

Vol-2-2-9
1926
Universidad Nacional de México
Facultad Odontológica.

Algunas Consideraciones sobre Maloclusión

y

sus Efectos en los Tejidos del Periodontium.

TESIS

Que para su Exámen Profesional

DE

Cirujano Dentista

PRESENTA EL ALUMNO,

Romeo Espada A.

1926

TIP. H. BARRALES SUCR. DONCELES, 63.

MEXICO, D. F.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas

Tesis Digitales

Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©

PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

A la memoria por siempre venerada de mi madre
la señora

Doña Dominga Amézquita E.

A mi adorado Padre
el señor

Don Manuel R. Espada.

A la señora

Doña Mercedes C. de Espada.

Al señor Doctor
Don Francisco Calderón y Caso.

Al señor Doctor
Don Leopoldo Delgado.

A

Mi Escuela.

Capítulo Primero

Oclusión Normal.



Sin entrar en consideraciones histogenéticas y seguir la evolución del germen dentario, desde su formación hasta su completa calcificación y erupción, sin extender mi estudio en lo que la morfología individual de cada diente se refiera; básteme decir que estos como órganos esenciales de la manifestación han sido dotados por la naturaleza de ciertos caracteres anatómicos, estructurales, etc., que establecen relaciones de contacto no solo con los contrarios sino también con los del arco opuesto.

OCLUSION NORMAL.—Es la relación que existe entre los planos inclinados de las coronas de los dientes tal como ha sido dispuesto por la naturaleza (Dewey). Debo hacer notar que dichas relaciones no pueden concebirse sino existe armonía en el desarrollo normal de los maxilares y de cada uno de los órganos que constituyen la cavidad bucal.

Los dientes superiores están dispuestos en su arcada correspondiente de tal manera que los incisivos superiores ocupan una posición labial con relación a los inferiores, las premolares y molares ocupan una posición bucal con relación a las inferiores, de manera que las cúspides linguales de las premolares y molares superiores articulan con las cúspides bucales y linguales de las inferiores.

Las cúspides bucales de las premolares y molares inferiores articulan con las cúspides bucales y linguales de las superiores.

Las superficies mesiales de las premolares superiores articulan con los planos inclinados distales de los caninos y premolares inferiores. Las cúspides mesiales de las molares superiores articulan

** Masticación*

con los planos inclinados distales de las cúspides mesiales de las molares inferiores. Véase figura A.

MORFOLOGIA DE LAS ARCADAS.—La forma de las arcadas dentarias varía con la posición, forma y dimensiones individuales de los dientes; de manera general puede decirse que las dos arcadas tienen una forma parabólica, de modo que sus ejes mayores prolongados no se tocarían en ningún punto.

El arco superior es algunas veces largo y estrecho, otras por el contrario, corto y ancho; su curvatura en la porción anterior representa casi un verdadero cuarto de círculo; que partiendo de la cara distal del canino derecho, termina en la cara distal del canino izquierdo ocupando estos los puntos más salientes del arco. Del canino a la tercera molar, la línea es casi recta o ligeramente convexa con la convexidad hacia la mejilla. Examínándolo por su parte anterior, vemos que forma una ligera curva de concavidad superior ocupando los caninos los puntos más bajos. Si pasando del canino fijamos nuestra atención en las cúspides bucales de las premolares y molares, notaremos desde luego que la cúspide mesio-bucal de la primera gruesa molar superior, ocupa una posición más oclusal o baja que las otras dos; estas son las dos curvas de la línea de oclusión del arco superior, entendiéndose por tal, aquella línea imaginaria que encuentra mayor número de puntos de contacto cuando la oclusión es normal. (Angle).

Las premolares y molares están colocadas de tal manera que las cúspides linguales ocupan una posición más baja que las bucales; así una línea que fuera de las cúspides bucales de las premolares y molares del lado derecho a las del opuesto, no tocaría en ningún punto las bucales.

ARCADA INFERIOR.—Mucho más reducida en su porción anterior a causa de las dimensiones de los incisivos y caninos, como consecuencia de esto las premolares y molares articulan con las cúspides bucales y linguales de los superiores. Los incisivos y caninos ocupan una posición lingual con relación a los superiores.

El arco inferior forma curvas que son completamente opuestas a las del superior; del canino derecho al izquierdo, las superficies incisales ocupan casi el mismo nivel. De la cara distal del canino a la tercera gruesa molar, notaremos que la pieza que ocupa un nivel más bajo es la primera molar.

Las cúspides bucales de las premolares y molares ocupan un nivel más alto que las linguales, de manera que la línea que partiendo de las cúspides bucales del lado derecho fuera a las del lado izquierdo, no tocaría en ningún punto las cúspides linguales.

Mencionados ya estos detalles aunque someramente; es necesario recordar que las primeras piezas de la segunda dentición que hacen erupción, son las primeras molares; son ellas pues las que van a ejercer influencia y de manera efectiva no solo sobre el



Figura A

desarrollo y morfología de las aristas dentarias, sino también de todo el maxilo facial, las relaciones de contacto que dichas piezas tengan entre sí, constituye la clave de la articulación normal, como justamente lo ha llamado Angle.

Por la figura B podemos darnos cuenta de la articulación de los molares.

Conocidas las relaciones recíprocas que los dientes tienen entre sí, debemos admitir como una verdad incontrovertible que para que sean siempre normales, no solo se necesita la integridad anatómica, de estos, de los maxilares y de la fórmula dentaria, sino también de la concurrencia de otros factores que forman y mantienen el equilibrio de la articulación normal. Tal es lo que algunos autores designan con el nombre de fuerzas de oclusión.

METABOLISMO NORMAL.—Se dá el nombre de metabolismo a los cambios íntimos que se verifican en las células y que se refieren a su fisiología individual. Es uno de los factores más importantes, toda vez que de él depende directamente el buen desarrollo y la completa calcificación de los maxilares y de los dientes. Si este es normal si no hay alguna causa que ocasione el desequilibrio funcional de las células y está en razón directa con el desarrollo general del individuo, los procesos de calcificación, erupción y en general toda la evolución del diente será también fisiológica desde todo punto de vista, por consiguiente la posición que cada diente ocupe en el arco, será la ideal para que la oclusión sea normal.

ACCION MUSCULAR.—La actividad de los músculos de la lengua, de los labios y de la mejilla, es de una importancia tal que el concepto de oclusión normal, casi no podría concebirse si esta no existiera. Sabido es que cuando un diente hace erupción, no siempre ocupa su posición normal, es decir, aquella que le corresponde en la línea de oclusión; así por ejemplo, un incisivo al hacer erupción está ligeramente inclinado hacia el lado lingual o bucal, gracias a la actividad de los músculos de la lengua y de los labios, el diente ocupa bien pronto su posición normal siempre que no haya ninguna causa que lo impida, (ejemplo, persistencia de un diente temporal, pérdida de los puntos de contacto, etc.) Los músculos de la masticación tienen influencia sobre la posición de los dientes estableciendo con su funcionalismo la relación de los planos inclinados de los molares y premolares.

