

propiamente. En su consecuencia y con miras quirúrgicas, se tendrá en cuenta que las afecciones supuradas a este nivel, se abrirán camino antes en la región estilia, en la región de la glándula sublingual y en la misma cavidad bucal, a través de hendiduras preformadas o neoformadas, antes que rasgar la fascia cervical superficial bastante neta a este nivel.



● ORTODONCIA EQUILIBRADA E IMPORTANCIA DEL DIAG- NOSTICO EN ORTODONCIA

por el

Dr. Pedro Planas

DIVIDIRE este estudio en dos partes: una primera definiendo los siguientes conceptos "Ortodoncia", "fuerza dominante mandibular", "Ortodoncia equilibrada" y "Mínimo esfuerzo", conceptos que creo pueden ser útiles tanto para el diagnóstico como para la terapéutica de un caso.

Otra segunda exponiendo la orientación para la realización de la ortodoncia en nuestra clínica particular, destacando el valor primordial del diagnóstico y su importancia, a fin de elevar esta especialidad al punto que corresponda.

Ortodoncia.—Es la parte de la medicina que estudia la etiología y génesis de las anomalías funcionales y morfológicas del cráneo facial y cara, y tiene por objeto su profilaxis, diagnóstico y terapéutica.

Vemos pues, que no se reduce al empirismo de enderezar tal o cual diente, sino que el diente es el último elemento que visa nuestra cara terapéutica. Primero debemos apreciar el cráneo facial y cara; después como contenido del mismo los maxilares, y, por último, como contenido a su vez de éstos, los dientes.

Con este concepto podemos apreciar el valor primordial de la especialidad en la profilaxis del recién nacido, que a pesar de desdentado, ya le podemos aplicar ciertas terapéuticas al diagnosticar una anomalía cráneo facial. Lo que no podremos hacer si sólo apreciamos las relaciones dentarias. Así, pues, la edad ideal de aplicar los conocimientos verdaderos de la ortodoncia, no es ni a los seis años ni a los diez, y mucho menos a los doce, sino que la verdadera profilaxis y ésta es la terapéutica ideal de toda especialidad médica, es desde el momento del nacimiento hasta la erupción de los primeros dientes de leche y el segundo período ideal, es hasta la erupción de los primeros dientes permanentes. Esto no excluye el que por falta de tratamientos profilácticos o precoces debamos y podamos aplicar terapéuticas en edades más avanzadas.

Como dije, el objeto de la especialidad es la corrección de lo estético y lo funcional. Ambas terapéuticas generalmente corren pareja; pero hay casos en que no ocurre así, y son éstos en los que el conocimiento de lo normal y un diagnóstico perfectísimo juegan un papel importante para el buen éxito del tratamiento.

Se impone, pues, como primordial condición el conocimiento completo de lo normal a fin de poder medir o comparar con él lo patológico y poder apreciar en los casos difíciles, si interesa sacrificar la función en beneficio de la estética o la estética en beneficio de la función.

Momento ortodóncico.—El cráneo facial y cara en general, el órgano de la masticación en particular con sus partes duras: maxilares, dientes y blandas: músculos propios de la masticación, de la cara y de la lengua, articulación témporo-maxilar; crecen y se desenvuelven sometidos a un sistema de causas, estímulos o fuerzas.

Estos estímulos son: la fuerza de la masticación provocada por los músculos que tienen esta función, los bucinadores, los orbiculares y demás músculos de la cara y de la lengua, la presión atmosférica, el estímulo de crecimiento normal de todos los tejidos vivos con su estigma peculiar hereditario, los estímulos patológicos tanto heredados como adquiridos, el medio ambiente, etc.

La resultante de todas estas fuerzas es la que crea el sistema de equilibrio que nos mantiene el “momento ortodóncico”, por así llamarlo, de aquella boca.

Ahora bien: cuando uno o más de estas fuerzas se hace dominante en el sistema equilibrado, lo desequilibra y desplaza o deforma en su sentido hasta establecerse otro sistema en “equilibrio patológico” provocado por la reagrupación de las fuerzas restantes, que le ofrecen una reacción igual y contraria.

Del tiempo en que estas fuerzas reaccionales tardan en reagruparse dependerá el grado de deformidad establecido. De todas maneras, aunque la fuerza deformante actúe indefinidamente, siempre se llega a un estado de equilibrio patológico, pues la reacción que se establece aumenta en mayor proporción que el desplazamiento. Lo que no sabemos es en qué punto distante de lo normal se establecerá el “equilibrio patológico final”.

Ortodoncia equilibrada.—Analizando el sistema vemos que en él poseemos una fuerza mayor en proporción a las otras que forman parte del mismo, y de la que podemos utilizar y utilizaremos una buena parte, para ser nuestra primera colaboradora, en la terapéutica, más que los arcos, resortes, gomas, etcétera. Esta es la fuerza de la masticación.

Todos hemos asistido en nuestra clínica particular a una rapidez mayor en las correcciones hechas en los individuos activos, buenos masticadores, que en los perezosos y malos masticadores.

