

Spalatkowitch: "Nuevo procedimiento de anestesia del nervio dentario inferior. Empleo de la vía subángulo maxilar".—"La Odontología". Noviembre 1924.

Steadman (F. St. J.): "Anestesia local en Odontología".—1929.

Szabó: "Tratado de Odontología práctica".—1932.

Tandler (Julius): "Tratado de Anatomía sistemática".—1933.

Testut (Jacob): "Traité d'Anatomie Topographique".—1921.

Testut, Latarjet: "Anatomía descriptiva humana".—Octava edición.

Tillaux (P.): "Traité d'Anatomie Topographique appliqué a la Chirurgie".—1900.

Vallejo Nájera: "Revisión crítica de la Patogenia, diagnóstico y tratamiento de la neuralgia del trigémino".—"Semana Médica Española", números 58, 59, 60. Fechas, 20, 27, 4 de abril y mayo de 1940.

Velpeau (A.), Baraud (B. J.): "Manual de Anatomía quirúrgica general y topográfica". 1872. Tomo I.

Villar Pérez (Francisco): "Anales de Odontoestomatología", número 2. Tomo I.

Villemin: "Anatomía Topográfica".

Vleminec (E): "Complicaciones inmediatas y mediatas de las extracciones dentarias".—"Rev. Belge d'Stomatologie". 1939.

Wertheimer (P.) et Servelle (M.): "El tratamiento de las fracturas por las infiltraciones anestésicas".—"Revue d'Orthopedie". Tomo 26, número 2.—Marzo de 1939.—París.



LIMITES PROTETICOS DE LAS PLACAS PALATINAS

por el

Dr. Miguel Sáenz de Pipaón

A los subscriptores jóvenes

DESPUES de iniciados los estudios de Prostodoncia viene a plantearse al nuevo profesional, poco experimentado todavía, la interrogante de cuál debe ser el límite de las placas protéticas palatinas.

A la sugerencia esta, que el repaso de los textos no termina de aclarar al lector, todavía novel para escuadrñar en ellos, hemos de unir el agobio que en los buenos deseos del profesional joven, representa la propaganda de aquellos otros profesionales que aseguran a sus desdentados superiores dispositivos "sin paladar".

Es evidente que el área de la placa palatina está en re-

lación con la estabilización del dispositivo protético, pero, sin incurrir en ingenua conclusión de que aquella estará en relación también con las proporciones de la cavidad oral y del individuo. debemos señalar la conveniencia de que sea