Al lado de la presión de los músculos de la masticación de los labios, y de las mejillas, encontramos la acción ejercida por los músculos del velo del paladar, faringe, etc., cuya acción es bien diferente pero esencial puesto que regula la presión del aire que normalmente penetra en la cavidad bucal.

FUERZA DEL PLANO INCLINADO. — Con el nombre de

fuerza de plano inclinado designan algunos autores el fenómeno, en virtud del cual, los planos inclinados de un diente que hace erupción, tienden a ponerse en contacto. Este hecho está ligado y muy estrechamente a la acción muscular, puesto que de ella depende.

La fuerza del plano inclinado es activa durante los movimientos de la mandíbula, es merced a ellos, que los dientes toman una posición tal que permite el perfecto deslizamiento de las cúspides y las relaciones más íntimas de contacto.

PUNTOS DE CONTACTO NORMALES. — Todo diente gracias a su morfología individual se pone en contacto con los contiguos por la convexidad de sus caras mesiales y distales y siendo esta más marcada hacia el tercio medio circunscribe un espacio triangular del vértice oclusal que es ocupado normalmente por la papila. Los puntos de contacto influyen sobre la morfología de las arcadas asegurando la estabilidad en lo que se refiere a posición de los dientes.

UNIFORMIDAD EN LA AMPLITUD DE LAS ARCADAS. — Si hay proporción en el tamaño de los dos maxilares y todos los dientes ocupan su posición normal, estando sus dimensiones en relación con el tamaño de los procesos alveolares, habrá uniformidad en la amplitud de las arcadas y por consiguiente oclusión normal.

FRESION AEREA. — El concepto de cavidad bucal introducido a la medicina desde tiempos remotos, es impropio, pues dicha cavidad es virtual pues con la boca cerrada y estando en contacto recíproco las dos arcadas dentarias, aparentemente falta por completo todo espacio libre, dado que la lengua ocupa todo el espacio que existe por dentro de las arcadas dentarias; los labios y la mucosa geniana están en contacto íntimo con la cara externa de los dientes; sin embargo, entre la lengua y la parte más alta de la bóveda palatina existe un pequeñísimo espacio llamado espacio aspirador de Donders, cuya presencia explica de manera clara las condiciones en que se encuentra el aire encerrado en las fosas nasales y en la cavidad bucal durante la respiración y de las variaciones de presión que sufre cuando se deglute o habla.

Cuando los labios y las dos arcadas están en contacto recíproco, la parte posterior del velo palatino está en contacto íntimo con la porción posterior de la lengua, haciéndose un vacío en el espacio aspirador de Donders durante cada inspiración. Como consecuencia de esto, el aire contenido en las fosas nasales tiene una presión inferior a la exterior; factor que influye notablemente en el desarrollo de la bóveda palatina. Es esta condición la que mantiene la mandíbula en posición contrarrestando la acción de los músculos de la masticación, hecho que puede comprobarse fácilmente se-

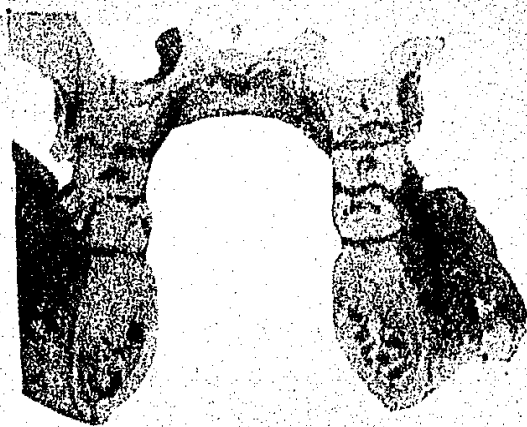


Figura B

parando los labios y haciendo la respiración bucal, notándose desde luego la dificultad de poder mantener la mandíbula en posición.

Si recordamos que durante la respiración el aire que penetra por las fosas nasales no solo ejerce presión sobre éstas, sino también sobre los senos maxilares, frontales y etmoidales, admitiremos su influencia sobre el desarrollo de casi todo el macizo facial.

Cuando se cesa de hablar y los labios están en contacto, la presión aérea obra sobre los dientes del maxilar y de la mandíbula, condición que favorece el desarrollo de las dos arcadas. En aquellos sujetos cuya respiración es bucal, la lengua ejerce presión únicamente sobre los dientes del arco inferior especialmente sobre las molares y premolares, este hecho nos demuestra que la presión aérea en este caso no ejercida determina defectos de desarrollo en el maxilar superior, en las fosas nasales y por consiguiente variaciones que interesan la posición de los dientes.

Capítulo Segundo

Etiología de la Maloclusión.



Al abordar el estudio de los factores etiológicos de la maloclusión, consideraré primero los que relacionándose con el estado general del individuo, afectan en muchas y muy variadas formas el desarrollo de los dientes y de los maxilares. Luego los que afectan de manera directa al diente y a las estructuras que las soportan, recordando siempre la relación estrecha que existe entre estos dos grupos de factores toda vez que estos no son sino la consecuencia de aquellos.

CAUSAS GENERALES

Las pirexias acompañadas o no de estado adinámico (viruela, sarampión, escarlatina, varicela, gripa, etc.), y una inmensa mayoría de enfermedades que pueden presentarse en la niñez, son factores cuyo papel en la etiología de la maloclusión, es importante por su influencia nociva sobre las estructuras óseas, y sobre los gérmenes dentarios en formación, ocasionando unas veces atrofia de los órganos formadores de los tejidos del diente; la viruela, escarlatina, varicela etc., ocasionan la atrofia del órgano del esmalte.

Otras determinando trastornos en el metabolismo del calcio, como la gripa, tifo, fiebre tifoidea, etc., que son de consecuencias desastrosas para la posición de los dientes, si recordamos que ésta depende del proceso evolutivo del diente.

La sífilis era considerada antiguamente como factor primordial en la etiología de la maloclusión. Su influencia en efecto, aunque muy obscura, es indudablemente importante sin que por

esto podamos afirmar que exista un tipo de maloclusión que caracterice dicha enfermedad.

El Doctor Hellman niega en absoluto la influencia de la sífilis sobre las malposiciones dentarias.

Pussini admite que su influencia como elemento infeccioso, puede determinar la atrofia folicular; además si tomamos en cuenta el papel de la sífilis en la etiología de muchas enfermedades que afectan directamente al diente y a los maxilares; si recordamos que los vicios de conformación y las diversas distrofias que constituyen los estigmas de la heredo-sífilis pueden interesar a los maxilares y a los dientes, no podemos negar su influencia.

El Raquitismo juega en la etiología de la maloclusión un papel preponderante. Enfermedad de la nutrición caracterizada por tener repercusiones óseas y dentarias, trae como consecuencia variaciones que interesan la forma y la estructura de los maxilares y de los dientes.

