

FACIES PALATINA INFANTIL *

(BASADA EN 373 OBSERVACIONES)

Dr. J. ROIG RAVENTÓS

Numerario de la Real Academia de Medicina de Barcelona

EL gran profesor Enrique FINKELSTEIN, en su obra "Exploración del niño enfermo", describe minuciosamente el método exploratorio clínico tan completo que, de seguirlo con fidelidad de buen discípulo, raramente se sentirá la decepción de no conquistar el anhelado diagnóstico. Recomienda empezar por la cabeza y descender nuestras observaciones por el cuello, tórax, abdomen y extremidades. Nosotros, que nos honramos siendo discípulos del malogrado maestro, que murió en el destierro y que conocimos en Berlín después de la primera guerra mundial, seguimos su método, pero desde la publicación de la obra inglesa del Profesor Eric PRITCHARD, nos hemos convencido de que en las obras de pediatría, incluso en las más extensas, falta un capítulo esencial, que es el que haga referencia a la exploración metódica del rostro, la boca, el paladar y las fauces. Ya hace muchos años que publiqué una monografía en que decía que un médico no tiene derecho a cobrar la visita si no explora minuciosamente, cada día, la garganta de los febricitantes. Hoy añado que tampoco puede cobrar la visita de los niños apiréticos, si no explora minuciosamente la boca, ya que con harta frecuencia veo que pasan desapercibidos defectos de construcción facial que, de no descubrirlos a su tiempo, pueden acarrear consecuencias lamentables e irreparables y desacreditadoras para la fama más encumbrada.

La primera actitud explorativa del pediatra, es meramente pasiva. Nuestros ojos, ávidos de descubrir, han de empezar una tarea analítica y antes de emprender la exploración física con nuestras manos y aparatos, debemos observar un buen rato al enfermo siguiendo un método íntimo, al impulso de una atención silente intensa. De esta exploración aparentemente pasiva, ante los deudos del niño, debemos inquirir cómo es la expresión del enfermo, sus rasgos fisonómicos, su mímica, su color, la actitud de la cabeza. Mientras nuestros ojos van adquiriendo datos, nuestros oídos han de seguir el ritmo exploratorio escuchando la voz, el

* Conferencia dada en la Real Academia de Medicina de Barcelona el día 11 de abril de 1950. Presidencia: Dr. F. Corominas.

llanto, la tos, las palabras, las risas. Los médicos antiguos nos hablan de la facies pulmonar, facies abdominal. Además se han descrito: la facies *dolorosa*, facies *luctuosa* (desconsuelo, tristeza, dolor en la tuberculosis y enfermedades crónicas); facies *ansiosa* (miedo, temor nocturno); facies *hidrocefálica* (seriedad, reflexión, piedad, meningitis); facies *paralítica* (abandono, cansancio, resignación); facies *sardónica* (morosidad, ironía, ceguera, trismos, tétanos, corea); facies *fastidiosa* (asco, náuseas, repugnancia); facies *senil*, "fisonomía de Voltaire" (cara de viejo, atropía, sífilis, hidrocefalia); facies *libidinosa* (masturbación); facies *rigida* (cara de máscara, parálisis); facies *idiotica* (expresión vacía, nada espiritual); facies de la *aprosexia* (degeneración, vegetaciones); facies de *Hutchinson* (oftalmoplegia progresiva nuclear); facies *cirrótica* (Sir R. HUTCHINSON), *nefrítica*, *sarampionosa*, *pertúsica*, *escrofulosa*, *mangólica*; facies *adenoidea*, y yo me atrevo a añadir a la lista del Profesor M. PFAUNDLER, la *facies* que yo llamo *palatina*, objeto de esta comunicación.

Cuando se contempla un cráneo a distancia prudente, que el niño confiado no teme, por imaginarse que no es objeto de la visita, podemos descubrir las características de su forma y por sólo este dato conquistar el diagnóstico de enfermedades como el raquitismo, la hidrocefalia, además de las múltiples anomalías como la *Plagiocefalia* (asimetría craneal); la *Acrocefalia*, *Pirgocefalia* (forma de torre acuminada); *Microcefalia* (cráneo pequeño, fisonomía de pájaro, cara de mono por afección cerebral); *Macrocefalia* (hipertrofia del cerebro; hidrocefalia). *Cráneo cuadrado* (frente olímpica, cráneo natiforme); *cráneo plano* (hipotiroideos). *Aplanamiento* del occipucio. *Caput succedaneum* (piel edematosa). *Cefalohematoma externo* (hemorragia de la galea). *Encefalocelos*. *Hidromeningoceles*. *Torus palati* (exostosis medio palatina: idiocia degeneración). *Hipsostafilia* (abovedamiento alto del paladar; raquitismo, adenoides hipertróficas, mongolismo, micromelia). *Palato esquisis* (división lateral del paladar duro y mediana del blando).

Nuestra mirada inquisitoria dirigida a la facies del enfermo podrá descubrir la cara raquítica y lo que debemos denominar la boca raquítica descrita por los Profesores MAFAN y PFAUNDLER. Nuestra mirada de frente podrá descubrir la asimetría en la epilepsia, los síntomas característicos del mongolismo, del mixedema y micromelia. Las anomalías de la nariz como la *Microrrinia*, *Hiperplatirrinia*, nariz roma, nariz de silla de montar, nariz de monóculo (sífilis), hematrofias faciales por tortículis o parálisis, deformaciones faciales por decúbito del mismo lado; ojos que no están al mismo nivel, labios que no son horizontales, bocas abiertas peren-

nemente. Mirando al enfermo de perfil se descubrirán desproporciones anormales entre la frente, nariz y mentón, los cuales deben tener la misma medida, imaginándose que cuatro rayas dividen la cara en cuatro porciones, pasando una por encima de la frente, otra por encima del ojo, otra por encima del labio superior y la última por debajo del mentón.