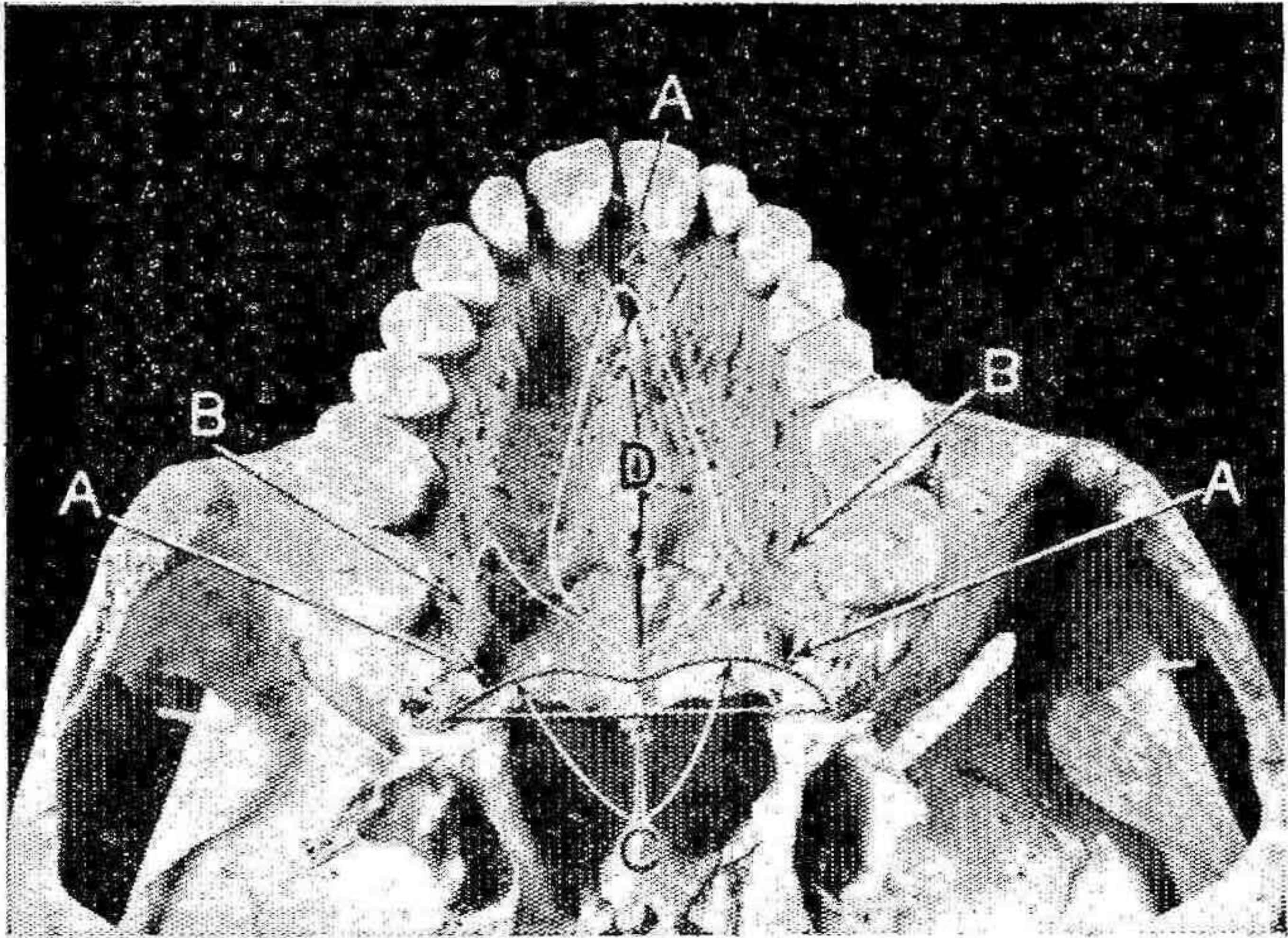


Fig. 1.—Límites de las placas palatinas, según la obra de Clapp y Tench.

mayor en proporción con las superficie de trabajo u oclusales.

Es esto hoy por hoy, un axioma completamente opuesto a las "dentaduras sin paladar". No queremos ahora plantear la cuestión del fisiologismo o no de estas placas o paladares, pues, aparte de que la clínica nos presta sólidos argumentos para aceptar las placas, aun extensas, la mecánica nos exige también las mayores proporciones posibles.

Anatomotopográficamente los límites de las placas son bien conocidos, (fig. 1).

Posteriormente hemos de salvar los forámenes palatinos de toda presión. Lo contrario supondría, en conjunción con otras circunstancias, una isquemia de la mucosa, por aquellos vasos irrigada que determinaría toda la gama de inconvenientes consecuentes.

Su localización clínica puede hacerse con un instrumento especial (fig. 2), de forma esférica. Es también aconsejable en este momento marcar con un lápiz indeleble

