

EXPANSION Y EXTRACCION

COMENTARIO A PROPOSITO DE UN TRABAJO DEL DR. PLANAS CASANOVAS

por el

DR. ALBERTO BONILLA

Consuela a los modestos prácticos que somos el comprobar que también los especialistas eminentes sufren algunos fracasos, tanto como conforta la sencillez y honestidad con que los confiesen en su digno empeño de hallar por el estudio y la reflexión la forma de evitarlos.

Es lo que hace el prestigioso doctor Pedro Planas Casanovas en su trabajo: «La recidiva de la expansión, cómo evitarla». Y mientras seguíamos esa interesante exposición, no pudimos menos que recordar la muy semejante situación espiritual por la que atravesó el doctor Tweed hace alrededor de veinte años: la preocupación por los resultados insatisfactorios obtenidos con las técnicas en uso y las recidivas que eran su frecuente corolario. Y si bien las conclusiones de ambos investigadores son prácticamente antagónicas, ellos merecen por su tesón y sinceridad el cordial agradecimiento de los que practicamos la Ortodoncia y no tenemos el tiempo, la oportunidad ni, sobre todo, el talento para imitarlos.

Pero sí consideramos lícito, y casi diríamos un deber, exponer en algún comentario como éste nuestras modestas opiniones y las dudas y perplejidades que nos acosan, con la esperanza de aclarar algo o de obtener que alguien más capacitado lo haga con la misma buena voluntad que nos anima.

EXPANSIÓN Y CRECIMIENTO

Refiere el doctor Planas que en su práctica ha comprobado la frecuente recidiva en casos de niños de doce o más años. No así en pacientes tratados en el primero o segundo período (antes de los seis a los doce años, respectivamente).

Es una posición que creo comparten muchos de los especialistas de la actualidad. En los niños tratados en el primero y segundo período, ya sea que se aproveche el crecimiento y desarrollo normales favoreciéndolo-

los con la aparatología o bien que ésta realmente estimule y acreciente dicho desarrollo, la expansión lograda tiene muchas probabilidades de ser estable. En cambio, los pacientes de más de doce años sometidos a grandes expansiones, no reciben mucho beneficio, puesto que la posición dentaria adquirida es efímera, y la recidiva sobreviene prácticamente al cesar la acción de los retensores. El doctor Planas opta entonces por el procedimiento distalatorio para lograr los espacios destinados a ubicar las piezas dentarias.

Hemos de confesar a fuer de sinceros, que las esperanzas que el título del trabajo del doctor Planas nos hizo concebir se desvanecieron en gran parte al leerlo, puesto que el remedio que propone para evitar la recidiva de la expansión en los casos en que ella es de temer consiste simplemente en «no hacer expansión».

En nuestro entender, hace ya tiempo que los ortodoncistas de nuestro país han perdido la ilusión que la facilidad y aparente eficacia de la expansión pudo hacerles concebir. En trabajo recientemente publicado decíamos que la expansión (que con frecuencia queda reducida al mero ensanche) debería ser prudentemente limitada por las dimensiones del hueso basal. Fuera de este límite ya estaríamos haciendo lo que denominamos «sobreexpansión», destinada a ser derrotada en breve plazo por la recidiva.

Nos referíamos, claro está, a pacientes de doce o más años y añadíamos que la aparatología funcional o semifuncional, al poner en acción otra clase de estímulos que la generada por los aparatos fijos, podría producir también una diferente respuesta del hueso de los maxilares y aumentar la dimensión efectiva de las basilares. Aparentemente, el doctor Planas, pese a su reconocida pericia, no ha logrado este resultado, puesto que la explicación más lógica de sus fracasos es el no haber obtenido un crecimiento suficiente del hueso basal para hacer estables las posiciones dentarias logradas. Vale decir que éstas fueron conseguidas a expensas del hueso alveolar, y al cesar la retención (ateniéndonos siempre a los informes del autor), los factores adversos, que seguían en plena vigencia, volvieron las cosas a su lugar de partida. Este último fenómeno reemplazaría entonces a la expresión «energía recidivante acumulada», que no es, en nuestra opinión, más que una frase mientras no se le dé una explicación lógica.

Como se ve, el problema del crecimiento óseo se presenta en cada encrucijada de la Ortodoncia como una inoportuna incógnita todavía sin la definitiva interpretación.

