

DENTADURAS COMPLETAS

por el

DR. MIGUEL S. DE PIPAÓN

*Al Prof. L. Charon, con nuestra
simpatía personal.*

616.314.2—089.28

Nos place acompañar al trabajo del Prof. L. Charon con unos comentarios sobre alguno de los problemas que plantean las restauraciones completas en el desdentado.

El fin de toda placa es el de contrarrestar las fuerzas funcionales de modo que no se desplace de su posición en las arcadas. Esta estabilidad está sustentada en la cohesión y adherencia, por una parte, y en la presión atmosférica o rarefacción del aire entre placa y mucosa, por otra, y son intermedio de la saliva.

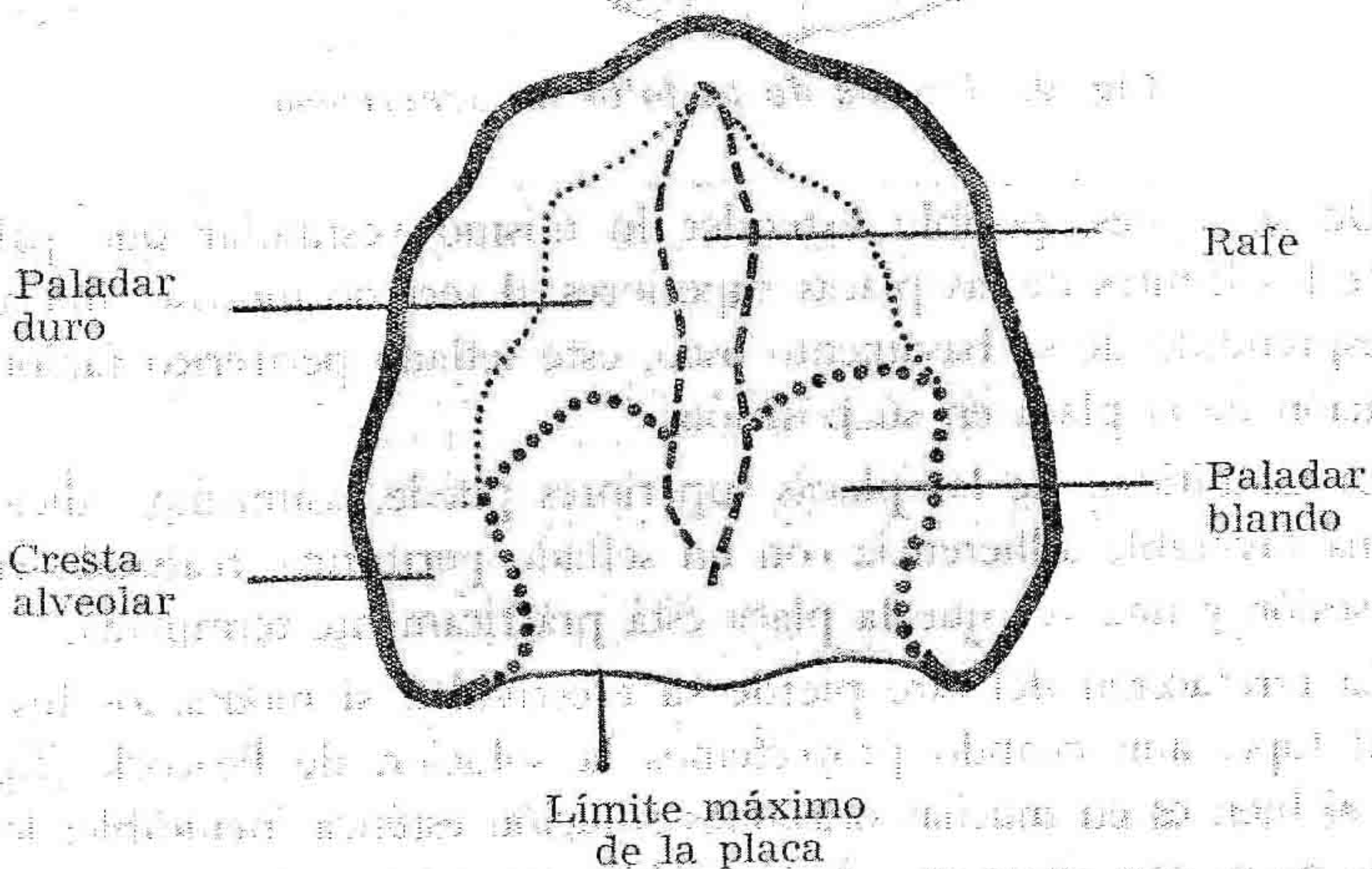


Fig. 1.—Disposición esquemática del terreno
protético del maxilar superior

Dijimos ya que la estabilidad es directamente proporcional al área de la placa, es decir, que cuanto mayor sea su planta mejor será su estabilidad. Ello lleva al estudio anatomotopográfico de los maxilares.

Respecto a las improntas hemos de remitir al lector a nuestras referencias bibliográficas si no queremos alargar en demasía este comentario. De cualquier forma consideramos más acertado para la generalidad de los casos el tomar una impresión que «fabricar» una impronta.

