

POSIBILIDADES Y LIMITACIONES DEL TRATAMIENTO CON APARATOS FIJOS Y REMOVIBLES

por el

DR. WENDELL L. WYLIE

Profesor de la Universidad de California

En los Estados Unidos se usan aparatos fijos, mientras que en Europa se usan aparatos removibles. Esta simplificación excesiva presenta la situación inexactamente. Antes del desarrollo del arco E. por Edward H. Angle, los libros de texto estaban repletos con ilustraciones de dispositivos removibles diseñados para "regularizar los dientes". Algunos eran ingeniosos y se parecían a la clase de dispositivos utilizados en Europa actualmente. La tendencia en los Estados Unidos ha sido de separarse de los dispositivos totalmente removibles a favor de los aparatos fijados y hacerlos más complejos, con un mayor número de dientes con bandas. Las bandas llevan accesorios que proporcionan control sobre los dientes en las tres direcciones del espacio. Algunos arguyen que esto es prueba suficiente de la superioridad de los aparatos fijos sobre los removibles. Sostienen que puesto que los ortodoncistas en su país empezaron con aparatos removibles y prosiguieron con fijos de complejidad cada vez mayor, esto representa una evolución hacia lo mejor. Dicen que si los resultados del tratamiento no hubieran indicado dicho cambio, el cambio no se hubiera producido. Al hacer este argumento se ignora que pocos ortodoncistas están familiarizados con ambos métodos y, por lo tanto, no están en situación de llegar a una opinión competente.

En realidad, los aparatos removibles juegan un papel considerable en el tratamiento de casos realizados por especialistas que se basan en aparatos fijos. Estos dispositivos removibles son auxiliares del tratamiento, ya bien usados en combinación con los aparatos fijos o como una intervención preliminar a su uso. Por ejemplo, un ortodoncista que planea utilizar el arco de canto para la mayor parte del tratamiento de un caso de extracción de los cuatro bicúspides, puede colocar un paladar de acrílico con abrazaderas para el movimiento distal de los cani-

nos e incorporar en dicho aparato un plano de mordida que aumentará simultáneamente la dimensión vertical. El uso de dispositivos extraorales para la corrección de la maloclusión de clase II, frecuentemente requiere un plano de mordida adjunto. Otro uso importante de los aparatos removibles en combinación con los fijos, es la eliminación de las interferencias cuspídeas cuando los dientes tienen que moverse en el camino de otros dientes, cuyas excursiones impedirían el tratamiento.

Existe otra clase de problemas ortodoncicos que pueden resolverse con aparatos removibles sin poner ninguno fijo. Estos serían, la apertura de espacios hacia los cuales los molares se hayan inclinado, el movimiento de dientes aislados, como por ejemplo en la mordida cruzada anterior o cuando este movimiento sea necesario para la fabricación de un puente fijo.

Solamente en Europa se ha extendido la corrección de importantes maloclusiones por medio de aparatos removibles únicamente.

Otro grupo de aparatos removibles cuyo uso ha venido aumentando en los Estados Unidos en los últimos años, en su mayor parte a través de las enseñanzas de los Dres. Crozat y Gore de New Orleans, son los que se fabrican enteramente de metal y que ajustan con precisión sobre los dientes. Se mantienen en una posición definida sobre los dientes por medio de abrazaderas. En esto se parecen superficialmente a los aparatos diseñados por Víctor Hugo Jakson, pero en cuanto a la mecánica de los aparatos se parecen más a la combinación de los arcos lingual y vestibular o el arco de Lurie. Tienen apoyo dentario más que gingival.

Estos aparatos removibles de apoyo dentario, es dudoso que puedan exceder a las posibilidades de la técnica vestibular y lingual, en cuanto a la perfección de los detalles. Existen fuertes razones para pensar que los ortodoncistas en los Estados Unidos están muy preocupados con los detalles de posición dentaria, especialmente con respecto a los dientes anteriores, superiores. Esto está demostrado por el hecho de que muchos especialistas que estaban usando la técnica vestibular y lingual hace unos diez años, usan actualmente el arco de Johnson o alguna otra técnica con bandas a todos los dientes, que permite un control preciso sobre los dientes. Ortodoncistas que usan principalmente aparatos removibles, tienen que recurrir,

de cuando en cuando, a colocar bandas en dientes sobre los que necesitan ejercer un control más específico.

