

ENSAYOS SOBRE PROTESIS FIJA EN DESDENTADOS PROTESIS FIJADA (*)

por

Fernando Orensanz

Profesor adjunto de Anatomía

616.314-089.28-2

LA idea de lograr la mayor sujeción posible de la prótesis completa ha perseguido siempre a los odontólogos. Recordemos aquí, entre las experiencias más modernas, las de Darcissac y de Thibault, entre los autores extranjeros.

A nosotros nos ocupó del mismo modo tal idea y nos indujo a hacer tentativas para ver de sujetar de la manera mejor posible las prótesis completas superiores.

Después de observar en el cadáver la constitución de la encía del maxilar superior, con sus vasos arteriales y la inserción del músculo buccinador y aponeurosis buccinatriz, decidimos emprender en el vivo una serie de experiencias quirúrgicas, no concluídas, cuyos resultados alentadores exponemos a continuación.

Aunque nuestra primera idea fué la de crear unas asas mucosas a beneficio de pequeñas intervenciones quirúrgicas (algo parecido a las asas cutáneas que se utilizan para hacer autoplastias), preferimos causar pequeñas lesiones a la mucosa que pudieran ser realizadas en el campo operatorio del gabinete odontológico. Prescindiendo de los múltiples detalles de técnica recogidos, los más importantes hechos observados son los siguientes:

(*) Comunicación presentada al XV Cong. Dent. Español.

1.º Atravesada la mucosa bucal de la encía vestibular superior, dejando en ella un hilo de seda o de oro, creando de este modo una pequeña asa artificial, la mucosa, en vez de eliminar el cuerpo extraño que se le ha impuesto, lo tolera perfectamente.

Al parecer, el pequeño trayecto intramucoso se ha epitelizado.

En el caso que presentamos se han realizado cinco asas: una central, en el frenillo, y dos a cada lado; una a nivel de los colmillos y otra al de los molares número 6, aproximadamente. (Véase el dibujo.)

