

EL FACTOR EDAD EN LA TERAPEUTICA ORTODONCICA

por el

DR. PEDRO PLANAS CASANOVA

*Jefe de los Servicios de Profilaxis y Ortodoncia de
la Excma. Diputación de Madrid*

A través de los años que llevamos ejerciendo esta especialidad, del intercambio con los compañeros, tanto españoles como extranjeros, y de lo que nos llega a través de las revistas, hemos visto cuan equivocado está el concepto de *edad*, con relación a los tratamientos de Ortodoncia.

Es innúmera la cantidad de enfermos que acuden a nuestra consulta reclamando nuestros servicios, y, al preguntarles el motivo por el cual no iniciaron antes el tratamiento, nos han contestado que, habiendo consultado antes con otros compañeros, les indicaron hacer el tratamiento pasados los diez o doce años, en el mejor de los casos.

Nos preguntamos: ¿Qué clase de Medicina es ésta? ¿En dónde se ha esperado no quitar una lesión hasta que ésta adquiriera su máximo desarrollo, y para hacerlo después con terapéuticas violentas, nunca perfectas; lesión que se ha dejado llegar a su término, con todas sus consecuencias?

De la misma manera esto es tan absurdo y poco científico como lo sería diagnosticar una caries superficial y no tratarla hasta que hubiese degenerado en cuarto grado.

Esta rutina tenía su explicación cuando sólo se disponía para diagnosticar, como único método, de la clasificación de Angle; pero ésta ha dejado ya de ser un método de diagnóstico, para pasar a ser una lista de síntomas, de los muchos que, conjuntamente, se nos proporcionan en el protocolo de un diagnóstico.

Cuando diagnosticamos por Angle, naturalmente que sólo podíamos hacer el diagnóstico a partir de los diez o doce años de edad; edad en que está toda la dentición permanente eruptada, así como sólo en este estado nos era permitido actuar con medidas terapéuticas.

Pero hoy que diagnosticamos ciertas anomalías en el recién nacido, otras en la primera dentición y otras, las menos, en la segunda—atendiendo a que se han diagnosticado anteriormente—, no cabe ya aquella rutina.

El que se quiera disculpar de que, cuando estudió su carrera, estos no eran los conceptos que entonces privaban, le contestaré que tampoco los mejores médicos de nuestros días estudiaron en su farmacología y terapéutica ni la penicilina ni la estreptomicina, y, sin embargo, todos se han puesto al día, y desgraciado de aquel que no lo haya hecho.

Porque, desgraciadamente, entre nosotros se está haciendo o intentando hacer mucha Ortodoncia por los métodos de hace veinte años, y que los modernos libros de esta materia ya empiezan a mencionar en el capítulo de historia.

Alguno de vosotros me contestará que en el fondo no es la Ortodoncia lo que más interesa, y que bastante tiene con lo poco que sabe; a lo cual voy a contestar:

Lo que ningún odontólogo debería desconocer es el diagnóstico precoz de una anomalía en la mejor edad, que es de los tres a los seis años. De lo que sí está disculpado es de saber hacer un diagnóstico tardío y mucho más de aplicarle la terapéutica, y se da la paradoja contraria de que el diagnóstico precoz casi nadie lo sabe hacer, y en cambio el tratamiento maduro todos creemos dominarlo a la perfección. Esto es lo mismo que querer empezar la casa por el tejado.

El concepto de profilaxis está aún más equivocado, pues se considera como profilaxis el hacer una expansión a los seis años, caso no hayan salido los diastemas a la primera dentición, el cortar un frenillo, el mantener un espacio de diente perdido precozmente, y ya en algún caso cortar las cúspides de los caninos de leche para evitar una progenie. Para nosotros esta terapéutica y no profilaxis, lo máximo podrá ser una terapéutica precoz.

Después de los trabajos del gran maestro de todos y padre de la Ortodoncia, doctor Angle, que fué el primero que dió categoría científica a la Ortodoncia, en realidad sólo se continuó estudiando sobre morfología mecánica y oclusión.

Después, con los trabajos de Simón, Schwarz, De Coster, Andresen, Korchaus, etc., se empezó a estudiar las malposiciones dentarias como consecuencia de anomalías máxilo faciales y alveolares. Labor de antropólogos, anatomistas, morfologistas, etc., que dió como resultado el crear planos de orientación en el espacio tridimensional, índices, retículas, gnatostatos.

No obstante esto, peca aún para nosotros de ser demasiado está-

tico y no estar en función somática del individuo, de su crecimiento, adaptación funcional, plasticidad y reacciones.