Tal es la importancia de esta primordial exploración meramente visual, aparentemente pasiva, que, un médico sordo que vivía en un pueblo, con sólo mirar a los enfermos, los diagnosticaba de pulmonía. Esto lo consigno para agudizar la voluntad de los médicos noveles que, a media exploración, piden auxilio al laboratorio, renunciando a los inmensos y fieles tesoros que la clínica nos brinda a cada paso.

Cada enfermo es un libro abierto a nuestros ojos; cada página un tesoro de sorpresas y enseñanzas; nuestra observación debe ser minuciosa, atenta y con la constancia de saber discernir todas las letras, como las descifran los estudiosos que consiguen leer los pergaminos más añosos y carcomidos.

La exploración de la boca, que yo llamo la cueva de misterios, merece mucho detenimiento y mucha atención. Es en la boca donde muchas enfermedades infantiles nos ofrecen los primeros síntomas de una afección. La semiótica bucal es rica y a veces única para conducirnos a un diagnóstico prematuro, como acontece en la difteria con sus placas características; en el sarampión con la mancha de Koplik y el enantema; en el escorbuto con sus síntomas gingivales; el muguet; la escarlatina sin escarlatina o sea sin exentema y en la cual no falta la lengua escarlata característica; las estomatitis, antes rebeldes a todo tratamiento; las aftas molestas; la ránula; el frenillo excesivo; las anomalías del desarrollo, como las fisuras palatinas; las hipertrofias de las amígdalas y la lengua geográfica. Todas estas afecciones se nos revelan estáticamente. Sólo con nuestra mirada resolvemos la exploración minuciosa, pero la boca y la nariz constituyen dos entradas de dos grandes avenidas biológicas de nuestro organismo: el aparato respiratorio y el digestivo, y nuestra misión ineludible es descubrir cómo funcionan estas entradas que están juntas en la cara. Su funcionamiento escapa a veces a nuestra exploración con la sola mirada. Por esto, en nuestro inerrogatorio, siempre se formulan, sistemáticamente, cuatro preguntas; a saber: ¿El niño come bien? ¿Va de vientre bien? ¿Duerme bien? ¿Duerme con la boca cerrada o abierta? Las madres casi siempre saben responder con exactitud, ya que al despedirse del hijo, antes de dormir, le dan un beso y se dan cuenta de si su hijo respira con la boca abierta o cerrada.

Insuficiencia respiratoria

Empecemos por afirmar las premisas de que:

Respiración nasal, respiración normal.

Respiración bucal, respiración anormal.

Una respiración anormal delata un obstáculo en la entrada del aparato respiratorio, que dificulta la circulación del aire con la amplitud necesaria para la respiración, y este obstáculo ha de ser descubierto por el médico para tratarlo con urgencia.

La función respiratoria debe ser:

Nasal.

Suficiente: A cada respiración debe ingresar el pulmón 500 c.c. de aire.

Completa: La inspiración normal separa el esternón de la columna vertebral, eleva las costillas al mismo tiempo que se separan y el diafragma baja como un émbolo.

Simétrica: Los dos lados del tórax deben dilatarse igualmente.

Regular: Los movimientos deben ser: amplios, regulares, sin sacudidas, rítmicas, iguales. En los recién nacidos, 40. A los cinco años, 25. En adultos, 15. La inspiración es más corta que la expiración en la proporción de 3 a 5.

Las causas que señala la escuela francesa de la insuficiencia respiratoria alta, son: las vegetaciones adenoideas; que obstruyen el orificio posterior de las fosas nasales. La hipertrofia de la pituitaria. Desviaciones del tabique. Espolones, crestas, hipertrofias de las amígdalas que, obstruyendo la faringe, pueden ocasionar insuficiencia alta respiratoria; la glosoptosis (la lengua cae y obstruye el paso del aire inspirado).

Una insuficiencia respiratoria alta, puede producir deformaciones torácicas, algunas veces acompañadas de escoliosis. Una mala respiración puede producir disnea, palpitaciones, sueño agitado, chirrido de dientes, insomnio, terrores nocturnos, enuresis nocturna, trastornos circulatorios, como hipertensión, acrocianosis, sudores, albuminuria ortostática, trastornos digestivos, constipación, aerofagia, disnea de esfuerzo, anemia, depresión general. Todos estos trastornos bien pueden agruparse bajo el título de afecciones por *falta de aire*, o, mejor dicho, *sed de aire limpio y tibio*.

La integridad de la función nasal tiene en nuestras ciudades una importancia extraordinaria, ya que el menoscabo de la función de *tamiz nasal* acarrea múltiples enfermedades. Los niños que habitan en las montañas inspiran un aire limpio, que puede ingerirse, valga la expresión,

sin la función tamiz, sin gran riesgo para la salud. Al contrario, el niño de las ciudades populosas respira un aire sucio; la atmósfera ciudadana está siempre turbia por ejercer la función de cloaca de las emanaciones funestas, como chimeneas fabriles, ferrocarriles, gases de escape de los motores industriales, automóviles y el polvo levantado por la circulación incesante de vehículos de todas clases. La impurificación del aire de la ciudad, como afirma el profesor GLANZMANN, alcanza tales grados, que se le debe atribuir un papel patológico. Entre los gases tóxicos existen los productos nitrogenados, las combinaciones sulfuradas, el óxido de carbono, fenoles e hidrocarburos. Los estudios realizados en París acusan una vaporización anual de 13.000 toneladas de benzol y 27.000 de aceites pesados. En Chicago se encuentran 5 miligramos de anhídrido sulfuroso por metro cúbico de aire de los alrededores de la ciudad, y 62 miligramos en el de su interior. La invasión de automóviles en las ciudades ha aumentado la impureza de la atmósfera hasta el punto que antes se calculaba el volumen del óxido de carbono de 0,3 a 0,4 por mil, llegando, en la actualidad, dicho volumen a 50 por mil.

