

LOS CONTORNOS PROTETICOS EN LAS DENTADURAS COMPLETAS (*)

por el

PROF. GUILLERMO OTERO GAYNER

de Prótesis Completas, Lima

“La periferia de una prótesis completa, cuando ha sido correctamente delimitada, proporciona al aparato una magnífica retención y resistencia al desplazamiento vertical u horizontal”. Esta verdad tiene su comprobación clínica ya establecida

Conocer la “extensión de soporte” de una prótesis completa equivale a conocer sus lindes periféricos, y cuando éstos se logran, se puede confiar en el éxito del aparato terminado. La extensión del soporte protético está supeditada al conocimiento que cada operador tiene del terreno desdentado, asiento de la prótesis.

Por otro lado, aparte de la correcta delimitación de los contornos periféricos, que representa la acción de la presión atmosférica como medio de retención incorporado a la prótesis, debemos considerar el otro factor básico retentivo, o sea la adhesión. Incorporamos la adhesión a los aparatos artificiales, utilizando materiales de impresión que registren fielmente por copia los detalles del terreno mucoso que recubre los maxilares desdentados, realizándose el íntimo contacto entre la superficie mucosa y la superficie de la dentadura que pone de manifiesto la fuerza de la adhesión.

Como vemos, es materia de dominio de un buen material de impresión, que colocado sobre una base (cubeta individual) registre por copia los tejidos en su posición de mínima compresión o desplazamiento (presión negativa). En cambio, la incorporación del otro factor, la presión atmosférica, no es posible si no hemos delimitado con entera precisión los bordes periféricos de la prótesis. Las diferencias en el diseño de las prótesis es siempre el resultado de la interpretación variable que se da a los conceptos fundamentales sobre la “extensión del soporte”, sea superior o inferior.

(*) Los grabados originales han sido sustituidos por otros de nuestro archivo.

Debemos, pues, insistir en el estudio anatómico de los músculos que van implicados en la toma de la impresión y, sobre todo, en la palpación del terreno desdentado.

INTERPRETACION DE LOS LINDES PERIFERICOS EN EL MAXILAR SUPERIOR

En el maxilar superior la profesión ha logrado unificar sus conceptos respecto al contorno general de la extensión de las prótesis completas. Esto se debe, afortunadamente, a que en el maxilar superior la zona útil está delimitada, de un modo general, por la terminación de los tejidos estacionarios y el principio de los tejidos móviles en todo su contorno, por la acción de los músculos vestibulares periféricos (frenillo labial, cigomático menor, orbicular de los labios, canino, frenillos laterales, buccinador).

En la zona periférica posterior no sucede lo mismo que en el vestíbulo bucal, es decir, que para determinar sus lindes debemos precisar su extensión en cada caso. Como sabemos, esta zona posterior es una faja de tejido que se extiende entre el fin del paladar duro y el comienzo del paladar francamente móvil

