

# DISCREPANCIA DEL TAMAÑO DENTAL EN JOVENES DE 15 A 25 AÑOS FACULTAD DE ESTOMATOLOGÍA, 2014.

**Autor:** MsC. Dr. Diego Michel Porras Valdés, Especialista de Primer grado en Ortodoncia. Especialista de Primer grado en EGI. Máster en atención a las urgencias en Estomatología. Profesor instructor. Facultad de Estomatología E mail: [diegomichelporras@nauta.cu](mailto:diegomichelporras@nauta.cu)

**Coautores:** MsC. Dra. Maiyelín Llanes Rodríguez, Dra. Nurys Mercedes Batista González, MSc. Dra. Lena Torres Armas.

## RESUMEN

**Introducción:** El tratamiento ortodóncico, persigue, más allá de la estética facial y dental, la función y la salud, la obtención de un resultado estable o relativamente estable, a corto y largo plazo. El índice de Bolton es uno de los métodos más utilizados para determinar las discrepancias del tamaño dentario. **Objetivo:** Describir la relación del tamaño dentario en pacientes de 15 a 25 años con maloclusión y estudiantes con normoclusión de la Facultad de Estomatología, entre septiembre del 2012 y diciembre del 2013. **Método:** se realizó un estudio transversal descriptivo. El tamaño muestral fue de 100 jóvenes, 50 con normoclusión y 50 con maloclusión. Se calculó el Radio Total y Anterior, según fórmulas de Bolton. **Resultados:** El Radio Total promedio fue de 91,3%, diferente del de Bolton en centésimas. La Desviación estándar fue de 1,9%. El Radio Anterior promedio fue de 77,2%, diferente del de Bolton en centésimas, pero con mayor desviación estándar. **Conclusión:** Los valores promedios del Radio Total y Anterior coincidieron con los propuestos por Bolton, con similitud de la variabilidad para el Total. Las discrepancias del tamaño dental ideal fueron mayores en el sector anterior que en el total. Es posible utilizar el índice en población cubana, con rango propuesto por Bolton para el Radio Total. En el Radio Anterior el rango debiera ser mayor.

**Palabras clave:** índice de Bolton, discrepancia dental, tratamiento ortodóncico.

## INTRODUCCIÓN

Las exigencias estéticas en el mundo actual son motivo de preocupación de los individuos. La oclusión hace referencia a las relaciones que se establecen al poner los arcos dentarios en contacto, tanto en céntrica como en protrusión o movimientos laterales.<sup>1</sup>

La oclusión normal en un sistema biológico y fisiológico, tiene la capacidad de que el aparato masticatorio se adapte a pequeñas desviaciones dentro de un límite de tolerancia. Hoy en día se define como una oclusión fisiológica a aquella que no presenta signos ni síntomas de inestabilidad (hipermobilidad, hipersensibilidad y desgastes excesivos acompañados o no por dolores musculares o chasquidos articulares).<sup>2</sup>

La maloclusión, es considerada como una desviación del patrón normal de oclusión, tanto morfológica como funcional, afecta a la mayoría de la población mundial considerándose como una alteración de alta prevalencia.<sup>3</sup> Entre los objetivos principales de un tratamiento ortodóncico, más allá de la estética facial y dental, la función y la salud, se halla la obtención de un resultado estable o relativamente estable, a corto y largo plazo. Desde inicio del siglo pasado se realizaron numerosos estudios para el establecimiento de normas de oclusión y normas de forma ideal de las arcadas dentarias utilizando trazos geométricos y mediciones en radiografías y modelos de yeso.

Wayne E. Bolton<sup>4,5</sup> introduce su análisis en el año 1958, el cual incluye la comparación entre la suma del total de los diámetros de los arcos dentarios, desde las superficies distales de los primeros molares, tanto como la comparación de segmentos anteriores de los arcos, medidas entre ambas superficies distales de canino a canino. Una vez que se determina la discrepancia maxilar o mandibular parcial o total en exceso, según el resultado de ésta se puede tomar decisión terapéutica del caso.<sup>6</sup> La utilización de este método permite detectar, antes del comienzo del tratamiento, discrepancias dentarias entre ambas arcadas y limitar cualquier desproporción en el tamaño de la dentición superior con respecto a la inferior, o a la inversa, que impedirían lograr una normoclusión final. Es útil también para evaluar el efecto de las exodoncias y realizar una correcta elección de los dientes a extraer o desgastar y para el diseño de procedimientos terapéuticos destinados a compensar las dificultades originadas por las incompatibilidades entre las dimensiones de los dientes antagonistas. Ha sido ampliamente utilizado en tratamientos donde se aplican extracciones asimétricas.<sup>7,8</sup>

El Índice de Bolton no es utilizado con frecuencia en investigaciones cubanas, sin embargo el número de publicaciones internacionales que refieren su uso se ha incrementado en los últimos años.