Además de los gases perniciosos, flotan en la atmósfera de las ciudades, partículas sólidas, de tamaño ultramicroscópico, denominadas *aerosoles*, variando su número alrededor de unos 10.000 por c. c. Cuanto más impurificada está la atmósfera con polvo y humo, tanto más aumenta el número de aerosoles del aire.

Los bacteriólogos se han ocupado de la abundante flora microbiana de las grandes ciudades, que favorece la aparición de las más diversas afecciones, especialmente las de naturaleza gripal (GLANZMANN). Ante este aire denso de impurezas, con la complicidad de la neblina, los rayos purificadores ultravioleta encuentran una muralla en su camino hasta el punto de poderse utilizar tan sólo el 1 por 100.

El polen y los microalérgenos contribuyen a impurificar el aire, formando un conjunto de condiciones desfavorables que disminuyen la resistencia a las infecciones bacterianas y la tuberculosis. Recientemente se ha comprobado que en el aire existe una flora comparable al placton de las aguas marinas y fluviales, llamado placton del aire, hallado, entre nosotros, por el Dr. FROUCHTMAN, y que puede ser causa de enfermedades alérgicas.

Reflexionando un poco ante lo que antecede, bien podemos comparar el aire de las ciudades a un río infectado, cuyas aguas deben ser filtradas, purificadas, antes de ser ingeridas. El aire séptico, turbio, tóxico de la ciudad, debe ser depurado antes de ser ingerido, como lo es el agua, y como esto, actualmente, no es posible, debemos procurarnos un filtro efi-

caz. Este filtro natural, representado por las fosas nasales, ha de funcionar con completa normalidad. El médico ha de vigilarlo en sus funciones defensivas de la entrada del aparato respiratorio, para descubrir sus deficiencias y corregirlas, con el fin de que ejerzan, ante el aire nefasto de las grandes ciudades, una acción protectora parecida a la de las caretas contra los gases asfixiantes.

Como puede verse, son muchas las causas que nos inducirán a formular la pregunta ineludible de toda visita al pediatra, que será, como hemos dicho: ¿Su hijo duerme con la boca abierta o cerrada?

Nosotros, a pesar de la respuesta afirmativa de la madre, nos cercioraremos escuchando si el niño respira con los labios totalmente cerrados y completaremos nuestra exploración, aplicando siempre el espejo de Glatzel.

ROSENTHAL prueba la permeabilidad nasal por su procedimiento, que consiste en tener al enfermo en reposo e invitarle a respirar con una sola ventana nasal, mientras la otra se obtura con el dedo. Normalmente, pueden hacerse veinte respiraciones nasales en un minuto.

En los estudios de la Escuela francesa, no se mencionan para nada las obstrucciones duras, óseas, representadas por el paladar ojival.

Como vemos, estamos hasta ahora ante el enfermo, sin invitarle a que abra la boca. Hemos visto su perfil facial, hemos visto la cara de frente, hemos explorado la respiración alta, y, si todo nos parece normal, pasamos a la *segunda parte* de la exploración, o sea, observando los dientes con los maxilares completamente cerrados.

Se nos presenta lo que llamamos "fachada dental".

Con sólo mirar la fachada dental, podemos diagnosticar algunas afecciones. La semiología dental refleja enfermedades tan importantes como el raquitismo, la heredosífilis (sífilis innata); dientes de Hutchisson (tríada-oculo-oto-dental); caries. Un incisivo importante: Se tiene la idea errónea que los dientes llamados de leche no se han de tratar afectos de caries. Esta idea, incluso la he visto defendida por algún odontólogo. El desprecio clínico al diente temporal, merece nuestra protesta, ya que una caries es una herida abierta, un foco séptico y una causa de contagio para las otras piezas dentarias. *El pediatra debe descubrir las caries y recomendar su tratamiento sistemáticamente.*

Un diente temporal es digno de toda atención y merece ser sistemáticamente explorado, ya que durante su presencia transitoria en la vida, puede ser perjudicial si enferma. Ellos delatan, al parecer, con sus estigmas y distrofias, ciertas carencias en los primeros meses de la gestación. Son, pues, un testimonio de calidad clínica, porque con la transparencia

del esmalte y sus caries, nos revelan anormalidad del metabolismo del calcio.

SCHEIDT ha estudiado la funesta influencia de las caries de la primera dentición sobre los dientes permanentes. *La profilaxia de los dientes de leche, debe formar parte del mínimo programa del puericultor, que ha de descubrirla y tratarla.* La caries dental de los dientes de leche, puede ser causa de una mala formación y posición de los dientes permanentes.

Mientras se mira la *fachada dental*, otra pregunta es imprescindible: ¿Su hijo se chupa el dedo? ¿Le han dado chupete? ¿Lo han criado con lactancia materna o artificial?

Suponiendo, pues, que el niño respira bien, o sea que la entrada del aparato respiratorio está normalmente constituida, vamos a ver si la entrada del aparato digestivo es normal.

Las consecuencias de una respiración bucal, son numerosas y constituyen todo un capítulo de deficiencias fisiológicas abarcadas bajo el epíteto de *insuficiencia respiratoria*. Las fosas nasales y la nariz, tienen una función ineludible de chimenea para inspirar y expirar. Una permeabilidad normal de la parte pasiva de la chimenea, es indispensable para que la respiración, magna función del organismo, se verifique con toda normalidad. Examinemos la parte de tubo o chimenea o sea la parte estática. Una insuficiencia respiratoria alta, debe distinguirse de una insuficiencia pulmonar, que puede ser producida por lesiones profundas del aparato respiratorio, como neumonías, pleuresías, tumores. Una respiración alta, normal, debe ser esencialmente *nasal, suficiente, regular, rítmica y silenciosa*. "*Le nez c'est la clef des voies respiratoires*". Toda respiración que no se efectúa con la boca cerrada, no es fisiológica. La puerta del aparato respiratorio, puede ser atrésica por su conformación, por causas intranasales o por deformaciones extranasales.

Las consecuencias de la insuficiencia respiratoria fueron muy bien estudiadas por la Escuela francesa.