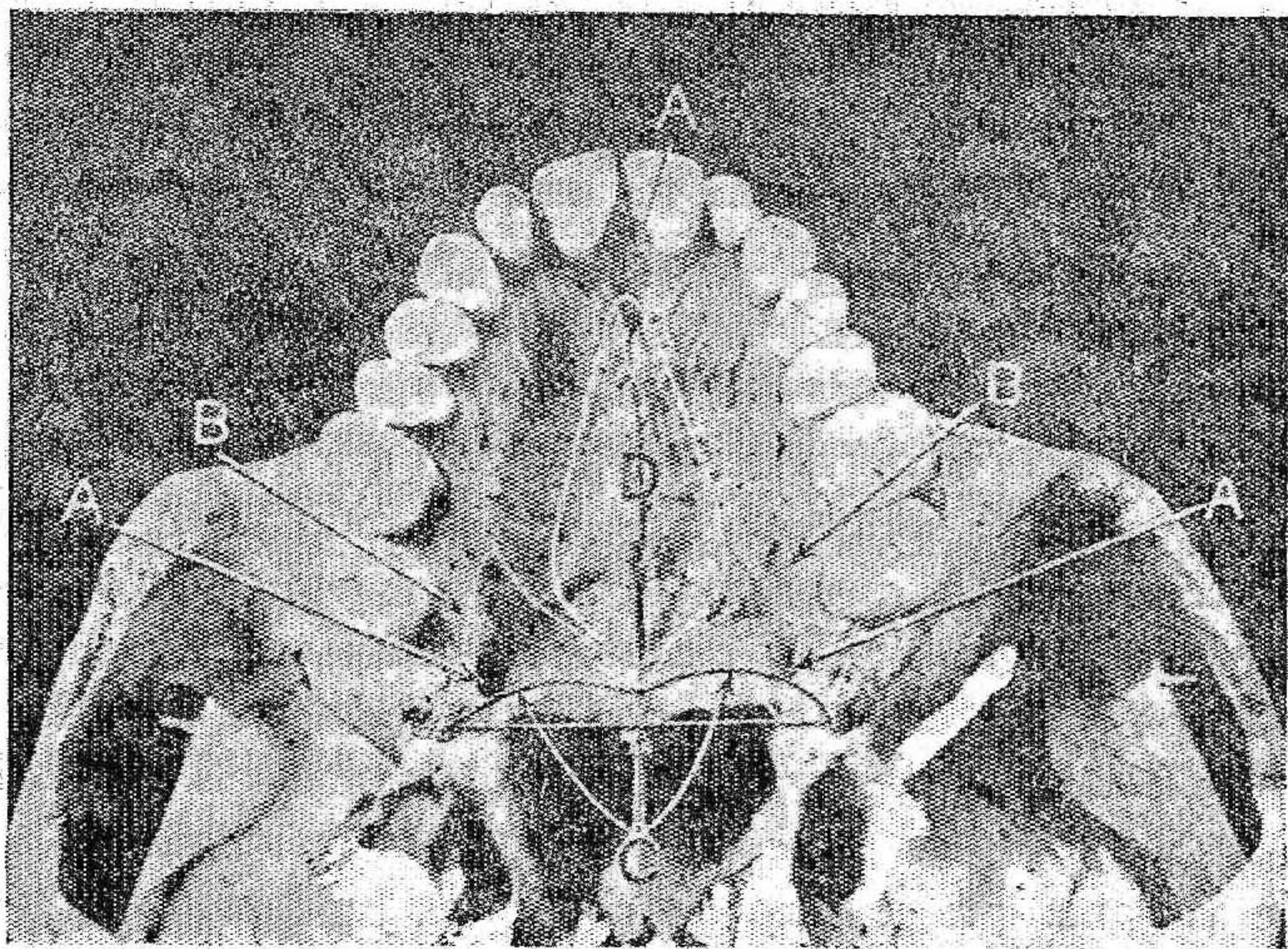


FIG. 1.—A) Foramen palatino posterior. B) Extensión tejidos blandos. C) Posible línea de extensión de la placa. D) Zona de torus.

Considero al *postdamming* (1) como la llave de la retención en las prótesis superiores y deseo hacer hincapié sobre algunas variantes que se presentan en la correcta determinación de esta zona. Conocemos que los puntos de referencia para el trozo normal del *postdamming* son las fóveas palatinas en la línea media y los surcos hamulares por detrás de cada tuberosidad (fig. 1); ellos nos dan una pauta en el trazo, pero no son siempre los puntos limitantes del borde posterior, sobre todo las fóveas palatinas. House clasifica a los pacientes de acuerdo a la morfología del paladar blando y su relación con la línea de vibración cuando el paciente dice ¡Ah! (fig. 2), y que está por lo menos cinco milímetros o más de tejido blando a partir