La comparación de la importancia entre ejercer un control exacto sobre los dientes o poder tratar un mayor número de pacientes, parece ser el punto principal en la controversia entre aparatos fijos y removibles, si en realidad, dicha cotroversia existe. Cuando los europeos defendiendo los paratos removibles aluden a su experiencia previa con aparatos fijos, dicha experiencia, en muchos casos, está limitada a la técnica vestibular y lingual. La combinación de los arcos vestibular y lingual ha sido útil en las manos de muchos ortodoncistas durante muchos años, pero aquél cuya experiencia con los aparatos fijos se haya limitado a la técnica vestibular y lingual debe proceder con precaución antes de entrar en controversia con especialistas que están usando habitualmente el arco de canto, la técnica universal o la de Johnson. Los que se han habituado a estos mecanismos más complicados, tienen conceptos y objetivos de tratamiento de acuerdo a las posibilidades de estos aparatos con muchas bandas y no van a considerarlos igual a los simples, solamente porque ambos estén pegados a los dientes con cemento.

Otro punto sobre el cuál ambas escuelas tienen dificultades para ponerse de acuerdo, es sobre la eficacia de comenzar el tratamiento en edad temprana y prolongarlo varios años. Algunos europeos sostienen que con un aparato fijo se empieza el tratamiento tan tarde que se han perdido las mejores oportunidades de guiar eficazmente el crecimiento y desarrollo dentofacial. En otras palabras, arguyen, que si debemos esperar hasta que un niño tenga 11 ó 12 años, en muchos casos la única solución del problema es extraer dientes y tratar el caso con aparatos que puedan controlar eficazmente las inclinaciones axiales de los dientes. Es verdad que en los Estados Unidos ha habido interés en el tratamiento de los pacientes jóvenes. Puede decirse que entre los años 1940-50 hubo una desilusión general entre los ortodoncistas de los Estados Unidos respecto al tratamiento en la dentición mixta o temporal. En la última década, sin embargo, ha habido un resurgimiento del interés en el tratamiento de dichas edades, aunque en su mayor parte este tratamiento no ha sido dirigido a recuperar las deficiencias en la longitud del arco. Más bien ha sido dirigido a la co-

rrección de anomalías en la relación de los maxilares en maloclusiones de clase II y clase III. Sería un error, sin embargo, el sacar como conclusión que los ortodoncistas que usan aparatos fijos no estén familiarizados con las posibilidades del tratamiento de los pacientes más jóvenes. Hasta aproximadamente 1940, la creencia general de los ortodoncistas que empleaban aparatos fijos era, con pocas excepciones, que toda maloclusión debía ser tratada tan pronto como diagnosticaba. Era además la creencia general que si se abordaba el problema a una edad temprana era más probable el éxito. La principal razón de que se abandonara ese punto de vista, fué que la observación a largo plazo de casos tratados de clase I demostraron haber sido inútiles con demasiada frecuencia. Es verdad que el desilusionamiento con el tratamiento temprano fué llevado demasiado lejos durante la década 1940-50, pero esto fué debido únicamente a que la desilusión por los resultados obtenidos con los tratamientos de casos de clase I en edad temprana, se extendió por muchos ortodoncistas incluyendo los casos de clase II a la misma edad. El incremento paulatino del interés en el tratamiento de los pacientes a un aumento en el tratamiento de maloclusiones de la clase II, no a una reavivación del interés en conseguir ganar longitud de arco en los casos en que el problema es esencialmente de apiñamiento.

Por lo tanto los defensores de los aparatos removibles no pueden argumentar que no existe una experiencia amplia concerniente a tratamiento temprano con aparatos fijos. Por el contrario, esta experiencia es un asunto archivado; ha sido evaluado por ortodoncistas de mucha experiencia; el tratamiento temprano de la deficiencia en longitud del arco sin el empleo de la extracción ha resultado inútil. Si los defensores de los aparatos movibles van a dejar de lado esta experiencia, deben mostrar casos suyos en número apreciable, un cierto número de años después de haber quitado todos los dispositivos de retención y que hayan mantenido durante esos años, demostrando que el tratamiento temprano de las maloclusiones de clase I es útil. Si son capaces de hacer esta, será porque pueden demostrar que es preferible aplicar las fuerzas contra la encía que contra los dientes. Esto es, desde luego, lo que ellos sostienen, aunque hasta ahora deben admitir que también encuentran recidiva. Es interesante notar que los defensores de

los aparatos removibles tienen que apoyarse en las explicaciones de la recidiva útil hace veinticinco años en los Estados Unidos: Presión de los terceros morales antes de su erupción, tendencia a la inclinación de los dientes y exceso de presión en los puntos de contacto por obturaciones.