Por la simple inspección ocular, podemos descubrir las consecuencias de una insuficiencia respiratoria de entrada, especialmente si el niño es un poco mayor (de 10 a 15 años).

Las insuficiencias de la entrada respiratoria, tienen un aspecto muy bien descrito por PASQUIER: pálidos, altos, delgados, con la boca perpetuamente abierta. Al desnudarlos, se observa un tórax estrecho, que yo denomino "tórax sediente de aire", plano, como deshinchado, vacío de aire; los músculos del tórax están como atrofiados en comparación con los de la mitad inferior del cuerpo normalmente desarrollado; omoplatos salientes, abdomen prominente y cierto grado de escoliosis. El *hambre*

de aire se revela en el desarrollo del tórax, como la sed de agua en un campo en plena sequía.

Después de preguntar si el niño respira con la boca abierta, nuestra segunda pregunta es: ¿Padece resfriados frecuentes? La vulnerabilidad del aparato respiratorio se revela por enfermedades producidas por un aire que penetra en los pulmones sin estar caliente, filtrado, humedecido y purificado y sea un aparato respiratorio *sin la defensa nasal, sin la depuración, en suma.*

Toda obstrucción nasal, por ligera que sea, disminuye la habitual capacidad vital y si suscita una respiración bucal vicariante, parte del aire inspirado escapa a la protección de la vía nasal fisiológica que, con sus infranctuosidades y cambios de dirección de la columna aérea inspirada humedece, libre de las partículas de polvo, polen y placton aéreo y ataca los microbios con el poder bactericida de las secreciones nasales y con el principio descubierto por Fleming. La respiración bucal, anti-fisiológica, se acompaña de una insuficiencia respiratoria, de una fragilidad particular de las vías respiratorias y debe considerarse como una enfermedad.

La respiración nasal debe ser, pues;

Completa, silenciosa y exclusivamente nasal.

He observado que la mala oclusión dental presenta múltiples variedades que designamos, para facilitar su recuerdo, en:

Mala oclusión en forma de *valla*. Los dientes están separados entre sí por espacios que asemejan las piezas dentarias a los tablones de una valla.

Dientes en forma de *tenaza*. Las piezas dentarias contactan por sus cúspides como unas tenazas, siendo imposible lograr que los incisivos superiores sobrepasen a los inferiores.

Dientes en *callejón*. Las piezas dentarias quedan a distancia las superiores de las inferiores, dejando un espacio que puede compararse a un callejón formado por las piezas dentarias que representan las casas blancas que forman dicho callejón.

Dientes en forma de *buzón*. Las piezas dentarias no sólo no ajustan entre sí, sino que dejan un espacio por el cual podría penetrar un objeto del mismo modo que una carta en un buzón.

Dientes de *péz*. Las piezas dentarias inferiores sobrepasan a las superiores, como en muchos peces (prognatismo).

Todos estos defectos de oclusión deben ser estudiados, anotados en la historia clínica, para que nuestro descubrimiento sea después aprovechado oportunamente por el odontólogo. Siempre, los padres nos han agradecido nuestro consejo de consultar un odontólogo para que, con oportu-

nidad, corrija los defectos de la mala oclusión que hoy los ortodoncedistas pueden corregir de un modo admirable.

En una segunda exploración, nos sorprenderemos de la cantidad de niños que no son normales, porque las piezas dentarias no ocluyen bien. Una buena oclusión dentaria, se caracteriza porque los incisivos superiores están por delante de los inferiores, contactando entre sí. Podría compararse la oclusión dental a una caja que al cerrarla, la tapa sobrepasa la parte inferior que está destinada a contener los objetos que guarda. Los incisivos superiores deben estar por delante de los inferiores, como las aguas de una presa hidráulica, que saltan por encima, sin violencia, sin dejar espacio libre entre la presa y el salto de agua.

Las anomalías que hemos observado con más frecuencia, son las de la primera dentición, consistente en desviaciones hacia adelante de los incisivos superiores por el hábito pernicioso de chuparse el dedo y de usar el chupete funesto.

Una buena oclusión dental garantiza una buena masticación. Una perfecta masticación, garantiza un preludio de una buena digestión.

Se explora la nutrición de los enfermos, con las pesadas metódicas; se explora el crecimiento con la cinta métrica; exploramos el aparato respiratorio, el digestivo y se olvida explorar la respiración (función chimenea) en los órganos destinados a captar el aire. Si la boca es el *embudo* del aparato digestivo, donde empieza la digestión, las fosas nasales constituyen la *puerta* de entrada del aire, que ha de ser completa, nutritiva, metabólicamente útil. Una respiración alta normal es el preludio de una buena hematosis. Por esto, el pediatra, cuando está ante la facies del niño, debe sentir que la responsabilidad de su omisión se reflejará para siempre en la cara del niño, que será víctima de un estigma de la insuficiencia de una exploración ineludible. Un niño fué víctima de un médico mal observador.

Las deficiencias nasales desvían la función respiratoria hacia la boca. La nariz *pide auxilio a la boca*, y como ésta no está creada para esta función respiratoria, se establece un mal hábito, con gran perjuicio para el organismo.

La *boca para masticar* y la *nariz para respirar*. La confluencia funcional de los dos aparatos, digestivo y respiratorio, debe evitarse después de descubrirse sus deficiencias, ya que cada una tiene su propia salida y entrada para comunicarse con el exterior.

Explorada la fachada dental, convencidos de su buena oclusión, de la integridad de las piezas dentarias, exentas de caries, pasamos a

Tercera exploración, o sea, al examen de la bóveda palatina.

La bóveda palatina es, para el niño, *el escudo nobiliario de su constitución biológica, que por sus caracteres nos revela, no sólo su estado actual, sino que a veces nos descubre deficiencias de sus progenitores.*

Al abrir la boca, nos fijaremos en la forma del arco de los maxilares. Normalmente, tienen la forma de una circunferencia, con dos ramas casi paralelas, formando, en su conjunto, la forma de la letra U.

