

• IMPORTANCIA DEL DIAGNOSTICO EN ORTODONCIA (*)

por el

Dr. Pedro Planas

Especialista en Ortodoncia

II

Voy a exponer en este estudio la orientación que yo doy para la ejecución de la ortodoncia en nuestra clínica particular, insistiendo en ciertos puntos que creo se dejen pasar sin darles la trascendental importancia que yo les atribuyo para llevar a cabo y a buen término un tratamiento.

Son estas cuatro condiciones que las voy a ennumerar y después exponer detalladamente:

La primera, la más importante y personal, la que incumbe *única y exclusivamente* al ortodoncista, es el “diagnóstico”.

La segunda, que incumbe al ortodoncista y al responsable del enfermo.

La tercera, que incumbe al ortodoncista y al enfermo.

Y *la cuarta*, al ortodoncista o a su ayudante o a ambos y es la aplicación de la terapéutica.

Como ven, sólo hay una exclusiva del ortodoncista, que es la primera o sea el diagnóstico. Las otras dependen del responsable del enfermo, del enfermo y por último, la ejecución de la misma que puede ser hecha por el ortodoncista o su ayudante, o ambos.

(*) Sobre estos temas (I y II) dió el doctor Planas unas conferencias en los Colegios de Odontólogos de Barcelona y Madrid.

Una vez enumeradas, voy a exponer detalladamente cada una de estas cuatro condiciones.

La primera como acabo de decir, corresponde única y exclusivamente al ortodoncista y es sobre esta condición que más insistiré y más enfoco este trabajo.

Ahora bien, a los principiantes, entre los que yo me consideraré durante bastante tiempo, lo que más fácil nos fué aprender y más gracia nos hacía eran los arcos, anillas y demás aparatos minúsculos, construirlos los que eran más habilidosos, mandarlos construir por sus mecánicos los que no poseían esta cualidad. Pero en resumidas cuentas, poco preocupaba el diagnóstico apurado en su completo sentido y cosa fácil era colocar arcos y bandas en las bocas moviendo con facilidad dientes de un lado para otro y así estaba el ortodoncista habilitado.

Me atrevo a decir, que la mayor parte de estos tratamientos se eternizan, a no ser que el enfermo desista por cansancio y aburrimiento. Lo mismo ocurre al profesional, que empieza el tratamiento con mucha alegría, pero no sabe como la ha de acabar. La culpa es de no haber hecho un perfecto diagnóstico en el completo sentido de esta palabra. El creer que los aparatos hacen las correcciones es el peor error en que puede caer un principiante, un buen ojo clínico de diagnóstico y conocer los medios para hacerlo, es lo que debemos procurar poseer y este es fruto de mucha aplicación en el estudio y no menos de muy buena práctica.

Por este motivo no pienso hablar de aparatos y verán mis oyentes que, a pesar de eso, se puede hablar mucho de ortodoncia, incluso de terapéutica. Una vez hecho un buen diagnóstico y sabida la terapéutica a seguir, recurriremos a la aparatología, a ver cuáles son los aparatos más convenientes, pues el mismo diagnóstico puede ser resuelto por infinidad de aparatos todos ellos buenos, y que debemos escoger principalmente en función del enfermo además de la deformación.

Ahora bien, no es fácil adquirir en ortodoncia mucha práctica y ojo clínico con cierta rapidez, y el motivo principal es debido a ser esta una especialidad, por mí llamada lenta.

Unos ejemplos aclararán este concepto con facilidad. Al individuo que se le arranca un diente, pasados pocos días, re-

cogemos ya el fruto de la experiencia, pues podemos ver los efectos postoperatorios rápidamente y además poseemos una gran abundancia de enfermos de esta naturaleza. Lo mismo sucede al individuo que se le obtura un diente y al que se le coloca una prótesis.

Pero al individuo que se le empieza una ortodoncia, hasta pasados dos años, por lo menos, no vemos el resultado del tratamiento y aún para confirmar el éxito tenemos que esperar otro par de años. Así vemos, pues, que son necesarios cuatro años para poder ver el fruto de la experiencia y de estos enfermos poseemos una mínima cantidad.

Por este motivo es que voy a insistir en que ya no se puede ganar rápidamente, como en los demás ramos de nuestra especialidad, un buen ojo clínico de diagnóstico, es necesario, para quien quiera hacer ortodoncia, hacer una sobrepreparación para compensar la falta de práctica así como aprovechar hasta lo último cada caso particular de nuestra clínica u otra.

