

LAS PLACAS INFERIORES CON MATERIALES QUE PERMANECEN PLASTICOS

por el

DR. MIGUEL SÁENZ DE PIPAÓN

A los suscriptores jóvenes

616.314.2—089.28 : 659.76

Los informes solicitados a varios reputados colegas alemanes por la revista "Zahntlichs. Welt" sobre el problema del replantamiento de las placas inferiores y además también con materiales que permanecen plásticos los consideramos como motivo suficiente para este breve comentario, con el que pretendemos subrayar nuestro punto de vista.

No hace mucho precisamente (Odonttría., vol. XI, pág. 653) hemos insistido sobre nuestro criterio a propósito de los replantamientos; trataremos, pues, en esta ocasión de lo que representa la idea—puesta ahora nuevamente sobre el tapete—ya antigua de proveer a las placas inferiores de una capa blanda de uno u otro material. Recordemos al efecto que ya hace muchos lustros se utilizó el caucho blando, el cual era colocado sobre todo en los bordes de las placas superiores.

El caucho blando fracasó en los bordes de las superiores, pues ello suponía rotura de la cámara de enrarecimiento del aire.

Desde el punto de vista físico como desde el punto de vista biológico, tampoco arreglaba las cosas hasta que el epitelio terminaba por disponer—a fuerza del período de entrenamiento—de una capa corneal.

Efectivamente, hoy leemos también que las experiencias de Selbach con el caucho blando son engañosas.

La idea de Selbach o de sus propugnadores puede sí consignarse bibliográficamente como una curiosidad más destinada previamente al fracaso. Ni a Selbach ni a ninguno de sus colaboradores, por modestos que fueren, les puede extrañar nuestro escepticismo. Es sabido que en circunstancias especiales de habituamiento a una placa,

cuando alguna de sus partes llaga la mucosa y no es fácil proporcionar a su portador el necesario descanso, el colocar una ligera capa de algodón en la placa en la parte correspondiente al lugar alivia de tan eficaz manera que se hace posible el continuado usufructo de la restauración. Sin embargo, si esta capa de algodón no se renovara, su eficiencia desaparecería con el tiempo.

El algodón, lo mismo en este sentido que la badana, si fuera abandonado a los flúidos orales, así como al magma bucal, no tardaría mucho en descomponerse como materia orgánica. Su hedor es insoportable, dicen. Pero no es solamente el agravio al sentido del olfato, sino que tras este tiempo las propiedades físicas que se buscaban han desaparecido.

Para el revestimiento mucoso, la solución ideada tampoco resuelve nada. Nosotros entendemos que cuando el epitelio que cubre el proceso alveolar es de tipo esponjoso, las monturas que soporte irán ejerciendo una compresión—variable con cada sujeto—, que necesariamente irá paraqueratinizándole hasta que el estrato córneo llegue a hiperqueratinizarse. Este proceso, que puede hacerse largo, con un sistema violento de entrenamiento, puede aliviarse con un método de habituamiento más racional (*Odonttría.*, vol X, pág. 53).

En resumen, que el tipo paraqueratósico se encuentra en las crestas alveolares o en las zonas soportes de la placa, mientras que las zonas corneales aparecen en los límites de las crestas del borde alveolar. No obstante, ambos tipos se entremezclan en un mismo campo (Guergué).

Mas la hiperqueratosis no se observa exclusivamente en los desdentados portadores de placas, sino asimismo en los no desdentados no restaurados; es suficiente que—como tantos—utilicen sus encías desnudas para la masticación de los alimentos.

Pero todos los impactos que recibe la mucosa los transmite al tejido óseo, factores mecánicos que no son ni mucho menos los de menor importancia, de forma que los canales de Havers, como demostró Culman, profesor de Estratigrafía de la Universidad de Zürich, se organizan de acuerdo con las leyes físicas a las que está sometido el basamento óseo. El que, pues, con el proceso alveolar disponga sus trabéculas en un sentido u otro, según haya de soportar el trabajo del diente o de una silla o de otra montura, nada quiere decir

para interpretarlo como conclusión anormal o patológica. Es simple consecuencia de las presiones a que está sometido, y ésta es precisamente la función del hueso (*).

Convenimos, pues, en que la superficie rígida de una placa no es un obstáculo o problema que necesite pronta solución. Ni el caucho blando, ni mucho menos las resinas plastificantes, llenaron o han de llenar un vacío en Prostodoncia. La solución o alivio de la carga para los tejidos está en la planta o superficie a cubrir (Odonttría., vol. 3, 197, 1946).

Desde el punto de vista físico-químico, la resina plastificante va perdiendo el monómero y polimerizándose; de la misma manera que la goma "se seca" y se parte, la resina se endurece y queda porosa la mayor parte de las veces. En definitiva, no sólo pierde las cualidades que se buscaban, sino que irrita la mucosa y por su porosidad termina por albergar los flujos orales, fuente de constante hedor e irritación.

No nos extraña, pues, que Janzen no interprete esta proposición como un progreso o solución. Pero por las razones apuntadas no creemos que aunque los químicos "encuentren una resina blanda que no absorba más del 1 por 100 de agua después de la polimerización" resuelva *el problema* de los impactos de una manera sistemática; y buena prueba de ello son los resultados de la Escuela de Francfort.

La proposición de Heinze, aun cuando no podemos tratarla por desconocer sus detalles íntimos, sí sabemos sus conclusiones: El pulido de la superficie de la placa que contacta con la mucosa no nos parece acertado, y no sólo porque se pierda su adherencia—en muchos casos indispensable—sino porque aumenta su deslizamiento en la boca, se desplaza horizontalmente, favoreciendo la reabsorción del basamento óseo y, por ende, aumentando las dificultades. No, en absoluto somos partidarios de este pulido; bien es verdad que hay casos—con un proceso alveolar bien prominente, exageradamente—en los que este pulido puede no afectarle grandemente, pero aun entonces resulta tan difícil, difícilísimo, de realizar, que prácticamente resulta imposible.

Placas pulidas, sí, vemos en algunas inferiores, proyectadas, además, tan reducidas y sobre un proceso alveolar tan poco prominente, que la superficie de la placa viene a ser casi plana. Como estas placas

(*) Véanse nuestro editorial (vol. VIII, pág. 30, 1951) y el trabajo de A. Guergué (vol. VIII, pág. 1).

continúan siendo una carga para su portador, con molestias localizadas, el profesional rebaja y rebaja, pule y repule, hasta que el hábito y el aburrimiento del paciente las utiliza—con severos límites de empleo—o las arrincona en un cajón. Son casos que se resuelven luego con una liberal ampliación de los límites protéticos. No consiste, pues, en pulir las superficies de la placa en contacto con la mucosa, y tan es así que las placas metálicas, en oro por ejemplo se hicieron, a las cuales se pulía por un baño electrolítico, tampoco resolvían nada, cuando no el metal, pulido o menos pulido, irritaba—hipersensibilizaba—la mucosa.

Si la noticia que recoge el doctor Kuck hace un día posible el poder “extender” sobre la placa—más posiblemente necesaria en los casos inferiores—una capa más bien blanda, y fuera útil en algún caso, ciertamente sería excepción.

Lo que sí consideramos importante, trabajando con resinas, es que, o por el empleo de un buen aislante o por la aplicación del papel de estaño, la superficie de la placa en contacto con la mucosa vaya perfectamente polimerizada, lo que es, en fin de cuentas, la mayor concesión que podemos hacer hoy—faltos del exacto conocimiento de la técnica Kuck—a la proposición del “pulido perfecto”.
