

* ALGO MAS SOBRE DIAGNOSTICO DE ORTODONCIA (1)

por el

Dr. Pedro Planas

Especialista de Ortodoncia

PRETENDEMOS con este trabajo modificar algunos conceptos y métodos anticuados sobre la manera de realizar el diagnóstico en ortodoncia, dando sólo unas ideas que puedan servir de base y estímulo para mejorar el mismo y consecuentemente la terapéutica, evitando los errores que la vieja escuela trae consigo y que en el tiempo actual es justo que tal nos suceda en beneficio de la especialidad, del profesional y del enfermo.

Sobre tres puntos hablaremos, a saber:

- 1.º A quién incumbe hacer el diagnóstico.
- 2.º En qué edad éste debe ser hecho, así como la aplicación terapéutica.
- 3.º Cómo debemos hacerlo.

Primero. *A quién incumbe hacer el diagnóstico.* — Desgraciadamente, por lo menos en nuestro país, esto no tiene términos medios. O todo o nada. Por un lado nos encontramos con los “especialistas precoces” que, recién formados, dicen que hacen ortodoncia. Y nosotros preguntamos: ¿Qué concepto tienen de la ortodoncia? ¿Creen que consiste en cementar unas bandas o colocar unas placas?

¿Se hubiese atrevido a hacer la primera extracción de su vida en algún familiar antes de realizar su aprendizaje? Creo que los que se percatan de la responsabilidad de lo que pretenden realizar empiezan por hacer extracciones en servicios hos-

(1) Sobre este tema el autor dió una conferencia en el Colegio Oficial de Odontólogos de Valencia.

pitalarios o gratuitos, y sólo después de estar convencidos por la práctica que realizan aquel tratamiento en condiciones y con buena indicación terapéutica osan ejecutarlos particularmente.

Hay que tener presente que la primera ortodoncia que realizamos saldrá mal, y posiblemente la segunda y tercera: ¿Hemos, pues, de consentir que este fracaso sea en alguno de nuestros propios familiares?

Por otra parte, como dijimos, no se trata de cementar unas bandas o colocar unas placas, sino que se debe completar el tratamiento con un par de años y esperar otros dos para convencernos que el éxito fué verdadero y no aparente. Sólo, pues, pasados cuatro años de principiar un caso es cuando podremos sacar la conclusión de nuestro éxito o nuestro error; y sólo después de varias experiencias de éstas, que se pueden llevar simultáneamente, es cuando podremos sacar conclusiones sobre la posibilidad de lanzarnos profesionalmente a ejecutar estos tratamientos.

¿Quiere esto decir que los principiantes no deben hacer ortodoncia? No; nada eso, sino todo lo contrario. Les aconsejo que se procuren enfermos hospitalarios, gratuitos, cuantos más mejor, para empezar lo antes posible bajo la orientación de algún compañero de más experiencia en la especialidad, para que, transcurridos los tres o cuatro primeros años, se convenzan de la responsabilidad de un tratamiento y aprecien ellos mismos su competencia en el asunto, según los éxitos o fracasos, y sólo después de esto es cuando les aconsejamos que empiecen a ejecutar tratamientos bajo su responsabilidad moral, científica y material, normas indispensables para quien quiera honrar y dignificar la profesión.

Por otro lado, y en contraposición de estos “precoces”, nos encontramos con otros, afortunadamente pocos, que dicen que la ortodoncia no les interesa. Debemos hacer notar, en primer lugar, que ningún profesional puede ni debe hacer esta afirmación, y si alguno la ha hecho, se la disculpamos, ya que lo atribuimos a una interpretación errónea de lo que es la ortodoncia, y pretenderemos aclararlo en pocas palabras.

La ortodoncia, como toda especialidad de la medicina, tiene una parte en que estudia clínicamente la enfermedad, y

otra segunda en que trata de la aplicación terapéutica o tratamiento. En general, cuando se habla de ortodoncia, sólo se imaginan algunos profesionales aparatos, arcos, tornillos, etc. El libro o conferencia que no va ilustrado de múltiples dibujos de aparatitos diversos ya no interesa. Claro que con este concepto tenía razón el compañero que decía que la ortodoncia no le interesaba.

