

PROTESIS DINAMICA

ARTICULACION DINAMICA Y SU CLASIFICACION DE LA PROTESIS DINAMICA

por el

Dr. Julio Olguera

616.314-089.98 : 642

Para la obtención de la articulación dinámica diferenciamos, en primer término, si se trata de obtener esta articulación en bocas dentadas o en bocas desdentadas.

Tanto en un caso como en otro, lo primero que tenemos que hacer es obtener la mordida dinámica; pero, naturalmente, ésta varía según el caso.

Y así, en el primero o de bocas dentadas, es decir, con todas sus piezas dentarias naturales, la mordida dinámica que, como sabemos, precisa obtener en primer término el correspondiente plano dinámico, en estos casos dentados completos no hace falta, porque nos viene ya dado, así es que nos reducimos a construir la mordida sólo con el material superplástico, de la siguiente forma:

Introducimos una tira de gasa de seda de unos dos centímetros de ancha por unos quince centímetros de larga en el material superplástico descrito fundido por el calor, y después de retirarla y previo enfriamiento en agua fría, volvemos a introducirla en el mismo material fundido, y así repetidas veces, hasta que haya adquirido el grosor de más de un centímetro aproximadamente.

El empleo de la tira de gasa es con el fin de evitar la total perforación de la mordida en los puntos de contacto y fricción cuspídea, pues un grosor de 0,02 milímetros es prácticamente nulo, y, sin embargo, evita la perforación, lo cual nos facilita el posterior vaciado de la mordida dinámica.

Como esta tira de material superplástico es muy blanda y modelable, fácilmente podemos adaptarla en la boca dentada a un arco denta-

rio, que ha de ser el opuesto del que queremos obtener el registro del movimiento articular, y lo fijamos a este arco con cera adhesiva, o simplemente, por retención en los espacios interdentarios, para lo cual es suficiente amoldar por presión digital algo del material superplástico hacia los espacios interdentarios, mientras marcamos las cúspides dentarias del arco fijo.

Después ordenamos al paciente que mastique y siga masticando con un lado, luego con el otro, después que muerda con los dientes, y así todo el tiempo que estimemos conveniente.