Planteamiento del problema: Por el interés de utilizar este valioso método en la práctica diaria, teniendo en cuenta que sus valores fueron obtenidos en modelos de individuos con características étnicas y raciales propias de otra población, se propuso determinar su aplicabilidad en el medio cubano a través de la obtención del Índice de Bolton en una población adolescente.

El objetivo de este trabajo fue Describir la relación del tamaño dentario anterior y total en pacientes de 15 a 25 años con maloclusión atendidos en servicio de ortodoncia y estudiantes con normoclusión de la Facultad de Estomatología, entre septiembre del 2012 y diciembre del 2013.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

Estudio descriptivo, transversal, tipo investigación aplicada. Se llevó a cabo en el periodo comprendido entre septiembre 2012 a Diciembre del 2013.

El universo estuvo constituido por todos los pacientes con edades comprendidas entre 15 a 25 años ingresados al servicio de Ortodoncia con maloclusiones dentales y los estudiantes de primero a quinto año de la carrera de Estomatología con normoclusión dental. Se determinó incluir un tamaño muestral de 100 pacientes: 50 con maloclusiones definidas y 50 sin ninguna maloclusión, en correspondencia con un muestreo no probabilístico por conveniencia, con asignación de cuotas. Para la selección de los casos con maloclusión fueron tomados los primeros 50 pacientes con edades comprendidas entre 15 a 25 años atendidos en el servicio de Ortodoncia que presentaron cualquier tipo de maloclusión. Los 50 casos sin maloclusión fueron seleccionados de un estudio realizado de la oclusión en estudiantes de Estomatología, tomando aquellos que presentaron los criterios de normoclusión.

## **OPERACIONALIZACIÓN DE LAS VARIABLES:**

Radio Total: Cuantitativa continua, Escala de razón, Resultado del cálculo de la aplicación del índice de Bolton para todos los dientes. Radio anterior: Cuantitativa

continua, Escala de razón, Resultado del cálculo de la aplicación del índice de Bolton para dientes anteriores (Anexo 1). Clasificación del tamaño dental según Radio Total: Cualitativa nominal politómica, Escala nominal: Dientes inferiores grandes, Dientes superiores grandes, Tamaño normal. Clasificación del tamaño dental anterior según Radio Anterior: Cualitativa nominal politómica, Escala nominal: Dientes antero inferiores grandes, Dientes antero superiores grandes, Tamaño normal,

La presente investigación no incluye procedimientos experimentales, sino que se conserva en el ámbito descriptivo. Se realizó este estudio con previa autorización del consejo científico de la facultad “Raúl González Sánchez” y el comité de ética. Se solicitó el consentimiento informado de los pacientes que participaron en el estudio de forma verbal y por escrito y a sus padres en caso de menores de 19 años.

La información relacionada con la propia investigación se obtuvo a partir del interrogatorio y la toma de modelos dentales. Se realizaron mediciones con pie de rey previamente calibrado. El ancho mesiodistal de cada diente fue medido como la mayor distancia entre los puntos de contacto interproximales, registrando el valor obtenido en milímetros y décimas de milímetros.

Fueron calculadas frecuencias absolutas para las variables cualitativas y para cada una de las clases de la escala de razón de la edad. En todos los casos la significación se prefirió en  $p=0,05$ .

## RESULTADOS

Tabla 1: Estadísticos descriptivos de los anchos mesiodistales de los dientes según arcada dentaria.

