

LA ALERGIA Y SU IMPORTANCIA EN ORTODONCIA

por el

DR. LUIS SANTAMARÍA

El término *elgia* fué primeramente usado por von Rirquet en el año 1906 para denotar el cambio establecido por los antiguos al introducirse en el cuerpo humano. Se pudiera definir también en otras palabras, diciendo que bajo ciertas circunstancias algunos tejidos humanos se vuelven sensibles o hipersensitivos a ciertas sustancias.

Estudios llevados a cabo principalmente por Todd utilizando el método de Bolton de la experiencia de Boadbent en la Universidad de la Westren Reserve, efectuados durante quince años sobre 5.000 niños en crecimiento, se consideran como uno de los más completos y mejor fundamentados sobre esta materia, no solamente por la capacidad científica de Todd, sino por los métodos de exactitud y precisión utilizados para su estudio, como el método radiográfico de Broadbent.

Para mayor comprensión vamos a considerar la sintomatología, los trastornos de crecimiento y desarrollo, efectos psicológicos y, en fin, todo lo que nos pueda ser útil para hacer un buen diagnóstico de esta anomalía en nuestro cuestionario ortodóncico.

Es frecuente encontrar en el niño después de nacido espasmos pilóricos u otros trastornos funcionales provocados por la alimentación, más o menos relacionados con ciertos tipos de alimentos y tomando mayor auge hacia los nueve meses de edad. Más adelante, la enfermedad progresa y se presentan erupciones o eczemas en la infancia, que aparentemente aclara su sintomatología durante el segundo año, para continuar el cuadro alérgico poco después. Permítasenos hacer un paréntesis en los trastornos gastrointestinales y ver los efectos que acarrearán al niño en su crecimiento.

Los trastornos alérgicos gastrointestinales traen serias huellas en el crecimiento y desarrollo del niño. Esta manifestación alérgica, con todas sus variantes (anorexia, irritación de las mucosas, diarreas, etc.), produce una desnutrición y desmineralización en general.

En el "meeting" de la Sociedad de Alergistas de New York en diciembre de 1936, T. Wingale Todd hizo énfasis sobre la importancia de ciertas estrías transversales que aparecían en radiografías de

las epífisis de los huesos largos de los niños en crecimiento que sufrían de trastornos gastrointestinales alérgicos. Asegura el Dr. Todd que podía estimar los períodos de tiempo entre los ataques de alergia, que definitivamente dejaban su marca sobre la estructura ósea como estriaciones transversales. Señaló que estas marcas se presentaban más en los niños de edad pre-escolar y que tendían a desaparecer cuando crecían. Existen ciertos huesos que son más afectados que otros: la parte inferior de la tibia, en los trastornos alérgicos gastrointestinales, y la parte inferior del radio, del fémur y parte superior de la tibia, en casos de exantema.

Esas líneas transversales fructúan en número, de acuerdo con el grado de padecimiento, y parece ser que retardan temporalmente el crecimiento de los huesos, y pueden ser consideradas como un índice de crecimiento. El muchacho con este padecimiento es pequeño de estatura y por debajo del peso normal para su edad.

La estructura ósea sufre en su mineralización. Sin entrar en detalles, es suficiente al momento señalar que normalmente el tejido esponjoso debe presentar una textura cerrada, en el cual las estriaciones góticas del arco descritas como líneas de esfuerzo y de tensión son poco distinguibles sobre un campo más o menos homogéneo de sustancia interdicial. En temprana desmineralización u osteoporosis estas estriaciones aparecen más claras y evidentes, debido a la pérdida de mineral intersticial. Estados más avanzados presentan estas estriaciones más finas y con interrupción en su continuidad. Los niños que padecen de alergia gastrointestinal en la edad pre-escolar o de enseñanza primaria demuestran invariablemente poca mineralización, a pesar de estar bajo tratamiento retapéutico mineral. Cuando los estados alérgicos desaparecen, la mineralización vuelve a la normalidad, tornándose el tejido óseo más denso.

