

EL ORTODONCISTA EN EL PROBLEMA DE LA FISURA DEL PALADAR

por el

DR. H. K. COOPER, D. D. S.

En la pretensión de tratar propiamente el tema, es lo más esencial ponerse de acuerdo en la clasificación en que debe incluirse el enfermo con fisura palatina. Antes de que el ortodoncista, u otro cualquier especialista afín, pueda asumir una responsabilidad, resulta necesario llegar a alguna conclusión respecto a dicha responsabilidad. Actualmente, el problema de esta orientación está en un momento de ensayo o de confusión, tras lo cual la solución aparecerá simplificada y nuestros problemas individuales resueltos.

En 1840, al ser fundado el primer colegio dental, separando los estudiantes dentales de los de Medicina, coincidió con algunos hechos de los que nunca pudo soñarse pudieran suceder. Me refiero, específicamente, al lugar que la Odontología ocupa en el campo de la sanidad pública y su posición en relación con estos problemas. Estos resultados culminaron en la amplia independencia alcanzada por la Odontología. Durante muchos años, la importancia y la necesidad de una buena dentistería fueron factores olvidados en los problemas de salubridad pública. Solamente tiene uno que escoger las estadísticas recopiladas de la última guerra para darse cuenta de lo devastadora que ha sido esta separación y cuánto fué olvidada la parte importante que ocupa la Odontología. Cuando uno considera la situación dental general se perciben los problemas, que, como sólo en el Ejército, fueron necesarios, aproximadamente, unos 3.000.000 de dentaduras para jóvenes soldados—¡la crema de la juventud americana!—, aquellos que sólo ayer eran nuestros párvulos o colegiales; uno aprecia, repetimos, el hecho significativo de la negligencia en que se ha tenido a la Odontología, con la responsabilidad para los que dictan la organización de nuestra sanidad pública.

Actualmente, las clínicas establecidas en los Estados Unidos para la ayuda de cualquiera de las desheredades de la fortuna muestran una

resultante, después de nuestra última guerra, muy pobre en los problemas dentales, completamente desproporcionada a la magnitud de las necesidades. De igual manera, en el campo de la Ortodoncia, esta separación del pensamiento médico y el ortodóncico ha producido una situación lamentable, preludio de que nuestros problemas seguían siendo obstruidos en sus soluciones, exigencia de la salud pública.

¿Qué es la Ortodoncia? ¿No se trata, quizás, de una especialidad de la Ortopedia dentofacial? Si no fuera así, no se incluiría a los niños necesitados en los servicios de Ortodoncia. ¿O es que han de ser abandonados estos niños necesitados de asistencia? Hasta tanto que se encuentre la propia orientación, nada puede ser hecho para atribuir a unos y otros la responsabilidad. En un trabajo publicado decía lo siguiente: "El tiempo pasa, y cada vez somos más frecuentemente impresionados de que, pese a que la Ortodoncia y la Ortopedia están más estrechamente relacionadas, todavía, en la aplicación práctica del tratamiento de las deformidades, los ortodoncistas y los ortopedistas están completamente separados. ¿Por qué no puede ser el tratamiento de las deformidades faciales llevado a cabo como cualquier otra especialidad ortopédica?"

Pretendiendo una solución para el problema planteado por estas necesidades, continuaba así:

"Para atender debidamente estas deformidades desde el punto de vista científico se exige al odontólogo una competencia del mismo orden que la del ortopedista. Cuando consideramos un caso difícil, de enfermo con fisura palatal, tenemos frente a nosotros una deformidad cuya tarea representa grave responsabilidad; el éxito solamente puede acompañarnos cuando proporcionemos la debida asistencia. La adecuada competencia profesional será: para el odontólogo, la debida preparación de cirugía oral; para el dentista, que desarrolle una correcta dentistería en sus pacientes; para el ortodoncista, la experiencia; para el protodoncista, dedicarse especialmente a este departamento; etc., sin olvidar al lingüista y, finalmente, al psicologista. Este grupo, trabajando conjuntamente en el departamento de Ortopedia, resultaría de gran éxito en los tratamientos."

