

* LIMITES PROTETICOS DE LAS PLACAS INFERIORES TOTALES

por el

Dr Miguel Sáenz de Pipaón

A los subscriptores jóvenes.

ESTUDIAMOS en su día (1) los límites protéticos de las placas palatinas completas, si bien es cierto muy concisamente, en aras de las exigencias del momento. Hoy pretendemos hacerlo, con parecida brevedad, respecto a las placas inferiores o linguales.

Si para el novato tiene mayor interés la sujeción de las pla-

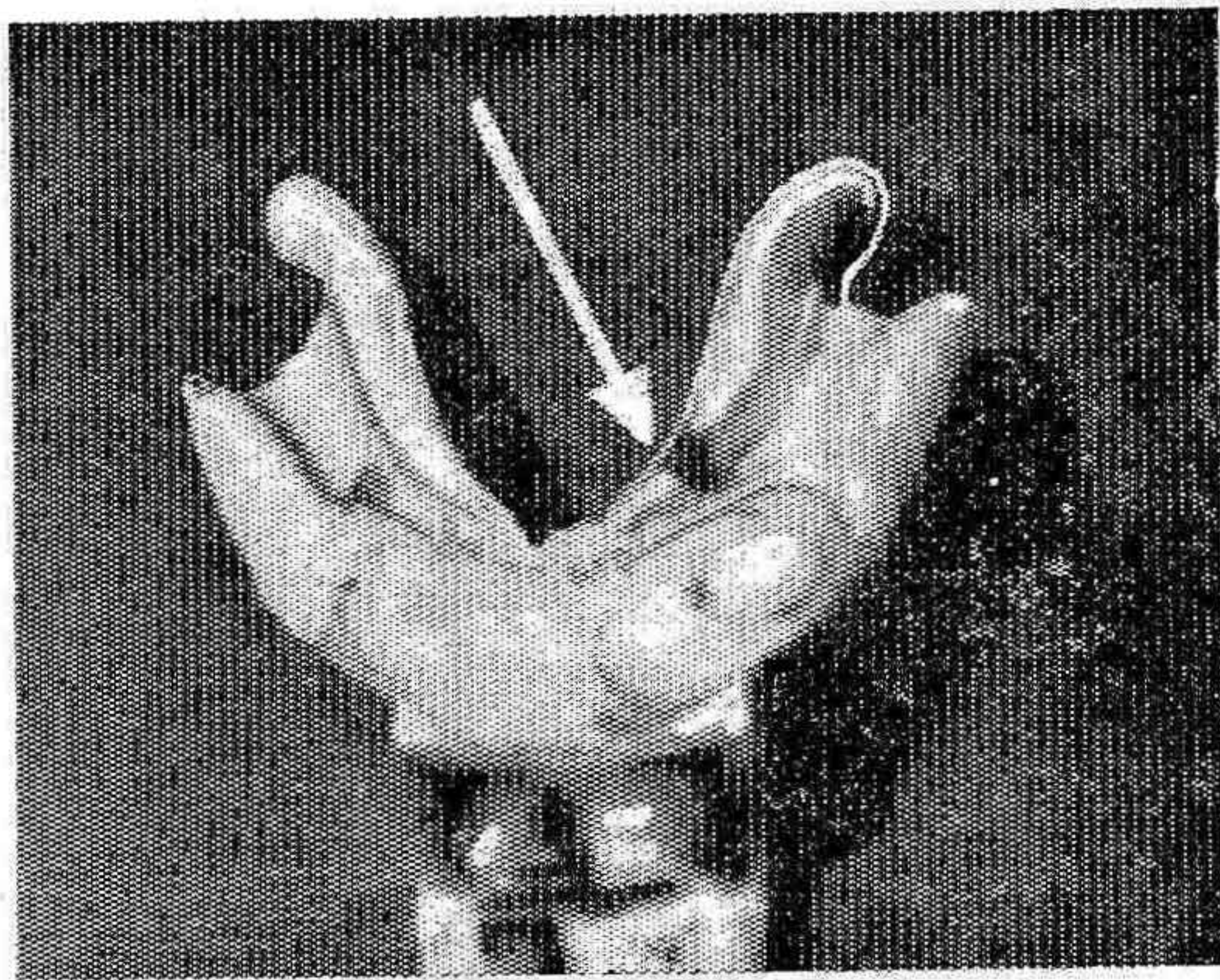


Fig. A.—Ambos fondos milohioideos han sido captados por la escayola.



Fig. B.—Sujeta la cubeta con la mano derecha, se libera con la izquierda las inserciones del músculo bucinador (*)