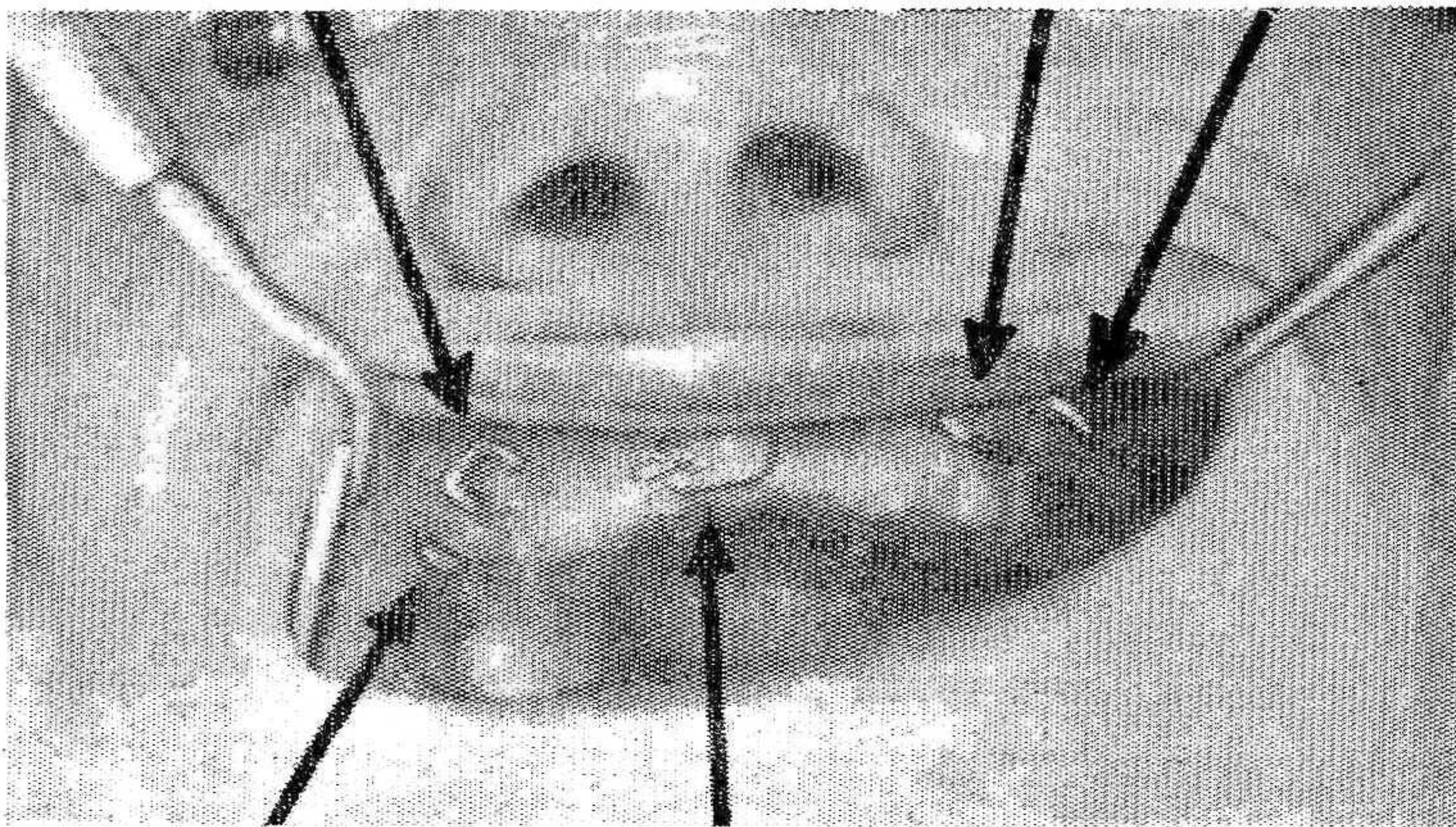


Fig. A.—Las cinco asas están colocadas: una en el frenillo (a) y dos a cada lado. Cinco en total. (Indicadas por las flechas.)

2.º Dichas asas no han sufrido infección ni lesión alguna en el tiempo que dura la experiencia. Hasta ahora la mucosa mantiene estos pequeños conductos intraepiteliales sin infección, a pesar de que no son fáciles de limpiar.

3.º Estas asas son capaces de soportar presiones y pesos relativamente grande; hemos colgado de ellas pesas de cinco y diez gramos, sin que se produzca dolor ni lesión física apreciable.

4.° Deseando prolongar la existencia de las asas conseguidas, con la idea de utilizarlas para que sirviesen de sostén a una prótesis, se improvisó un pequeño dispositivo a manera de *imperdible* pequeño, en metal noble, susceptible de ser colocado

