar, la actitud postural.

CONCEPTOS DE FACIASCELLI

Se engloba dentro de este concepto a los músculos que trabajan como esfínteres alrededor de las cavidades naturales, como los ojos, la nariz, la cavidad bucal, entre otras.

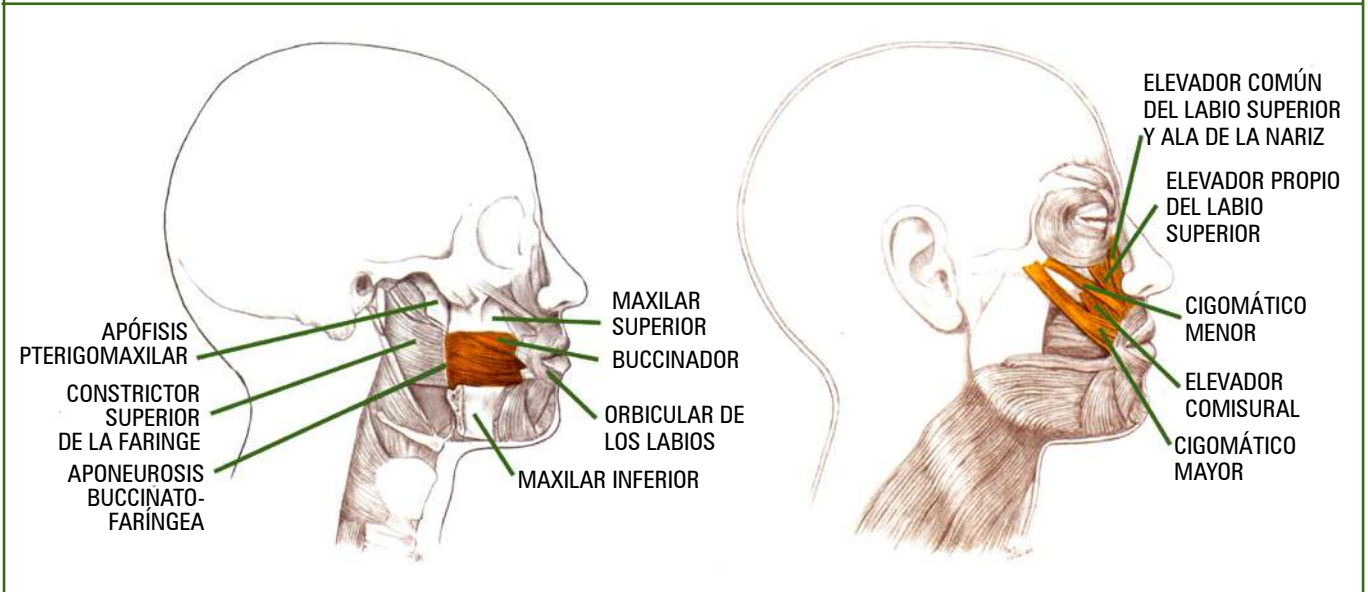
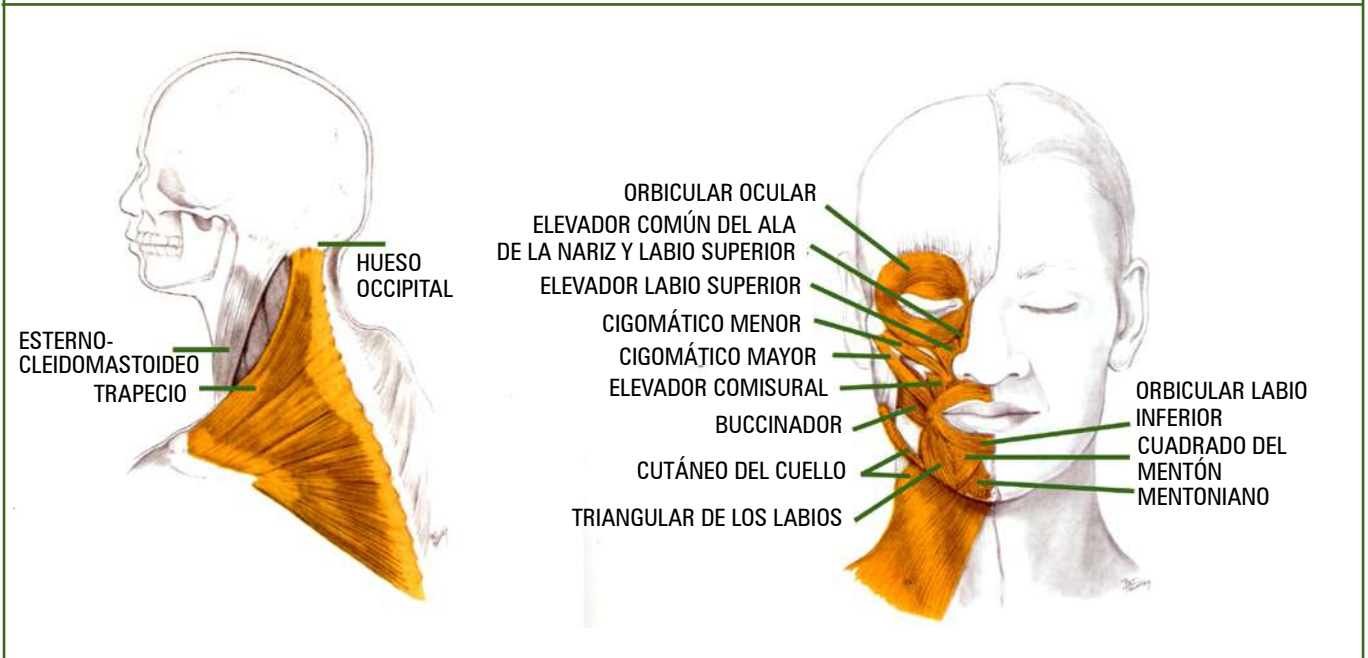
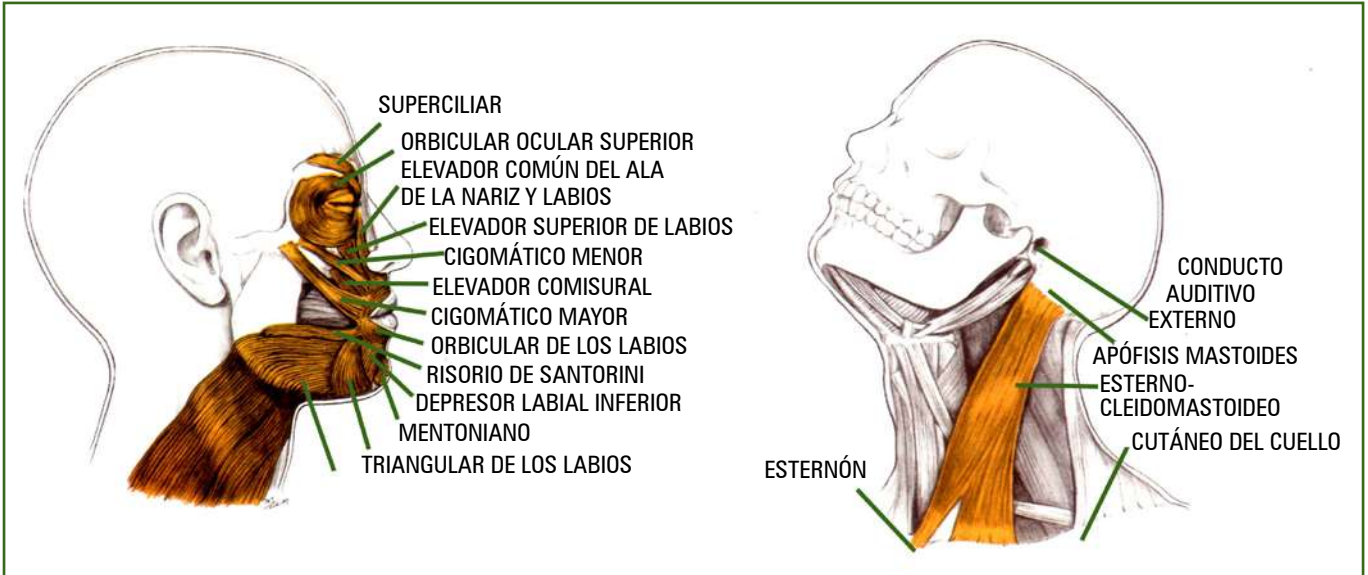
MÚSCULOS MASTICADORES