En las placas adicionadas de pares magnéticos es interesante añadir la nueva concepción de Ruspa («Rv. f. d'Odnstm.», 845, 1957), según la cual elementos magnéticos del mismo signo se emplazan uno bajo el revestimiento mucoso (sobre el estamento óseo) y el otro imbuído en el mismo material de la placa, lo más cerca posible de su superficie de asiento. Estos «pares» se preparan en aleaciones de platino y cobalto, que ha hecho factible reducirlos de volumen.

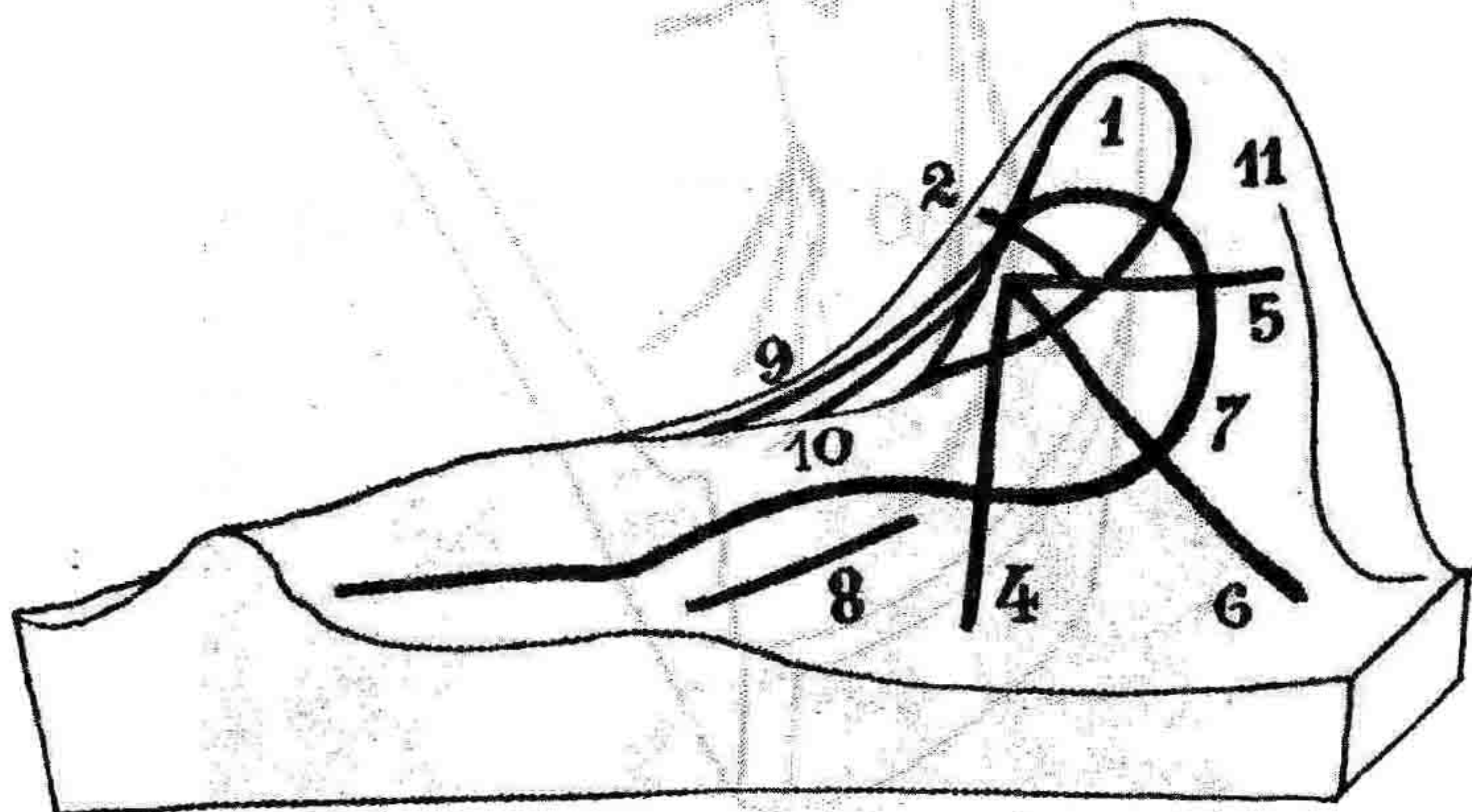


Fig. 3.—Proyección inferior, lado lingual, interpretado por Neil, según Campbell.

- 1, triángulo retromolar.
- 2, bisectriz del área que puede abarcarse con la placa.
- 3, punto de arranque del triángulo retromolar.
- 4, línea perpendicular a la superficie oclusal.
- 5, línea paralela a la superficie oclusal, sobre la que puede proyectarse la placa.
- 6, bisectriz de las líneas anteriores.
- 7, línea arqueada sobre las referencias 4, 6 y 5.
- 8, posición aproximada de inserción del milohioideo.
- 11, inserción del ligamento pterigomandibular.