A Marfán y a su alumno Lamairé debe la Odontología el conocimiento de las lesiones producidas por el raquitismo en los dientes y en los maxilares y haciendo notar su coexistencia con otros signos que caracterizan dicha enfermedad les conceden además gran importancia para su diagnóstico; ellos suponen que los polimorfismos y las dismorfosis de los maxilares están en razón directa con la gravedad de la enfermedad. Frey y Watry no han hecho sino comprobar que los estudios de sus precursores descansan sobre una base incommovible como es la observación clínica.

El maxilar superior de un individuo que padece o padeció raquitismo, casi siempre estrecho, con tendencia a la formación de crestas prominentes que partiendo de la línea media van a confundirse con los rebordes alveolares; estos, en algunas ocasiones se presentan considerablemente engrosados y delgados o compactos en otras.

La mandíbula es ancha en la región de las molares y premolares, estrecha en su porción anterior y generalmente desviada de la línea media.

Los dientes presentan hiperplasias o aplasias del esmalte, sus coronas refiriéndose especialmente a los caninos, tienen la forma de una V mal delimitada, adoptando todos ellos las más diversas formas de malposición.

El raquitismo, enfermedad de la infancia puede no tener desde el principio manifestaciones aparentes, permanecer en estado latente y presentarse en una edad más avanzada, siendo entonces sus efectos más severos principalmente en la mujer en el período de preñez o de lactancia; resultando de ello que los maxilares y dientes del niño son afectados por los trastornos que en el metabolismo del calcio determina dicha enfermedad.

En el raquitismo la erupción de los dientes temporales puede

ser precoz o tardía y prematura siempre su destrucción por caries. Las causas determinantes de maloclusión puede decirse de manera general que siempre son más apreciables cuando se trata de la erupción de los dientes permanentes; esta es siempre tardía; de todos modos los dientes asumen las más variadas formas de malposición bien sea por la persistencia de una pieza temporal cuya raíz constituye un verdadero obstáculo para que el diente permanente ocupe la posición que le corresponde o bien porque la deformidad del maxilar ocasione la discordancia de los arcos.

Otra afección que es conceptuada por algunos autores americanos como una de las manifestaciones del raquitismo es la hipertrofia de las amígdalas y del tejido linfático de la rinofaringe; causa que ocasiona muchos trastornos desollando entre ellos la maloclusión. La facies del enfermo es demasiado típica: el labio corto, el paladar en ojiva, los dientes en protusión, la deformidad de la mandíbula y de todo el macizo facial, la respiración bucal, las encías inflamadas y sangrantes al menor contacto, son estos a grandes rasgos las características del adenoideo.

El raquitismo es uno de los factores que determina mayor número de casos de maloclusión y ninguna prueba más elocuente de ello que las estadísticas de Blair según las cuales el noventa por ciento de los individuos raquítics presentan maloclusión.

La Tuberculosis. — Es otro factor cuya influencia en la etiología de las malposiciones dentarias ha sido objeto de vivas discusiones; de manera general se admite su influencia aunque con resultados menos severos que el raquitismo, siendo estos directamente opuestos a los de aquel.

En la tuberculosis la erupción de los dientes temporales y de los permanentes es siempre precoz, tardía en cambio, la caída de los dientes temporales de suerte que la maloclusión es causada por la prolongada retención de los dientes temporales cuyas raíces nunca reabsorbidas son un obstáculo para que los dientes permanentes ocupen su posición normal.

Durante el período de preñez la mujer reclama un régimen de vida más higiénico que en cualquier otro período de su vida; es hecho bien conocido que la calcificación de los dientes temporales y de algunos permanentes se inicia antes del nacimiento. Si durante esta época la madre no está en condiciones de poder suministrar al niño que está desarrollándose la cantidad de elementos que le son indispensables, los procesos evolutivos del diente se efectuarán mal y habrá un retardo del desarrollo general.

La situación de una mujer que recibe una atención adecuada: sobre alimentación, reposo, etc., es muy diferente, su apetito y salud se mantienen con la observación del régimen de vida que su estado reclama y el niño que se está formando estará debidamente nutrido y saludable. Una mujer fuerte y sana da a luz niños que

tienen en su favor la mayoría de probabilidades para vivir y desarrollarse en estado de salud perfecta.

Se ha invocado también la influencia del medio ambiente; hecho que encuentra comprobación según la opinión de muchos autores en que la maloclusión es más frecuente en los habitantes de las ciudades que en los campesinos, se ha atribuido entre otros motivos al ambiente confinado y viciado de nuestras ciudades a cambio del ambiente rico en luz y al aire de que aquellos gozan.

La cuestión de régimen alimenticio es también factor que indefectiblemente influye en la etiología de las malposiciones dentarias; me refiero particularmente a la alimentación artificial de los niños que es la causa de muchos trastornos, contándose, entre ellos la maloclusión. Los leches de cabra, vaca, burra, etc., aunque en estado de pureza garantizado no contienen ni en cantidad ni en calidad las substancias indispensables para el desarrollo del niño como la de la madre según lo demuestran los análisis químicos.

Hellman ha hecho investigaciones durante muchos años a este respecto y ha podido llegar a conclusiones concretas, estando todos los autores de acuerdo con él, en que la maloclusión es siempre más frecuente en niños artificialmente alimentados que en aquellos alimentados directamente del seno de la madre; según sus estadísticas casi el ochenta y cinco por ciento de los niños alimentados artificialmente presentan maloclusión.

Parece que la mezcla de razas, es un factor que cuando menos merece mención. Nuestros indios primitivos no presentan maloclusión, en los negros, en los Zahoris es frecuente desde que el mestizaje reemplazó a la pureza de las diversas razas.

Las glándulas de secreción interna tienen acción manifiesta sobre la erupción, forma, tamaño y posición de los dientes; el metabolismo del calcio está bajo su dependencia, es de estimarse, pues, el papel de los trastornos endocrinos en la etiología de la maloclusión.

Trastornos funcionales de la pituitaria tienden a producir un sobredesarrollo del macizo facial y en especial de la mandíbula. Muchos casos de maloclusión agrupados en la tercera clase, es probable que sean debidos a trastornos de dicha glándula.

Trastornos funcionales del cuerpo tiroideo, tienden a producir defectos de desarrollo en las estructuras óseas y especialmente en los maxilares, verdaderos polimorfismos y dismorfosis análogas a las producidas por el raquitismo. Es de sentirse verdaderamente que la influencia de los trastornos endocrinos sobre el sistema dentario, sea mal conocida todavía, pero de todos modos siempre es efectiva.