(elevadores y estabilizadores):

1. Masetero (depresor de la mandíbula)
2. Temporal (tres fascículos; anterior, medio y posterior)
3. Pterigoideo (externo e interno)

MÚSCULOS FACIALES

1. LABIALES CONSTRICTORES: orbicular de los labios (dividido en superior e inferior), músculo de *Klein*, borla de la barba.
2. LABIALES DILATADORES: elevador común y propio, canino, cigomático mayor y menor, risorio de *Santorini*, buccinador, triangular de los labios, cuadrado del mentón.
3. COMISURALES: Plano profundo y superficial.
4. Laterales.
5. Faríngeos.
6. Piso de la boca.
7. Velo del paladar. ■■■■■





NOTAS PARA CONSULTAR

Pueden consultarse otros artículos publicados sobre temas relacionados con *Disfunciones, Tratamiento Precoz, Técnica de Vaz de Lima o RDFM y sobre Arco NS*, y además de videoconferencias. para profundizar sobre esta temáticas:

FORMENTO DE SIVAK, A. N., *ORTOPEDIA FUNCIONAL DE LOS MAXILARES: CONCEPTOS BÁSICOS. DISFUNCIONES*, Magazine Dental, Edición 47, Año XII, Junio 2018, Buenos Aires, Argentina. <http://www.magazinedental.com/nota.php?nota=617>