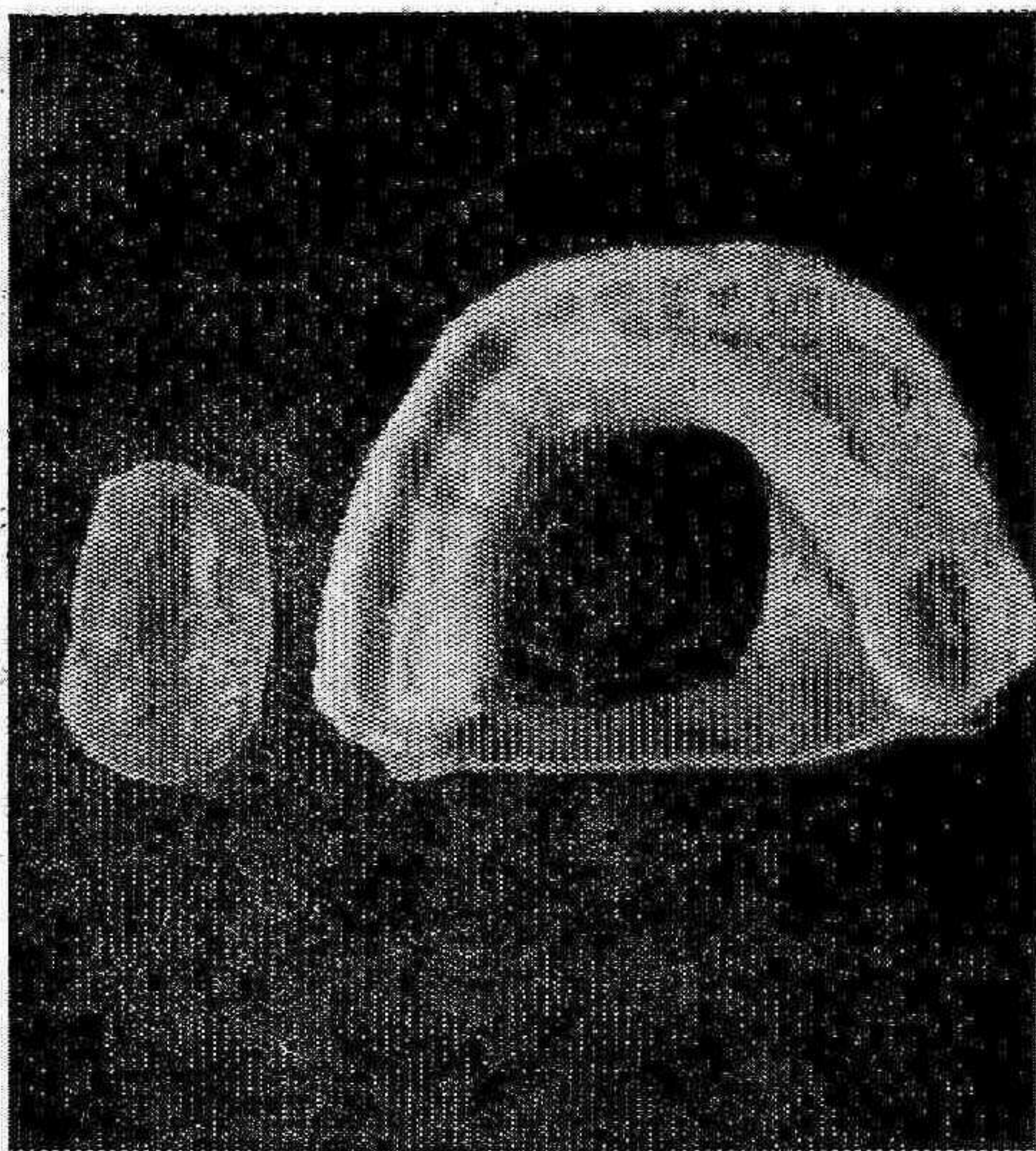


Fig. 1.—“Mordida dinámica” de boca dentada

French, de Buenos Aires, al emplear las técnicas dinámicas, aconseja al paciente que arrastre los dientes y muelas, unos sobre otros, en todas las direcciones, lo cual es fácilmente comprendido y ejecutado por el paciente, a la vez que nos proporciona medidas dinámicas más exactas.

Cuando lo consideremos suficiente, ordenamos abrir la boca al enfermo y, previo enfriamiento y desprendimiento de los puntos de fijación, retiramos la mordida dinámica (fig. 1) de la boca, con la delicadeza suficiente para no deformarla.

En estas prácticas hay quienes prefieren obtener la medida del arco fijo y colocar sobre su positivo la cara fija de la mordida dinámica, con el fin de corregir con su adaptación la posible deformación que al retirar de la boca pudiera sufrir la mordida dinámica de bocas dentadas.