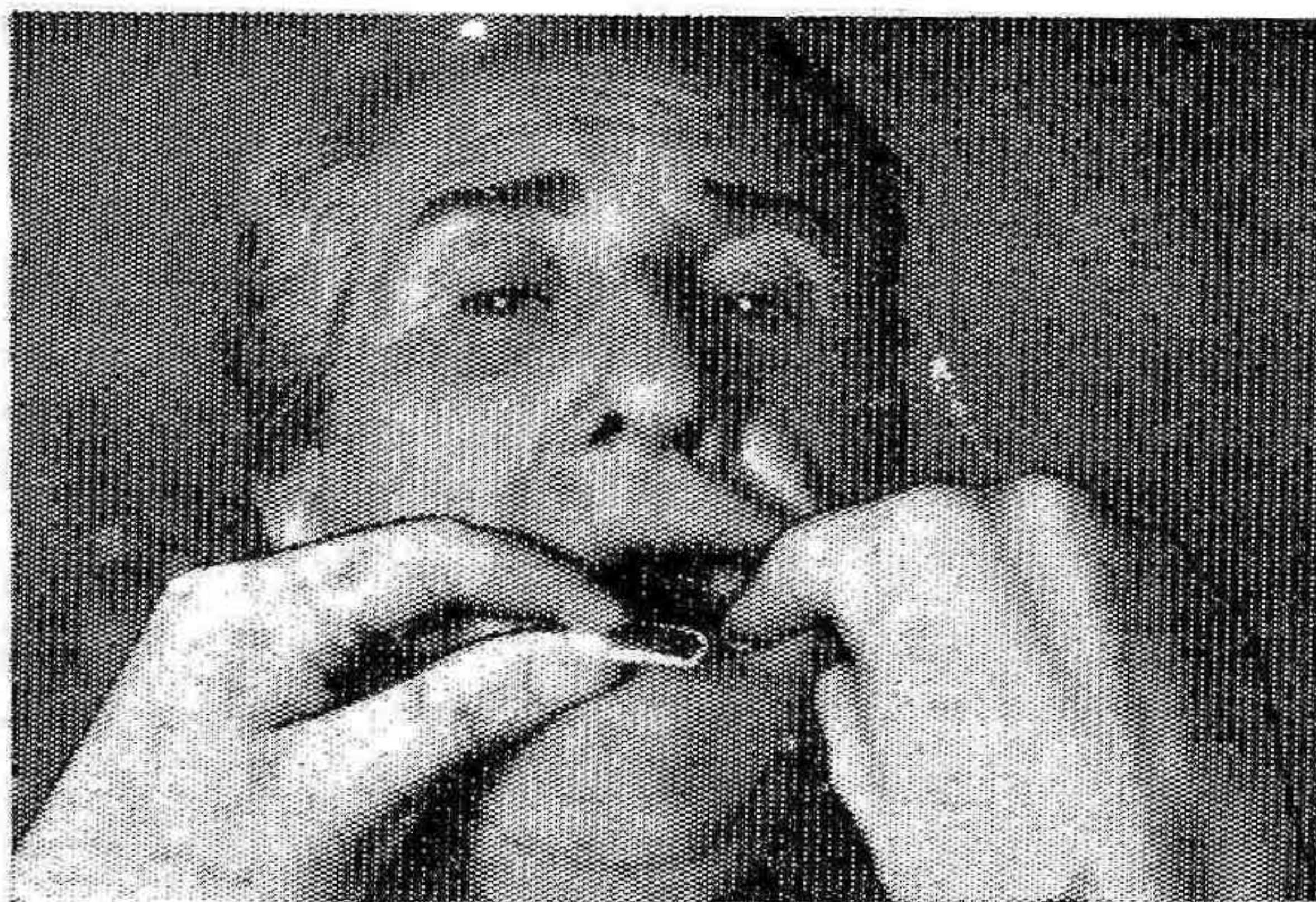


Fig. C.—Camblando de mano se libera de la misma manera el lado izquierdo (*)

cas palatinas, pronto se convence uno en la clínica de la mayor dificultad que encierra el funcionamiento de las placas inferiores.

(*) De la obra "Impresiones en Odontología. Materiales y técnicas de impresión".

Es evidente, como ya lo hemos recordado en varias ocasiones (1), que la estabilidad y la sujeción dependen en gran parte del área que el dispositivo restaurador abarque, pero,



Fig. D.—Impropia forma de liberar las inserciones del músculo bucinador de ser captadas en la impronta (*)