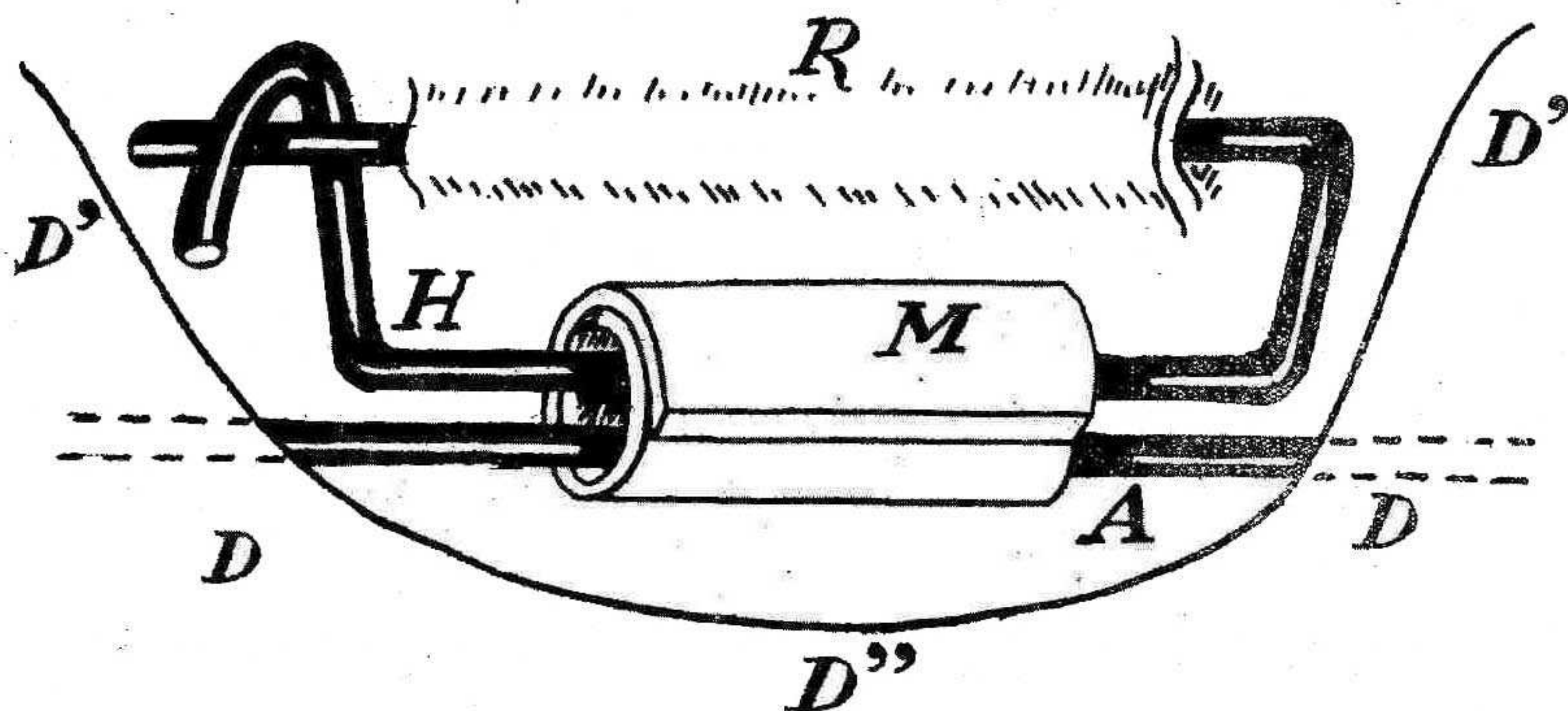


Fig. B.—El imperdible (H) en posición en el asa (R), trayecto mucoso epiteliado, sostiene el dispositivo protésico (D' D'') valiéndose de un manguito (M) que abraza el alambre (A) colocado en la escotadura (D'') del aparato dispositivo restaurador (D' D'') y vulcanizado o polimerizado con el (D D)

a voluntad sin lesionar el asa. De las que presentamos, algunas llevan setenta y cinco días, y la que menos, veintiún días; a la paciente no le ocasionan molestia ninguna, ni aun durante la masticación, ni al fruncir el labio superior en la risa o en el acto de soplar.

5.° A pesar de su aparente fragilidad, las asas conseguidas fueron capaces para sostener indefinidamente una prótesis.

Una vez realizadas las asas y vista su permanencia y utilidad, orientado el pensamiento a la utilización práctica del hecho conseguido, surgen inmediatamente las condiciones que deberá reunir la prótesis que ha de quedar sujeta. Entre ellas, el menor peso posible y compatible con el trabajo que ha de realizar, condición que llenan a maravilla las modernas resinas. En el caso presente, cuyas asas pueden soportar cincuenta gramos de peso, el peso de la prótesis es solamente de trece gramos; es conveniente que, como ocurre en este caso, la capacidad de soportar peso sea cuatro o cinco veces mayor que el peso de la prótesis.

Esta prótesis debe dejar libre aquella parte de encía vestibular en donde están las asas. Nosotros hicimos la impresión antes de realizar las asas, y después de hecha la prótesis, como si fuese una p. corriente, rebajamos en la resina tanto como fué necesario para cumplir esta condición.