La consecuencia de esta evolución es el poder apreciar cada día más la categoría de los más prestigiosos ortodoncistas del mundo, como ocurre en cualquier otra ciencia, que cuanto más profundizamos más vemos lo ignorantes que estamos en la materia, y así vemos que día a día estos autores empiezan a perder la vergüenza de publicar los fracasos de sus terapéuticas y recidivas que al final todos vemos.

Chapman ha sido de los primeros en publicarlos.

Compte igualmente, y tuve ocasión de cambiar impresiones con él a este respecto en el último Congreso de París.

Tweed dice que los resultados de sus tratamientos después de diez años le habían demostrado claramente que todavía era incapaz de obtener los resultados que las técnicas y otros autores preconizan.

Empecé, dice, a visitar a mis colegas, conversar con ellos para ver lo que pasaba a través del telón de acero de sus gabinetes. Cuando los he encontrado bastante honestos para poner las cartas boca arriba, encontré que coincidíamos con los mismos inconvenientes.

Todos sabemos colocar dientes en oclusión normal, pero la permanencia en los resultados obtenidos es dudosa y un gran tanto por ciento recidivan en mayor o menor escala.

Con estas conclusiones ha abandonado totalmente las técnicas de Angle, que estuvieron en otros tiempos universalmente admitidas, dadas las recidivas que tenía y lanza sus nuevas técnicas fundamentadas en la invariabilidad del hueso basal máxilo mandibular.

En contraposición con todas estas desilusiones, el doctor Oppenheim, fallecido hace tres años, y a quien debe mucho la Ortodoncia verdaderamente científica (20 noviembre, 45. Los Angeles, California. Trabajó hasta el 37 en Viena), en su última conferencia, dada en Los Angeles el 28 de septiembre y titulada "La aplicación práctica de las fuerzas biológicas en los tratamientos ortodóncicos", insistió como si fuese su testamento a los jóvenes que le escuchaban después de hacer una disertación maravillosa sobre los procesos de reabsorción alveolar de la función de los osteoclastos, que ensayen lo que él no podría ya ver, por viejo (setenta años), que aunque fuese sólo por una vez, tratasen a niños muy jóvenes con aparatos de fuerzas muy delicadas, pero sólo de noche. Pues los osteoclastos necesitaban un reposo total. Que no les importase que se demorase el tratamiento.

Se quejaba y lamentaba que la mayor parte de los ortodoncistas

no tomaban en serio estos problemas biológico-funcionales, y que sólo querían obtener resultados rápidos con fuerzas violentas. También decía que eran más eficientes y de resultados más permanentes las fuerzas suaves e intermitentes, aunque duren mucho más tiempo. Nosotros, en nuestro trabajo de Ortodoncia equilibrada publicado también en el año 45, ya insistíamos en que era mejor perder el tiempo en un tratamiento lento y equilibrado que no en uno rápido y en una retención indefinida.

Con estas teorías coinciden también hoy en día Sandstedt, que fué el primero y a quien reconocen su prioridad Schwarz, Gottlieb y Urban, Ketchman, Brodie, Andressen.

Nosotros estamos de parte de estos últimos, y con sus teorías, que consideramos fundamentales y evidentes, razonamos nuestro punto de vista de indicación de la edad ideal para los diagnósticos y terapéuticas ortodóncicas.

Todos estos autores últimamente citados coinciden en que el período de máximo desarrollo pósterio-anterior de los arcos basales es desde el nacimiento, o mejor los quince días hasta el sexto mes, disminuyendo paulatinamente a medida que crece el individuo.

Es en esta edad y hasta los seis años que se establecen la mayoría de lesiones o actúan las causas perturbadoras en su mayor escala y apogeo, lesiones que se transmitirán en malposiciones dentarias a la segunda dentición visibles en todo su apogeo a los doce años.

Dejando aparte en este momento el período intrauterino, podemos considerar los períodos en que se establecen las anomalías en los individuos, que, posteriormente, se transformarán en malposiciones dentarias más o menos acentuadas en los siguientes:

Profilaxis: vicios, hábitos, trastornos endocrinos, herencia, alimentación, ambiente, etc.

- 1.º Período de terapéutica ortodóncica desde los dos a los seis años.
- 2.º Período de los seis a los doce.
- 3.º De los trece a los veinte.
- 4.º De los veinte a los cuarenta.

El primero es el verdaderamente útil y en el único que, tomado al principio, podemos modificar los arcos basales y adaptar la forma del tubérculo articular en mayor o menor ángulo. En este período podemos corregir los desvíos verticales (levantar articulación). Desvíos sagitales (corregir distoclusiones y progenies) y los transversales.