Como se advierte aquí, se emplean los dos elementos del mismo signo, con los que la placa es atraída por el elemento magnético bajo la mucosa asegurando su estabilidad.

El empleo de los pares magnéticos, como aduce el Prof. Charon, no han presentado inconvenientes mayores, pero sí una marcada protrusión de la mandíbula (Cunni), lo que hace perder cierto coeficiente de efectividad funcional de las placas.

La extensión de las placas superiores está limitada, en toda la región vestibular, por el frenillo labial y las inserciones de las fibras musculares. En la región palatina hemos de extendernos tanto más cuanto menor sean la prominencia de los procesos alveolares, llegando al paladar blando—mas dejando libres los forámenes—, en donde el sellado es más fácil conseguirlo.

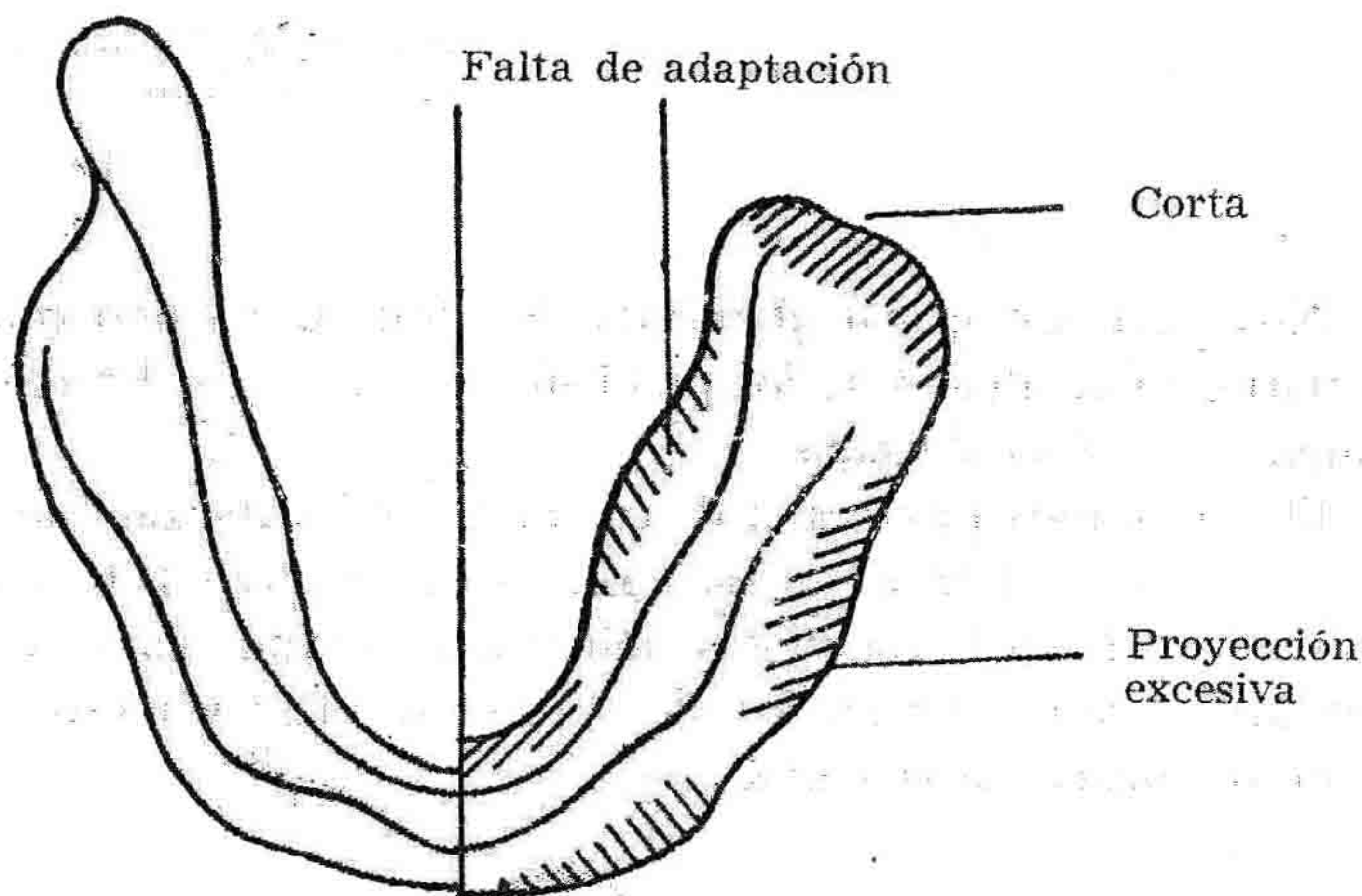


Fig. 2.—*Causas de la falta de adherencia*

De ser, pues, posible extender lo mismo vestibular que palatina-mente los límites de las placas superiores al terreno mucoso, inicialmente desprendido de su basamento óseo, este sellado periférico facilitará la retención de la placa en su posición.

