

NUEVA TECNICA PARA LA CORRECCION DE LOS PROGNATISMOS BIMAXILARES

por el

Prof. Dr. JUAN MAÑES RETANA

Una vez diagnosticada la protrusión bimaxilar hace falta corregirla: 1.^o, con la extracción de cuatro premolares, dos superiores y dos inferiores; 2.^o, por la distalación de los cuatro caninos, y después la de los incisivos superiores e inferiores.

Hasta hoy, la mayor parte de los especialistas hacen primero la distalación de los caninos inferiores, después siguen con la distalación de los superiores, con lo que se prolonga bastante la duración del tratamiento. Sobre esto yo quiero hacer aquí la afirmación siguiente: Se pueden retrasar los cuatro caninos a la vez, a condición que puedan utilizarse como anclaje los cuatro molares de los seis años, los cuatro molares de los doce años y los segundos premolares. Otro de los fines de los especialistas ha sido distalar los caninos todos derechos. También yo he utilizado mi aparato a tornillo con objeto de retrasar los caninos de esta manera; pero para esto hace falta una aparatología complicada y fuera del alcance del práctico general.

Dada la longitud de las raíces de los caninos, esto exige una gran resistencia al anclaje, que muy frecuentemente se desplaza hacia adelante.

Después de haber distalado una gran cantidad de caninos, yo creo que es más fácil y útil distalar de la manera que voy a mostrarles, lo mismo admitiendo que se produzca una cierta inclinación distal de los caninos, y que puede, naturalmente, corregirse una vez que el tratamiento está terminado.

Por lo demás, la aparatología que voy a proponerles es muy simple y asequible al dentista no especializado; por supuesto que la pequeña inclinación que puede producirse está bien compensada por la simplicidad y fácil manejo del aparato.

Partes del aparato

1.º El anclaje: Se compone de tres bandas: en los segundos, primeros molares y segundo premolar, soldadas entre sí. Una banda en el canino.

En la parte vestibular de la banda del primer molar de cada lado se suelda un tubo horizontal que permite el desplazamiento de un

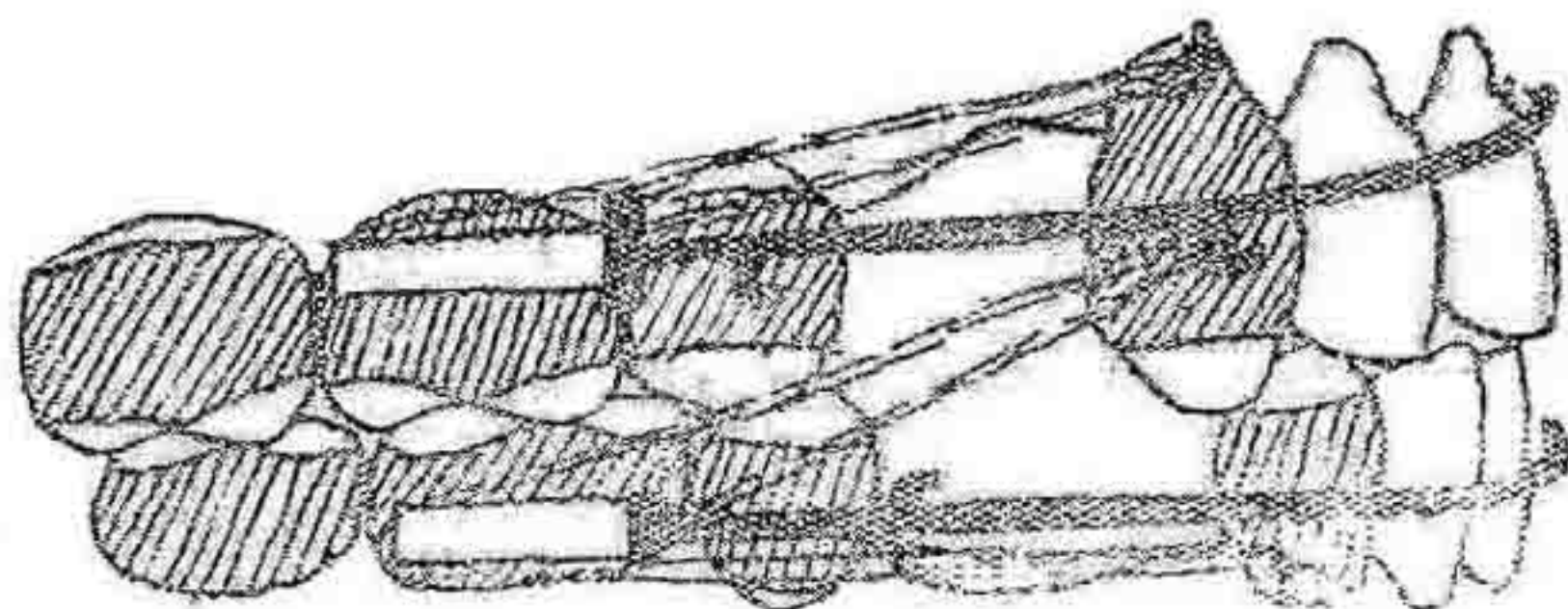


FIG. 1.—El anclaje comprende tres bandas: dos molares y el segundo bicúspide, soldadas entre sí, y otra al canino. Los arcos y los elásticos están en posición.