Diente	Arcada								
	Maxilar				Mandíbula				
	Mínimo	Máximo	Media	DE	Diente	Mínimo	Máximo	Media	DE
16	9,5	11,5	<b>10,5</b>	0,5	46	9,7	12,3	<b>11,2</b>	0,6
15	5,7	8,1	6,9	0,5	45	6,0	8,6	7,3	0,5
14	6,3	8,1	7,2	0,4	44	6,3	8,0	7,2	0,4
13	7,0	9,3	7,9	0,4	43	6,0	8,0	6,8	0,5
12	5,8	7,8	<b>6,9</b>	0,5	42	5,2	6,8	5,9	0,3
11	7,3	9,7	8,7	0,5	41	4,6	6,1	<b>5,3</b>	0,3
21	7,1	9,6	8,6	0,5	31	4,7	6,0	<b>5,3</b>	0,3
22	6,0	7,9	<b>6,8</b>	0,5	32	5,2	6,6	5,8	0,3

23	6,8	9,3	7,9	0,5	33	6,0	8,0	6,8	0,4
24	6,1	8,2	7,2	0,5	34	6,4	8,2	7,3	0,4
25	5,7	7,8	6,9	0,5	35	6,2	8,9	7,4	0,5
26	9,3	11,6	<b>10,4</b>	0,5	36	9,5	12,3	<b>11,1</b>	0,7

Las dimensiones mesiodistales promedio mayores correspondieron a los primeros molares, con 10,5 mm para el maxilar derecho, 10,4 mm para el maxilar izquierdo, 11,2 mm para el mandibular derecho y 11,1 mm para el mandibular izquierdo. En el maxilar, las dimensiones mesiodistales más pequeñas correspondieron a los incisivos laterales (6,9 mm el derecho y 6,8 mm el izquierdo). En la mandíbula a los incisivos centrales, con promedio de 5,3 mm.

Tabla 2: Estadísticos descriptivos de los radios calculados según índice de Bolton.

Estadísticos		Radio total <sup>a</sup>	Radio anterior <sup>b</sup>
Mínimo		86,313	68,862
Máximo		94,488	90,676
Media		91,255	77,217
DE		1,918	3,457
Percentiles	5	86,763	72,177
	10	88,408	73,333
	90	93,432	81,581
	95	94,172	82,638

a.- Valor medio probado: Radio Total (Bolton): 91,3  
Media de la diferencia=-0,045 t=-0,234 99 gl p=0,816

b.- Valor medio probado: Radio Anterior (Bolton): 77,2  
Media de la diferencia=0,017 t=-00,048 99 gl p=0,962

Según los resultados expuestos en la tabla 2, el Radio Total osciló entre 86,3 y 94,5. El valor promedio fue de 91,3, con una desviación estándar de 1,9. La variable no siguió distribución normal. Entre los valores 86,8 (percentil 5) y 94,2 (percentil 95) se acumuló el 90% de las observaciones.

El Radio Anterior osciló entre 68,9 y 90,7, con promedio de 77,2. Entre los valores 72,2 (percentil 5) y 82,6 (percentil 95) se acumuló el 90% de las observaciones.

Tampoco esta variable tuvo distribución normal.

En ambos casos los valores promedios sólo difieren de los dados por Bolton en centésimas. De ahí que las pruebas de hipótesis para la comparación de las medias o promedios obtenidos sean no significativas (p=0,816 para el Radio Total y p=0,962 para el Radio Anterior).

Tabla 3: Distribución del grupo estudiado por clasificación del tamaño dental según intervalo de normalidad para el radio total.

Clasificación	Según intervalo de Bolton (1DE) (89,39-93,21)	Según intervalo de Gregoret (91,04-91,56)
Dientes inferiores grandes	15	53
Dientes superiores grandes	17	44
Tamaño normal	68	3
Total	100	100

En la tabla 3 se observan los resultados de la evaluación de la discrepancia a partir del Radio Total. Para ello se utilizan los dos intervalos: el propuesto por Bolton con el uso de una desviación estándar de 1,91; y el propuesto por Gregoret; con desviación estándar de 0,26. Según intervalo de Bolton, 68 jóvenes no tenían discrepancias en el tamaño de los dientes, 17 tenían dientes superiores grandes y 15 tenían dientes inferiores grandes. Sin embargo, utilizando el intervalo de Gregoret, sólo 3 no tenían discrepancia, 44 tenían dientes superiores grandes y 53 dientes inferiores grandes.