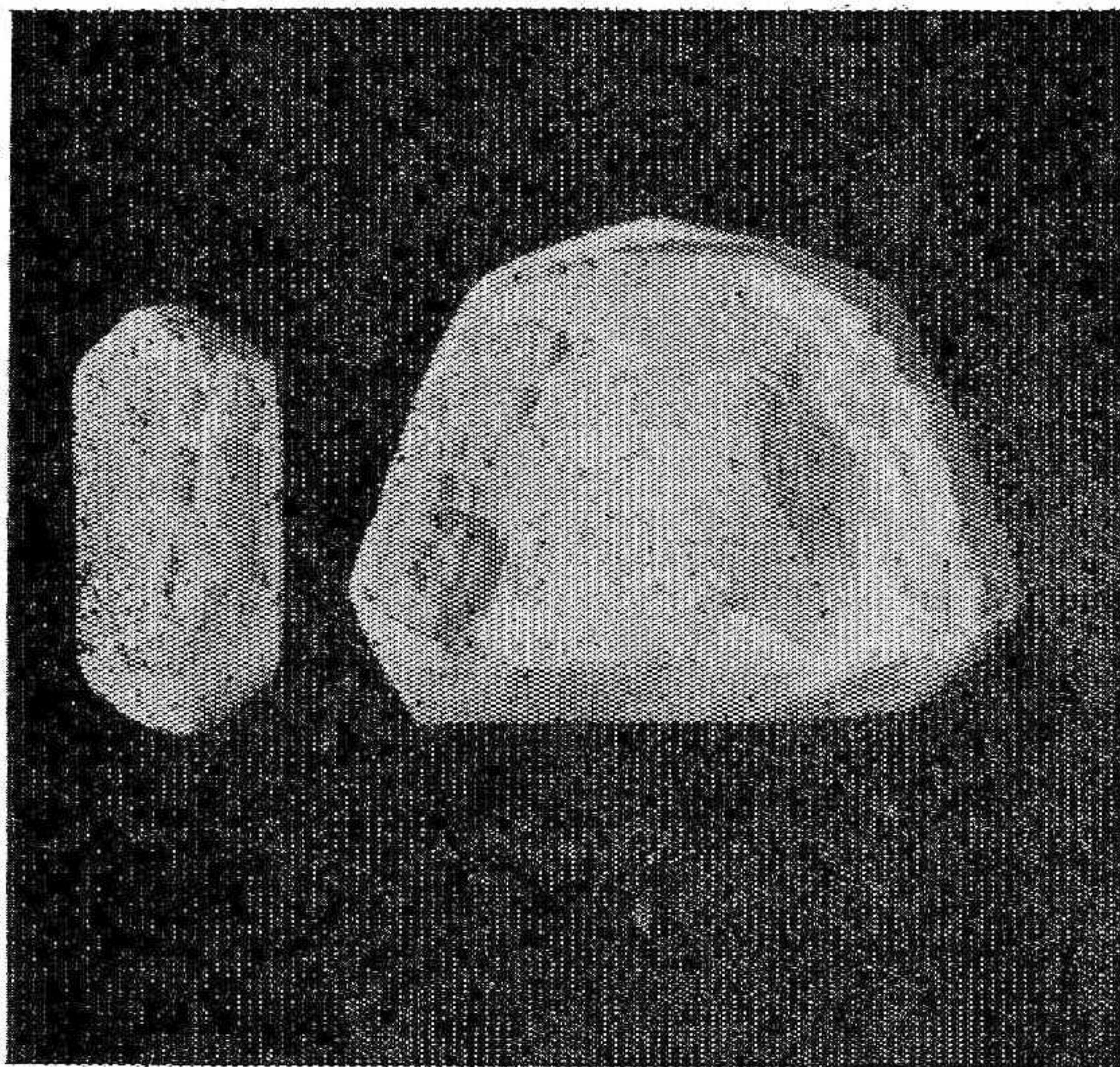


Fig. 2.—Positivo de la mordida dinámica.

Y ya tenemos la mordida dinámica de bocas dentadas, la cual ya de por sí, a través de la luz, podemos apreciar un exceso o un defecto de contactos articulares.

