

DETERMINACION MILIMETRICA DE LAS

ENDOGNACIAS (*)

por el

Dr. D. J. Clavero

DEL diagnóstico oclusionista pasamos hace algunos años al morfológico, con el que los ortodoncistas salimos del campo de los dientes para entrar en el de los maxilares; y no satisfechos con este nuevo criterio, lo sustituímos por el etiopatogénico, que nos determina la naturaleza ósea de la deformidad al decirnos de dónde viene la lesión y en virtud de qué mecanismo se produce.

Los molares seisañales son las llaves de la oclusión, como quería Angle, pero no los inferiores, sino los superiores, conforme presagia Zsigmond y corrobora De Coster. Quienes al estudio y ejercicio de la ortodoncia nos dedicamos, más que ortodoncia hacemos ortognatodoncia, término muy acertada de la escuela italiana. No olvide nadie que mientras Angle es un dentista que no sale de los dientes, Simon es un antropólogo y De Coster un clínico.

Ya no se encauza, por tanto, nuestra preocupación sobre las deformidades maxilares exclusivamente en sentido antero-posterior, sino también en las significaciones vertical y transversal. En virtud de los más recientes avances diagnósticos, el factor *oclusión* pasa a un tercer término y el *morfológico* al segundo. ¿Qué ocurre, pues?

El músculo masétero—según De Coster—deposita la fuerza de su impulso sobre el seisañal inferior; éste precisa chocar debidamente con su antagónico superior; pero antes éste—el contundido—deberá estar bien situado en el esqueleto facial. Si el modelado de nuestro esqueleto responde a una arquitectura sabiamente dispuesta, la trama íntima de nuestros huesos—el diploe—es un conjunto maravilloso de contrafuertes, riostras y arbotantes que de la Naturaleza copian los arquitectos y los ingenieros. Tres ejemplos bastarán: la apófisis malar del maxilar es un contrafuerte o estribo que sobresale del cuerpo del maxilar para fortalecerlo; la porción esponjosa del calcáneo está llena de riostros; y ¿qué son los arcos zigomáticos sino representaciones de simples arbotantes?

(*) Comunicación al III Congreso di Ortognatodonzia, de Roma. (per Riv. Odont. e Orto., Bolog., 1948.)

En las bocas normales el sitio de máxima resistencia coincide exactamente con la apófisis malar del maxilar, y la cima de esta resistencia, en el "key-ridge" de los antropólogos ingleses, con el que debe coincidir siempre el ápice de la raíz medio-vestibular del seisañal superior. Del estudio de sus telerradios deduce De Coster que en las prognacias superiores este equilibrio se ha perdido, pues los primeros molares superiores quedan siempre mesialmente colocados.

De modo que ya no es tan fundamental la relación que pueda haber entre los primeros gruesos molares antagónicos cuanto la que deberá existir entre raíz mesial del seisañal superior y "key-ridge"; pero no es esto todo.

En el crecimiento del niño asistimos frecuentemente a una desarmonía entre sus desarrollos dentario y óseo en la que casi siempre se anticipa la evolución dentaria. Mientras la madurez ósea se retarda en el 78 por 100 de los casos, el brote dentario se adelanta, y ésta es la causa primera de las prognacias superiores. Como el continente evoluciona más remiso que el contenido, éste rebasa la medida—como el río su cauce en las inundaciones—, y si no se desarrolla la tuberosidad del maxilar, el seisañal superior empuja mesialmente en sus movimientos pre-eruptivos la zona ocupada por los dientes caducos y crea luego en los dientes definitivos las distopias y las ectopias dentarias—que Angle llamó "malposiciones"—, así como la prognacia superior, que es favorecida al propio tiempo por los malos hábitos del niño y mejor todavía por las obstrucciones rinofaríngeas de los adenoideos, creadoras de la cadena estenosis nasal-endognacia-estrechez de arcadas; pues si tomamos un fleje metálico, lo doblamos en arco, apoyamos los extremos sobre el tablero de una mesa y apretamos más y más, es de ley que a medida que estrechemos el arco gane éste altura, convirtiéndose el de medio punto en ojival, que ésta es también la prognacia, consecuencia obligada de aquel defecto. Pero esto ya lo dije en otro trabajo.

