

LA RELACION VERTICAL

por el

DR. TORIBIO SÁNCHEZ

La profusión extraordinaria de técnicas y conceptos que en una u otra forma pretenden solucionar el problema de la mal llamada dimensión vertical, prueba de manera concluyente que la misma está aún sin tener su solución definitiva. Pensamos, ubicados en el terreno que estudia ese problema desde el punto de vista de la fisiología, que el error conceptual de considerar a esa faz de la labor protética total como de dimensión, es la que implícitamente obstaculiza la solución del problema. Entendemos que en un ser vivo, en que todos los órganos guardan entre sí una relación de dependencia armónica y correcta, no hay nada que medir, sino que relacionar; por ello, cuando se pretende buscar una solución en base a medidas de tantos centímetros o de similitud de parte o proporciones, se está demostrando que el problema se ignora en su verdadera esencia.

La cavidad bucal y su estructura externa, el macizo cráneo facial, con todos sus elementos anatómicos, guardan una estricta relación de interdependencia, y en esa interdependencia los dientes, o mejor dicho sus coronas, tienen algunas funciones principales que cumplir, otras son secundarias, y otras, muy relativas. Como funciones principales, tenemos la función mecánica, la masticatoria y la estética; como secundaria, la fonética, y como relativa, la de mantener la relación vertical.

Esa relación vertical, ese grado de separación entre los rebordes alveolares, está mantenido exclusivamente por los elementos musculares masticatorios, coadyuvado por los elementos que constituyen la articulación témporo mandibular. El sinergismo armonioso entre los músculos elevadores y depresores, entre agonistas y antagonistas, son los que confieren y determinan la relación vertical en todo individuo; los dientes son como topes que aseguran a esa musculatura una estación de parada para poder ejercer su máximo poder, son los elementos que permiten a éstos ejercer su función dinámica en la masticación. Prueba de ello es que si impedimos que los músculos puedan tener su momento de reposo, creamos un verdadero cuadro patológico.

El comprender perfectamente este concepto aclara en forma total el panorama de la relación vertical, puesto que solamente respetando esa premisa fisiológica es posible dar solución satisfactoria al problema que estamos enfocando.

La prueba de que no es factible dar una solución standardizada por medio de fórmulas, medidas o controles, es que, protéticamente hablando, tenemos dos tipos de desdentados totales a considerar. Uno es el desdentado reciente, el que llega a nuestras manos cuando aun no han transcurrido más de dos meses de su pérdida dentaria, y otro es el desdentado antiguo, aquel que ya ha cumplido más de un año como tal.

El primero trae a nosotros una relación vertical correcta, su musculatura conserva perfectamente el grado de sincronismo antagónico que permite que los rebordes residuales guarden la misma separación que tenían cuando poseía sus piezas dentarias. Si nosotros somos capaces de captar ese grado de separación, tendremos en nuestra mesa de trabajo la relación vertical individual de nuestro enfermo. Cualquier técnica capaz de lograr esto será correcta.

En cambio, el desdentado antiguo trae a nosotros una relación vertical que está de acuerdo a ese momento que vive el individuo, es exclusivamente personal y está modificada con relación a la separación que tuvo cuando poseía sus piezas dentarias; es como si existiera un asincronismo entre la musculatura masticatoria, como si los músculos elevadores, por poseer inserción fija en el macizo craneal, hubieran adquirido una ligera prevalencia sobre el resto de la musculatura, y la relación vertical está disminuída.

Insistimos en que esa relación es estrictamente individual, vive con el individuo mismo, y está de acuerdo a ese momento de su vida; por ello creemos que debe ser respetada, y no como se hace habitualmente: dar una relación vertical de acuerdo a conceptos extraídos de pacientes normodentados o basarse cuando él tenía sus dientes; todo lo que lograremos es, o crear una situación anómala neurálgica muscular o una reabsorción tisular. Esa nueva relación vertical lógicamente no es patrimonio de un día; es la resultante de la adaptación muscular a un nuevo estado de cosas, a una nueva situación fisiológica, y todo aquello que pretenda hacer pasar violentamente a la musculatura, de esa posición a otra, sólo logrará la defección patológica del elemento más vulnerable.

Cuando se comprendan perfectamente estas situaciones y se les dé todo su valor, podremos decir que la relación vertical entrará en la faz de su solución definitiva.

Las técnicas actuales para determinar la relación o dimensión vertical son inexactas, porque no contemplan esa situación. Aun a fuer de pecar de inmodestos, creemos que en la actualidad la única técnica que se aproxima con bastante exactitud es la que preconizamos como de determinación fisiológica, ya que ella es determinada única y exclusivamente por la musculatura masticatoria de nuestro enfermo.

Si el desdentado es reciente, la relación vertical será la correcta y no deberá sufrir ninguna modificación.

Si el desdentado es antiguo, construimos la prótesis de acuerdo a la relación vertical obtenida con nuestro método, y la misma será usada por nuestro enfermo hasta que la musculatura masticatoria readquiera (y así sucede, pues lo hemos observado en un 85 por 100 de casos) el sincronismo perdido, y dé a ambos rebordes la relación de separación correcta.

En esa situación, procederemos a la readaptación de la prótesis a la nueva relación vertical.

(*per* "Trib. Odnt.", XXXIX, 9-10.)