

* CLASIFICACION UTIL Y CIENTIFICA

por el

Dr. Pedro Planas

Especialista en Ortodoncia

ANTES de empezar esta comunicación, y como introducción, creemos necesario recordar las siguientes definiciones:

Enfermedad.—Es la desviación permanente o transitoria de la estructura y actividades de los seres vivos, sobrevenida por la variación de los estímulos vitales (calor, humedad, alimentos, etc.) o por violencias mecánicas (traumatismos) o por invasiones de microorganismos (infecciones, zooparásitos, etc).

Anomalía.—Es aquella irregularidad de origen hereditario o congénito, que proporciona al individuo propiedades que son “variantes extremas”, es decir, que sólo existen en una muy poca frecuencia en la colectividad de que forma parte.

Deformación.—Es una irregularidad adquirida por el individuo después de haberse desarrollado los órganos u órgano en que asienta.

* * *

La Medicina es una ciencia evolutiva y, como tal, sujeta a mejoramiento y perfeccionamiento continuo, no dejando por esto de reconocerse el valor de los métodos que se van desterrando, pues de ellos parten los estímulos que llevan al avance y al progreso de los mismos.

Entre las especialidades médicas quizás la Ortodoncia es la que, por ser una especialidad joven, no es de extrañar que los métodos actuales que critican y reemplazan

a los antiguos sean a su vez criticados y reemplazados por otros futuros más perfectos.

Las clasificaciones utilizadas en Ortodoncia hasta estos últimos tiempos tienen el defecto de ser empíricas y sintomáticas, basándose en alguno de los síntomas de la deformación, lo que trae en consecuencia el no dar ninguna o muy poca orientación terapéutica, y esta debe ser la finalidad de cualquier clasificación de enfermedades o anomalías. Hemos, pues, de procurar una clasificación que nos proporcione, por lo menos, un síndrome de la enfermedad, y con la que haremos cargo del cuadro clínico, que apuraremos después con el análisis de examen detallado de cada uno de los síntomas.

Podemos presentar, para mejor comprender esto, un ejemplo paralelo de la evolución sufrida en otras terapéuticas, y como representación más gráfica expondremos lo que se ha dado en las quemaduras hasta la fecha, y veremos que las clasificaciones progresan y mejoran en función de las terapéuticas, y viceversa.

Desde el tratamiento de las quemaduras por el estiércol a los que sigue por los antiflojísticos, después los antisépticos, posteriormente con la medicación tánica, se utilizaba una clasificación en función del síntoma profundidad, en primero, segundo, etc., a sexto, según que la quemadura fuese en la superficie de la piel o llegase a la profundidad hasta la carbonización del hueso. Pero la mortalidad no respondía en absoluto a la profundidad, sino que estaba más en función de la superficie, o sea que dos quemaduras de segundo grado, por ejemplo, eran de pronóstico muy diferente, así como el tratamiento.

Este empirismo duró hasta que se vió que la mortalidad de estos enfermos era producida por *schok*, por un lado, y por pérdida visceral, por otro, estando, pues, en función de la superficie y región, surgiendo la clasificación de Davison, así como la terapéutica eficiente, con aceites vitaminados, suero, etc. O sea, con esta clasificación, automáticamente surge la indicación terapéutica.

Análogamente, en Ortodoncia se ha venido utilizando la clasificación de Angle para hacer un diagnóstico, y hemos

de comprender que esta clasificación no nos da ni nos puede dar una orientación terapéutica, puesto que sólo nos pone de manifiesto un síntoma, y la anomalía ortodóncica, enfermedad o deformación no se reduce a este síntoma, sino a un grupo de ellos, bastante más complejo. Así es que esta clasificación hemos, en el tiempo actual, pasarla no a clasificación de anomalías, sino a clasificación sintomática, y para esto sí que tiene inmenso valor. A medida que otros autores han ido destacando la importancia de otros síntomas, han hecho clasificaciones basándose en los mismos, cayendo, pues, en el mismo defecto que el anterior y complicando las nomenclaturas.

Nuestras terapéuticas van progresando y lo que antes era difícil de conseguir, como era el distalar un grupo de dientes, hoy es cosa solucionada; las terapéuticas que sólo se emprendían a los doce años, hoy se llevan a cabo en la primera dentición. Consecuentemente, la clasificación también se vió obligada a progresar, y en el momento actual creemos que la más científica y que da mejor indicación de la patogenia y de su terapéutica es la "genética", consecuentemente la más útil.

Esta clasificación no se fundamenta en un síntoma determinando, sino que, estudiando la génesis de la anomalía, proporciona el síndrome peculiar de cada anomalía en los diferentes estudios de su evolución y poniendo de manifiesto la etiología de la misma base principal e imprescindible para la buena indicación terapéutica.