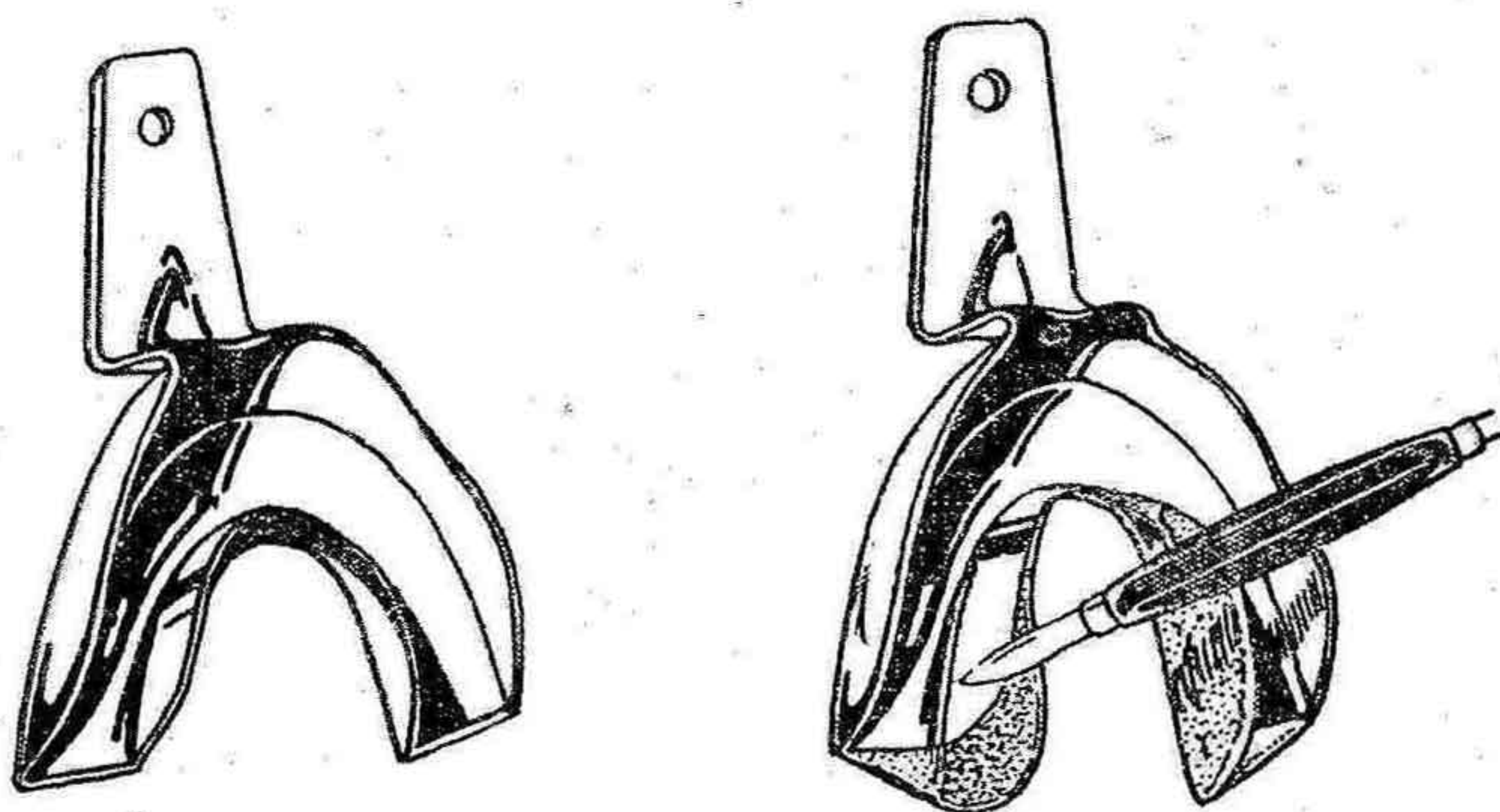


Fig. 1.—La pretensión de obtener el fondo milohiideo exige prolongar en cera las paredes de la cubeta

(1) ODONTOLATRIA, Vol. II, pág.

(*) De la obra "Impresiones en Odontología. Materiales y técnicas de impresión".

naturalmente, esta base está condicionada a consideraciones de tipo anatómico.

Después de haber hecho caso omiso durante muchos años a las ventajas que la anatomía pudiera brindarnos en la construcción de los dispositivos inferiores, fuimos a caer en gran exageración al pretender prolongar las aletas linguales hasta el fondo milohioideo, aletas que después teníanse que ir cortando poco a poco.