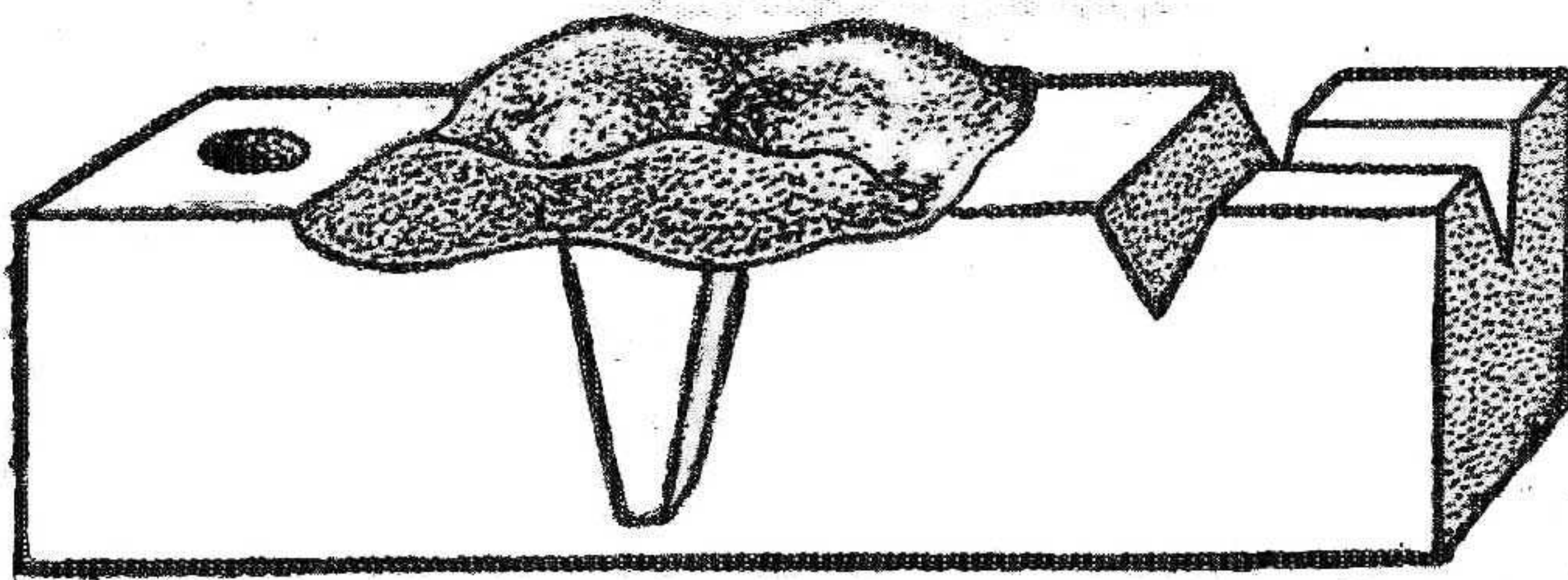


Fig. 3.—Se pueden articular practicando unas colas o ranuras, tal y como se suele hacer en la prótesis fija clásica.

Sólo nos queda obtener la articulación dinámica, para lo cual variamos en escayola o piedra artificial la cara dinámica y la cara fija,

si no se ha obtenido anteriormente, como hemos dicho, articulando ambas en cualquier articulador, el nuestro, o mejor en un oclisor, o simplemente articulándolas por medio de una cola de escayola con ranuras (fig. 3), tal y como se suele hacer en la prótesis fija clásica.

De este modo, tenemos en el positivo de la cara dinámica el bloque de los movimientos de las cúspides dentarias, durante la masticación, en relación con el positivo de las cúspides dentarias de la arcada fija, o sea el plano articular de una arcada, en relación con el plano oclusal de la otra, es decir, la articulación dinámica (fig. 4).

Sus aplicaciones prácticas saltan a la vista, pues se comprende fácilmente que si es imprescindible el detenido estudio de la oclusión en Ortodoncia, no lo es menor para la buena y definitiva corrección el minucioso estudio de los movimientos de la articulación dentaria, muchas veces única causa de la maloclusión y en la que siempre interviene en primordial papel.