Desgraciadamente aún no tenemos en España, varios servicios económicos que con fines sociales podrían ser creados para este fin. En vista de esto debemos procurarnos en otros sitios los elementos para hacer esta práctica, y campo de práctica enorme que todos poseemos para entrenarnos en emitir opiniones y hacer un diagnóstico más o menos incompleto o por lo menos, este es el fin principal, estimular nuestro ojo clínico para esta clase de lesiones, lo tenemos en toda nuestra clientela particular, toda nuestra familia, criados, compañeros de viaje, de clase, vecinos de teatro, etc., etc., y en cualquier sitio en que poseamos a una persona más de quince minutos, para contemplarla tranquilamente en varias posiciones.

Mencioné primero, nuestra clínica particular, pues en ella podemos interrogar, explorar e incluso si el caso es interesante, tomar alguna medida.

Como la mayor parte de toda esta gente que mencioné, no serán tipos perfectos, tenemos ya, irregularidades múltiples y diversas para emitir juicios, diagnósticos ortodóncicos en cada uno de los casos. Aparte de que los tipos perfectos no nos son menos interesantes de ver y estudiar, por su poca

abundancia y hacernos cargo de lo normal que nos ha servir para comprobarlo con lo patológico.

Mirando su cara de frente podemos ya preveer una disminución de distancia nasomentoniana, imaginando una sobremordida, la cual procuraremos confirmar con la inspección de una sonrisa, así como los desvíos del mentón con la línea media que acostumbran a coincidir con el desvío hacia el mismo lado del punto interincisivo, coincidan con la pérdida o falta de algún diente.

Una fascia adenoidea con protusión incisiva superior deduciremos con el examen de perfil si hay distoclusión y a su vez si es falsa o verdadera, viendo la situación del maxilar inferior con referencia al plano de SIMON, virtualmente trazado. El desarrollo de la base apical del maxilar superior, nos ayudará a ver si es una oclusión cubierta, hereditaria o actuaron fenómenos de comprensión, etc., etc. Cualquier sonrisa o palabra nos puede servir para esta pequeña práctica de diagnóstico, naturalmente muchísimo más útil cuando la podemos acompañar del control en la clínica, pues podemos confirmar con la historia y la exploración cráneo-facial la impresión diagnóstica captada con la simple exploración fisionómica.

Hemos, no obstante, de profundizar lo más posible en el diagnóstico etiológico o de causas, que es el más difícil y el que más se salta a la torera, con el pretexto de que la terapéutica sea cual fuera la causa, es la misma, y ésto lo conseguiremos con una buena historia clínica propia para el diagnóstico ortodóncico.

Claro que las terapéuticas son iguales para los mismos diagnósticos, cuando éstos son verdaderamente idénticos. Pero por esto insisto en que se haga perfecto a fin de evitar malas interpretaciones. Por ejemplo, haciendo el diagnóstico siguiente: segunda clase de ANGLE, división II o distoclusión bilateral, estrechez de arcadas, incisivos en linguo versión sobremordida, podemos incluir en estos diagnósticos, anomalías que poseen estos síntomas y que aún requieren la terapéutica diferente.

¿Por qué? Pues porque el diagnóstico aún no es completo; y si lo apuramos más veremos que con esta sintomatología, que puse por ejemplo y que ordinariamente se utiliza para hacer un

diagnóstico, podemos incluir la oclusión cubierta genuina hereditaria con distoclusión y la comprensión maxilar con distoclusión y sobremordida. Con la historia clínica vemos que la primera es generalmente hereditaria, y la segunda fué adquirida por fenómenos de comprensión. Con las telerradiografías comprobamos que en la primera el maxilar superior tiene un gran desarrollo de base apical; en la segunda ocurre todo lo contrario.

O sea, que las terapéuticas son diferentes, pues nuestro fin en la primera es corregir la distoclusión, ensanchar ligeramente las arcadas *sin aumentar* y por veces *disminuir* el desarrollo apical, y corregir la sobremordida, *levantando* la articulación. En la segunda debemos corregir la distoclusión, ensanchar las arcadas *aumentar* el desarrollo apical y *no levantar* en algunas veces la articulación.

