

* PROYECCION VESTIBULAR DIENTES AL TOPE

por el

Dr. M. S. de P.

Y A estudiamos (1) en su día, los límites protéticos de las placas palatinas, límites que encierran el área del paladar sometido al contacto del dispositivo. Y decimos del paladar, porque precisamente estudiamos en aquél trabajo

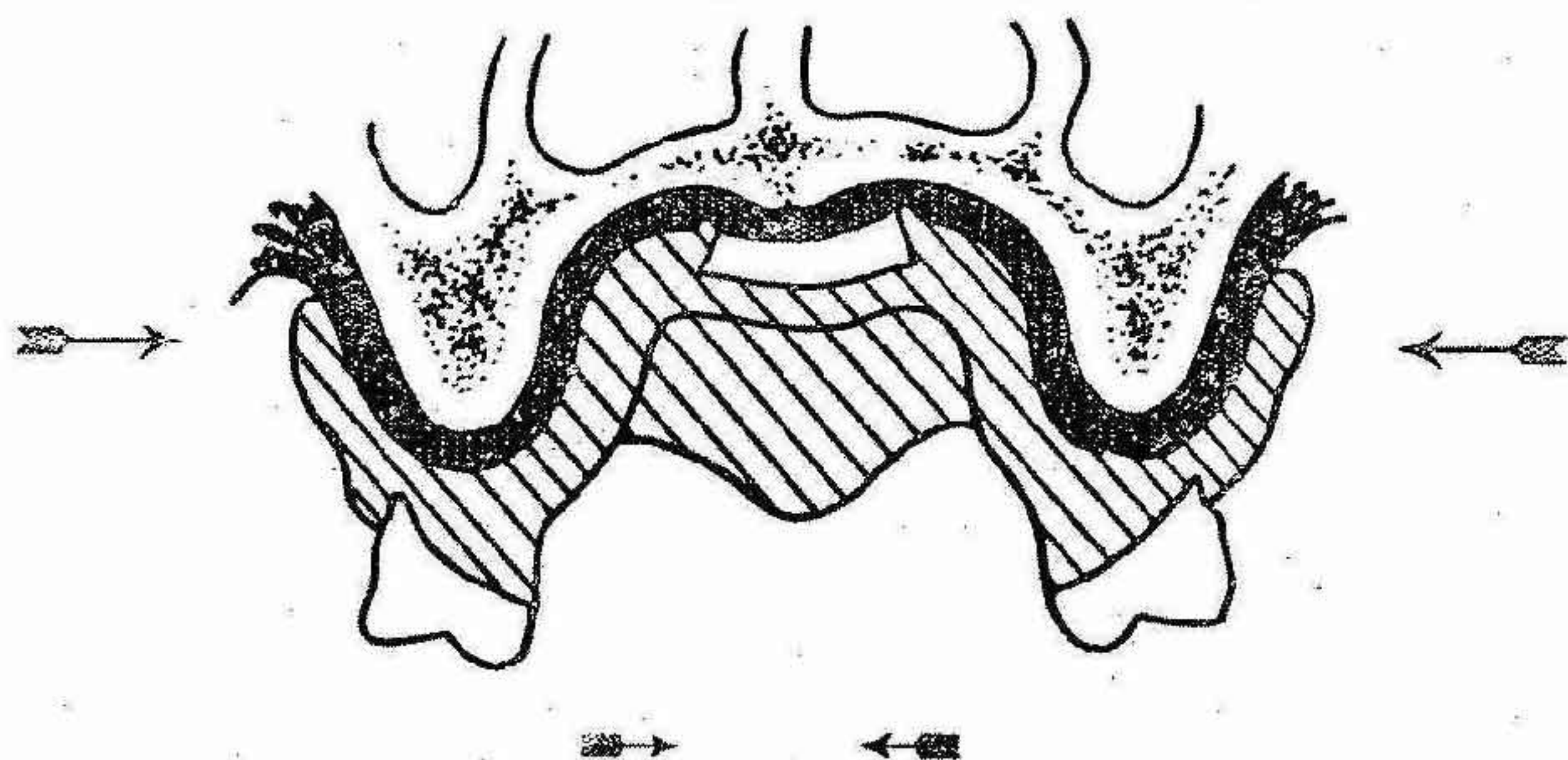


Fig. 1.—La “encía” posterior limita las fuerzas de desplazamiento en los movimientos de lateralidad

únicamente el área palatina; tampoco decimos sin motivo, *contacto*, pues entonces hicimos también abstracción de la *cámaras de aire o válvula*.