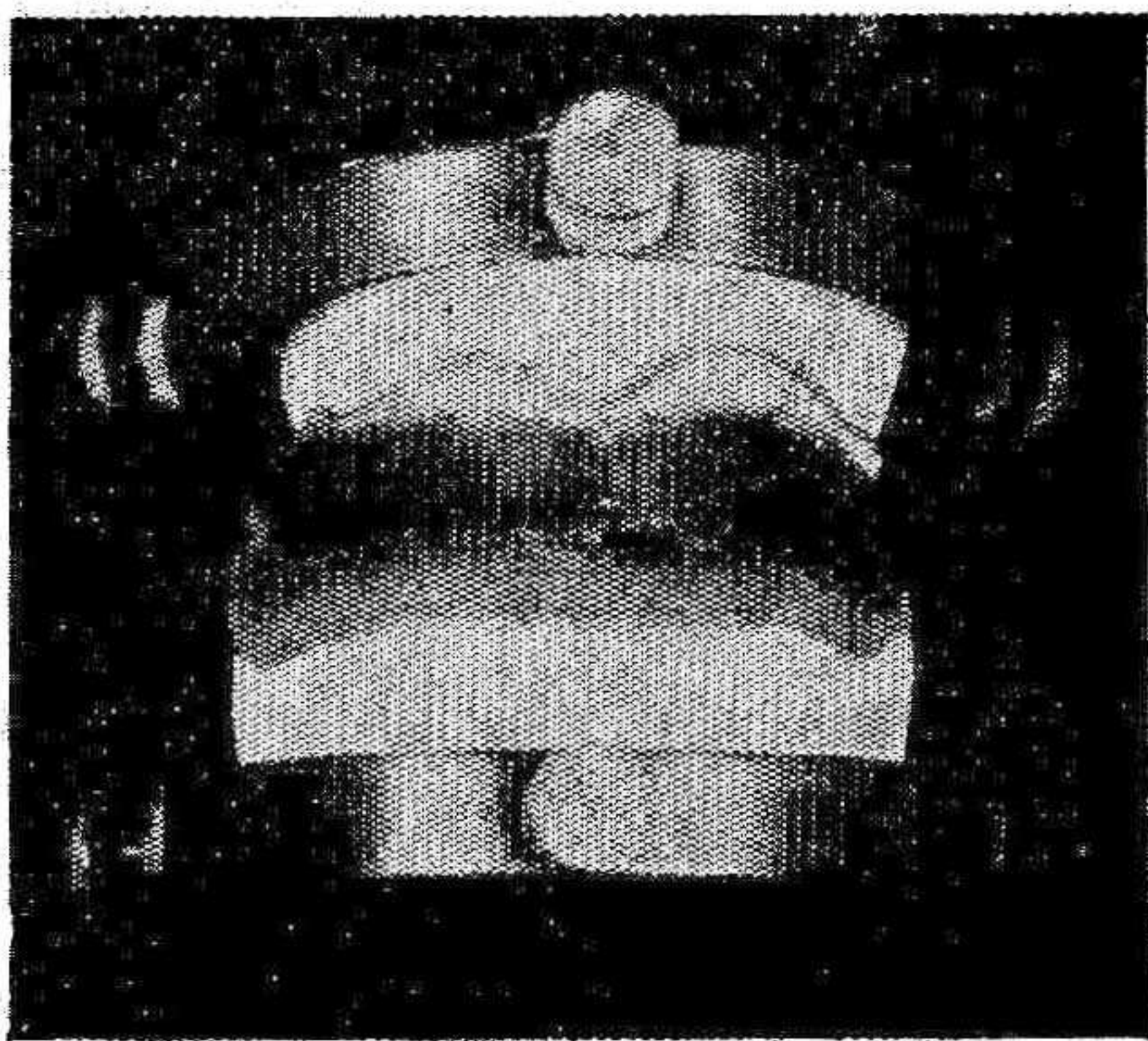


Fig. 4. — *Plano oclusal. Articulación del modelo con la "mordida fisiológica" y su "positivo"*

Desgraciadamente, hasta ahora en Ortodoncia no se le ha dado a la fisiología de la articulación dentaria toda la enorme importancia que tiene, y podemos decir que una gran mayoría de las maloclusiones son debidas a un defecto fisiológico de la articulación dentaria y no solamente a la oclusión. Y, además, en toda la maloclusión supone una alteración de la articulación dentaria, que mientras no se corrige, ésta tiende por fisiología a la maloclusión primitiva, aun después de corregida la oclusión.

No se puede pensar que por conseguir una oclusión perfecta la corrección está hecha, pues si no está conseguida la articulación dentaria debida, el resultado en poco tiempo se desbarata.

Claro es que la Ortodoncia no disponía de elementos para un perfecto conocimiento de la articulación dentaria; pero con el estudio de la articulación dinámica esto se simplifica y se hace visible, ampliando sus beneficios.

También podemos emplear la articulación dinámica de manera esencial, decisiva y única en los casos de paradentosis por sobrecarga.

En estos casos, el estudio de la oclusión no es suficiente, pues durante la posición descanso pueden existir puntos de contacto excesivo, con sus fatales consecuencias; pero no es menos cierto que en ocasiones no existen estos puntos de exagerado contacto en la oclusión, y, sin embargo, tenerlos en alguno de los movimientos masticatorios y ser debida la paradentosis exclusivamente a esta sobrecarga (durante la articulación dentaria) y no a la oclusión.