La bóveda palatina debe formar una cavidad semejante a un arco románico, que por la forma lo comparo a una concha de peregrino de concavidad dirigida hacia abajo. El arco dentario puede desviarse de su forma normal de letra U, para adquirir la forma que recuerda la letra V, o sea, paralelizándose las ramas del maxilar y cambiando la forma de circunferencia del arco del maxilar. La forma de V le da la configuración de pico de ave. El paladar pierde la forma de arco románico para transformarse en un arco gótico. Este cambio de estilo arquitectónico, no reportaría ningún perjuicio de estética, ya que ambos estilos tienen su propia belleza, pero en el niño es perjudicial porque la elevación del paladar representa una disminución de la capacidad respiratoria de la nariz. Acordémonos que el paladar es el techo de la boca y el suelo de las fosas nasales, que invade y disminuye su luz de entrada respiratoria y esto puede ser una causa más de insuficiencia respiratoria que escapa a la exploración.

Hemos recomendado que entre en nuestro interrogatorio: si el niño se chupa el dedo, si duerme con la boca abierta, si padece frecuentes afecciones respiratorias, si se le ha dado a conocer el chupete y si está criado con lactancia materna.

Estas circunstancias pueden ser causa de la deformación palatina.

Ocupémonos del último extremo.

El Dr. S. DREYFUS, llamó la atención a los médicos de la ventaja de la lactancia a pecho para el desarrollo normal de las arcadas dentarias y los músculos masticatorios. Los labios, por el trabajo de los músculos intrínsecos, hacen una verdadera gimnasia y los fortalecen, adquiriendo un tono suficiente que les permite oponerse a la protusión de los incisivos. La tetada fisiológica es un ejercicio indispensable para el desarrollo racional de los labios. Por otra parte, el trabajo de los masticadores influye en el desarrollo normal del maxilar inferior y del piso superior de la cara. Así, las piezas dentarias encuentran suficiente espacio en un hueso normalmente conformado.

El niño criado con biberón, no cierra herméticamente los labios contra la tetina como hace con el pecho. La lengua comprime la tetina contra el paladar para extraer la leche. Esta acción lingual, ejerciendo

tracción de delante hacia atrás, acarrea, por consecuencia, la proyección hacia adelante del maxilar y de elevar la parte media del paladar. Esta acción produce la protusión de los incisivos y la formación de un paladar ojival con todas las consecuencias morfológicas fisiológicas de estas deformaciones.

La succión del pecho favorece el desarrollo del hueso y de los músculos de la cara y la conformación y amplitud de las fosas nasales, permitiendo la respiración fisiológica de la nariz.

Las deformaciones raquílicas de la boca, pueden compararse a las del tórax. Las partes laterales de los maxilares, en lugar de conservar su línea curva, se aplanan para ser rectas, como acontece con las paredes laterales del tórax raquílico; de este modo la boca adquiere la forma de pico de ave, como el tórax adquiere la forma de proa de barco o de tórax de pollo (pecho de pollo). También la bóveda palatina se eleva, se estrecha y roba espacio a las fosas nasales y aplasta el tabique desviándolo, arrugándolo de su perpendicularidad. Este estrechamiento palatino puede compararse al estrechamiento torácico con hundimiento del esternón durante las fuertes inspiraciones.

Por esto hemos dicho que la bóveda palatina constituye es *escudo nobiliario de su constitución* hasta el punto que nuestra exploración bucal ya nos pone en el terreno de formular el diagnóstico prematuro de raquitismo.

Es una manifestación raquílica. La boca raquílica nos debe conducir a agudizar nuestras actividades terapéuticas, porque una boca raquílica puede ir acompañada de una pelvis raquílica y de unas piezas dentarias de segunda dentición, deformadas y antiestéticas. La concomitancia de la boca raquílica vista, nos revelará la posibilidad de un *raquitismo dental invisible*, ya que los dientes de la dentición futura, se desarrollan en el interior del maxilar durante los primeros meses de la vida, en pleno raquitismo activo (hipoplasias totales, erosiones puntiformes en surco, en superficie, verdaderas distrofias dentales debidas al *raquitismo intramaxilar*).

Ya el profesor MARFÁN señaló el paladar ojival como uno de los signos de raquitismo. El maxilar está alargado en sentido antero posterior y estrechado transversalmente; la bóveda palatina es alta y estrecha, tomando el aspecto ojival. Esta deformación del maxilar superior sería debida, según MARFÁN, a la acción de los músculos que, ejercida sobre los huesos reblandecidos, disminuyendo el diámetro transversal del macizo facial y aproximando las arcadas dentarias, hacen sobresalir el hueso incisivo y elevan el rafe del paladar. Las fosas nasales están atrésicas y el

tabique desviado, y esto es la causa de que la respiración nasal esté marcadamente dificultada.

Como se ve, el descubrimiento de una bóveda palatina que pasa desapercibida en un número enorme de enfermos, *debe ser buscada sistemáticamente en el segundo tiempo de nuestra exploración facial para instituir una profilaxia de la segunda dentición.*

Ya en la exploración del cráneo, podemos sospechar la existencia de la boca raquíca al descubrir las deformaciones craneanas. Frente saliente y abombada, frente olímpica, fosas parietales salientes y el vértice craneal deprimido (carneo natiforme); diámetros de la cabeza sensiblemente iguales por aumento del transversal y disminución del antero posterior (braquicefalia).

Así, pues, debemos considerar el paladar ojival como síntoma de un raquitismo oculto que debe buscarse siempre.

