

* DOS CASOS CLINICOS DE ORTODONTOPATIAS

(SECCION DE CONSULTAS)

I N F O R M E S

del

Dr. Pedro Planas

Especialista en Ortodoncia

CONSULTA número 3.5.1.—Paciente de 19 años con prognatismo inferior; canino superior derecho en giroversión, e incisivos en linguovversión.

Soy lego en Ortodoncia, pues apenas he estudiado esa rama y carezco de práctica y experiencia en ella, pero tengo interés en resolver este caso. Yo pretendía, si la edad del paciente no es contraindicación, labiar los cuatro incisivos superiores y para ello se me ocurre levantar la articulación con dos coronas a los primeros molares y por medio de un arco de Angle hacer la tracción, con gomas o alambre, en dichos dientes. Poner, al mismo tiempo una placa de caucho en el paladar con caras triturantes para no gravar en exceso la oclusión de los molares que llevan las coronas, y sus antagonistas.

Todo esto someto modestamente al criterio de ustedes, agradeciéndoles sus instrucciones, así como otra norma distinta, si fuera conveniente.— G. G.

INFORME número 3.5.1.—En primer lugar, para hacer un diagnóstico correcto de ortodontopatía, del que vamos a deducir la terapéutica apropiada, no nos son suficientes unas simples impresiones o modelos de escayola al estilo de GRUENBERG, porque ellos nos proporcionan, sí, la sintomatología oral, pero no los datos suficientes imprescindibles para hacer un diagnóstico científico de la anomalía que tenemos ante nosotros. Son nece-

sarios otros detalles tan importantes como los primeros y que obtendremos del registro de las relaciones de esta sintomatología oral con el cráneo y cara, así como de la historia clínica del enfermo.

No estando nosotros, pues, en condiciones de apreciar dichas relaciones directamente sobre el enfermo, puede la fotografía, de frente y de perfil (a ser posibles fotografías "estáticas"), junto con reproducciones gnathostáticas, ofrecernos el caso con