HERENCIA.—El papel de la herencia en la etiología de la maloclusión, ha sido objeto de las controversias más acaloradas; mucho se ha escrito y en las diversas teorías formuladas para expli-

car qué papel corresponde a la herencia no encontramos sino la más marcada divergencia, careciendo algunas de ellas de todo valor científico como la que supone que el individuo hereda del padre dientes excesivamente grandes y maxilares chicos de la madre resultando como consecuencia la maloclusión. Dicha teoría no tiene más justificación, de que así como se heredan grandes ojos, pies y orejas, puede heredarse también dientes grandes y maxilares chicos. Después de considerarla, ocurrentes nos preguntan: si cada uno de los progenitores tiene como atributo exclusivo transmitir por herencia dientes grandes o maxilares chicos? Si después de la fecundación del óvulo cuando el embrión se desarrolla conteniendo el sumúm de las características de los dos progenitores, puede haber ese exclusivismo? La herencia en nuestro concepto es siempre completa y los órganos entidades indivisibles y creemos que no puede afectarse una parte de ellos sin que no se afecte el todo. Son estas las razones por las que dicha teoría resulta inadmisibile.

Algunos autores, entre ellos Galipp consideran la maloclusión como uno de los estigmas de la degeneración y así dice: "La familia neuropática tiende más y más a generalizarse y uno de los signos más frecuentes son las anomalías de los dientes y de los maxilares".

"La herencia puede ser homóloga o desigual y un individuo que lleva en sí una anomalía puede transmitirla con agravación o sin ella, pero también puede transmitir anomalías que él mismo no posee en virtud de la herencia no similar y de los caracteres metamórficos de los estigmas hereditarios".

La teoría de Galipp aunque demasiado sugestiva desde el punto de vista de sus estudios sobre la degeneración no concuerda con lo que la Biología, Histología y Embriogenia nos enseñan, toda vez que desde estos puntos de vista, la herencia de la maloclusión no es admitida.

Hawley invoca la herencia de las predisposiciones morbosas, la herencia de muchas causas que interceptando o modificando el desarrollo del individuo, crean en él una verdadera aptitud para contraer muchos padecimientos que afectan directamente al diente y a los maxilares. Cierito es que un mismo tipo de maloclusión ha sido la característica de muchas familias, lo que se explica por la herencia de un trastorno que modificando el desarrollo de la misma manera produce un tipo idéntico de maloclusión, tal es el caso de una familia Noruega citado por los autores en que una segunda clase, primera división, presentóse en siete individuos constituyendo un rasgo familiar.

Científicamente está admitido que la herencia puede modificar las células germinales de tal manera que éstas lleven en sí los estigmas de una verdadera tara, formándose un individuo cuyo organismo puede ser afectado por las más leves causas las que interceptan

tando o modificando su desarrollo, crean en él cierto estado de idiosincrasia o de aptitud morbosa desde todo punto de vista; en estas condiciones todos aquellos factores cuya influencia en la etiología de la maloclusión es evidente encuentran un terreno propicio para su desarrollo. Recordando siempre que una misma causa puede producir lesiones anatómicas muy variadas y las diversas anomalías no constituyen por sí, los estigmas especiales de una distrofia.

CAUSAS LOCALES.

Las malformaciones congénitas en primer término, la hemiatrofia facial que consiste en la reducción de una de las mitades del rostro, la izquierda generalmente y la hemihipertrofia caracterizada por un desarrollo exuberante de las partes blandas, tienen gran valor en la etiología de la maloclusión, puesto que no sólo son simples distrofias, sino que llevan en sí lesiones anatómicas que interesan a los maxilares y a la articulación temporo-maxilar.

Los maxilares pueden sufrir variaciones en su forma y su volumen dando desde luego idea de los disturbios que ocasionan en las relaciones recíprocas de las dos arcadas dentarias.

Magill describe casos en que la atrofia del maxilar superior, es la causa de muchos tipos de maloclusión.

El maxilar inferior puede sufrir una reducción de volumen, pudiendo pasar desde una simple atrofia hasta su ausencia completa.

El prognatismo o hiperprognatismo de los maxilares que consiste en el alargamiento y prominencia de éstos, bien sea superior, inferior, doble o asociado a una atrofia del maxilar antagónico, determina siempre la discordancia de las arcadas dentarias.

La bóveda palatina ojival caracterizada por estar las dimensiones transversales del arco superior considerablemente disminuidas y describiendo la forma de una V ocasiona serios trastornos en las relaciones de las arcadas, debidos a los trastornos funcionales que determina.

El labio leporino en sus diversas formas ya sea simple o complicado es siempre un factor determinante de la maloclusión.

La insuficiencia velopalatina, la hipertrofia congénita del velo, y todas las perforaciones congénitas del mismo, son factores cuyo valor indiscutible me obligan a no entrar en consideraciones.

La macroquelia, la macroglosia, la lengua doble, la atrofia de la lengua, así como su movilidad disminuida por adherencias anormales (frenillo demasiado extendido en sentido anteroposterior y corto en sentido transversal y la anquiloglosia); son también padecimientos, cuya influencia sobre las malposiciones dentarias es manifiesta.

Gran número de casos de maloclusión no reconocen otra causa

que la inserción y desarrollo anormales del frenillo del labio el que considerablemente largo y grueso, se inserta algunas veces en el borde libre del proceso alveolar, interrumpiendo de esta manera las relaciones de contacto que los incisivos centrales deben tener normalmente entre sí, quedando además reducido el espacio que está destinado a los otros dientes.

Todas las anomalías de número caracterizadas por el aumento o por la falta de uno o más dientes, determinan siempre vicios en las relaciones normales de las dos arcadas.

Los trastornos de la erupción de los dientes permanentes debidos a muchas causas como ya lo hemos visto, son factores cuyo valor en la etiología de la maloclusión es indiscutible. En los casos en que dichos trastornos se manifiestan por precocidad en la erupción, el diente permanente en el momento de su salida encuentra el sitio ocupado por un diente temporal; de manera que está obligado a sufrir una desviación hacia afuera o hacia adentro de la arcada.

En los casos de erupción tardía, la desviación puede ser causada por la persistencia de un diente temporal o por la inclinación de los dientes contiguos que tienden a cerrar el espacio vacante.

Las pérdidas dentarias debidas casi todas a extracciones juegan también muy importante papel, sobre todo si se trata de dientes temporales; los dientes contiguos al que se extrajo, no quedan nunca fijos en su sitio, porque perdidas las relaciones de contacto que normalmente deben tener entre sí, tienden a cerrar el espacio vacante, quedando por decirlo así impactado el folículo permanente. Pullen fué el primero en hacer notar la importancia de la conservación de los dientes temporales para que la oclusión sea normal. Trust, Agle y Staton no cesan de hacernos ver en sus diversos escritos la significación que tiene la conservación de los dientes temporales para el desarrollo normal de los maxilares y de todo el maxilo facial.

Las operaciones quirúrgicas de alguna importancia efectuadas en la cavidad bucal o por la vía bucal determinan algunas veces la pérdida de uno o más dientes, bien que esas pérdidas se impongan o sean puramente accidentales. Actualmente la bronquiscopia, la traquioscopia y la esofagoscopia requieren para llevarse a cabo la extracción de una o varias piezas.