Así, por ejemplo, al clasificar un enfermo ortodóncico de sobremordida genuina, sabremos ya por este diagnóstico que tiene un cráneo braquicéfalo, sobremordida de incisivos, que, a su vez, los superiores centrales están en linguovisión; que el maxilar superior tiene un gran desarrollo apical, ángulo de Camper abierto, ángulo coníaco cerrado que es raro estos enfermos sufran inflamaciones del anillo de Waldeyer; que tienen reducida la altura nasomentoniana, que pueden tener mayor o menor distoclusión en función de la gravedad de la anomalía, etc., etc., que es de origen hereditario y una verdadera anomalía.

Este cuadro sintomático ya nos da una clara idea de la etiología, patogenia y mejor orientación terapéutica, mucho menos empírica que cualquier otra clasificación existente hasta hoy.

Teóricamente podemos imaginar y enumerar infinitas anomalías, pero con el estudio de millares de enfermos en los que se les ha seguido la génesis de su desarrollo, ha dado por fruto el ver que sólo un grupo determinado de anomalías o enfermedades de génesis y caracteres propios son los que se repiten en los seres humanos, pudiéndose hacer una clasificación en función de su etiología y síndrome principal.

Hasta que por nosotros u otros investigadores se aclare de una manera definitiva y haya la distinción entre las verdaderas enfermedades, las anomalías o las deformaciones, nosotros daremos el nombre genético de ortodontopatías. Nuestros trabajos de investigación nos permiten ya separar ciertas enfermedades de ciertas anomalías, así como deformaciones propiamente dichas; pero aún la documentación que poseemos no nos permite de una manera definitiva dar una separación concreta.

Con la cantidad de material que poseemos, creemos dentro de pocos años separar todos los grupos.

Por este motivo hemos encabezado nuestro trabajo con las tres definiciones más explícitas de enfermedad, anomalía y deformación.

Distinguiremos, en primer lugar, dos grandes grupos de ortodontopatías, unas básicas, de las cuales sólo una puede persistir en un mismo individuo, y otras complementarias, las cuales pueden también existir aisladas o juntas con una básica o entre sí. Básicas y complementarias tienen a su vez dos grupos atendiendo a su génesis, a saber:

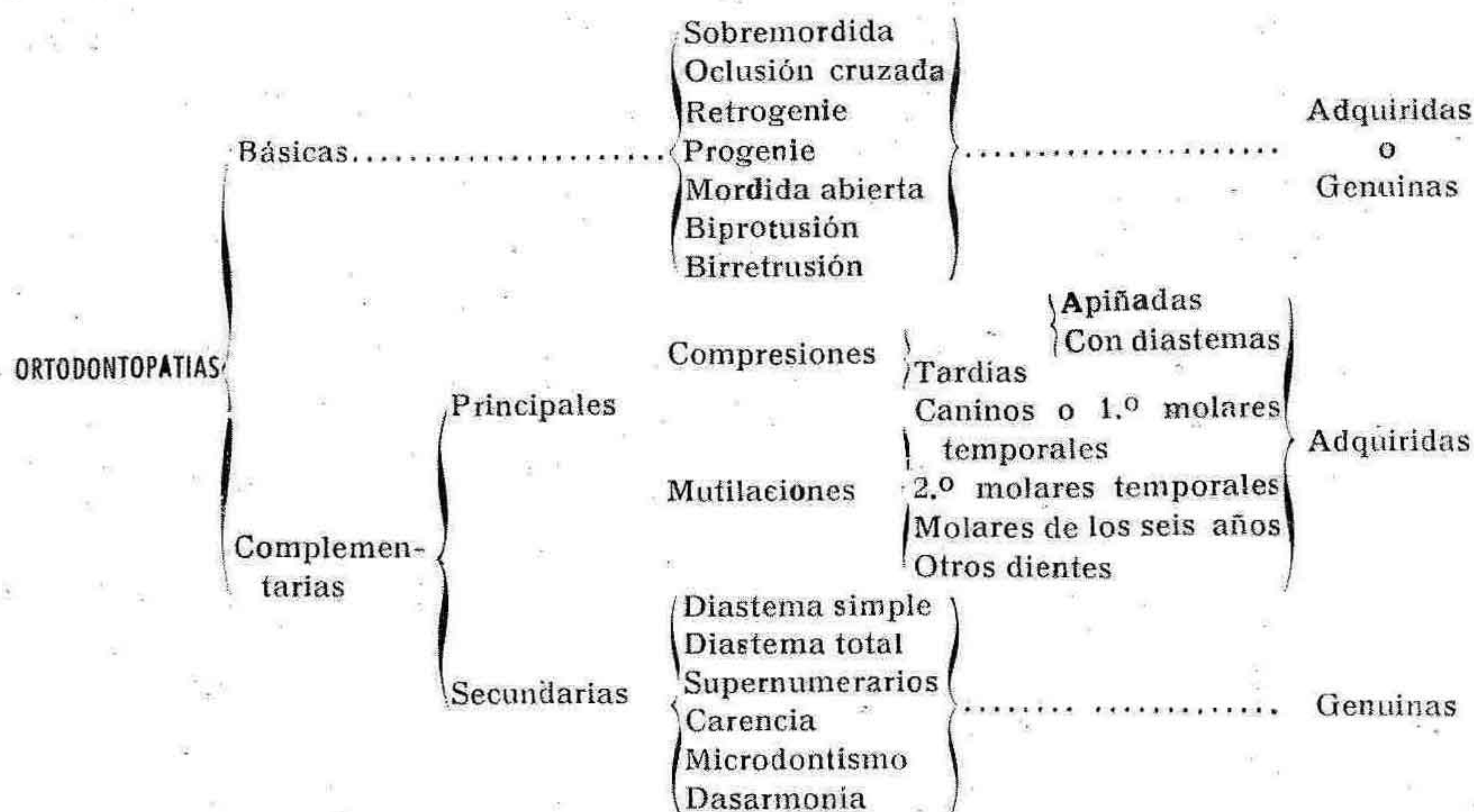
Genuinas, cuando la causa de la lesión es endógena, como la herencia, endocrinopatías, trastornos del metabolismo del calcio, particularmente el raquitismo, etc.