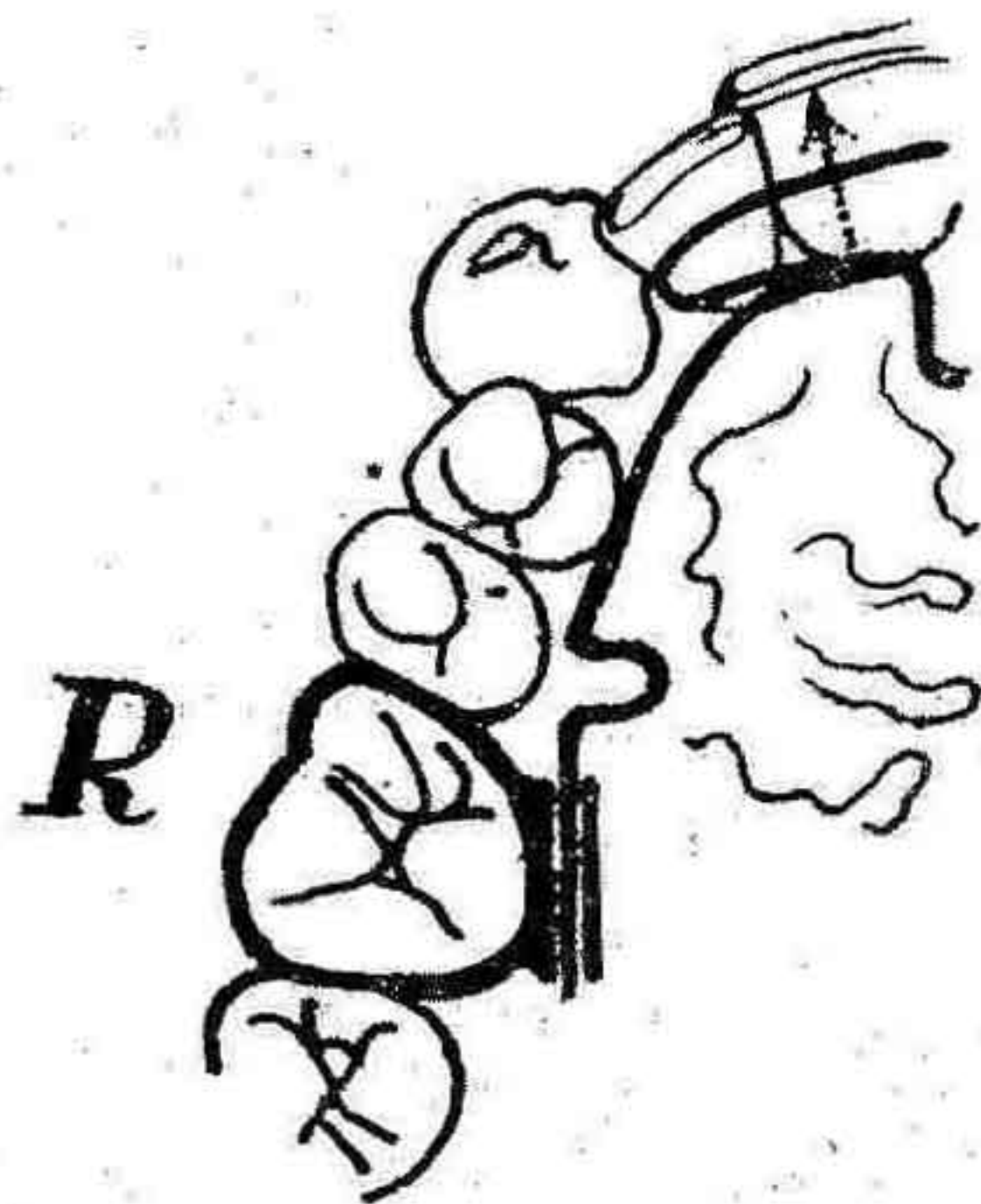


Fig. I.—Arco lingual de Mershon, con banda en los molares, con resorte auxiliar de Schwarz que propulsa los incisivos

mayor exactitud para su exacta valoración o diagnóstico. Con estos elementos y la historia clínica ortodóncica—de la cual podamos quizás deducir la génesis de la ortodontopatía—nosotros nos decidiríamos a dictarle un juicio exacto, con arreglo a nuestro criterio, del diagnóstico y en consecuencia de la terapéutica ortodóncica.

Con este reiterativo preámbulo tratamos de salvarnos del error en que podemos incurrir al fundamentar nuestra conducta en una base tan poco científica, ortodóncicamente hablando, menos para nosotros, que no conocemos al enfermo.

Examinando los modelos, parece tratarse de una anomalía que cae de lleno en las *progenies adquiridas*, de tipo "forzada". Esto nos da idea de la facilidad y éxito del tratamiento al libe-

rar al enfermo de estas condiciones, éxito que no sería tan sencillo de corresponder el caso a una *progenie genuina*. Condición ésta apreciable únicamente con los datos sugeridos en nuestro preámbulo.

Hemos de figurarnos, pues, la sintomatología craneofacial del enfermo, que en su expresión más simple podemos redactarla como sigue:

Verticalmente alturas normales, o sea: distancia *ofrion-subnasal* igual a *subnasal-gnation*.

