

CUANDO Y POR QUE EXTRAEN LOS «NO EXTRACCIONISTAS» (1)

por el

DR. FLORENCIO PONCE (*junior*)

En memorable jornada, nuestra Sociedad ofreció el tema de la "extracción" en Ortodoncia, con motivos sobrados para hacer una reseña exclusiva del mismo.

Fué la oportunidad para que muchos de nosotros volviéramos sobre los pasos andados y empezáramos a rever nuestros casos y estudiar los resultados obtenidos, considerados como presuntos éxitos inmediatos y vistos luego a distancia.

Sabemos que lo fundamental es obtener una buena corrección balanceada, estética y armónica, pero que presente una seguridad absoluta de no caer en recidiva, lo que significa que la contención es el logro total de los afanes en juego.

Surge de esta manera una serie de hipótesis, cuyas tesis sustentadas con vehemencia por sus autores encaran la extracción como corolario bajo distintos enfoques.

Unos y otros no se apartan de que los principios del crecimiento y desarrollo del cráneo facial se sujetan a leyes de la morfología funcional que rigen la vida del niño hasta la edad adulta.

Todos consienten que los centros culminantes del crecimiento óseo cumplen su rol por etapas o estadios y admiten que el patrón estático funcional del aparato masticatorio y zona que comprende sufren desviaciones bajo las influencias hereditarias o del medio ambiente.

Se han vuelto a reconcentrar los viejos maestros para alentar a los nuevos tras las investigaciones y hacer luz en el camino dentro del tema que tratamos.

(1) Leída en la Asamblea Científica de la Sociedad Argentina de Ortodoncia del 23 de octubre de 1953.

Por lo tanto, ello nos indica que cada uno debe ser más tolerante y abierto a la crítica, además de benévolo en prodigarla o recibirla.

Frente a tal panorama con nuestros resultados en la mano no vemos con tanto desaliento que lo que creíamos en éxitos o fracasos son tan idénticos como los que nos demuestran los maestros americanos del Norte. De nuestra cuenta está el de agudizar la observación, redoblar los elementos clínicos para encauzar dentro de horizontes más amplios el diagnóstico de nuestros casos y adoptar técnicas menos complicadas, pero más eficientes.

La "extracción", considerada como factor contribuyente a la mecanoterapia ortodóncica en el campo doctrinario, ha dividido a la práctica de la especialidad.

Por una parte, los que con gran empuje hacen de ella un recurso sistemático para permitir el mejor alineamiento de los dientes, su acomodamiento en el proceso alveolar y un respaldo óptimo a la línea del rostro bajo un denominador común: evitar los colapsos o recidivas. Por otra, los "no extraccionistas", quienes debaten por los fueros clásicos de las teorías del mejor balance, etc., que algunos en irreductible intransigencia confiesen que no extraen nunca y que si alguna vez lo hicieron comprobaron el fracaso de la corrección...; pero otros, más en la responsabilidad, declaran que extraen más o menos en un diez por ciento (10 %) de los tratamientos, de acuerdo a reglas que admiten como normas habituales, sin renunciar por eso a la posición no extraccionista.

Estos sostienen que la integridad del aparato masticatorio admite la extracción como un accidente necesario y voluntario, sin necesidad de sistematizarla. También el denominador común es la retención absoluta sin detrimento de la función y estética máxilofacial.

Este final antagónico tiene un común punto de partida.

Es notoria la posición que guardan para argumentar en pro de sus filosofías las investigaciones de Broadbent, Helman, Brodie, Margolis, etc., basadas a su vez en otras que se remontan a las de Roux, con la adaptación funcional de Wolf con la teoría de la transformación de huesos, de Walkhoff, que trató de coordinar la arquitectura interna y la forma externa de los huesos al resultado de la función; a Trey Thomson, que la estructura del hueso se ordena en la línea de tensión o trayectoria a lo largo de las principales líneas de fuerza.

