

CUIDADOS DE LA DENTADURA CADUCA COMO FUNDAMENTO DE LA OCLUSION NORMAL

por el

DR. WALTER O. OLIVERA

del Uruguay

El tema que nos ha tocado, "cuidados de la dentadura caduca como fundamento de la oclusión normal", es un tema que consideramos de menos importancia que los ya tratados aquí, por los compañeros de Ortodoncia. Consideramos, también, tarea difícil, si no imposible, desarrollar ampliamente este tema, sin temor de caer en repeticiones de conceptos, ya establecidos aquí en el transcurso de los temas abarcados en anteriores sesiones.

Por lo tanto, esta comunicación estará dedicada a fijar algunos conceptos básicos del cuidado de la dentición caduca, en función de su futura oclusión permanente, desde el punto de vista eminentemente ortodóncico, y dirigida especialmente hacia el odontólogo que hace práctica general, quien tiene en sus manos muchas más oportunidades de realizar efectiva prevención en su consulta diaria.

A este respecto, establece claramente Mac. Bride, en su última edición de 1955, que la definición de Ortodoncia preventiva no se encuentra en ningún diccionario médico odontológico; pero que puede ser definida como la rama de la Odontología que se ocupa de las medidas a adoptar para impedir o evitar que sea necesario recurrir a los procedimientos correctores de la Ortodoncia. Estaría también dentro de la definición, y creemos se ajusta a la realidad, decir que comprende todo tratamiento odontológico que evite la iniciación o el establecimiento de cualquier posible maloclusión.

Esto requiere que el odontólogo, que hace práctica general en presencia de una dentición caduca, esté en condiciones de reconocer si la futura segunda dentición habrá de desarrollarse normalmente, es decir, trayendo, en algunos casos, cierto grado de corrección espontánea y proporcionarnos de esta manera una oclusión relativamente normal, o, por el contrario, la dentición permanente acentúe los trastornos diagnosticados precozmente en la dentición caduca y

desemboquemos en el establecimiento de una real anomalía de oclusión que requiera los servicios del especialista.

Es en ese momento cuando nuestros pequeños enfermos podrán beneficiarse ampliamente con la adopción de ciertas medidas preventivas simples, aplicadas en buena oportunidad.

Pero lamentablemente, es general, en todos los países, que el mayor escollo en este aspecto es el desinterés con que se tropieza en el común de los odontólogos, en lo que tiene relación con el conocimiento de los estados de maloclusión y, por ende, de las medidas correlativas que sería necesario instituir.

Una de las razones que se han mencionado para justificar esa posición de la generalidad de la profesión, es la de que, tomando a la Odontología como primordialmente restauratriz, los profesionales se habitúan a considerar en cada boca, estrictamente, las necesidades requeridas en ese sentido restaurador, descuidando en absoluto todos los demás problemas odontológicos que pudieran plantearse. Esa sería una de las razones que justificarían que los odontólogos no estuvieran capacitados para reconocer signos de evidentes maloclusiones. Es así que un autor alcanzó a preguntarse si de cada 100 odontólogos habría más de dos que, al hacer el examen de la boca, se ocuparan de estudiar las arcadas en oclusión.

A este respecto, creemos interesante transcribir los exactos comentarios que corresponden a Bahn (*Revista Dental Survey*, 1936).

“El dentista progresista no trata de averiguar, ante todo, con ayuda del explorador y el espejo bucal, cuál es el número de caries presentes en la dentadura del niño, sino que primero se preocupa de observar y estudiar una serie de factores fundamentales concernientes a la formación general de los dientes, los maxilares, la cavidad bucal y la garganta, que pueden incidir sobre la función, la forma y el aspecto estético de esas partes.

Es así que procede a examinar la boca con los dientes en la debida oclusión y separando los labios. De este modo puede observarse si en la arcada superior o en la inferior hay dientes que sobresalen; si existe una oclusión cruzada en uno u otro lado de la boca; si uno o varios dientes parecen estar rotados; si el labio inferior es excesivamente amplio, como si hubiera un desarrollo exagerado del mismo; si existe una tendencia espontánea, en el paciente, a introducir el labio inferior en el espacio comprendido entre los dientes superiores y los inferiores. Se examina también la punta de los dedos para comprobar si no

existe algún engrosamiento que revele la costumbre de llevárselos a la boca. Se averigua si los labios no son acaso flácidos, de una blandura excesiva, carentes de tono muscular, y en qué proporción el labio superior cubre el inferior. Se observa si no hay sobreoclusión en los dientes anteriores superiores o en los inferiores, y si los bordes incisales de los dientes inferiores no chocan contra el paladar duro.