Los ortodoncistas de los Estados Unidos que no se han entusiasmado con el empleo de los aparatos removibles hasta llegar a excluir los fijos (y esto incluye a la mayoría de los ortodoncistas norteamericanos) están inclinados a descontar gran parte de las ventajas atribuídas a los aparatos removibles. Los aparatos removibles son más "biológicos". El activador es un cuerpo extraño, como lo es un aparato fijo y puede, en manos inexpertas, fácilmente infligir sobre los tejidos, fuerzas de magnitud excesiva. Como en el caso de los aparatos fijos, la habilidad y el buen juicio del operador son decisivos, no el hecho de que el aparato esté o no cementado dentro de la boca.

El punto más fuerte a favor de los aparatos removibles es que permiten al ortodoncista, no solamente manejar un mayor número de casos, sino también delegar una parte de sus procedimientos técnicos al personal auxiliar. Este hecho debe ser aceptado por los defensores de los aparatos fijos, así como sus oponentes deben aceptar que un aparato con bandas múltiples es más posible que conduzca a un resultado final con exactitud de detalles. Entre los innumerables casos que acuden al ortodoncista en busca de tratamiento, existen los que positivamente podrán tratarse mejor con aparatos fijos y un cierto número que podrán tratarse muy satisfactoriamente con aparatos removibles. Los casos entre una y otra indicación, son los que ambas escuelas naturalmente discuten. En los años próximos habrá un número cada vez mayor de niños que necesiten tratamiento ortodóncico y como resultado, un pedido creciente de ortodoncistas para sus servicios. Los medios para poder tratar este mayor número de pacientes deben considerarse seriamente y uno de ellos sería el uso de aparatos removibles.

(*per* Ortodncia., 55, 1959).

IDENTIFICACION DE LA CANDIDA EN LA EXPECTORACION

Cerca del 80 por 100 de las bronquitis poseen en la expectoración candida, de las que siete de cada diez, son del grupo albicans. En este estudio la identificación de las cepas no ha sido posible por el empleo de dos técnicas: de una parte por la siembra rebajada en placa de Petri conteniendo gelosa de Sabouraud más 400 centímetros cúbicos de cloromicetina, medio eficaz en el aislamiento de cepas puras y exentas de infección microbiana en vista de pruebas de fermentación; de otra parte la prueba de producción de clamidosporas en medio de patata-zanahoria-bilis, conocida por PCB. La siembra en estria sobre medio PBC a 20 grados nos parece un medio de diagnóstico del candida albicans eficaz en el 90 por 100 de los casos y el más rápido en los casos de ligera inoculación. (Rev. Belg. Path. Med. Expmtle., 356, 5, XXVI.)

TERAPEUTICA CELULAR

El médico suizo, doctor Niehans, introdujo la terapéutica celular hace aproximadamente quince años, como un método terapéutico para casi todas las enfermedades crónicas y él consideraba que era particularmente valiosa en el tratamiento de pacientes con aterosclerosis, nefropatía crónica, osteoartritis, artritis reumatoide y úlceras crónicas gástricas y duodenales. La base del tratamiento consiste en mezclar en solución fisiológica extractos frescos de la hipófisis y otras glándulas endocrinas de terneros recién nacidos e inyectarlos al enfermo. El doctor Niehans ha escrito numerosos artículos sobre este asunto.

La palabra «Frischzell», como también se denomina a la terapéutica celular, significa célula fresca. Más recientemente, las células no eran administradas en estado fresco, sino después de un proceso de desecación por congelación, llamándose entonces el producto Siccacel o célula desecada. Nuevamente se señalaba que estas células desecadas eran eficaces en casi todas las enfermedades crónicas. Este método terapéutico parece ser una modificación del introducido en 1933, por Filatov, de la U. R. S. S., quien consideraba que «todo tejido tomado del hombre o del animal, cuando ha sido aislado del cuerpo y conservado en condiciones desfavorables, pero no letales, sufre un reajuste bioquímico y produce sustancias especiales que mantienen las funciones vitales de ese tejido. Cuando se los introducen en un organismo enfermo, ellos a su vez estimulan sus funciones vitales, conduciéndolo así a su curación.»