

LOS ODONTOLOGOS, FRENTE AL PROBLEMA DE LA EXTRACCION EN ORTODONCIA

— por el

DR. ALBERTO BONILLA

Creo que los ortodoncistas, absorbidos por los problemas de la especialidad, han descuidado mucho la información que hubieran debido dar a los odontólogos a medida que se discutían y se dilucidaban dichos problemas. La extracción de algunas piezas dentarias con fines ortodóncicos es, sin duda, uno de aquellos que mayor perplejidad suscita en el ánimo del dentista no especializado. Este trabajo está destinado, pues, a aclarar en alguna medida las dudas de nuestros colegas en un asunto de tanta actualidad.

Es innegable que la extracción de dientes sanos con el solo objeto de normalizar la posición de los restantes, es un acto que reviste cierta dramaticidad. Y desde el momento que se aconseja y mientras se discute, se resuelve y finalmente se realiza, actúan en la escena: el odontólogo, el ortodoncista y los padres del paciente.

Cuando los padres solicitan la opinión del ortodoncista respecto de su hijo, están generalmente muy lejos de sospechar que el tratamiento requiera a veces, como condición indispensable, el sacrificio de algunas piezas dentarias. Esto es fácil de comprender con sólo seguir su razonamiento, que, a no dudarlo, se desarrolla en la siguiente forma:

- 1.º Todas las personas con oclusión normal poseen 32 dientes.
- 2.º Nuestro hijo padece de una anomalía de oclusión que el ortodoncista se encargará de "normalizar".
- 3.º Luego: al terminar el tratamiento de nuestro niño poseerá sus 32 piezas dentarias correctamente ubicadas en sus maxilares.

Como razonamiento "a priori" es inobjetable. No nos debe extrañar, pues, que así piensen todos los padres y casi todos los odontólogos.

Por suerte, ese proceso dialéctico concuerda frecuentemente en todas sus partes con el proceso correctivo; en muchísimos casos la Ortodoncia corrige, conservando todo el complemento dentario. De

esos casos, en que todos estamos de acuerdo, no nos ocuparemos en el presente trabajo.

La realidad contra el razonamiento.—Si podemos demostrar, por el contrario: 1.º, que una arcada compuesta por dientes de tamaño normal ha adoptado una forma anómala porque el hueso maxilar no pudo dar cabida a todas las piezas dentarias; 2.º, que eso ocurre porque el hueso ha sufrido una interrupción en su desarrollo, lo cual trajo por resultado que su tamaño sea menor de lo que normalmente corresponde; 3.º, que es imposible hacer crecer el hueso para que pueda dar cómoda acogida a todas las piezas dentarias en el momento y a la edad en que el niño acude a la consulta; si todas esas premisas pueden ser demostradas, hemos de llegar a la conclusión de que la mala posición dentaria es una anomalía secundaria, esto es, derivada de una previa anormalidad por deficiencia del crecimiento óseo. La disyuntiva en esta emergencia sería: o bien promover el crecimiento del hueso maxilar, o bien disminuir el número de piezas dentarias. Como parece demostrado que lo primero no es posible, se impone la eliminación de alguna pieza para regularizar y estabilizar las arcadas.

Queda planteada así en forma simple la etiología de muchos casos de maloclusión y esbozada también la oportunidad de la técnica extraccionista. Pero no es tan sencillo para los padres del paciente admitir la necesidad de eliminar dientes sanos; en busca de una solución con menos sacrificio llevan su duda al odontólogo, el cual comienza desde ese momento a desempeñar un importante papel en este pequeño gran drama. En efecto: si el odontólogo acompaña a los padres en sus dudas y hasta se ofrece a interceder ante el ortodoncista “para ver si el tratamiento se puede hacer sin extracciones”, todo el edificio trabajosamente levantado sobre la confianza se desmorona frente al equívoco de que los tratamientos se pueden hacer “con o sin extracciones”, y que hay odontólogos que sacan dientes y otros que no los sacan...

Pretendo convencer a los dentistas de que es una determinada anomalía en un determinado sujeto lo que decidirá al profesional a extraer o a conservar con un eclecticismo prudente que excluye de la terapéutica ortodóncica todo proceder dogmático.

Me parece, por lo tanto, que los especialistas que se aferran al “extraer, nunca” (o “casi nunca”, que prácticamente es lo mismo) se

atienden más a un lema que a una realidad etiológica y a una verdad escuetamente planteada por los factores biológicos que hasta el presente conocemos.

