

PROTESIS COMPLETA

P o r

R. MARZÁN CASTRILLO

616.314.2—089.28

Las observaciones clínicas en los heridos de la primera gran guerra llevaron a crisis a las especialidades médicas, por estimar que el médico podía curar a los enfermos con sólo tener en cuenta la lesión local, apoyado en el desnudo concepto de considerar los órganos de un modo aislado. Desde entonces adquirió un creciente valor el antiguo criterio biológico de la integridad orgánica total.

Siendo la restauración protésica total terapéutica de una enfermedad perteneciente a una especialidad médica, cae dentro del concepto de considerar "la integridad orgánica total".

Si bien no es nuestra pretensión abordar el problema desde esta faceta, para lo que nos consideramos sin debida competencia, hemos querido destacar el valor de la integridad orgánica como apoyo de lo que pudiéramos llamar "integridad total de los factores que intervienen en la construcción de una prótesis completa", considerando como tal, aquella que restaura la estética, la fonética y la función masticatoria, sin perjuicio de los tejidos paraprotéticos, cuyo concepto debe extenderse a las articulaciones témporo-maxilares. En el concepto actual tal restauración sólo es posible cuando se cumplen las exigencias de un determinado número de factores, merecedores todos de igual atención, siendo el resultado final correspondiente a aquel más desatendido. Entre ellos destaca como más importante, por ser la base donde se apoyan los demás, la dimensión vertical.

Si consideramos que del edificio en ruinas de una boca desdentada, del que participan las articulaciones témporo-maxilares, solamente la dimensión vertical permanece invariable cuando los músculos masticadores se encuentran en reposo, nos pone de mani-

fiesto la importancia de este factor y la de su determinación exacta, hecho, por otra parte, sólo excepcionalmente posible de conseguir con las técnicas clásicas (1).

Además de la dimensión vertical, son factores imprescindibles en la restauración total: la impresión, la extensión de las bases, el modelado de las superficies pulidas, en forma que eviten las fuerzas desplazantes y favorezcan las retentivas, la disposición de los bordes, cuyo límite y espesor debe corresponder exactamente a las imposiciones musculares con ellos relacionadas, la situación y forma de los arcos dentarios, el alineamiento de los dientes, la oclusión y la cinemática mandibular.

Excepto la dimensión vertical los demás factores han merecido el estudio serio de eminentes profesionales hasta lograr el objetivo de reproducirlos o determinarlos exacta o, cuando menos, correctamente. Estas investigaciones tuvieron, sin embargo, el defecto de la parcialidad, porque cada investigador creyó resuelta la totalidad del problema con su aportación.

Se repite con frecuencia que una buena impresión es la base de la restauración protésica total; que la cinemática mandibular también lo es, tanto para mantener las prótesis adheridas a los tejidos de soporte, cuanto para conservar su salud al evitar sobrecargas durante el fisiologismo masticatorio, atribuyéndose igual propiedad básica a la oclusión céntrica para la situación armónica de los arcos dentarios y como punto de partida cinemático. Indudablemente todo factor es básico y por ello hemos de prescindir de preferencias prestando a cada uno la máxima atención para alcanzar la restauración íntegra total.

Dos son las finalidades que deben perseguirse en la restauración total: La primera, y más fundamental, que la prótesis mantenga el estado de salud de los tejidos de soporte—se admite que una prótesis correcta mantiene, y aun beneficia, la salud tisular evitando la reabsorción ósea, mientras que una incorrecta la acelera—y la segunda, que la prótesis restablezca la estética, la fonética y la función masticatoria.

* * *

Para mantener la buena salud de los tejidos de soporte es indispensable la exacta dimensión vertical, como también lo es para po-

(1) En nuestro trabajo *Contribución a la prótesis total*, "Anales de Odontostomatología", abril 1953, se indica la técnica para determinarla exactamente.

der conceder a los músculos su longitud original, necesaria para la restauración estética y para que puedan manifestar su acción en toda su potencia.

La alteración de la dimensión vertical afecta a los tejidos de soporte tanto si es por defecto como si lo es por exceso. Sobre una dimensión vertical aumentada se construirá una prótesis traumática para el maxilar, para la mandíbula y para las articulaciones témporo-maxilares, quienes darán una respuesta reabsortiva hasta alcanzar la exacta separación intermaxilar. Sobre una dimensión vertical reducida se construirá una prótesis traumática para las articulaciones témporo-maxilares que, por reabsorciones y neoformaciones, adaptarán su arquitectura a la separación intermaxilar y plano oclusal establecidos.