Todas éstas no son sino algunas de las observaciones que, naturalmente, surgen en el transcurso del examen de la boca con los labios separados y los dientes cerrados en forma natural. Otra serie más numerosa aún se presenta cuando se indica al paciente que abra la boca y se procede a examinar la arcada superior y la inferior: cuántos son los dientes presentes; cuáles son los que ofrecen una erupción retardada; cuáles los que se hallan apiñados y están haciendo erupción en sentido vestibular hacia el carrillo, o en sentido lingual o palatino, hacia la lengua. Si hay dientes ausentes, con ayuda del examen radiográfico puede establecerse si faltan por completo, como a menudo suele ocurrir con los incisivos laterales superiores o los premolares inferiores, o si sólo se hallan retenidos como consecuencia de una falta de espacio en el arco dentario.

Se observa también si hay dientes de la primera dentición que todavía permanecen en el lugar, sobrepasado ya el período del recambio, que están entorpeciendo la erupción de sus sucesores definitivos; si no han desaparecido algunas de las obturaciones con cemento, haciéndose así posible una aproximación excesiva de dientes adyacentes; si no han quedado sin obturar caries proximales entre dos molares temporales, lo que ha tenido por consecuencia que el primer molar permanente se haya desplazado hacia adelante o se haya desviado mesialmente; si no se han extraído algunos de los dientes de la primera dentición a una edad muy temprana, circunstancia que ha permitido a los demás dientes temporarios desplazarse y acercarse entre sí, perdiéndose así un espacio indispensable en la arcada dentaria".

El Dr. Leuman Wauhg, de Nueva York, en un trabajo publicado en el "American Journal of Orthodontics" de febrero de 1955, establece claramente que los peores consejos que pueden ser dados a los padres por los odontólogos son: 1.º Que no es importante tratar y restaurar la dentición caduca; 2.º Que no hay necesidad de que el niño sea estudiado desde el punto de vista de las maloclusiones, es decir, ortodóncico, hasta que su dentición permanente haya sido completada alrededor de los doce o trece años.

Encierran, para el autor, estos dos consejos el desconocimiento absoluto de las necesidades de la dentición caduca como fundamento para una futura oclusión normal. y se desperdician hermosas oportunidades de instaurar tratamientos precoces o tan sólo sencillas medidas curativas o preventivas como son eliminación de hábitos, correcta restauración de coronas temporarias atacadas por procesos cariosos, extracciones de dientes en persistencia etc., que disminuirán en una cantidad insospechable la presentación de anomalía de oclusión en la dentición permanente.

El práctico general tiene la ventajosa oportunidad por dos razones, por ser el primero en ver al niño, y segundo, por poder educar a los padres en el sentido de hacerles resaltar toda la importancia que encierra la vigilancia de la dentición caduca.

Aconseja el doctor Leuman Waugh que los dientes deben ser examinados regularmente desde los dos años en adelante, para estar en condiciones de brindar rápida atención al menor trastorno y no permitir de ninguna manera que se vea alterada la extensión de la arcada, desde el segundo molar temporario hasta el segundo molar temporario del lado opuesto. Asigna el autor fundamental importancia de la conservación de la longitud de la arcada. Establecía Wingate Todd, profesor de Anatomía de la Western Reserve University, en un trabajo presentado en 1935 en la American Society of Orthodontists, que todos los estudios de sus enfermos niños incluían ya un examen de rayos X, completo, desde los cinco años en adelante. Asegurando el autor que de esa manera era perfectamente posible constituir normas de crecimiento en cualquier período de la niñez, y, además, posible estudiar tanto el origen como el curso de cualquier desviación de lo normal. Este criterio, sustentado ya en 1935 por Todd, de realizar los exámenes radiográficos sistemáticamente, por las técnicas cefalométricas ideadas por Boadbent, para el estudio de la marcha del crecimiento, puede ser utilizado en nuestro medio, no ya con las radiografías cefalométricas, pero si con el estudio sistemático de las arcadas dentarias por medio de radiografías intraorales practicadas precozmente desde los cinco años en adelante. Este examen radiográfico precoz nos permitiría descubrir tempranamente cualquier anomalía especialmente de número y tamaño, frente a la cual, se puede tomar medidas ya curativas, ya preventivas, que nos facilitarían llegar en un futuro a conseguir una oclusión normal.

Resumiendo todo lo que antecede diremos que:

El más importante procedimiento preventivo en Ortodoncia es el mantenimiento de la completa extensión del arco caduco desde la superficie distal del segundo molar de un lado a la superficie distal del segundo molar del lado opuesto, hasta que los dientes hayan sido reemplazados por sus sucesores. El primer molar permanente de esta manera es guiado, en su erupción, a su posición normal en contacto con la superficie distal del segundo molar caduco, y debe ser retenido en esa posición hasta que todos los dientes caducos sean reemplazados, aproximadamente, a los doce años, lo más importante de todo es que los dientes se mantengan en perfecta salud y eficiencia. Esto lo reconocemos nosotros como un factor imperativo en el desarrollo de la oclusión normal de los dientes permanentes.