Angle y la doctrina oclusionista.—La eliminación de algunas piezas dentarias con fines ortodóncicos se practicó con suerte varia desde los albores de la especialidad hasta que el doctor Angle, con su indiscutida autoridad, la proscribió en forma absoluta. Sostenía Angle que el objetivo fundamental del ortodoncista debía ser el correcto engranamiento dentario, o sea, la oclusión normal. Logrado esto, la Naturaleza se encargaría de hacer crecer la zona apical de los maxilares en forma tal que todas las piezas dentarias hallarán cómoda cabida.

Si ello fuera cierto, los problemas de la Ortodoncia estarían reducidos a la pericia y habilidad en el manejo de la aparatología; pero la realidad demostró que esa teoría no tenía un fundamento biológico cierto, y el mismo Angle y sus discípulos tuvieron serios inconvenientes que no siempre lograron resolver. (Hoy podemos suponer que muchos de esos fracasos se habrían evitado con la prudente práctica extraccionista.)

Los atributos indiscutiblemente geniales del doctor Angle, que no se menoscaban con la discusión de sus errores, impusieron, no obstante, su doctrina oclusionista, y durante casi cuarenta años la Ortodoncia estuvo sometida a un verdadero escolasticismo anglista.

Estoy convencido de que los ortodoncistas siguieron, no obstante, practicando avulsiones en algunos casos. Lo harían quizás con el mismo espíritu con que uno se hace trampas a sí mismo para que un "solitario" salga... Y sin duda que, mediante esa estratagema, más de una corrección "salía"...

Tweed y su filosofía.—La tendencia extraccionista moderna se encarna en el doctor Charles Tweed y sus colaboradores. Sostiene Tweed que las piezas dentarias deben ser ubicadas sobre la zona del hueso basal para que la articulación permanezca estable y bien equilibrada, pues así ocurre en las dentaduras normales. Se tiene una buena noción de qué es "hueso basal" pensando en lo que resta del maxilar de un desdentado, es decir, cuando se han eliminado todas las piezas dentarias y sus respectivos procesos alveolares.

Como la aparatología ortodóncica sólo actúa sobre el hueso alveolar y no produce crecimiento del hueso basal, en todos aquellos

casos en que éste no es suficiente para albergar cómodamente a todos los dientes, el procedimiento adecuado será eliminar alguno de éstos. Si tomamos como ejemplo un caso de dentadura "apiñada", tendremos que para alinear los dientes por el procedimiento clásico, deberemos expandir considerablemente la arcada, con lo cual sacaremos a todas las piezas dentarias de su posición correcta sobre el hueso basal: lograremos una dentadura normalmente articulada en cuanto a sus relaciones cuspídeas, pero en equilibrio inestable. El resultado estético será también pobre, pues de un perfil normal habremos hecho casi seguramente una biprotrusión.

A los resultados convincentes logrados por Tweed en su práctica se ha venido a agregar la investigación demostrando que el crecimiento de los maxilares se completa a una edad muy temprana y que es imposible hacer crecer el hueso básico más allá de su potencial genético.

En la terapéutica médica no hay (de acuerdo a lo que hemos consultado) ningún procedimiento mecánico para promover o acrecentar el crecimiento óseo; si lo hubiera, es obvio que muchas cojeras serían curadas por ese método.

Sin embargo, los ortodóncistas han creído durante largos años posible y hasta fácil hacer crecer los maxilares de acuerdo a las exigencias de la corrección. Y aunque la práctica, sin duda y con mucha frecuencia desmentía tal pretensión, tenía más vigor la palabra del maestro que la realidad tangible. Por esa razón dije antes que la Ortodoncia vivió durante mucho tiempo en un ambiente de ciencia escolástica, sin que por ello, repito, también pretenda desestimar las extraordinarias dotes de Angle.

La práctica y la investigación están contestes hoy en día en admitir que la acción de los aparatos ortodóncicos sólo se ejerce en forma apreciable sobre el hueso alveolar, que es uno de los tejidos de revestimiento de las raíces. De acuerdo a esto, las piezas dentarias deberán ser movidas y ubicadas sobre el hueso basal disponible; si éste no puede contenerlas a todas, la eliminación de algunas parecería ser, hoy por hoy, el proceder más razonable.

