

ORTOPEDIA DENTO-FACIAL PARA USO DEL DENTISTA PRACTICO (*)

1.º En el tratamiento de las desviaciones dentarias precoces y su repercusión sobre el estado general, la ortopedia dento-facial es uno de los métodos profilácticos más eficaces.

2.º En presencia de cualquier anomalía real o presuntiva de la dentición primaria es necesario invitar a los padres a visitar al ortodoncista. En el caso de articulación invertida del bloque incisivo, intervenir sobre la dentadura decidua y no esperar una hipotética reducción espontánea que podría producirse en la dentición permanente. La espera agrava el peligro de instalación de un prognatismo más pronunciado, que podría requerir la osteotomía (nosotros utilizamos la mentonera unida con gomas al casquete, con óptimos resultados).

3.º Para otras anomalías de los incisivos permanentes (endonasia, sobreoclusión, rotaciones, diastemas), requerir el consejo de un ortodoncista; no esperar la erupción total de la arcada; ello constituye un grave error.

4.º Si entre los incisivos temporarios no existen diastemas, debemos esperar una carencia de espacio para los permanentes: avisar a los padres.

5.º Si la succión del pulgar se hace más de quince minutos por día, insistir para que el niño pierda el hábito. Si respira con la boca abierta (especialmente al dormir), invitar a los padres a consultar al otorrinolaringólogo (no conformarse con la afirmación que nos hacen los padres: «El niño ya ha sido tratado u operado por el especialista»); las alteraciones del pasaje aéreo son condicionadas por malformaciones nasales o rinofaríngeas congénitas o adquiridas recidivadas o intervenidas incompletamente.

6.º Ordenar radiografías en los siguientes casos: *a)* retardo en la evolución de los incisivos centrales permanentes (pueden encontrarse supernumerarios que deben ser extraídos); *b)* ausencia de los incisivos laterales permanentes (si el diente falta, se impone guardar el espacio); *c)* persistencia del canino temporario (si el canino permanente está retenido, tratarlo ortodóncicamente); *d)* buscar el germen del premolar

(*) Adaptado de A. M. Schwarz, «Dental Cadmos», 1957, 25:60.

(su ausencia o su malposición sobre el segundo premolar requiere tratamiento ortodóncico); *e*) antes de extraer el primer molar permanente (ver si están los gérmenes del segundo y del tercero).

7.º Colaborar con el ortodoncista para vencer la natural resistencia de los padres o parientes, en el caso que deba extraer dientes sanos.

8.º Los caninos serán para el adulto particularmente importantes, como futuros pilares para un puente eventual; por tanto, jamás extraer un canino, sino el premolar o el lateral y alinear el canino. (Además del papel que el diente juega en la conformación funcional del maxilar.)

9.º No extraer por razones ortopédicas el primer molar sano; si se encuentra muy destruido o devitalizado, es mejor sacrificarlo antes que otro diente permanente sano, para permitir la evolución de un molar de juicio normalmente constituido. El mejor momento para extraer un molar de seis años inferior es el período en que comienza la erupción del segundo molar; para el superior es mejor esperar un poco más. No olvidar que la extracción precoz de un diente primario o uno de seis años provoca graves desviaciones en una dentadura en plena evolución.

10. Es necesario convencer a los padres de la utilidad de los aparatos ortodóncicos movibles más modernos y que se llevan sólo de noche; son decididamente superiores a los fijos por su acción más biológica y su inocuidad. Además, protegen mejor de una eventual recidiva y aumentan el flujo salival, evitando la formación de caries.

(C. M. M. *per* Coop. Dent.)

FALTA CONGENITA DEL VELO PALATINO

La edad más a propósito para la intervención es el cuarto semestre de la vida, esto es, de los dieciocho a veinticuatro meses.

El pronóstico es bueno en todo tiempo. Si bien teniendo en cuenta que no sólo se busca con la intervención la corrección del defecto en su aspecto anatómico, sino en el funcional también, la edad arriba indicada es justo la mejor, en mi opinión. Casi todos estos niños requieren un entrenamiento fonético durante un buen período de tiempo en el post-operatorio; en los niños intervenidos en el cuarto semestre de la vida este tratamiento fonético puede ser muy corto e incluso se puede prescindir de él en algunos casos. En los niños operados tardíamente, su práctica fonética debe ser más prolongada y más extensa, e incluso en muchos de ellos no se puede lograr la producción de unos sonidos exactamente claros. De ahí la importancia de ser intervenidos en el momento oportuno. (J. G. Lestache Cabrera, *per* «Mdicamta».)