Tabla 4: Distribución del grupo estudiado por clasificación del tamaño dental según intervalo de normalidad para el radio anterior.

Clasificación	Según intervalo de Bolton	Según intervalo de Gregoret
Dientes antero inferiores grandes	24	1
Dientes antero superiores grandes	26	99
Tamaño anterior normal	50	0
Total	100	100

En la tabla 4 se observan los resultados de la evaluación de la discrepancia a partir del Radio Anterior. Se utilizan los dos intervalos: el propuesto por Bolton con desviación estándar de 1,65; y el propuesto por Gregoret; con desviación estándar de 0,22. Según Bolton, 50 jóvenes no tenían discrepancias en el tamaño de los dientes, 26 tenían dientes anterosuperiores grandes y 24 tenían dientes anteroinferiores grandes. Con el intervalo de Gregoret, todos los casos tenían discrepancia, 99 con dientes anterosuperiores grandes y 1 con dientes anteroinferiores grandes. También en este caso se utilizó el intervalo de Bolton para determinar la presencia de discrepancias de los tamaños dentales.

## DISCUSIÓN DE LOS RESULTADOS

La utilización del Índice de Bolton en Ortodoncia tiene como objetivo detectar antes del comienzo del tratamiento desarmonías entre los tamaños dentarios de la arcada superior e inferior, con la finalidad de anticipar alteraciones de las relaciones interdentarias que se observan en su finalización. También sirve para evaluar el efecto de las extracciones, para hacer una correcta elección de las piezas a extraer y para diseñar procedimientos terapéuticos destinados a compensar las dificultades originadas por las incompatibilidades entre las dimensiones de los dientes antagonistas <sup>9</sup>. La sistematización del uso de los Radios Total y Anterior de Bolton en la actividad asistencial de los ortodoncistas cubanos requiere, entre otros elementos, que sea comprobada la utilidad del método, su validez dentro del contexto cubano. <sup>9,10</sup>

Se han publicado con esta finalidad, en el entorno nacional, el estudio de Sánchez<sup>10</sup> en Villa Clara; de Romero<sup>11</sup> en Camagüey y el de Lorenzo<sup>12</sup> en La Habana. Los objetivos y las poblaciones utilizadas en cada uno de estos estudios difieren desde personas con oclusión normal hasta pacientes de consulta de ortodoncia con maloclusiones de diversos tipos. En todos los casos, sin embargo, se obtuvieron resultados que hablan a favor de la utilización del índice para la determinación de las discrepancias en los tamaños dentales, siempre y cuando las bases óseas sean normales. El presente estudio busca sumarse a esta evidencia científica.

Hattab<sup>13</sup> describió los diámetros de las coronas dentales, obteniendo como resultado que el incisivo lateral en dentición permanente y decidua es el diente que muestra mayor variabilidad de la dimensión mesiodistal, mientras que el primer molar permanente y el segundo molar en dentición decidua son los más estables. Estos resultados no coinciden con los del presente estudio donde la mayor variabilidad observada correspondió a los primeros molares de la mandíbula y la mayor estabilidad a los incisivos centrales y laterales.

En el estudio de Malkoç<sup>14</sup>, que incluyó 100 jóvenes de la población turca, las dimensiones mesiodistales de los dientes maxilares mostraron mayor variabilidad que los de la mandíbula. Lo mismo ocurrió entre los jóvenes cubanos estudiados aquí, excepto para premolar y primer molar.

Los dientes aislados que presentan Macrodoncia pueden surgir de anomalías de duplicación durante la etapa de proliferación en el desarrollo dental, se debe considerar el factor congénito y la frecuencia en dentición temporal no se ha determinado pero en la permanente es de 1,1%<sup>15</sup>.

En el estudio actual, en cuanto a los resultados del Radio Total y Anterior, el azar determinó que la similitud con los ofrecidos por Bolton fuera tan marcada que sólo difieren en centésimas en ambos casos, lo que determinó que las probabilidades asociadas a la comparación fueran muy cercanas a 1. La dispersión del Radio Total también fue muy similar, no así la del Radio Anterior.

Sánchez y colaboradores<sup>12</sup> estudiaron la aplicabilidad del índice de Bolton para el sector anterior en pacientes cubanos adolescentes (15-18 años). Al realizar una prueba de hipótesis para ver si existían diferencias estadísticamente significativas entre la media estimada en su estudio (78,36) y el valor promedio propuesto por Bolton (77,2) con un nivel de significación del 95% no obtuvieron diferencia significativa.