Hoy independientemente de todo esto queremos fijar nuestra atención en el papel que juega la extensión vestibular de la placa palatina, lo que vulgarmente se conoce en el léxico protésico con el nombre de **encía**.

(1) “Límites protéticos de las placas palatinas”, tomo I, página 465, Sáenz de Pipaón.

Esta **encia**, lo mismo desde el punto de vista protético conviene dividirla para su estudio en dos partes: anterior y posterior. La posterior limita siempre o contrarresta las fuerzas de desplazamiento en los movimientos de lateralidad y en proporción directa a la prominencia del proceso alveolar. Su reducción es frecuente cuando obligados por los "retoques" se recorta sin considerar que hay veces que el alivio que se nos exige no es producto de su reducción

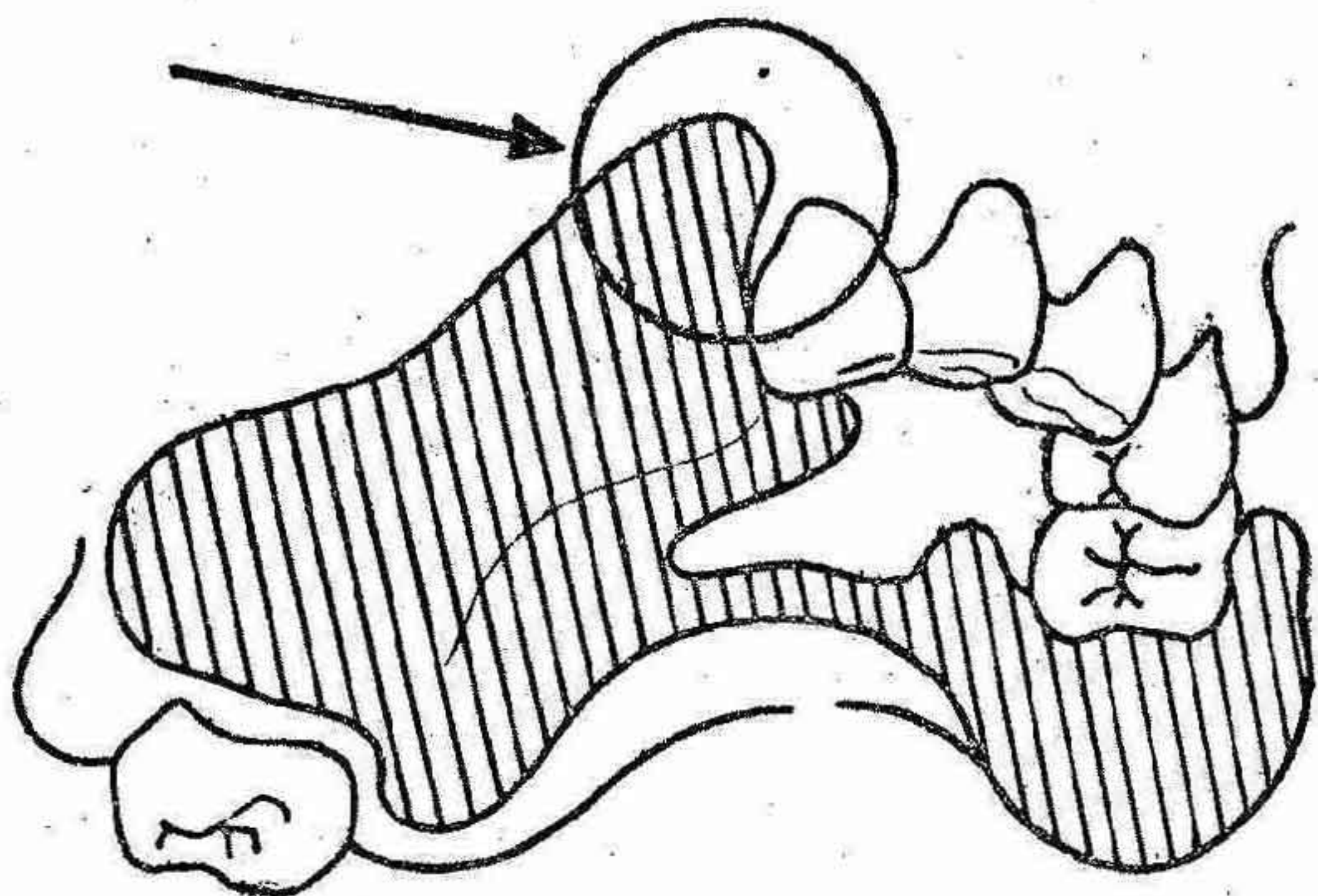


Fig. 2.—La flecha indica precisamente el campo (limitado por un círculo) en el que la solución de continuidad de la "encia" declarada al sujeto como portador de una restauración dental: antiestético.

sino, por el contrario, resulta muchas veces necesario y hasta imprescindible su prolongación o aumento. Otras veces el retoque puede y debe reducirse a un discreto biselado.

Pero sea cual fuere su situación, el dispositivo protético, que se mantiene en posición en la boca por el enrarecimiento del aire, sólo reduce la extensión de esta **encia** por dos razones:

1.^a Por imposibilidad material, manifestada claramente: a), por las llagas que produce, o b), por el desplazamiento del dispositivo restaurador, y

2.^a Por razones estéticas.

No existen razones—que hemos aducido recientemente

(1)—para reducir la planta de una restauración completa, sea inferior o superior. Respecto de la primera cláusula que acabamos de redactar, todos los profesionales deben conocer los medios de que puede disponerse para intentar evitarlas como es, entre los primeros, la consecuencia de improntas dinámicas o funcionales.