Se tiene muy en cuenta también a Bluntshli y Wnikler, que describieron los arcos basales colocados en el proceso alveolar y su relación a las trayectorias internas de las mandíbulas, y a Lubstron con el estudio de la constitución de los arcos basales en relación con las denticiones.

Y más recientemente las investigaciones de Seipel, a cuyo magnífico estudio se refiere Salzman: "La orden trayectorial en el proceso alveolar de la dentición permanente es completamente diferente de la dentición temporaria. Esta es la razón inmediata y subyacente por lo que la oclusión normal en la dentición temporaria no es necesariamente un indicio de oclusión normal en la dentición permanente."

Seipel sostiene que existe un sistema cerrado funcional entre las trayectorias de los maxilares, los dientes y los músculos de masticación, en que las fuerzas masticatorias van a través de las trayectorias del hueso maxilar a la base del cráneo y a las inserciones musculares adyacentes, de donde vuelven a través de los músculos de masticación a la base de la mandíbula y de allí a través de las trayectorias mandibulares, completando el sistema funcional cerrado, que propugna.

Limita de esta manera el campo que el ortodoncista debe utilizar para alinear los dientes en su afán de eliminar la mal oclusión. Y adelanta la siguiente hipótesis: "Los cambios ortodóncicos son facilitados cuando los movimientos dentales van paralelamente a las estructuras trayectoriales dentro del hueso alveolar, sin romper ni estrechar la continuidad de las sendas de las trayectorias. Cuando los sistemas de trayectorias son estrechadas o rotas, la adaptación trayectorial es estorbada y los resultados ortodóncicos son inseguros."

Estas investigaciones han puesto en evidencia que el movimiento de los dientes por medios ortodóncicos no modifica el sistema trayectorial de los maxilares, ni tampoco la forma del arco basal aunque el proceso alveolar siga a los dientes corregidos en su alineación, poniendo en evidente desacuerdo a los dientes con el sistema funcional cerrado, lo que resulta por ello las regresiones o colapsos.

Hasta aquí, ambas corrientes consienten en afirmar que la morfología máxilofacial sufre alteraciones, que luego el ortodoncista debe corregir, aplicando unos la técnica de la extracción sistemática y otros la extracción por compromiso; aferrados ambos a claros conceptos emanados de doctrinas basadas en la investigación.

En las pasadas Jornadas se hizo una exhaustiva exposición de las teorías de Tweed y su escuela.

Por ello me ha movido el interés de reflejar la intención que guía a los "no extraccionistas" que aceptan la extracción ocasional o por "compromiso".

Tal posición es en nuestro medio una regla casi común. Somos aquí conocidos en nuestra manera de pensar y discernir para declarar que realizamos extracciones cuando el caso no tiene otra solución, sin que por ello implique observar una posición extrema de "avulsionista".

Tal conducta nos coloca en la disyuntiva de considerar la oportunidad para realizar un tratamiento dentro de las probabilidades favorables de un éxito mayor y con resultados más verdaderos.

No dudo que estamos en perfecto acuerdo en que al proceder a la extracción no lo hacemos bajo el prurito: "para salir del paso" o "apresurar el tratamiento", o "adelantar su terminación"..., ligerezas éstas incompatibles con la ética y reñidas con los principios de la contención.

Quienes proceden a la extracción por compromiso ocupan una posición descollante dentro de la Ortodoncia.

Uno de ellos, el doctor John Sage, involucra su pensamiento de esta manera: "Para el ortodoncista conservador, el procedimiento que involucre la extracción de piezas dentarias tiene su explicación en la inhabilidad del operador para resolver el problema ortodóncico. Sin embargo, tenemos que ser realistas y encarar el tema y no rehuirlo. El hecho de que los resultados obtenidos por Tweed son hermosos no puede ser negado y a todos nos gustaría emular sus éxitos, pero estamos poco dispuestos a efectuar la masacre de los premolares antes de convencernos de que ese procedimiento sea el proceder de rutina."