La caries desempeña también un importante papel, puesto que destruyendo total o parcialmente los dientes, ocasiona en el primer caso la pérdida de uno o más dientes y en el segundo resultan abolidas dos fuerzas esenciales de oclusión, la del plano inclinado y la de los contactos interproximales.

La respiración bucal consecutiva a tumores adenoides de la rinofaringe a estenosis nasales o a la hipertrofia de las amígdalas palatinas es también factor muy importante y debe ser mencionada.

En las fracturas de los maxilares cuando existe desplazamiento de los fragmentos y en caso de no corregirse la dislocación, pueden presentarse trastornos en la posición de los dientes.

Las cicatrices resultantes de intervenciones quirúrgicas, traumatismos, heridas, etc., a consecuencia de una retracción viciosa pueden presentarse trastornos en la posición de los dientes.

Los tumores, merced a su desarrollo exuberante, pueden alterar la posición de los dientes, especialmente los fibrocondromas, fibrolipomas, angiomas, etc.

Las luxaciones frecuentes de la mandíbula provocando la inmediata desarticulación de las arcadas, pueden traer a la larga trastornos en la posición de los dientes.

Los vendajes y todos los aparatos protésicos que han sido colocados durante mucho tiempo, principalmente aquellos que no llenan los requisitos de un aparato eficiente, deben ser dignos de mención.

Se ha invocado la acción de los partos anormales especialmente aquellos que requieren aplicación de forceps.

HABITOS.—El castaño y rechinar nocturno de los dientes, pueden dar lugar a alteraciones dentarias, resultando de esto arcadas anejas en sentido transversal y deprimidas en sentido antero-posterior, este hábito es muy común en individuos que gozan de una excelente respiración nasal.

Succión del dedo pulgar.—Por efecto de esta mala costumbre, los dientes superiores son empujados hacia adelante y los inferiores hacia atrás, variando el tipo de la anomalía según que el dedo introducido sea el derecho o el izquierdo o que se introduzca hacia arriba la cara palmar o la dorsal, de todos modos efectúa el papel de una verdadera palanca.

La propulsión o lateropulsión de la mandíbula costumbres tan comunes en los niños, pueden ser la causa de lo que vulgarmente se llama articulación cruzada.

La introducción de objetos a la boca como papeles, telas, chupones, etc. es siempre de malos resultados.

La succión de las mejillas a nivel de los molares, ocasiona una forma curiosa de maloclusión descrita por Pinard, en la cual los molares no hacen erupción completamente, pareciendo existir una verdadera retención parcial de dichas piezas.

La costumbre de morderse el labio inferior parcial o totalmente, provoca la protusión de los incisivos y algunas veces hasta la desviación mesiodistal de los molares. El hábito de morderse el labio superior puede ser la causa de la protusión de los incisivos inferiores y, a veces si este no es corregido puede determinar el prognatismo de la mandíbula.

Podría citar muchos otros hábitos perjudiciales a la posición de los dientes, entre ellos el hecho de dormir con el puño apoyado

sobre la mejilla, dormir con el puño apoyado sobre el mentón, etc., pero me he concretado a señalar los hábitos más comunes en la niñez.

Perek hizo notar la influencia de las pipas sobre la posición de los dientes.

Palltrof describió el tipo de anomalías que se presentan en las costureras que muerden y cortan el hilo y por fin Kuhls asegura que en los sopladores de vidrio son constantes y siempre características las anomalías que dichos individuos presentan.

Millares de personas que acuden a nosotros en demanda de nuestros servicios, son víctimas de la inexperiencia o de nuestra ignorancia crasa de lo que significa la restauración anatómica y fisiológica de las piezas dentarias; en el curso de los tratamientos protésicos triste es confesarlo, no se da a este factor la importancia que merece, y casi puedo asegurar que el noventa por ciento de los trabajos ejecutados por nuestros colegas adolecen de este defecto capital. La falta de detalles morfológicos y la consiguiente deficiencia funcional, son dos factores que por nuestra culpa, determinan una inmensa mayoría de padecimientos, descollando entre ellos la maloclusión. Por otra parte, si recordamos la relación íntima que existe entre el diente y los tejidos peridentarios, resaltará a nuestra vista la explicación de gran número de padecimientos en los que los únicos culpables somos nosotros.



Capítulo Tercero
Maloclusión.



DEFINICION.—Maloclusión es la perversión de las funciones de los dientes (Angle).

ANOMALIAS INDIVIDUALES.—Bajo esta denominación se comprenden las diversas malposiciones de los dientes con relación a la línea media facial y a la línea de oclusión.

La línea media facial divide a la de oclusión en dos mitades simétricas; las anomalías toman su nombre según la posición que el diente ocupe en relación con estas dos líneas.

Un diente puede estar desviado en el sentido de la línea media diciéndose entonces que está en mesioclusión o mesioversión según Lischier.

O bien la desviación puede ser en sentido opuesto o distal, diciéndose que el diente está en (disto-clusión) o distoversión.

La desviación puede ser hacia afuera de la línea de oclusión llamándose labioversión o protusión; es de advertirse que esta denominación es aplicable únicamente a los seis dientes anteriores, para las premolares y molares será buioversión, yugoversión o simplemente extraoclusión. Si la desviación es hacia adentro de la línea de oclusión la anomalía se designa con el nombre de retrusión que es término aplicable únicamente a los dientes anteriores, para las premolares y molares será intraoclusión o linguoversión.

Se dice que un diente está en infraoclusión o infraversión cuando no toca la línea de oclusión. Y en supraoclusión o supraverversión cuando sobrepasa la línea de oclusión.

Los dientes pueden presentarse en torsión sobre un eje vertical, tal como si hubiesen dado un movimiento de rotación, pudiendo ser

en sentido mesial o distal hacia afuera o hacia adentro de la línea de oclusión, designándose entonces con el nombre de torsimesio-buoclusión o torsimesiobuoclusión; torsimesiolinguoclusión o torsimesiolinguoversión.

Y por último se reserva el nombre de transversión para todas las ectopias ejemplo: un canino entre dos premolares. Tales son las malposiciones fundamentales de los dientes deduciéndose desde luego las combinaciones que de ellas pueden resultar.

CLASIFICACION DE LOS DIVERSOS TIPOS DE MALOCLUSION.—Los diversos tipos de maloclusión se clasifican tomando en consideración las relaciones recíprocas de las dos arcadas dentarias, no olvidando que las anomalías individuales constituyen la base para la formación de las diferentes clases.

Conocidas las relaciones de contacto normales que las primeras gruesas molares tienen entre sí, constituyendo ellas la clave de la articulación normal por ser las primeras piezas permanentes que hacen erupción y por consiguiente teniendo influencia indiscentible sobre el desarrollo de los arcos dentarios y todo el maxilo facial, ninguna clasificación más sugestiva que la basada en este principio, toda vez que cualquiera variación que a la posición de ellas interese, determinará defectos de posición en los demás dientes. Todos los autores están de acuerdo en admitir la clasificación de los diversos tipos de maloclusión en tres grandes clases, a saber:

1a. Clase.—Nentroclusión. Articulación normal de la clave, anomalías individuales.