Si la completa extensión del arco caduco no es conservada, los primeros molares permanentes, casi invariablemente, se desplazarán hacia mesial, resultando en una disminución del área en el maxilar con amontonamiento y mal alineamiento de los premolares y caninos cuando ellos hagan erupción, y el tratamiento de Ortodoncia se hace de esta manera una necesidad. En casos normales, los molares y caninos caducos proveen suficiente espacio antero-posterior en el maxilar, para acomodar sus sucesores permanentes. De esta manera el crecimiento horizontal en esta región no es necesario después de los cuatro años.

En casos extremos, la mesialización del primer molar permanente puede traer aparejada la extracción de dientes en buen estado para llegar a conseguir un resultado satisfactorio. Sin embargo, debe evitarse, en lo posible, de llegar a este tipo de solución. El tratamiento precoz es el mejor medio contra la necesidad de tal procedimiento. Debe ser sincronizado con el crecimiento normal de cada niño. En los segmentos bucales, para el correcto alineamiento de premolares y caninos, el área maxilar debe ser ensanchada lo necesario para recibir estos dientes antes de sus erupciones, y la correcta posición distal del primer molar asegura la provisión del mismo. El desplazamiento mesial debe ser corregido tan pronto como sea comprobado, mediante el traslado de este molar a su normal posición distal. La fuerza extra-oral con casquete o anclaje cervical es indicada muy a menudo en estos casos.

En el segmento incisal, el crecimiento horizontal de los maxilares continuará después de la erupción. Desde el momento que los incisi-

vos permanentes son considerablemente más anchos que los deciduos predecesores, hay necesidad de que el crecimiento de la mandíbula hacia adelante y hacia atrás, en esta sección, continúe durante y después de la erupción.

Cuando el espacio desarrollado por los caducos es insuficiente para proveer un área adecuada para sus erupciones en perfecto alineamiento, la lengua y los labios en funciones, tenderán a llevarlos a una correcta alineación, mientras el crecimiento de los maxilares se efectúe a los dos o tres años siguientes a la erupción, siempre que no existan interferencias mecánicas como cuando los dientes están trancados o cruzados, o cuando se descubre la existencia de dientes supernumerarios. Estas condiciones deben ser corregidas rápidamente y deben tomar muy poco tiempo. Los aparatos deben ser luego sacados y debe darse oportunidad para actuar a las fuerzas naturales. Muy frecuentemente deberá ser necesario alinearlos por último durante un período secundario, de tratamiento. Incisivos superiores en franca protrusión deben ser corregidos rápidamente para protegerlos contra las heridas o roturas (fracturas).

El profundo overbite, cuando los incisivos inferiores están lastimando las membranas mucosas del paladar, debe ser corregido rápidamente. El frenillo labial anormal debe recibir precoz tratamiento, ya sea por la presión de aparatos que, desplazando los incisivos centrales hacia la línea media, compriman de tal manera el frenillo, que provoquen su reabsorción por disminución de la vascularización y empobrecimiento de su nutrición, o bien por medios quirúrgicos.

El overbite es debido casi invariablemente a la mala presión de hábitos en la masticación o succión de la lengua, labios, dedos o pulgar. Esto debe ser corregido tan pronto como sea descubierto. La recidiva de los dientes bien alineados ocurrirá a menos que el hábito sea definitivamente eliminado.

CONCLUSIONES

1.ª La caries dental de los dientes caducos que se descuida o no se les presta el cuidado necesario, es una de las causas principales de las maloclusiones de la dentición permanente.

2.ª Las restauraciones dentales de los dientes caducos deben reemplazar la completa dimensión mesiodistal del diente natural y los

mantenedores, cuando están indicados, deben conservar el espacio completo de cualquier diente prematuramente perdido y deben ser contruídos de tal manera que no retarden o modifiquen la erupción del sucesor permanente.

3.^a Las anomalías de oclusión de la dentición caduca deben ser tempranamente reconocidas y rápidamente corregidas, mientras sea incipiente por el cuidado combinado del práctico general y el especialista.

4.^a El tratamiento precoz debe ser sincronizado con el patrón de crecimiento del niño.

5.^a Después de eliminar precozmente las interferencias con el crecimiento normal de los maxilares, dientes y cara, debe estimular las fuerzas naturales, como un principio, sin aparatos, al máximo dentro de las posibilidades de cada enfermo, antes que la terapéutica mecánica final sea utilizada. Los aparatos de Ortodoncia deben entonces ser utilizados cuando las fuerzas naturales actúan especialmente retardadas, y no son satisfactorios los adelantos conseguidos por medio de dichas fuerzas.

El mejor resultado es considerado superior cuanto más simple es la aparatología utilizada y cuando menor es el tiempo del tratamiento.

(*per* "Odont. Urgya.", IX, 39.)

EL PREMIO "JUAN MARCH" AL DOCTOR ENRIQUEZ DE SALAMANCA

En reunión extraordinaria celebrada por la Real Academia de Medicina de Madrid, fué propuesto para el premio de Medicina de la Fundación March, el profesor doctor don Fernando Enríquez de Salamanca, catedrático de la Facultad de Medicina de Madrid.