Romero y colaboradores<sup>16</sup> estudiaron 25 pacientes con distintos tipos de maloclusión y les calcularon el Radio Anterior del índice de Bolton. Obtuvieron una media de 78,75% y desviación estándar de 5,06; por encima del Radio Anterior propuesto por Bolton pero sin significación estadística de la diferencia. El exceso dentario inferior se observó en casi la mitad de los pacientes, y tuvo la mayor frecuencia en la Clase II división 1.

Oktay y Esengül<sup>15</sup> estudiaron 500 modelos de pacientes entre 12 y 28 años. Un gran número de sujetos tenían Radios que diferían del propuesto por Bolton en más de 2 desviaciones estándar, con una media también superior. Sus resultados sugieren la posibilidad de relación del valor del índice con la presencia de maloclusión y que la discrepancia de los tamaños dentales pueda empeorarla.

Poss<sup>17</sup> estudió 56 jóvenes con oclusión normal seleccionados del estudio De Crecimiento de Iowa. Obtuvo un Radio Total de 91,4% +/- 2,1% y un Radio Anterior de 77,8% +/- 2,5%, muy similares a los señalados por Bolton, como en el presente estudio.

En la presente investigación se utilizaron los intervalos de normalidad para clasificar los valores tanto del Radio Total como del Anterior de Bolton y de Gregoret, obteniendo como resultado un sobrediagnóstico de discrepancia con el uso de la desviación estándar propuesta por este último. Esto se debe a que el rango de valores normales o "ideales" es muy estrecho según Gregoret, de modo que casi ningún paciente queda incluido. Se decidió entonces para el resto del estudio utilizar el intervalo con una desviación estándar propuesto por Bolton.

O'Mahony y colaboradores<sup>18</sup> realizaron un estudio en Irlanda de 240 modelos ortodóncicos de una clínica y obtuvieron una discrepancia total dental del 37,9%. Este porcentaje es superior al observado en la presente investigación, a pesar de que utilizaron dos desviaciones estándar para obtener rango de normalidad, en tanto en el estudio actual se empleó una sola, según sugiere Bolton.

En el estudio realizado por Sharma y colaboradores<sup>19</sup> en 150 pacientes ortodóncicos entre 16 y 26 años detectaron 24% de discrepancia con los valores ideales del Radio Anterior y 8% con el Total, pero también en este caso utilizaron dos desviaciones estándar de la media propuesta por Bolton. Este estudio propone expresar la discrepancia en milímetros, sugiriendo el empleo de un límite de 2mm.

En resumen, según los resultados analizados, es posible la utilización del índice de Bolton en la población cubana. En el caso del Radio Anterior es posible que la utilización de una desviación estándar sobrediagnostique discrepancias de los tamaños dentales, puesto que la desviación estándar fue mayor entre los jóvenes estudiados aquí y la propuesta por Bolton, pero en pequeña medida. En el caso del Radio Total parece no haber dudas de la posibilidad de utilizarlo tal y cómo lo propone el autor. Se requiere de estudios con tamaños muestrales mayores, los que conferirán mayor confianza en los resultados y la detección de relaciones significativas que escapan a este estudio.

## **CONCLUSIONES**

- Los dientes más grandes fueron los primeros molares y los más pequeños los incisivos laterales de la mandíbula. Los valores promedios del Radio Total y Anterior coincidieron con los propuestos por Bolton, con similitud de la variabilidad para el Total.
- Se desestimó el uso de intervalo propuesto por Gregoret por sobreestimar la discrepancia.
- Las discrepancias del tamaño dental ideal fueron mayores en el sector anterior que en el total
- Es posible utilizar el índice de Bolton en la población de jóvenes cubanos para evaluar la relación del tamaño dental y detectar discrepancias.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Canut, J. A. Ortodoncia Clínica y Terapéutica. Ed Masson, 2da edición Madrid. 2001