2a. Clase.—Distoclusión. Articulación distal en la clave. La segunda clase tiene dos divisiones y cada una de ellas una subdivisión:

1a. División.—Articulación distal en la clave, protusión de los dientes superiores. Subdivisión de la 1a. división Unilateralidad de la articulación distal en la clave, protusión de los dientes superiores.

2a.—División.—Distoclusión en la clave linguoversión de los dientes superiores.

Subdivisión de la 2a. división. — Unilateralidad de la articulación distal en la clave, retrusión de los dientes superiores.

3a. Clase.—Mesioclusión. Articulación mesial en la clave, esta clase tiene una división y una subdivisión.

División de la 3a. clase. — Articulación mesial en la clave, relación lingual de los incisivos superiores con los inferiores.

Subdivisión de la división de la 3a. clase.—Unilateralidad de la articulación mesial en la clave.

1a. Clase.—Nentroclusión caracterizada como ya dije por la articulación normal en la clave y por las anomalías individuales, los arcos son generalmente estrechos; los incisivos y caninos tanto superiores como inferiores, se presentan algunas veces en osioclu-

sión, otras en protusión, etc., las molares y premolares en linguo o bucóversión. Suele acontecer algunas veces que no haya articulación normal en la clave por falta de una o más piezas, no dejando de existir por esto, una relación normal de los arcos en sentido mesio-distal; en otros casos hay buco o linguovversión de las molares, no existiendo articulación normal en la clave, pero de todos modos hay una relación normal de los arcos; otras veces existe articulación normal en la clave y protusión de los dientes superiores. Pueden presentarse también casos en los cuales hay articulación normal en la clave y linguovversión de los incisivos superiores. ~~distal, bilateral en la clave, tiene~~ **distal, tiene** dos divisiones:

1a. División de la 2a. Clase.—Está caracterizada por la articulación distal en la clave, protusión en los dientes superiores, el labio corto, el paladar en ojiva, la respiración bucal, mandíbula poco desarrollada, la dolicocefalia que a veces va asociada a este tipo y el desarrollo anormal del macizo facial dá a los individuos que presentan una segunda clase 1a. división un aspecto característico.

Subdivisión de la división 1a. — Caracterizada por la unilateralidad de la articulación distal en la clave con las mismas características de la división primera.

2a. División.—Sus caracteres son casi directamente opuestos a los de la primera, existe bilateralidad en la articulación distal, retroceso de los dientes superiores, el arco superior es más o menos normalmente desarrollado, la respiración es nasal.

Subdivisión de la división 2a. — Articulación distal unilateral en la clave con las mismas características de la división segunda.

3a. Clase.—Caracterizada por la articulación mesial en la clave, tiene una división y esta una subdivisión.

División de la 3a. clase. — La articulación es siempre mesial en la clave, en algunos casos los dientes pueden no presentar anomalías individuales, en otros los incisivos superiores pueden presentar ligera torsión y estar siempre en relación lingual con los inferiores. Algunas veces el arco superior es poco desarrollado, los dientes anteriores regularmente dispuestos y en oclusión lingual con relación a los inferiores, estos pueden presentarse también normalmente alineados; la deformidad facial es siempre muy marcada en todos los casos de 3a. clase, la respiración es siempre normal.

Subdivisión de la división de la 3a. clase. — Caracterizada por la articulación normal de la clave en un lado y mesial en el opuesto. Las posiciones de los dientes anteriores pueden ser muy variadas, existiendo siempre una relación de contacto normal en la clave y mesial en el opuesto, hay una verdadera articulación cruzada; existe, pues, una desviación de cualquiera de los dos arcos con la línea media facial.

4a. Clase.—Caracterizada por la articulación mesial en un lado y distal en el opuesto, es considerada por algunos autores como cuarta clase, los discípulos de Angle le denominan teratogéneas, de todos modos el sobredesarrollo unilateral de la mandíbula, parece denotar que el cóndilo ocupa una relación anterior con la cavidad glenoide.

Capitulo Cuarto

Los efectos de la Maloclusión sobre los Tejidos del Periodontium.



Aunque no es el objeto de este capítulo, juzgo de interés antes de entrar en materia, hacer una breve reseña de las perturbaciones funcionales que la maloclusión lleva en sí y sin pretender siquiera, que esta lleve el carácter de sucinta, me limitaré únicamente a mencionarlás.

Las funciones de los dientes muy variadas e importantes merecen el nombre de recíprocas porque estas no pueden llevarse a efecto sin el consenro de todos y cada uno de ellos, condición que exige integridad no solo del diente y de la fórmula dentaria, sino también de todos los órganos que constituyen la cavidad bucal; por otra parte, el organismo suministrándoles los elementos que aseguran su nutrición, contribuye a que dichas funciones se desempeñen de manera perfecta.

Funciones Recíprocas Pasivas.—En este grupo quedan comprendidas la defensa, la estética y la fonética.

Estética.—Los dientes contribuyen a dar forma a las partes blandas de la cara en relación con ellos: labios, mejillas, etc., favoreciendo a la vez su desarrollo normal. La belleza encuentra pues su más alta expresión en la posición correcta de los dientes. Existe una ley de estética facial en la que se condensa la significación que tiene la posición de los dientes para la perfección de las diversas líneas del rostro y dice: "Que el mejor equilibrio, la más perfecta armonía, las proporciones más justas de la boca comparadas con las demás afecciones de la cara, reclaman la integridad de la dentición y exige que cada diente ocupe su posición normal.

Al concepto de maloclusión va unido siempre el de deformidad,

la que interesa tanto a las partes blandas como a las estructuras óseas, dependiendo naturalmente del tipo de maloclusión de que se trate.

Defensa.—Función íntimamente ligada a la posición de los dientes, lejos de ser en la maloclusión un medio que libre a los tejidos blandos que los rodean contra cualquier traumatismo; resulta convertido en un factor que condyua y hace mas eficaz la acción de los agentes contundentes cuando estos obran sobre los labios, mejillas, etc. por otra parte ya al tratar del estudio de las fuerzas de oclusión, hemos dicho que el papel de los puntos de contacto, no es simplemente el de asegurar la estabilidad en lo que a posición de los dientes se refiere, sino también el de defender a los tejidos periodontarios durante la masticación. En la maloclusión no existiendo esta condición que entraña la defensa de dichos tejidos, quedan expuestos a ser lesionados directamente.

FONETICA. — Relacionada con la posición de los dientes, se encuentra en la maloclusión profundamente perturbada y ninguna prueba más elocuente de ello que la imposibilidad que tienen los individuos que presentan una primera o segunda clase de pronunciar ciertas letras, principalmente cuando se trata de la V, T, F, Z, N, P, S y R.

Respecto al tono, la voz sufre también modificaciones importantes.

Según la opinión de Maljutín, todos estos trastornos serían más marcados cuando se tratase de una segunda clase división primera, sin que esto quiera decir que en las clases 1a. y 3a. no existan trastornos que interesen la fonética.