Esto no es una argumentación para la socialización de la Medicina, más de lo que ya representa en los tratamientos ortopédicos. Pero es un llamamiento hacia la visión que debe guiarnos en el futuro, y, como prueba de ello, las fundaciones, lo mismo estatales que privadas, que atienden estos tratamientos de deformidades en gene-

ral, asisten, asimismo, las de tipo de deformidades faciales; y en tal eventualidad, nuestras deformidades faciales merecen las mismas consideraciones y ser tratadas sobre las mismas bases médicas que aquéllas.

Siempre ha sido difícil comprender por qué oímos continuamente el que no existan fundaciones u organizaciones para tratar independientemente las deformaciones faciales. Evidentemente que tampoco existen fundaciones para tratamientos exclusivamente de los brazos o de las piernas. Parece extraño que en unas deformidades cuyo tratamiento requieren la asistencia del ortodoncista, deba partir ésta de una fundación particular o especial para este propósito, y, efectivamente, rara vez esto resulta provechoso. Esto es, para mí, la conclusión más significativa de aquella determinación de 1840, cuando fueron separados los estudios de las disciplinas universitarias dentales y médicas.

Ilustremos este criterio. Veamos un enfermo con poliomielitis anterior. Esta enfermedad es, en realidad, del sistema nervioso; la vamos a considerar en un enfermo afectado, por su consecuencia, en la pierna izquierda. La pierna ha resultado deformada, dando lugar a un "niño deforme".

Consideremos ahora una anquilosis precoz témporomandibular. De acuerdo con Thoma y otros autores, sabemos que el desarrollo de la mandíbula está influído por la función muscular mucho más que el maxilar. Ha sido demostrado que el desarrollo del maxilar superior está influído por la presión atmosférica, mientras que en la mandíbula la función muscular es el mayor factor en su desarrollo.

Pero en ambos casos, el hecho fundamental, el criterio para calificar los enfermos y las causas de la deformidad, es el mismo.

Si en el primer caso consideramos al infante, con su pierna atrofiada por la infección poliomielítica, como "niño deforme", ¿cómo podemos calificar al niño en el segundo caso, con la atrofia casi total de la mandíbula, sino también como "niño deforme"? En los Estados Unidos existen instituciones que atienden las atrofias del primero, pero no existen otras que consideren las del segundo. Los mismos textos que refieren las deformidades óseas hacen abstracción de las de los huesos maxilares. ¿Cuándo, pues, un "niño deforme" no es considerado como tal? La respuesta parece inminente: cuando su deformidad esté localizada más arriba de su cuello.

Angle, en 1900, definió la Ortodoncia como una ciencia que tenía por objeto la prevención y corrección de las maloclusiones de los dientes. Más tarde, Strang afirmó: "Ningún ortodoncista puede practicar

su profesión de una manera eficiente e inteligente sin haber comprendido la verdadera magnitud de su significado... Su campo no está limitado por medio alguno, sino que alcanza a la anatomía total de la cabeza, cuello y tórax." Salzmann, en su reciente libro, dice: "La Ortodoncia comprende la ciencia y el arte de vigilar el desarrollo y las posibles anomalías de los dientes y maxilares... La Ortodoncia se basa en la antropología, antropometría, filogenética, biometría, gnathostática, endocrinología, pediatría, dietética, clínica médica y dentistería, es decir, en toda la biología médica y la ciencia dental." La Ortodoncia es así llamada *ortopedia dentofacial*, y hasta tanto no lleguemos a alguna conclusión respecto a su posición en cuanto a lo que pueda representar en la salud del individuo, es difícil señalar su propio programa, la responsabilidad que el ortodoncista deba asumir.

Esta responsabilidad es, sin embargo, un hecho. Los textos afirman de manera terminante esta responsabilidad, pero coordinada de manera tan pobre que descorazona a la mayor parte de los ortodoncistas calificados, que sienten que sus resultados no son compensadores del esfuerzo realizado. El ortodoncista, como ortopédico dental, ejercitado en el estudio de las ciencias biológicas y aplicando una técnica, está capacitado para realizar estos tratamientos. Nosotros hemos observado que si en un hospital ortopédico el director es un ortopedista, día llegará en que en ese mismo hospital esté su sección dental dirigida por un ortodoncista. Y aunque en la actualidad es ésta una posición ideal, el futuro de la Odontología, como profesión, depende del programa de sus especialidades y de sus especialistas, más que de la categoría de sus técnicos.