El doctor Salzman, más categórico, expresa que la extracción ya no es negada tan rotundamente como hasta hace algunos años, y manifiesta: "Hoy hay pocos especialistas que insisten en que la extracción no tiene lugar en la práctica ortodóncica. La cuestión importante es bajo qué circunstancias se recurrirá a la extracción como un auxiliar de la mecanoterapia."

La razón científica que asiste a los investigadores y que discrepa en uno u otro sentido se basa en teorías de incuestionable valor dentro de la suma de conocimientos que las abonan.

Usan diferentes "standards" de comparación para saber valorar el alcance de los resultados obtenidos, de los que surgen opiniones diferentes, como lógicos resultados de estos diferentes "standards".

Si el trabajo de un grupo es juzgado por los "standards" establecidos por el otro grupo, el resultado estará invariablemente en agudo desacuerdo.

La prueba fehaciente de lo expuesto está en la forma cómo Margolis y Tweed consideran la posición axial de los incisivos inferiores.

Usando planos diferentes, obtienen un término medio distinto que ambos reclaman como posición normal. El doctor Margolis considera normal lo que el doctor Tweed considera no normal.

Aquél utiliza para su angulación el plano mandibular, mientras que éste lo hace sobre el plano oclusal.

Por lo tanto, las normales respectivas son 110° para uno y 90° para el otro.

Pero en forma inexplicable Tweed acepta las comprobaciones de Margolis al defender su tesis.

El doctor Alexander Sved, en su posición no extraccionista, declara que Margolis está más cerca de la verdad, por cuanto es indudable que la mayor angulación de los incisivos inferiores aleja la posibilidad de una extracción, dentro del criterio de Tweed.

En apoyo de tal argumento, el doctor Allan Brodie alega: que considerar que los incisivos inferiores deben permanecer rectos, para ser normales, es justamente tan insostenible como insistir en que todas las frentes deban ser altas o todas las narices tipo romanas, y según sus comprobaciones, los incisivos inferiores acusan un alto grado de variabilidad, y que el valor medio, como lo aconseja Tweed, no puede ser usado como norma para todos los casos.

Los doctores Steiner y Moore, en su reciente visita, declararon en favor de la circunspección frente a la corriente extraccionista y demostraron la importancia de la cefalometría en la solución de los casos tratados con y sin extracción.

Destacaron que la técnica cefalométrica del doctor Bowns, colaborador de Brodie, demuestra que no siempre se debe considerar como medida universal; ella está sujeta a variaciones según el tipo racial, según el sexo y la edad. Por cuanto el sexo femenino presenta caras más convexas que el sexo masculino y que el grado de convexidad en varones y niñas disminuye a medida que cambian de edad. Lo que demuestra que los contornos faciales varían al pasar de la niñez a la edad adulta. Otra demostración es que la convexidad del perfil res-

ponde al grado natural de protrusión de los incisivos superiores e inferiores, que se enderezan a medida que pasan los años.

Estas observaciones, como tantas otras, son un exponente del esfuerzo de la investigación para llegar a un tipo único o patrón universal para considerar lo que la naturaleza nos presenta como normal o punto de belleza.

Sin embargo, debemos aceptar que todos estos elementos de diagnóstico nos acercan cada vez más a la verdad sin alcanzarla en forma definitiva.

En resumen, los extremos de la controversia, a mi manera, se polarizan dentro de estos dos conceptos. De Tweed, uno: "La mayoría de nuestros pacientes no son físicamente normales; si lo fueran no tendrían maloclusiones." De Helman, el otro: "Lo normal no es perfección y no puede ser medido por normas divinas o celestiales. Lo normal, en rasgos anatómicos y fisiológicos, no necesitan el 100 por 100 de perfección para ser adecuado a las necesidades de la vida y salud."

Dentro de nuestra práctica es común oír a los padres de los jóvenes pacientes: "Que los dientes de leche estaban muy bien alineados, pero en el cambio por los permanentes el desequilibrio los afeaba cada vez peor..."

