

D DERMATOLOGIA

Dientes y dermatología, por el Dr. W. J. O. Donovan

Trata de los cambios en los conceptos básicos de la dermatología. La mayor parte de los dermatólogos prácticos han llegado a considerar las erupciones, infiltraciones y úlceras de la piel como "entidades autónomas". Se concedió gran importancia a su reconocimiento, pero se dedicó poco tiempo al estudio de sus causas. Actualmente, cuando fueron observadas reacciones con una cierta permanencia, existe la inclinación de descubrir estos tipos reconocidos de enfermedad como "reacciones patrón". La idea de una sola causa ha gozado siempre del favor del cuerpo médico. Fue muy desarrollada cuando Osles fue el primero en esclarecer el cuadro clínico patológico de la endocarditis ulcerosa. Nada más sorprendente que el rápido reconocimiento en la medicina española de que las erupciones de la piel y las membranas mucosas de los marinos de las Indias eran únicamente atribuibles a un proceso venéreo, que era el primer asiento o foco de una ulterior infección generalizada.

Los cirujanos han creído hace mucho tiempo que la enfermedad amiloidea del hígado y el bazo tenía su origen en una osteomielitis con sequestro antiguo y no curada, de donde la noción, ampliamente aceptada, de que las infecciones localizadas agudas, especialmente en garganta-nariz, podían dar lugar a afecciones en otras regiones. Fue aceptado que las bacterias producían infección focal liberadas y conducidas por medios mecánicos, hasta el punto de ocasionar la extensión de la enfermedad por reinoculación; que las bacterias pueden vencer la resistencia local y ser llevadas a parte distante del cuerpo por vía de los linfáticos o

D DENTADURAS

*Problemas relativos a la construcción de las dentaduras artificiales,
totales superiores y parciales inferiores*

VOL. 43

(Standard, Stanley G., *Journal of the American Dental Association*, 43, páginas 695-708 (diciembre 1951).

La combinación de dentaduras artificiales, totales superiores y parciales inferiores es cosa frecuente en la práctica odontológica. Para el éxito de esta combinación es necesario que se llenen los requisitos básicos indispensables para la construcción de las dentaduras totales y parciales. Seis son los requisitos esenciales para la construcción de una buena dentadura: 1. Reproducir en un material artificial, generalmente piedra artificial, todos los tejidos retentivos y de soporte de las mandíbulas. 2. Dimensión vertical normal. 3. Relación céntrica correcta. 4. Correcta posición de los dientes artificiales. 5. Plano oclusal en armonía con los movimientos condilares del paciente; y 5. Estética.

La aplicación práctica de estos requisitos es esencial para la construcción de dentaduras satisfactorias. La reproducción de las estructuras que

la sangre; o bien, y en tercer lugar, que los microorganismos pueden permanecer encerrados en el asiento de la infección focal y de allí son absorbidos lenta y continuamente sus toxinas. Esta idea fué seriamente estudiada en las escuelas dermatológicas. La escarlatina fué razonablemente atribuída a un foco primario de infección en las amígdalas. La erupción cutánea más característica, el eritema multiforme, se tomó como ejemplo clásico de esta hipótesis de trabajo. La enfermedad era atribuída en los libros de texto de alrededor de 1927 a siete causas, de las cuales una era la "sepsis focal en dientes, amígdalas, senos, etc.". Actualmente, si se consultan las ediciones modernas de las mismas obras, se verá que la sepsis focal ha sido tranquilamente abandonada como causa del eritema multiforme. Otra enfermedad que no ha vuelto a ser asociada con un foco primario de infección, como lo fué al principio, es el lupus erimematoso.

En la actualidad, la sepsis focal no se incluye en los índices de los más recientes libros de texto. ¿Cuál es la explicación de este hecho? El comunicante sugiere que se hallará en una forma de expresión más corriente en los Estados Unidos que en Inglaterra, o sea, "dermatitis de factor múltiple". Una causa de trastorno cutáneo no produce enfermedad manifiesta, a menos de que exista, previamente, una predisposición que puede ser debida a tendencia hereditaria, origen genético o sensibilizado en cierto momento. La causa excitante puede ser un daño o traumatismo, frente al cual la piel no hubiera respondido si el equilibrio reaccional del enfermo no hubiera estado trastornado por tensión mental, shock, enfermedad por virus o catarro común. Muchos enfermos tienen sepsis focal, pero pocos de ellos exhiben eflorescencias apreciables. ("Roy Socy. of Odntlg.")