Después necesita un dispositivo para poder fijarla a las asas. Lo ideal sería que el paciente pueda quitar y poner su prótesis. Hemos hecho algunos ensayos, sin conseguir hasta ahora que pueda esto realizarse. Acuciados por el poco tiempo de que disponíamos hasta el Congreso actual, hemos dispuesto unos improvisados ganchitos, en oro de veintidós quilates laminado, que nos permite fijar el aparato efectuando ligeras presiones sobre el extremo de los ganchitos que aprisionan las asas.

Estos ganchitos van sujetos a unos alambres de oro que hemos colocado a manera de puente entre los festones que lleva la prótesis. (Ver foto g.) Colocado el aparato en su sitio y

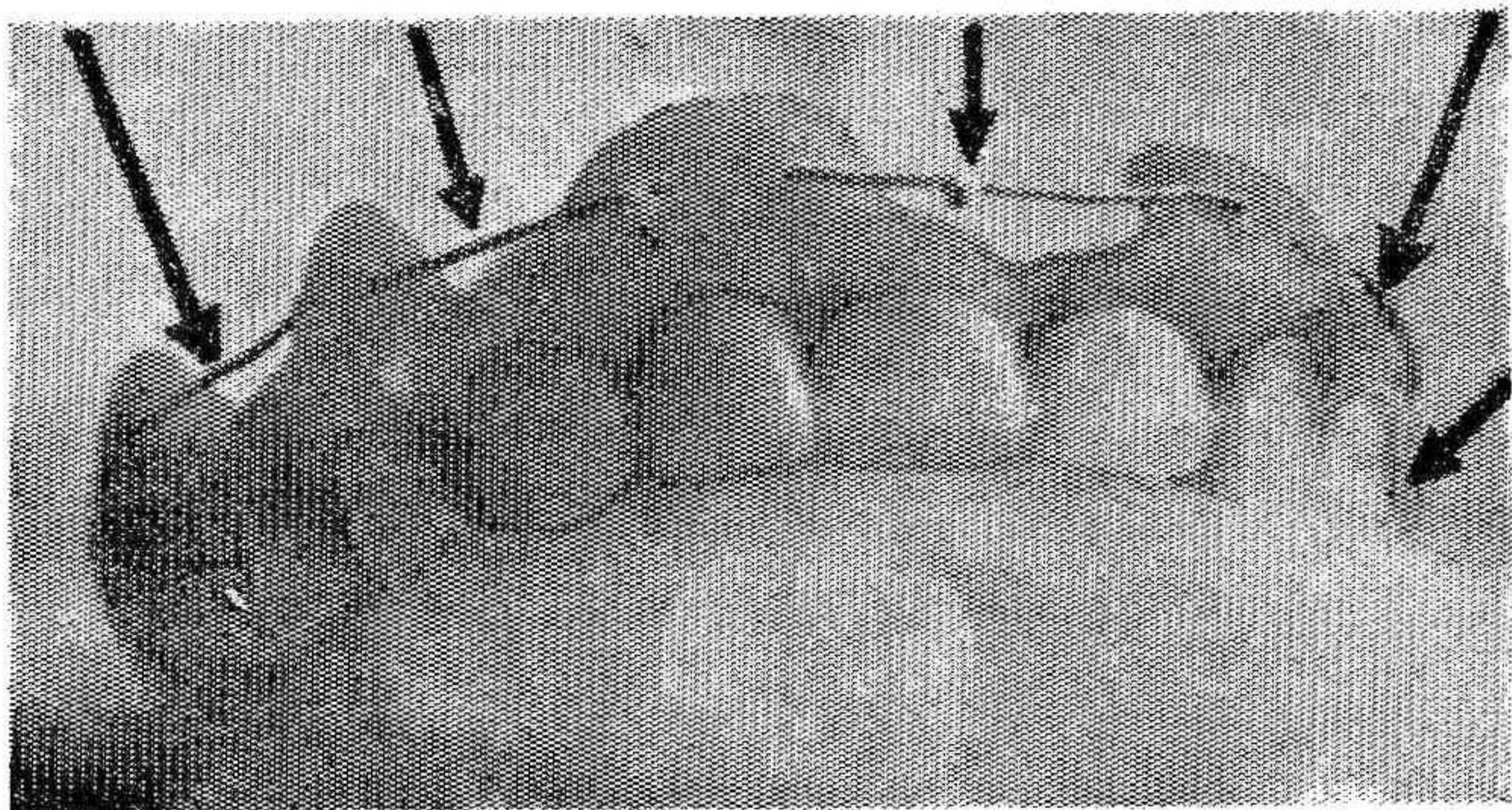


Fig. C.—Dispositivo restaurador. Las flechas indican los alambres que abraza el manguito en cada una de las cinco escotaduras.