Personalmente estamos de acuerdo con el doctor Planas en las posibilidades de la expansión estable de edad temprana por razones ya suficientemente conocidas. No somos, por otra parte, de los que creen que a determinado punto y hora el crecimiento de las basilares cesa en forma definitiva e inexorable. Pero no es la posibilidad o probabilidad de ese crecimiento la clave del problema, sino el «cuánto». Reducido el tratamiento correctivo en determinado momento a un problema de continente y contenido, éste (las piezas dentarias) es de magnitud inmodificable. ¿En qué medida podemos adecuar una dimensión a la otra? ¿De cuánto espacio dispondremos? Probar que en los pacientes mayores ese crecimiento complementario (si se nos permite llamarlo así) del hueso basal puede lograrse en algunos casos, no es lo mismo que demostrar que sea suficiente en la mayoría de los casos.

Todos los adversarios de la extracción en ortodoncia repiten con encomiable exactitud la frase de Brodie: «No creo que sea un procedimiento sensato eliminar 13 ó 14 milímetros de sustancia dentaria, en un esfuerzo por ganar dos milímetros.» De acuerdo, pero también sería interesante conocer la opinión del mismo investigador cuando esté esforzándose por ganar un espacio de diez o más milímetros. Hasta ahora no nos podemos convencer de que sea posible hacer crecer el hueso indefinidamente y a gusto y paladar del operador, sea cual fuere el método que se emplee.

DESTILAMIENTO Y ESTÍMULO DE CRECIMIENTO

Decíamos, pues, que el doctor Planas prefiere ahora el procedimiento distalatorio no sólo porque de esa manera evita el ensanche en los casos ya mencionados, sino también porque así lleva el estímulo de crecimiento óseo hacia los puntos donde éste todavía persiste: en esa forma logra la ubicación de las piezas dentarias por «alargamiento» de las arcadas.

Es indiscutible que distalar parece a primera vista más racional que ensanchar. Creemos, sin embargo, que es más racional sólo en los casos que el diagnóstico genético demuestre que la anomalía proviene de un mesialamiento de los molares. En los casos contrarios no deja de ser un proceso algo artificioso que se hace más notorio a medida que aleja dichas piezas dentarias del lugar que las referencias craneométricas indican como normal y que, por otra parte, en nada contribuye al desarrollo del segmento anterior, que es donde sería menester.

De todos modos, nos es difícil comprender cómo se puede llevar estímulo de crecimiento a la protuberancia maxilar y el ángulo mandibular si, como lo dice textualmente el autor, procede «a la extracción sistemática de los cordales a veces antes de su erupción en un tanto por ciento elevado de los casos», y es precisamente es espacio «en donde se ubican los segundos molares».

En cuanto a las dificultades del distalamiento, creo que todos los ortodoncistas de nuestro medio están contestes en que son serias, ya se emplee fuerza intra o extraoral y en lo que respecta a la recidiva, que no es tan infrecuente. Sin duda, la aparatología empleada por el doctor Planas, poco en uso hasta ahora entre nosotros, habrá solucionado muchos inconvenientes.

EL PROBLEMA DE LAS EXTRACCIONES

Hemos de detenemos algo para comentar la opinión del autor cuando, al hablar del tratamiento extraccionista, dice que «es una solución cómoda pero no científica, ni biológica, ni funcional...» Nos parece un juicio un tanto apresurado e intentaremos (si nuestra limitada información lo permite) demostrarlo así.

En toda anomalía instalada por algún tiempo es dado observar que se ha producido una adaptación natural o espontánea. Es decir, que han ocurrido en el sujeto ciertas modificaciones morfológicas destinadas a mitigar las perturbaciones fisiológicas que dicha anomalía causó. ¿Puede convenir respetar en el planeo del tratamiento gran parte de esas modificaciones que la naturaleza ha afincado en el sujeto, produciendo lo que llamaremos «normalidad individual adquirida»? Con esa precaución nos parece que tendremos más probabilidades de estabilidad que intentando grandes movimientos dentarios en un afán por llevar al paciente a la normalidad específica.

Si imaginamos un sujeto con agnesia de los cuatro primeros premolares, podemos suponer que después de los doce años de edad sus arcadas se habrán conformado de acuerdo a la «normalidad individual adquirida». Habrá habido, pues, mesialamiento de los segundos premolares y de los primeros y segundos molares. Los dichos premolares han establecido contacto proximal con los caninos, y el engranamiento dentario será aceptablemente correcto. A ningún práctico se le ocurriría distalar cuatro premolares y ocho molares (o doce, si contamos los cordales en formación), vale decir, mover 16 piezas dentarias para hacer el espacio destinado a cuatro premolares protéticos...