Debe tenerse en cuenta que la involución atrófica, normal o patológica, independiente de la acción de la prótesis, continúa bajo las dentaduras artificiales, tendiendo a disminuir la dimensión vertical. Dados los escasos conocimientos actuales sobre este fenómeno, nos invalida intervenir en su beneficio.

Se admiten, como importantes en el éxito o fracaso la prótesis, la adaptabilidad o intolerancia del paciente; esto y los tan variados período de habituamiento, ¿no estarán influídos por la alteración de la dimensión vertical? Para nosotros es el factor más influyente.

Como ya lo hemos indicado en otro trabajo, la exacta dimensión vertical es el factor restaurador del más alto interés. La imposibilidad de su determinación por las técnicas clásicas, por carecer de referencias ocluso-dentarias, quizá sea la causa y razón del abandono en que lo tuvieron los investigadores, a más de, erróneamente, no haberle concedido más que un valor estético; pero su importancia "entra por los ojos de la cara"; sin ella no se concibe ni la buena restauración estética, ni el normal fisiologismo muscular, ni la rigidez de los tejidos de soporte, ni la fonética.

* * *

El mejor conocimiento de la anatomofisiología de las bocas edentadas ha llevado a perfeccionar las técnicas de impresión, por las que, se alcanzan extensiones insospechadas en un pretérito próximo; el concepto de limitación a la prótesis de recubrir solamente los tejidos blandos inmóviles creó un problema de inestabilidad, principalmente para la prótesis inferior; gracias a estos conocimientos ana-

tomofisiológicos es posible alcanzar nuevas zonas de soporte, y aun apoyarse sobre otras movibles, no sólo sin menoscabo de la retención, sino reforzándola. La extensión posterior de la prótesis inferior, recubriendo el triángulo retromolar, permite, por la disposición angular que adquiere al tomar apoyo en la rama ascendente, impedir el levantamiento anterior de la prótesis; la aleta pósterolingual, recubriendo la zona retromolar de Neil, si se tiene en cuenta la extraordinaria distensibilidad y movilidad de los tejidos que la recubren, y se impresiona con justeza para que la aleta sea confortable, favorece notablemente la retención; la aleta bucal, descansando sobre el buccinador, ofrece el mejor apoyo retentivo.

Los materiales de impresión, yeso, godira, gutapercha, pastas zincuénólicas, alginatos, etc, no son ni mejores ni peores y sí únicamente dependientes de la técnica empleada y de la habilidad del operador. Más fundamental es la cubeta individual, adaptada a cada caso y al material de impresión a emplear, para reproducir el contorno preciso de los bordes, con espesor apropiado, para que, a su vez, los reproduzca fielmente la dentadura terminada y permita un perfecto sellado periférico, el normal fisiologismo muscular y la situación correcta de sus inserciones (2).

* * *

Supuesta una dimensión vertical exacta y la correcta impresión reproduciendo los bordes en longitud, extensión y espesor, el situar con justeza los arcos dentarios restablecerá la estética al situar cada músculo en su posición y longitud original. Este punto merece discusión.

En el dentado la dirección de los ejes longitudinales de los dientes diverge hacia abajo, lo que presupone, ya, diferencia gradual de arcos en beneficio de la mandíbula. Al perderse los dientes y reabsorberse las apófisis alveolares, progresivamente, acercan el maxilar a la convergencia y y la mandíbula a la divergencia, por lo que el arco maxilar se reduce y el mandibular se ensancha. En estas circunstancias nos encontramos con que la diferencia de arcos entre el maxilar y la mandíbula se ha acusado notablemente.

Cuál debe ser la amplitud de los arcos y cuál la dirección de los ejes longitudinales de los dientes artificiales?