afrentada el asa a la barrita horizontal, es fácil abrochar el ganchito con ayuda de una pinza.

El caso que presentamos no es a propósito para demostrar las ventajas de esta técnica, porque lejos de ser un paladar plano, en el que estaría indicada la prótesis fijada, es un paladar

excavado, en el que la prótesis completa ordinaria se sujeta bien. Tampoco la prótesis que presentamos es correcta, pero no hemos podido preparar otra por falta de tiempo.

No nos hemos decidido a prescindir, por el momento, del paladar, y aunque el aparato queda sujeto es posible que no sea conveniente eliminar la porción palatina para que el funcionamiento de la dentadura se realice en las mejores condiciones posibles.

6.º Como puede suceder que de esta técnica se hable en lo sucesivo, hemos pensado que debíamos conocerla con el nombre de *prótesis fijada*. No sería correcto llamarla fija, porque tiene capacidad de movimiento (desplazamiento). Y movable no va bien, para diferenciar mejor de la prótesis movable ordinaria.

7.º Como ya se puede apreciar, quedan multitud de pequeños problemas por resolver, entre ellos los siguientes: ventajas de establecer más asas en lugar diferente, en el paladar, por ejemplo. Las asas podían ser de mayor volumen y de forma diferente y podían hacerse mediante el bisturí. Estudiar otras formas para los imperdibles; ver la conveniencia de eliminar el paladar, vieja aspiración de los odontólogos; inventar un sistema de fijación a las asas tal que el paciente pueda quitarla a voluntad, etc.

En fin, intuimos que en el desarrollo de estas ideas existe todo un "mundo nuevo" de estudios y trabajos que puede reportar utilidad a nuestros semejantes desdentados.

Después de lo que antecede, leído en el Congreso de Barcelona en marzo de 1947, interesa hacer constar lo siguiente: Los "imperdibles" permanecen en su emplazamiento sin novedad alguna en el día de la fecha, 26 de octubre de 1947. El último de ellos, que fué colocado el 12 de abril de 1947, lleva ya seis meses; el primero de ellos ya cuenta ocho meses. Durante este tiempo no han sido utilizados para fijar la prótesis en ellos

y solamente se ha pensado en comprobar que son tolerados; de nuevo se colgaron de cada uno la pesa de diez gramos durante unos minutos.

La forma del "imperdible" es la que aparece en los dibujos y fotografía. El imperdible es fijado a la barrita correspondiente del aparato con una especie de manguito en oro de 24 kilates, finamente laminado, arrollado en espiral y que puede ser colocado haciéndole girar; una vez colocado, se comprime su extremo libre haciendo una ligera presión con una pinza de gabinete.

La ligadura con alambre no puede hacerse, porque es necesario realizar mayor fuerza que la que permite la delicadeza de la mucosa.

La arca inferior está restaurada con prótesis fija. La paciente es de constitución grácil, pesa cuarenta kilogramos; no es el tipo más indicado, por lo tanto; en cambio se presta con agrado a todas nuestras maniobras.

La prótesis pesa, como ya se dijo, 13 gramos; corresponde, por lo tanto, a cada asa un peso de 2,6 gr., que es muy inferior a lo que puede soportar. Como las asas podían ser en mayor número, por ejemplo, seis, el peso que habría de soportar cada una sería menor, en este caso, de 1,8 gr.

Hasta la fecha no hemos encontrado un dispositivo que permita al paciente quitar y poner su restauración con facilidad.

Actualmente realizamos una experiencia análoga en otro paciente, cuyos resultados comunicaremos oportunamente.