Vemos, pues, que con lo que un diagnóstico deficiente parecía que estaba todo incluído en el mismo grupo y se trataba con la misma terapéutica, una vez hecho un perfecto diagnóstico vemos que las terapéuticas son en extremo diferentes, y consecuentemente la aparatología.

En el tiempo actual tenemos ya la obligación de acabar con los diagnósticos hechos por una clasificación de ANGLE o SIMON o todo lo que sean clasificaciones.

Esto es, un empirismo que sólo sirve para entorpecernos el diagnóstico verdadero. Hoy la ortodoncia está en el punto que le corresponde como especialidad médica, y al igual que las otras especialidades, tiene sus anomalías, que, aunque mal aplicado, podríamos llamar enfermedades, con sus nombres propios, y que podemos diagnosticar en el recién nacido si es preciso.

Las clasificaciones que mencioné no sirven más que para darnos unos síntomas de la enfermedad, por cuyo motivo no nos sirven.

De la misma manera que en clínica general no diagnosticamos una enfermedad por la temperatura del enfermo o por su presión arterial, sino que éstos son síntomas de la misma y que pueden coincidir en enfermedades distintas cuyas terapéuticas sean también diferentes, igualmente en ortodoncia no

podemos hacer el diagnóstico perfecto basándonos en unos síntomas mínimos como son los que nos pueden proporcionar una clasificación de *ANGLE* u otra, sino que éste será un síntoma más de la anomalía o enfermedad y que pueden coincidir con enfermedades diferentes.

No pretendo dar lecciones de diagnóstico, pues no ha sido éste mi objeto, pero sí subrayar la importancia capital y primordial del mismo en ortodoncia.

En mi opinión, el individuo que sepa hacer un perfecto diagnóstico desconociendo los aparatos para el tratamiento terapéutico es mucho mejor ortodoncista que el que no sabe diagnosticar y domina toda la aparatología.

No quiero dejar este capítulo de diagnóstico sin mencionar solamente los métodos Gnatostáticos, tan en boga y discutidos por algunos autores. No hago alusión a ninguno en particular y sí a todos en general. No soy yo quien, poseedor de un método Gnatostático, que espero en breve presentar, emita opinión sobre los otros, y esperaré la crítica hecha por otros compañeros que hayan trabajado ya en otros métodos a fin de que establezcan comparaciones y emita imparcialmente su juicio, que podrá redundar en el estímulo de mejoramiento para bien de la especialidad.

Volviendo a lo anterior, los creo de absoluta conveniencia, y son excelentes colaboradores nuestros cualquier método Gnatostático, siempre que se sepa aplicar y apreciar el error con que en ello se incurre irremisiblemente por defecto o por exceso en relación al factor individuo, y principalmente imprescindible en los trabajos de investigación.

Vemos, pues, la importancia que para todos tiene el conocer y saber hacer el diagnóstico. Los que se dedican a ello, excusado es decirlo. Los puericultores, como profilaxis, ni hablar de ello, y los que no quieran ejecutarla lo necesitan también para diagnosticar el caso y aconsejarle el tratamiento a otro compañero que a esto se dedique, y además para evitar caer en la equivocación de tenerse que sujetar a la voluntad de un papá que nos pide la extracción de un diente temporal o permanente a su hijo que llora implacablemente por que le duele una mue-

la, procurando conservarlo, no sólo aquél, sino los otros simétricos, que deben ir por el mismo camino, haciendo ver al padre los graves peligros que aquella extracción y la falta de tratamiento de los otros pueden ocasionar.

Ya sé que la respuesta del padre es la siguiente: Y si no le arrancan el diente, ¿qué le pasa? Y desgraciadamente muchos profesionales no tienen otra respuesta que ésta: Pues le saldrán los otros dientes torcidos. Claro, el padre, que está harto de oír gritar al niño, dice que se lo arranquen y le salgan como quieran.

No. No es esto lo que debemos responder ante un padre, porque no es verdad. Son otros fenómenos que se dan con la simple evulsión por ejemplo de un segundo molar temporal derecho inferior a los cinco años.

Se atrofia el ramo horizontal del maxilar del mismo lado por falta de estímulo de crecimiento en el período que más necesario es, se establece un atraso en el avance anterior del mentón, desviándose para el lado derecho. Perdiendo consecuentemente la simetría vertical de la cara, establecimiento automático de ligera sobremordida con disminución probable de distancia nasomentoniana. Después de estas trastornos craneo-faciales, hace mal la evolución de los dientes por falta de espacio, etcétera, etc.; el último trastorno es la erupción lingual del segundo premolar.