Los síntomas entre los siete y nueve años se manifiestan en una combinación de protrusiones superiores, retrusiones inferiores, atresias, mordidas cruzadas, apiñamientos, respiración bucal, atonía labial, etcétera, etc. Es saludable la tendencia a proceder a tratar tempranamente estas irregularidades que comprometen en el más allá el desarrollo y crecimiento normal de los maxilares, y que conducen a una fatal desarmonía entre tejido óseo y material dentario. Las alteraciones que sufre la cara en su tercio vertical inferior dentro de la edad mencionada, el doctor Broadben las ha calificado como la etapa de la "horrible zambullida".

En estos casos los cánones que rezan las tablas de crecimientos en términos cronológicos no responden adecuadamente frente al caso del niño que a los diez años tiene una dentadura completa o al de un joven que a los dieciocho años recién le erupcionan los segundos molares.

La variación establecida entre el nacimiento de los dientes y el crecimiento de los maxilares escapa del cálculo contenido en los moldes específicos de crecimiento y da lugar a las desarmonías tempo-

rales o permanentes que sufren los maxilares y dientes en cuanto a su volumen.

De lo expuesto entresacamos que cualquier intento de aplicar antes de los doce años el sistema extraccionista es una temeridad. A respecto, el doctor Brodie dice: "Hasta que podamos leer las curvas del crecimiento individual y hacer predicciones exactas en cuanto a la cesación del crecimiento, no tenemos otro recurso sino el de esperar el desarrollo de la dentadura completa, con excepción de los terceros molares, antes de decidir que el arco no ha de sostener su complemento entero de dientes. La extracción previa a esta época es un trabajo de adivinanza."

Recurriendo tempranamente al tratamiento, éste presenta dos fases. La primera lo constituirá la eliminación de cualquier impedimento al normal crecimiento y desarrollo de uno o ambos arcos dentarios, y el segundo se limitará a simples procedimientos correlativos para orientar las arcadas dentarias dentro de los límites fisiológicos.

Así lo consideran en el momento actual calificados autores como el ya citado doctor Sage, y muy recientemente el doctor Silas Kloehn en un meduloso estudio sobre "El tratamiento en la dentición intermedia", en el que expone puntos de vista personales y de otros eminentes colegas, que sostienen el imperativo de que el tratamiento temprano conduce a resultados estables, que no se obtendrían de otra manera sin la previa extracción pasados los doce años.

Los continuos descubrimientos cambiaron el concepto de la "anormalidad". La cefalometría enseña que la mandíbula no ha de crecer bajo el influjo de las aplicaciones mecánicas.

Por otra parte, los mismos estudios han demostrado que el proceso alveolar crece más rápidamente durante el tiempo de la erupción, entre el nacimiento hasta alrededor de los catorce años. Aprovechando este período de crecimiento más activo del hueso alveolar, se aconseja cambiar el plan de tratamiento durante la dentición mixta, debiendo dirigirse la acción de la mecanoterapia a aquellos dientes que están en posición anormal, sin molestar a los que están en correcta posición y balance.

El rol ideal de la Paidodoncia y de la Ortodoncia sería el de poder controlar el desarrollo de los maxilares y la erupción dentaria de nuestros pacientes antes de iniciarse el recambio por lo menos; así sería la única manera de poder actuar con un máximo de seguridad.

En cambio, nuestros pacientes vienen por primera vez a la consulta, muchos de ellos después de los doce años, producida ya la erupción de los segundos molares. Época ésta en que el período activo del crecimiento del tercio facial inferior ha terminado con un "anormal balance muscular y dentario". De acuerdo a las reglas de Tweed, se procederá desde el punto de vista de la extracción y, a juicio de los "no extraccionistas", con las reservas de una posible avulsión, teniendo muy en cuenta la expresión de Brodie cuando dice: "No sentimos que sea un procedimiento sensible eliminar 13 a 14 mm. de substancia dentaria en un esfuerzo para ganar 2 mm."