Una prueba que todos pueden hacer, si no la han hecho ya, y que yo hice para confirmar lo que les expongo por el deseo de darme la confirmación práctica de las cosas, es la siguiente:

Un enfermo que seleccioné al ver su robustez, sus costumbres de aldea, su aspecto obediente, masticador activo, que tenía relaciones mesiodistales perfectas bilaterales, estrechez o comprensión idéntica en ambas arcadas y ligero apiñamiento de la región frontal o incisiva. El caso para mí no podía ser más a propósito. Le coloqué un aparato de expansión sólo en el maxilar inferior y empecé a ensanchar muy lentamente, exi-

giéndole una buena masticación, alimentación con cosas duras, mascar goma, y debo decir que cumplió perfectamente.

Muy lentamente conseguí un ensanchamiento de ambos maxilares de cinco mm. aproximadamente, expansión suficiente para poder desapiñar los incisivos. Una vez esto corregido, y después de unos días de retención sólo en el inferior, coloqué un aparato de retención en el maxilar superior, que aún no había llevado nada, quitando el aparato del inferior.

Sucedió lo que yo esperaba, o sea que el superior se mantenía debido al aparato, pero el inferior empezó a estrecharse, y hubiese continuado por este camino si no le pongo nuevamente el mismo aparato que le había quitado. No obstante, después quité el aparato que puse en el superior y que sólo llevó unos días, y éste se mantuvo ensanchado sin ningún aparato.

O sea, el inferior ensanchado por un estímulo cualquiera, en este caso el aparato de expansión, arrastró y mantuvo ensanchado al superior. Lo contrario no nos fué posible conseguirlo.

De aquí se deduce que el maxilar superior y la fuerza masticatoria no tiene suficiente resistencia para mantener la mandíbula ensanchada: contrariamente, el maxilar inferior nos dió el estímulo necesario al superior para ensancharse y mantenerse.

Fué ésta, a mi modo de ver, una "expansión totalmente equilibrada", pues aquellos molares y premolares permanecieron siempre en mutuo contacto articular, en la posición de equilibrio que sus caras triturantes les indican. Además con un perfecto desarrollo en su base apical, prueba máxima de que el estímulo de expansión fué lo más fisiológico posible, lo que no ocurre en muchos tratamientos por causas de exceso de fuerza expansiva o desequilibrio prematuro de la oclusión.

No quiero yo con esto preconizar este "método equilibrado" como el que debemos emplear en nuestra práctica por ser excesivamente lento y no encontrarnos en la mayoría de los casos con enfermos de esta naturaleza tan adaptables y tan buenos masticadores, pero sí ha de servirnos para tomar nota de lo siguiente:

Aplicando una fuerza de expansión F— al inferior y cero

al superior conseguimos un ensanchamiento equilibrado lento; para ir más rápidos deberemos aplicar una fuerza A — más 0— (cero) al superior y otra A — más F — al inferior, siendo F el valor de la desproporción que nos mantiene la expansión equilibrada.

Fuerza dominante mandibular.—Si retrocedemos al ejemplo primero de la expansión del maxilar superior con sólo el arco de expansión en el inferior, así como la oclusión de la misma llamada “expansión equilibrada”, manteniendo cierta desproporción de fuerzas expansivas entre el superior y el inferior, vemos que el maxilar inferior tiene un “carácter dominante” en fuerza sobre el superior por el hecho que ya mencioné de que el inferior nos mantenía el ensanchamiento del superior, y, por el contrario, éste no nos podía mantener la expansión del inferior.

Esto se explica por su mayor resistencia y por poseer, además de la fuerza normal de la masticación, idéntica al superior, una “fuerza viva”, fruto del movimiento que posee. Cosa que no ocurre con el superior por ser pasivo. Este “carácter dominante, no obstante, no existe cuando no hay función masticatoria, por ejemplo, en los lactantes, pues en estos casos el superior regula el desarrollo del inferior.

Esto nos induce a pensar que la deformación del maxilar superior, siempre que exista función masticatoria y no haya causas que nos desorienten sus movimientos, estará en función de la mandíbula debido al carácter dominante que posee.

De esta manera, al estudiar una malformación para hacer un diagnóstico, en vez de dirigirse nuestras miradas al maxilar superior, como es uso y costumbre, aunque éste es el que generalmente nos trae al cliente a nuestra consulta (y el punto de vista de sus padres y amigos), debiendo el profesional primeramente ver la mandíbula y, en función de ésta, el maxilar superior.

Insisto, pues, en tomar en gran consideración este “carácter dominante” del maxilar inferior y es el que ha de visar y principiar nuestras medidas terapéuticas, secundandolas después en el superior.

Como ejemplo voy a relatar un caso de mi clínica particu-

lar y que fué como sigue: Se trataba de una niña de once años con malformación, más o menos idéntica a la del chico que ya les hablé de mi experiencia; relación normal bilateral de molares, comprensión de ambas arcadas, no hay sobremordida e incisivos en vestíbulo versión.