Retención.—Una articulación normal no sufre alteraciones sensibles en la vida del sujeto mientras la salud bucodental se mantenga. Esto sucede así porque los dientes se hallan correctamente implanta-

dos y porque todas las fuerzas que sobre ellos actúan están en equilibrio.

Una dentadura anormal, ortodóncicamente corregida, necesita un aparato retentor que mantenga por un tiempo a los dientes en las nuevas posiciones logradas por el tratamiento. Este tutelaje es necesario hasta tanto se normalice el hueso alveolar alterado por el movimiento dentario artificialmente provocado. Mas, una vez curado ese hueso alveolar, el aparato retentor no tendrá ninguna función que cumplir, si es que todas las piezas "han quedado correctamente implantadas y todas las fuerzas que sobre ellas actúan están equilibradas".

Creo que los casos tratados con extracciones exigen un tiempo breve de contención, pues las piezas dentarias no están forzadas en sus posiciones y las fuerzas que sobre ellas trabajan no modifican su equilibrio, sino que lo mejoran a medida que transcurre el tiempo.

Cuando esos mismos casos (que indiscutiblemente requerían extracciones) son corregidos sin practicarlas, los dientes quedan forzados e incorrectamente ubicados en el maxilar. A pesar del largo período de retención (se habla de hasta cuatro años), no puede ser segura la posición permanente de esos casos por la causa tan bien sintetizada por Mershon cuando decía: "El ortodoncista puede llevar los dientes a donde quiere, pero la Naturaleza se encargará de ponerlos en donde "deben estar".

¿Puede el odontólogo ser suficientemente informado?—Estoy convencido de que no sólo puede, sino que debe tener un concepto suficiente respecto de los principales problemas ortodóncicos y sus soluciones. En primer lugar, las diversas formas de maloclusión deben serle familiares para poder diagnosticarlas y establecer la oportunidad del tratamiento, funciones éstas insertas en su labor cotidiana. Además, habrá de poseer un criterio lo más amplio posible sobre los tratamientos y teorías en que se fundamentan. Todo ello podrá obtenerlo de los trabajos de divulgación, conferencias de ortodoncistas y también de sus propias lecturas y observaciones clínicas.

Los odontólogos que asisten a alguna conferencia de la especialidad suelen quedar gratamente impresionados, cuando no admirados, de los resultados obtenidos por los tratamientos. Pueden apreciar, en efecto, mediante la comparación de los modelos iniciales con

los modelos finales, la "milagrosa" transformación experimentada por una dentadura anómala.

Con frecuencia esa admiración es absolutamente merecida, pues las cosas han sido bien hechas, pero me permito advertir a los colegas no especializados que así como han podido tener una prueba de la eficacia de un determinado tratamiento, pudieron no haber visto sino una prueba engañosa. La ortodoncia no es sólo engranamiento cuspídeo y alineamiento de dientes; y eso es casi lo único que ellos han podido apreciar en los modelos de casos terminados.

A riesgo de fatigar, insisto en que son exigencias de una buena corrección: que los dientes estén ubicados en donde no puedan ser desplazados por las fuerzas naturales que actúan sobre las arcadas; esto es: que no hayan sido movidos a posiciones forzadas, exagerando el ensanche o expansión o llevando a los dientes a adoptar inclinaciones peligrosas para la integridad del paradencio.

De igual modo será preciso observar directamente al sujeto para comprobar si su rostro, en general, no ha sido afeado en lugar de mejorado y si su perfil no impresiona pobremente por lo protruído. La estabilidad y permanencia de lo que con el tratamiento se ha obtenido es primordial para juzgar del éxito o del fracaso del mismo. Resultado que muchas veces sólo podrá apreciarse después de varios años del retiro definitivo de los aparatos.

El doctor Cecil C. Steiner mostró (durante el curso Steiner-Moore, 1952) varias fotografías y modelos de casos que fueron estudiados después de cinco, diez y más años de terminados... ¿Cuánto tiempo se necesita, pues, para poder hablar con sensatez y sabiduría de los resultados de la propia experiencia?