La endognacia colabora, pues, en la génesis de la prognacia superior, que es la variación morfo-patológica más frecuente. Esto es tan verdad como que las amígdalas gordas e infectadas determinan a los seis años de edad del niño el acortamiento vertical de la distancia subnasal—gnatio por infragnacia miloidea—, vicio éste que acarrea o trae como consecuencia inmediata la prognacia mandibular. En casi todos los prognáticos mandibulares adultos hallaréis la infragnacia

miloidea y comprobaréis asimismo que desaparece la prognacia, calcándole con prótesis altas sus bicúspides y sus molares.

Y si la perturbación maxilar que tratamos más corrientemente los ortodoncistas es la endognacia (con la correspondiente estrechez de arcadas), se nos plantea siempre la cuestión previa, a los efectos del diagnóstico, de poder expresar en milímetros la deformación primera que vamos a corregir, dimensión que variará con los biotipos dentales y faciales.

Dogue fijó leyes que predeterminan las dignacias y trabajó únicamente sobre dientes de leche. Como son también otros los dientes y los casos que se nos presentan a diario, pues actuamos sobre los dientes permanentes y no todo es *prevenir*, sino también *corregir*, me sorprendió siempre que ningún otro investigador ampliase las pesquisas del ortodoncista americano aplicando a las arcadas de las dentaduras mixta y permanente las leyes que descubriera de conformidad con las dimensiones del radio-Bonwill, diferentes en cada boca y con las fronto-faciales distintas en cada caso.

Esto tenía que solucionarse matemáticamente, y a su estudio me dediqué estos últimos años, mientras estaba a mi cuidado la sección de Odontología de un dispensario de Madrid instalado en un colegio de niñas, magnífico vivero en el que poder hacer diligencia para descubrir algunas verdades, si bien antes estudié a los adultos, y de las mediciones transversales de sus caras comparadas con las verticales a partir del gnatio deduje que mientras en el mesoprósopo—o de cara corriente en proporciones frontales—, tomada la anchura bizigomático-cutánea y partiendo del gnatio se llega corrientemente con la otra punta del compás a la glabella o al ofrio, en el euriprósopo, o braquifacial, se alcanza el comienzo del cuero cabelludo, y en el leptoprósopo, o dolicofacial, nos quedamos al borde inferior de los huesos propios de la nariz.

A la distancia existente entre las depresiones centrales de las caras masticantes de los dos seisanales superiores la llamo “anchura bicentro molar”; al duplo del radio-Bonwill, “diámetro-Bonwill” y “A”, “B”, “C”, a las anchuras mesio-distales que corresponden a los incisivos central y lateral y al canino superiores, componentes del radio-Bonwill.

Deduje mis dos primeras leyes de las bocas de las niñas de más de once años de edad, en las que, por haber brotado los caninos, disponemos de los tres dientes precisos. No investigué sobre bocas disg-

náticas, sino sobre las que me parecieron más regulares y correctas. Medí anchuras bizigomáticas, las relacioné con las alturas de las caras a partir del gnatio, tomé impresiones, saqué modelos, medí las anchuras coronarias de centrales, laterales y caninos, y di estas dos leyes:

1.^a *En la arcada dentaria permanente del maxilar del mesoprósopos y de leptoprósopos la anchura bicentro molar equivale al diámetro-Bonwill, más la mitad de la anchura del incisivo lateral.*

2.^a *En la arcada dentaria permanente del maxilar del hijo de euriprósopos la anchura bicentro molar deberá ser igual al diámetro-Bonwill, más toda la anchura del incisivo lateral.*