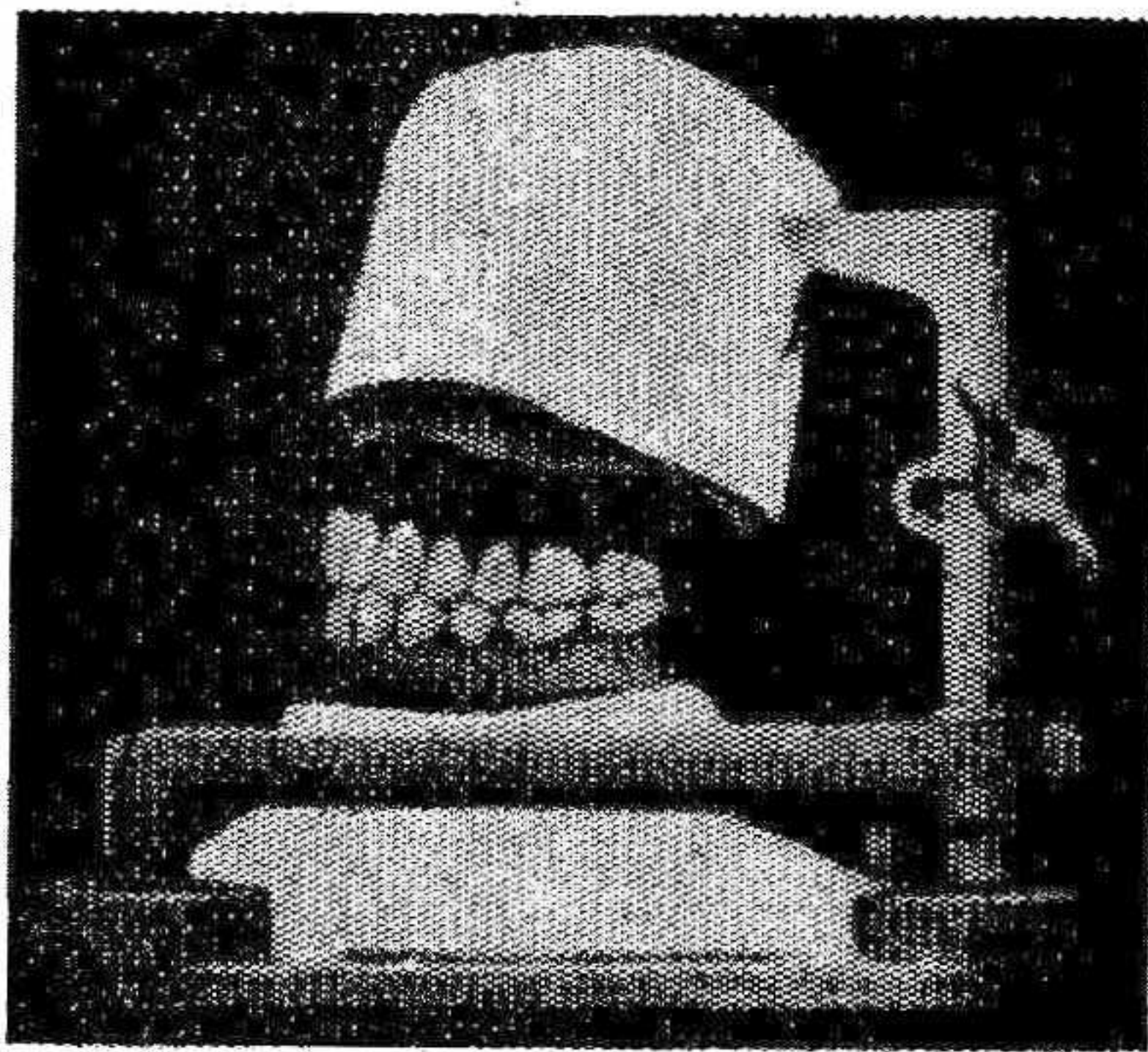


Fig. 5.—Articulador de Wustrow,
con cuatro cazoletas

La misma importancia tiene el conocimiento de la articulación dinámica para el tratamiento de las periodontitis por sobrecarga, y, en general, debemos contar con ella en toda paradentosis y periodontitis, tanto sea o no la causa la sobrecarga articular, por los beneficios que en estas enfermedades se experimentan, al favorecer una articulación equilibrada.

Pero donde no cabe duda tiene su más amplia aplicación es en la prótesis, como hemos visto; el registro indirecto de la articulación

condilar por medio de los articuladores temporomaxilares no es perfecto (por pretender registrar matemáticamente un movimiento biológico), y es imposible, por no conocerse aún todos los movimientos condilares, aparte otras razones, y si el registro de la articulación dentaria o los articuladores dentarios, es mejor, por ser más directo, aunque su gran defecto estriba en el intento de reproducir los movimientos registrados en la cera superblanda de la mordida (pues ya sabemos que cualquier otro material más duro provoca la protusión del maxilar inferior, y, por lo tanto, serían inexactos los movimientos de la articulación dentaria), las huellas se deforman y en las cazoletas se registran movimientos falsos, y, además, la perfección de estos articuladores es mayor con tres cazoletas registradoras que con dos, y mejor con cuatro que con tres (fig. 4); es decir, que tanta mayor perfección se alcanza cuanto mayor sea la superficie de las cazoletas registradoras, y se comprende que el paso siguiente en este camino es el registro de la articulación dentaria, que es totalmente completo y, además, totalmente directo de la misma articulación.