FORMENTO DE SIVAK, A. N., *ORTOPEDIA FUNCIONAL DE LOS MAXILARES: DISFUNCIONES, DEGLUCIÓN ATÍPICA*, Magazine Dental, Edición 49, Diciembre 2018, Año XIII, Buenos Aires Argentina - <http://www.magazinedental.com/nota.php?nota=631>

FORMENTO DE SIVAK, A. N., *ORTOPEDIA FUNCIONAL DE LOS MAXILARES: DISFUNCIONES, ACTITUD POSTURAL*, Magazine Dental, Edición 48, Año 12, Septiembre 2018, Buenos Aires, Argentina - <http://www.magazinedental.com/nota.php?nota=619>

FORMENTO DE SIVAK, A. N., *ORTOPEDIA FUNCIONAL DE LOS MAXILARES: DISFUNCIONES. SUCCIÓN*, Magazine Dental, Edición 50, Año XII, Marzo 2019, Buenos Aires, Argentina - <http://www.magazinedental.com/nota.php?nota=659>

FORMENTO DE SIVAK, A. N., *ORTOPEDIA + ORTODONCIA: TRATAMIENTO PRECOZ APLICANDO EL CONCEPTO DE SALUD Y ENFERMEDAD DEL DR. RAMÓN TORRES. INTERRELACIÓN DE LAS TÉCNICAS*, Magazine Dental, Edición 38, Año X, Junio 2016, Buenos Aires, Argentina - <http://www.magazinedental.com/nota.php?nota=548>

FORMENTO DE SIVAK, A. N., *CONCEPTO DE SALUD Y ENFERMEDAD, OPORTUNIDAD DE TRATAMIENTO DE ACUERDO CON EL PROF. DR. RAMÓN TORRES*, Videoconferencia, Diciembre 2020 - <https://www.youtube.com/watch?v=usloSlqeikE&t=6665s>

FORMENTO DE SIVAK, A. N., *¿QUÉ ES LA REHABILITACIÓN DINÁMICA Y FUNCIONAL DE LOS MAXILARES (RDFM) O TÉCNICA DE VAZ DE LIMA?*, Magazine Dental, Edición 54, Año XV, Septiembre 2020, Buenos Aires, Argentina <http://www.magazinedental.com/nota.php?nota=708> (PARTE I - TEORÍA)

FORMENTO DE SIVAK, A. N., *¿QUÉ ES LA REHABILITACIÓN DINÁMICA Y FUNCIONAL DE LOS MAXILARES (RDFM) O TÉCNICA DE VAZ DE LIMA?*, Magazine Dental, Edición 54, Año XV, Septiembre 2020, Buenos Aires, Argentina <http://www.magazinedental.com/nota.php?nota=709> (PARTE II - CASO CLÍNICO)

FORMENTO DE SIVAK, A. N., *ARCO N.S.: CARACTERÍSTICAS, CONFECCIÓN Y ALGUNOS CASOS CLÍNICOS*, , Edición 53, Año XV, Diciembre 2019, Buenos Aires, Argentina - <http://www.magazinedental.com/nota.php?nota=689>

FORMENTO DE SIVAK, A. N., *CONCEPTOS BÁSICOS DE ORTODONCIA Y ARCO N.S*, Videoconferencia, Agosto 2020 - <https://www.youtube.com/watch?v=b-lSpkcvls&t=13s>

ACERCA DE LA AUTORA.

ARACELI Noemí FORMENTO DE SIVAK es Odontóloga egresada de la FOUBA (1974) y Especialista en Ortopedia FUNCIONAL DE LOS MAXILARES de la AAOFM, donde ejerció la docencia hasta 2004. Incursionó en la



ortodoncia convencional. Obtuvo los títulos Excelencia en la Técnica (2001) y Excelencia Científica (2005), ambos en Brasil, en la especialidad REHABILITACIÓN DINÁMICA FUNCIONAL DE LOS MAXILARES (RDFM) o Técnica de Vaz de Lima. Miembro activo del Grupo de estudios Mauricio (GEM Brasil) y fundadora, representante y directora del GEM ARGENTINA. Creadora del ARCO NS. Autora del libro *ORTOPEDIA Y*

ORTODONCIA (LA OTRA PERSPECTIVA...). Colaboradora en la parte funcional en la firma ALL RIGHT. Dictante de conferencias en su país y en el extranjero.

CONTACTO CON LA AUTORA.

(+54 -911) 4971-7795

noemiformento@hotmail.com

DISEÑO
GRAFICO &
EDITORIAL

15-3918-2241

aes.editorial@gmail.com

FO
LLE
TOS

LO
GOS

FOR
MULA
RIOS

LI
BROS

RE
VIS
TAS

AVI
SOS

CA
TÁ
LOGOS

VO
LAN
TES

F
LY
ERS

DIS
COS

PAG
INAS
WEB

A
FTI
CHES

TAR
JE
TAS

BOL
SAS

EN
VAS
ES

PA
PE
LERÍA



ADRIAN
EMILIO
SIGNORELLI