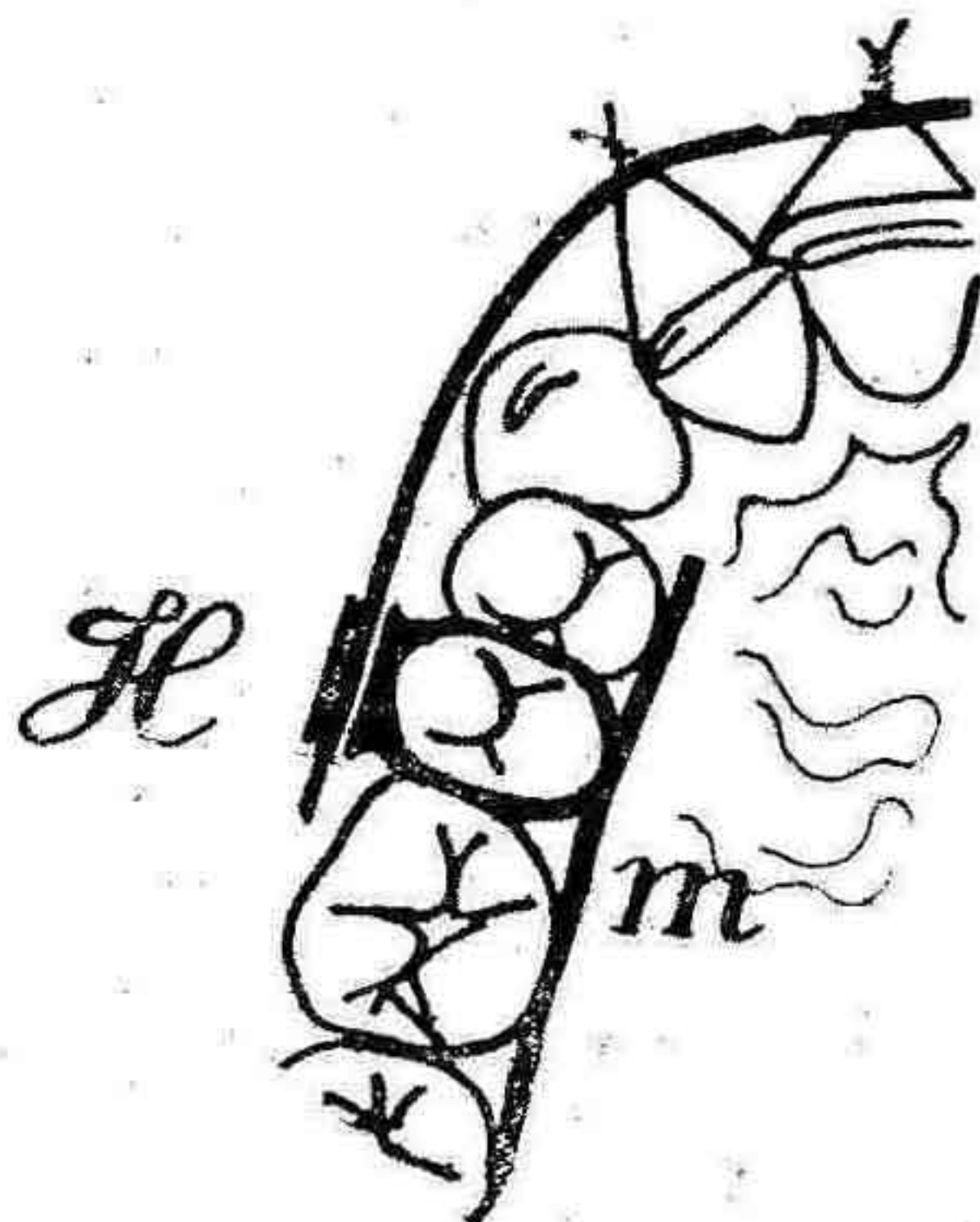


Fig. 2.—Arco vestibular de Heinsworth (H) con anclaje en los segundos molares con ligaduras en los incisivos para que avancen y prolongaciones (m) palatinas.

Transversalmente debe haber simetría y coincidencia de *prosthion* con el plano sagital medio.

Sagitalmente ligera retrusión del labio superior y ligera protusión del labio inferior y mentón.

Al intentar cerrar la boca en oclusión distal, el enfermo debe poder hacer coincidir casi a tope (*isodaquia*) los bordes de los incisivos superiores con los inferiores, pero se ve obligado a propulsar la mandíbula al completar la oclusión.

Si su enfermo en cuestión posee esta sintomatología, podemos estar plenamente convencidos que se trata de una *progenie forzada adquirida*.

La verdadera etiología sólo con la historia clínica, repetimos, podríamos completarla, pues pueden ser muchas las causas de su génesis, como por ejemplo, las amigdalitis repetidas; los hábitos de la infancia; la pérdida prematura de los dientes, principalmente los caninos superiores de leche; la persistencia exagerada de los incisivos superiores, etc., etc.

Tratamiento:

Si consideramos acertado el diagnóstico, podríamos dar dos tipos de tratamiento:

- a) Uno correctamente ortodóncico, y
- b) Otro de tipo eminentemente social.

a) Terapéutica ortodóncica:

Se compone este tratamiento de varios tiempos, siendo lo ideal, biomecánico y equilibrado, el realizar estos tiempos simultáneamente.

1.º Desforzar la oclusión, levantándola por interposición de un plano entre las caras triturantes de los premolares y molares de ambos lados.

2.º Hacer la expansión simétrica, casi paralela (más anterior que posterior) y algo apical en el maxilar superior.

3.º Proceder al avance normal de los incisivos superiores hasta colocarlos en oclusión vestibular con los inferiores.

4.º Observar, por último, una vez corregido el maxilar superior, si se mantiene la oclusión forzada de los incisivos, una vez suprimida la elevación de la oclusión, para en tal caso retroceder la mandíbula ligeramente con mentonera o fuerza intermaxilar, lo que no debe ser necesario en este caso.

Aparatología:

Muchos son los aparatos con que estos movimientos se pueden realizar y cada especialista conseguirá el mismo éxito con aparatos totalmente diferentes, según esté más o menos adiestrado al manejo de unos u otros. No obstante, le vamos a exponer dos sistemas: (&) uno con arcos, y (£) otro con placas.

(&) Con arcos:

En el superior colocaríamos bandas en los molares y arco lingual de Mershon (fig. 1), que haría la expansión y a su vez un resorte auxiliar de Schwarz que propulsaría los incisivos.

Esto puede ser substituído también por un arco de Heinsworth (fig. 2) con anclaje en los segundos premolares y ligaduras del arco a los incisivos para que avancen. Asimismo