La estabilidad de las placas superiores puede, asimismo, adicionarse de una favorable adherencia con un sellado periférico, realizado en una sola sesión y una vez que la placa está prácticamente terminada.

La rarefacción del aire pierde su efectividad si montamos los dientes al tope, aun cuando proyectemos la solución de Peacock (fig. 7), pues si bien es en muchas ocasiones solución estética ineludible, los primeros pasos son altamente desfavorables para los portadores.

En los casos inferiores tenemos los mismos considerandos que en la parte superior. Mientras en el fondo hemos de dejar una escotadura lateral para dejar en libertad las inserciones del milohioideo y no interferir el drenaje de las glándulas salivares, hemos de abarcar lo más decididamente posible el triángulo retromolar.

Los dispositivos magnéticos son sólo, pues, uno más de los medios que dispone el prostodoncista para resolver sus casos, aun cuando sean para los verdaderamente de excepción, y entre cuyos inconvenientes el económico es de cierta significación.

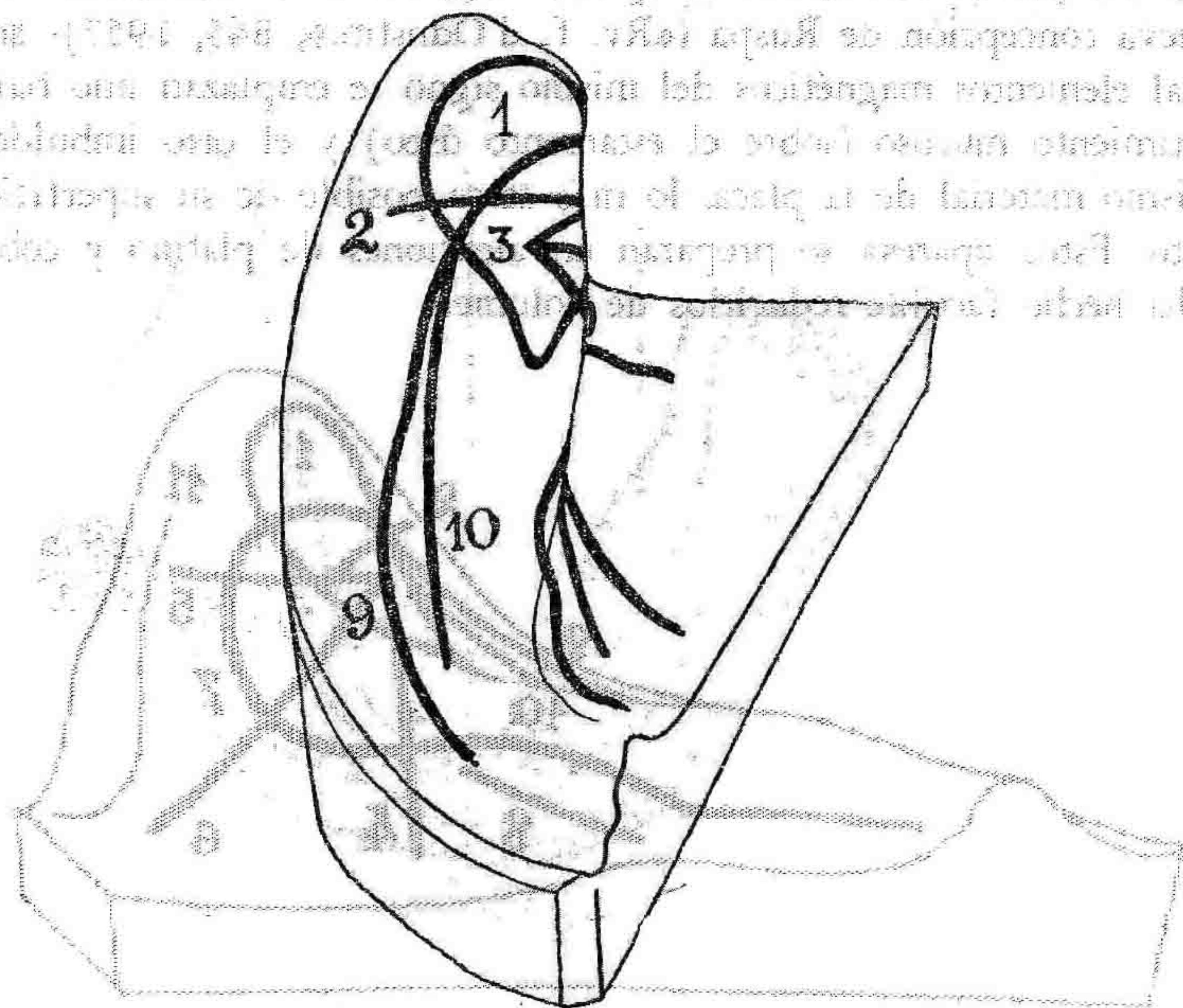


Fig. 4.—Proyección inferior vestibular, interpretada por Neil, según Campbell.

9, inserción del bucinador.

10, límite vestibular del área protética, según Neil.