Después de una explicación como ésta es raro el padre que no prefiera conservar el diente al hijo, aunque sean sólo las raíces.

Hemos de acabar con la industrialización de nuestra especialidad vendiendo, y éste es el sentido de la palabra, extracciones, desvilitaciones, placas, puentes, arcos de expansión, ofreciendo de mal agrado y a última hora la limpieza.

Hemos de pensar y tenemos la obligación de esto, de que somos los médicos del primer trato digestivo y a nosotros nos incumbe restablecer la normalidad funcional y curar el estado patológico del órgano, utilizando las terapéuticas que nosotros creemos convenientes, y nunca nos someteremos a la voluntad de un cliente incompetente.

Sólo así profesaremos, como la palabra indica, la profesión de odontólogos, o de lo contrario nos convertiremos en comerciantes odontólogos. Vendiendo nuestros productos y nuestro arte a gusto del consumidor.

Lo que tiene un valor primordial es el buen diagnóstico, la aplicación de la terapéutica es secundaria, y esto es lo que debemos inculcar en el ánimo de nuestros clientes.

Creo, pues, dejar suficientemente destacado la necesidad absoluta de dominar el diagnóstico ortodóncico, útil no sólo en este ramo de la especialidad, sino también en todos los demás.

Hecho el diagnóstico, que incumbe *única y exclusivamente al ortodoncista*, voy a exponer la *segunda* condición necesaria para poder llevar a término un tratamiento, e incumbe, según dejé dicho, al ortodoncista y al representante financiero. Llamo "representante financiero" al padre, tío, pariente, tutor o persona responsable del pago del presupuesto establecido, con el que hay que imponerse con una autoridad moral y científica, exponiéndole el presupuesto, sistema de pago, duración del tratamiento; aquí siempre conviene exagerar, pues de lo contrario si se pronostica año y medio y tenemos la desgracia que dure dos, durante el último medio año oiremos todos los días: ¿Aún no acaba esto? ¿No dijo que sólo duraba año y medio? Además de la desconfianza que esto inspira al enfermo.

Exponer bien lo que pretendemos corregir y mejorar, pues hay quien confunde la clínica de ortodoncia con un instituto de belleza, y por varias veces se ha dado el caso de que, por ejemplo, una niña poco favorecida por la naturaleza y poseída de una nariz algo voluminosa, una vez acabado el tratamiento, nos sale la mamá con esas: "¡Pero está tan fea con esta nariz tan grande!"

Insistir bien antes de empezar en la asistencia a las consultas marcadas, en la compatibilidad con los colegios y demás obligaciones, pues a veces nuestra hora de ortodoncia es sustituida por un té, un cine, un paseo o cualquier otro pretexto, pues creen que no hacemos nada por el mero hecho de que a veces con un golpe de alicate el cliente está despachado o simplemente una exploración del curso del tratamiento.

Igualmente siempre que el cliente desee ausentarse o hacer vacaciones tiene que prevenírnos por lo menos con ocho días de anticipación y *personalmente*, so pena de no responsabilizarnos por el éxito del tratamiento, y a ser posible aplicaremos sanciones monetarias por causas de estos atrasos.

También hemos de hacer responsables a los padres o persona responsable por el uso continuo del aparato movable, así como el empleo de goma para fuerza intermaxilar, ejercicios musculares, etc. La falta o uso de estas indicaciones atrasan el tratamiento en perjuicio del profesional y del enfermo. Es justo que el que paga también se perjudique.

Todo esto hay que dejarlo bien puntualizado antes de empezar el tratamiento, y si es posible por escrito, a manera de contrato, pues el enfermo olvida rápidamente todos estos consejos pasados los primeros meses, cuando gana nuestra confianza o se la toma, y se cree en el derecho de hacer lo que se le antoja. No asiste a nuestras consultas, rompe aparatos fijos, anda con los movibles en el bolsillo, o los pierde, masca caramelos, enemigo número 1 de los aparatos.

No hay más recurso que hacernos valer nuestra autoridad, mostrándonos muy amables, pero totalmente intransigentes antes de empezar, pues mucho tendremos que transigir en el curso del tratamiento.