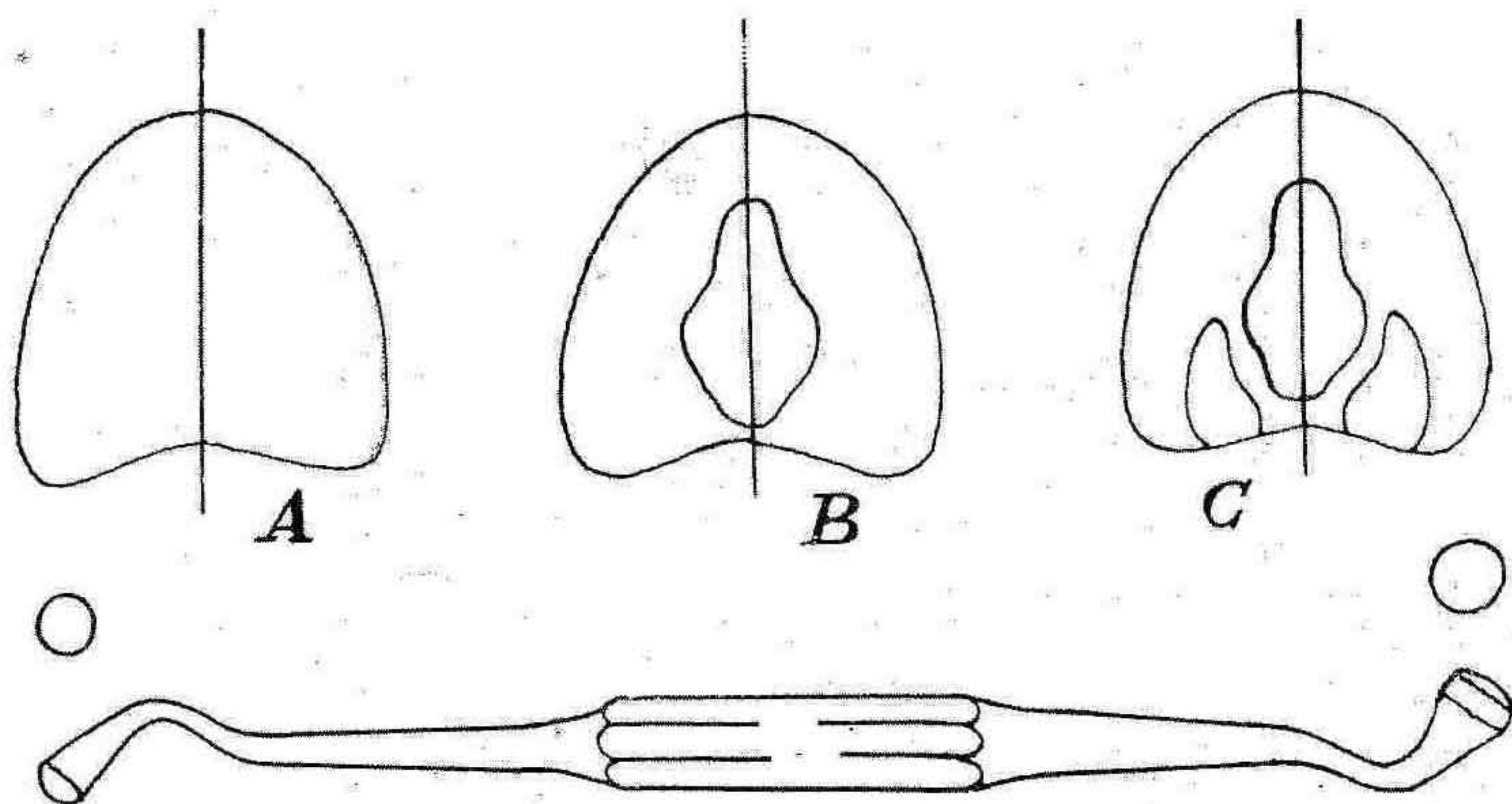


Fig. 2.—Instrumento para apreciar la contextura del revestimiento mucoso y tres diagramas de su diferente compresibilidad (Cummer).

(anilina) (fig. 3) estos límites que la palpación va determinando.

Es posible que en algunas ocasiones nos encontremos con que coincidiendo con estos límites aparecen a nuestra sensibilidad táctil “espinas” o relieves óseos (exóstosis) cubiertos por fina capa mucosa. En tales ocasiones hemos de aconsejar incluir estas zonas dentro del área de la placa palatina, lo contrario supondría dejar abierta la puerta que impediría el enrarecimiento del aire en la zona cubierta; o reducir la placa peligrosamente, y en consecuencia, en ambos casos, exponer la estabilidad del dispositivo.

De no tomar medida alguna haciendo coincidir los límites de las placas con estas zonas, la continua irritación allí producida puede llevar la injuria a desagradables situaciones.

Otro de los puntos que hemos de considerar es el foramen palatino anterior. Las medidas previas no consisten, como en el caso precedente en escotarlo, sino que habremos de rebajar el dispositivo superficialmente en la

zona correspondiente, cuya localización en el enfermo se establece con el mismo instrumento o por deducción, muchas veces, de la papila que topográficamente le corresponde.

Para aquellos profesionales que todavía marcan las cámaras de succión por delegación en sus obreros de labo-