Sobre los implantes consideramos la técnica de Vallespín («Odttría», 1958) como una modificación digna de ser tenida en cuenta, la cual, por sus innumerables ventajas, pudiera un día prosperar definitivamente.

RESUMEN

Coincidimos con el Prof. Charon en que, desde el punto de vista puro, en lo que va de siglo la técnica de las restauraciones completas ha sufrido pocas modificaciones fundamentales; mas es interesante recordar los estudios de las alteraciones de los tejidos soportes de las pla-

cas totales; el papel de la saliva en la sustentación de la placa; la significación de la altura de la oclusión en la presentación del síndrome de Costen, como asimismo su valor en la fonética y en la formación del bolo alimenticio; en las técnicas de impresión, la del muco-sellado; la supresión de las cámaras de succión y el aligeramiento del peso en las placas superiores e inferiores.

Se ha recalcado la importancia de la psicología del sujeto en cuanto al éxito de una placa correctamente proyectada; o la de las restauraciones inmeditas y su significación social en plazos, en los que nunca se ve el sujeto desprovisto de su restauración; como consecuencia de lo social, el valor de la estética, que ha hecho aceptar el montaje de los dientes en armonía con la edad del sujeto y su constitución y psiquis.



Fig. 5.—*Comprobación de la estabilidad.*

A los replanteamientos se les concedió una beligerancia que la experiencia se la ha negado, al menos para la mayoría de los casos. Sin embargo, va provista de un valor psicológico que puede ser utilísimo en muchas ocasiones.

Las resinas sustituyeron al caucho y los celuloïdes con ventaja, y así también a la porcelana. Para el portador es, en efecto, mucho más amable un dispositivo en resinas que aquellos cauchos—aunque fueran del tipo de las «ebonitas», más frágiles—con dientes de porcelana, cuyos «crampones» metálicos no permitían las *construcciones* de las resinas de hoy.

El diente con perno de platino permitía si fuera soldado a la placa de metal precioso para los desdentados de economía fuerte. Hoy, ni en razón a justificar unos honorarios es necesario recurrir a tales proyecciones.

Las dentaduras magnéticas y las técnicas sugeridas para la colocación de implantes son, en nuestro criterio, rara vez aceptables. De entre éstas, la sugerida por Vallespín («Odttría.», 1958) puede ser, con los casos de excepción, la más practicable.

En los casos en los que su empleo pudiera significar una solución nos encontramos con el penoso inconveniente de la avanzada edad del sujeto. Por lo general, en todos aquellos casos en los que pudiera recurrirse al implante por dificultades de la reducción al *sumum* de los