Se acepta, casi con carácter axiomático, que la dirección de los ejes longitudinales de los dientes artificiales debe recaer sobre el

(2) Para detalles, en nuestro trabajo *Miología y prótesis total*, ODONTOLATRIA, número 417 (IX, 1953).

centro residual de las apófisis alveolares para que las presiones ejerzan su acción sobre ellas y, por tanto, dentro del área de sustentación de la placa, para impedir su desplazamiento, como ocurriría si las presiones fueran excéntricas. Este principio estático, de evidente realismo, no siempre es interpretado con propiedad; las más de las veces se extrema en favor de la estética, que lleva a reducir los arcos con el consiguiente perjuicio estético, más acusado en la parte anterior de la cara, y con el de la misma retención que se ha pretendido favorecer, ya que la reducción de los arcos constriñe el espacio para la lengua, y su motilidad tiene acción desplazante. Para atender este principio mecánico favoreciendo la estética, una vez determinado en los rodillos de articulación el plano de orientación y la correcta situación del orbicular de los labios, se situarán los dientes en forma que su borde incisal ocupe la posición más ventral, respecto al rodillo inferior, formando un ángulo con el plano oclusal de la gradación que permita el que sus ejes longitudinales sigan la dirección que tuvieron sus antecesores naturales. Operando así, obtendremos un arco ligeramente más amplio que si nos referimos al centro de la apófisis residual, pero las presiones caerán sobre la arquitectura craneal en idéntica dirección que las soportaba en la existencia de dientes naturales, sin que, por ello, sean excéntricas a la placa.

Si tenemos en cuenta la expresión de Vallis de que "el cráneo es lo que el hombre come", queriendo dar a entender que su constitución arquitectónica es dependiente de la dirección e intensidad de las presiones que soporta, presupone una ordenación de las laminillas óseas en el sentido de ofrecer la máxima resistencia, sentido y ordenación no convenientes para cualquier cambio de dirección, si bien puede admitirse que cualquier alteración estaría compensada por la menor intensidad de presiones transmitidas por la artificiosidad. Los dientes así dispuestos constituirían arcos de amplitud aproximada a la normal.

Reconocemos que esta exposición no precisa ni la disposición de los arcos ni la de los dientes, como tampoco la precisan otros autores, ya que la absoluta carencia de referencias exactas nos lleva a resoluciones de criterio personal; arcos y dientes dependen, en última instancia, de la posición intermaxilar, del plano oclusal, de la diferencia normal o extrema, de los arcos residuales, maxilar y mandibular, y, principalmente, de la oclusión.

Arcos dispuestos con predominio estático obligan, en la mayoría de los casos, a intervenir la disposición buco-lingual de los dientes, inadmisibles en la parte anterior, si bien tolerables en la posterior.

El plano de orientación es la primera referencia para la constitución de los arcos dentarios, ya que son dependientes de la posición intermaxilar que ocupe, posición que, dentro de las imposiciones estéticas, será más próxima a aquél con menor área de sustentación; tal posición y la amplitud de los arcos apofisales nos darán la medida de su grado dentro de las normas apuntadas.

* * *

La oclusión es la pérdida del reposo muscular, para ponerse en contacto los arcos dentarios, sobre los que puede manifestarse su acción en toda su potencia; si esta acción muscular la reciben los dientes en dirección a la de su eje longitudinal, es estimulante; si se aparta de ella, es perjudicial.

El organismo ni cura ni compensa, como lo hace con otras enfermedades, el daño que la mala oclusión produce en los tejidos de soporte del diente, acción que destruye más dientes que la caries dental. Al igual que en las dentaduras naturales, en las artificiales la oclusión incorrecta crea zonas de sobrecarga, con el consiguiente perjuicio para los tejidos que la sufren, además de atentar contra su retención.

Es tan íntima la relación entre la oclusión y la disposición de los dientes en las dentaduras artificiales, que las oclusiones excéntricas se consideran como el único objeto importante de la colocación de los dientes, por la relación que tales oclusiones tienen con las inclinaciones de las cúspides, y con las incisales, en los movimientos mandibulares.

En la oclusión hay que considerar dos fases: céntrica y excéntrica.

La oclusión céntrica es la terminación de los movimientos masticatorios, en la que los puntos dentarios tienen entre sí el mayor número de puntos de contacto. Por estar resuelta su determinación, por intermedio del gálibo de Gysi, omitimos todo comentario.

Las oclusiones excéntricas son todas las demás posiciones estáticas de contacto entre los arcos. Están regidas por la dinámica mandibular cuyo profundo estudio, llevado a cabo por numerosos investigadores, basado en los cambios posicionales de los cóndilos en sus

cavidades, tiene un valor exclusivamente teórico y nos releva de su exposición.

La oclusión céntrica puede o no coincidir con la relación central, siendo ésta la relación intermaxilar en la que los cóndilos ocupan en sus cavidades glenoideas la posición más dorsal.