Nosotros ya dijimos otras veces que, en nuestra opinión, era mejor ortodoncista aquel que sabía hacer un diagnóstico y no era capaz de construir ni conocer un aparato, que aquel que sabía hacer muchos y maravillosos aparatos, pero que era incapaz de hacer un diagnóstico.

En total, podemos resumir esto dicho en lo siguiente: "No es la ortodoncia una aplicación mecánica de la medicina, sino que la ortodoncia es una medicina con aplicación mecánica." Y es de esta medicina o de su fundamento de lo que ha de estar enterado cualquier profesional; sólo se le disculpa de la aplicación terapéutica, a la que sólo está obligado el especialista.

Si todos los profesionales conocieran algo de la medicina ortodóncica, por llamarla así y diferenciarla de conocer los aparatos se evitarían muchas extracciones que se hacen impunemente, tanto de dientes temporales como permanente; así como podrían empezar por aconsejar al cliente que hiciera su tratamiento en la edad apropiada que, en general y como después veremos, dista mucho de ser a los doce o más años.

Para completar este capítulo sobre quién debe conocer la ortodoncia, y diciendo esto me refiero a saber hacer un diagnóstico, mientras no se eleve y divulgue más nuestra especialidad, ha de caber en primer lugar a los médicos puericultores. Y digo esto por una razón muy sencilla y lógica, ningún padre nos trae a nuestra consulta a su hijo recién nacido, ni tampoco durante la lactancia, ni mientras nace la primera dentición, sólo cuando cerca de los seis años haya podido doler algún diente de leche por las destrucciones de las caries, y hemos de pensar que en los seis primeros meses es cuando se establecen el mayor número de anomalías y se pueden diagnosticar otras, bien heredadas o adquiridas. Siendo, pues, los

puericultores, que ven y asisten al niño en sus primeras edades, deberían estar preparados para poder hacer un diagnóstico precoz en las muchas exploraciones que en boca y garganta realizan al buscar unas anginas o unas placas diftéricas, y en este momento aconsejaran a los padres del enfermo la conveniencia de consultar a un especialista para completar y confirmar el diagnóstico con los elementos que este último posee, así como empezar la terapéutica. Sólo así orientado, se conseguirá una buena profilaxis de las anomalías ortodóncicas, que es a lo ideal que toda especialidad debe pretender llegar.

Unos ejemplos darán más fuerza a la importancia y responsabilidad del odontólogo y del puericultor en las deformaciones ortodóncicas.

El puericultor, en general, se preocupa mucho, quizás en exceso del uso del chupete, y poco se preocupa, o en menor escala, de la posición de la cabeza del niño al dormir, de la succión del dedo, manos, sábanas, controlar el avance mandibular, etc. Siendo todo esto causas de gran número de deformaciones que se podrían fácilmente prevenir. Y el puericultor tendría fuerza moral y científica para convencer a los padres de la importancia de sus consejos para prevenir la deformación. ¿No usa de todos sus conocimientos para evitar el uso del chupete? Pues la misma responsabilidad y obligación tiene con los demás vicios, al fin y al cabo bastante más nocivos.

Igualmente el odontólogo que recibe en su consulta un niño pidiendo la extracción de un diente de leche; le aconsejarán tratarlo y conservarlo lo más posible, aunque los familiares sean de la opinión de la extracción, pues, si accede a esto, es porque no tiene suficiente idea de las graves consecuencias de una extracción prematura: que si es, por ejemplo, de un segundo molar inferior, trae consigo la atrofia en sentido horizontal del ramo maxilar, el desvío de la línea media y el establecerse una ligera sobremordida por falta de avance en los incisivos inferiores, con la consecuente mal posición dentaria muy difícil de corregir en edades más avanzadas.

Expuesto, pues, quién es el que debe conocer y coadyuvar en el establecimiento del diagnóstico, vamos hablar de otro

tema muy importante, referente a la edad en que este diagnóstico se debe hacer, así como el tratamiento.