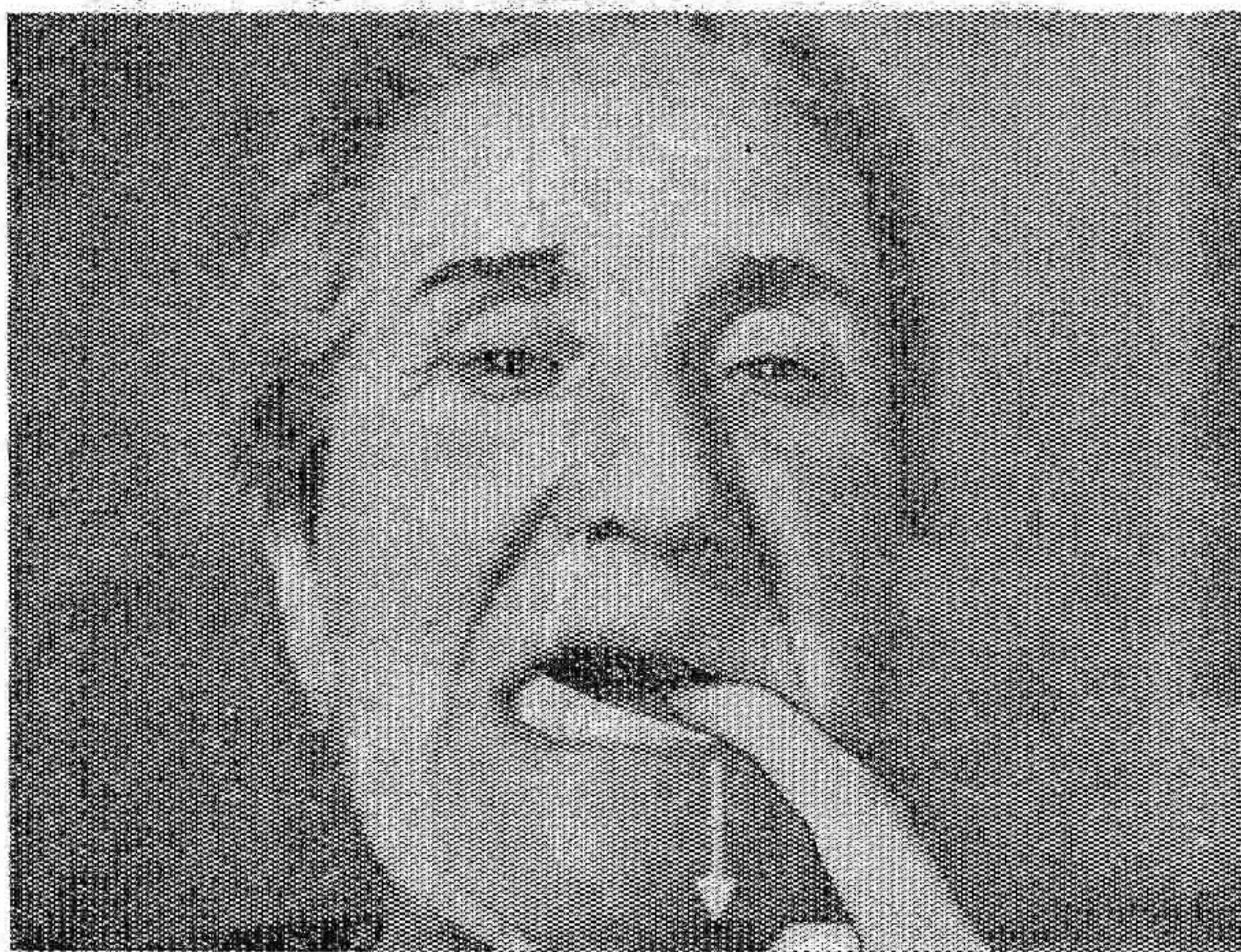


Fig. 6.—*Demostración de inestabilidad*

procesos alveolares nos encontramos con la lógica negativa del sujeto, no dispuesto a sufrir tamaña intervención. Sólo entre sujetos adultos se puede encontrar la disposición para aceptar los inconvenientes de la intervención; adultos, sin embargo, para los que—antes de la acción cruenta—existen otras soluciones menos onerosas, de economía más reducida y de resultados permanentes.

Soluciones simples e intrascendentes como en último extremo representan el empleo de los polvos de tragacanto, que mantienen (aunque con cierta servidumbre) las placas en su posición, haciendo hasta en ocasiones difícil su ex profeso desplazamiento.

Aceptamos, pues, como lógica la negativa de los longevos de recurrir a los implantes, aunque sólo sea por verse libres del siempre riesgo quirúrgico y sin despreciar el factor económico.

En cuanto a la cirugía preprotética no coincidimos con el criterio americano de dejar el basamento óseo alveolar como si se tratara de una figura geométrica pulida; procuramos evitar al paciente cualquier tipo de intervención cruenta, limitándonos únicamente—cuando existe dolor a la presión—al biselado de las paredes alveolares que no se hayan reabsorbido espontáneamente. Cualquier tipo de incidencia topográfica, insensible a la presión y que no sea inconveniente para la estética, ayuda a la estabilización de la placa.