Como es siempre mi costumbre, y por los motivos que he dejado expuestos, empecé colocando el aparato de expansión en el maxilar inferior. Mientras preparaba el superior para recibir su correspondiente aparato, la niña sufrió una caída de bicicleta, y consecuencia de ella fué una contusión en el labio y región incisiva superior. Vino a mi consulta con la cara en un estado lamentable, hinchada y con el grupo incisivos superiores bailando, que diríamos en terminología fácil. La mandé hacerse tratamientos locales y descongestivos a fin de ver la evolución del proceso, así como unas radiografías.

Nuevamente vino a mi consulta, a pesar de haberla recomendado que volviera al día siguiente, cinco días después en que aparentemente había regresado todo a la normalidad. Digo aparentemente porque el aspecto era normal, no quedaban ya señales del traumatismo ni la más mínima sensación de dolor, pero los dientes incisivos superiores, central y lateral izquierdos, parecían que iban a caerse de un momento a otro.

Aunque según algunas opiniones se hubiesen debido hacer las extracciones, yo decidí, visto que la radiografía no causaba ninguna fractura, dejar y vigilar.

Naturalmente que me abstuve por completo de colocar aparato expansivo o de ningún otro género en el maxilar superior.

Los padres, creyendo que aquellos dientes estaban irremediablemente perdidos querían con mucho pesar dejar el tratamiento. Al ver el desconsuelo que esto les causaba les propuse continuar el tratamiento sin hacerme responsable del resultado y asegurándoles el éxito solamente en el caso de que no perdiéramos aquellos dientes. Puestos de acuerdo, y acordándome del caso de mi experiencia, decidí repetirla.

Aquí hube de tener mucha paciencia con la niña y sus padres, pues era muy perezosa, y para convencerla de alimentarse con cosas duras, mascar goma y hacer ejercicios sólo yo sé

lo que me costó. No obstante, y a pesar de su pereza, conseguí que me obedeciera y siguiera mis consejos.

De esta manera, y sin ningún aparato en el maxilar superior, conseguí en dos años hacer la expansión de ambos maxilares suficiente para alinear los incisivos, lo que llevé a cabo con un aparato apropiado en el maxilar inferior en medio año más. Me olvidaba decir que al cabo de un año de tratamiento los incisivos superiores aun gozaban de bastante movilidad.

Una vez el maxilar inferior completamente corregido lo fijé y di de alta a la enferma, recomendándole buen ejercicio masticatorio y que viniera a verme de tres en tres meses. Seis meses después los caninos habían hecho su completa erupción, habiendo transcurrido desde que se empezó el tratamiento tres años, contando la niña a la sazón catorce años.

El maxilar superior estaba perfectamente articulado con el inferior, y los incisivos superiores estaban prácticamente en su lugar con un espléndido desarrollo de su base apical, y esto lo habíamos conseguido sin ningún aparato en el maxilar superior, debido a la "fuerza dominante".

Igualmente no nos fué necesaria retención más que en el inferior, y aun durante un período cortísimo, por haber sido éste un tratamiento cien por cien "equilibrado".

El tratamiento "equilibrado" hemos de pensar que ha de ser lento, por lo menos en comparación de otras terapéuticas reguladoras, pero si analizamos en total, tenemos la compensación que no necesitamos el período retentivo o período de fijación que es imprescindible en las que se realizan con gran rapidez; o sea que en total empleamos el mismo tiempo, pero con una ventaja, y es que, como durante el tratamiento equilibrado están permanentemente todos los sistemas en equilibrio, todas las estructuras óseas y musculares cráneo-faciales se adaptan funcionalmente y lentamente, y sus nuevas posiciones, siempre en equilibrio, hasta el fin del tratamiento. No necesitamos por consiguiente fijación ni retención para que éste se restablezca, puesto que no le hemos perdido.

Mínimo esfuerzo.—Cuando empieza a actuar la fuerza desequilibradora, o sea cuando empiezan a iniciarse las lesiones en el momento ideal de empezar nuestra terapéutica, consiguiendo

con un "mínimo esfuerzo" hacer regresar el sistema a la normalidad y evitaremos así los agrupamientos reaccionales, muy difíciles de deshacer cuando llevan mucho tiempo actuando.

Desgraciadamente esto no ocurre porque no acostumbramos a ver a los enfermos en la edad joven, propia para hacer el diagnóstico precoz, y cuando los vemos, muchas veces sólo se hace un ligero diagnóstico de naturaleza y nada más.

Puesto que lo que nos mantiene el estado ortodóncico de una boca es la resultante de las fuerzas que acabamos de enumerar, no nos es difícil adivinar que con otra pequeña fuerza introducida en el sistema podremos desbaratar, cual castillo de naipes, a aquel que parecía invulnerable, y más aún si para ello