La experiencia clínica nos enseña que numerosos casos se resuelven por medio de métodos conservadores, recursos técnicos como el distalamiento de segmentos laterales, del ensanche y alineamiento de los dientes apiñados cuando el hueso basal lo permite, etc., recursos éstos dentro de los cuales apela la mecanoterapia a emplearse.

A la par de ello se considera indispensable velar por la seguridad de una amplia respiración normal, la compensación del funcionalismo muscular y la eliminación de los malos hábitos.

De esta manera se asegurará la perfecta contención y una muy poca o ninguna recidiva.

Frente a las posibilidades consecuentes al caso en que la discordancia de diente y hueso es pasible de recidiva, la mutilación dentaria constituye el procedimiento de elección dentro de la mayor prudencia.

La revisión clínica de casos tratados y observados después de algún tiempo ha constatado recidivas en los casos en que se ha respetado la integridad dental, casos éstos en su casi totalidad tratados después de la erupción de los segundos molares.

George Moore, defensor de la integridad dentaria, en uno de sus últimos trabajos destaca que la "extracción en algunos casos no puede ser aceptada como un medio para simplificar el tratamiento". Agrega: "En cambio se nos ha advertido que nunca se debería recurrir a la extracción con el objeto de facilitar el tratamiento. En realidad, en mi experiencia en más de un caso ha sido mucho menos complicado con la extracción de uno o más dientes y otros se han salvado hasta del tratamiento ortodóncico por una juiciosa extracción de uno o más dientes permanentes. La extracción es en realidad un medio de simplificación por lo menos en algunos ejemplos importantes."

La aplicación de los términos por "compromiso" o por "obligación", como lo tildan algunos reputados especialistas, obliga a recordar que el doctor Angle dijo hace medio siglo: "Es difícil establecer cualquier regla precisa en cuanto a la extracción, pero es un problema que involucra la más amplia consideración y el más concienzudo estudio de cada caso."

Dentro del conocido marco conservador, el insigne maestro confesó la posibilidad de la mutilación, pero sí bajo severísimas condiciones de estudio de los arcos dentales y rasgos faciales.

Hoy, ante las conquistas logradas por la investigación, ha reforzado la opinión de los extraccionistas; algunos que no lo fueron en forma reconocida, como Robert Strang, hoy lo son.

Sin embargo, los defensores de la "no extracción" reafirman los principios idealistas que sustentan en positivas pruebas de la realidad científica, y dentro de ello admiten la extracción como un tratamiento de excepción.

Quien en los últimos años realizó un estudio de severa y alta crítica a Tweed fué Leuman Waugh

En forma exhaustiva estudió los propósitos del maestro de Tucson. Sostiene que él confiere demasiada importancia: a) a lo que él llama hueso basal; b) al demasiado tejido dentario en el maxilar; c) a la excesiva inclinación labial de los segmentos anteriores de los arcos dentales, y d) a un "rostro ideal" achatado en su tercio inferior.

En tan expectante alegato, el doctor Waugh sostiene:

1.º Que el crecimiento de la cara y maxilares debe ser estimulado al máximo de sus posibilidades hereditarias antes de recurrir a la extracción.

2.º Antes de la imposibilidad la edad que tendrá lugar el brote del desarrollo de los maxilares y caras y la extensión en que lo ha de hacer, si se tiene en cuenta que él va más allá de los dieciocho años, sólo en casos extremos se recurrirá a la extracción de dientes

3.º Sólo en un reducido porcentaje de casos, influenciados por las mezclas de razas y los diferentes estratos sociales, puede hacer variar el equilibrio anatomo-funcional de dientes, maxilares y cara, sin remover dientes.

4.º La remoción de dientes no corrige la maloclusión, salvo raras excepciones. Al tratamiento lo vuelve más exigente.

5.º La mal aconsejada extracción ha hecho más daño en cincuenta años en la Ortodoncia que el producido por los postulados de Angle al defender la integridad dentaria.