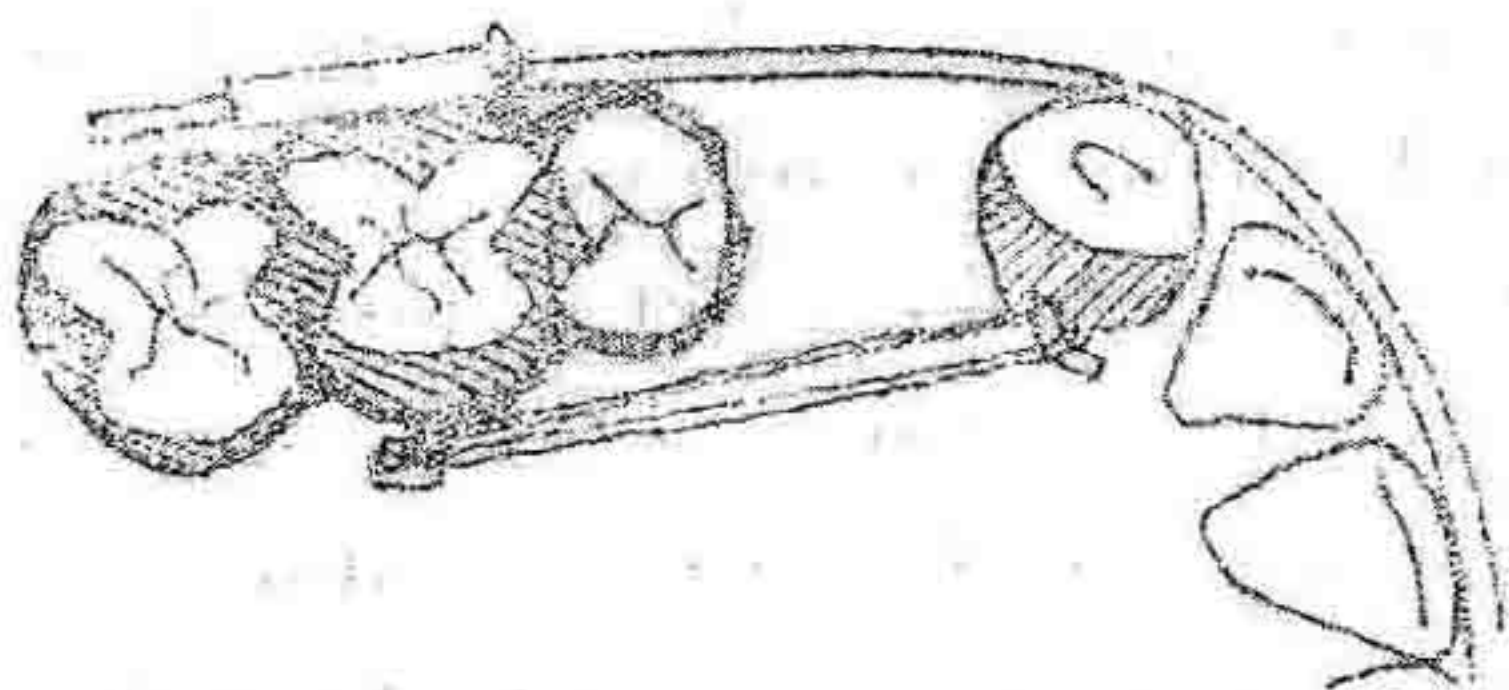


FIG. 2.—Posición del elástico palatino.

hilo de 0,7 mm. de acero inoxidable. Se ajusta el hilo en forma de arco que toca las caras labiales de incisivos, y se suelda: 1.º, un pequeño gancho o tope a cada lado sobre el punto de contacto con la extremidad anterior del tubo, cuando el arco toca la cara labial de los incisivos, a fin de que no pueda penetrar más a fondo en el interior del tubo.

2.º Se coloca un gancho dirigido hacia adelante a 4 ó 5 mm. delante del tubo, a fin de fijar el arco con una ligadura, y otro gancho parecido al anterior a la misma altura de los caninos para poder aplicar las gomas intermaxilares.