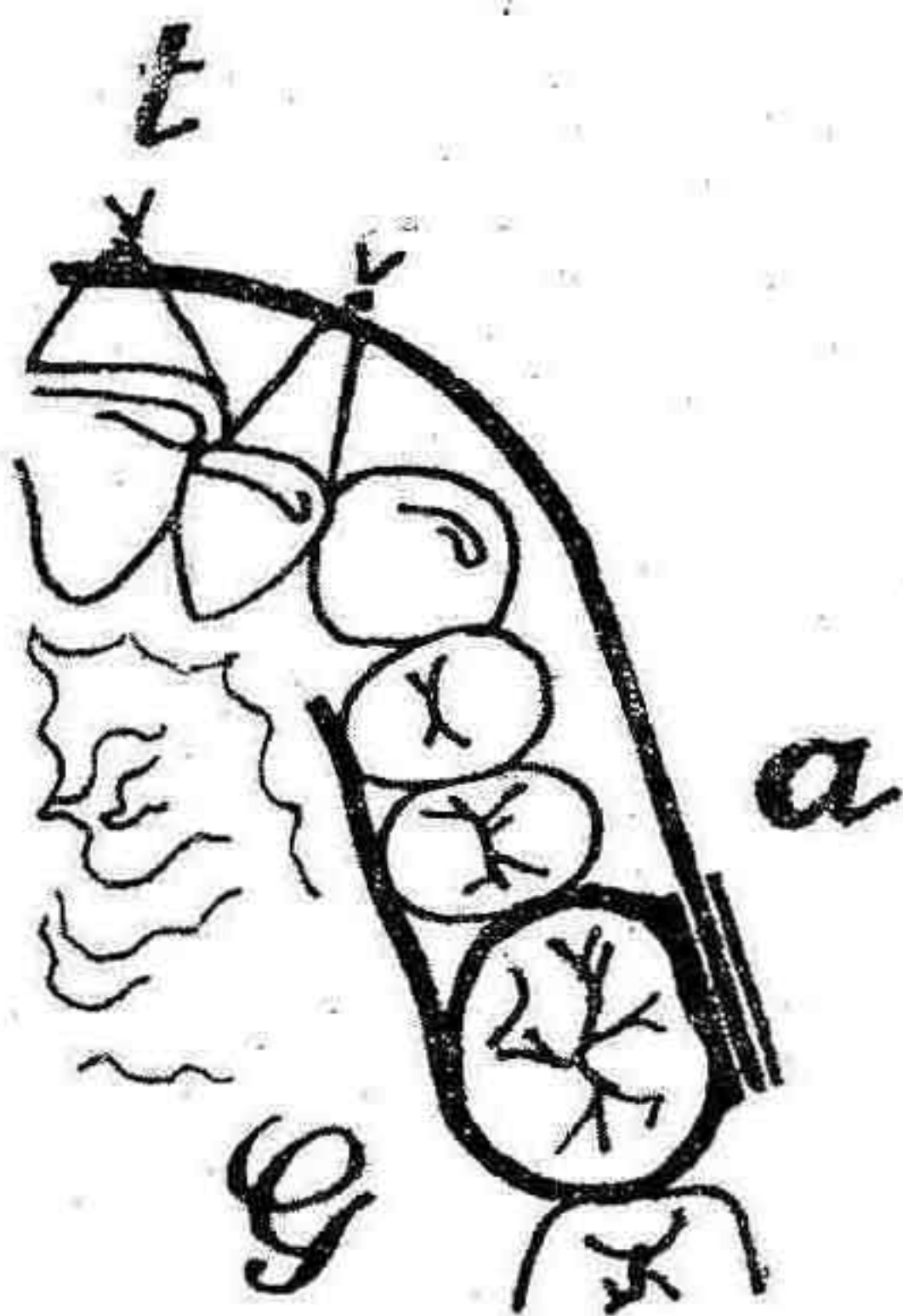


Fig. 3.—Arco de Angle (a) con prolongaciones (G) palatinas y ligaduras (t) incisivas.

puedese emplear un arco vestibular de Angle (fig. 3) con bandas en molares y prolongaciones palatinas hasta los primeros bicúspides y con ligaduras en los incisivos como en el caso anterior.