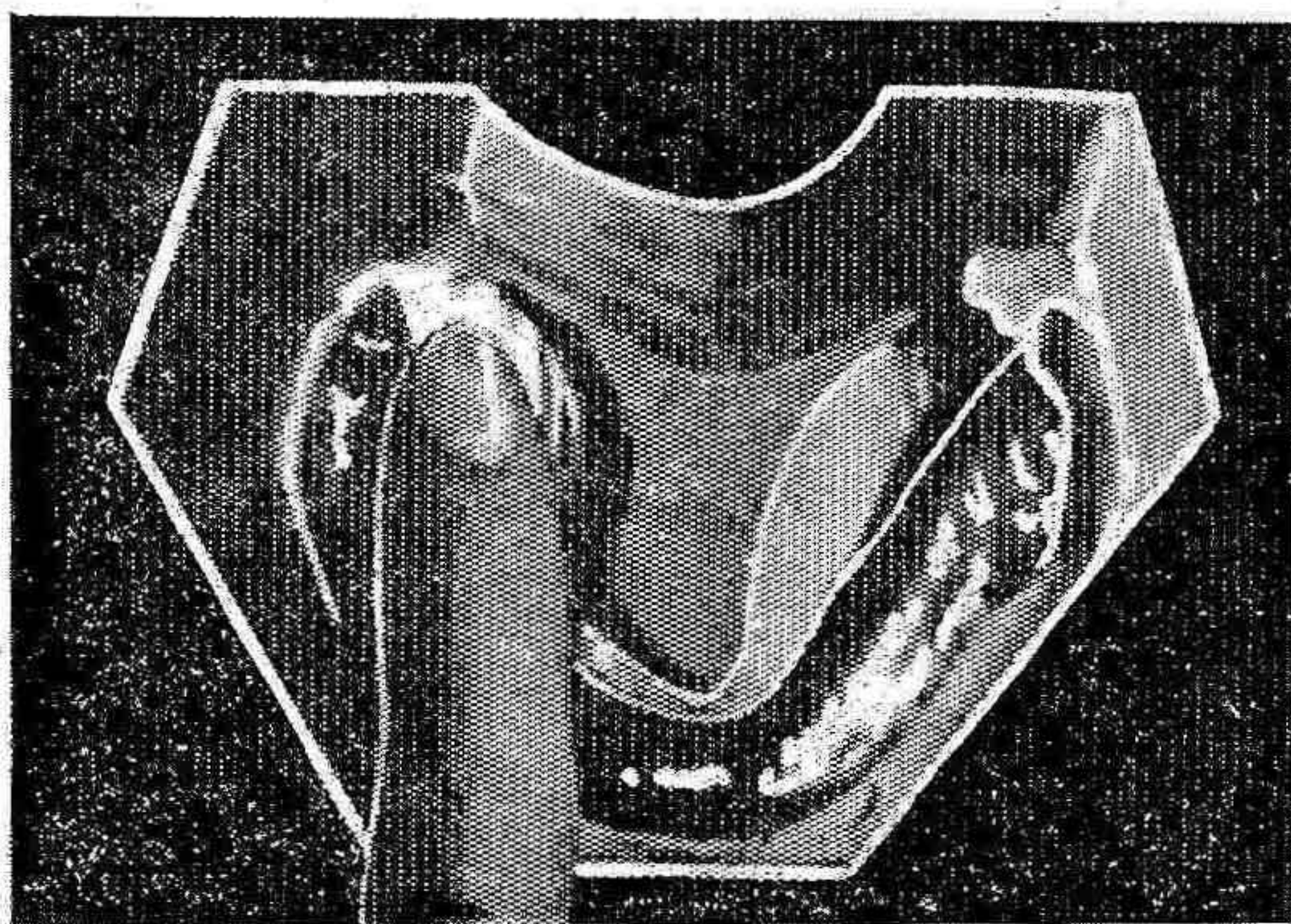


Fig. 2.—Fish recorta las aletas laterales de sus cubetas individuales

Con este comentario, no pretendemos, ni mucho menos, condenar tal pretensión, sino afirmarnos en la necesidad de seleccionar la técnica de impresión. Si remitimos al lector a nuestra obra (1), no queremos sin embargo, dejar de señalar aquí que, así mientras hay métodos que exigen la prolongación de las cubetas (fig. 1), otros (FISH) las recortan expresamente (figura 2), aunque todos coincidan en la necesidad de ocupar aquel espacio retromolar para afianzar la sustentación de las placas completas inferiores.

Vestibularmente lo que más llama nuestra atención al examen de la cresta alveolar son lateralmente las inserciones del músculo bucinador (fig. 3, 9) cuya laxitud o tensión pueden

(1) "Imp. en Odont., Mat. y técnc. de imp.", Madrid, 1942.

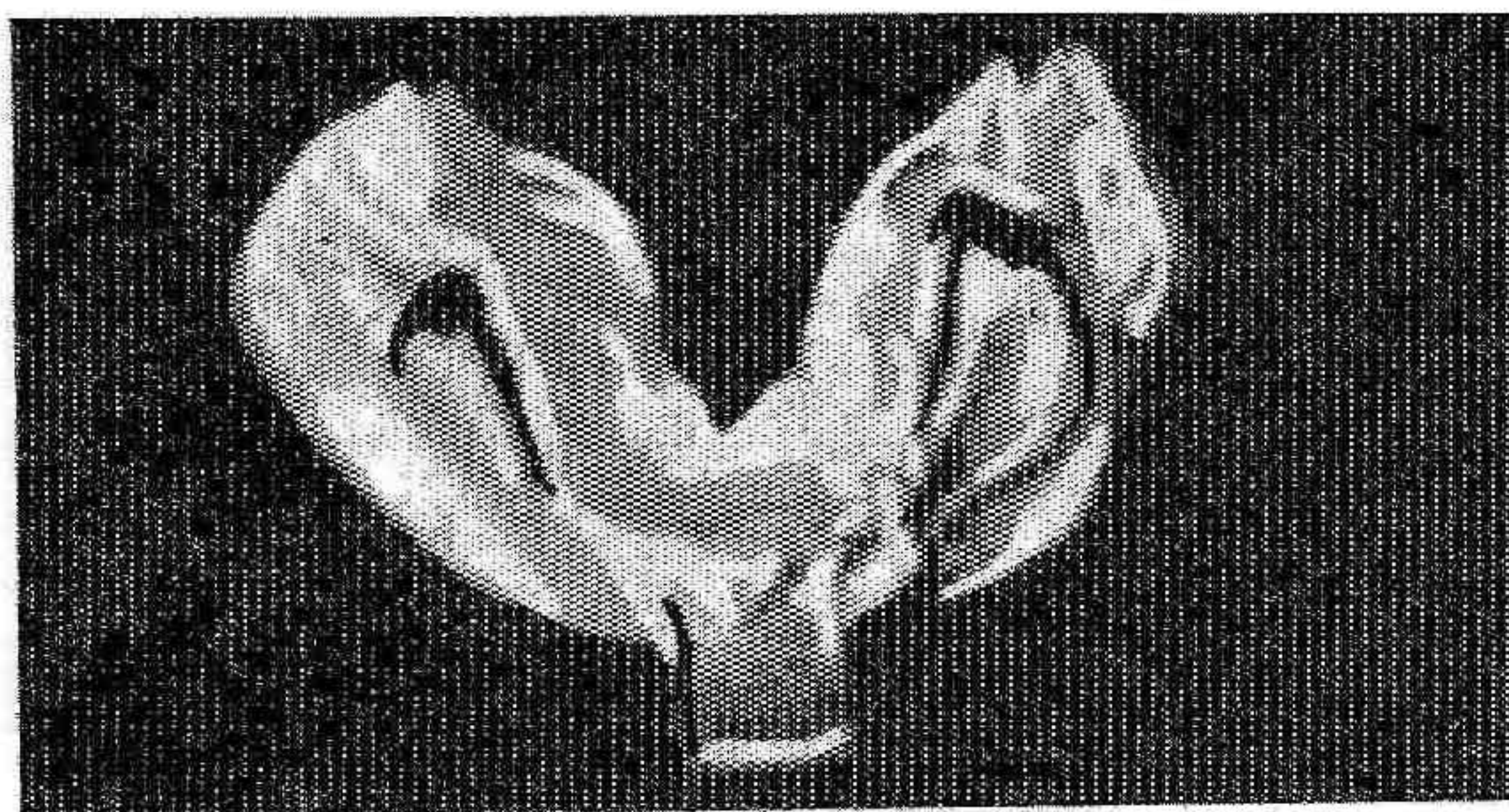


Fig. 2 Bis.—La técnica de Fish no elude, no obstante, el recorte de las paredes laterales, la impronta del fondo milohioideo, el cual lo consigue por la acción de ambos dedos índices del operador, cuyas huellas se aprecian en el grabado (*)

