

* HACIA LA ORTOPEDIA DENTO-FACIAL

por el

Dr. Teles Olaviaga

ORTOPEDIA DENTO-FACIAL, DE BUENOS AIRES

CON una anterioridad de unos veinte años en relación a sus colegas de Norteamérica, destacados especialistas europeos de la rama dental que se ocupan de la corrección de las malposiciones dentarias, empezaron a sentir la inquietud y la necesidad de ampliar el terreno de sus actividades y saliéndose de los límites de la región intraoral comenzaron a estudiar los misterios de la región maxilo-facial, hasta donde también querían hacer llegar los beneficios de sus terapéuticas.

Ya para entonces muchos de ellos sabían que las malposiciones dentarias no constituían sino un síntoma de las malformaciones maxilares y por lo tanto era necesario conocer mejor la biología de los huesos faciales para poder realizar tratamientos más perfectos. También de entonces data la observación de que los tejidos óseos que sirven de base y sostén a los dientes son extraordinariamente cambiables en forma y dimensiones durante su desarrollo, por esta causa, para mejor valorización del grado de las malposiciones dentarias había que ir a buscar puntos de referencia a regiones más fijas, situadas fuera y lejos de la cavidad oral.

Esta ampliación del campo de acción, conjuntamente con otras nuevas ideas de tratamientos más precoces y biológicos fueron el motivo a que en Europa la denominación de Ortodoncia, a esta especialidad de la Odontología, se empezase a considerar como inadecuada y en su lugar se comenzó a deno-

minar a esta rama dental como Ortopedia Dento-Facial. Asimismo las asociaciones de los profesionales de esta especialidad en algunos países también cambiaron de nombre y desde entonces, se denominaron *Société D'Ortopédie Dento-Faciale*, los de la lengua francesa, o las *Kieferthopadie*, en la alemana.

Esta reforma en la especialidad fué enseguida enriqueciéndose con el aporte de nuevas técnicas y sistemas de referencia, entre las que mencionaremos algunos de los más empleados, como ser: el diagnóstico gnatostático y fotográfico con las técnicas de SIMON o de DREYFUS. El telerradiográfico por los sistemas de KORKHAUS, HOFFRAT o REHAK. Los planos faciales de SIMON e IZARD. Los reticulares de DE COSTER, etc... Y gracias a todas estas útiles herramientas en el transcurso de diez años se pudieron perfeccionar muchos anteriores conceptos de la Ortodoncia.

Pero cosa extraña, toda esta favorable evolución iniciada en Europa tuvo poco eco entre los ortodoncistas norteamericanos, quienes, fieles continuadores de ANGLE, han trabajado todos estos años siempre con su criterio intraoral basado en la ley de la oclusión de los primeros molares. Tenían tal fe en la eficacia de sus terapéuticas mecánicas, que no dudaban de que los tejidos maxilo-faciales obedecían ciegamente a sus deseos. Lo importante decían era colocar perfectamente en oclusión los 32 dientes y la armonía facial vendrá por añadidura. Todos los ortodoncistas llevamos bien fijo este deseo. ¡Pero qué pocas veces lo vemos logrado! Surgieron sí algunos intentos de conceptos extraorales, los de CASSE y LISHER, pero fueron poco escuchados y desgraciadamente no contaron nunca con muchos adictos; la mayoría de los ortodoncistas pertenecían a la escuela de ANGLE y en ese grupo se recibía mal cualquier innovación de otra mano que de la del maestro. Si en biología maxilo-facial el avance norteamericano no ha sido notable durante estos veinte años, en cambio, los perfeccionamientos técnicos y dispositivos en la fabricación de los aparatos de ortodoncia fueron considerables, habiéndose llegado con el bracket universal de ATKINSON y el de canto ajustable de LASKIN, a un punto de perfección tal que por mucho tiempo será difícil de superar.