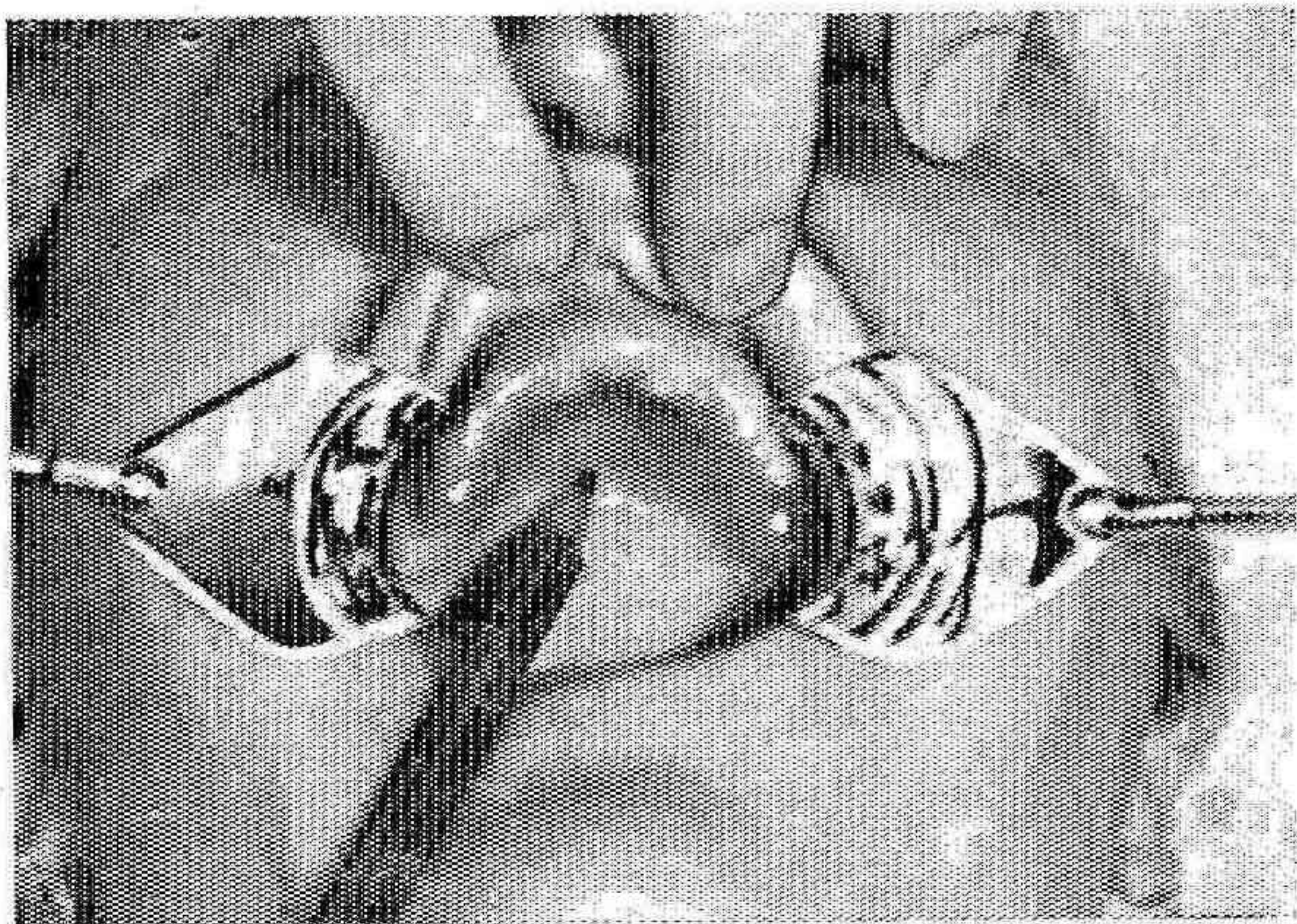


Fig. 3.—Los límites que la palpación nos va descubriendo debemos ir señalándolos con lápiz de anilina y precediendo a la obtención de la impronta en caso de emplear la escayola, por ejemplo, o marcarlos directamente sobre ella, caso de utilizar las composiciones termoplásticas.

ratorio, o lo hacen con figuras geométricas, ha de extrañar que hablando de límites de las placas palatinas hagamos referencia a estas cámaras de enrarecimiento del aire. Y es que realmente son éstos, límites de la placa, confín del área de sustentación, que hemos de trazar según las observaciones táctiles del propio operador. Es decir, observaciones que, en este momento, se refieren a la relación de la sutura intermaxilar y el revestimiento que la cubre.

El área, propiamente palatina, que la placa ha de cubrir, tiene, pues, sus límites anatómicos, más las exigencias mecánicas nos obligan—más en los casos de procesos alveolares poco prominentes, paladares planos—a usurpar la mayor parte posible de terreno, extendiéndose posterior-

mente hasta límites muchas veces insospechados. Es cierto que esta necesaria—necesaria en aquellas ocasiones—exage-