La información para el odontólogo.—La presentación de casos bien terminados en los cuales no se han practicado extracciones (porque no las necesitaban) puede dejar convencido al auditorio no especializado de que las técnicas extraccionistas son un puro error. Del mismo modo, un caso correctamente terminado con extracciones, puede hacer aparecer a éstas como la panacea ortodóncica. No estoy cotizando bajo la capacidad e inteligencia de los odontólogos, pero creo que toda información ortodóncica destinada a ellos debe ser presentada con los recaudos necesarios para que puedan formarse un criterio propio sobre los resultados de los procedimientos correctivos y la oportunidad de su aplicación.

Con ese propósito, y juzgando sin duda con demasiado optimismo mi propia información, prosigo en la tarea de aclarar algunos equívocos ortodontológicos.

La extracción no es cosa nueva.—Esta frase, frecuente en boca de los “no-extraccionistas”, reviste en ellos la intención de un gran argumento en contra de las actuales técnicas, adjudicándoles de paso las características de una “moda” que dejará de estarlo en breve plazo. Mas no sin algo de razón, podríamos aducir que si la extracción ha estado sobre el tapete desde los principios de la Ortodoncia es porque “desde el principio” se vió que los tratamientos estrictamente conservadores no podían solucionar todos los casos de maloclusión. Por lo demás, estoy seguro de que, a no mediar la intransigencia de Angle, la técnica extraccionista estaría hoy incorporada por una larga experiencia en la práctica corriente sin provocar discusiones ni oposiciones.

De todas maneras, con las garantías que da un mejor diagnóstico y la aplicación de técnicas más eficaces, podemos decir que, como se la practica en la actualidad, “la extracción sí es cosa nueva” en la terapéutica ortodóncica.

El tratamiento con avulsiones no normaliza al sujeto.—Ya hemos dicho que las maloclusiones no son casi nunca anomalías primarias, sino derivadas de una primera perturbación anatómica y/o fisiológica. En realidad, la posición defectuosa de una pieza dentaria va engendrando la de otras, y éstas a su vez son causa de la malposición de unas terceras. El tratamiento ortodóncico es, con frecuencia, un a modo de proceso reversible con el que se van llevando las cosas a su lugar, pero si en última instancia nos encontramos con una falta de material óseo capaz de contener a todo el complemento de los dientes, ya hemos dicho que no tenemos otra solución que el sacrificio de alguna pieza dentaria. ¿Logra nuestro tratamiento la normalidad del sujeto?... No, pues, ¿cómo podríamos alcanzarla si ya sus maxilares padecen un déficit irremediable?

Las técnicas extraccionistas sacrifican lo normal a lo estable y permanente, siempre que ello asegure el mejor resultado fisiológico y estético. ¿Será más racional sacrificar la mejor estética la estabilidad funcional y la salud de los dientes y sus tejidos de revestimiento en aras de la normalidad numérica de treinta y dos dientes? Lo cual tampoco es cierto siempre, pues la avulsión de los cuatro mola-

res de juicio es el corolario casi obligado de un tratamiento conservador.

Perfiles "chatos".—Una de las acusaciones corrientes a las técnicas extraccionistas es la de crear perfiles "chatos"... Inútil sería aclarar que las extracciones se hacen para lograr espacio. Así, pues, cuando extraemos los dos primeros premolares, por ejemplo, es para llevar hacia atrás los dos caninos y los cuatro incisivos, lo cual nos indica sin mayores explicaciones que el perfil de nuestro paciente es protruído (o si preferimos usar palabras del lenguaje familiar, diremos que se trata de un niño "trompudo").

El paso siguiente luego de las extracciones será, pues, llevar el segmento dentario anterior hasta la línea que corresponde a un perfil normal.

Si al final del tratamiento nos encontramos con que un defecto en más se ha convertido en un defecto en menos y de un "trompudo" hemos hecho un "chato", las extracciones no son culpables, sino nuestra impericia para aprovechar ese medio terapéutico. Ellas posibilitaron la solución de un problema que no tenía otra: toca al ortodoncista manejarlas correctamente.

¿La extracción hace más fácil el tratamiento?—Creo que todavía subsiste entre los ortodontólogos el convencimiento de que realizar un tratamiento sin extraer es "hacer más ortodoncia". Aceptaremos la sentencia si se nos permite alegar que recurrir a la extracción cuando corresponde es "hacer mejor ortodoncia".