Pero hace unos pocos años, TWEED, el aventajado discípulo de ANGLE, no considerándose satisfecho de la estabilidad de sus tratamientos, pasado algún tiempo después de haber suspendido la retención volvió a revisar todos sus casos tratados durante quince años, y de su observación nacieron nue-

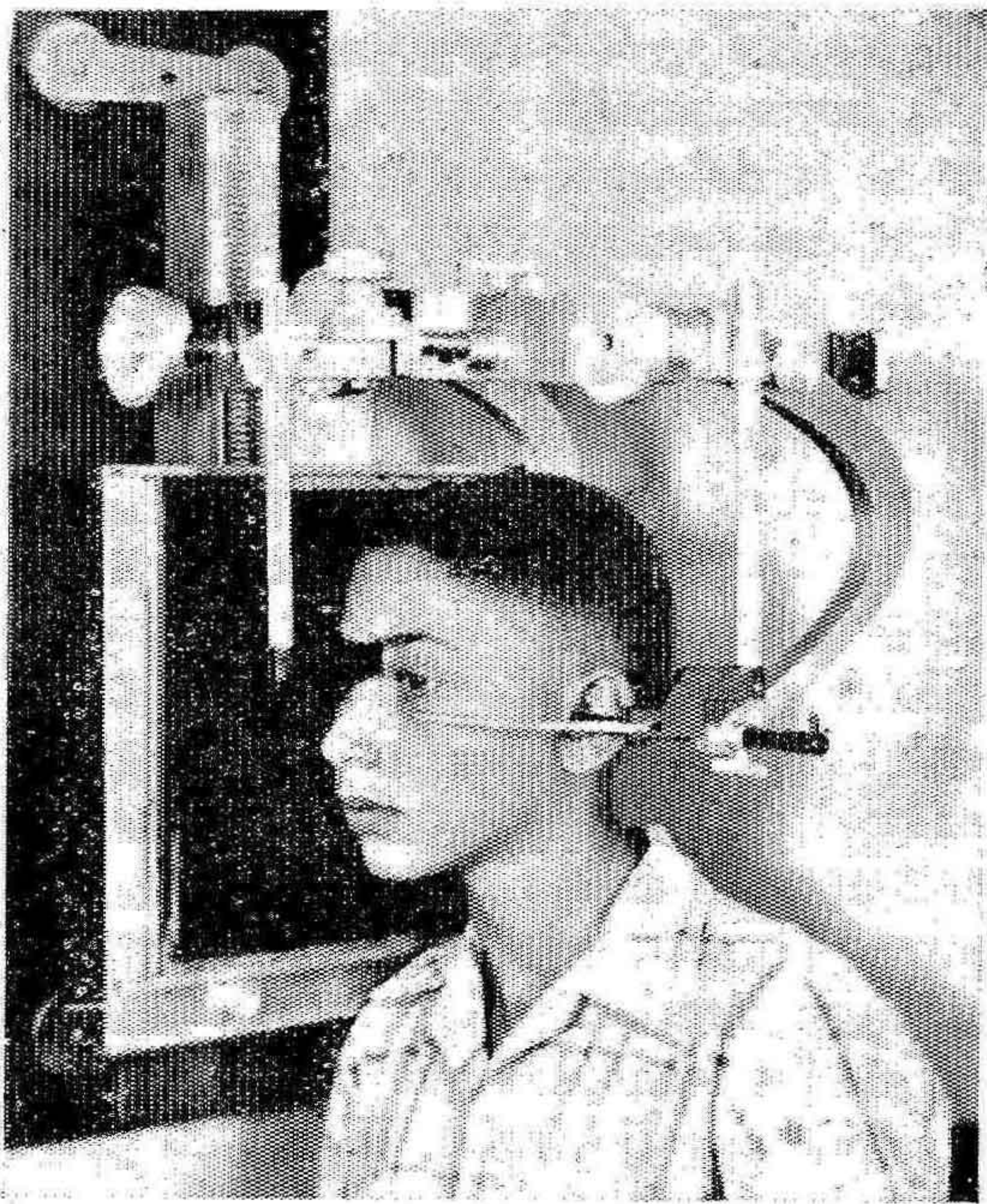


Fig. 1.—Craniostato de Rinaldy.

vas ideas que para el bien de la ortodoncia tuvo la extraordinaria valentía de publicar. Vió con dolor muchos maxilares y perfiles de caras en que hubiese sido mejor no haber hecho ningún tratamiento. ¿Porqué, se dijo, hemos de obstinarnos en colocar ortodóncicamente sobre los procesos alveolares 32 dientes en casos que no se hayan éstos desarrollado suficientemente como para poder albergar más de 28? Y pensando únicamente en la normalidad maxilo-facial realizó un buen número de tratamientos eliminando previamente a cuatro bi-

cúspides. Estos casos los presentó en el año 1941 junto con otras observaciones que fueron todo un éxito y una revelación de posibilidades. De TWEED también han salido las ideas de que todas las maloclusiones se caracterizan por un desplazamiento mesial de los dientes en relación con los huesos maxilares. Por eso su primera preocupación al iniciar todo tratamiento va dirigida a colocar verticalmente sobre los procesos alveolares a los incisivos inferiores y una vez logrado esto, continúa con la normalización de las demás piezas dentarias.