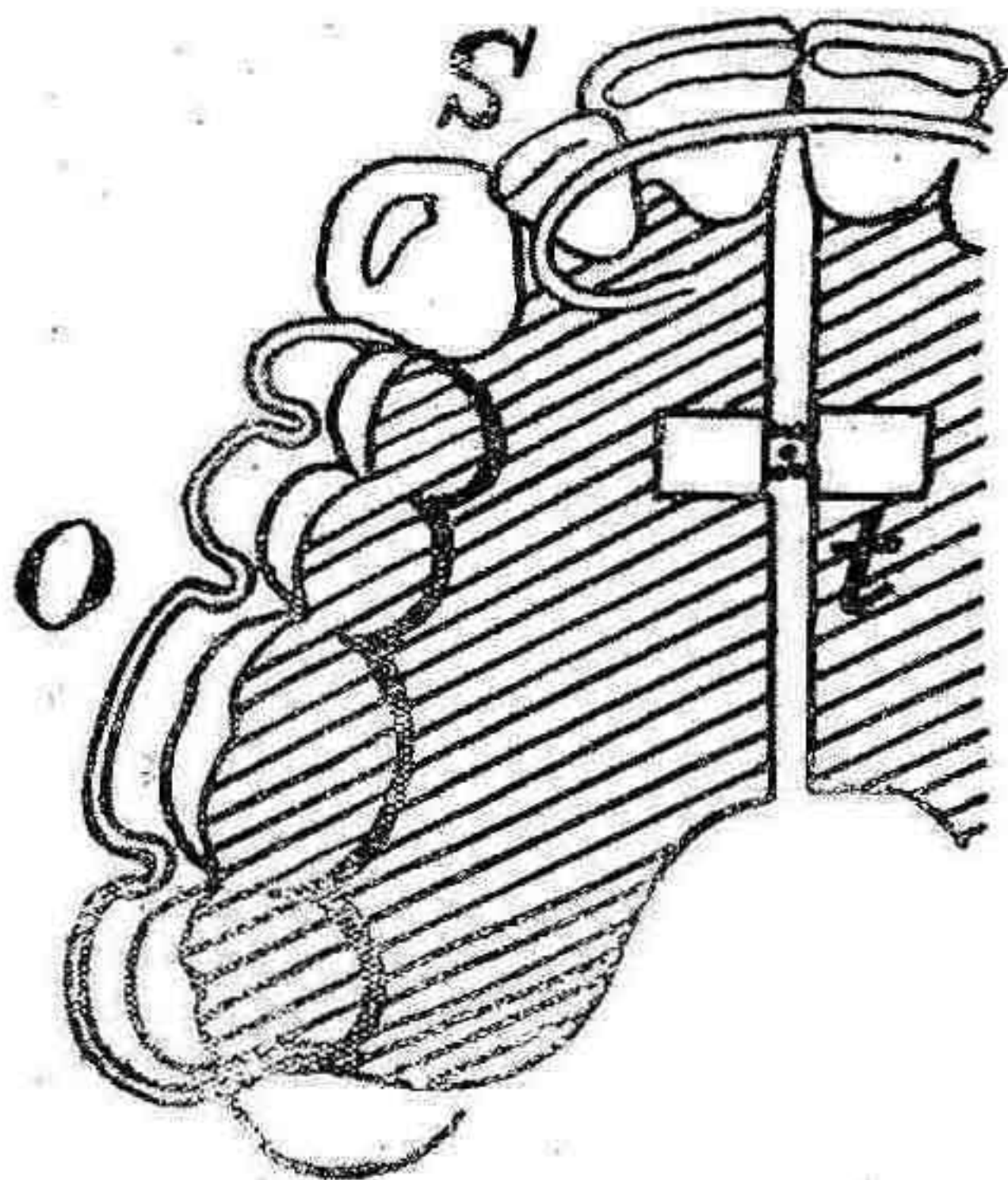


Fig. 4.—Placa con tornillo de expansión central (t) con sujeción en omega (o). La placa cubre las caras oclusales para levantar la oclusión. Más tarde puede recortarse esta parte utilizando la misma placa. S, resorte de propulsión.

Unas férulas, sea cualquiera el tipo de arco que empleemos, levantarán la oclusión, férula que se proyectará sobre los premolares y molares de la mandíbula que debería ir cementada. Aconsejamos colocar esta férula en la mandíbula para que esté independiente de los arcos y poder, en un momento dado, suprimirla sin necesidad de tocar el arco.

(£) Con placas:

Utilizaríamos una placa superior palatina con tornillo de expansión central (fig. 4), con resortes de sujeción en omega, procurando a su vez que la placa cubriera las caras oclusales de los premolares y molares superiores, a fin de levantar la oclusión. Añadiríamos un resorte propulsor, tipo Schwarz, incluído en la placa, que nos propulsaría los incisivos. A medida que se fuera consiguiendo la expansión, dando vueltas al tornillo (t), se iría desgastando la placa a nivel de los cuellos de los molares, a fin de que la expansión fuera menor en esta región que en la anterior de los premolares.

Con esta placa se realizarían todos los movimientos simultáneamente, y es el sistema que nosotros aconsejamos como más simple y el que preferimos en nuestra práctica.

b) Terapéutica de tipo social:

Levantaríamos la oclusión con coronas o férulas en los molares y premolares superiores de ambos lados, las cuales sujetarían un arco vestibular al que se ligarían los incisivos para vestibularlos. Se suprimirían los aparatos tan pronto lo permitiera la oclusión.

CONSULTA núm. 3. 5. 2.—*Tengo este caso con oclusión cruzada del segundo bicúspide y primer molar superior derechos, estando los centrales en giroversión y mesioversión, en un enfermo de doce a trece años.*

A mí me parece poner un arco de Angle y dos bandas a los dos centrales superiores, soldando a ella una verita en la dirección del eje del diente, para con esta palanca hacer el movimiento del diente en el sentido mesial, a la vez que con la presión del arco se corrige la giroversión.

Les agradecería su opinión.—R. G. T.

