

ODONTOIATRIA

Revista Ibero-Americana de Medicina de la Boca

Dirección; Miguel Sáenz de Pipaón y Tejada D. D. S.

de la Asociación de Prensa Médica Española



M A D R I D

Jorge Juan, 39

Editorial

Número 172 (4)

1958

LA EXTRACCION SERIADA EN ORTODONCIA

616.314—089.23—89.87

En la Sexta Convención de la Asociación Dental Australiana, que ha tenido lugar recientemente en Cairns (1958), Heath presentó una ponencia sobre este tema, la cual hemos leído por su amabilidad.

En ella se nos muestra el autor partidario de la avulsión seriada, con cuyo criterio no sólo se pueden obtener buenos resultados, sino reducir enormemente las horas dedicadas al tratamiento ortodóncico.

El problema empieza a plantearse en cuanto a decidir la extracción en la mandíbula, más todavía en las clases II y III, cuando se pueda sospechar la imposibilidad de una corrección espontánea, esto considerando que el 80 por 100 de la clase I no llegan a corregirse espontáneamente y necesitan el auxilio del ortodoncista, subrayando que, además, en el 20 por 100 restante se aprecian o los incisivos apiñados o terceros molares impactados o en erupción viciosa. De lo que se deduce que solamente muy pocas maloclusiones de la clase I pueden abandonarse a una corrección espontánea.

En los otros casos en que hayamos de actuar procederemos a la extracción seriada en el momento de la erupción de los incisivos laterales superiores, naturalmente siempre que el estudio propio del caso no lo contraindique.

Lo que quizá no sea tan ventajoso es la espera del comienzo de las avulsiones en tanto que el proceso de calcificación de las raíces de estos incisivos no se encuentre más avanzado y con la esperanza de que el hueso basal acelere su desarrollo (Heath).

Está fuera de necesidad el decir que lo primordial es un acertado diagnóstico. Ciertamente éste puede ir precedido del ortodoncista calificado para el análisis radiográfico previo, o el periódico (cada seis u

ocho meses), con el que podemos descubrir datos como los de ausencia o malposición de gérmenes dentarios, etc.

Decidida la extracción seriada, al aparecer el lateral superior permanente podemos proceder a la avulsión del canino deciduo. En caso en que las raíces temporales de los primeros molares temporales se encuentren muy avanzada su reabsorción, podría optarse por la extracción también de estos dientes, lo que en bastantes ocasiones es necesario hacer.

En el maxilar inferior rara vez se han de extraer los caninos temporales en los casos en que el ángulo incisivo superior-nación-incisivo inferior esté entre 2.º y 5.º grados («perfil núm. 1»), pues aparece frecuente el aumento de la sobreoclusión al disminuir el espacio para los diez dientes anteriores de la mandíbula. Y ésta sería la razón de la no extracción de los caninos inferiores temporales en el perfil 1.

Tras la extracción del canino, ocho meses después podría procederse a la extracción del primer molar temporal. Continuaremos luego con la extracción del bicúspide primero permanente, aun cuando esta intervención avulsionista haya que condicionarla.

En efecto, en primer lugar sería necesario establecer la necesidad de recurrir a avulsión alguna, ya que, por ejemplo, se dan casos en que la reducción dimensional (atrofia) de los laterales, o bien la distalación o migración del segundo bicúspide o del primer molar permanente puedan, repetimos, hacerla innecesaria. Por otro lado, el no encontrarse incólume (por caries, por ejemplo) este diente puede indicarnos la mayor conveniencia de su extracción, sin olvidar tampoco que habremos de considerar las futuras posibilidades de los terceros molares, pues siendo éstos más exigentes, la extracción del bicúspide facilitaría en su día la normal erupción del cordal, diente mucho más valioso en su día que actualmente el premolar (M. Schwartz).

En el apiñamiento de los dientes inferiores con distoclusión puede ser necesaria la extracción de los molares superiores con la de los bicúspides inferiores, para obtener así la adecuada oclusión.

Los labios juegan un papel importante en estos casos si por su tónica muscular pueden mantener o reducir la extensión de los espacios conseguidos por la avulsión. El labio inferior puede representar así un señalado efecto en la posición de los incisivos superiores, se comprende. Parecidos efectos se atribuyen a la lengua en la biprotrusión maxilar: una lengua hipertrófica e hipertónica es caso de no hacer las avulsiones en la parte del arco frontal, por parecidas razones psicológicas y clínicas.

También ha sido sugerida como cronología de la extracción seriada la avulsión del canino y bicúspides superiores temporales en el momento de la calcificación de los incisivos, para colocar una placa que mantenga atrás el segundo molar temporal y el primero permanente. Rara vez se puede abandonar el caso a su corrección espontánea.