Funciones Recíprocas Activas.—**Masticación.**—Función que consiste en la división y trituración de los alimentos a fin de que puedan ser deglutidos y fácilmente atacados por los jugos digestivos, reclama para llevarse a efecto la posición más correcta, y sus relaciones más íntimas de contacto recíproco.

Sabido es que a cada diente le está encomendado un papel durante la masticación; así los incisivos cortan, los caninos desgarran y las premolares y molares trituran; en todos los casos de maloclusión los trastornos interesan los procesos de incisión y trituración, verificándose mal dicha función, toda vez que queda encomendada a determinado grupo de dientes y lo que es más, a determinadas porciones de sus coronas, hecho que ocasiona no solamente la masticación incompleta de los alimentos, sino también trastornos que interesan la estructura de los dientes y de los tejidos periodontales.

Las funciones recíprocas activas generales, se refieren a los efectos estimulantes que sobre la nutrición de los tejidos periodontarios tienen las fuerzas ejercidas sobre los dientes, bien sea cuando la oclusión es cóncava o excéntrica o lo que es lo mismo durante la es-

tática o en los diversos movimientos de la mandíbula. En la maloclusión esta función está perturbada a tal grado que ocasiona una serie de trastornos cuyo estudio constituye el objeto especial de este capítulo.

La relación anatómica y fisiológica tan íntima que existe entre el diente, proceso alveolar y tejidos periodontales, nos indica de manera clara que son los primeros en sufrir los efectos de la maloclusión. Las fuerzas ejercidas durante la estática o durante los movimientos de la mandíbula sobre los dientes en posición anormal, lejos de constituir un agente estimulante sobre la circulación y estructura de los tejidos del periodontium determinan trastornos que se manifiestan en época remota en casi todos los casos de maloclusión.

La acción de las fuerzas masticatorias en dirección viciosa, la presión excesiva y la falta de presión antagonica, son los factores que determinan la desorganización paulatina de los tejidos periodontales, o lo que es lo mismo la periodontoclasia, ofreciendo este estado un campo propicio al desarrollo de muchas enfermedades.

Normalmente, ya sea la oclusión céntrica o excéntrica las fuerzas masticatorias se ejercen siguiendo una dirección paralela a las raíces de los dientes y siendo distribuidas uniformemente sobre las superficies oclusales, habrá una distribución igual de dichas fuerzas sobre los tejidos del periodontium.

En la maloclusión las fuerzas ejercidas en sentido caprichoso, son desigualmente distribuidas, resultando que a cada movimiento de la mandíbula, estas actúan únicamente sobre determinadas áreas, constituyéndose dichas fuerzas en un verdadero agente traumático.

Supongamos que tenemos un caso de 2a. clase, división 1a. en la que hay como sabemos, una relación distal de la articulación de la clave, y protusión de los dientes superiores; en este caso las fuerzas masticatorias serán ejercidas única y exclusivamente sobre los molares y premolares, los incisivos y caninos no recibiendo presión antagonica tienden a ser expulsados en virtud de la ley de Baumé que dice: todo diente privado de su homólogo, tiende a desalojarse, resultando por estas dos circunstancias comprometida la integridad de los tejidos peridentarios.

Se supuso siempre aunque con carácter hipotético, la existencia de lesiones en el periodontium consecutivas a la maloclusión. Es a Box, a Stillman, y a Maseall a quienes debemos el conocimiento científico de tan importante asunto; sus estudios histopatológicos se basan sobre investigaciones de laboratorio y revisten por consiguiente gran interés puesto que nos inician en un campo en el que probablemente somos profanos los novicios.

PERIODONTOCLASIA.

Evolución de las lesiones.—La lesión inicial consiste en una reacción inflamatoria que se manifiesta por una hiperemia vascular, las fibras de los ligamentos están infiltradas de un exudado seroso en el cual pululan elementos embrionarios, más tarde, a medida que las lesiones avanzan se nota a nivel de los vasos sanguíneos verdaderas proliferaciones de las estructuras endoteliales sin que por esto quede constituido un tejido granuloso típico por no haber neoformación de vasos; este tejido está formado de grandes células poligonales, voluminosas y unidas entre sí de manera característica, celdillas endoteliales, linfocitos células del plasma y algunas veces fibrablastos constituyendo un verdadero tejido fibrilar que reemplaza al tejido conectivo normal del pericementum.

Coincidiendo con la formación de este tejido, se observan en el alveolo fenómenos importantes favorecidos por el hecho de que el tejido neoformado no circunda completamente al diente, sino que circunscribe espacios que dejan al descubierto el alveolo que en este caso es el que recibe directamente la acción del traumatismo. Un hecho típico se observa entonces en la pared alveolar y consiste en pequeñas excavaciones en el borde de las cuales se encuentran alineados de manera característica osteoblastos que han sufrido una alteración en su forma. Hay zonas en que los canalículos de Havers se presentan como en un hueso embrionario a consecuencia de los trastornos nutritivos. La reabsorción de la cresta alveolar se inicia coincidiendo con este estado y la podremos apreciar por medio de los rayos X manifestándose por una marcada traslucidez la cual es más o menos pronunciada principalmente a nivel de su borde libre.

Si la fuerza traumática continúa obrando, los ligamentos van perdiendo poco a poco su facultad de reacción, la necrosis sobreviene entonces y se asiste a fenómenos de destrucción de los tejidos que se traducen por la movilidad del diente. Los vasos de la encía son entonces afectados y la circulación interrumpida ocasiona trastornos en la nutrición de los tejidos que la constituyen. Dichos trastornos tienden a producir la hipertrofia de la encía la cual se nos presenta considerablemente engrozada dejando al descubierto el tercio cervical de la raíz del diente. Despegada la encía queda pues constituida una bolsa cuya situación y profundidad son variables ofreciendo en estas condiciones un campo propicio al desarrollo de todas las infecciones, extendiéndose entonces las lesiones en profundidad y en sentido horizontal.

Como la reabsorción del proceso alveolar continúa, la retracción de la encía es más marcada, perdiéndose completamente el contorno del festón, sinembargo esta no es la regla, pues la retracción es compensada en parte por la congestión de la encía

de todos modos la retracción parece estar en relación con la profundidad de la bolsa. Por el grabado C podemos darnos cuenta de la reabsorción tan considerable del proceso alveolar en un caso de segunda clase la, división. La persona es del sexo femenino, de 45 años de edad.

La pulpa puede permanecer indemne, pero también puede ser afectada. Stillman ha señalado casos de pulpitis, los que pueden ser o no infecciosos; de todos modos las lesiones parecen iniciarse por una trombois vascular que ocasiona un trastorno trófico, al cual se añade bien pronto la infección que trae consigo la necrosis pulpar. A consecuencia de la necrosis de la pulpa, el diente toma una coloración pizarrosa azulada o algunas veces negruzca.