En la dentadura natural existe una superficie oclusal, situada intermaxilarmente, formada por las superficies incisales de los dientes anteriores y por las caras oclusales de los grupos molares. Tal superficie, impropriamente llamada plano, responde a tres direcciones curvas: una horizontal, formada por el alineamiento mesio-distal de los dientes para constituir los arcos dentarios que, en cualquiera de las formas que adopte, se flexiona a la altura de los caninos; otra sagital, de compensación o de Spee, cuyo concepto más admitido para su determinación es el arco trazado desde el punto de convergencia de los ejes longitudinales de los dientes con abertura de compás a la inclinación condílea, y la tercera es la curva transversal formada por la dirección transversal de las caras oclusales de los grupos molares.

Esta curva se armonizan entre sí, influídas e influyendo por y a las articulaciones témporo-maxilares, adoptando gradación diferente en cada individuo, dependiendo del movimiento mandibular predominante. Pretende restaurar sobre una norma "standard" es un grave error, sin más ventaja que aproximarse al tipo medio. Un simple análisis de la curva sagital es lo suficientemente demostrativo; tal como fué concebida por Spee, responde a la teoría de la esfera de valor nulo. La observación de dentaduras naturales evidencia su diferente gradación, que, de un grado pronunciado, pasa por el recto y aun se invierte. En la curva transversal el grado de amplitud, en las dentaduras artificiales, es dependiente de la situación intermaxilar que ocupe el plano oclusal y de la disposición de los molares para que las presiones masticatorias se dirijan, tanto en el maxilar como en la mandíbula, dentro del área de sustentación.

En las dentaduras naturales la inclinación y altura de las cúspides es aguda, para favorecer el resultado de la masticación—constitución posible por la individualidad de los elementos dentarios—, guardando relación con la inclinación condílea, pudiendo relacionarse o no con la incisal. En las dentaduras artificiales, las inclinaciones y las alturas cuspidéas, por formar todos los elementos dentarios una unidad, son más reducidas, estando regidas, contra lo general-

mente admitido, por la guía incisal (Swenson). Puede comprobarse esta afirmación, manteniendo constante la inclinación condílea y variando la inclinación incisal. En estos casos se observa que la mandíbula se guía a posiciones enteramente diferentes, y como los dientes posteriores están más cerca de la acción incisal que la condílea, estarán influídos más directamente por aquélla que por ésta.

Cada pieza dentaria es individual en las dentaduras naturales en su comportamiento, referido a las artificiales, tiene valor relativo, donde el conjunto forma unidad inseparable; en las naturales los dientes, en las oclusiones excéntricas, pueden o no tomar contacto en el lado de equilibrio; en las artificiales tal contacto es indispensable para mantener la estabilidad. En una y otra la altura cuspídea se reduce hacia dorsal.

Estas generalidades, referidas a las dentaduras naturales, son el apoyo de deducción de los factores que deben intervenir en la oclusión de las artificiales, sin olvidar que lo que en aquéllas tienen de individualidad en sus elementos constitutivos, en éstas están unificados; por ello, curvas y disposición de las piezas dentarias deberán armonizarse en tal forma que, dentro de las normas impuestas por la naturaleza, su sentido sea en favor estático de la artificiosidad, como conviene a la mejor función.

En las dentaduras naturales todo está establecido; plano de orientación, arcos dentarios, curvas, inclinación condílea e incisal y altura e inclinación cuspídea. Al desaparecer la oclusión dentaria solamente podemos disponer de la inclinación condílea, como pie forzado alrededor del cual pretendemos reconstruir los demás factores desaparecidos, en armonía que evite la creación de un estado patológico en las articulaciones témporo-maxilares o en los tejidos de soporte, según cual sea el factor de menor resistencia.

Para que una dentadura artificial sea eficazmente útil, es primordial su retención y estabilidad; hemos tratado ya de cuánto interviene favorablemente en este sentido la extensión de la base y la disposición de su periferia; a estos factores retentivos se suman el modelado, del que nos ocuparemos más adelante, y, con destacada importancia, los que corresponden a la oclusión, principalmente a las excéntricas, tan desatendidas por lo común.