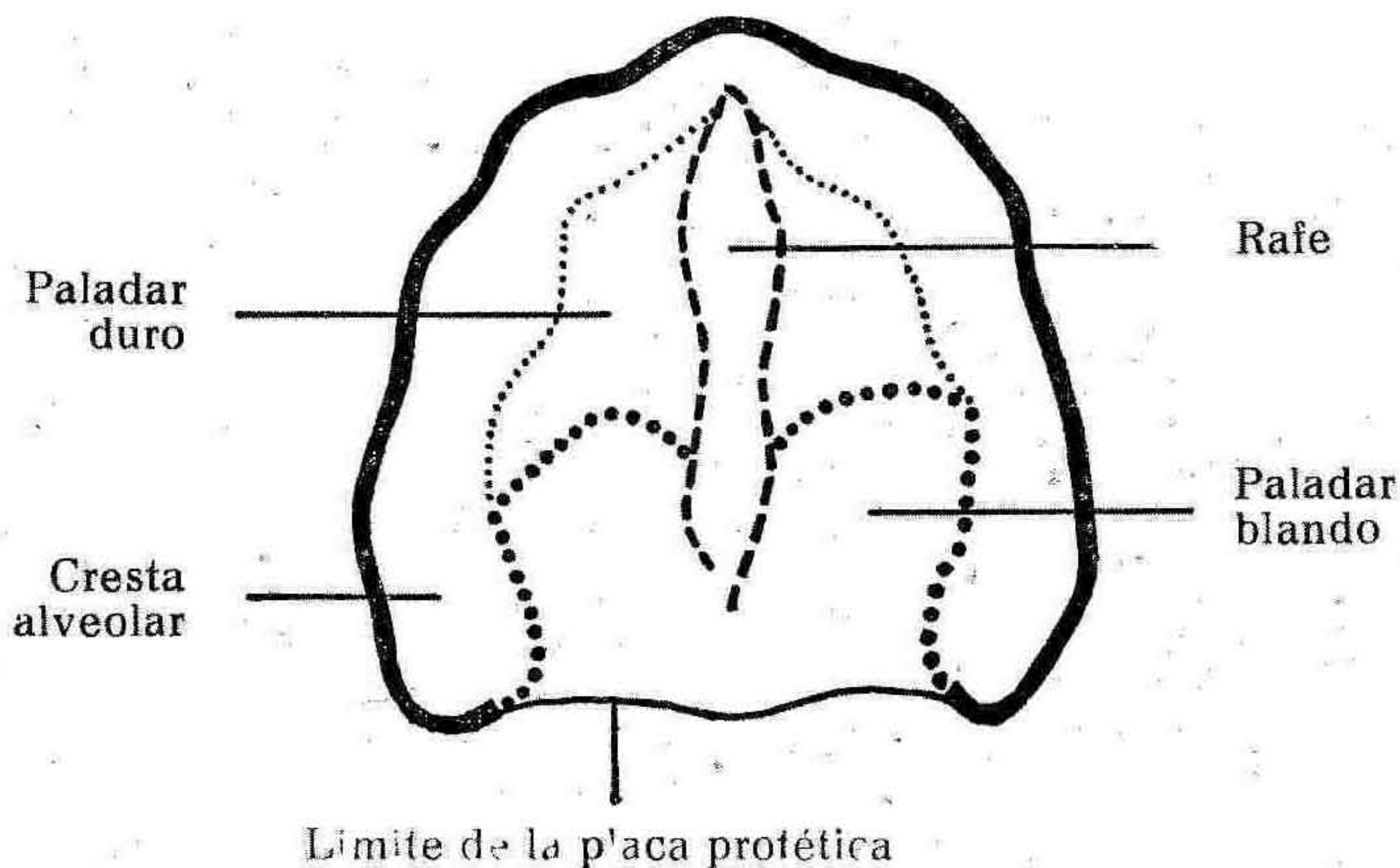


Fig. 4.—*Diferentes zonas de la bóveda palatina.*—Cuando la cresta alveolar sea prominente, será suficiente que la placa cubra el paladar duro. En caso contrario, convendrá extenderse lo más ampliamente posible y en relación inversa a dicha prominencia. En los casos de sutura intermaxilar exuberante, la cámara de aire debe conformarse a su topografía.

ración produce cierta incomodidad, pero es más bien temporal debiendo persistir en nuestro criterio pese a las pri-

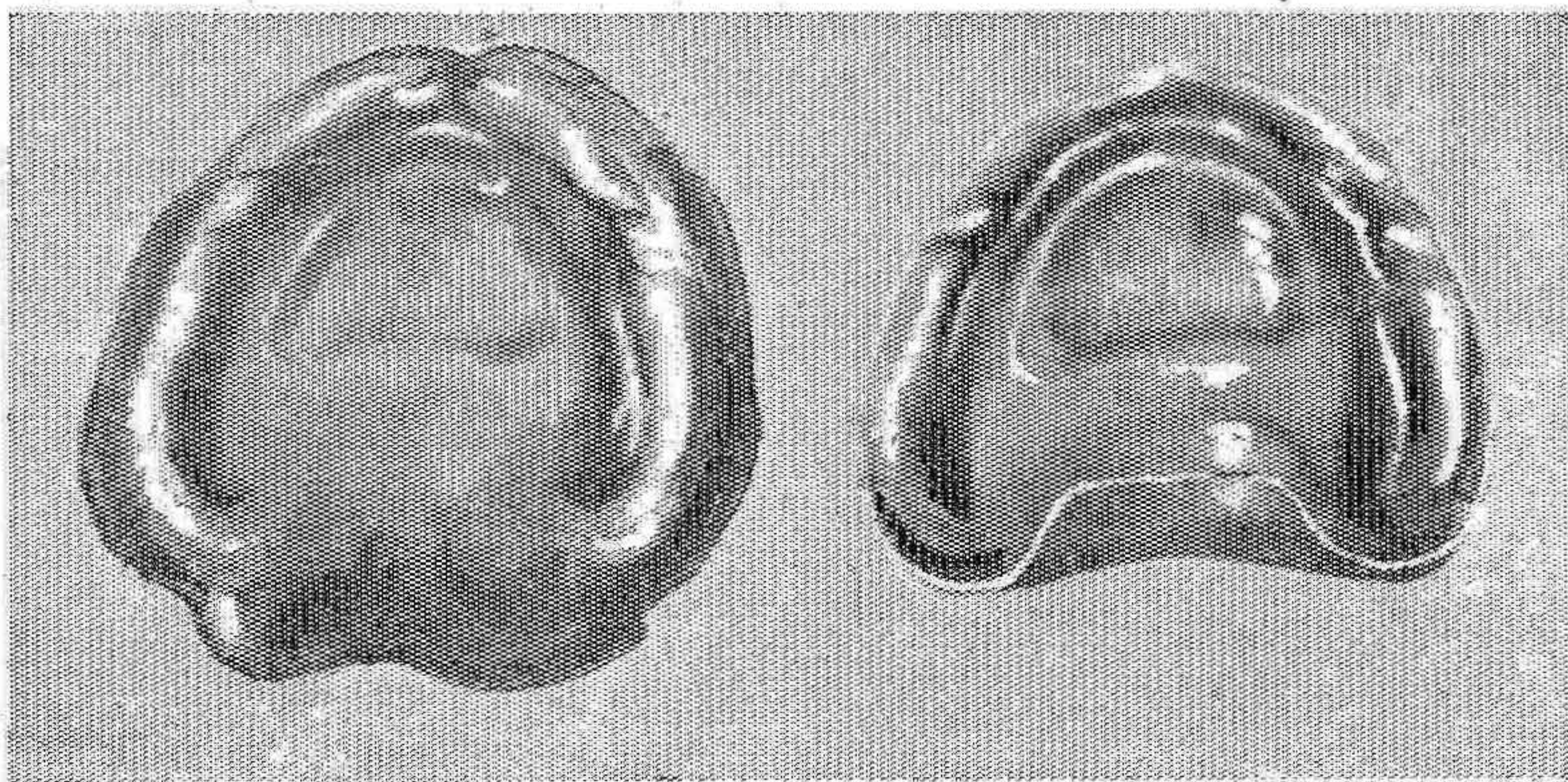


Fig. 5.—A la izquierda podemos apreciar los límites obtenidos en una impronta y a la derecha, ya recortada la pasta, quedan únicamente los límites utilizables, indicando la línea blanca la situación en que se va a establecer el "sellado", es decir, los límites del futuro dispositivo protético.

meras manifestaciones de los enfermos. Por otro lado extendiendo el límite posterior al paladar blando, el "sellado"