El doctor Waugh, sin embargo, en un esfuerzo ejemplar en sus ideas, concluyó su alegato expresando: "Es un hecho generalmente reconocido en Ortodoncia que en aquellas desequilibradas oclusiones y líneas faciales son mayores a medida que el crecimiento se aproxima a su completo desarrollo. En tales casos—agrega—la extracción es a menudo la única base de un tratamiento exitoso."

"Las líneas faciales son principalísimas y un compromiso de eficiencia oclusal por la extracción de algunos dientes es justificado."

Como todos los que buscan el aliciente de su propia experiencia, el distinguido colega repasó los registros de los casos tratados en sus pasados quince años; encontró que más o menos en el 10 por 100 había extraído. En uno de cada diez pacientes. En la mitad de los casos la extracción fué de sólo un diente: un incisivo central inferior.

Para su fuero personal estableció reglas generales para decidir la extracción.

Tales reglas son las siguientes:

Bicúspides superiores: Cuando el maxilar está en protrusión muy saliente y la mandíbula en correcta relación a la cabeza. En raros casos, sólo uno cuando la línea media está desviada a un lado.

Bicúspides inferiores: Cuando la mandíbula está definidamente en protrusión y los dientes maxilares están en armoniosa relación con las líneas craneanas y faciales.

Bicúspides superiores e inferiores: Cuando las protrusiones bimaxilares son desfigurantes.

Incisivos inferiores: Los bicúspides nunca fueron extraídos de la mandíbula cuando los dientes posteriores estaban en buena oclusión hasta que después de una cuidadosa supervisión determina si la remoción de un incisivo inferior permitirá al segmento incisal ser reducido lo suficiente y en medida como para que los incisivos superiores e inferiores y caninos estén en segura relación funcional. Esta ha sido mi práctica en los pasados veinte años y ha salvado la extracción de los bicúspides inferiores en más de un 50 por 100 de los casos.

El doctor Waugh ha seguido este procedimiento con creciente satisfacción para alinear los incisivos inferiores en los casos de posi-

bles relapsos después del tratamiento. Estas últimas extracciones raramente las efectúa antes de los dieciocho años y a menudo no antes de los veinticinco años y más tarde aún.

"Es esencial—dice—que la terapia mecánica siga inmediatamente después de la extracción para prevenir la reunión de dientes en el espacio creado al inclinar sus coronas unos hacia otros destruyendo su propia inclinación axial."

"Es mi práctica tener siempre los cinco dientes inferiores y los molares con las bandas aplicadas anticipadamente a la extracción y lista para el arco. Este es insertado a los tres días después de la extracción y es permitido quedar pasivo por más o menos seis semanas antes de aplicar presión para cerrar el espacio. En este lapso se permite al hueso matriz u osteoideo formarse en el alvéolo.

El doctor John Sage, en un meduloso estudio que conocemos, reproducido en "Ortodoncia", propugna por el tratamiento temprano de las maloclusiones como un agente de indiscutible valor preventivo a las posibilidades de la extracción que el erróneo procedimiento de dilatar la espera hasta la erupción de los segundos molares.

La notoria discrepancia entre el material dentario y base de soporte óseo, originadas por las pseudo-neutro-oclusiones, ausencia congénita de premolares e incisivos laterales, de biprotrusiones de bloqueo de caninos por incisivos apiñados o retruídos, son casos en que los soluciona extrayendo premolares en una o en ambas arcadas, a fin de obtener la correcta coordinación intermaxilar guardando la simetría media.

En los casos de tipos mutilados: con pérdida de los primeros molares, superior o inferior, con distalamiento de los dientes anteriores, procede a la extracción de premolares de la arcada opuesta para obtener un balance entre ambos arcos dentarios.

El doctor Sage termina expresando: "La extracción debe considerarse como un compromiso al cual se debe recurrir únicamente después que todas las consideraciones han sido tomadas al instituir los métodos convencionales; esto es, sin extracciones."