No puede negarse la existencia de muchas dentaduras en uso que, a pesar de haberse omitido en su construcción casi todos, si no todos, los factores a que debían haber respondido, cumplen una fun-

ción a satisfacción de su portador y a la del profesional, lo que no invalida las "leyes" que deben regirla. Si tales dentaduras son útiles para un sujeto "adaptable", ¿cuánto mayor hubiera sido la utilidad, de haber observado una técnica científica? Por otra parte, ¿se ha considerado a expensas de qué se logró la utilidad? En tales casos, ocurre una limitación considerable de la cinemática, todo movimiento atentatorio contra la retención es radicalmente anulado, la potencia muscular sufre la reducción precisa para no desalojar la placa si rebasa el dintel retentivo y, como es lógico, también se alteran las fuerzas explosivas si la contracción de alguno de los músculos que en ella intervienen tiene acción desplazante para la prótesis.

Solamente la inclinación condílea tenemos presente cuando nos enfrentamos con una boca sin oclusión dentaria, y ese único factor no puede controlarse; todos los demás han de ser arbitrarios, dependientes del mejor criterio del operador.

Sobre estos factores arbitrarios ha enunciado Hanau sus "leyes de la articulación", cuyos más importantes son: plano de orientación, trayectoria condílea, trayectoria incisiva sagital, altura cuspídea y curva de compensación. Debemos recordar que este autor es ingeniero; por serlo ha podido profundizar en el estudio de la mecánica articular y deducir qué relaciones guardan entre sí los cinco factores expuestos y cómo el cambio de un solo factor influye sobre los demás. A este respecto dice: "...tomando en consideración los cinco factores enunciados, cada uno de los cuales puede ser aumentado o disminuido en su propiedad, es matemáticamente posible expresar cuarenta relaciones o leyes en este caso".

Admiramos sus estudios admitiendo la certeza de sus deducciones matemáticas; pero, con todo el respeto que merece tan gran hombre de ciencia, hemos de declarar que nuestro concepto es esencialmente biológico y, por tanto, apartado de la matemática.

La inter-relación factorial es un dato curioso y ha de tenerse en cuenta en toda restauración de técnica clásica; pero no podemos admitir que dichas "leyes"—arbitrarias, puesto que se basan en factores que también lo son—sean la solución del problema. Su armonización debe hacerse sobre dos referencias o factores extremos: inclinación condílea y guía incisal; la primera tiene existencia real, pero incontrolable; la segunda es completamente arbitraria.

Hay que admitir la existencia, en cada caso particular, de estos dos factores con precisión; pero que, al carecer de oclusión dentaria,

son de imposible determinación. A determinarlos con exactitud deben orientarse las investigaciones, ya que, logrados, son de simple y exacta determinación los otros tres. Nosotros hemos propuesto la única técnica por la cual puede lograrse, no teniendo conocimiento hasta hoy de otra mejor.

Las "leyes" de Hanav tienen aplicación integral únicamente cuando se emplea un articulador de cóndilos metálicos adaptables y de guía incisal regulable, ya que este último factor es susceptible de variar entre los sesenta y más grados, hasta cero grados; pero cuando se emplea otro correspondiente a los basados en el fenómeno de Christensen—tipo Luce—, en que la inclinación condilar y la incisal están predeterminadas, no queda más que armonizar los otros tres factores entre estos dos conocidos.

Después de esta digresión vamos a considerar un articulador en que esté predeterminado el plano oclusal y las inclinaciones condilares cinco factores que intervienen en la oclusión—para nosotros, a estos cinco factores debe sumarse, como el más importante, la dimensión vertical—, quedando por determinar la altura cuspídea y la curva sagital—sobre este último factor ya hemos indicado la forma de su determinación, nos queda, pues, como único factor ignorado, la altura cuspídea; teóricamente puede determinarse la altura cuspídea levantando perpendiculares sobre los arcos de las inclinaciones condíleas e incisales, pero como el articulador en tal disposición las señala automáticamente, prescindiremos de exposiciones teóricas.

Así dispuesto el articulador, veamos la disposición que deben adoptar los dientes para que satisfaciendo a la estética contribuyan a la retención de la dentadura artificial, comenzando por los grupos anteriores.