(expansiones). En el segundo período ya disminuyen las posibilidades de corregir los desvíos verticales y sagitales, siendo posible los transversales, pero con menos probabilidad de ensanchar el hueso basal.

En el tercero hay posibilidad mínima casi nula de levantar articulación, corregir distoclusión, y si es posible, hacer expansión, pero con mucha tenedencia a recidiva.

En el cuarto, totalmente nula la posibilidad de levantar articulación, corregir distoclusión y algo posible expansión, pero posibles ciertos movimientos individuales, siempre que se haya hecho biológicamente.

No extrañará lo que digo del cuarto período, pues todos hemos visto pasar del plano oclusal piezas en edades avanzadas por falta de antagonistas, gresiones y versiones por falta de dientes vecinos, etc.; esto demuestra que ha habido movimientos por causas físicas biológicas que nosotros podemos contrarrestar o modificar.

Lo que vemos es que, en las primeras edades, todo nos es posible conseguir, y, a medida que crece el individuo, se nos van reduciendo las posibilidades del tratamiento.

El factor edad en la terapéutica ortodóncica

		Primer período Ideal	Segundo período	Tercer período	Cuarto período
Intrauterino					
6 meses		3 años	6 años	12 años	20 años 40 años
Profilaxis	Profilaxis v terapéutica precoz	Terapéutica verdadera	Terapéutica complément.	Terapéutica tardía	Pequeñas terapéuticas
Movimientos realizables	Sagitales Transver- sales	Verticales !! Sagitales !! Transver- sales !!	Verticales ? Sagitales ? Transver- sales ?	Verticales ?? Sagitales ?? Transver- sales ??	Verticales NO Sagitales NO Transver- sales

La mayor parte de los tratamientos necesitan corregir los tres desvíos, verticales, sagitales y transversales, es, pues, necesario para conseguir un éxito de verdad, empezar antes de los seis años, pues, si emprendemos este tratamiento, después nos encontramos con dificultades para los desvíos verticales y sagitales. Esta es la causa de la mayor parte de los fracasos de que antes se ha hablado y que hoy empezaban a confesar muchos autores; para solucionarlos se ha acudido siempre a la extracción, que nosotros hemos condenado y seguiremos condenando.

Aparte de estos síntomas, vertical, transversal y sagital, hay una cosa fundamental en Ortodoncia, y que muchas veces, por no decir todas, se pasa por alto, es la adaptación funcional de caras oclusales, con sus inclinaciones de tubérculos, inclinación de cara lingual de incisivos superiores y tubérculo articular. Esto sólo se puede conseguir haciendo el tratamiento en el primer período, o sea el ideal.

La sobremordida de incisivos (overbite) y el deslizamiento ánteroposterior (over-jet) en función del tubérculo articular sólo se consiguen acoplar funcionalmente con una corrección funcional equilibrada en el primer período, evitando la oclusión traumática que se produce con correcciones tardías que son, más que los traumatismos de la corrección misma, las que verdaderamente producen las piorreas posteriores en ciertos grupos de dientes.

En vez de perder el tiempo discutiendo si se debe extraer o no para resolver un caso, hay que divulgar el tratamiento en su debido tiempo, para lo cual hay que empezar a saber hacer un diagnóstico. Podríamos comparar en el caso parecido de que al discutir el problema del tratamiento de la caries, en vez de estudiar la forma de atacarla en su principio y procurar métodos conservadores eficientes antes que llegar a la desvitalización, se discutiera como solución del problema si se deben extraer o no los cuartos grados. Más aún cuando aquel enfermo en edad joven pidió los servicios de Ortodoncia o el consejo o la exploración de la boca en busca de caries incipientes.

Así como los americanos en este punto de las caries han llegado al máximo de profilaxis y prevención, aconsejando los tratamientos fluorados, las extensiones preventivas, los tratamientos conservadores de pulpa, etc., lo cual es el ideal al que debe llegar este problema, y el tratamiento radicular se trata siempre como dudoso de éxito y como último recurso. No les ocurre lo mismo aún con la Ortodoncia, sino que emplean la terapéutica que nosotros consideramos de último recurso y dudosas como la solución del problema, y no lo presentan como nosotros, que opinamos que la solución del problema está hasta los seis años.

Y me permito hacer la crítica al gran maestro, doctor Tweed, pues sus opiniones son dignas de toda la consideración, por ser en el momento actual una de las figuras más destacadas y que más privan en América.

Carlos Tweed define la Ortodoncia como "una rama de la Medi-

cina que tiene por objeto la prevención y corrección de las maloclusiones de los dientes”.