La persistencia de los elementos esfacelados es lo que determina la formación de focos de supuración que pueden manifestarse por abscesos cuya situación es caprichosa localizándose ya en el lado lingual, palatino o yugal.

Otras veces los resultados de la mortificación de la pulpa se manifiesta, por la formación de un granuloma a nivel del apex, o en la bifurcación de la raíz del diente.

En algunos casos los fenómenos de destrucción de la pulpa y de los tejidos del periodontium, no se manifiestan por signos apreciables, pudiendo determinarse más tarde trastornos en puntos lejanos de dichos órganos; las substancias extrañas, nocivas verdaderas, toxinas, producto de la destrucción de los tejidos son llevadas por metástasis por la vía sanguínea o linfática a órganos que por su situación nada tienen que ver aparentemente con la cavidad bucal, determinando en ellos enfermedades cuyo verdadero origen radica en la existencia de las lesiones a que me refiero.

El cemento sufre también transformaciones aparentes, observándose el aspecto irregular que nos presenta la raíz del diente y que denota verdaderas hiperplasias que nos indican la proliferación activa de los elementos constitutivos del cemento. En la porción que colinda con el esmalte se ve a éste con un aspecto grisáceo de consistencia blanda hecho que nos indica que ha habido una verdadera necrosis del tejido.

McCall ha señalado otra serie de fenómenos muy frecuentes y que consisten en la aparición de neuralgias cuya intensidad parece estar en proporción con la magnitud de las lesiones. Dicho autor ha observado también fenómenos de hiperestesia en la porción cervical de la raíz y la cual tiende a persistir aun bajo la acción de los anestésicos.

La existencia de las lesiones en los tejidos periodontales lleva en sí una excitación continua de los medios de defensa naturales de que la cavidad bucal dispone, tendiendo a debilitarlos a medida que las lesiones avanzan; dicha excitación da lugar a una reacción que se traduce por fenómenos inflamatorios de la mucosa ge-

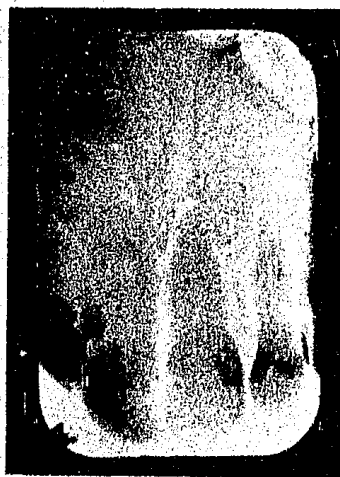


Figura C

niama y labial y de las amígdalas, si recordamos que existe una línea de formaciones linfoides no interrumpida y la cual afecta la forma de un semicírculo que partiendo de la amígdala faríngea va a la lingual pasando sucesivamente por la amígdala tabaria, el pilar posterior del velo del paladar y la amígdala palatina; uniendo el semicírculo derecho con el izquierdo, se obtiene el círculo que lleva el nombre de Walldayer. La relación tan íntima de las enéas, mucosa geniana, etc., con estos órganos tan importantes de defensa, nos explica la frecuencia de las afecciones que a dichos órganos interesan, toda vez que como focos de retención de elementos infecciosos no esperan sino el momento propicio para estallar.

Las glándulas salivales también aportan su contingente de defensa aumentándose la secreción salivar de modo exagerado, hecho que contribuye a la larga a disminuir la resistencia de dichos órganos a los agentes infecciosos.

En el desarrollo de las lesiones del periodontium consecutivas a la maloclusión, debemos tener en cuenta todas aquellas causas que disminuyendo la resistencia de los tejidos favorecen su desarrollo contándose entre ellas todas las disracias, (atritismo, diabetes, etc.), no olvidando que la resistencia de los tejidos decrece fisiológicamente con la edad, es por eso que se tiende a creer que las lesiones periodontales no se observan sino después de los treinta años; aseveración que si es de tomarse en cuenta, no encuentra comprobación en gran número de casos.

Otro punto que no debemos olvidar es la inmunidad que según la muy acertada opinión de Box existe y digo acertada porque no nos parece posible admitir que en todos los casos de maloclusión haya desorganización de los tejidos periodontales. En los casos en que el exponente de la resistencia individual se traduce por la inmunidad no se observa más que la abrasión de las piezas sobre las que el traumatismo obra constantemente; existe siempre el minimum de retracción gingival no habiendo movilidad del diente.

La abrasión trae consigo el desgaste de las cúspides de aquellos dientes en donde el traumatismo obra sin cesar, tendiendo a transformar sus caras triturantes en superficies regulares. En algunas porciones de las coronas, el esmalte falta por completo, dejando al descubierto zonas de dentina, hecho que ocasiona lesiones que a la estructura de este tejido interesan, determinando a la vez por parte de la pulpa una reacción de defensa destinada a la reparación de dichas lesiones.

Son estos trastornos los que más comunmente se observan sobre todo en la juventud, la que parece gozar hasta cierto punto de inmunidad no debiendo esto conceptuarse como regla pues según la opinión de muchos autores, la existencia de las lesiones en el

periodontium no es rara en personas que ni siquiera llegan a los veinte años.

Cuando los dientes no reciben presión antagónica, tienden a ser expulsados como consecuencia de la atrofia de los tejidos periodontarios, resultando las lesiones idénticas y los trastornos similares a los que se observan en los dientes que reciben exceso de presión.

En el grabado D puede verse la marcada retracción de las encías en un sujeto de 30 años de edad, que presenta una 1a. clase: trátase de un caso mutilado pues faltan los dos caninos superiores y la primera molar inferior izquierda.

ROMEO ESPADA A.

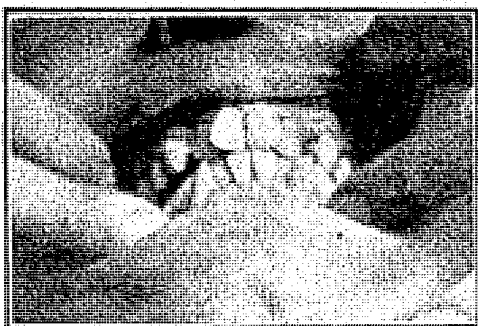


Figura D

Bibliografia.

Dewey Dental Anatomy 1921.

Dewey Practical Orthodontia 1921.

Case's Dental Orthopedia 1921.

Blair Surgery and Diseases of the Mouth and Jaws
Third Edition.

Hawley.—The Dental Cosmos No. 5 1922.

Hellman The Dental Cosmos No. 6 1921.

Wenderberg.—The Dental Cosmos No. 10 1922.

Hershlizka.—The Dental Cosmos No. 3 1922.

The Dental Itrus No. 6 1921.

The Dental Digest No. 1 1926.

Kirck Dentisterie Operatorie 1910.

Ile Congres du Stomatologie Presse Medicale No. 91
1925.

René Boisson Revue Belge de Stomatologie Nos. 1 y 2
de 1924.

Forgue Patologie Externe. Tomos 1 y 2 1917.