El grupo de dientes anteriores inferior debe adoptar una posición en que la prolongación de sus ejes longitudinales, pasando ligeramente por fuera de la apófisis residual, converjan en el mango del esternón. Este grupo no debe, en ningún caso, adoptar inclinación lingual, ni ser colocado más dorsalmente que el lugar señalado, si se quiere mantener la estabilidad de la prótesis. El grupo de dientes anteriores superior puede ocupar la posición más ventral que requiera la estética, dentro de ciertos límites, sin que por ello se altere, fundamentalmente, la retención. Cuando las condiciones anatómicas intermaxilares exijan una gran separación bucolingual entre el gru-

po superior y el inferior, o una acusada sobremordida, inaceptable en el articulador, puede disponerse sin inconveniente, en la seguridad de que en la boca pasará inadvertida. En uno y otro grupo deben disponerse rotaciones de acuerdo con la forma de la cara, apiñamiento en las estrechas, diastemas en las anchas, para enmascarar la artificiosidad. Los caninos deberán ser más prominentes que el resto del grupo, y no será visible más que la cara mesial, debiendo ocultar los premolares, recuérdese que en este punto se flexiona el arco.

Los grupos molares deben adoptar una posición de inclinación, sea la articulación normal o cruzada, cuya prolongación de los ejes longitudinales pase ligeramente por fuera del centro de las apófisis residuales y vaya a converger hacia la apófisis crista galli. Tal disposición, si las caras oclusales forman con las bucales una angulación correcta, crearán automáticamente la curva transversal. En cuanto a la curva sagital nos servirá como referencia la amplitud de los movimientos laterales, cuya justeza se comprobará en la realización de la cinemática para una superficie de contacto en todas las posiciones que puedan adoptar. Asimismo nos indicará la altura e inclinación cuspídea.

Alineados los dientes en ambas arcadas e interdigitados los grupos molares, se comenzará por realizar un movimiento protusivo desgastando la inclinación de la o de las cúspides que lo interfieran, haciendo lo mismo en los movimientos laterales, hasta conseguir una cinemática sin interferencias, con el mayor número de puntos de contacto en los lados de equilibrio. Una exposición detallada del cómo hacer sería una descripción técnica apartada del plan de este trabajo, sin otra pretensión que generalizar.

* * *

En nuestro trabajo citado "Miología y prótesis total" hemos tratado con detalle cuanto se refiere a extensión y bordes de las dentaduras artificiales, razón por la que nos abstenemos de comentarlo aquí.

El modelado de las prótesis completas debe obedecer a aquellos principios derivados de la miología que tiendan a favorecer su estabilidad. Como ejemplo citaremos el buccinador. Las fibras de este músculo se extienden en diversión sensiblemente paralela al plano oclusal. Tal disposición permite a la prótesis descansar sobre él, sin que su contracción atente contra su estabilidad. Por otra

parte, la acción de este músculo tiende a comprimir los alimentos que se encuentran entre las mejillas y los arcos dentarios para colocarlos sobre ellos, contribuyendo así a la masticación. Esta acción puede aprovecharse en favor de la estabilidad de la prótesis si en el modelado de las aletas bucales se crea una ligera depresión entre el grueso borde y los cuellos de los dientes; como el borde distiende, discretamente, las fibras musculares, las que quedan sobre él lo aprisionan, y toda la superficie pulida quedará bajo las fibras inferiores medias, las verdaderamente paralelas, durante la contracción; esto para la prótesis inferior, ocurriendo un fenómeno semejante en la prótesis superior por favor de las fibras superiores medias. Se comprenderá la acción de este músculo imaginando un arco de círculo tangente a las superficies pulidas, cuyo centro, como es lógico, estuviera situado fuera de la cara; por la acción del buccinador, de situar los alimentos sobre los arcos dentarios, se puede representar un vector de dirección perpendicular a ellos entre ambos arcos y por arriba y por abajo de él una serie de vectores irradiados, como corresponde a las perpendiculares al arco.

Si en el modelado se disponen los bordes de la prótesis delgados, la máxima intensidad de fuerza muscular recaerá sobre las aristas buco-oclusales de los dientes, siendo la acción sobre la prótesis desplazante; pero si los bordes se modelan gruesos, como lo requiere el buen sellado periférico, el situar correctamente los músculos y el favorecer la estética, la máxima fuerza actuará sobre ellos en acción retentiva.

El paladar tendrá espesor uniforme y tan fino como lo permita la resistencia del material; cuanto más fino, mayor amplitud bucal, mayor "confort" y mejor fonética.

La parte lingual de la prótesis inferior debe tener el menor volumen posible, excepto en el borde periférico, que debe ser bastante grueso para que al situarse abajo de la porción más angosta de la lengua llene el surco mucoso-lingual, favoreciendo notablemente la retención. La acción de la lengua sobre la prótesis es semejante y opuesta a la descrita para el buccinador.