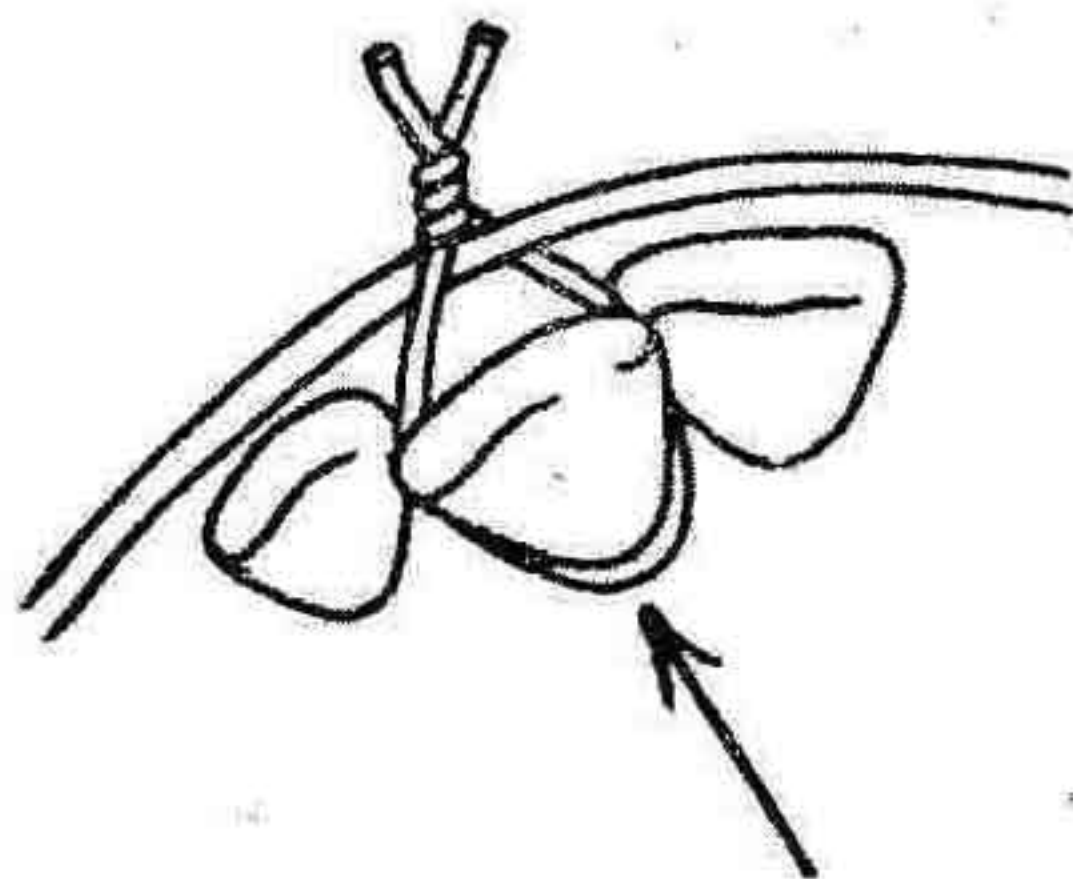


Fig. 1.—Hagamos primero sitio; luego llegará el diente a su sitio.

utilizamos las mismas fuerzas existentes, descomponiéndolas, cambiándolas de dirección o suprimiendo alguna de ellas.

Con esta norma simplificaremos, en vez de complicar más, aportando una nueva fuerza al sistema, ya de por sí complicado.

Asimismo nunca iremos a modificar un sistema de equilibrio, producido por varias fuerzas más o menos continuas y constantes, por medio de una fuerza excesivamente rígida ajena a las del sistema sin producir desequilibrios violentos y consecuentemente un traumatismo.

Contrariamente aplicaremos y utilizaremos fuerzas ya existentes suaves, continuas, cual "estímulos fisiológicos", a fin de no traumatizar la inercia del sistema, y de esta manera, con un "mínimo esfuerzo", produciremos el máximo desplazamiento.

Igualmente cuando tenemos un diente que en terminología

fácil decimos que no tiene espacio en la arcada, o sea, que está situado por dentro o fuera de la misma, y los dientes contiguos están separados por un espacio inferior al diámetro mesio-distal del primero, nunca debemos hacer lo que desgraciadamente está escrito o dibujado en muchos libros (fig. 1).

Lo que sí debemos hacer es primeramente es espacio exacto para que quepa el diente en cuestión, así como previamente ver si la oclusión con su antagonista le permitirá llevar a cabo el movimiento que deseamos, en suyo caso debemos primeramente mover éste; después de estos movimientos previos la propia