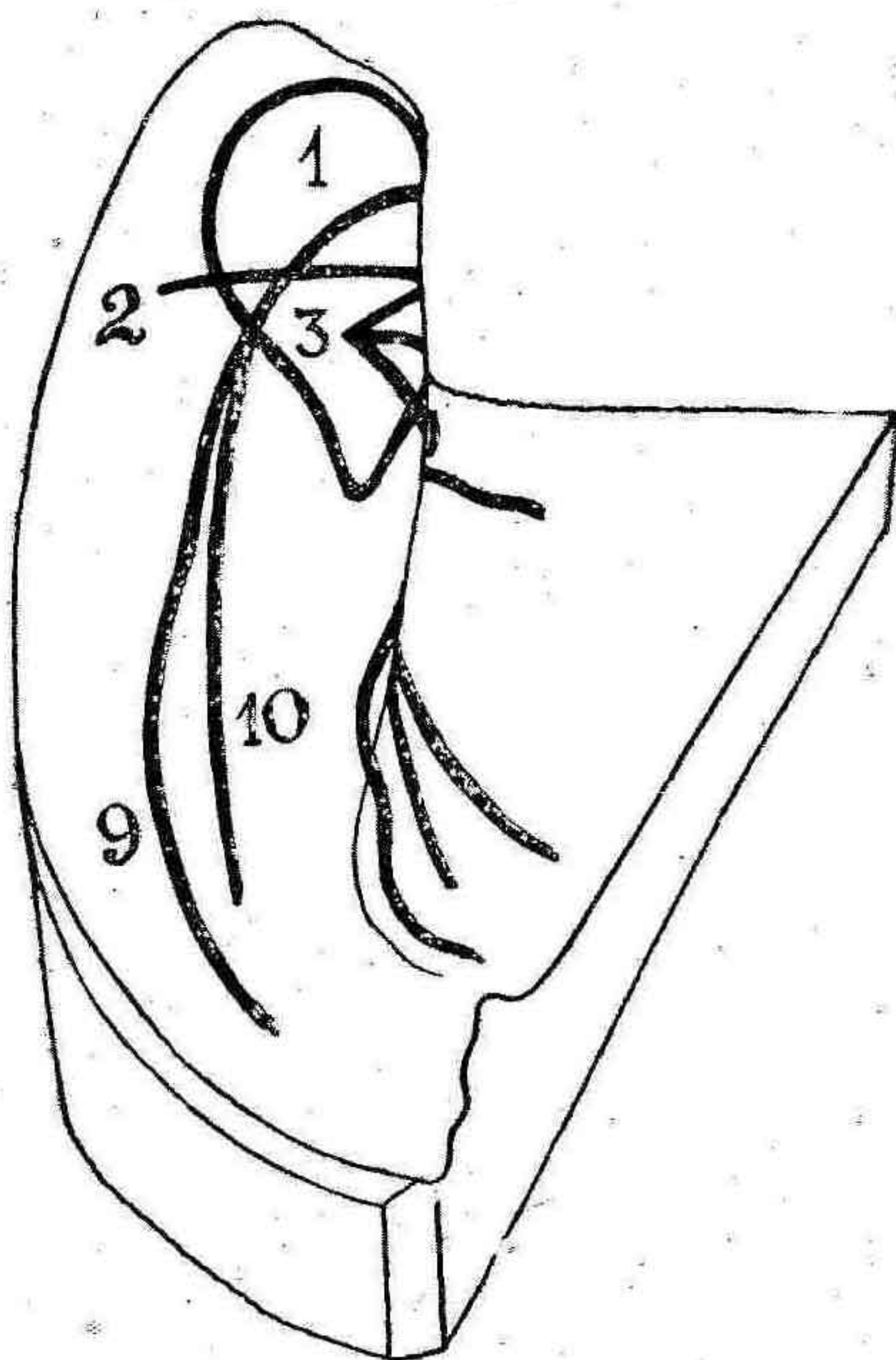


Fig. 3.—Límite inferior vestibular interpretada por Neil. (Campbell)

1. Triángulo retromolar.
2. Bisectriz de dicha aérea.
3. Punto situado tres mm. anterior.
9. Inserción aproximada del músculo bucinador.
10. Límite vestibular del área protética.

(*) "Imp. en Odont., Mat. y técnica de imp.". Madrid, 1942.

hacer variar la base protética del dispositivo. Uniendo ambas líneas límites procuraremos captar para el dispositivo la mayor área posible de la vertiente vestibular, salvando, si es preciso, el frenillo labial y escotándolo, por la misma imperiosa necesidad, a los dos lados de la línea media, para el triangular y cuadrado de la barba de forma que emplazado el dispositivo protético en la boca y en actitud el paciente de soplar, no se levante de tal posición.