Así, pues, la prótesis dinámica, es decir, la construída como base con las normas teóricas descritas y las técnicas prácticas expuestas (ODONTOLATRÍA, 3, 60, 1946), así denominada para diferenciarla de la prótesis clásica, y que podemos definirla diciendo que es el conjunto de técnicas para dotar a los aparatos protéticos, coronas y puentes de la articulación dinámica.

Es decir, que la prótesis construída con arreglo a estas técnicas tolera todos los movimientos articulares individuales registrados en la mordida dinámica, mucho más completos que los registrados por cualquier articulador y mucho más exactos que los reproducidos por éstos, técnicas que difieren completamente de las clásicas conocidas.

Clasificación de las prótesis dinámicas

Y así, antes de nada y para hacer un ordenado estudio, tenemos que clasificar las prótesis dinámicas de distinta manera que hasta ahora se ha hecho en la prótesis clásica (en fija y movable), pues esta clasificación no nos sirve para nuestro objeto, ya que para esta división del estudio de las prótesis dinámicas es esencial la consideración de que los aparatos protéticos, coronas y puentes tengan o no

piezas dentarias antagónicas, o, dicho de otro modo, interesa en prótesis dinámica, para su diferenciación, el que exista o no articulación antagónica dada, y estos casos se nos pueden presentar tanto en prótesis fija como en la movable.

Por esto, para un ordenado estudio de la técnica de la prótesis dinámica la dividiremos en dos grandes secciones: *un primer grupo o de prótesis dinámica, con articulación dada* (fig. 5), y *un segundo*

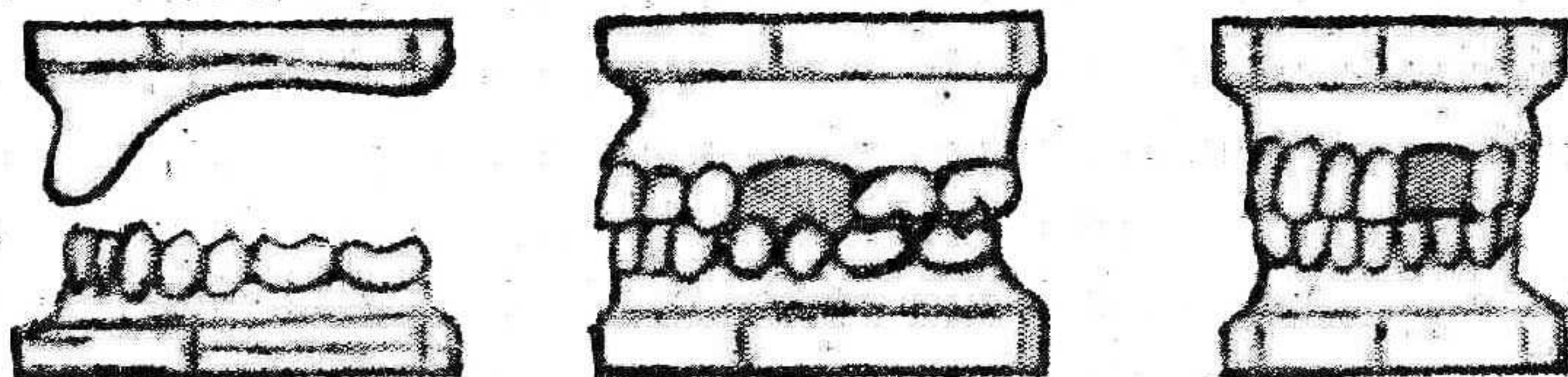


Fig. 6.—*Primer grupo de prótesis dinámica o con articulación dada. A, B y C, tres casos de este grupo*

grupo o de prótesis dinámica, sin articulación conocida (fig. 6).

Tenemos que puntualizar que es suficiente la falta de una sola pieza dentaria en la articulación para que clasifiquemos el caso en el segundo grupo.