Y divide los tratamientos en dos clases: Primarios, que tienen por objeto guiar el proceso de desarrollo de crecimiento y desarrollo de la dentadura de los niños de lo anormal a lo normal.

Secundarios o adultos, que tienen por objeto mejorar las anomalías de oclusión y el contorno facial.

Tratamientos, primario, que se hace en el período hasta los dieciséis años, y secundario, cuando ha pasado el período de crecimiento y desarrollo.

Vemos que para él, la cosa precoz es hasta los dieciséis años de edad, que para nosotros es imposible conseguir nada eficiente, y todos ellos lo confiesen en sus fracasos, lo que ocurre es que, basándose en su fundamento, al cual damos la razón de invariabilidad del hueso basal, pero desde los cinco o seis años, por esto nosotros podemos conseguir lo que él consigue extrayendo piezas dentarias más tardíamente, con gran perjuicio del enfermo.

También parte de estos errores están influenciados por los métodos terapéuticos que emplean, los cuales no pueden ser aplicados a los cuatro, ni cinco, ni seis años, sino sólo y, en general, a partir de los doce, edad en que la lesión está totalmente establecida.

Los métodos que se deben emplear para estos tratamientos de Ortodoncia son con aparatos removibles, pues, coincidiendo con Oppenheim, sólo con fuerzas suaves e intermitentes conseguiremos estímulo biológico y funcional, sin el menor traumatismo ni el menor trastorno funcional masticatorio, lo cual lo corrobora el que estos enfermos, sometidos a estos tratamientos con este tipo de aparatos, no se quejan nunca de molestias, ni la más mínima, ni aparecen nunca ningún diente movilizado por relajación del ligamento. No ocurre esto con la técnica, por ejemplo, del doctor Tweed y demás americanos en general, pues, aparte de mi experiencia personal que me ha confirmado el traumatismo que estos métodos producen, por si hubiese sido incompetencia mía, transcribiré un párrafo de una parte del tratamiento descrito por el propio doctor Tweed, dice así:

“Se colocan bandas con brackest en todas las piezas, y un arco de cuatro décimas bien contorneado, y se despide al enfermo hasta diez o quince días, hasta que el paciente se haya repuesto de las molestias ocasionadas por los movimientos”, y para terminar y dar nuestra opinión sobre las posibilidades de modificar el arco basal, diremos

que creemos en ella, y la experiencia nos lo demuestra que es posible ensancharlo en función inversa a la edad, y como máximo o casi máximo hasta los seis años, lo que se consigue más tardíamente en expansión alveolar, pero lo que podemos conseguir bastante bien hasta los doce es aumentarlo ánteroposteriormente, distalando en general. Pues las recidivas de expansión son frecuentes, y en cambio pocas hemos tenido por distalación de los procesos laterales, lo cual tiene su explicación, dados los puntos de osificación maxilo mandibular.

RESUMIENDO:

El ideal de la Ortodoncia y lo que debemos entender por el capítulo de Ortodoncia son los tratamientos realizados con aparatos removibles y de los tres a los seis años como período fundamental, y de los seis a los doce como período de vigilancia adicional.

Esto no impide que nos veamos muchas veces obligados a tratar casos de edades más avanzadas, pero siempre con dificultad y éxito dudoso y muy recidivantes. De la misma manera que siempre tendremos que vernos obligados a tratar terceros y cuartos grados e incluso extraerlos, pero siempre con éxito dudoso, y no es esta terapéutica la que debemos incluir en el capítulo de la caries propiamente dicha.

La revolución creada por Tweed en América con sus maravillosos trabajos y sus métodos terapéuticos (muy tardíos para nosotros) ha motivado lo que ellos llaman la "Nueva Filosofía Ortodóncica".

Nosotros, aunque dada nuestra modestia, la poca capacidad de divulgación de nuestras revistas y la poca capacidad económica comparados con ellos, nos atrevemos a enfrentarnos con la cabeza muy alta y discutirles en cualquier terreno científicamente nuestra verdadera "Filosofía Ortodóncica", que dista muchísimo de la de ellos.

Y esta filosofía no consiste en maravillosos aparatos, alarde de la técnica americana, ni en las extracciones, vergüenza de la especialidad. Consiste en un estudio e investigación de la etiología y génesis patológicas que, en último término, conducen a una malposición dentaria y mal desarrollo maxilar, dando la indicación precisa en que cada una de ellas debe y puede ser tratada con medios biológicos, clínicos, funcionales y naturalmente lo menos mecánicos posibles. (Per "Ort. Clín." V. núm. 9, 1954, 54.)