Segundo. *En qué edad debe ser hecho el diagnóstico y su aplicación terapéutica.*

Podemos sintetizar esto en una edad mínima que empiece en el recién nacido; otra máxima, alrededor de los cuarenta años y otra crítica o peor, alrededor de los diez años.

Por lo que antes hemos expuesto podemos desprender que la edad es la más temprana posible, teniendo que vigilar a los niños desde recién nacidos para poder diagnosticar precozmente una enfermedad ortodóncica o anomalía tan pronto como ésta empiece a establecerse. Igualmente hecho el diagnóstico se procederá a la aplicación de medidas profilácticas o terapéuticas.

Hoy no se disculpa lo que antes era frecuente de aconsejar a un enfermo joven, con una visible deformación, que esperase a los doce años o más para ser corregido.

No es lógico, en ninguna medicina, dejar establecer una enfermedad en todo su apogeo para después estudiarla, diagnosticarla e intentar tratarla; sino que tan pronto se esboza el principio de la misma, se ataca con todas las terapéuticas al alcance, para conseguir abortarla o por lo menos atenuar su violencia. Además, la enfermedad tranquilamente establecida con toda su fuerza, aunque posteriormente se trate, deja secuelas generales imborrables, lo que se hubiese podido evitar tratándola precozmente.

No obstante, esta rutina tenía su explicación cuando sólo se disponía y se contaba como único medio de diagnóstico las clasificaciones sintomáticas, como por ejemplo la de Angle, la cual hoy ha pasado a ser un síntoma de la enfermedad y que, naturalmente, sólo se puede apreciar cuando los dientes permanentes están totalmente eruptados, y esto coincide aproximadamente a los doce años.

Pero hoy que diagnosticamos algunas anomalías en el recién nacido y consecuentemente desdentado, otras en la primera dentición y las menos en la segunda, atendiendo que fueron ya diagnosticadas en los períodos anteriores, no cabe ya aquella rutina.

Además, como veremos en lo que vamos a exponer, no es con los dientes con lo que nosotros debemos hacer el diagnóstico, sino con el cráneo facial y cara.

Fácilmente comprenderemos que si en la edad más joven nosotros sufrimos las causas de una deformación, o conociendo las mismas aplicamos una acción compensadora, aquél organismo y sus estructuras se desarrollarán por sus estímulos normales, consiguiendo un estado de equilibrio simple y fisiológico. Si por el contrario sólo actuamos cuando la lesión está adelantada, tendremos que aplicar terapéuticas más violentas, sin conseguir más que establecer lo normal con un equilibrio complejo, con inclusión dentro de sus estructuras de partes anormales.

Es el ejemplo del árbol que nace y crece en una región azotada por el viento, que se inclina y desarrolla en el sentido del mismo. Ahora bien, dos soluciones hay para enderezarlo: dejarlo crecer para cuando sea mayor enderezarlo, lo que costará mucho esfuerzo y aunque se consiga se torcerá fácilmente puesto que todas sus estructuras se formaron en aquella inclinación, con el consecuente traumatismo que en su tronco provocaremos; o bien, protegeremos el árbol del viento desde el principio y nos crecerá derecho, pudiendo cuando sea mayor dejarlo libre, pes la solidez de su tronco, bien conformado, lo mantendrá vertical.

Vemos, pues, que se debe hacer diagnóstico y aplicar la terapéutica, por lo que a edad se refiere, en la edad lo más temprana posible a partir del nacimiento.

Como edad tardía no pondremos límite, puesto que se han hecho correcciones en edades muy maduras, como son los treinta y cuarenta años. Nótese, no obstante, que en estas edades hay que saber muy bien lo que podemos corregir y conseguir, pero podemos afirmar que se pueden obtener verdaderos éxitos en algunos casos.