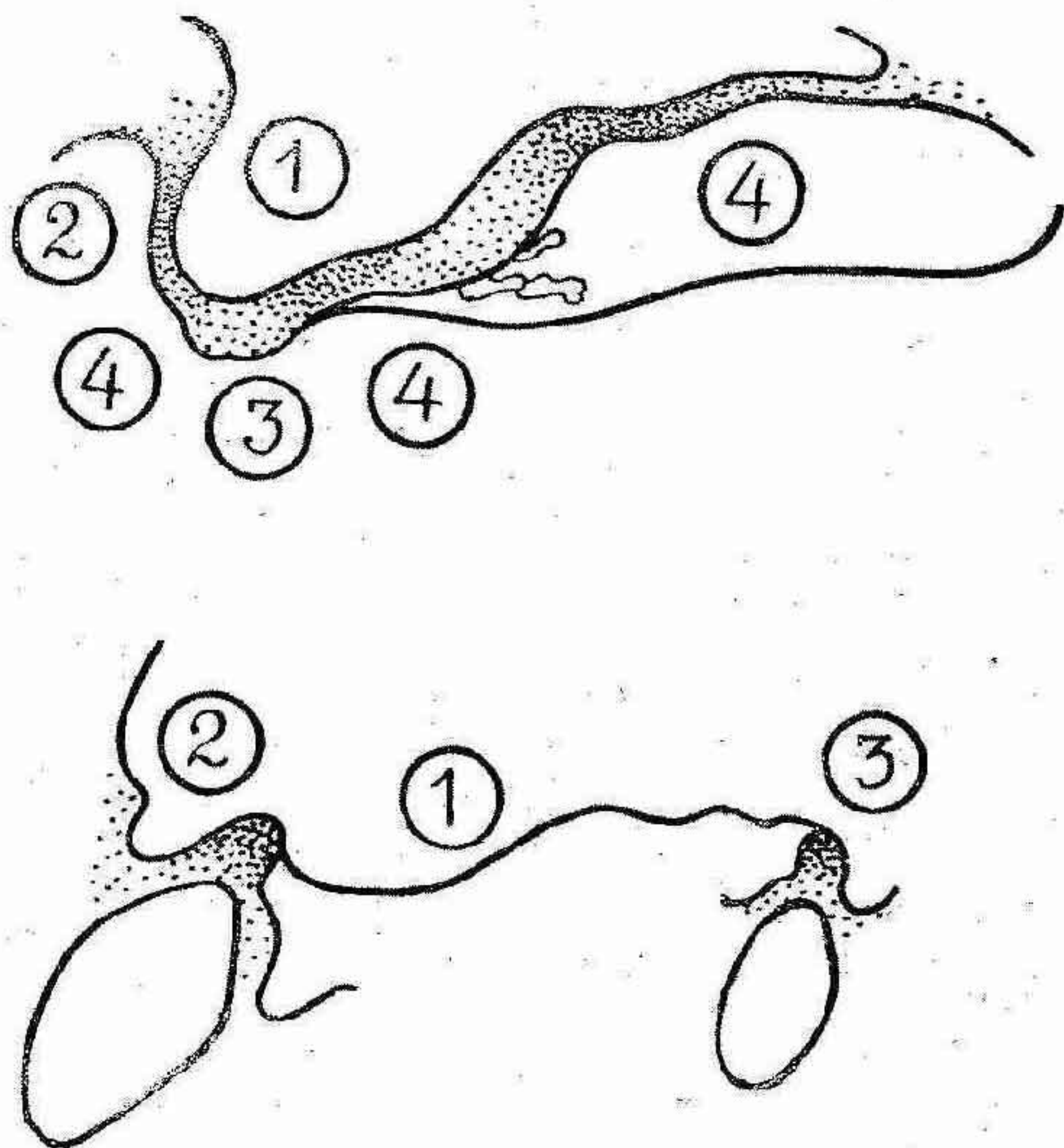


Fig. 3.—Representación gráfica de la textura del revestimiento mucoso que más fácilmente acepta el diente montado al tope

En los dispositivos inferiores resulta más disculpable que el joven profesional no repare en este exceso de **encia** toda vez que en lugar de producir una llaga da motivo al desplazamiento del dispositivo restaurador; desplazamiento que, por otra parte, es atribuído a otras razones, y en consecuencia más difícil aplicar la verdadera solución.

Este desplazamiento del dispositivo por este motivo, en los casos superiores es menos frecuente, pero no imposible.

Si estudiamos ahora el caso segundo (2.^o), es decir las razones estéticas que nos inducen a la proyección de la **en-**

(1) "Dentaduras sin paladar", "Odontoiatría", 24, 1945, Sácnz de Pipaón.

cía, nos encontramos que lo mismo en los dispositivos parciales (fig. 2) que totales, lo que debe evitarse es que la solución de continuidad aparezca a la vista del observador en un plano demasiado visible. Lo cierto que las resinas sintéticas han reducido este agobio, pero ni aún con ellas queda evitado de una manera absoluta.

Si estas razones estéticas nos obligan a reducir o mejor dicho a eliminar la **encía** anterior en los dispositivos superiores completos es notorio que su retención resulta inferior y en relación está con la contextura del revestimiento mucoso.

Esta disminución de la retención depende, lo mismo que para el borde posterior (fig. 4) del sellado. Al colocar, co-