Durante el período de sensibilidad alérgica gastrointestinal (más pronunciada en los estados no crónicos), el aumento de peso es casi nulo; muchachos con padecimiento de esta índole en el invierno disminuyen su aumento de peso en esta época. Los que padecen en el verano dichos trastornos, su peso sufre en esta estación. Radiografías de los huesos de la mano demuestran en los carpos, tanto por su estructura como por su número, un retardo en el crecimiento y mineralización.

Sabemos que los períodos de crecimiento y desarrollo de los maxilares se efectúan principalmente en tres épocas de la vida. De los veintiún días de nacido a los siete meses de edad es el período de más rápido crecimiento anteroposterior, y se efectúa para dar cabida a los dientes temporales que van a brotar. El crecimiento continúa lenta-

mente, predominando el vertical, hasta los dos años. Durante el tercero y cuarto año, el crecimiento ocurre en ambas direcciones, siguiendo el vertical predominando. Entre los cuatro y siete años se efectúa el segundo crecimiento anteroposterior, más rápido, coincidiendo con el brote de los incisivos y primer molar permanente. Este crecimiento, junto con el vertical, continúa muy lentamente hasta los once años, para convertirse en casi nulo hasta los dieciséis años. Entre los dieciséis y los diecinueve años existe el tercer período, de más rápido crecimiento anteroposterior, como preparando la masa ósea para alojar los terceros molares que van a brotar.

Como se observa, el crecimiento anteroposterior se efectúa no continuamente, sino a intervalos, siguiendo con antelación la salida primero de los dientes temporales y después de los dientes permanentes, que necesitan espacio en la arcada para su brote.

Cualquier trastorno que interfiera con el crecimiento y desarrollo del niño durante estos tres períodos primordiales de crecimiento de los maxilares producirá una falta de espacio y malposición de los dientes.

En los padecimientos gastrointestinales alérgicos, que son más visibles durante el primer año, es evidente que este trastorno causará un retardo en el crecimiento mandibular anteroposterior en esta época, y sabiendo que después de constituida la dentadura temporal el crecimiento anterior posterior efectuará solamente por detrás de estos dientes, los incisivos, caninos y bicúspides permanentes serán afectados en su posición por falta de espacio. Más adelante, si el trastorno continúa durante los períodos segundo y tercero de crecimiento rápido, los terceros molares se encontrarán sin espacio para salir, tomando posiciones viciosas.

Después de revertida la sintomatología alérgica sobre el segundo año, comienza a reaparecer más tarde el cuadro alérgico, con obstrucción nasal, respiración bucal, hábito como succionarse los dedos y un aumento en tamaño de las adenoides. Aquí tenemos una sintomatología importante, y vamos a hacer otro ligero paréntesis.

La obstrucción nasal y la respiración bucal son debidas a una irritación e inflamación de los cornetes, produciéndose un engrosamiento de la mucosa. El engrosamiento es el primer estudio de este proceso; más tarde viene la hipertrofia del tejido blando y obliteración de la concha, que conjuntamente con la congestión de la mucosa de los senos dificulta la entrada y salida normal del aire a dichos senos. Finalmente se produce un tejido denso y más o menos homogéneo en las mucosas que estrecha y oblitera las fosas nasales. Acompañan-

do, pero no necesariamente asociado del trastorno de los cornetes, es la falta de crecimiento de la región nasal. La falta de función de los senos maxilares en esta época de crecimiento facial se traduce en una depresión a los lados de la nariz, que hace lucir a ésta más prominente sin serlo; también el prurito de las mucosas nasales producen hábito de rascarse la nariz. La inflamación alérgica de las adenoides, conjuntamente con la congestión de las fosas nasales, imposibilita la respiración nasal. El niño respira por la boca, y los músculos en tensión, junto con la falta de presión normal de los labios cerrados sobre los incisivos, tienden a deformar el arco superior. Ayuda a esta deformación el hecho que el muchacho adquiera el hábito de succionarse los dedos a consecuencia de su respiración bucal. Porque los movimientos efectuados durante la succión parecen distender la cavidad nasofaríngea y facilitar su respiración nasal.