Y nadie debe extrañarse de esto, puesto que todos hemos visto movimientos de los dientes en estas edades. Como tales, podemos citar los mo'ares que en edades avanzadas ultrapasan el plano oclusal por falta de antagonista y a veces con rapidez espantosa que impiden la colocación de una prótesis. Los dias-

temas provocados por una sobremordida forzada de incisivos, provocada por haberse perdido el sostén de los molares. El apiñamiento de los incisivos inferiores al erupcionar los cordales que a veces traen la malposición de algún incisivo superior que es el desespero del paciente y nuestro, puesto que es difícilísimo o imposible de corregir.

Todas estas modificaciones tardías de la posición de los dientes, es una prueba de que nosotros podemos conseguir también los efectos contrarios o por lo menos los podemos prevenir con tratamiento o prótesis adecuadas, y que si todos conocieran los fundamentos de la medicina ortodóncica a que antes me referí, se evitaría el descontento de mucha señoras principalmente, a quienes les salen estos defectitos en la edad en que más quieren presumir y tienen justificación para ello.

Como final y única observación debemos advertir y mencionar la edad menos indicada para aplicar terapéuticas y en algunos casos hacer el diagnóstico, y es, alrededor de los diez años, período de cambio de dentición en los procesos o soportes laterales de la oclusión. Conviene, pues, empezar antes, puesto que durante este período se perderán un par de años por lo menos de tratamiento semipasivo, en que poco adelantaremos, y si se emplean arcos, son en este período de una responsabilidad enorme el control de los mismos. Puesto que en este período los molares de los seis años y los premolares y caninos que van a erupcionar, sufren por sí mismo unos movimientos intercalados de gresiones distales y mesiales, llave de toda la oclusión futura y que dichos arcos pueden impedir.

En resumen, hemos de pensar que en las terapéuticas aplicadas en las primeras edades, conseguiremos principalmente modificaciones y variaciones en las estructuras óseas y musculares y articulares del cráneo facial y cara, y a medida que la edad sea más avanzada, se irá perdiendo la posibilidad de conseguir tales modificaciones, para resumirse nuestra terapéutica en simples movimientos dentarios para las edades maduras.

Tercero. *Cómo debemos hacer el diagnóstico.*

En primer lugar y como fundamento, debemos recordar tener presente nuestros conceptos ya descritos de *Ortodoncia*.

Momento ortodóncico y Fuerza dominante mandibular, para lo cual, remitimos al lector a nuestro trabajo publicado en el número 4 del volumen I de esta revista.

Sabemos que el estímulo de crecimiento, uno de los muchos que actúan en el desarrollo de cráneo facial y cara, está en parte condicionado en los huesos maxilares, que son los tres predominantes de la cara, por la erupción de los dientes principalmente. Si ha habido otras causas que se hayan opuesto al desarrollo de estos maxilares, como consecuencia, los dientes erupcionan mal y es de estos últimos, entonces, del mejor medio que nos podemos valer para procurar restituir la normalidad de aquéllos.

De lo dicho, podemos desprender el siguiente postulado:

“Los dientes son el *medio y consecuencia* de conseguir lo normal y de aplicar la terapéutica, pero nunca deben ser el *objeto* de la misma, sino que éste debe ser el *cráneo facial y cara*.”

Con estos conceptos vamos a ver cómo hay que hacer el diagnóstico. Este, como en toda medicina, debe ser de Lugar, Naturaleza y Causa.

El diagnóstico de lugar y naturaleza no puede hacerse de ninguna manera con la simple exploración de unos modelos de yeso.

El lugar puede asentar en los maxilares, procesos alveolares, articulación temporo-maxilar, etc., y su naturaleza muy diversa. Para hacer un diagnóstico de lugar y naturaleza son imprescindibles: 1.º Unas *impresiones Gnatoestáticas* por cualquiera de los métodos existentes. 2.º Unas buenas radiografías craneales de frente y de perfil o *telerradiografías* y 3.º Unas *fotografías* imprescindiblemente por el método *estático*. De estas últimas se puede prescindir si se dispone del enfermo, aunque siempre interesa tenerlas para control.

Igualmente debemos tener ideas y el concepto claro de la evolución normal de estas patogenias, puesto que las sintomatologías varían en una misma anomalía según la edad y hay que evitar confusiones.