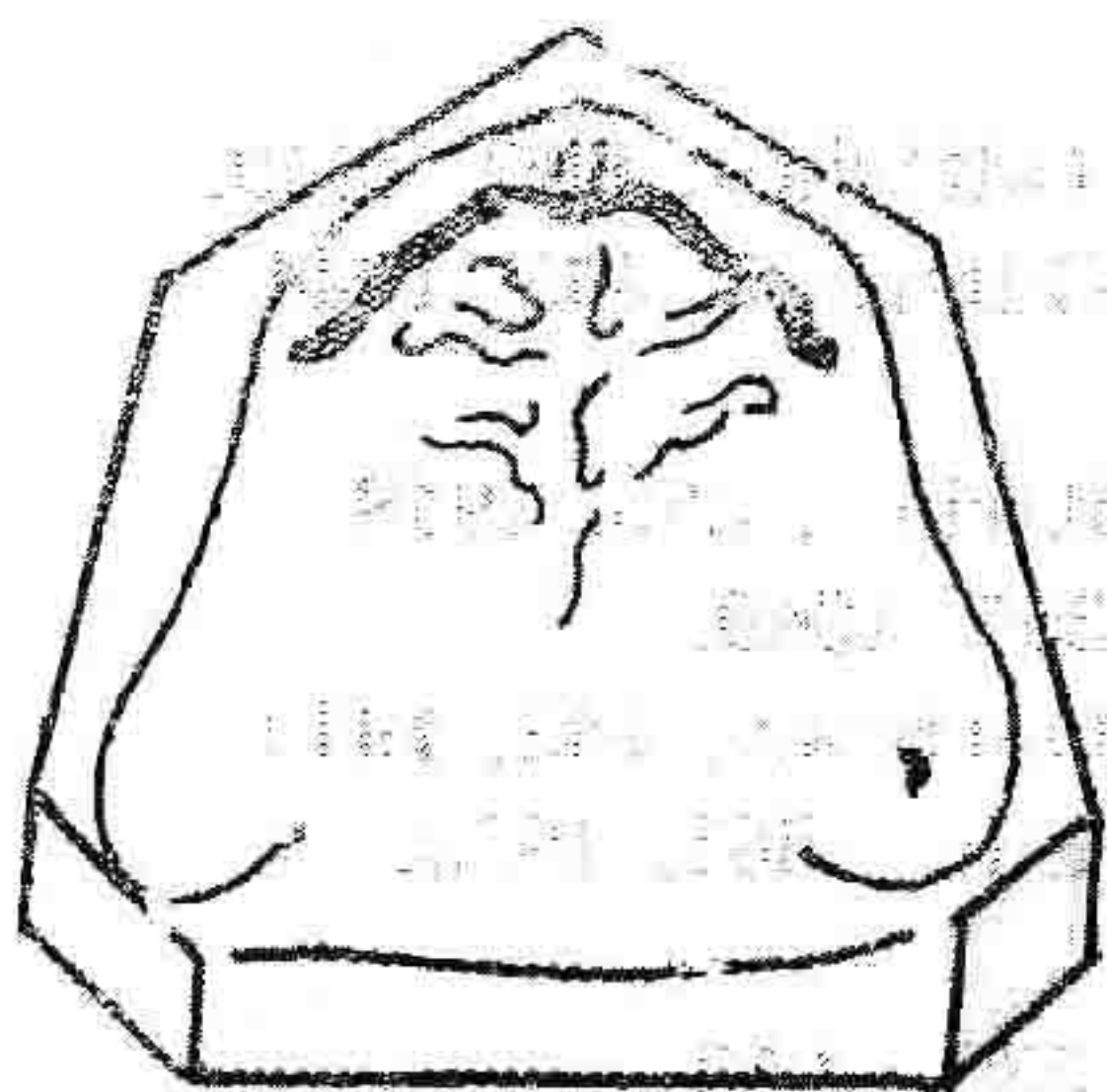


Fig. 7.—El trazo negro representa el sellado anterior o barrera de rarefacción del aire (Chick, Peacock)

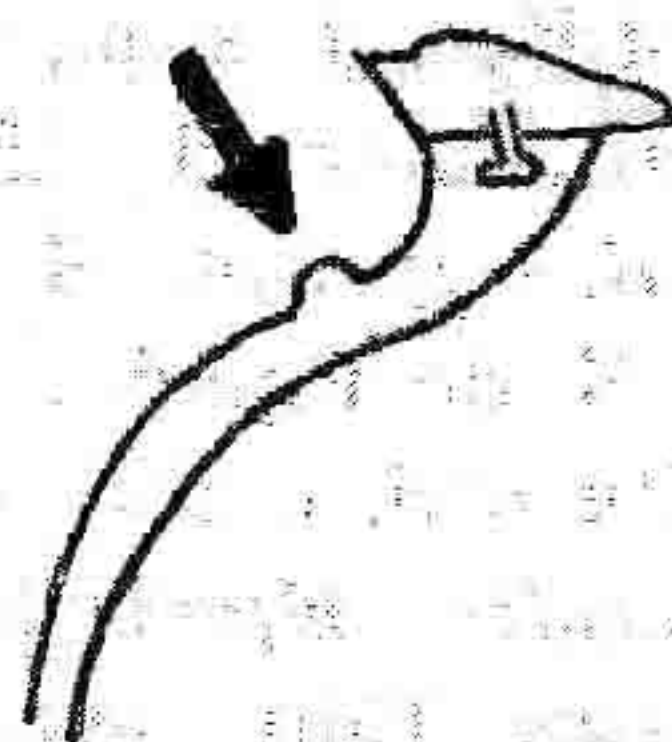


Fig. 8.—Corte transversal de la placa con la barrera (indicada por la flecha), a unos 6 mm. de la cresta del reborde alveolar