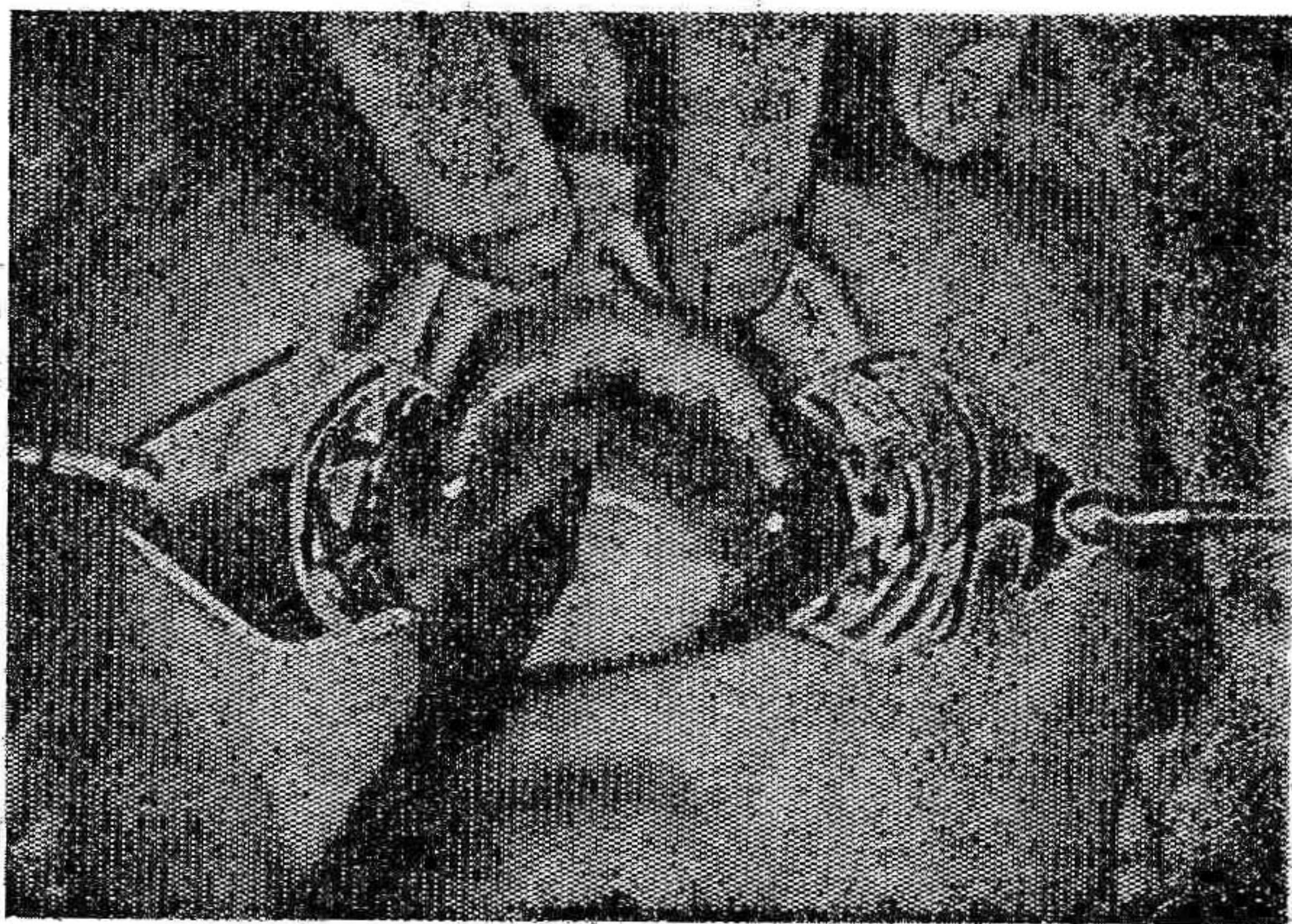
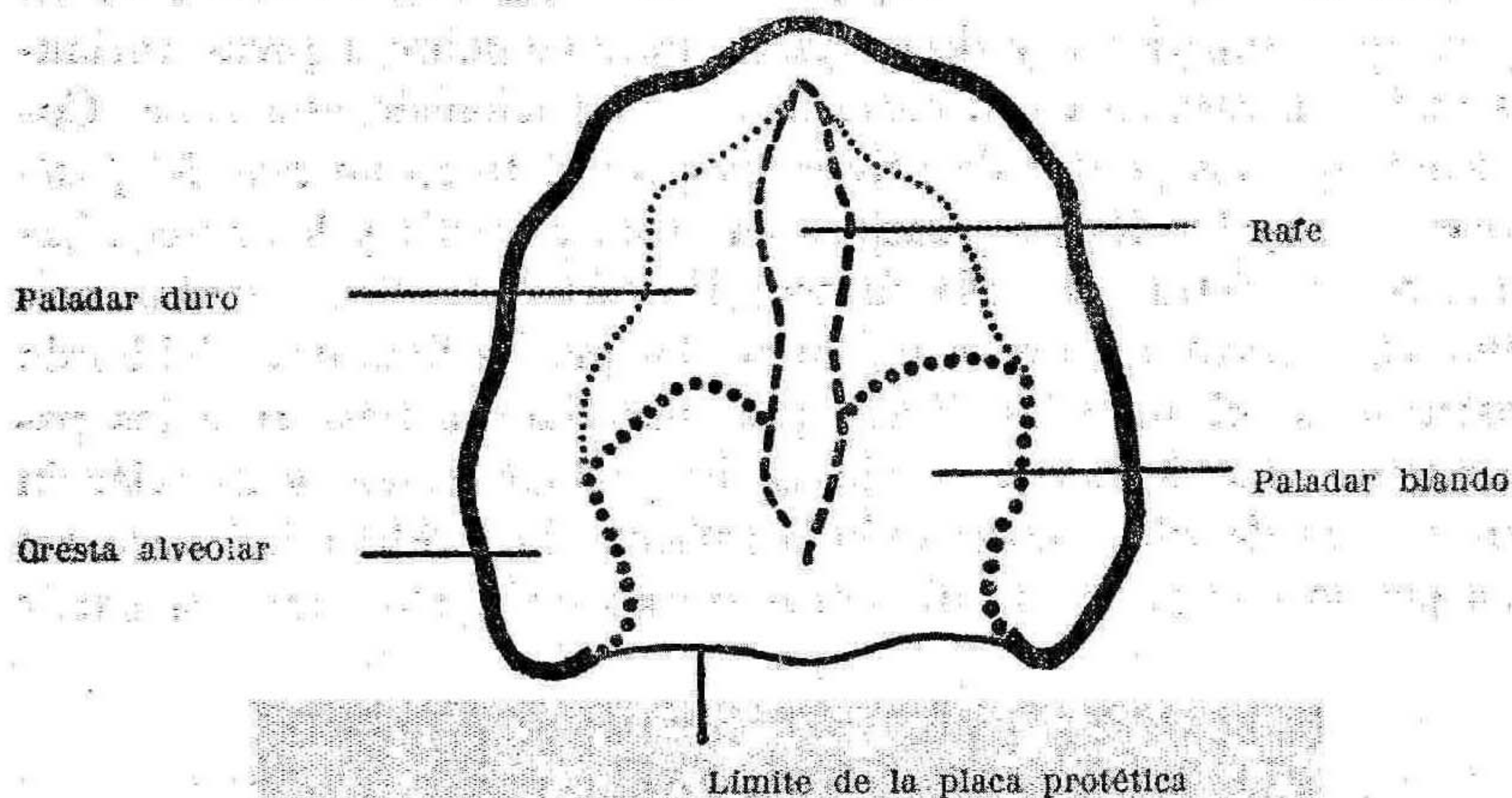