Muchos casos en que se recurre a extracciones presentan semejanza con el ejemplo anterior. La eliminación de los primeros premolares suministra el espacio para resolver el apiñamiento o la protrusión del segmento anterior. Terminado el tratamiento, se comprueba que se ha conservado casi exactamente la posición que las fuerzas naturales habían adjudicado a los premolares y a «todos» los molares restantes, y la solución puede considerarse suficientemente correcta desde el punto de vista funcional y estético.

Resumamos, pues, las ventajas que a nuestro criterio pueden inclinar al ortodoncista hacia el procedimiento extraccionista, en ciertos casos:

1. Trabajar sobre un número menor de piezas dentarias y que ofrecen menos dificultades para ser movilizadas.
2. Respetar la normalidad individual adquirida y con ella «las líneas de fuerza craneales, con todas sus estructuraciones previamente osificadas, con su adaptación funcional», como bien dice el doctor Planas, y que si se modifican «es a base de un acúmulo de energía recidivante que acaba por deshacer lo conseguido».
3. Habremos sacrificado dos o cuatro premolares, pero salvado casi siempre los cuatro cordales que quizá contribuyan a solucionar un futuro problema protético.

Creemos, de todas maneras que se podrá discutir, como es natural, el acierto o el error de los conceptos que dan base a las técnicas extraccionistas, pero no calificarlas lisa y llanamente de «anticientíficas». Hay muy serios trabajos de investigación que las cimentan y, por otro lado, muchos años de experiencia clínica que desautorizan los pronósticos pesimistas que han suscitado en todo tiempo los tratamientos extraccionistas. También creemos que éstos pueden considerarse «funcionales» en cuanto buscan y logran restaurar un fisiologismo lo más próximo a lo normal.

¿CUÁNTOS TRATAMIENTOS SON CONSERVADORES?

Es casi seguro que en la evolución de las tendencias terapéuticas ortodóncicas en cualquier medio, antes de llegar a un procedimiento tan drástico como la extracción se ha pasado sucesivamente por el ensanche y el distalamiento. El empleo exagerado de cada uno de ellos trae decepciones y éstas llevan a la extracción; pero también el uso indiscriminado de este último recurso se paga con fracasos. Hemos de concluir entonces que cada uno de ellos sirve cuando se le aplica debidamente y

la posición sensata del especialista será no rechazar ninguno para aplicarlos todos en la forma y medida que la oportunidad lo exija.

En los Estados Unidos, la exageración extraccionista se ha moderado considerablemente en los últimos años, pero, por otro lado, los más recalcitrantes antiextraccionistas han mudado de parecer.

En Europa, la mayor parte de los especialistas que practican Ortopedia Funcional aceptan también el recurso de la extracción, sobre todo en los pacientes mayores de doce años.

Es sorprendente, pues, que se sigan lanzando duras frases (verdaderos anatemas) contra un proceder que, como veremos más adelante, está prácticamente generalizado. No resistimos a la tentación, no obstante, de reproducir algunos de estos conceptos, tanto más dignos de tenerse en cuenta, cuando más prestigiosos sus autores. El mismo doctor Planas, en alguno de sus trabajos, ha calificado el procedimiento como «vergüenza de la Ortodoncia» (1).

El doctor Clavero Juste, por su parte, declara a los que hacen extracciones incursos en delitos de «lesa sanidad».

La doctora Tacail (2) pide por favor que no le hablen de extracciones («de grace avant d'extraire, retournons a notre diagnostic...»). Transuntan las palabras de la autora una fe inconmovible de que en «todos» los casos, «todos los dientes podrán acomodarse en su respectivo maxilar. Partiendo de esta primera premisa de un verdadero silogismo ortodóncico, es natural que nunca será preciso extraer.

En un esfuerzo comparativo de la armonía y belleza de las arcadas dentarias con respecto a las flores, el doctor Newton de Castro (3) juzga tan antiestético extraer un diente como arrancar un pétalo.

Pero, desde luego, que también los que de tanto en tanto se permiten deshojar la margarita dentaria tienen algo que decir. Por ejemplo, que el procedimiento extraccionista es mucho más frecuente de lo que parece y practicado por muchos que lo niegan.

Creemos, en efecto, que todo tratamiento en el transcurso del cual (o después de terminado) se efectúa una extracción para posibilitar, favorecer o dar estabilidad permanente a la acción correctiva, es un tratamiento extraccionista, cualquiera sea la pieza avulsionada.

(1) *Ortodoncia Clínica*, n.º 4.

(2) «Importancia de la estética en el diagnóstico, el tratamiento y el pronóstico». *La Ortodoncia Francesa*, 1953.