Adquiridas, cuando la causa es exógena, como el medio ambiente, vicios, hábitos, traumatismos, mutilaciones por

pérdida de dientes, trastornos de permeabilidad respiratoria, etc., etc.

Las complementarias en atención a su frecuencia las distinguiremos, además, en principales y secundarias.

A continuación exponemos el cuadro esquemático de la clasificación por enfermedades o anomalías utilizado por nosotros:



Como vemos, en las ortodontopatías básicas cada una de ellas puede tener dos génesis diferentes: una endógena y otra adquirida, lo que da a cada una de ellas, según sea genuina o adquirida, una sintomatología distinta, así como su terapéutica, principalmente por causa de su diferente etiología.

En las ortodontopatías complementarias principales tenemos las compresiones, que, a su vez, por su importancia, las clasificaremos en:

Compresiones tardías y compresiones prematuras a su vez las precoces, las distinguiremos: en apiñadas y con diastemas.

Esta subdivisión de las compresiones está en función de su etiología y edad de formación.

Las ortodontopatías de mutilación, pertenecientes también a las complementarias principales, las podemos subdividir, por su frecuencia y diente perdido prematuramente, en las siguientes:

Por pérdida de canino o primeros molares temporales; por pérdida de segundos molares temporales; por pérdida del molar de los seis años; por pérdida de otro diente cualquiera.

Como vemos, pues, y repitiendo lo anteriormente dicho, no se pueden encontrar, salvo rara excepción que puede aparecer, dos ortodontopatías básicas en un mismo enfermo, como, por ejemplo: biprotusión y una progenie o una mordida abierta y una sobremordida. Pero sí podemos encontrar en un enfermo una mutilación, con una compresión y una sobremordida genuina.

Como en toda medicina, lo necesario es hacer un buen diagnóstico, y para ello, ante todo, hay que reconocer las enfermedades. Conocidas bien las sintomatologías de las ortodoncias enumeradas en la anterior clasificación, podremos fácilmente diagnosticarlas y aplicar la terapéutica apropiada.

Tenga, pues, esta clasificación como finalidad el ser útil para el diagnóstico de una lesión ortodóncica y estar a la altura de los conocimientos y estado actual de la ortodoncia y que sirva de estímulo para mejorarla en otra más útil y más científica.

Nosotros somos los primeros que aun no estamos totalmente satisfechos con esta clasificación, no obstante creemos estar muy cerca de la verdadera y la mejoraremos tan pronto concluyamos, dentro de pocos años, las investigaciones genéticas de que hemos hablado.

Una vez hecho el diagnóstico de enfermedad o anomalía mediante dicha clasificación o mejor dicho, ordenación de las mismas, es cuando estudiaremos el grado de gravedad o agudeza de la misma, apreciando todos sus síntomas por

separado, clasificándolos por las respectivas clasificaciones sintomáticas existentes.

Para ello utilizaremos todos los métodos conocidos y principalmente los cefalométricos.

Una vez diagnosticada la ortodontopatía habrá que profundizar en su etiología, a fin de poder suprimir, en lo posible la causa deformante, pues en las verdaderas anomalías no habrá profilaxis posible y lo contrario ocurrirá en las verdaderas enfermedades.