INFORME núm. 3. 5. 2.—Parece tratarse de una ortodontopatía que podemos incluirla entre las *compresiones tardías*. Su sintomatología craneofacial—después de abundar en las

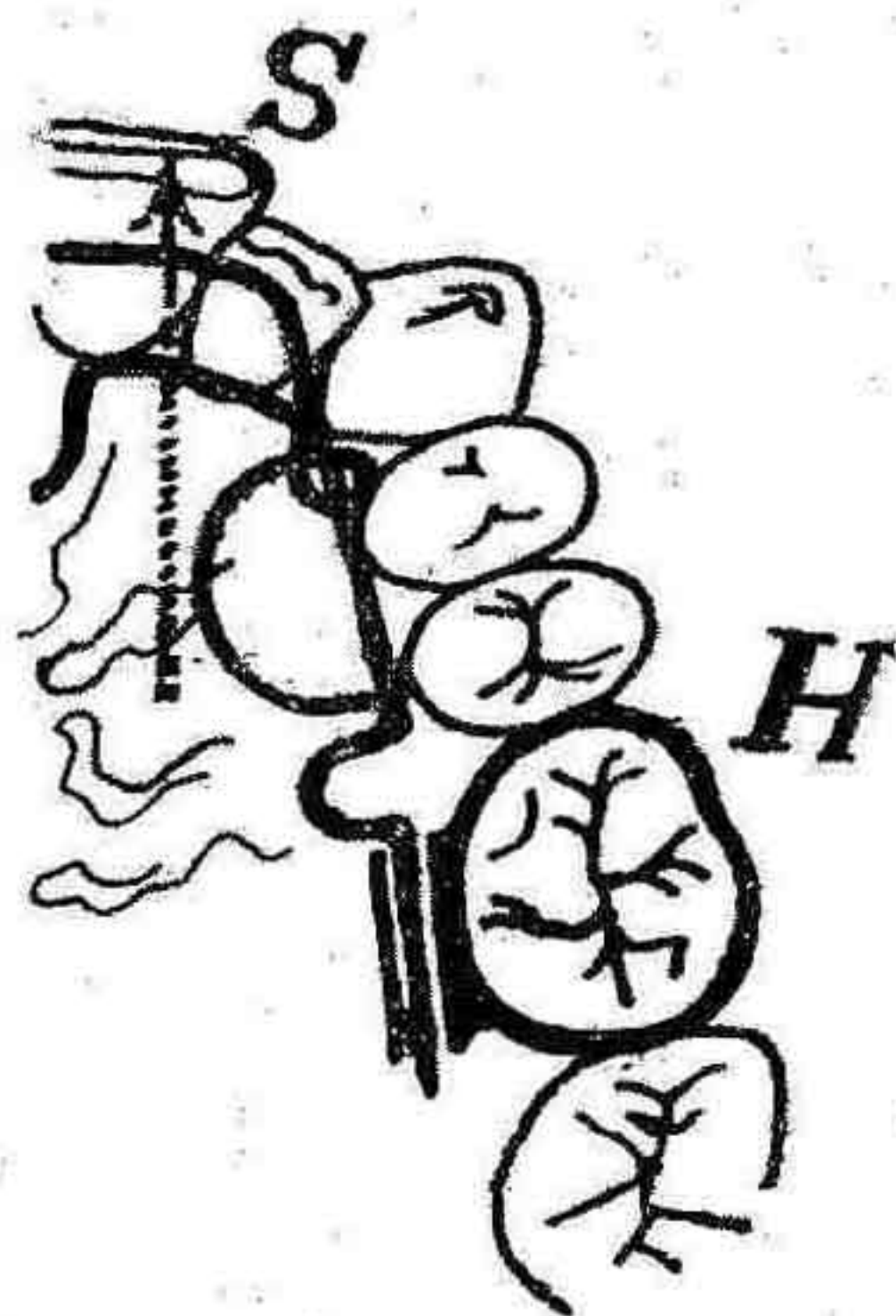


Fig. 5.—Arco lingual de Mershon con resorte de Schwarz (S).