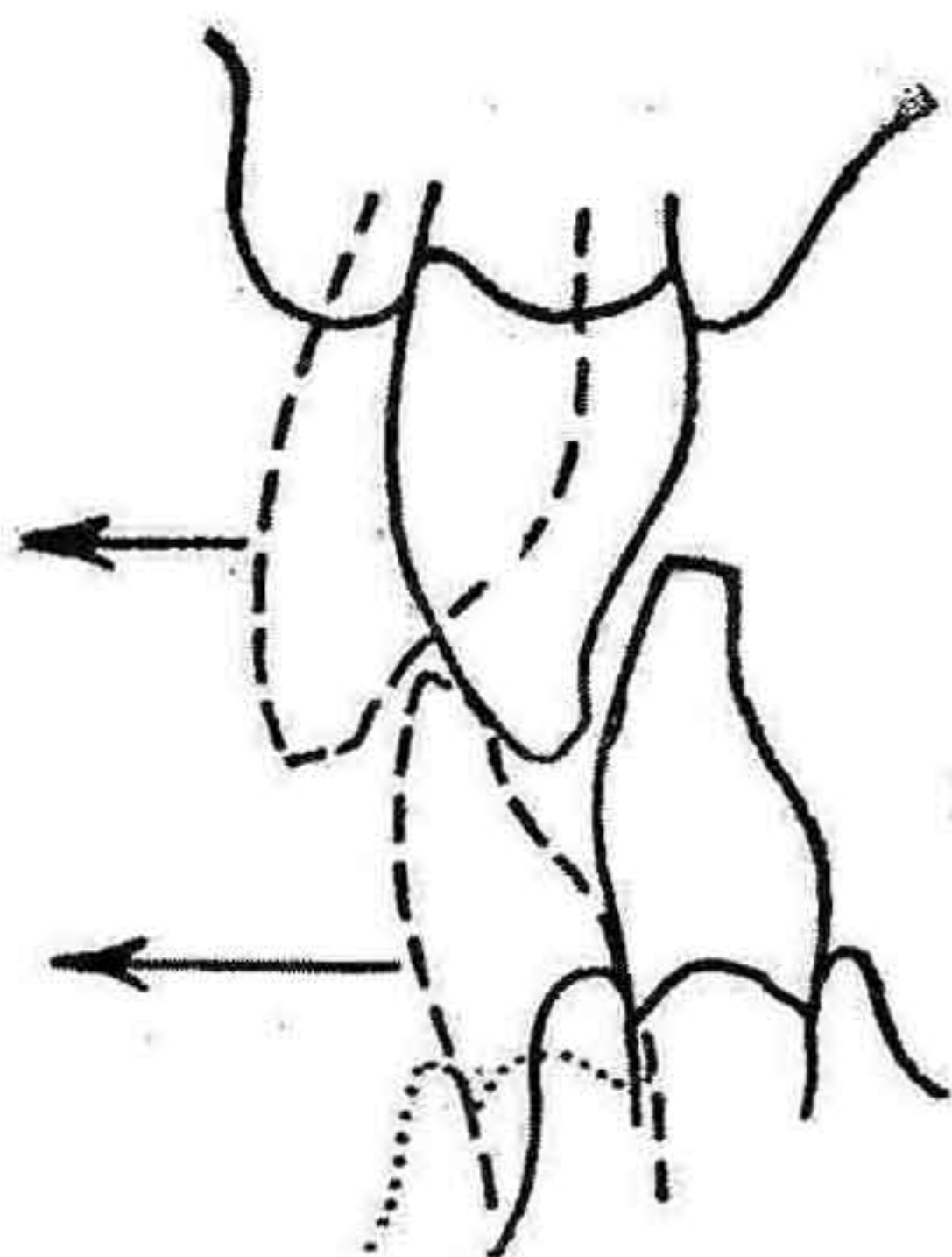


Fig. 2.—Perdemos el tiempo en vestibular un diente superior si no hacemos simultáneamente lo mismo con su antagonista.

lengua o el labio, ayudados por un pequeño resorte, nos colocará el diente en su posición correcta, o sea conseguiremos nuestro fin con un “mínimo esfuerzo”.

Exceptuaré el caso de que esta malposición sea provocada por un defecto morfológico de la lengua o labio, pues en este caso desequilibraríamos el sistema, haciendo la corrección.

El forzar violentamente, como indica la figura, aquel diente, implacablemente sometido a la tracción de la ligadura o a la presión de un resorte, teniendo el infeliz que abrirse camino por un sitio donde no puede pasar, tropezando muchas veces con la oclusión de su antagonista, que a lo mejor está inmobilizado por un arco, llega el pobre a soportar tal esfuerzo en su ligamento que éste se ve torturado y sujeto a fenómenos de li-

sis y compresiones vasculares en los tejidos adyacentes, muy favorables a las reabsorciones radicales.

También perdemos el tiempo en vestibular, por ejemplo, un diente superior (fig. 2) si no hacemos lo mismo con su antagonista simultáneamente y que tendrá el mismo defecto. Si tal hacemos desequilibramos este diente al separarlo de su antagonista, pues le suprimimos el estímulo masticatorio; como resultante, el diente crecerá si es que el estímulo de crecimiento aun está en vigor. Si este estímulo ya no existe una vez que se quite el aparato tomará su primitiva posición, pues es la de su equilibrio estable. Si contrariamente vestibulamos los dos, manteniéndolos siempre articulados, el resultado será "equilibrado", y lo habremos conseguido con un "mínimo esfuerzo", pues los labios, la lengua, el estímulo de crecimiento, la fuerza masticatoria, el contacto mesiodental, etc., nos mantendrá aquel nuevo sistema en equilibrio.

Hemos, pues, de tener en cuenta que nuestras mejores fuerzas colaboradoras son: la masticación, la lengua, las mejillas y labios, los estímulos de crecimiento, la presión atmosférica, etcétera. Si es con ella que colaboramos para hacer un tratamiento, nuestro éxito será seguro, porque acabado el mismo allí quedan todas ellas bien equilibradas para mantenerse en el estado en que las dejemos.