La facie que tenemos ahora es la típica vulgarmente conocida: adenoidea. Es preciso aclarar que estas fascies la mayoría de las veces son producidas por trastornos alérgicos y no adenoideas, como se cree.

Por medio de los estudios precisos radiográficos de Bolton se ha logrado revelar la historia normal de las adenoides en el niño durante su crecimiento. Las adenoides tienden a desarrollarse a los doce meses de edad y aumentar de tamapo hasta los tres años aproximadamente. Este crecimiento de las adenoides no es proporcional al crecimiento naso-faríngeo y pueden obstruir los pasajes nasales durante la niñez temprana.

El crecimiento de las adenoides se mantiene estacionario hasta la adolescencia, para disminuir gradualmente después de ella. Las otras masas linfáticas normalmente siguen el mismo desarrollo.

Ahora bien, estas masas adenoideas, que normalmente se encuentran en cierta época mayores para el espacio que las contiene, pueden presentar rápidas fluctuaciones en tamaño debido a inflamación alérgica. Este niño puede ser diagnosticado en un tiempo como adenoiceo y en otro como no adenoideo. Ellos sufren de síntomas alérgicos, como prurito nasal, estornudos por la mañana. secreciones nasales; están sujetos a problemas de sinusitis y trastornos auditivos, son nerviosos incansables, mu ya menudo tímidos y aprehensivos; en la edad escolar aparecen delgados, muy activos y con altas calificaciones en sus estudios, su atención es por corto tiempo, son distraídos y alternan los estados depresivos con los optimistas.

Si las adenoides son removidas en estos muchachos es muy probable que recidiven y que una, dos o tres operaciones sean necesarias.

El remover las masas adenoideas edematosas de un muchacho alérgico aunque no vaya seguida de una reproducción de las mismas, es de poca eficacia, porque la congestión nasal continúa por obstrucción de los pasajes respiratorios. Así conocemos muchos casos que a pesar de haberse operado las adenoides siguen respirando por la boca, y esto junto a los otros trastornos de crecimiento producidos por pedecimiento alérgico, hace que muchos casos, en tratamiento ortodóncico, por falta de un buen diagnóstico, sea un fracaso.

CONCLUSIONES:

1. Los estados alérgicos crónicos gastrointestinales producen un retardo en la mineralización y aumento de peso, alterando el crecimiento y desarrollo del niño a consecuencia de lo cual se producen maloclusiones dentarias.

2. Este trastorno en el crecimiento con la alergia nasal producen una anomalía de desarrollo facial erróneamente conocida como facies adenoidea.

3. Las adenoides no son la causa siempre de la mal llamada facies adenoidea. Padecimientos alérgicos nasales son la causa de esta facies también.

4. Es muy importante al tratar un niño alérgico ortodóncicamente reconocer lo anteriormente dicho, así como saber también que estamos tratando con un niño nervioso que necesita tratamiento psicológico especial y no igual que el resto de los demás niños normales. (per Rev. Estm., Habana, 39, 1950.)

Las drogas antihistamínicas en el tratamientos del resfrío común, por LOWELL y c. "New Eng. J. of Med.", 25-I-1951, p. 132.

Un total de 1.214 pacientes con resfrío común fueron sometidos a un tratamiento con antihistamínicos, repartidos en cuatro grupos, de los que tres recibieron alguna substancia antihistamínica, sirviendo el cuarto grupo de control (este grupo recibió píldoras conteniendo lactosa en lugar de droga activa). Los resultados fueron tales que no pudo comprobarse diferencia alguna apreciable entre los casos tratados con antihistamínicos y aquellos del grupo de control. Manifestaciones de intolerancia se observaron con mayor frecuencia en los casos tratados con antihistamínicos que en el grupo control. (Ramón y c.)