En el momento actual, la especialidad concentra sus mayores esfuerzos en perfeccionar los medios de diagnóstico: éstos nos permiten conocer, entre otras cosas, cuándo se debe eliminar dientes. Ello significa que si se resuelve usar en un determinado caso la técnica extraccionista es porque se está seguro de que es la forma más racional de tratamiento. En otras palabras: la extracción no facilita, sino simplemente "posibilita" la ejecución de un tratamiento correcto.

Por otra parte, pensemos en las dificultades que representa aprovechar los espacios creados, sin desmedro de la oclusión en general y la seria responsabilidad que se asume frente a los padres del paciente, y ya se podrá apreciar si eliminar dientes con fines ortodóncicos coloca al ortodontólogo en una posición cómoda y fácil...

¿Es mutilante?—Si nos atenemos a la definición del Diccionario —“mutilar”: cercenar alguna parte del cuerpo—, la extracción, aun con fines correctivos, lo es. Pero la cirugía médica nos ofrece innumerables ejemplos de mutilaciones útiles para la salud del individuo, y, a veces, indispensables para que siga viviendo.

Con un poco de ponderación resolveremos si el balance entre la pérdida de una o más piezas dentarias y el beneficio que trae para el resto de la oclusión, justifica dicha pérdida. Yo desearía no oír en boca de grandes ortodoncistas esa palabra que parece condenar “a priori” sin entrar a juzgar la conveniencia de una mutilación que mejora sensiblemente el funcionamiento de todo el conjunto.

La propia experiencia diaria muestra al odontólogo que aun los maxilares de sujetos considerados como normales no adquieren un desarrollo sobrado ni siquiera suficiente. Los frecuentes trastornos producidos por la erupción del tercer molar prueban un déficit de crecimiento que ya puede considerarse habitual.

Todo ello se acentúa, como es natural, en el paciente que ha sufrido una merma real en el desarrollo óseo maxilar: insuficiente desarrollo que puede ser, precisamente, la causa de su anomalía de oclusión.

La extracción en Ortodoncia no es, pues, un recurso sorprendente, tanto menos si reparamos que no hace más que seguir la tendencia de la evolución antropológica. Si hay variación en el tamaño de los maxilares, seguramente que ha de ser en detrimento del mismo, y por otra parte, no creo que pueda sostenerse la posibilidad de que las piezas dentarias aumenten en número, siendo lo contrario casi seguro.

C O N C L U S I O N E S

Al llegar a esta última parte, reitero los propósitos del presente trabajo: ellos no han sido otros que aclarar, en la forma más sencilla posible, los fundamentos científicos y los objetivos prácticos de la extracción en la terapéutica ortodóncica. La investigación y la práctica respaldan con muchos años de experiencia el derecho de este recurso para ser considerado lícito y eficaz.

Desde luego que serán siempre pocas las precauciones que se tomen para llegar con certeza a la necesidad de la extracción, pero el perfeccionamiento del diagnóstico da día a día más seguridades al respecto.

Ni el "extraccionista" más ferviente negará que hay muchísimos casos de maloclusión que deben ser tratados sin eliminar piezas dentarias. El corregirá en esa forma todos aquellos en que no haya desarmonía entre el tamaño de la arcada y el tamaño del maxilar correspondiente, por haber éste alcanzado el desarrollo normal. Pero procederá de una manera diferente cuando esa desarmonía exista.

Mientras nuevas investigaciones no demuestren lo contrario (las verdades de la Ciencia no son eternas...), me parece más racional un procedimiento correctivo que se supedita a la etiología de la anomalía, pues esta actitud da, sin duda, mayor flexibilidad a la concepción y ejecución de un tratamiento.

Se ha abusado de la extracción. Es innegable. Y como consecuencia lógica, hoy asistimos a una reacción contra el procedimiento. Pero el abuso de una terapéutica, a menudo no hace más que confirmar su eficacia.

En efecto, si la técnica avulsionista se usó desacertadamente en algunos casos, no ha sido sino porque en muchos otros fué un éxito incuestionable. El mismo fenómeno ocurrió en Medicina con los antibióticos, pero ningún médico dejará de prescribirlos por la mera razón que otros colegas los hayan empleado sin discernimiento.

Para finalizar; tengo la esperanza de que las sencillas aclaraciones precedentes sean de alguna utilidad para la comprensión del problema extraccionista, y que hayan servido para familiarizar al odontólogo con un procedimiento en el cual su colaboración práctica y psicológica es primordial.

(*per* "Ortodncia.". XIX, 37, 1955.)