FISH propugnó en 1936 ampliar en todo lo posible (fig. 4) la planta vestibular lateralmente a ambos lados. Esta amplitud

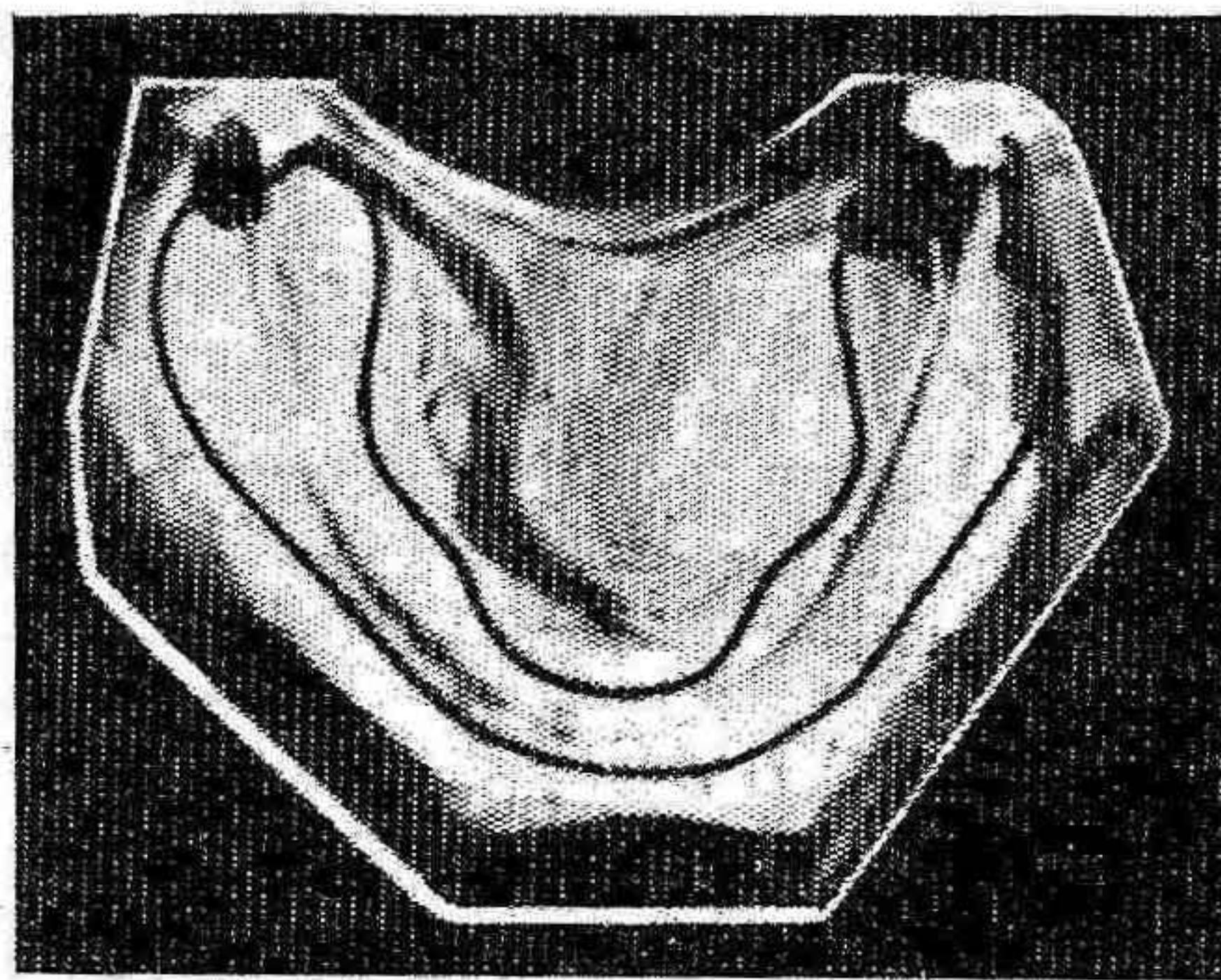


Fig. 4.—Límites protéticos de la placa inferior según Fish.

parece estar clínicamente en proporción inversa a la altura de la cresta alveolar. Es, pues, a juicio del citado autor un medio de sustentación en las crestas reabsorbidas exageradamente.

Lingualmente es mucho más interesante el estudio de los límites protéticos de las placas. En su estudio se aprecia a primera vista el fondo milohioideo que oblicuamente de atrás adelante y de arriba a abajo ocupa toda la porción de la mandíbula dentada. Más distalmente contamos con el músculo constrictor de la faringe y con el pterigoideo. “Entre estos dos puntos—dice BOWEN—tenemos un área cubierta de una membrana mucosa que tolera la presencia de una extensión de la placa” (fig. 5, 7). Es prudente recalcar que el dispositivo no deberá abarcar la lí-

nea oblicua, circunstancia que se haría posible, o al menos nos pondría en duda, en las reabsorciones o atrofas pronunciadas de la mandíbula. Por lo demás, a la expansión protética de la placa en el fondo milohioideo distalmente, procede—yendo hacia la línea media—generalmente escotar la placa para dar libertad