El doctor Salzman, en un estudio especial del tema y al referirse "a las limitaciones de la extracción como una ayuda en la terapéutica ortodóncica", basa sus ideas en argumentos del doctor Angle: "Los ángulos de inclinación resultarían demasiado grandes si todos los dientes fuesen colocados en línea y donde el resultado facial sería

más desagradable que si fuese permitido a todos los dientes permanecer en malas posiciones."

Dentro de su reconocida capacidad de observador y profundo conocedor de los problemas de la especialidad, considera que los resultados más duraderos con o sin extracción dependen en alto grado del complejo dentofacial de los pacientes y de las complicaciones psicosomáticas, que son responsables de las relaciones de colocación anormal de las mandíbulas.

Después de establecer el verdadero prognatismo facial y la protrusión dento-alveolar, cita a Bjork, quien investigó las variaciones en el crecimiento de los maxilares y el prognatismo, llegando a la conclusión de que la extracción con el fin de reducir el prognatismo facial es una empresa arriesgada si no se establece previamente un diagnóstico exacto sobre la inclinación de los incisivos y del prognatismo alvéolo-dental, y que el crecimiento facial esté totalmente completado.

Empresa que la extracción en presencia de un prognatismo maxilar o mandibular, sin prognatismo dento-alveolar, es de poco o ningún valor en el intento para reducir el prognatismo en el perfil facial.

También cree indispensable en el diagnóstico considerar las variaciones del tamaño del arco basal en relación del arco dental.

Señala el rol importante de los tejidos blandos en el prognatismo facial, que en muchos casos no hay correlación entre el esqueleto facial y las membranas suaves de la cara, factor que se debe tener muy en cuenta en el prognatismo facial cuando se lo quiere reducir cambiando la oclusión dentaria.

No acepta como factor único como guía de la extracción la inclinación de los incisivos inferiores.

En resumen, el doctor Salzman apunta que para realizar un diagnóstico completo para recurrir o no a la extracción se debe establecer cefalométricamente: a) Dirección axial de los dientes; b) Tamaño de los arcos basales; c) Relación de los tejidos blandos con el esqueleto de la cara.

No me he de referir en esta oportunidad de algunos maestros europeos, como la de los doctores Nord, Korkhaus y Hoffer, por cuanto el doctor Carrea nos la hizo conocer en las Cuartas Jornadas.

Pero antes de terminar quiero referirme en particular a lo que el doctor Brodie dijo al referirse a la tendencia de un incisivo inferior que por rotar o salirse de línea tengamos que extraer dos premolares;

al condenar tal propósito, se sitúa luego en el extremo opuesto cuando los dientes están completamente delineados, que es por cierto un asunto diferente. Y expresa: "Si nosotros fuésemos a determinar los votos de la Asamblea (se refiere al Congreso de Chicago de 1945) sobre si debe o no extraer, encontraríamos unos pocos que no extraerían bajo cualquier circunstancias y otros pocos que extraerían por cualquier motivo, pero la mayoría de hoy sería encontrada entre los dos extremos. Pero aun éstos no estarían de acuerdo en casos individuales." Y se formula esta pregunta: "¿Podemos nosotros esperar el día que será posible llegar a criterios lógicos en este asunto sobre la base de medidas exactas?"

Cumplo con nuestra sociedad una deuda contraída en el presente año, ocupando esta tribuna y dedicándola a un tema que, hoy más que nunca, nos obliga con lealtad a ser severos con nosotros mismos frente a la solución de nuestros casos.

Para ello, mi opinión honrada la di al suscribir el despacho que hicimos conocer conjuntamente con los distinguidos amigos y colegas doctores Carrea, Provera y Olaviaga, finalizado el debate en que se consideró el tema "La extracción en Ortodoncia" en las pasadas como brillantes Jornadas auspiciadas por nuestra sociedad.

Doy gracias a todos por haberme escuchado.

("Ortodoncia", 297, 1954.)

(Siguen 15 referencias bibliográficas.)