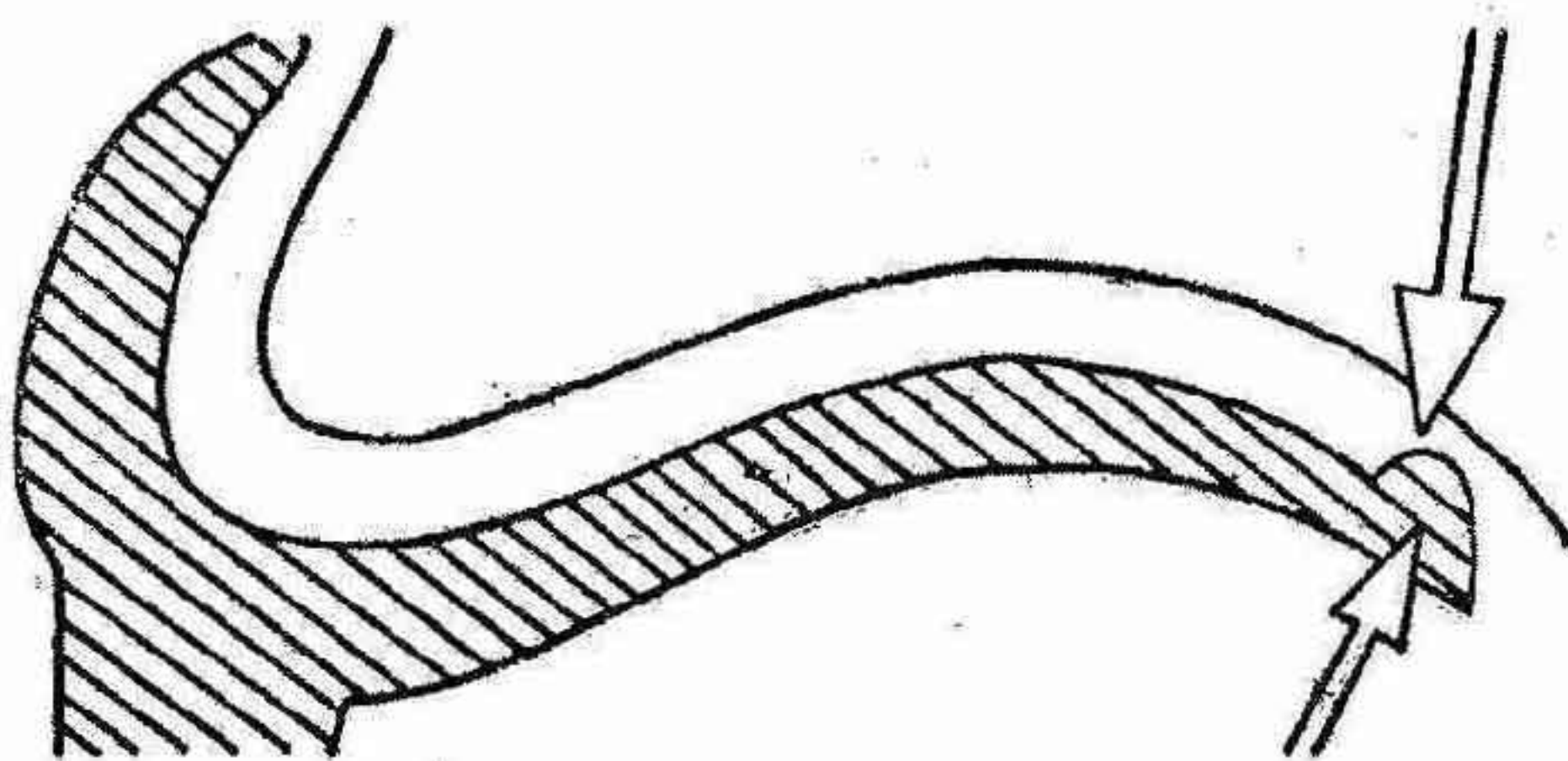


Fig. 4.—El sellado aumenta la retención de las placas

mo consecuencia de la supresión de la **encía** anterior los dientes al **tope**, la falta de una perfecta adaptación de los talones de los dientes a la mucosa, sobre todo en los primeros momentos de la instauración del dispositivo, permite al aire penetrar entre los cuellos de los dientes dando lugar al desplazamiento de la placa.