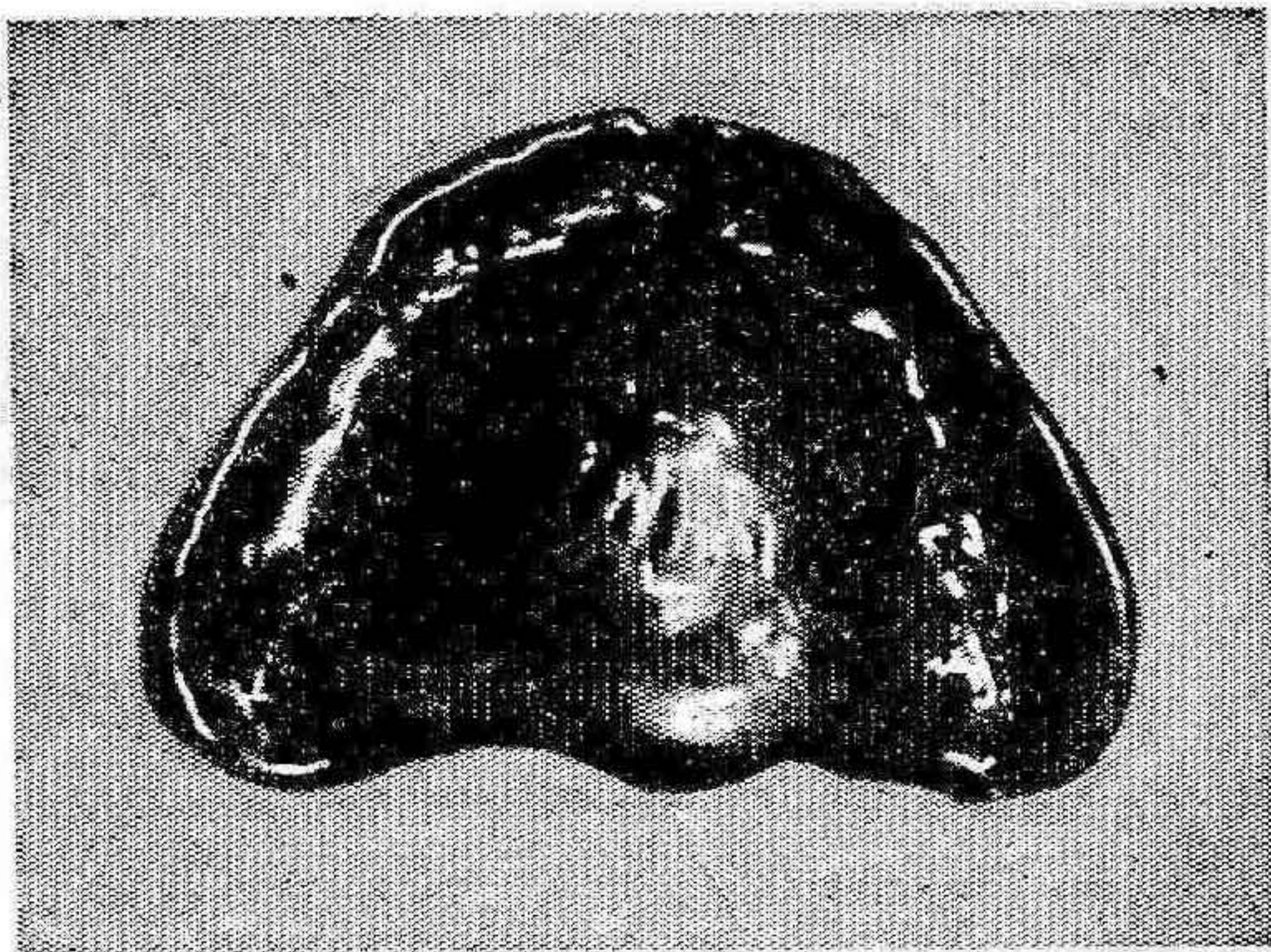


Fig. 6.—*Impresión por masticación a los diez minutos de haber comenzado la función masticatoria (Spreng).*—Es indudable que los límites del dispositivo protético podemos hacerlos coincidir con los de este tipo de improntas.

del bordo es más factible (fig. 7), impidiendo la libre comunicación del aire y asegurando entonces la sujeción del dispositivo.

Como contraposición, en casos favorables, estos límites pueden reducirse ampliamente muy hacia adelante, con respecto al plano de IZARD o de DREYFUS, por ejemplo, muy por dentro del paladar duro, casos de amplias protuberancias condilares, con exuberantes crestas alveolares además. Con tal topografía tenemos tan asegurada la sustentación de la placa que las cámaras de succión se hacen innecesarias, máxime correspondiendo a estas arcadas un tejido mucoso más bien esponjoso, que en poco tiempo las anulan.

No dejan de ser menos interesantes los límites vestibulares de las placas superiores.

Se ha divulgado sin consideraciones previas, sobre la necesidad de obtener las improntas dinámicamente y en consecuencia se dieron los más mínimos detalles para el registro cinético de las inserciones musculares, más siendo ello obstáculo a la extensión vestibular de la placa, ha-

bremos de ser en ocasiones (paladares planos) muy avaros de este espacio. Esta extensión dependerá, a nuestro entender, de dos otros factores: (a) de la potencia de aquellas fibras musculares, y (b) del método con que se implante el dispositivo protético.