FIG. 2.—El lápiz indica el límite del paladar duro

de las fóveas, que no se moviliza cuando el paciente dice ¡Ah!; otros casos en que el espacio no móvil varía entre uno y cinco milímetros, y, por último, bocas en las que el paladar blando cae verticalmente desde la línea donde termina el paladar duro.

Los pacientes toleran en grado diferente la extensión de los bordes posteriores de la prótesis; y, sin embargo, una ligera extensión muchas veces nos soluciona la retención total, sobre todo en aquellos casos dificultosos de rebordes alveolares cónicos, expulsivos, con tuberosidades nulas, sin surco hamular y a las que sigue directamente la mucosa del velo para formar el pilar anterior.

(1) El sellado posterior de otros autores. (N. de la Red)



Otro aspecto como variante en la determinación de la zona posterior de cierre es la posible compresión de los tejidos que la forman. Necesitamos conocer su consistencia, su grado de resistencia, su tolerabilidad, para poder ejercer sobre ellos cierta compresión y obtener una retención mayor y más estable. El área del *postdawnming* debe examinarse, sea a la palpación o con un instrumento romo, recordando los tejidos submucosos de esta zona que Lytton Harris ha dividido en cinco partes (fig. 3). El área I corresponde a los surcos hamulares, el borde de la prótesis no debe extenderse mucho a este nivel, porque se puede comprimir el tensor del velo del paladar. El área III, frente a la espina nasal posterior, debe soportar menos presión. El área II es la más amplia, con mucosa espesa, que nos permite mayor compresión.

INTERPRETACION DE LOS LINDES PERIFERICOS EN EL MAXILAR INFERIOR

En la mandíbula, debido a sus grandes atrofas, los tejidos estacionarios pueden disminuir en tal forma que en algunos casos quedan limitados a una estrecha faja de 1 a 2 mm. de ancho. En estos casos, que son los comunes, los bordes de una prótesis inferior están directamente relacionados con tejidos móviles y, siguiendo a McMillan, debemos considerar que la anatomía que guía su delineado, no es la osteología, sino la miología.

La descripción de los lindes periféricos del soporte protético inferior vamos a realizarla dividiéndolo en tres zonas: a) zona vestibular; b) zona lingual, y c) zona posterior (fig. 3).

Zona vestibular.—Los lindes en esta zona se determinan consiguiendo el registro minucioso del recorte periférico muscular en la impresión funcional. Se obtiene siempre en los flancos vestibulares de nuestra prótesis la copia del pliegue muco-vestibular. Tener presentes las inserciones musculares que accionan esta zona (borla del mentón, cuadrado de la barba, triangular de los labios, buccinador).