Las extracciones, aun con ligero apiñamiento de dientes, no son aconsejables en el maxilar inferior cuando el ángulo incisivo-nación-incisivo

es mayor de 5° (perfil núm. 2). Si existe, sin embargo, un exagerado apiñamiento de dientes, puede concluirse con la extracción del segundo bicúspide inferior permanente, antes que el segundo molar haya hecho su completa aparición, avulsión que no se sigue con el movimiento mesial del primer molar.

Si, no obstante, por la avulsión precoz de los molares temporales el primero permanente migrara mesialmente reduciendo el espacio del segundo bicúspide, sería aconsejable la colocación de una placa que lo evitara, claro que siempre, si fuera el caso, tendríamos el adecuado espacio para el segundo y tercer molares permanentes, ya que pudiera hasta la necesidad de conseguir espacio para el primero, o ambos, a expensas de la avulsión del segundo y hasta del primer molar. En definitiva, que en cada momento necesitará el profesional ponderar con tino todas las posibilidades del futuro, aunque sea aconsejable la no extracción del bicúspide superior o del molar inferior, siempre que el ángulo incisivo-nación-incisivo tienda a aumentar o, en otras palabras, cuando la protrusión maxilar se marque más.

En el caso de que los primeros molares hubieran de extraerse, entre otras razones, por caries, hará falta mantener las posiciones por lo menos hasta que los premolares ocluyan, y aun los cuatro molares permanentes según aparezcan los segundos.

En los casos de distoclusión bilateral con retrusión de los incisivos superiores, el primer paso en la extracción seriada es la de los caninos temporales, junto o no al primer molar, al hacer la erupción el lateral permanente, ayudando la situación con la aplicación de una placa.

Si sólo existe una distoclusión unilateral, el paso siguiente puede llegar a ser la extracción del segundo bicúspide.

Por fin, en los casos con protrusión mandibular en los que la extracción del primer molar inferior permanente, el segundo no se moverá mesialmente, pero los bicúspides migrarán distalmente. Pues bien, en estos casos habremos de proceder a la extracción de los caninos temporales inferiores, y quizá quizá a los mismos superiores, si el apiñamiento superior así lo indicara, pero siempre será útil la placa que tienda a colocar en posición equilibrada a los cuatro incisivos superiores.

Heath considera que la extracción del segundo molar superior es más aconsejable que la del segundo bicúspide, extracción que ha de seguirse cuando los bicúspides y canino superiores están ya en erupción.

Algunos ortodoncistas han aconsejado la avulsión de los primeros bicúspides inferiores o de algunos de los incisivos, tratando de reducir así el arco mandibular, pero esta medida no puede considerarse efectiva si los dientes disponen de espacio proporcional, siendo más lógica la avulsión de los molares primeros o segundos.

Para todos estos tratamientos Heath ha propuesto (Cairns, 1958) como placa la constituida por dos partes, anterior y posterior, en las que ambas pueden moverse con independencia o conjuntamente, es decir, mientras una parte sirve de anclaje, la otra hace el movimiento.

Esta placa ha sido llamada «placa X», y va provista de unos ganchos Adams en la parte posterior a los molares, mientras a la anterior unos resortes de 0,33 milímetros pueden distalar los caninos. Esta parte se completa con un arco labial de acero inoxidable de 0,7 milímetros, que lleva en cada lado dos pequeños asideros para ensartar la ligadura de goma que ayude a las rotaciones.

En el montaje de la placa en el laboratorio es necesario proveer espacio suficiente entre ambos maxilares abriendo la mordida lo necesario, considerando, repetimos, el espacio adecuado para la prolongación anterior de la «placa X», de forma que los dientes incisivos inferiores ocluyan en el surco profundo que en la parte anterior de la placa se les ha labrado, para con ello prevenir su movimiento o reducirlo (Sved).

Este surco va recibiendo, cada dos meses, un aumento (en el material de la placa) de aproximadamente un milímetro; se abre la oclusión y se va luego reduciendo el surco de los incisivos hasta que los laterales alcancen la oclusión.

En otros casos puede dar excelentes resultados el monobloc de Andresen, que llega a resolverlo en poco tiempo. La placa se lleva exclusivamente por la noche.

RESUMEN

La extracción seriada en un solo maxilar puede llegar a corregir espontáneamente la disgnacia con distoclusión. Fueron Kjellgren (1948) y Hotz los que primero lo propusieron y tiene en sí este tratamiento la ventaja de poder ser estudiado por el práctico general por la circunstancia de que, decidida la avulsión, existe cronológicamente tiempo para ir amoldándose al tiempo y estudiar la evolución del caso. Es, pues, un método generalmente sin peligros, ya que la tercera posible extracción —la del premolar permanente— puede realizarse o interrumpirse.