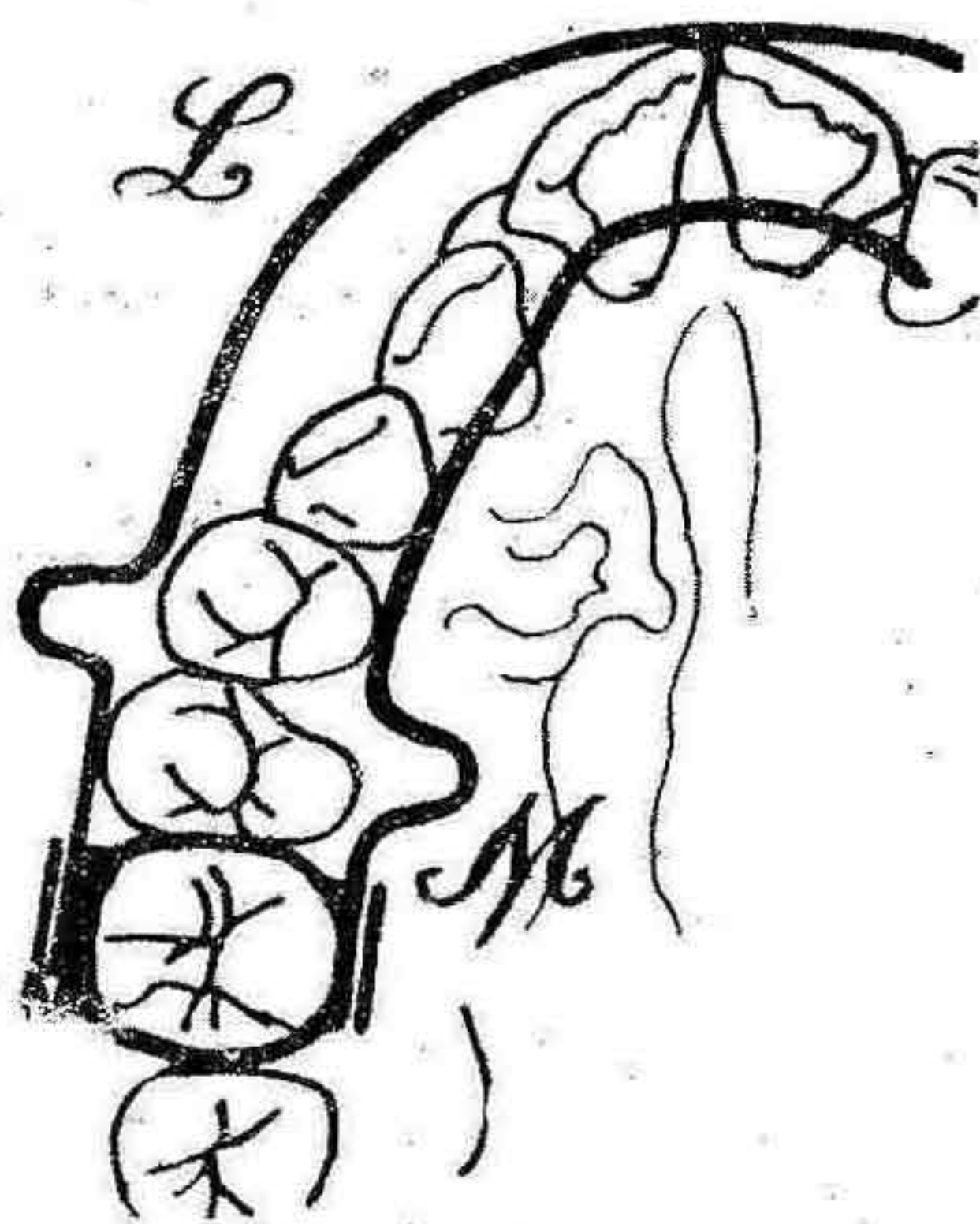


Fig. 6.—Arco lingual de Mershon (M) con un arco vestibular (L).

mismas razones que hemos aducido al consultante anterior—en su expresión más sencilla, según nuestra experiencia, podría ser la siguiente:

Verticalmente, alturas normales.

Transversalmente simetría y coincidencia del *prosthion* con el plano sagital.

Sagitalmente ligera protrusión del labio superior, quizás con pérdida del tono muscular.

Si, repetimos, como en el caso anteriormente consultado, su enfermo presenta estos síntomas, podemos sospechar fundamentalmente se trata del diagnóstico que hemos hecho como exacto.

Su etiología—con los datos que poseemos, faltos de toda garantía—sin la historia clínica ortodóncica nos ofrece tal vez más inconvenientes que en la consulta anterior, pudiendo, entre otras causas, apreciarse las siguientes: Malposición incisiva hereditaria, hábitos perjudiciales, deficiencia de permeabilidad respiratoria (bucal), etc., etc.

Tratamiento:

Exactamente como el caso anterior podríamos dar dos tipos de tratamiento:

A) Uno ortodóncico, propiamente dicho, y

B) Otro social.

a) Tratamiento ortodóncico, completo, científico:

Esta terapéutica la desarrollaríamos en dos tiempos, a saber:

1.—Expansión ligera, paralela, simétrica y normal de ambos maxilares simultáneamente; y

2.—Avance y alineación de los incisivos inferiores y rotación de los superiores.

Aparatología:

También pueden ser los aparatos: (&) arcos, y (£) placas. (&). Con arcos:

Haríamos la expansión con arcos linguales de Mershon tanto en el superior como en el inferior (figs. 5 y 6). El mismo Mershon inferior puede propulsar y alinear los incisivos con un resorte auxiliar de Schwarz o de De Coster.

En el superior, una vez corregida la compresión y sin suprimir el Mershon lingual, que dejaríamos pasivo, se colocaría un arco simple vestibular, el cual empujaría los incisivos hacia atrás, los cuales girarían en rotación mesio-lingual al tropezar con el arco pasivo de Mershon.

(£) Con placas:

Colocaríamos placas en la parte superior e inferior, con tornillo de expansión central, sujeción con resortes omega. La placa superior llevaría una abrazadera vestibular (fig. 7) que haría rotar los incisivos a medida que se fuera desgastando lingualmente la placa en su contacto con dichos dientes. La placa inferior llevaría además el resorte propulsor, tipo Schwarz o de Coster para avanzar los incisivos.