(3) «Evolución de los conceptos de normalidad del órgano bucal en Ortodoncia». *Revista Ortodoncia*, n.º 30.

Porque si, como es natural, todavía seguimos pensando que el número normal de piezas dentarias en el ser humano es 32, toda vez que extraemos una por exigencias del tratamiento, producimos prueba irrefutable de que no hemos podido suministrar espacio para todas. La convicción respecto de esa impotencia es la que mueve a Tweed a extraer preferentemente los premolares; otros ortodoncistas prefieren extraer los terceros molares o alguna otra pieza, pero la razón es la misma.

De todos modos, no tenemos derecho de subestimar al cordal sólo porque sea el último de la fila. Si no trabaja bien es porque no entra en articulación, y si eso ocurre así es porque la falta de espacio le impidió erupcionar correctamente. Es oportuno recordar que esa erupción es el estímulo de las últimas zonas de crecimiento y la causa del modelado final del maxilar y la mandíbula, y que en un tratamiento con avulsiones de premolares se salvan los cordales y con ellos una función tan importante como la señalada.

Desde luego que es más fácil convencer a los padres de nuestro paciente cuando le indicamos la necesidad de extraer los terceros molares, pues éstos están desprestigiados en el consenso público. El odontólogo contribuye a ese «menosprecio» no sólo con su opinión manifestada, sino también con la labor pesimista y displicente (por ende ineficaz) que efectúa casi siempre cuando esa pieza necesita obturación. La muela del juicio es la víctima destinada al sacrificio, la oveja propiciatoria del baño dentario.

No se nos oculta que la avulsión de premolares, por ejemplo, puede traer alguna modificación en el estricto mecanismo de la articulación dentaria normal y de las partes relacionadas. Pero también es evidente que toda crítica antiextraccionista parte del supuesto de que esos tratamientos pueden realizarse o quedan más correctos sin ese recurso, lo cual está todavía por demostrarse.

El problema de si en el paciente casi adulto es posible restituir la normalidad íntegra del órgano bucal o si, por el contrario, hay que conformarse con una normalidad relativa, no tiene, por lo que sabemos, una solución definitiva aún. El mismo Planas se conforma con «un 30, un 40 ó un 70 por 100 de la perfección, pero a condición de que ese tanto por ciento sea eficiente y definitivo».

En las conclusiones del enjundioso trabajo ya citado del doctor Newton de Castro (donde campea un decidido espíritu antiextraccionista), cuando el autor dice: «Obténganse relaciones fisiológicas para el órgano bucal, que automáticamente se conseguirá la anatomía, la estética y la

belleza facial», no parece percibir que precisamente el tratamiento extraccionista es un intento de obtener con algún sacrificio de lo anatómico las mejores condiciones fisiológicas posibles, junto con las estéticas. Y si, como es notorio, el resultado permanece estable, queda probado que algo se ha conseguido en ese sentido.

RESUMEN

1. Conseguir espacio para ubicar piezas dentarias no es, desde luego, toda la Ortodoncia, pero sí una etapa muy importante del proceso correctivo. La expansión ilimitada, propia de los primeros tiempos de la Ortodoncia (y del ortodoncista de todos los tiempos) debe desecharse, porque si bien en algunos casos puede llegar a un alineamiento dentario sin ofensa para la estética, siempre está en pugna con un correcto equilibrio óseodentario. Ello trae la inevitable recidiva, como el doctor Planas lo demuestra en el trabajo que comentamos, refiriéndose a los pacientes mayores de doce años. También nosotros nos referimos exclusivamente a ellos en este Resumen.

2. Cerrada la posibilidad del espacio «a lo ancho» es preciso recurrir al distalamiento, proceso que demuestra casi siempre la impotencia para suministrar espacio a la totalidad de las piezas dentarias. Nos vemos obligados entonces a la eliminación de la última o la penúltima de ellas.

Además, como el espacio se requiere en el segmento anterior, el número de piezas que deben ser movidas y la magnitud de ese movimiento es considerable.

3. La técnica extraccionista prefiere eliminar una pieza intermedia entre el segmento anterior y el posterior; 1.º ó 2.º premolar; con menos frecuencia 2.º molar superior; más raramente: un incisivo inferior. Circunstancia curiosa: los prácticos que extraen las cordales no se consideran extraccionistas.

4. La expansión exagerada puede mantenerse un tiempo considerable, probablemente merced a una larga retención. Pero el doctor De Coster ha dado, a nuestro juicio, la verdadera razón en su magnífico trabajo «La ortopedia dentofacial, factor de morfogénesis» (4), donde también explica cómo al cabo de varios años, a veces, sobreviene la sobrecarga y el desequilibrio ósteodentario, que se manifiesta con las lesiones conocidas.