A TWEED se le debe no sólo la presentación de los cien casos mejor tratados que se tenga memoria, sino además ha descubierto útiles referencias métricas para el pronóstico de los tratamientos dento-faciales, como ser el valor del ángulo formado por el plano de Frankfort y el plano mandibular. También es suyo el denominado ángulo incisivo, así llamado al que forman los incisivos inferiores con el plano mandibular, y cuyo conocimiento en muchos casos es de suma importancia. Ha sido éste el primer ortodoncista americano que ha visto con absoluta claridad que es necesario lograr la normalidad maxilo-facial para obtener resultados más agradables y duraderos en el aparato dentario.

Así, mientras en Europa los ortodoncistas vivían en el silencio científico motivado por la guerra, los americanos, tomando muchas de las ideas de aquéllos, fueron fijando mayor interés en la región maxilo-facial. Este cambio y sus beneficiosas consecuencias los he podido comprobar con placer durante un reciente viaje de estudios que he realizado, y no dudo de la trascendencia que representará ello a la Ortopedia Dento-Facial, dado el ascendiente que posee la odontología americana sobre la de todo el mundo.

Mencionaré algunos ejemplos entre los que más me han interesado. He visto, por ejemplo, que en todas las escuelas de ortodoncia van instalando el orientador craneal de Broadbent para estudiar telerradiográficamente y con amplitud todos los tratamientos. También para los consultorios privados van apareciendo en el mercado otros orientadores más sencillos que tienen buena aceptación (Fotografía). BERCÚ FISCHER estudia todos sus casos con el *Cephalo-Phore* de su creación

y monta sus moldes gnatostáticamente con su *Denti-Phore*. A RIESSENER hemos visto estudiando por medio de radiografías estereoscópicas la articulación témporomaxilar en muchos de sus pacientes. SALZMANN crea su *Maxilator*, utilísimo instrumento para medir con facilidad y exactitud los ángulos Frankfort mandibular y el ángulo incisivo, hoy tan imprescindibles de conocer, si se desea obtener un exacto pronóstico de los casos. NANCE ha presentado un método muy sencillo, basado en la diferencia de las dimensiones mesiodistales de los molares primarios con la de sus sucesores bicúspides, para optar con certeza bien por un tratamiento precoz o tardío.

GRIFFIN, de la escuela de ANGLE, en su reciente trabajo titulado "Ortopedia Dento-Facial", y en el cual hace la apología del nuevo cauce por donde correrá en adelante la ortodoncia, al reconocer que el ortodoncista es ya hoy un ortopedista de la cara, debido a los nuevos aportes científicos adquiridos, ya que, además de enderezar dientes, el ortodoncista está preparado para corregir las anormalidades dento-faciales.

Por tal razón propicia el uso del término Ortopedia Dento-Facial en lugar de Ortodoncia. Estamos muy de acuerdo con él, y no dudamos que esta concordancia en ideas y fines llegado al fin entre los especialistas europeos y americanos será muy útil para que, aunados sus investigadores, puedan resolver muchas de las dificultades que encierra esta minuciosa especialidad y se pueda lograr en el futuro, con mayor facilidad y mayor número de tratamientos, una normal oclusión acompañada de una euritmia facial.

UN NUEVO ANTIBIOTICO

Los hombres de ciencia de los Estados Unidos están investigando un nuevo antibiótico, una sustancia de la familia de la penicilina. La nueva sustancia ha sido encontrada en los cultivos puros de las bacterias que causan una de las más perturbadoras enfermedades de las abejas.

Aunque el nuevo antibiótico todavía no ha sido aislado en forma pura, se ha comprobado que en presencia de estas bacterias no podían multiplicarse los estafilococos, así como los gérmenes de la tuberculosis humana y bovina y de la fiebre onduvante, per "Gaz. Med. Esp." XX, 10, 259 P.