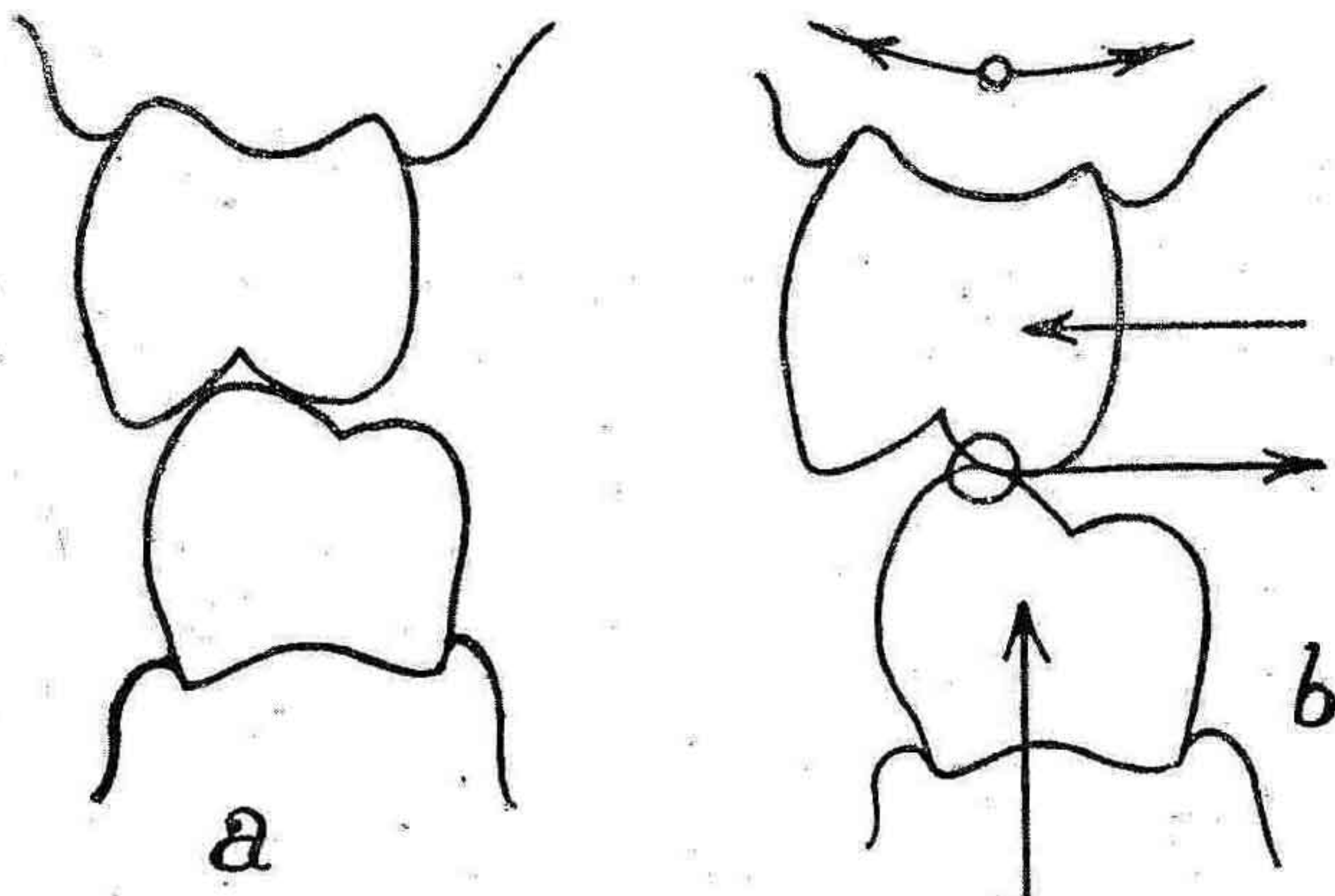
Si nos fiamos en exceso de las fuerzas extrañas de los aparatos, el día que los quitemos se perderá nuevamente el equilibrio y se establecerá un nuevo orden de cosas que nos puede acarrear un fracaso.

No consiste, pues, la retención en ortodoncia, como muchos imaginan, en esperar que los huesos se endurezcan. Es un conjunto de causas bastante más complejo que actúa en la retención y que no es este el momento a propósito para hablar de ellas; pero sí puedo decir que una de las más importantes es la obtención de un perfecto "estado final equilibrado".

Ejemplo de tratamiento equilibrado.—Con estos conceptos más o menos claros de "expansión equilibrada", "mínimo esfuerzo" y "fuerza dominante del maxilar inferior" expondré unos de mis sistemas de tratamiento y escogeré el pan nuestro de todos los días del ortodoncista, nunca solucionado a la per-

fección, ni pretendo yo haberlo solucionado, que es el tratamiento de las distoclusiones verdaderas, pues no me quiero referir a las falsas, cuya terapéutica es el fórceps y que por desgracia se aplica a muchas distoclusiones verdaderas que inconsistentemente se las diagnostica de falsas, cuando las falsas son raras, muy raras; mejor dicho: rarísimas.