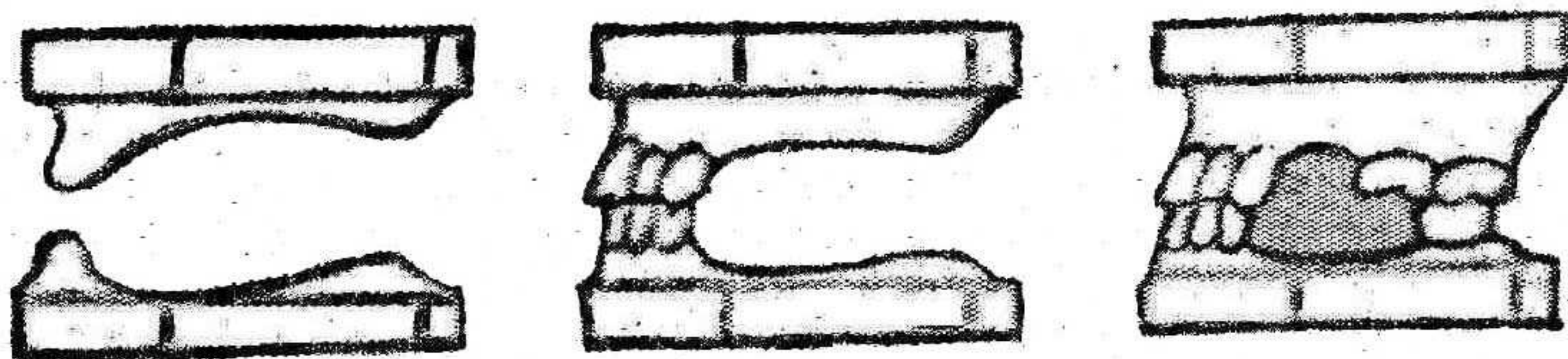


Fig. 7.—*Segundo grupo de prótesis dinámica o sin articulación conocida. A, B y C, tres casos de este grupo*

Pero, además, en este segundo grupo, o sin articulación conocida, distinguimos de primera intención otros tres casos, que son: 1.º, los casos sin articulación completa, pero con piezas dentarias naturales contiguas; 2.º, aquellos que sin articulación completa tienen pocas piezas dentarias naturales y no contiguas, a las que faltan, y, por último, 3.º, todos los casos sin articulación total, o sea sin ninguna pieza natural.

Resumiendo, hemos construído el adjunto cuadro de la división de la prótesis dinámica como sigue:

Prótesis dinámica ...	Primer grupo, o con articulación conocida.	
	Segundo grupo, o sin articulación dada ...	Primer caso, con piezas dentarias naturales contiguas. Segundo caso, sin piezas dentarias naturales contiguas. Tercer caso, sin piezas dentarias naturales.

En la figura 5 hemos elegido tres ejemplos del primer grupo, o sea con articulación conocida, y en la figura 6 presentamos otros tres casos del grupo segundo, o sin articulación completa, y el primero es un ejemplo del primer caso de piezas contiguas; el segundo, un caso de piezas, pero no contiguas, y el tercero, el ejemplo de dentadura completa, o sea sin ninguna pieza dentaria natural, sin que esto quiera decir que todos los demás casos que en prótesis se nos puedan dar no podamos clasificarlos según esta norma general, pues, sin excepción, todos caen dentro de esta división.

El tratamiento de la alopecia areata, por A. CARRILLO AUSEJO, Director del Dispensario Oficial Dermatológico y de Higiene Social, Oviedo.—Asimismo se ha señalado la pelada refleja de origen dentario por Jaquet, provocada por un foco supurado dental (granuloma apical, osteoperiostitis peridental, etc.). También Sabouraud cita dos casos observados por él de coexistencia de pelada con erupción patológica de las muelas del juicio.—(per *Revista Clínica Española*. Tomo XXVII. Núm. N.)

Protección de la piel contra los rayos solares.—Por requerimiento oficial militar, los autores han examinado diferentes pomadas destinadas a proteger la piel contra las radiaciones solares. Diversos productos, a base de óxidos de titanio o de cinc, de sales de hierro, etc., no han dado los resultados requeridos. Sólo la vaselina roja oscura, particularmente cuando va adicionada a 10 por 100 de salol, se ha manifestado muy activa y sin ninguna toxicidad.—(Matthew, Taylor, Cole y Solimann; *Journ. Am. Med. Ass.*, 130, 1, 1946.)