Esta contingencia se puede dar ya hasta con la primera misma de las extracciones, la del canino de leche, pues con él es posible de obtener espacio con una placa, y así puede conseguirse, en plazo corto, la regulación oclusal, pudiendo, en consecuencia, abandonar las demás extracciones proyectadas.

Es cierto que el empleo de este tratamiento es más bien reducido en los casos de distoclusión del maxilar superior o en la mesioclusión inferior, sin que haya supraoclusión (Schwartz).

Una preocupación en este método sería para aquellos casos en los que el ensanchamiento de los maxilares fuera imperioso, circunstancia que hace el procedimiento inadecuado.

La extracción oportuna de los dientes de leche ya había sido considerada por Zsigmondy (1890) y Colyer (1919) y tantos otros prácticos que la emplearon, temerosos de haber incurrido en torpeza, en aquella época de la intransigencia de la escuela americana de Angle, criterio

que fué alcanzando jerarquía científica con la interpretación de los distintos autores como Kjellgren (1929), que sistematizó el método, método que llamó de «las extracciones seriadas» y que, por lo tanto, había que establecerlo en el momento de la dentición mixta, o Bustin (1932), que estudió los efectos de dichas avulsiones, o los posteriores de Hotz (1940), Schwartz (1942), Heusser (1948), Harnisch (1950), realizados en animales; Korkhaus o Heath (1950).

Hoy la extracción seriada constituye por sí sola una entidad perfectamente definida dentro de los tratamientos precoces ortodóncicos, mucho más en que las conquistas de las masas sociales obligan a una reducción o simplificación de los métodos y técnicas. Por otro lado, constituye una previsión a la que no se le puede hacer otra objeción que la destinada a los profesores de ortodoncia de las Universidades, que hora era de que se incluyera este método en su programa de enseñanza.

Esperémoslo, pues, para pronto en la Universidad Central.

LA SOLDADURA DE TRAMOS DE PUENTES

616.314—089.28—35

Al releer el trabajo de De la Fuente que publicamos en estas mismas páginas de hoy, nos viene a la memoria la serie de problemas técnicos que la construcción de los tramos de puentes allá por los comienzos del siglo actual presentaban a los profesionales de manera súbita por causa de fracturas de tramos o inserciones (;oh, las coronas fenestradas!).

Se construían entonces los puentes sostenidos en cada uno de sus extremos por coronas metálicas (que algunas veces eran de platino), constituyendo el tramo por un colado en metal precioso con frente de porcelana con pernos de platino.

Aquí, como en la técnica que refiere el autor citado, la porcelana había sido ya expuesta a las mismas altas temperaturas dentro del cilin-

dro en el que había sido hecho el colado, sin que por ello se resquebrajaran.

Pues bien, si para el proceso primitivo del colado el diente de porcelana entraba en el cilindro y tras el colado del oro salía incólume, en los casos de reparaciones rara vez se salvaban todos los dientes de sufrir alguna fractura.

Para evitarlo vimos recurrir, durante décadas, a proteger los frentes en las partes a soldar con amianto, invistiendo el todo en revestimiento y aplicando la llama suave y progresivamente para terminar aplicando una soldadura lo más baja posible. A pesar de tales medidas eran frecuentes las fracturas. Entonces sólo quedaba el destruir el frente y horadar el bloque o tramo del colado y exactamente en la parte correspondiente y hacer dos perforaciones por las que se lograba pasaran los pernos del platino de un nuevo frente de porcelana, para volver a intentar, con la misma técnica, ahora que con mayores probabilidades de éxito, el depositar una nada de soldadura en el dorso o parte lingual del tramo por donde aparecían los pernos.

Era mucho más sencillo—una vez que conocimos el quid—hacer hervir las partes fracturadas del puente en una cápsula de porcelana repleta de cenizas (creemos recordar, aunque sin seguridad plena, que de carbón de leña) y unas gotas de agua, en donde desaparecía la capa de materiales grasos que pudieran cubrir el frente de la porcelana, y tras de esta sencilla operación jamás pudo advertirse la fractura de un diente de perno de platino, pese a que se colocaran los tramos en el revestimiento sin protección de amianto, que se calentaba, como es de ordinario, y se dejara enfriar igual.

Y esto tan sencillo es lo que nos interesaba decir a nuestros lectores, por si se les place repetir ahora la prueba o las experiencias de De la Fuente, que con este conocimiento que les participamos pueden reducirlas, encauzarlas o hasta hacerlas inútiles.

Otra cosa sería darnos la explicación, que nosotros ignoramos, y que a no dudar leeríamos todos con satisfacción. Esperemos la llamada.

PREMIO INTERNACIONAL ALBERT JOACHIM DE 1957

El doctor M. F. Watry representó a la Federación Dental Internacional, y en calidad de presidente del Tribunal, entregó al doctor L. W. Bryer, laureado del Premio, el premio en metálico durante la ceremonia inaugural el 30 de mayo de 1958.