Que pueden expresarse de este modo:

$$1. \text{ Anch. bicentro mol.} = 2 (A + B + C) + 1/2 B.$$

$$2. \text{ Anch. bicentro mol.} = 2 (A + B + C) + B.$$

Como hasta los once años carece el niño de caninos permanentes, me serví de la ley de Valderrama, que fija en el tercio del radio-Bonwill la anchura mesio-distal de dicho diente, y, de conformidad con ella, deduje estas dos leyes:

3.^a *Entre los ocho y los once años de edad del niño la anchura bicentro molar deberá ser igual al triplo de las anchuras mesio-distales de los incisivos central y lateral, más la mitad de la anchura del incisivo lateral.*

4.^a *Si se comprueba en los padres del pequeño paciente la euriprosopia, entre los ocho y los once años de edad del niño, la anchura bicentro molar deberá ser igual al triplo de las anchuras mesio-distales de los incisivos central y lateral, más toda la anchura del incisivo lateral.*

Que pueden, a su vez, expresarse así:

$$3. \text{ Anch. bicentro mol.} = 3 (A + B) + 1/2 B.$$

$$4. \text{ Anch. bicentro mol.} = 3 (A + B) + B.$$

Las dos primeras leyes permiten diagnosticar endognacias de dos milímetros en bocas de arcadas euriovas y de bóvedas bajas, regulares y perfectas en apariencia. Ensanchando dos milímetros estas arcadas se evitan las ligeras distopías incisivas que presentan.

Sé que me vais a decir que Korhaus, vuestro Muzj, Pont, Izard, Berger y algunos más han trabajado sobre el tema; pero generalmente lo hicieron—os respondo—sirviéndose de índices o con una prevención más de forma geométrica que de dimensión; y la expresión de la arcada dentaria mediante índices supone casi siempre tener que multi-

plicar la medida de la anchura por 100 y dividir el producto por la medida de su longitud, o bien depender en todo momento del baremo fijado por el autor del método que se emplea y sujetarse a él; pero en uno y otro caso el ortodoncista ha de someterse a una especie de servidumbre que estimo improcedente por engorrosa.

Creo que mi método es más rápido, pues no hay que depender de tablas ni exige tener que multiplicar y dividir, sino sumar y restar, que son operaciones más sencillas. Conocidas la prosopia del biotipo y la longitud del radio-Bonwill (compuesta, como sabéis, de las anchuras mesio-distales de los incisivos central y lateral y del canino superiores), supongamos que la anchura bicentro molar que corresponde a la arcada que se nos da para corregir es—según mis leyes—de tantos milímetros; pero como tiene 12 milímetros menos, ésta será la endognacia que padezca.

No establezco baremo porque no es posible hacerlo cuando el incisivo lateral superior (tan indispensable en mi técnica) es el diente cuya anchura varía más, pues los hay verdaderamente enanos. Tan irregular es el incisivo lateral superior en sus tendencias que muchas veces, como bien sabéis, ni brota siquiera por agenesia.

Quizá Carrea coincida conmigo en su técnica; pero lo hace sin establecer relación con las proporciones del “prosoopon” o cara del biotipo. Quiero también recordar que ninguno de los autores citados diagnostica la endognacia cuando al paciente no le han brotado todavía los caninos permanentes.

Mis modestas investigaciones se apoyan en más de cien arcadas dentarias aparentemente regulares y perfectas de niñas mesoprósopas o de leptoprósopas, en cuarenta y dos niñas de euriprósopos comprobados y en algunos cientos de bocas disgnáticas por mí corregidas.

Mis leyes más corrientes son, como advertiréis, la primera y la tercera. Su sencillez al aplicarlas no puede ser mayor.

Nada más, sino suplicaros benevolencia para mi modesta aportación a este magno Congresso di Ogtognatodonzia y daros las gracias más rendidas. (per “Rev. di Odntjtria. e Ortognatdnzia.”, Bol., vol. II, número 3.)