Para esto no hay como cobrar una buena parte al empezar, y así podremos amenazar, caso que no cumplan el contrato, en abandonar el tratamiento.

La *tercera* parte o condición para continuar la realización de la ortodoncia es entre el ortodoncista y el enfermo. Se trata de que antes de empezar debemos analizar bien el cliente, sexo, necesidades de relación, colegios, ausencias, facilidad de acudir a nuestras consultas. Todo esto nos inducirá a poner tal cual aparato, que previamente tiene que estar de acuerdo con el enfermo, pues si lo recibe de sorpresa y no es de su agrado estamos expuestos a que no siga el tratamiento. No se pierde nada en puntualizar todos estos pormenores, pues el cliente que se juzga más dócil y apacible resulta a veces el más rebelde y que más trabajo nos da, no para tratarlo, pero sí para educarlo.

Una vez con un buen diagnóstico y aceptadas nuestras condiciones por el responsable financiero, y de común acuerdo con el enfermo, estamos aptos para empezar la terapéutica.

Finalmente la *cuarta* condición, que respecta al ortodoncista o su ayudante o a ambos, es la parte mecánica de construir y colocar los aparatos. Esto merece capítulo aparte y espero poderlo exponer un día en que trataré, a la inversa de hoy, sólo de aparatos fijos en acero inoxidable y *placas selectivas* por procedimientos muy sencillos y propios.

La terapéutica y esto es de mucha importancia tiene dos finalidades: la estética y la funcional.

Ambas patologías deben ser previamente bien diagnosticadas, como dije al principio.

Aunque generalmente corren pareja y coinciden los tratamientos, hay casos en que no ocurre así, y éstos son los más difíciles, y en éstos hay que sacrificar la función en favor de la estética o la estética en favor de la función. En estos casos juega un factor esencial el individuo principalmente, el sexo, medio de vida, estado general, etc., etc. Y para convencernos y tener la seguridad de no emitir un criterio falso, todos los elementos de diagnóstico que poseemos son pocos y no debemos dudar en pedir el auxilio y opinión de otros especialistas antes de caer en graves errores.

Un ejemplo de esto son las llamadas falsas distoclusiones, en que si corregimos la distoclusión podemos provocar una bi-protusión, conservando el funcionalismo total e integral. Si extraemos los premolares superiores disminuiríamos superficies triturantes, o sea mutilamos la función. Claro que encontrarán exagerada esta comparación, pero es para que todos piensen mucho al hacer esto, excesivamente usado, en muchísimos casos que si se hubiese hecho un buen diagnóstico se vería que se hacía la corrección estética y funcional sin extracción.

Con esta orientación, y dando primordial importancia al diagnóstico, elevaremos a la ortodoncia y al ortodoncista al nivel científico que como especialidad médica le corresponde, que es muy superior que el de la realización mecánica de media docena de aparatos que cualquier habilidoso sin gran prepara-

ción científica puede ejecutar. Y evitaríamos así que un profético se vea obligado al recibo de unos sencillos moldes de escayola, envío de un profesional, remitirlos al destinatario y bajo su opinión y orientación adjuntar los aparatos de corrección. Y yo me pregunto: ¿Qué conceptos clínicos tienen estos señores de la ortodoncia? Y si creen estar ejerciendo una especialidad de la medicina? ¿Olvidan que no hay medicina sin un buen diagnóstico?



• APORTACIONES SOBRE TRATAMIENTOS RADICULARES

por

V. Alonso Jiménez

Médico - Odontólogo

Ex Profesor de la Escuela de Odontología

LAS técnicas de los tratamientos radiculares constituyen un tema de la mayor trascendencia dentro de nuestra vida profesional, de tal importancia, que contribuye en gran parte a nuestros éxitos o fracasos y por ende al crédito que nuestros clientes puedan otorgarnos.

Toda técnica poco depurada y mal dirigida nos conduce irremisiblemente al fracaso y en algunas ocasiones de lamentables consecuencias para el paciente, ya que no siempre se resuelve el caso con la simple extracción. Todos conocemos las complicaciones graves, como las celulitis difusas, flemón leñoso, osteomielitis, etc., y la gran repercusión que sobre el organismo tiene la infección focal.

Por todo esto, recae sobre nosotros una responsabilidad ineludible, muy superior en ocasiones a la que representa la pérdida de un diente. Todos los cuidados y atención que dedi-