Las deformaciones palatinas no son siempre iguales. He visto, en los casos que forman la estadística que presento, cuatro variedades que, para facilitar su recuerdo, renuncio a nomenclatura odontológica: Paladar en forma de *concha*. Esta es, a mi juicio, la forma ideal de arquitectura humana más perfecta; se presenta en un buen tanto por ciento. Sigue, por su frecuencia, el paladar en forma de *pezuña de caballo*, o sea que las arcadas dentarias están separadas del paladar por una depresión discreta, poco profunda, que recuerda el interior de la pezuña del caballo. Este paladar es normal en todos los niños de menos de un año. Después, encontramos el paladar *ojival* que, como indica su nombre, tiene la forma de ventanal gótico, y, por último, y ésta es la forma más rara que he visto, viene el paladar en forma de *tejado*, o sea que el paladar tiene la forma de tejado de dos vertientes que se reúnen en forma de ángulo y que, como el paladar ojival, es patológica y roba espacio a las fosas nasales.

Tercera exploración. Examinado el paladar éseo, debemos, con ayuda de un depresor de lengua, examinar el paladar blando, representado por la úvula, amígdalas y, si sospechamos que la obstrucción está en el cavum, debemos explorar las vegetaciones adenoideas con el tacto retro nasal.

Hasta aquí hemos descrito las obstrucciones *duras* representadas por las anomalías del paladar; ahora nos ocuparemos de las obstrucciones *blandas*. Es indudable que una de las causas más frecuentes de la insuficiencia respiratoria alta, es las vegetaciones hipertróficas; siguen las amigdalitis también. Del mismo modo que las piernas se deforman con el peso del cuerpo al gravitar en un esqueleto enfermo de raquitismo, la cara se deforma si los huesos están blandos, representando raquitismo facial.

Las vegetaciones adenoideas obligan al enfermo a respirar por la boca, y, por consiguiente, a tener en estado de contracción a los músculos depresores de la mandíbula; sobre todo, durante el sueño, se deforman los huesos.

Los raquíuticos presentan pronasia y retromentonismo. El conflicto grave se presenta en la segunda dentición. En los maxilares deformados, no caben los dientes de la segunda dentición, como una multitud que no guarda las reglas cívicas de una cola ordenada, las piezas dentarias se apiñan, cabalgando las unas sobre las otras y apareciendo graves anomalías de posición.

Ramilletes de anomalías, ramilletes de dientes y ramilletes de descrédito para el pediatra que no ha explorado bien la cavidad bucal. Una boca semi-abierta provoca desórdenes en la erupción dentaria, a más de la insuficiencia respiratoria alta, la hipertrofia de las vegetaciones adenoideas, constituyen el problema más fácil de resolver. Entre las estenosis nasales, es la más leve, ya que con su extirpación, que se efectúa sin ningún riesgo, puede curar el enfermo. Pero he visto casos de niños que después de ser extirpadas sus vegetaciones (estenosis blanda, posterior), seguían respirando con la boca abierta, sin que el especialista hubiera visto el paladar ojival que seguía obstruyendo las fosas nasales (estenosis dura, anterior).

No ha mucho, se presentó en mi consultorio un niño que estaba en manos de un distinguido pediatra. La madre estaba contristada, porque su hijo siempre estaba enfermo de rinitis, faringitis y bronquitis. Respiraba con la boca abierta. Le practiqué un tacto retro-nasal desbridador y me convencí que sus vegetaciones no eran capaces de estenotar las fosas nasales, pero un paladar en forma de teja, profundísimo, reveló la causa de sus dolencias y la recomendación de un odontólogo ortodoncentista, seguramente resolverá el problema. La impresión deprimente que los deudos experimentan al ver descubrir una anomalía fácil de explorar y de la cual ellos se dan cuenta después de nuestra exploración, es un hecho cotidiano que desprestigia a los médicos.

La hipertrofia de las amígdalas, cuando puede demostrarse que estenotan la puerta del aparato respiratorio, hace que deban extirparse. Pero este capítulo es de una dificultad y una extensión, que lo dejamos para otra comunicación.

Hoy he visto un caso interesantísimo. Un niño de tres años con facies adenoidea típica. Varios especialistas lo han explorado. Sus vegetaciones adenoideas son tan discretas, que no merece la pena de extirparlas. El niño está siempre con la boca abierta. Acude a mi consultorio

para que le vea un estrofulus urticariado sin importancia. Me llama la atención su facies adenoidea y al explorarlo, le descubro un paladar ojival exagerado y una mala oclusión notable.

Al notificar a sus padres que la obstrucción nasal no era debida a las vegetaciones, sino al paladar, que le invade las fosas nasales, exclaman: ...¡Cómo es posible! ¡Siete médicos lo han visitado y ninguno nos ha hablado del paladar ojival como usted!

Exploro a la madre y tiene maloclusión, con paladar normal. Exploro al padre y tiene maloclusión y un paladar ojival que, como no se practicó la ortodoncia a su tiempo, es imposible, a mi juicio, modificar las anomalías de su boca.

Está en muchos tratados de pediatría la fotografía de un niño con facies adenoidea. La sintomatología de esta afección, todos la conocemos: sordera, facies de estupidez, resfriados continuos, rinitis, etc., pero al lado de estos enfermos escapan al diagnóstico otros similares. Los síntomas de obstrucción son los mismos, unos anteriores y otros posteriore. Eric PRITCHARD, afirma que una bóveda palatina demasiado alta y estrecha, se hunde entre los conductos nasales anteriores, originando obstrucción nasal, respiración por la boca y otras lamentables consecuencias. Cuanto más pronto se empieza el tratamiento ortodóncico, tanto más fácil es moldear la mandíbula, y cuanto más pronto crezca en posición correcta, serán mejores los resultados finales.

Existe, pues, una *facies adenoidea* y una *facies palatina*.

Al ver una de las fotografías que presento, no es posible diferenciarlas. Como no sé si se ha escrito esta anomalía en ningún libro, con la extensión de esta comunicación, ignoro si algún autor le ha puesto nombre y yo, humildemente, propongo el de *facies palatina*, para diferenciarla de la facies adenoidea. Las dos producen los mismos trastornos, ya que ambas constituyen un mismo obstáculo; la primera, una *atresia ósea anterior*, y la segunda, una *atresia blanda posteroir*. La primera de difícil resolución, requiere pericia, tiempo y constancia. La segunda, de resolución fácil y breve.