(4) Revista *Ortodoncia*, n.º 37.

Creemos que estas lesiones se atribuyen muchas veces al tipo de aparatología empleada. Pero no es culpa de ésta, sino del operador que ha llevado las piezas dentarias desde una posición de maloclusión, pero con equilibrio músculoósteodentario, a un alineamiento correcto sin ese requisito.

5. En lo que concierne a la extracción, el doctor Clavero Juste le atribuye consecuencias lesivas, que no significan otra cosa, a su juicio, que la justa venganza de la Naturaleza. A este propósito la compara con el aborto repetido, pero a nuestro parecer la comparación no es pertinente, puesto que el aborto interrumpe o elimina una función normal, mientras que la extracción ortodóncica elimina una parte anatómica para regularizar una función y mejorar la condición estética, proceder del que la cirugía médica nos da sobrados ejemplos.

6. La experiencia de muchos años muestra por el contrario que los casos tratados con extracciones mejoran en su articulación con el transcurso del tiempo y prácticamente no recidivan, lo que demuestra que están en equilibrio músculoosteodentario correcto.

7. Esta técnica, cuya aplicación a las neutroclusiones ha traído la solución más aceptable en la mayoría de los casos, es un recurso más en manos del práctico con espíritu ecléctico. La expansión, el distalamiento y todos los demás medios que la Ortodoncia viene aplicando desde sus albores, se seguirán usando indefinidamente con éxito cuando su aplicación sea oportuna.

A este propósito, el procedimiento propuesto por el autor del trabajo que comentamos nos parece, pese a los reparos mencionados, muy interesante y de verdadera utilidad práctica. En nuestro medio ortodónico hay, sin duda, mucha experiencia en la técnica distalatoria, si bien realizada con aparatología exclusivamente mecánica. Por eso han de resultar doblemente interesantes, repetimos, los recursos terapéuticos experimentados por el doctor Planas.

COMENTARIO FINAL

Con este trabajo hemos querido responder, aunque sea indirectamente, a la invitación que en el editorial del número 37 formuló la Dirección de esta revista. Se invitaba allí, en realidad, a polemizar con seriedad y altura sobre la eficacia y oportuna aplicación de la Ortodoncia y de la Ortopedia Funcional, pero como no pretendemos ni remo-

tamente que nuestra limitada información pueda «poner en su justo lugar la solución del problema» (como dice el mencionado editorial), hemos preferido remover a propósito de un Comentario una cantidad de otros problemas de los que nos gusta oír y dar opiniones.

No perderemos, sin embargo, la ocasión de darla también respecto de aquellas dos modalidades de nuestra especialidad.

En lo que concierne a la Ortopedia Funcional, ya hemos explicado en trabajo reciente cuánto nos seduce y cómo tratamos de emplearla dentro de lo que nuestros conocimientos lo permiten. No obstante, eso no quiere decir que pensemos abandonar otros métodos y técnicas que están muy lejos de merecer caer en desuso.

Porque si el especialista está, como no es dudoso, en la obligación de prestar siempre el tratamiento más eficaz, para lograrlo habrá de echar mano a los mejores recursos que los conocimientos de la época y su preparación profesional le ofrecen. Es decir, que hará lo que crea más apropiado en la forma que juzgue más conveniente.

Encastillarse en un determinado sistema (cualquiera que sea), elevándolo, por exceso de entusiasmo, a la categoría de una casi mística fuera de la cual todos son réprobos, no es el mejor camino para lograr aquel propósito. «Es peligroso para cualquier profesión—dice Brodie—sostener que todo cuanto ha sido hecho en el pasado está equivocado y que todos los descubrimientos previos son falsos.»

Nuestra especialidad no es inmutable, ni en su aparatología ni en sus conceptos: éstos van variando y rigiendo las modificaciones o innovaciones de aquélla, puesto que una aparatología no es más que el simple medio de materializar nuestra intención terapéutica.

Por eso no hay Ortodoncia vieja ni Ortodoncia nueva. Hay sencillamente ortodoncistas nuevos (mejor diríamos renovados) o con ansias de serlo por el estudio, la práctica, la reflexión y el respeto por los procedimientos de los demás. Y también en Ortodoncia es muy difícil hallar la definitiva piedra filosofal capaz de convertir en oro de éxito el plomo de nuestros fracasos.

(*per «Ortodnc.», 4, 1957.*)