Como consecuencia lógica parece habría de ser la determinación de CHICK y PEACOCK (1) de recortar el modelo (fig. 5) para reproducir esta misma barrera del sellado posterior. "La experiencia ha demostrado—dicen estos autores—que las placas con dientes al tope, provistas de esta barrera anterior, muestran en efecto una retención mucho mejor que aquellas que no van provistas de este dispositi-

(1) Brit. Dent. J., XI, 2, 1945.

vo". El raspado o recorte de esta barrera exige cuidado y debe concederse especial consideración en cada caso,

La técnica, aunque elemental, puede referirse como sigue:

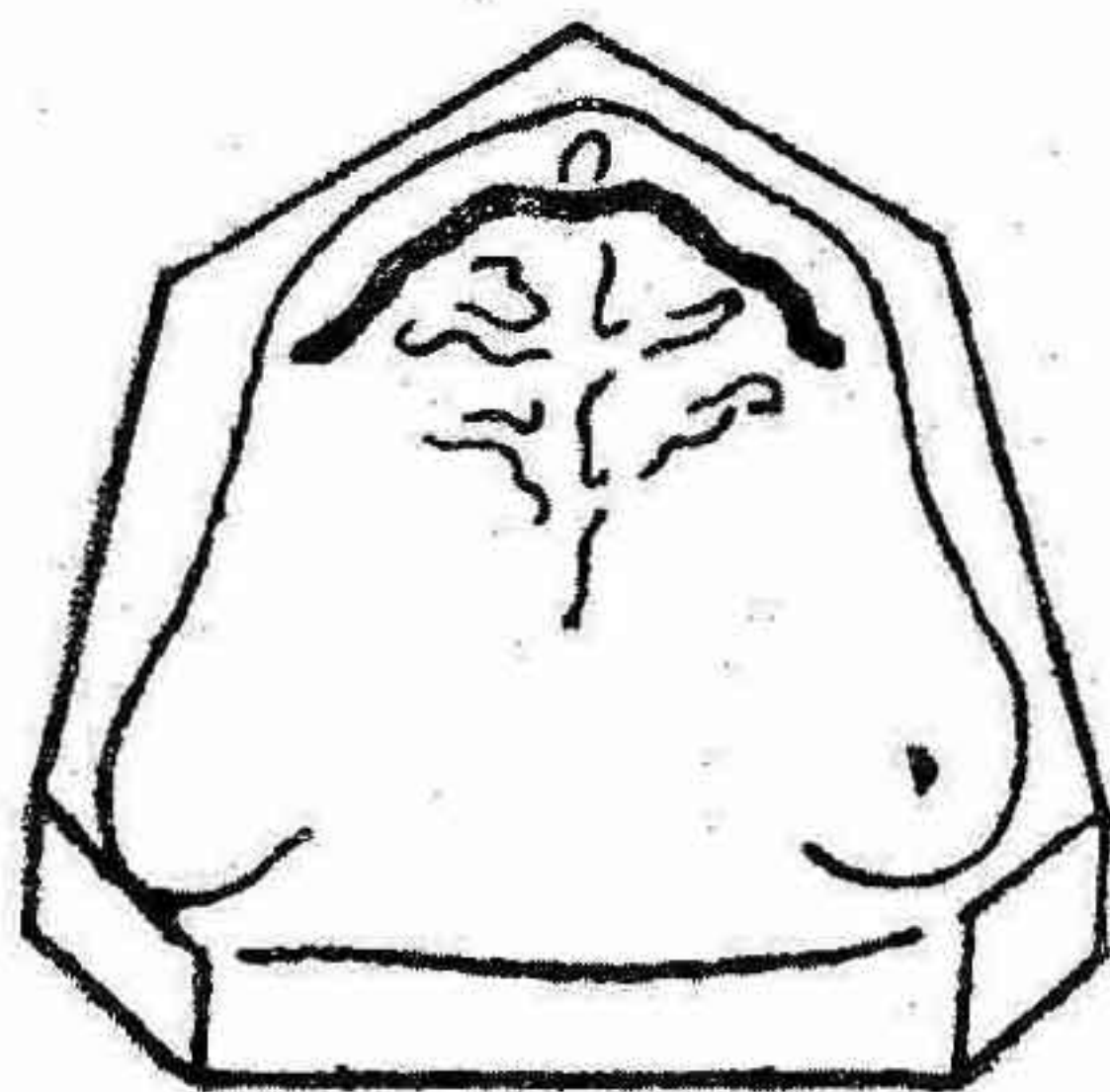


Fig. 5.—El brazo negro representa el raspado de la barrera anterior. (Chick, Peacock.)