Hemos de huir del diagnóstico, mejor dicho de lo que no es un diagnóstico, hecho con sólo los modelos; hemos de hacer

un diagnóstico total cráneo-dentario y sólo lo conseguiremos con los elementos arriba citados.

No podemos, debido a la brevedad de esta exposición y por ser éste un capítulo muy importante, exponer los métodos de diagnóstico y la manera de aplicarlos e interpretarlos en la práctica. Pero para ver la importancia que esto tiene, y es lo que pretendemos hacer comprender, expondremos algunos ejemplos de los que habréis visto en vuestras clínicas y de cuya falta de diagnóstico puede incurrir en errores terapéuticos que se manifiestan en resultados deficientes o falsos.

Se nos presenta un enfermo que por la vieja costumbre diagnosticamos de tercera clase de Angle. En primer lugar, insisto en el error que esto representa, pues un síntoma como tercera clase de Angle no es ningún diagnóstico, como tampoco lo es la "fiebre de 39 grados". Consecuentemente no nos da esto ninguna orientación para el tratamiento.

Si hacemos un diagnóstico completo y apreciamos impresiones Gnatostáticas, radiografías y fotografías, podremos apreciar que el mentón está avanzado, así como la mandíbula; que el maxilar superior está normal y que hay reducción de altura inferior de la cara además de poseer el síntoma clásico de todos conocido de la III clase de Angle. Con estas sintomatologías podemos ya orientar mejor la terapéutica, aunque nos falta el diagnóstico etiológico de capital importancia y del que hablaremos luego.

La terapéutica de este caso, será retroceder el mentón y mandíbula con mentonera, evitando en lo posible la fuerza intermaxilar para evitar que nos avance el superior, que como hemos dicho estaba en su sitio. Levantaremos la articulación para desforzar la oclusión invertida de los incisivos y la mantendremos elevada con un plano incisivo, a fin de que crezcan los molares para corregirse la altura de la cara que estaba disminuída.

Pero podemos tener otro enfermo en que por los modelos hagamos el mismo diagnóstico que el anterior, o sea, III clase de Angle y como vamos a ver apurando la sintomatología cráneo-facial, es totalmente diferente, tanto esta última, como la terapéutica a aplicar.

Se trata del caso siguiente: Mentón, casi normal; mandíbula, ídem; maxilar superior, estrecho y retrasado; altura de la cara, normal y naturalmente el mismo síntoma que el anterior de III clase de Angle.

La terapéutica, en este caso, discrepará muchísimo del anterior, puesto que no aplicaremos mentonera, sino fuerza intermaxilar muy controlada con gimnasia mandibular; regularizaremos el superior, avanzando la parte incisiva, apoyándose contra él mismo, para evitar sobrecarga en la mandíbula y levantaremos la articulación temporalmente con planos en los molares y únicamente para desforzar los incisivos suprimiéndolos rápidamente una vez esto conseguido, puesto que la altura de la cara es normal. El esquema adjunto aclarará lo dicho (esquema 1).

ESQUEMA 1

Síntoma común	Síntomas diferentes	Caso A	Caso B
III clase Angle	Mentón.....	Avanzado.....	Normal
	Maxilar sup.....	Normal.....	Estrecho y retrasado
	Altura cara.....	Disminuido.....	Normal

Otro caso muy frecuente es el de las distoclusiones unilaterales, las cuales, diagnosticadas por los modelos, no pueden llevar a ninguna conclusión práctica. Estas distoclusiones son, en general, producidas por pérdida de algún diente en aquel lado maxilar, y otras veces, más verdaderas, por hiperfunción unilateral u otras causas.