Consecuencias clínicas

Las funciones trastornadas por una insuficiencia nasal, son:

Deformaciones dento-máxilo-faciales, causadas por alteraciones rino-faríngeas.

La respiración bucal puede ser causada por:

Desviación del tabique.

Corizas.

Rinitis hipertrófica.

Pólipos nasales.

Vegetaciones adenoideas.

Estas alteraciones pueden producir la pronasia y atresia palatina.

La hipertrofia de las amígdalas causa prominentismo, lo propio que la glosoptosis.

La facies adenoidea de estúpido que hemos mencionado.

Todos estos trastornos obedecen a una misma causa: Obstáculos a la respiración nasal completa.

Una mala respiración es causa de malposiciones dentarias, además de los trastornos generales ya mencionados, como el tórax hundido.

Cuanto más joven es el enfermo, más éxito puede esperarse de una corrección ortodóncica. Es el período de *maleabilidad* o de hueso *blando* y esta misma circunstancia que ofrece probabilidades de éxito, es la causa de las deformaciones causadas por los hábitos deformadores con el chupete y el chuparse el dedo.

Las fosas nasales cumplen una misión *respiratoria, olfativa, fonética, defensiva y estética*.

Todos nos hemos percatado de las modificaciones de la voz, que se modifica transitoriamente en las amigdalitis agudas (voz amigdalina). Esta modificación puede persistir permanentemente en la amigdalitis crónica. Hay dificultad en la emisión de las guturales, como la *g* y la *r*. Las amígdalas faríngeas o superiores hipertróficas dificultan la formación de diftongos an, en, in, on, un.

En nuestras visitas es una exploración corriente invitar al enfermo a pronunciar las letras y diftongos que nos revelarán la presencia de un obstáculo respiratorio y fonético.

A *mala pronunciación, intervención*. El aparato resonador constituido por las cavidades bucal, nasal, faríngeas, fosas nasales, forman la modulación de la palabra, junto con la lengua, úvula, carrillos y mandíbula. *Voz de nariz, voz patológica*.

La estética debe ser, por parte del pediatra, un capítulo muy digno de atención.

La expresión de la cara tiene una importancia trascendental, ya que en ella se reflejan los sentimientos del alma. El rostro de una persona debe ser normal. Una cara asimétrica por una parálisis facial, una asimetría por tumoración, una rostro alargado, de cara de caballo, por insuficiencia respiratoria, constituyen un drama íntimo gravísimo, sobre todo si se trata de una niña, porque la hace víctima de una fealdad que la

aleja de la misión sagrada de ser bella para triunfar en la vida. Una *facies palatina* o *adenoidea* o con mala oclusión dental, se refleja en la cara y el pediatra es el primero que ha de descubrir estos defectos a su tiempo oportuno, si no quiere caer en una responsabilidad social y médica, ya que belleza de la normalidad, es la misión ineludible del pediatra. Un tabique completamente perpendicular es raro y constituye un índice de belleza interna, que sólo los oto-rino-laringólogos pueden admirar con su especulum. *El pediatra ha de ser un buen arquitecto humano, ya que a él acuden los organismos en plena formación biológica y él ha de modificar los defectos con una oportunidad ineludible.*

La boca tiene un papel preponderante; múltiples funciones: prensión, masticación, insalivación, deglución, gustación, fonación, escupir, defensas, expresión.

La boca, entrada del aparato digestivo, con sus funciones modificadoras de los alimentos masticados y mezclados con los líquidos salivares, puede considerarse como el *estómago facial*. Un bolo alimenticio bien preparado, es el preludio de una buena digestión. Esta se logra con una normalidad dental y esta normalidad dental depende de la normalidad arquitectónica de la boca con un paladar normal y una buena oclusión. Los incisivos cortan los alimentos como una tijera, los caninos seccionan los alimentos que necesitan más presión, y los premolares y molares trituran. Sus superficies eclusantes, dispuestas en forma de surcos y cúspides que se introducen recíprocamente con sus antagonistas, trituran, por encaje recíproco, lubricados por la saliva. Estas funciones fracasan en la mala eclusión.

El estómago protesta cuando se le sirve un bolo mal condicionado. Los dientes deben adaptarse recíprocamente, como las ranuras de una pinza de Pean.

Tratamiento

Llegamos al punto final de nuestra terapéutica, que es esencialmente renuncialista. El camino del médico pediatra se bifurca en dos sendas: la del ortodencista y la del oto-rino-laringólogo.

El pediatra se ha de percatar de la importancia que tiene descubrir, lo más prematuramente posible, un raquitismo oculto, por la trascendencia ulterior del paladar ojival abandonado o el crecimiento de una pelvis plana, deformaciones que no se ven como las piernas deformadas, sino que son anomalías ocultas. Algunos puntos pertenecen al pediatra, como el tratamiento de las hipertrofías linfáticas amigdalinas, las rinitis de re-

petición y las mismas amigdalitis que, en un principio, todavía tienen un *tratamiento esencialmente médico*, con toques antisépticos, tónicos, autovacunas y cambios de clima. Pertenecen también al pediatra los tratamientos contra el raquitismo para evitar deformaciones ulteriores de los dientes de la segunda dentición, evitando las causas que pueden producir deformaciones bucales, como los hábitos de chuparse el dedo y el uso del chupete. El primero, según esté en contacto con el paladar o no, produce una deformación distinta. Varios son los procedimientos para combatir este hábito: los manguitos rígidos, la bolsa atada a cada mano, los amargos como las sales de quinina, el esparadrapo y unos aparatos especiales que, puestos en el dedo, evitan la presión bucal.

La terapéutica que llamo *renuncialista* se refiere a que el pediatra debe descubrir los defectos y recomendar la cooperación del ortodoncista y del rinólogo para que ambos puedan normalizar las dos entradas (embudo y chimenea) de los aparatos respiratorio y digestivo.