El raspado debe ser en forma de U y no mayor de 1,5 milímetros de profundidad. Su emplazamiento debe hacerse precisamente dentro (fig. 5) de reborde alveolar, en el lado palatal, de forma que resulte efectivo aun cuando la

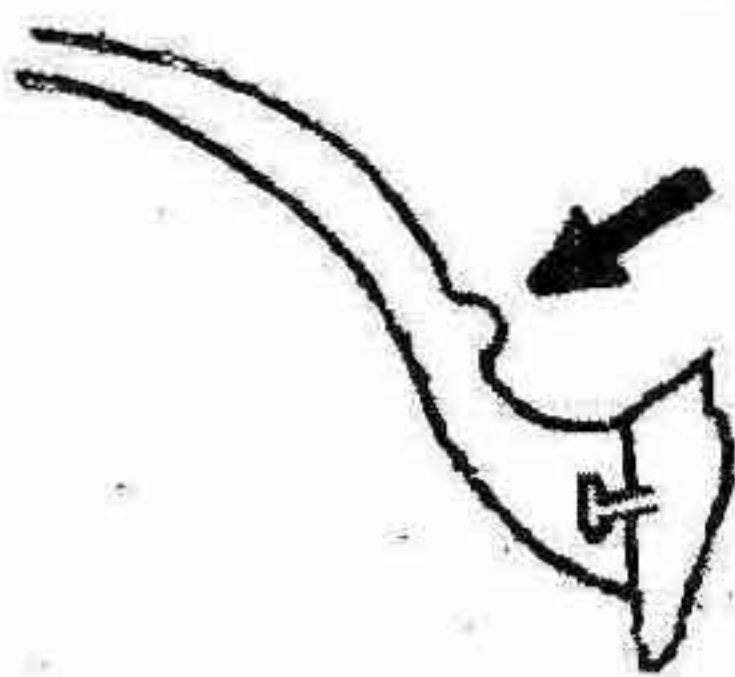


Fig. 6.—La barrera o dique anterior debe colocarse a unos seis mm. de la cresta del reborde alveolar. (Chick, Peacock.)

adhesión tenga lugar y afecte a la región en que van colocados los cuellos de los dientes. Deben esquivarse las rugosidades del paladar, no haciendo pasar la barrera por entre ellos. La línea media deberá cruzarse posteriormente a la papila, pues no puede aceptarse el aplicar presión alguna a los nervios y vasos que mergen por el foramen anterior que bajo ella desconsan. La barra o dique anterior debe co-

locarse a unos seis milímetros de la cresta del reborde alveolar (fig. 6), es decir, lejos de donde se adapta el diente a la **encía**.

El adecuado instrumento para el raspado de esta barrera o dique nos lo podemos proporcionar con un viejo escavador, al que recortamos en la forma deseada.

No obstante lo que antecede creemos nosotros que, sin rechazar la propuesta de **Chick y Peacock**, el sellado anterior sólo puede ser necesario ensayarlo en casos de excepción, ya que rara vez los dientes al tope nos ofrecerán inconvenientes que a los pocos días de ser portada la placa no hayan sido por sí solos resueltos.

Es más, nosotros creemos que las propias incidencias del montaje al tope ofrecen una mayor posibilidad de *incrustarse* en la *encía* alveolar dando lugar a un perfecto sellado, como también la experiencia confirma. Y mucho más si el revestimiento mucoso no es demasiado compacto. De serlo, esta barrera anterior propuesta pudiera llegar (?) a representar un inconveniente más que un beneficio, o cuanto menos su inutilidad.

Luxaciones recidivantes del maxilar en el censo del electrochoc.—Son bastante frecuentes (5 por 100 en la serie de los autores) sin gravedad, no dejan recuerdo y se reducen fácilmente y afectan en general a sujetos que presentan un maxilar con rama horizontal larga. El mantenimiento de la oclusión forzada parece la mejor profilaxia. DAUMEZON y DELAMARE. per Gz. Med. Esp.