Sólo un buen método Gnatostático, como por ejemplo el nuestro que utilizamos y que forma una comunicación en el próximo Congreso Dental de Madrid, nos puede conducir a hacer un verdadero diagnóstico de naturaleza, puesto que nos dará el modelo completamente centrado y podremos apreciar el modelo proyectado sobre el triángulo mandibular (gonion-

Gnation-gonion), y este triángulo a su vez, proyectado sobre los planos craneales, pudiéndose apreciar en un momento si hay acortamiento del ramo mandibular, si es la arcada dentaria que está en distoclusión o es la mandíbula. Aplicando consecuentemente la terapéutica, que será diferente en cada uno de los casos, respectivamente. Estimularemos el desarrollo del ramo mandibular, corregiremos la distoclusión de la arcada con fuerza intramandibular sin mover el maxilar o corregiremos la distoclusión mandibular con fuerza intermaxilar.

Creo que estos ejemplos son suficientes para ver lo imprescindible que es hacer un diagnóstico de lugar y naturaleza perfecto y que para ello, no son suficientes unos simples modelos, sino que es necesario valernos de todos los elementos indicados.

Tanto más importante que el de lugar y naturaleza es el diagnóstico *etiológico* o de causa.

Recordemos nuevamente el concepto del momento ortodónico y las causas que dijimos controlaban el desarrollo del cráneo facial cara.

Entre todas ellas podemos agruparlas para nuestros fines diagnósticos terapéuticos en dos grandes grupos: *Causas endógenas* y *causas exógenas*.

Entre las causas endógenas podemos considerar: la herencia, los trastornos endocrinos y del metabolismo del calcio, particularmente el raquitismo.

Entre las exógenas: el medio ambiente, vicios, hábitos, traumatismos, mutilaciones por extracciones, trastornos de permeabilidad respiratoria, etc., etc.

Ya podemos apreciar, pues, que cuando una deformación sea de etiología endógena, especialmente la herencia, será una deformación cuya causa actuará durante todo el período de crecimiento del individuo, siendo por consiguiente la terapéutica a aplicar, durante todo este período, aunque se consiga éxito con poco tiempo de tratamiento, puesto que la causa deformante continúa a actuar hasta llegar a la edad adulta en que cesan los estímulos de desarrollo.

Cuando la causa es exógena y se diagnostica, fácilmente la podremos suprimir y corregir la deformación que nos hubiese ocasionado, pudiendo estar tranquilos que la terapéutica aplicada surtirá efectos definitivos.

Esta diferencia entre endógenas y exógenas es de trascendental y suma importancia, puesto que hay anomalías de gran parecido, de diagnóstico de naturaleza y lugar y cuyos tratamientos divergen enormemente de ser una u otra la etiología.

Como antes y para mejor poder apreciar los errores en que se pueden incurrir, pondremos unos ejemplos gráficos del caso.

Nos encontramos ante dos casos de progenie (prognatismo), una de tipo hereditaria (endógena) y otra, adquirida por succión del dedo y lengua (exógena).

Si es heredada, debemos pensar que es uno de los peores casos que pueden presentársenos. Debemos tratarla lo más precozmente posible, pero aunque consigamos rápidamente un éxito, nunca debemos de dar el tratamiento por concluído, sino que debemos de continuarlo y vigilarlo hasta alrededor de los veinte años, que es el tiempo que nos actuará la fuerza dominante provocadora de la deformación, de lo contrario nos recidivará.

Si es adquirida, es el mejor caso que se nos puede presentar, puesto que el éxito tratado precozmente es seguro, rápido y de mucha aparatosidad, pudiendo estar descansados, que si se ha suprimido la causa, nunca más recidivará.

Hemos de observar que no se hace el diagnóstico hereditario por el mero hecho de ver a los padres con una deformación parecida, puesto que, como hemos dicho, el medio ambiente influye en ciertas anomalías y consecuentemente padres e hijos pueden presentar la misma deformación, que será en este caso adquirida o exógena. También las deficiencias respiratorias nasales provocan deformaciones muy similares y podrían confundirse con lesiones de tipo hereditario, cuando en general no lo son. Lo que se puede haber heredado es la predisposición a la obstrucción nasal u otros vicios. Sólo cuando se conocen bien las sintomatologías de cada una de las

anomalías cráneo-faciales, es que se puede uno aproximar junto con una buena anamnesis al diagnóstico etiológico. Y para confirmar eso y terminar este trabajo, exponaremos dos ejemplos de los casos más típicos y frecuentes en nuestra clínica.