Si el ortodoncista ha de estudiar el crecimiento y desarrollo de la cara y maxilares y las funciones correspondientes a estas estructuras, indudablemente que la responsabilidad del ortodoncista es extremadamente grande. El ortodoncista del futuro, en virtud de estas disciplinas, habrá de asumir mayor responsabilidad todavía, si es que ha de cumplir su deber y mantenerse a la altura digna de tales materias. Muchos casos habrían de mejorar grandemente si esto que hoy pretendemos lo hubiéramos conseguido hace unos años.

Al considerar el establecimiento de clínicas organizadas para el tratamiento de las fisuras de paladar, parece lógico suponer que habrían de ser incluídas entre aquellas de deformidades faciales. Todas las deformidades de la cara y de los dientes, presenten o no un problema psicológico o alteraciones de la palabra, deberían ser conside-

radas como de igual importancia a las fisuras de paladar. Consideremos, por ejemplo, un enfermo con fisura de paladar, con trastornos de la palabra y el problema psicológico correspondiente; consideremos también un caso extremo de distoclusión deformante, con trastornos también de la palabra y su problema psicológico asimismo. ¿Cómo podrían separarse en una clínica estos dos muchachos, en cuanto a su problema clínico, al menos?

Este problema lo tenemos constantemente. ¿Por qué razón, si no, se nos presenta un paciente con fisura de paladar y lo aceptamos, y rehusamos otro con deformidad, por disto o mesioclusión, con alteraciones de la palabra y psicológicas?

Hace seis años me fué enviado un niño que sufría de ausencia parcial de la lengua. Le estuvimos observando durante años, hasta estas fechas. Hoy su lengua se ha desarrollado, pero no lo suficiente para determinar el normal desarrollo de la mandíbula. La palabra, en fin, estaba ahora también influída por esta circunstancia, en menor grado, lógicamente.

Otro caso raro que nos fué, asimismo, enviado era el de un enfermo con fisura de paladar, asociado a labio leporino y anodoncia. Esta deformidad era terrible y era peor cada día en el desarrollo del niño. Espero un día informar sobre este caso. Es suficiente, pues, insistir en que constantemente no están llegando casos solicitando el tratamiento de este tipo de deformidades faciales. Debemos, pues, resolver estos problemas.

Clínicamente representa un inconveniente el retraso con que estos enfermos se nos presentan para un tratamiento, que muchas veces ha de hacerse en momento crítico. Muy a menudo la intervención quirúrgica es sólo mediocre, como realizada por cirujanos especialistas en abdomen. En consecuencia, el ortodoncista no puede conseguir una expresión facial aceptable, ante un labio torpemente intervenido. Debemos, pues, colaborar el cirujano con el ortodoncista, ya que sabemos que la acción muscular es un gran complemento para obtener resultados permanentes. No quiero aquí referirme a los cirujanos con sentido estético, sino a los de tipo general, que se hayan visto obligados a intervenir y no existiendo otra oportunidad en la comarca.

Grace, en un estudio estadístico, afirma que el 1 de cada 800 nacimientos sufren de fisura palatina, y como un alto porcentaje lo es en las clases modestas, resulta que ha de ser el propio cirujano general el que haya de intervenir en la mayor parte de estos casos. También

el ortodoncista se ve en situación desventajosa en el tratamiento de las fisuras de paladar, por la razón, ya apuntada, de llegar a él tarde estos enfermos.

Aun no siendo en muchas clínicas inconveniente la prestación de un tratamiento ideal, el elemento tiempo representa un problema. La fisura de paladar exige un estudio profundo, que muchas veces significa una duración de tratamiento ortodóncico de uno, dos o tres años, cuando la solución *total* del problema exige una atención y acción inmediatas. Este momento es el que debe ser determinado por el ortodoncista. Un tratamiento abreviado puede ser realizado dentro de la dentistería, con coronas a las que se pueda sujetar un aparato protésico, de manera que las alteraciones de la palabra queden total o parcialmente resueltas.