No ha mucho el problema de las maloclusiones y palabras ojivales no tenía solución. Aún se pueden observar muchos adultos con implantaciones imperfectas y caras alargadas (facies caballar) que han vivido con una cavidad bucal completamente deformada y con una implantación dental fatal. Hoy los progresos inmensos de la odontología no nos eximen de esta responsabilidad, muy al contrario, nos ofrecen unas posibilidades admirables para poder corregir paladares ojivales, maloclusiones, prognatismos y desterrar las facies palatina.

En nuestra ciudad, antes eran contados los ortodoncistas. Hoy constituyen una especialidad dentro de la odontología, hasta el punto que hay un odontólogo que se niega a practicar una extracción dental porque sólo se dedica a la ortodoncia.

Nunca dejaremos de explorar a los progenitores del enfermo y nos hemos admirado de la cantidad de paladares deformados de los padres que coinciden con los paladares, también deformados, de sus hijos.

En las inspecciones escolares debieran entrar en las exploraciones los epítetos de: insuficiencia respiratoria, eclusión dental y bóveda palatina. El paso por las escuelas de los médicos inspectores podría descubrir centenares de niños que han llegado a la edad escolar sin ser diagnosticados y que muchos de ellos todavía podrían ser tributarios de un tratamiento ortodóncico eficaz para un ulterior desarrollo correcto y normalidad de las funciones fonéticas, respiratorias y digestivas.

El niño normal debe respirar bien, masticar bien, hablar bien, ser bello, y todos estos atributos redundarán en un buen desarrollo corporal y espiritual.

Adrede hemos mencionado la parte espiritual. Estudios recientes han demostrado que la patología dental influye en el espíritu y entre los escolares poco aplicados, abundan extraordinariamente los defectos de las piezas dentarias. Además, una boca normal representa una buena masticación y una buena trituración alimenticia garantiza una digestión normal y ésta predispone al trabajo y al optimismo de la salud completa.

Una dentadura anormal, especialmente en la mujer, suprime la risa, tan higiénica, para evitar la ostentación de unos dientes feos. Un complejo de inferioridad puede seguir a una mala eclusión no tratada. Una boca constantemente abierta, es una causa de hilaridad entre los escolares, además de ser una actitud facial antihigiénica, antiestética y de resolución ineludible.

Esta comunicación debiera ser leída por un odontólogo, pero los odontólogos hablan en sus academias y sólo para ellos, como los urólogos para los urólogos y los pediatras para los pediatras, y resulta que sus conocimientos quedan enrarecidos en los cenáculos de las especialidades. La divulgación intramédica se resiente de estas actitudes por falta de una irradiación amplia y eficaz, ya que mi trabajo es simplemente una silueta científica si la comparamos con la magnífica obra de ortodoncia del profesor A. MONTI, catedrático de Buenos Aires, que tiene más de quinientas páginas. De esta obra he aprendido muchos detalles que han sido consignados en mi conferencia.

Conclusiones

Desde hoy ha de figurar en las obras de Pediatría en el estudio de la exploración infantil, el capítulo del examen ordenado y minucioso de la cara, boca y fosas nasales, ordenado por cuatro tiempos, como intervención reglada.

Podemos, desde ahora, incluir la *facies palatina* entre las facies estudiadas en Pediatría. Esta facies es similar a la facies adenoidea, ya que ambas deformaciones obedecen a una causa similar, o sea a una obstrucción de la entrada de la chimenea respiratoria. La facies palatina es debida a una causa *ósea* y la adenoidea a una causa *blanda*.

Primer tiempo. — Examen de la cara, de frente y de perfil, no olvidando de observar la relación entre ésta y el cráneo. La mirada del perfil, será siempre imaginándose las cuatro líneas que dividen la cara, para tener una idea de la proporción de la frente, nariz, labios y mentón. Forma de la nariz y nivel de los órganos ante un plano imaginario. En suma: estudio del perfil facial.

El examen de frente será con la boca cerrada.

Segundo tiempo. — Examen de la boca abierta, con los maxilares cerrados. Exploraremos los dientes para ver cómo están implantados. Si hay buena oclusión. Descubrir los dientes de forma de valla, en forma de buzón, en forma de callejón, en forma de pez y en forma de tenazas.

Tercer tiempo. — Examen de la boca abierta. Buscar sistemáticamente si hay caries para tratarla. Forma de las ramas de los maxilares. Examen del paladar óseo: forma de pezuña, forma de tejado, forma de bóveda gótica o románica, concha. Examen del paladar blando: amígdalas, faringe, úvula, epiglotis.

Cuarto tiempo. — Examen de la fonación, invitando a pronunciar las letras *G, R* y los diptongos *an, en, in, on, un*. Examen de la respiración con el espejo Glatzer. Examen del cavum con el tacto retro nasal.

Quinto tiempo. — Examen de la respiración, buscando si existe una insuficiencia respiratoria alta y si esta respiración insuficiente ha causado ya deformaciones torácicas por deficiencias de la *chimenea*, como tórax estrechos, paralíticos. Síntomas de hematosis insuficientes, que denominamos *sed de aire*.

Después de estos cinco tiempos y convencidos de la normalidad de la boca (*embudo*) y de la *chimenea*, entradas de los dos aparatos, digestivo y respiratorio, seguiremos la exploración del cuello, tórax, abdomen y extremidades, según el método propuesto por el eminente profesor FINKELSTEIN.

El pediatra ha de acordarse, al iniciar la exploración del niño, que tiene ante sus ojos un punto esencial, un problema ineludible, un escollo oculto que puede ser la causa de que naufrague la reputación más acrizolada, ya que la omisión de su exploración en sus cinco tiempos expuestos, puede causar un gran perjuicio al enfermo y un descrédito para su fama.

Bien podríamos decir con una frase pintoresca, que sólo es lícita pronunciarla en favor de que se grave en la memoria que: *El niño que mastica mal, con su mala oclusión, puede morder bien la fama del pediatra que lo ha visitado.*