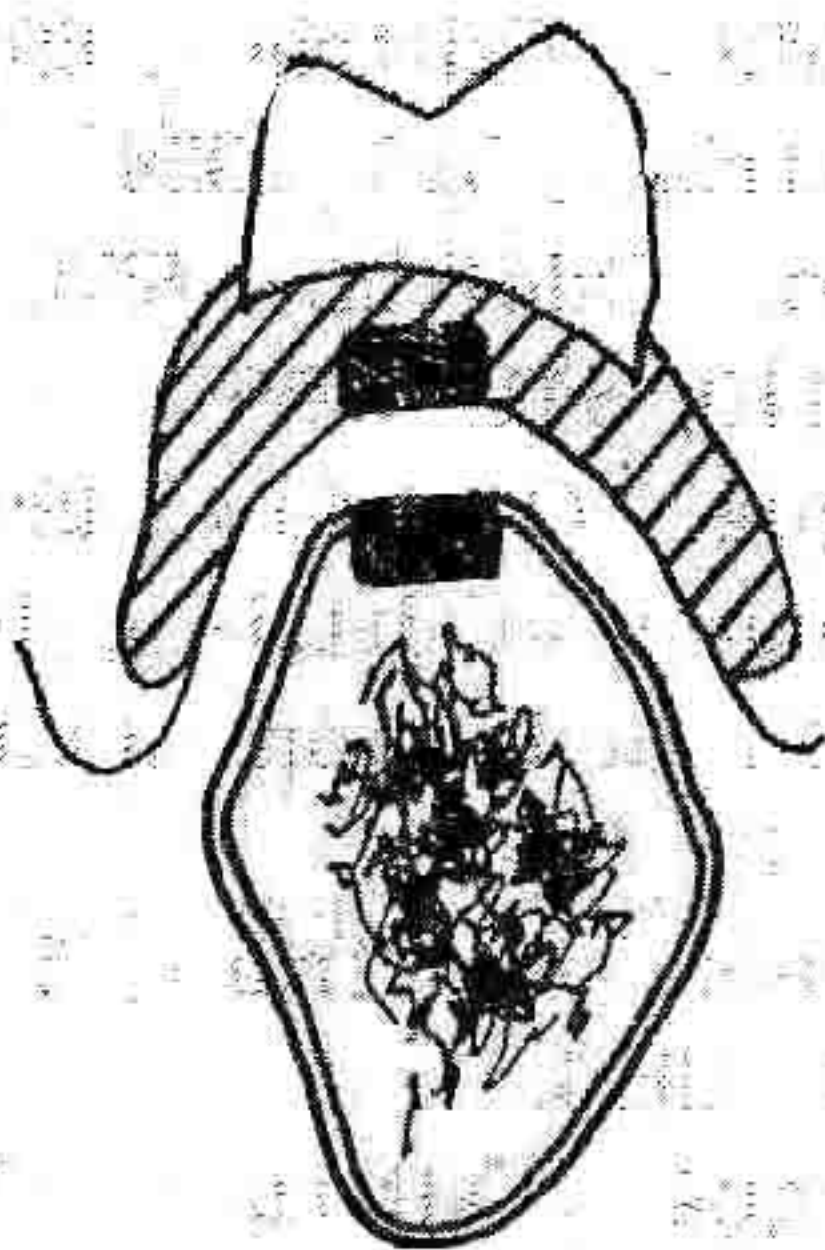


Fig. 9.—Sobre el hueso maxilar descansa uno de los elementos magnéticos; el otro, del mismo signo, se encuentra embutido en el material de la placa; consecuencia, atracción, estabilidad (según Ruspa)

BIBLIOGRAFIA

- Reabsorción alveolar*, «Odttría.», 658, 1948; A. Guergué, «Odttría.», 658, 1948.
Alteraciones de los tejidos de soporte, A. Guergué, «Odttría.», 1, 1951.
Idem id., Editorial, «Odttría.», 30, 1951.
Síndrome de Costen, Edit. «Odttría.», 341, 1947.
Dentaduras completas, A. Guergué, 558, 1949.
Idem magnéticas, S. de Pipaón, «Odttría.», 549, 1951.
Idem id., Edit., «Odttría.», 574, 1951.
Idem sin paladar, S. de Pipaón, «Odttría.», 641, 1945.
Dientes al tope, S. de Pipaón, «Odttría.», 29, 1946.
Estabilización de las placas, Edit., «Odttría.», 38, 1947.
Implantes, Edit., «Odttría.», 622, 1953.
Idem inf., Edit., «Odttría.», 388, 1950.
Improntas y estabilidad, S. de Pipaón, «Odttría.», 685, 1949.
Límites protéticos de sup., S. de Pipaón, «Odttría.», 465, 1944.
Idem id. inf., *idem id.*, 197, 1946.
Materials de impresión, S. de Pipaón, «Odttría.», 355, 1948.
Muco-seal, S. de Pipaón, «Odttría.», 293-355, 1949.
Perfil y altura de oclusión, S. de Pipaón, «Odttría.», 143, 1949.
Protesis completas. Efectividad. Mastectomía, Edit., 561, 1953.
Idem Estética, Edit., «Odttría.», 1947.
Idem Estética de la expresión, «Odttría.», 539, 1953.
Idem Normas generales, Edit., «Odttría.», 43, 1953.
Psicología de los desdentados, S. de Pipaón, «Odttría.», 185, 1944.
Restricciones inmediatas, S. de Pipaón, «Odttría.», 65, 1947.
Selección de dientes, Edit., «Odttría.», 51 (17), 1953.
Técnicas de impresión, S. de Pipaón, «Odttría.», 418, 1944.
Idem id., Edit., *La presión*, Edit., «Odttría.», 691, 1949.
Oclusión y articulación, Edit., «Odttría.», 513, 1954.
Replantamientos, S. de Pipaón, «Odttría.», 653, 1954.
Implantes, Edit., «Odttría.», 110, 541, 1955.
Idem, Estado actual, A. Guergué, «Odttría.», 499, 1955.
Oclusión equilibrada, S. de Pipaón, «Odttría.», 193, 1955.
Placa inferior con material plástico, S. de Pipaón, «Odttría.», 77, 1955.
Dentaduras, Edit., «Odttría.», 49, 1956.
Líneas de Frankfort, S. de Pipaón, «Odttría.», 5, 1956.
Idem id., Edit., «Odttría.», 51, 1956.
Impresiones en caucho, A. Guergué, «Odttría.», 357, 1957.
Restricciones y fonética, S. de Pipaón, «Odttría.», 25, 1957.
Retención de completos, S. de Pipaón, «Odttría.», 493, 1957..