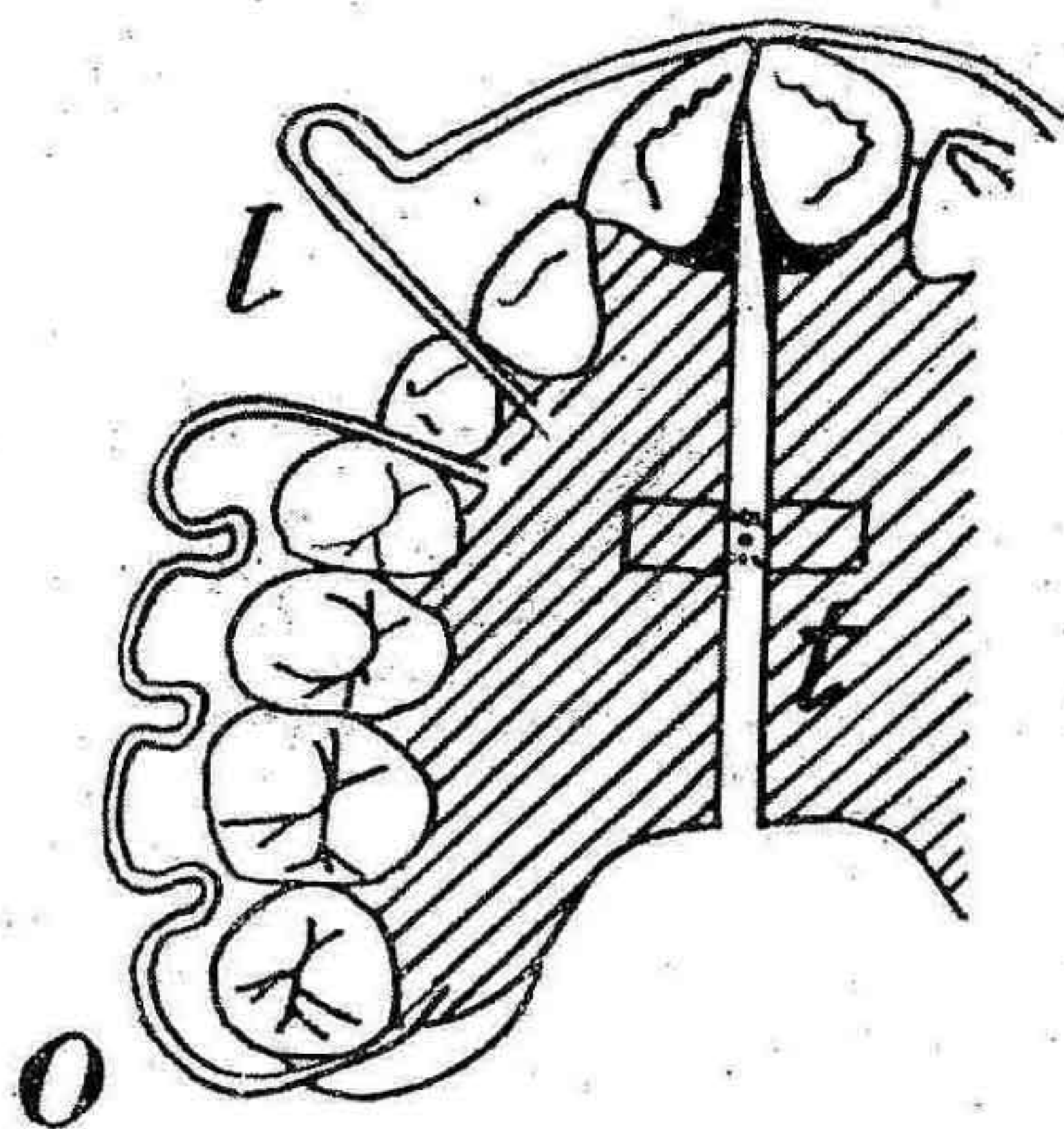


Fig. 7.—La placa superior con ganchos (o) omega y la abrazadera vestibular (l) que hará rotar los incisivos. Paulatinamente se irá recortando la placa (espacio interdental en negro) para permitir el movimiento. Con el tornillo (t) conseguiremos la expansión.

Esta placas pueden por sí solas resolver el caso desde el principio hasta el fin, sirviendo a su vez como de fijación.

b) Terapéutica social:

La terapéutica social la implantaríamos con una placa superior con sujeción a expensas de resortes en omega o corbatas simples de alambre, y abrazadera vestibular que se iría tensando a medida que se fuera desgastando la placa en el punto donde contacta con la cara lingual de los dos incisivos. Con ello conseguiríamos llevar a cabo la rotación de los dos incisivos. Una vez conseguido nuestro objeto haríamos usar al enfermo, durante un año, como mínimo, el aparato durante la noche.