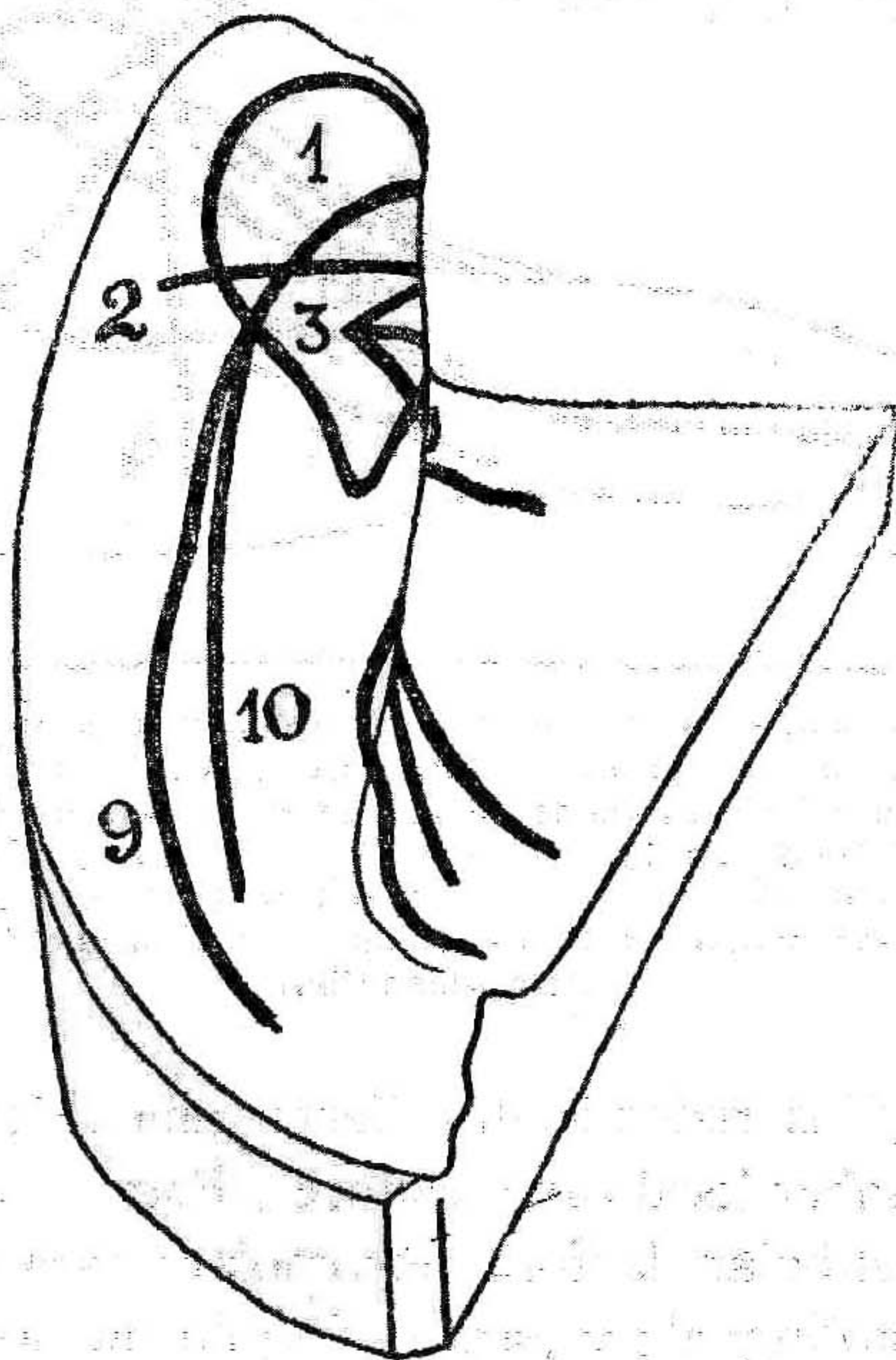


FIG. 3. (De Campbell.)—1) Triángulo retromolar. 2) Bisectriz de dicha área. 3) Punto a tres mm. del anterior. 9) Inserción aproximada del músculo buccinador. 10) Límite vestibular del área protética.