Respecto al primer punto (a), es indudable que a las débiles fibras musculares (o sus inserciones) podemos captar dentro del área de la placa en mayor extensión que si se trata de otras más potentes, o hacerlo con menos inconvenientes; y en segundo lugar (b) que una instauración pau-

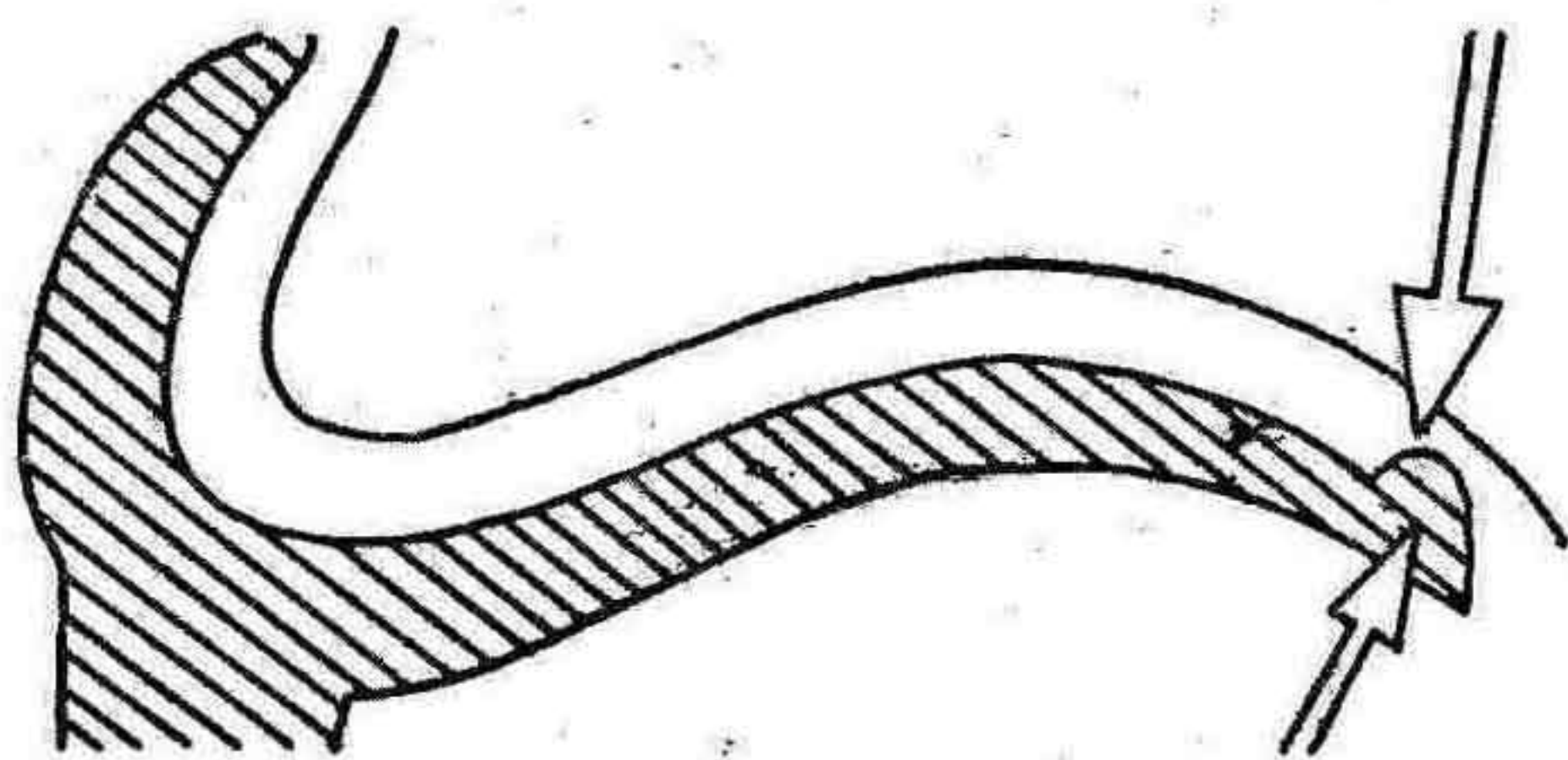


Fig. 7.—“Sellado” de una placa palatina.

latina del dispositivo (soportándolo por horas y en días) corresponderá a la postre una planta mayor y menores molestias, ya que no nos obligará a amplios recortes.

Hasta tal extremo es esto cierto que puede ser aconsejable obtener este “óptimum” en plazo largo y con dos o varios dispositivos renovados o reformados en aquel tiempo.

Todo ello supondrá un sellado o adaptación del borde vestibular en todo su perímetro, base ésta principalísima para la consecución de una perfecta adherencia.

Hay casos, sin embargo, en los que las exigencias estéticas, por la conformación bucal, nos inducen a suprimir la pared vestibular frontal con detrimento del deseado enrarecimiento que nos fija la placa, sobre todo si el revestimiento mucoso es compacto. Es en estos casos en los que nos interesa que las paredes vestibulares que restan soporten toda la fuerza transversal, por otro lado la más peligrosa de cuantas actúan sobre la placa para desplazarla.