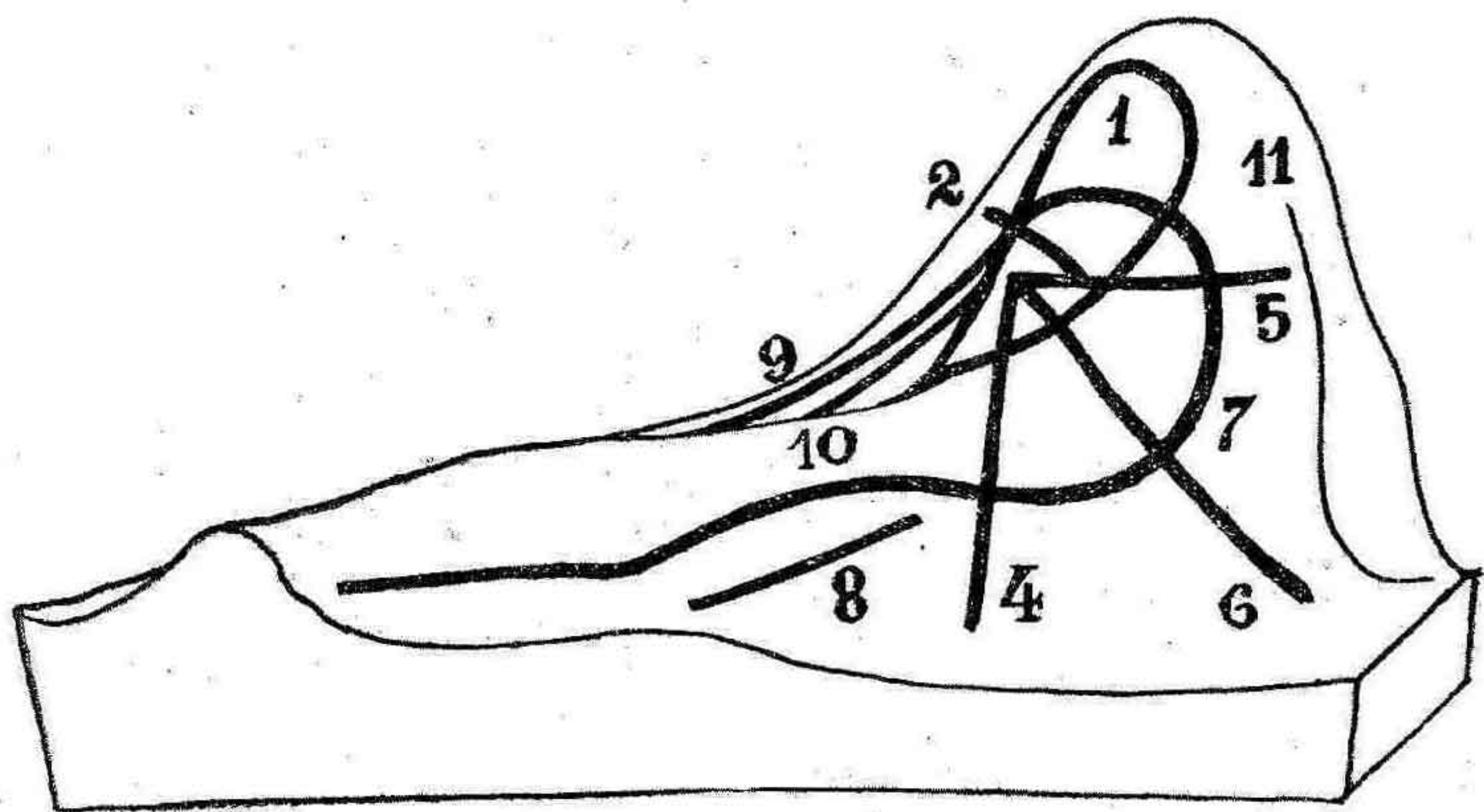


Fig. 5. — Proyección inferior lingual interpretada por Neil. (Campbell)

4. Línea perpendicular a la superficie oclusal, pasando por el punto 3.
5. Línea paralela a la superficie oclusal desde el punto 3.
6. Bisectriz de las líneas anteriores.
7. Curva que pasa por el fondo de las líneas 4, 5 y 6, manteniendo el modelo perpendicularmente.
8. Posición aproximada de las inserciones del músculo milohioideo.
11. Inserción aproximada del ligamento pterigomandibular.

a las fibras distales del músculo milohioideo; cuidaremos luego de las glándulas sublinguales, no interfiriéndolas, para dejar asimismo libre el frenillo lingual e inserciones del genihidideo y geniogloso.

Si anatómicamente nadie duda o desconoce los límites de las placas protéticas, coincidiendo en un todo, en la clínica protodónica es donde los profesionales pueden advertir la amplia diversidad, no de criterios—repetimos—, sino de resultados. Es-

tos resultados dependen, pues, no del caso particular (que ello sería obvio señalar), pero sí de la técnica de obtención de la impronta y también quizás del modo en que pretendemos conseguir la habituación del paciente al dispositivo restaurador. Técnicas de impresión que ván desde la conquista de aquel