Para refrescar y mejor poder establecer comparación voy a exponer el tratamiento del mismo caso, primero, por uno de los métodos más corrientes por lo que he visto y de los más



En a) se puede apreciar los premolares, de la zona de sostén, en posición equilibrada. En b) se puede apreciar el movimiento de vaivén a que está sometido el premolar superior y producido, hacia el vestíbulo por la fuerza expansiva, hacia el paladar o la resultante de la descomposición en las caras triturantes de la fuerza dominante mandibular.

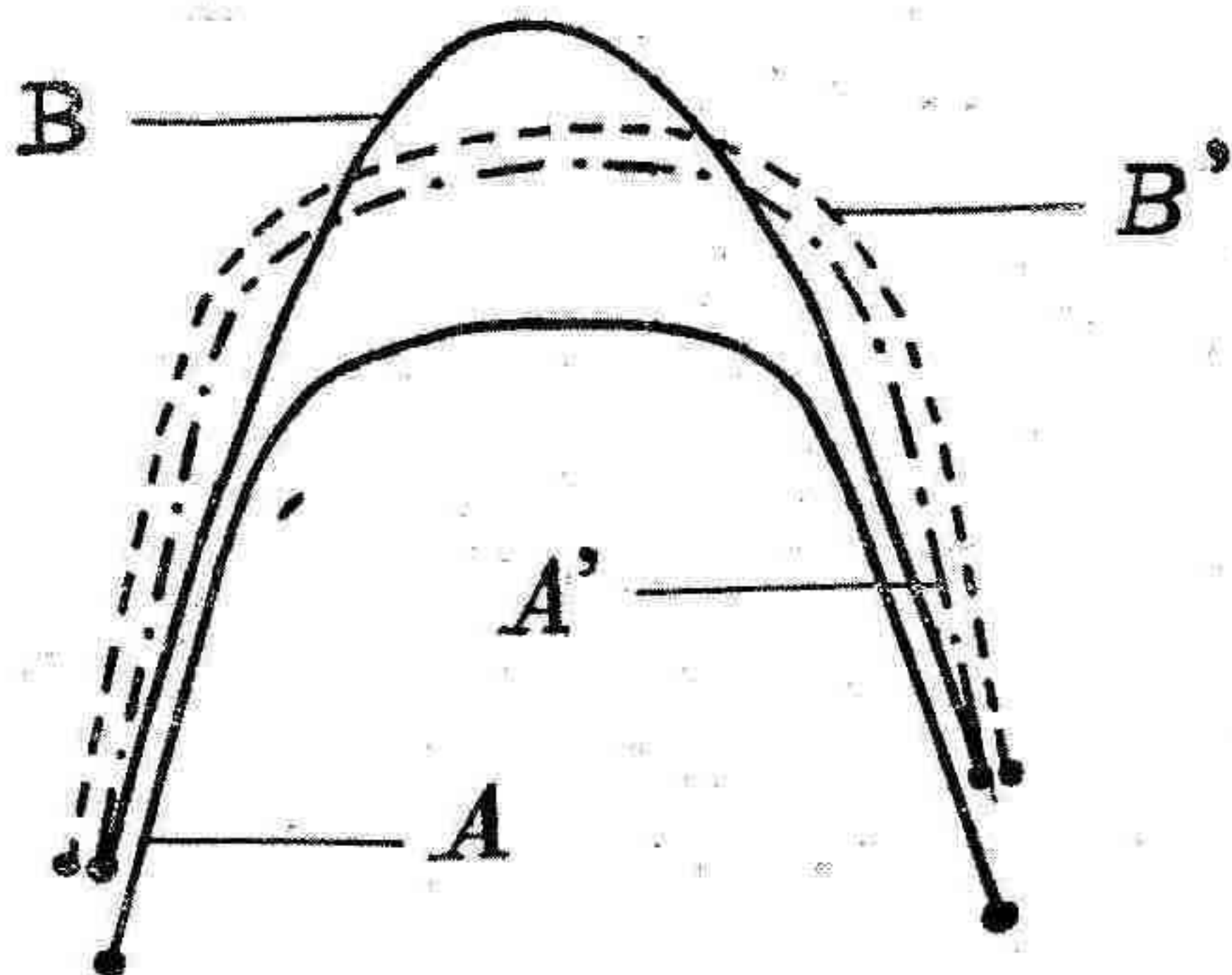
empleados, y segundo por el mío, que yo llamo “equilibrado”.

Se trata del caso siguiente: maxilar superior con estrechez frontal, incisivos apiñados, maxilar inferior en formación normal, distoclusión bilateral, ligera sobremordida.

La solución corriente es la siguiente: Ensanchamiento del arco superior y alineamiento de los incisivos hasta darle la conformación normal, que verificamos por las medidas y cálculos apropiados, así como haciendo realizar al enfermo movimientos de propulsión mandibulares en el transcurso del tratamiento para confirmar la coincidencia de ambos maxilares. Una vez esto conseguido empezamos la segunda parte del tratamiento,

o sea corregir la distoclusión por el método que se prefiera: gomas intermaxilares, bielas, plano inclinado, etc., etc., y así se espera que se restablezca la articulación en esta nueva posición.