En la parte labial de la banda del canino, muy cerca de la encía y lo más atrás posible, se suelda un gancho dirigido hacia adelante. En la cara lingual y en la parte posterior de la banda del primer

molar, cerca de la encía, se suelda un pequeño gancho en dirección hacia atrás, y en la cara lingual de la banda del canino se suelda otro ancho en dirección opuesta, para el emplazamiento de anillos de goma.

Los aparatos para el maxilar inferior son los mismos; la técnica es la misma, y, una vez las bandas cementadas, se puede comenzar la tracción con los anillos de goma.

Se puede pensar en reforzar más los anclajes con la ayuda de una placa o de un hilo palatino soldado entre las bandas de cada lado. Hará falta recurrir a todo en los casos rebeldes y complicados.

Se colocará, por supuesto, un anillo de goma entre el gancho soldado en la parte labial de la banda del canino y la extremidad del tubo soldado en la banda del primer molar. Otro, entre los dos ganchos de la parte lingual, lo mismo arriba que abajo.

Desde el comienzo se colocarán las gomas intermaxilares de cada lado entre los ganchos soldados en el arco superior al nivel del canino y en la extremidad posterior del tubo labial del primer molar inferior. Después de una semana se aumentará a dos el número de las gomas.

Segunda fase

Distalación de incisivos. A medida de que el canino retroceda se observa que los laterales y centrales se separan y retroceden ellos mismos en mayor o menor proporción. Esto tiene lugar siempre que el arco labial no está ligado a los incisivos, lo que es la regla.

Generalmente, yo ligo los cuatro incisivos inferiores al arco para aumentar el anclaje. Cuando el canino llega al contacto con el segundo premolar continuamos el tratamiento con el mismo aparato de la manera siguiente: En el arco labial desbastamos con carborundum el gancho o tope que impide entrar más al fondo del tubo horizontal, de manera que pueda entrar libremente; hecho así, ligamos los ganchos posteriores, que habíamos soldado al arco, a la extremidad posterior de los tubos con un hilo de ligadura metálica de 0,2 a 0,3 mm., apretándolo fuertemente, con lo que el arco hará presión sobre la cara labial de los incisivos.

Al apretar estas ligaduras una vez a la semana, se obtiene en el término de tres o cuatro meses el movimiento retrógrado de los distintos incisivos.

Hace falta saber distinguir, en cada caso, aquellos en los que los dientes están inclinados hacia adelante de aquellos otros en los que son desplazados en masa en esta dirección.

En el primer caso se obtienen mejores resultados soldando al arco extensiones que, al llegar al borde del incisivo, se curvan hacia atrás, rodeando un poco este borde. El arco se separa de la parte gingival del diente, y, por el contrario, la extensión se aplica contra el borde de los dientes (esto es, casi siempre, los dos centrales solamente); y así, la fuerza se aplica eficazmente, provocando la rápida inclinación hacia atrás de los elementos dentarios.

Es inútil decir que si uno o algún diente presentan rotaciones en no importa qué ejes, hará falta corregirlos en esta fase del tratamiento, siguiendo los métodos corrientes.

En el caso de los incisivos desplazados en masa hacia adelante, sirve el mismo arco y las mismas prolongaciones, pero ajustadas, esta vez, de manera que el arco esté en contacto con la cara labial del diente, a nivel de la encía, lo mismo que la extensión, que debe estar en contacto con toda la superficie del diente, hasta el borde del incisivo.

Se podrá continuar empleando la fuerza intermaxilar como potencia coadyuvante en esta segunda fase del tratamiento.

Tan pronto como los incisivos retrocedan, la extremidad del arco comenzará a sobrepasar la parte posterior del tubo, y, como consecuencia, deberá ser cortada.

PARALISIS PERIODICA FAMILIAR

Los ataques de parálisis periódica familiar pueden ser precipitados en algunos enfermos por una elevada ingestión de carbohidratos y por ejercicios físicos excesivos, y es obvio que la prudencia indica evitar estos factores precipitantes. No se comprende bien la relación entre el nivel del potasio plasmático y el desarrollo de un ataque de parálisis, pero en cierto número de casos el potasio plasmático se halla disminuido durante un ataque, y, en cambio, normal en los intervalos entre los ataques, mientras que en muy pocos casos se han registrado niveles normales de potasio en plasma durante los ataques. En los pacientes en quienes un ataque va acompañado de una reducción del potasio plasmático es razonable dar 1 g. de cloruro de potasio por boca cada ocho horas con el objeto de prevenir los ataques, pero en una enfermedad tan rara, en la cual los ataques ocurren a intervalos tan irregulares, resulta difícil determinar la eficacia de este tratamiento.