Después trataremos de corregir la lesión existente, proporcionando los estímulos que faltaron y suprimiendo los perjudiciales.

Las ortodontopatías que se establecen y contra las que hay que aplicar terapéuticas mecánicas biológicas, podemos agruparlas en tres sentidos o movimientos fundamentales:

Verticales.

Sagitales.

Transversales.

Según los tres planos del espacio.

En los desvíos verticales debemos apreciar la altura de la cara y la sobremordida o inoclusión de incisivos, pues en función de ambos síntomas estará el movimiento a realizar.

La altura de la cara tercio inferior, puede estar aumentada normal, y disminuída y en cada uno de estos casos puede haber sobremordida; mordida normal y mordida abierta. Teóricamente podemos imaginar pues tantas ortodontopatías verticales como combinaciones podamos realizar con estos síntomas, pero, en realidad, sólo son frecuentes y se repiten en nuestra clínica las combinaciones siguientes:

Tercio inferior de la cara, disminuído-sobremordida incisivos, en la sobremordida genuina o adquirida y compresiones prematuras. El tratamiento de este síntoma consiste en levantar la articulación.

Altura normal de la cara y sobremordida de incisivos. En la sobremordida adquirida y alguna compresión tardía. El tratamiento consiste en intrusión de incisivos.

Altura normal, inoclusión de incisivos y mordida abierta, en la mordida abierta adquirida. El tratamiento consiste en la extrusión de los incisivos.

Altura aumentada e inoclusión de incisivos en la mordida abierta genuina. El tratamiento consiste en reducir, si es posible, la altura de la cara.

En los desvíos sagitales debemos apreciar el perfil de la cara y el síntoma de Angle. Asimismo en función de ambos síntomas estará la indicación terapéutica.

Apreciando el perfil podemos encontrar, perfil normal, biprotusión, birretrusión, superior normal inferior protusión, superior normal, inferior retrusión. Superior en protusión, inferior en retrusión, superior en retrusión inferior en protusión. En cada uno de estos casos puede existir diferente síntoma de Angle, mesio-clusión, neutro-clusión o distoclusión.

La riqueza y frecuencia en la variación de la sintomatología sagitales en las anomalías ortodóncicas, aunque algunas de ellas con mucha mayor frecuencia, es motivo por el que debemos tomar en consideración todas las combinaciones posibles entre las apreciaciones de perfil y síntoma de Angle. En consecuencia, no se puede, pues, aplicar una terapéutica para los desvíos sagitales sin apreciar bien el perfil y la relación mesio-distal.

No obstante, y debido a la gran frecuencia de las anomalías complementarias principales que, como dijimos, son las compresiones y mutilaciones y a su vez van acompañadas de desvíos sagitales, podremos sentar los principios siguientes:

En las compresiones tardías acostumbra haber perfil normal y neutro-clusión o ligera dictoclusión. El tratamiento de este síntoma es nulo, o corregir la ligera distoclusión.

En las compresiones prematuras con apiñamiento, suele haber un perfil superior normal, inferior en retrusión, o ligera birretrusión más acentuada en el inferior que en el superior.

En el síntoma de Angle, distoclusión más o menos acentuada. El tratamiento es avanzar la mandíbula.

En las compresiones prematuras con diastemas apreciaremos de perfil protusión superior y retrusión inferior más o menos acentuadas en síntoma de Angle marcada distoclusión. El tratamiento consiste en retroceder los incisivos superiores y avanzar la mandíbula.

En las pérdidas prematuras nos referiremos a las simétricas, pues las asimétricas nos complicarían esta exposición, cuyos fines son exclusivamente didácticos.

La pérdida de los caninos o primeros molares temporales en el maxilar superior trae consecuentemente como trastorno sagital el siguiente: Perfil normal o ligera retrusión superior. Síntoma de Angle, distoclusión. Tratamiento distalar los procesos laterales superior y avanzar incisivos. Si es en el inferior, perfil normal o ligera retrusión inferior.

Síntoma de Angle mesio-clusión. Tratamiento distalar, procesos laterales y avanzar incisivos.

La pérdida de los segundos molares temporales y de los molares de los seis años son análogas las lesiones sagitales que la anterior.

En los desvíos transversales nos reduciremos principalmente a la apreciación del síntoma anchura de arcadas, pues es difícil relacionarlas con las dimensiones craneales, como algunos autores han pretendido, puesto que en la realidad se encuentran individuos dolicocefalos y euriprosopos naturalmente ambos normales.

Este desvío transversal debe ser muy bien apreciado, y para esto remitimos al lector a nuestro trabajo "La expansión en Ortodoncia y algo más".