Ahora bien: analicemos lo que pasa con este tratamiento. En el momento que empezamos a ensanchar el superior, automáticamente desequilibramos las zonas laterales de sosten de la oclusión, principalmente en la región de los premolares, pues los desarticulamos de sus antagonistas sometiénolos a un movimiento de vaivén o "jigling", tan perjudicial para el ligamento producido vestibularmente por el aparato de expansión y lingualmente por la fuerza de la masticación descompuesta en las caras triturantes (fig. 3). Esto dura casi todo el tiempo



Si a medida que ensanchamos el arco superior B avanzamos el inferior A por el espacio que le franquea el primero, conseguiremos un contacto equilibrado de los soportes laterales. A equilibrado con B. A' equilibrada con B' y lo mismo sucede con las posiciones intermedias. Si llevamos B a la posición B' sin mover A, vemos que A y B' están completamente en desequilibrio y sólo lo recobramos al avanzar A a la posición A'.

que se hace la expansión. Al empezar la segunda parte, o sea corregir la distoclusión, producimos un nuevo y violento desequilibrio, que mantenemos hasta que se restablece la oclusión, punto final del tratamiento.

En resumidas cuentas, se deshizo el equilibrio al empezar, y sólo se recuperó al finalizar el tratamiento (fig. 4).

Expondré ahora el tratamiento del mismo caso anterior por el método equilibrado. Empezamos ensanchando el superior

muy lentamente, pero al mismo tiempo colocamos fuerza intermaxilar. De esta manera, a medida que el superior ensancha lentamente, el inferior penetra hacia adelante por el espacio que el superior le franquea al ensancharse. Simultáneamente la fuerza dominante del inferior, reforzada por la fuerza intermaxilar, estimula el ensanchamiento superior. Vemos, pues, que una fuerza se ayuda a la otra; de esa manera no se pierde el contacto equilibrado entre las caras triturantes de las zonas laterales de sostén, que, a su vez, la función les favorece el estímulo de crecimiento y desarrollo apical. Igualmente, a medida que la expansión superior aumenta y el maxilar inferior avanza mesialmente se alinean los incisivos superiores, pues se ven obligados a hacerlo puesto que ya tienen espacio conseguido por el ensanchamiento y la presión del labio, reforzada por un arco vestibular por delante; y los incisivos inferiores, bien alineados, según quedó dicho, por detrás, nos consiguen equilibradamente este fin.

En apariencia este tratamiento es más lento y requiere un control minucioso de las fuerzas aplicadas, y conviene acompañarlo de una buena función masticatoria. Pero el tiempo que perdemos en el tratamiento activo lo economizaremos en período de retención que casi se hace innecesario, pues llegamos al final equilibrados y sin haber perdido la función durante todo el tratamiento.

Observemos, pues, que el maxilar inferior es el que nos controla el tratamiento. Articulando por dentro del superior es el que, una vez bien conformado, nos hace mantener tenso y bien conformado al superior, presionando de dentro a fuera, de atrás adelante y de abajo arriba, al igual que una cámara de aire mantiene tenso y redondo su neumático.

De lo expuesto concluimos lo siguiente: Debemos utilizar los aparatos ortodóncicos, dándoles el concepto físico-biológico de sistemas de fuerzas, de los cuales nos servimos para desplazar los sistemas patológicos desequilibrados, anormales, en sistemas fisiológicos equilibrados, normales, sin perder el equilibrio en el tránsito de uno a otro, y lo ideal para eso es realizar todos los movimientos simultáneamente.

Repetiré la conocida frase "La función crea el órgano".

Así, pues, para perfeccionar el órgano debemos perfeccionar la función. Insisto por última vez que nuestra terapéutica no debe tener por objeto mover tal o cual diente o grupo de ellos, sino que debe ir más allá. Con un buen diagnóstico tiene que tender a estimular un funcionalismo y morfologismo normal, a fin de que anatómica y fisiológicamente el órgano (para nosotros el cráneo facial y cara) recobre su normalidad.

Antes de finalizar esta primera parte quiero hacer notar lo siguiente: en los últimos años se han popularizado diversos métodos de ortodoncia, entre los que podemos mencionar el de Angle (anticuado ya en nuestros días y puesto de parte), De Coster, Simon, Schwarz, Andressen, etc., etc., cada uno de ellos con su método más o menos perfecto de diagnóstico y sus aparatos, ya sean arcos de tracción, presión, placas, activadores, etc.

Ya dejé sentado al principio los inconvenientes de quien sólo confiaba en los aparatos. Lo que hemos de saber es nuestra *finalidad*, y conocida ésta bien, ejecutaremos el tratamiento con cualquier aparato. Naturalmente que con unos más fácilmente que con otros.

Así, pues, enfocándolo de esta manera no pretendo bajo ningún concepto que mi "sistema equilibrado" sea un método más para sumar a los otros, pues ni expongo ningún sistema de diagnóstico ni aparatología; pero lo que pretendo es que sea una *finalidad* que debemos mantener en nuestro tratamiento para que sean eficientes todos los aparatos, y esto sólo lo conseguiremos teniendo en cuenta el "mínimo esfuerzo", "la fuerza dominante mandibular" y, en resumen, la "ortodoncia equilibrada". De esta manera nuestra ortodoncia será funcional, biológica y equilibrada con cualquier aparato que sea empleado.