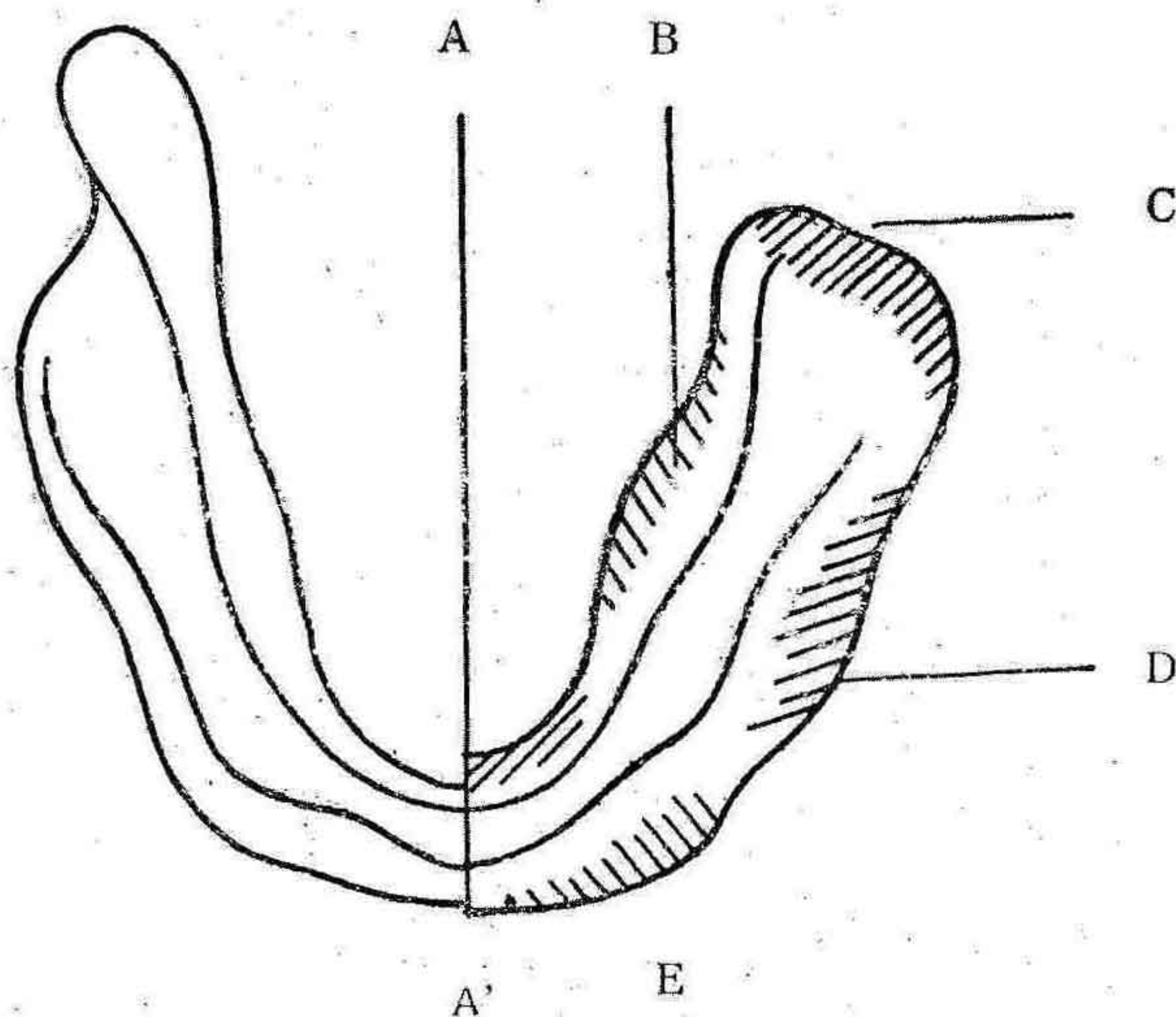


Fig. 6.—Representación de las posibles diferencias de los límites protéticos de las placas inferiores

Errores en el lado izquierdo:

- A A' Línea de separación gráfica.
- B Exagerada invasión de la zona milohioidea.
- C No ha sido captada la tonsila retromolar.
- D Ocupa la zona del bucinador.
- E Los cuadrillos de los labios no han sido liberados.

El lado derecho representa la impronta correctamente conseguida. (Obsérvese su mayor área aérea retromolar) (*)

fondo milohioideo merced a rígidas paredes como a su absoluta privación (FISH, fig. 2), o a su sustitución por extensiones articuladas, como en la cubeta de BOWEN.

Resumiendo los detalles topográficos mas importantes que han de delimitar las placas inferiores nos interesa subrayar a) la trascendencia del tubérculo o tonsila retromolar (fig. 6)

(*) De "Imp. en Odon., Mat. y técn. de imp.". Madrid, 1942.

cuya captación por la placa evita el desplazamiento, b) la prolongación retromilohioidea cuya obtención resulta indispensable en proporción inversa al pronunciamiento del proceso alveolar, c) por el contrario, la liberación de las inserciones del milohioideo, sobre todo distalmente, d) asimismo la de los frenillos lingual y labiales y e) por fin, la mayor conquista posible, en la región vestibular, a expensas (!) de los músculos bucinador y masetero. Esta conquista está limitada osteológicamente por la línea oblicua externa y técnicamente por el método de impresión, sobre el que podemos basar el éxito de nuestro trabajo restaurador.

Factores endocrinos en la homosexualidad.—(Estudio del tratamiento de 4 casos con adrógenos.) Divide la homosexualidad en dos grupos: innata y adquirida. La primera, como consecuencia de un desarrollo anormal, y en la que influyen de un modo primordial la alteración endocrina, y la segunda, o adquirida más en relación con circunstancias ambientales, que pueden en parte seguir las bases teóricas enjuiciadas por Freud. En esta comunicación, el autor, director de la guardería infantil del "Jewish Hospital", de Ohio, comunica 4 historias clínicas de un gran interés, y en las que se hace patente los efectos producidos con la terapéutica endocrina en 4 muchachos de quince, trece, veintidós y trece años respectivamente, que por sus fechorías estaban vigilados en esta guardería, y en los que por descubrirse una insuficiencia hormonal anérgica, con estigmas de disminución de los caracteres sexuales secundarios y manierismos feminoides e incluso en uno de ellos habiendo realizado prácticas homosexuales, se consiguió un brillantísimo resultado al administrarles propionato de testosterona. En el primero, a la dosis de 25 mg. por inyección intramuscular tres veces por semana y en un período de seis meses. En los otros tres casos la terapéutica fué similar, y los efectos, como decimos, muy manifiestos, ya que se logró la normalización de sus caracteres sexuales secundarios y la normalización de la vida social y sexual. *A. S. Of. Md. Sc. per R. C. Esp. XX. 4.*