2. Moyers R. Manual de Ortodoncia. 4ª. Ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1992
3. Muñiz Vázquez M. Comportamiento de las maloclusiones dentarias en niños de 5-11 años. Barrio Adentro. Las Margaritas. 2007. Disponible en: maloclusiondental.shtml
4. Toshiya E, Kenji U, Katsuyuki I, Isao S, Kosuke S, Shohachi S. Thresholds for Clinically Significant Tooth-Size Discrepancy. The Angle Orthodontist [Internet]. 2009 Jul [citado 15 May 2015]; 79(4): 740-746. Disponible en: <http://www.angle.org/doi/full/10.2319/070208-339.1>
5. Al-Khateeb S, Abu Alhaija ES, Rwaite A, Alddin Burqan B. Dental arch parameters of the displacement and nondisplacement sides in subjects with unilateral palatal canine ectopia. The Angle Orthodontist [Internet]. 2013 Mar [citado 15 May 2015]; 83(2): 259-265. Disponible en: <http://www.angle.org/doi/full/10.2319/031612-229.1>
6. Proffit WR, Fields HW, Sarver DM. Ortodoncia Contemporánea. Teoría y práctica. Versión al español de la cuarta edición. Barcelona: ELSEIVER, 2008.
7. Ruiz Bravo I, Martínez M. Análisis de ancho mesiodistal coronario y discrepancias dento-dentarias en pacientes ortodóncicos en la ciudad de Talca. Memoria para optar por el título de cirujano dentista. Chile. 2004
8. Presilla Roa M, Gurrola Martínez B, Casasa Araujo A. Extracción asimétrica en el tratamiento de ortodoncia. Rev. Latin Ortod Odontoped 2009.
9. Gregoret J. Ortodoncia y Cirugía Ortognática. Diagnóstico y planificación clínica. Madrid: ESPAXS. SA; 1997.
10. Sánchez Torres R, Pérez García L, Álvarez Román CI, Machado Martínez M, Blázquez Casanovas M. Estudio biométrico de 49 oclusiones normales mediante el índice anterior de bolton. Rev Cubana Ortod 1999;14(2):100-2
11. Romero Zaldívar E, Pérez Cedrón R; Bango de Varona MJ. Análisis del índice anterior de Bolton y su relación con algunas variables oclusales. AMC 2010; 14(6)
12. Lorenzo Uribe A, Cabo García R, Gutiérrez Rojas A, Grau León I, Otaño Laffite G. Comportamiento de proporciones divinas e índice de Bolton en mediciones dentales de individuos con maloclusión. Rev Cubana Estomatol 2011; 48(3): 230-40
13. Hattab FN. Mesiodistal crown diameters and tooth size discrepancy of permanent dentition in thalassemic patients. J Clin Exp Dent. 2013 December; 5(5): e239–e244.
14. Malkoç S, Ba çiftçi FA, Nur M, Çatalba B. Maxillary and mandibular mesiodistal tooth sizes among different malocclusions in a sample of the Turkish population. European Journal of Orthodontics 2011; 33: 592–6.
15. Oktay H, Esengül U. Intermaxillary tooth size discrepancies among different malocclusion groups. Eur J Orthod 2010; 32 (3): 307-312.
16. Pimienta WV, Traebert J. Adaptation of the oral aesthetic subjective impact score (OASIS) questionnaire for perception of oral aesthetics in Brazil. Oral Health and Preventive Dentistry. 2010;8(2):133-7
17. Poss JL. Interarch tooth-size discrepancies in patients with normal occlusions." Tesis de Maestría. Universidad de Iowa, 2013. Disponible en: <http://ir.uiowa.edu/etd/2610>. (Citado: 26-2-2014).
18. O'Mahony G, Millett DT, Barry MK, McIntyre GT, Cronin MS. Tooth size discrepancies in Irish orthodontic patients among different malocclusion groups. The Angle Orthodontist: January 2011; 81(1): 130-3.
19. Sharma R, Kumar S, Singla A. Prevalence of tooth size discrepancy among North Indian orthodontic patients. Contemp Clin Dent. 2011 Jul-Sep; 2(3): 170–175.

## **Anexo 1**

ANEXO 1: Fórmulas para calcular el Índice Bolton. Radio total y Radio anterior

*Valor ideal: 91,3% Desviación estándar: 1,91% (Intervalo ideal: 89,39-93,21).*

*Valor ideal: 77,2% Desviación estándar: 1,65% (Intervalo ideal: 75,55-78,85).*