Operados, pues, estos enfermos en la edad apropiada, han de ser vigilados constantemente y periódicamente, de forma que se les preste el necesario tratamiento de sus dientes de leche y se establezca oportunamente el ortodóncico necesario, capacitándole así para una función lo más perfecta posible. Diariamente vemos en nuestras clínicas casos de este tipo, en los que la intervención del ortodoncista es de capital importancia y en los que el tratamiento ha dado provechosos resultados en un tiempo verdaderamente corto.

Hay casos en los que los dientes anteriores superiores existen en gran linguoversión. Esto es interesante traerlos a la oclusión normal, restaurando la expresión facial y la pronunciación del lenguaje. Aquí hemos de dar una voz de alerta, en aquellos casos—como los presentados—en los que un diente se encuentra tan próximo a la fisura, que nosotros los hemos extraído, pues dificultaban la retención de la prótesis. A esta conclusión hemos llegado después de muchas observaciones en los pasados años, problema que lo consideramos concerniente, únicamente, al diente y no a la propia personalidad del enfermo, como es el caso.

Hay otro tipo de casos, como el de amplia reducción del arco por deformación maxilar, en los cuales, además, la mandíbula tiene todos sus dientes (y no así el maxilar), por lo que pudiera conseguirse una armonía en el tamaño de ambos maxilares con la avulsión de premolares en la mandíbula; con la deformidad que estas avulsiones puedan causar, quizás consigamos una ilusión óptica por mayor equilibrio facial.

En el enfermo más adulto no consideramos más factible el tratamiento ortodóncico, pues ello podría suponer no sólo un fracaso para no conseguir nada, sino la correspondiente pérdida de tiempo. Hemos de considerar que trabajamos con seres humanos, a los que debemos educar en cuanto a los posibles resultados, y aproximarlos a los mejor soñados.

Para terminar recordaremos las palabras de Gies: "El que la dentistería se considere como una rama de la Medicina o no, no es momento ahora de determinarlo, pero es indudable que supone una parte de la salud del pueblo tan importante como otra cualquiera de las ramas de la Medicina; esto es un hecho real". Quizá no hayamos aportado pruebas demasiado concluyentes para testimoniar la necesidad de demostrarlo con nuestra actuación y conducta, para insistir en esta necesidad de colaboración de todas las especialidades médicas. Si persistimos en creer que la dentistería es una especialidad separada de su tronco médico, corremos el riesgo de perder la exacta visión de la salud pública (per "Oral Surg.", 675, 46).

Tratamiento del alcoholismo

El alcoholismo es un problema médico. El estado alcohólico agudo presenta problemas fisiológicos y psicológicos peculiares; el uso de esteroides suprarrenales ha hecho mucho más fácil el tratamiento de esta fase, habiendo cambiado radicalmente la perspectiva de la intoxicación alcohólica aguda con la introducción de extractos acuosos de suprarrenales y del ACTH, que da lugar a un rápido alivio de la intoxicación aguda, notable disminución de los síntomas del estado postalcohólico inmediato y acortamiento del período de estos síntomas. La dosis de extracto cortical acuoso es de 20 a 60 centímetros cúbicos, añadidos a 1.000 de glucosa y cloruro sódico. Para el ACTH es de 25 m., dados en la misma forma, gota a gota, durante un tiempo de seis a ocho horas, que puede repetirse diariamente durante algunos días.

Los recientes avances terapéuticos han facilitado al médico el éxito en estos enfermos. El antabus parece ser el más importante en el tratamiento prolongado del alcoholismo. La forma de administración es de una sola tableta de 0,5 g. al día durante un período de tiempo indefinido. Dosis mayores no son recomendables.

Los antihistamínicos constituyen un antídoto específico de la reacción alcohol-antabus, pudiendo controlarse hasta un grado muy avanzado las reacciones graves o peligrosas.

La psicoterapia del alcoholismo debe llevarse a cabo por un médico agradable y simpático. (per "J. A. M. A.", 153, 895; 7-XI-1953.)