Zona lingual.—En la zona anterior lingual debemos considerar, con Fournet y Tuller, el perfecto registro funcional del músculo geniogloso, buscando un borde romo y redondeado que se adapte exactamente a toda la superficie. Esto, tratándose de un maxilar normal; pero si es muy reabsorbido, se puede aumentar favorablemente la retención, colocando un rodillo de godiva de segundo premolar a segundo premolar, el que, calentado, se tratará que se distribuya pare-

jamente y ocupe el espacio sublingual anterior, alizándose los bordes con la aplicación de calor y consiguiendo finalmente el registro de las diferentes posiciones del frenillo lingual (fig. 4).

Zona posterior.—Ubicada a cada extremo terminal de la prótesis, la estudiaremos enfocándola por sus tres ángulos redondeados que la limitan: a) ángulo interno o distolingual; b) ángulo externo o distovestibular, y c) ángulo medio o distal propiamente dicho. Cada

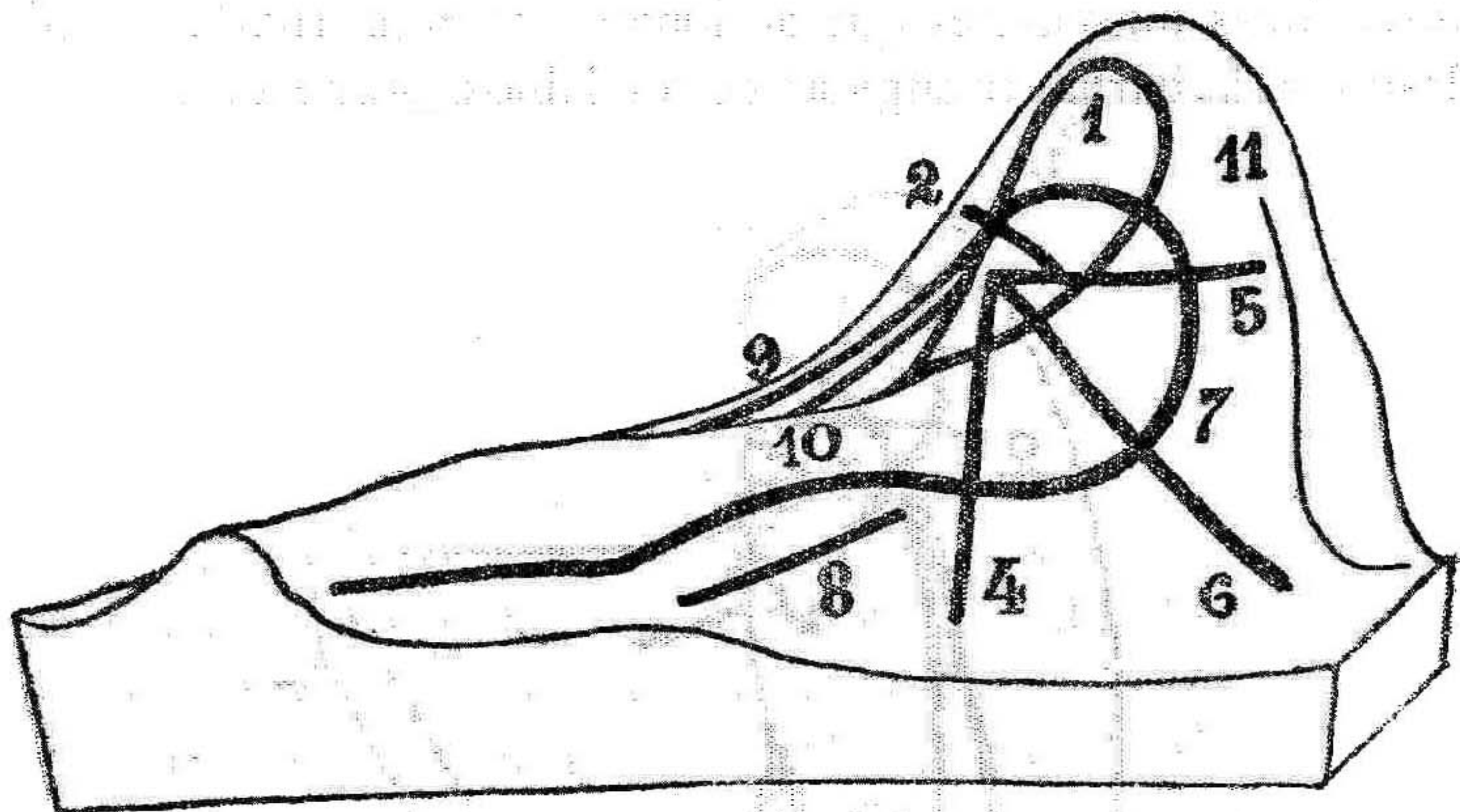


FIG. 4. (De Campbell.)—4) Línea perpendicular a la superficie oclusal, pasando por el punto 3. 5) Línea paralela a la superficie oclusal desde el punto 3. 6) Bisectriz de las líneas anteriores. 7) Curva que pasa por el fondo de las líneas 4, 5 y 6, manteniendo el modelo perpendicularmente. 8) Posición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