Señalemos para concluir que los límites de una placa

deben ser todo lo amplio que la anatomía permita, y que nuestra transigencia, al disminuir su extensión por un lado, ha de compensarse en otro u otros, si es que queremos ver provechoso nuestro esfuerzo.

Si fuera posible mantener en posición funcional una placa reducido a una banda que circunscribiera interior-

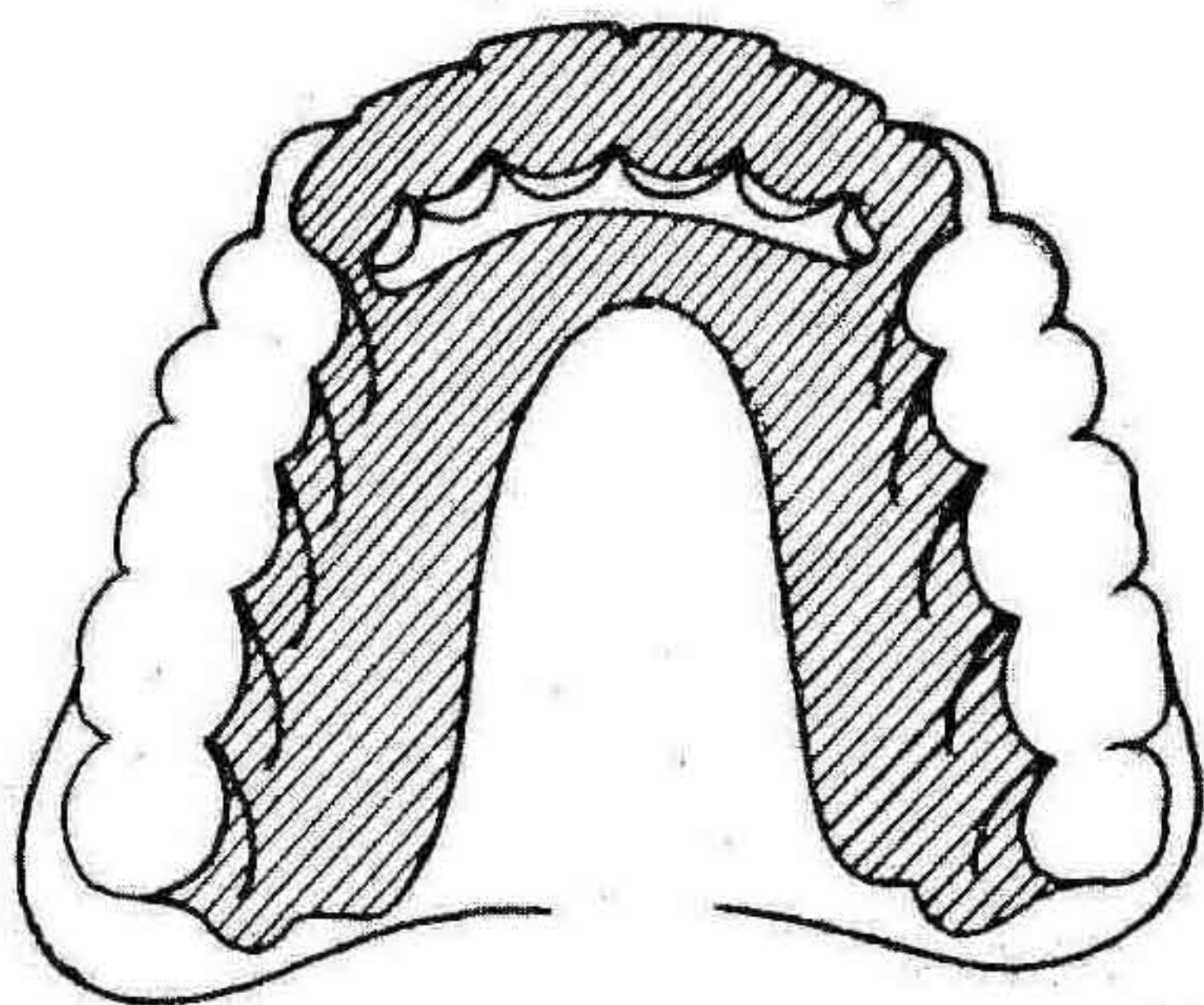


Fig. 8.—La misma confortabilidad mínima que el portador de un dispositivo protético completo puede exigir, nos impide, por ser mucho más molesto, hacer coincidir su periferia con la posición de reposo de la lengua.

mente la arcada (fig. 8), no sería aceptable tampoco desde el punto de vista de la comodidad teniendo en cuenta que la lengua en posición de reposo, se habría de apoyar en aquella solución de continuidad, lo que sería mucho más molesto. Tampoco la longitud exagerada de la placa estorba en la deglución siempre que, como es natural, no se abarque mucho más allá de la línea en que el paladar blando se mueve al pronunciar el sonido: ¡Ah!

Respecto a la pérdida del sentido del gusto que aprecian los portadores de placas palatinas y que atribuyen únicamente a su exagerada proyección, nada más fácil de rebatir. También el tiempo se encarga de darnos la razón en estos casos, al recuperar el paciente el sentido "perdido". En los casos más rebeldes, el cambio de material de la placa resuelve el citado inconveniente, sin necesidad de reducir su proyección.