Primer ejemplo: Se trata de la mal diagnosticada anomalía II clase de Angle, II división. Mucho mejor sería que quien no fuese capaz de descubrir nada más ante una boca tal o unos modelos, dijese: Se trata de una anomalía en que uno de los síntomas es el de pertenecer a la II clase de Angle, II división y quedaría muy bien. (Esquema número 2).

ESQUEMA 2

Sintoma común	Síntomas diferentes	Sobremordida genuina	Sobremordida adquirida
II clase Angle II división	Ang. Goniaco...	Cerrado.....	Normal
	Ang. Camper...	Abierto.....	Normal
	Altura cara.....	Disminuída.....	Normal o dismi- nuída
	Desarrollo apical	Grande.....	Normal o dismi- nuída

Etiológicamente hay dos anomalías que tienen este mismo síntoma y son: La sobremordida genuina, de causa endógena y hereditaria y la sobremordida, adquirida de causa exógena.

Como vamos a ver si completamos la sintomatología por los métodos que disponemos, nos dará ya una aclaración de naturaleza completa de la lesión que traerá consigo el diagnóstico etiológico.

En la sobremordida genuina, tendremos ángulos goníacos cerrados, ángulo de Camper abierto, sobremordida con reducción de la altura inferior de la cara, gran desarrollo apical del maxilar superior.

Profiláticamente, no podemos actuar mucho en la primera dentición y aunque lo hagamos con éxito y estamos obligados a ello, se repetirá la anomalía en la segunda, debiendo, pues, vigilar y continuar en ésta el tratamiento.

Si se trata de la sobremordida adquirida, tendremos: ángulos Goniacos normales, ángulo de Camper normal, sobremordida con o sin reducción de la altura inferior de la cara, desarrollo apical normal o disminuído.

Profiláticamente podremos hacer el tratamiento en la primera dentición, no repitiéndose en tal caso en la segunda.

Consecuentemente, con estos síntomas tan diferentes, no cabe duda que las terapéuticas también lo serán.

Segundo ejemplo: Se trata del caso corriente de los caninos elevados o en erupción vestibular por falta de espacio. Son dos las etiologías de esta anomalía, ambas exógenas, una la estrechez de arcada por trastornos respiratorios y otra, la pérdida prematura de los caninos de leche o de los primeros molares de leche, que también nos da por vía más directa el conino elevado. En el primer caso, podremos apreciar por las telerradiografías, que hay muy poco desarrollo apical, que el maxilar inferior está estrecho y normal en lo que en posición mesio-distal se refiere, o bien puede estar normal en anchura y distalado. (Esquema número 3.)

ESQUEMA 3

Síntoma común	Síntomas diferentes	Por estrechez de arcadas	Pérdida prematura de caninos o primeros mol. temporales
Caninos elevados	Desarrollo apical	Pequeño.....	Normal
	Mandíbula.....	Estrecha y normal mesiodistalmente Normal en anchura y distal	Normal en anchura y mesiodistalmente

El tratamiento consiste en ensanchar los maxilares y corregir, si la hay, la distoclusión.

Cuando se trata de pérdida prematura de caninos, veremos que el desarrollo apical es normal, que el maxilar inferior está normal en anchura y normal en posición mesio-distal y que la distoclusión que se aprecia en los modelos es falsa.

El tratamiento consiste en distalar los procesos laterales del maxilar superior, con lo que conseguiremos el espacio para los caninos.

Repárese que en ningún caso se ha indicado la extracción y esto será muy pocas veces aconsejado por nosotros y sí muchas censurado.

Conclusión: Todos debemos de estar preparados para hacer por lo menos un ligero diagnóstico a la edad más joven que consigamos ver al enfermo para aconsejarle el tratamiento y aquél debe ser hecho con una buena amnanesis propia para ortodoncia, buenas impresiones gnátostáticas, telerradiografías craneales, fotografías estáticas y finalmente, un buen ojo clínico para poder apreciar y relacionar todos estos síntomas.