uno de estos ángulos redondeados tienen una referencia topográfica que es necesario saber localizar y conocer. Estas referencias son: para el ángulo distovestibular, la fosa retromolar; para el ángulo distolingual, la bolsa distolingual; y para el ángulo medio, la papila piriforme. Exceptuando esta última, visible a simple vista, las otras dos referencias anatómicas se pueden localizar solamente al tacto.

La bolsa distolingual ha sido descrita minuciosamente por el doctor Neil, y su ubicación y funcionalismo son muy necesarios para la limitación de los lindes distolinguales de la dentadura. Está formada: por los haces más posteriores del milohioideo en su inserción más alta en la línea oblicua interna; hacia atrás, el músculo constrictor superior de la faringe, cuya inserción anteroexterna se realiza en el ligamento pterigo-maxilar; y, por último, hacia la línea media el pilar anterior del velo, o sea el músculo palatogloso (fig. 5).

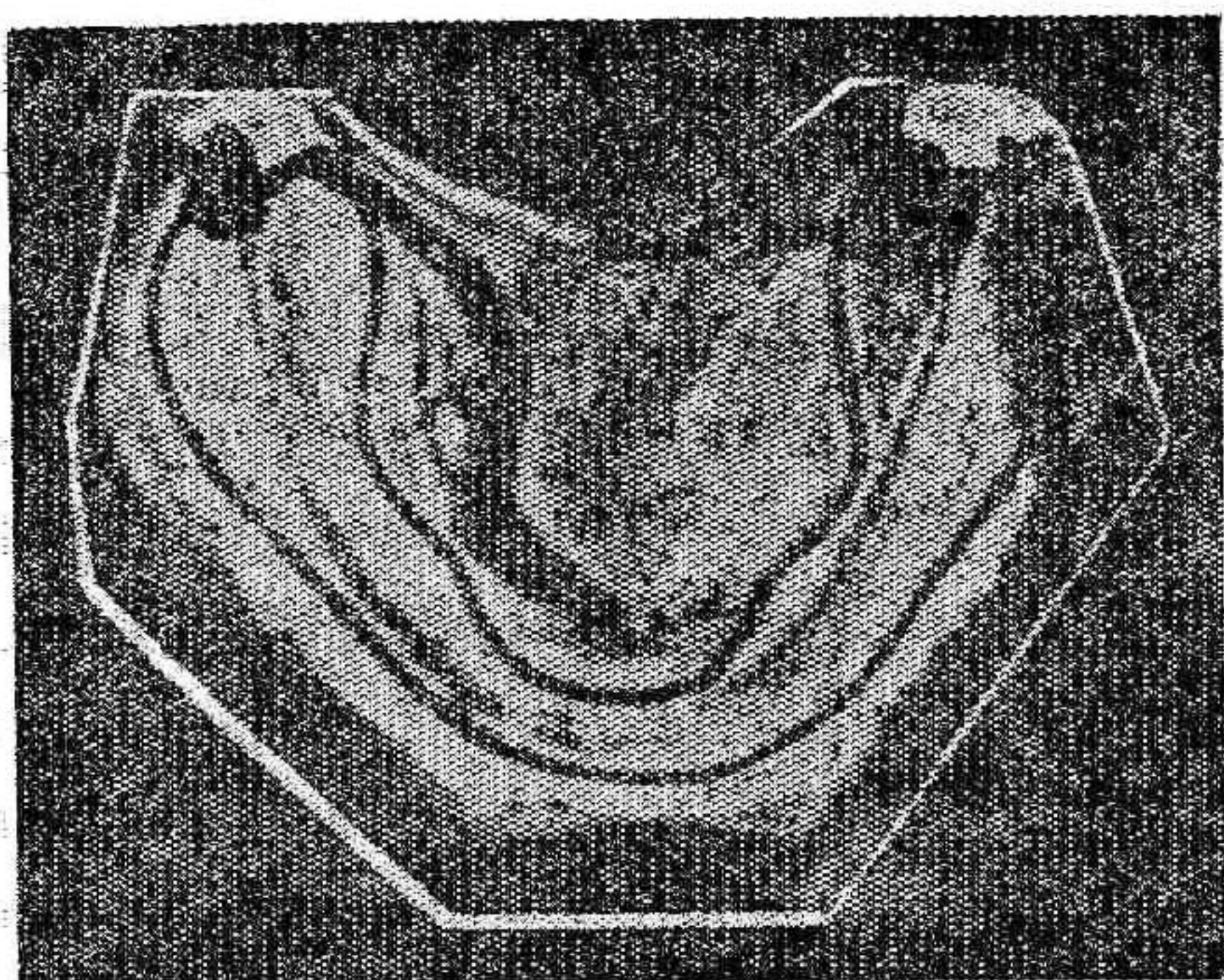


FIG. 5.—Límites portéticos inferiores, según Fisk

Al hacer el examen por palpación se puede localizar perfectamente dicha bolsa. Por lingual, una vez ubicada la línea oblicua interna, dirigimos el dedo índice hacia atrás, sin separarlo del contacto de ella, hasta que la yema del dedo encuentra la pared posterior de la bolsa formada por el constrictor superior de la faringe. Indicando al paciente que protuya la lengua hasta tocar su labio inferior, o bien que la dirija hasta la mejilla del lado opuesto, podremos apreciar la profundidad de la bolsa distolingual entre las diferentes bocas; como también el contacto o la separación que ella hace con la yema del dedo según la lengua adopte posiciones diferentes. Deducimos entonces que la bolsa lingual acompaña a la base de la lengua, según sus desplazamientos, siendo el más importante el que realiza la lengua en el acto de la deglución.

La lengua necesita libertad de acción, lo que nos impide extendernos en esta zona más allá de lo que fisiológicamente es permitido, dado que el roce continuo de la bolsa distolingual contra el ángulo de la prótesis, provocaría inflamación de los tejidos y trastornos de incomodidad al deglutir.

Para limitar este ángulo, luego, nos bastará que la punta de la lengua toque el borde superior de la cubeta (1 cm. de altura), o bien pasear la punta de la lengua por el labio superior de una comisura a otra; en estas condiciones la cubeta, sostenida por el dedo índice a la altura del primer molar, no debe levantarse.