serven de soporte a una dentadura total puede obtenerse de manera más satisfactoria empleando una copa de impresiones, extra-grande, hecha de material plástico y con bordes periféricos bien definidos. El material para impresiones debe ser de suficiente fluidez para que se pueda obtener la impresión de los tejidos en posición estática. En las bocas parcialmente desdentadas, el plano oclusal de los dientes naturales que quedan debe ser modificado, ya mediante el empleo de restauraciones o bien desgastando dichos dientes. Todas las fuerzas verticales que se apliquen a los dientes que sirvan de soportes deben ejercerse en el sentido del eje mayor de cada uno de esos dientes. Para el establecimiento de la dimensión vertical debe tenerse en cuenta la posición de descanso fisiológico. La posición de la mordida de trabajo debe ser lo más cercana posible a la posición mencionada, compatible con la función masticatoria y el uso de la palabra. La relación céntrica se obtiene más fácilmente mediante el uso de dispositivos para marcar la huella del arco gótico, y de un indicador para el punto central. Esta relación céntrica puede fácilmente comprobarse por medio de una mordida de cera. El sendero condilar puede marcarse apropiadamente empleando una mordida de comprobación bastante abultada. Los efectos estéticos dependen en alto grado de la percepción artística del dentista.

teriores deben, naturalmente, colocarse de manera que articulen con los inferiores. Esta disposición de los dientes ayudará a la estabilización de la dentadura superior durante la masticación. Después de que los aparatos protéticos de restauración han sido entregados al paciente, es siempre esencial continuar la observación para mantener una correcta oclusión.

O OCLUSION

Problemas relativos a la oclusión con las dentaduras artificiales totales superiores y parciales inferiores
L. E. Kurth

(Kurth, L. E., D. D. S., *Journal of the American Dental Association*, 43, páginas 687-95 (diciembre 1951).)

→ VOL

La comprensión inteligente del problema de la oclusión depende del conocimiento que tenga el operador, tanto de los movimientos mandibulares como de la dirección en que las fuerzas de esos movimientos se ejercen sobre los aparatos protéticos durante el acto fisiológico de la masticación. Los movimientos mandibulares pueden dividirse en funcionales y no funcionales. Los no funcionales pueden subdividirse a su vez en movimientos de deslizamiento y movimientos libres. Es de lamentarse que en el pasado muchos de los que han escrito sobre odontología han dado demasiado énfasis a los movimientos no funcionales y los han confundido

con el verdadero golpe masticatorio, cuando, en realidad, son distintos, tanto en la dirección como en la aplicación de las fuerzas oclusales. La relación céntrica es la posición de más importancia que es común a ambas clases de movimiento, es decir, funcionales y no funcionales. Es importante que la dirección de esos movimientos sea considerada, en relación con los planos de comparación aceptados, como el horizontal, frontal y sagital. Las múltiples aseveraciones que aparecen de ordinario en la literatura dental, atribuyendo una dirección vertical a las fuerzas masticatorias que se ejercen sobre los aparatos protéticos, son insostenibles, a menos que se consideren en el plano frontal. La consideración de estas fuerzas masticatorias, desde el punto de vista sagital, es de la mayor importancia en el problema de la oclusión. En el plano sagital puede demostrarse que de la posición abierta la mandíbula se cierra funcionalmente a una posición céntrica, siguiendo un arco cuya dirección tiende hacia arriba y hacia adelante. Además, esta dirección cambia su ángulo, del punto incisivo al de la cúspide disto-bucal del segundo molar, lo que da por resultado una fuerza hacia abajo y hacia atrás que se ejerce sobre la extremidad libre de la montura de las dentaduras parciales, hasta que llega al equilibrio.

Con el objeto de contrarrestar esta fuerza, que, como se ha dicho, se ejerce hacia abajo y hacia atrás sobre la extremidad libre de la montura, los modelos de dentaduras inferiores deben estudiarse antes de construir la barra lingual y las uniones de sostén, considerando los cojinetes retro-molares a un nivel más alto que el de los bordes incisivos de los dientes que aún le quedan al paciente. El investigador debe, pues, tener dos objetivos: encontrar el mejor método de inserción aplicable al caso, y contrarrestar las fuerzas masticatorias en la oclusión.

La relación céntrica se obtiene por medio de un marca-huellas extracoral y tornillo indicador central, y la oclusión céntrica se establece basándose en esta relación de posición. Se seleccionan entonces los dientes posteriores correspondientes a la dentadura total superior y se colocan en el modelo, teniendo en mira la mejor apariencia estética posible del paciente con el máximo de altura. Los dientes inferiores posteriores se colocan en el plano oclusal determinado por las piezas que le quedan al paciente. Desde un aspecto sagital, se establece un plano oclusal raso, mientras que en el aspecto frontal la superficie bucal se encontrará a un nivel horizontal más alto que el de la superficie lingual. Los dientes superiores pos-