La *fosa retromolar* se ubica palpando la línea oblicua externa, luego se desliza el dedo índice hacia atrás y se detendrá al alcanzar

la cara anterior de la apófisis coronoides, dejando reposar el dedo en esa ubicación, si recordamos mentalmente la topografía ósea de la mandíbula en esa zona, debajo del pulpejo de la yema del dedo índice se halla la fosa retroalveolar.

El ángulo distovestibular de la prótesis descansa en dicha referencia anatómica. En esta zona es de notar que las fibras más posteriores del buccinador se dirigen algo verticalmente a su inserción en el ligamento ptérigomaxilar; también se observa la presencia del pliegue del buccinador. Este pliegue no es posible apreciarlo con la boca totalmente abierta, pues el músculo se extiende, desapareciendo el pliegue. El ángulo distovestibular, que a boca semiabierta está cubierto por el pliegue, es necesario darle un recorte apropiado, de acuerdo con su amplitud vestibular. El marca el límite de la prótesis en esta región del buccinador.

La *papila piriforme*, como se dijo anteriormente, es visible en la mayoría de los casos y, cuando así no sucede, es fácil localizar su zona. El límite distal propio de la prótesis está dado por el ángulo redondeado que cubre totalmente la papila piriforme, en cuya base viene a insertarse el ligamento ptérigomaxilar. Al tomar la impresión, hay que considerar el papel de tensor de este ligamento, para no comprimirlo por sobreextensión.

Si agregamos a lo explicado un estudio detenido de las figuras respectivas, es posible que ello incremente nuestro conocimiento protético clínico, ayudándonos a realizar la determinación correcta de los lindes periféricos en las dentaduras completas.

(*per* "Odntlgía.", I. I. 44).

CONCLUSIONES

A) El protesista debe esforzarse para conseguir la mejor interpretación de la "extensión del soporte protético" en cada caso desdentado completo.

B) Es imprescindible el pleno conocimiento anatómico e histológico de los maxilares desdentados para ejercer un dominio del terreno protético.

C) Una prótesis completa inferior debe estar muy bien delimitada, preferentemente en sus contornos periféricos distales.

D) El *postdamning* viene a ser la llave de la retención en una prótesis completa superior.