

PROTESIS FIJAS RIGIDAS Y ARTICULADAS

por el

PROF. DR. SALVADOR M. BAHAMONDE

Las prótesis fijas, comúnmente llamadas puentes, son dispositivos destinados a reemplazar una o más piezas dentarias naturales por otras artificiales, que se anclan o sujetan, exclusivamente, en los dientes remanentes próximos, prescindiendo, en consecuencia, del reborde desdentado, con cuya mucosa sólo tienen relaciones de contacto. El estudio y conocimiento de las condiciones mecánicas y biológicas de los dientes que el paciente conserva y que se suponen susceptibles de ser utilizados como pilares para la futura prótesis precisa ser prolijo y minucioso, ya que para su eficiente utilización debe reunir algunos requisitos indispensables que no pueden escapar a un control previo a la institución del tratamiento, vale decir, a la construcción de la prótesis.

Se designa como "pilar" a toda pieza dentaria cuyo conjunto anatómico y fisiológico (corona y raíz o raíz exclusivamente) esté en condiciones de servir de apoyo o sostén a cualquier dispositivo protético.

El valor que posee un diente, como pilar, en la confección de un puente depende de sus condiciones generales, es decir, integridad coronaria y radicular, longitud y dirección de las raíces, y muy especialmente del "terreno de fundación", que está integrado por los diversos elementos que sirven de sostén al diente (el periodonto, el tejido óseo alveolar y el tejido gingival).

Las fuerzas que actúan sobre una prótesis fija son transmitidas y soportadas por los dientes pilares. Esas fuerzas actúan sobre todos los elementos que conforman la articulación alvéolo-dentaria, entre las cuales el periodonto ocupa un lugar preponderante.

Es así como Tylman, refiriéndose a la capacidad biomecánica de tales o cuales piezas dentarias, habla del "valor periodóntico" de los dientes: parecería que un diente, posible pilar, vale tanto como la integridad y extensión de su paradencio, con la salvedad de que cada diente sano y normal posee un valor mecánico "nato" que depende de circunstancias anatómicas y fisiológicas.

Una prótesis mal concebida, en lo referente a la elección de los dientes pilares, nos llevaría al fracaso, casi siempre inmediato, pero no por eso desdeñable.

Estas consideraciones deben conducirnos a un examen exhaustivo de los dientes pilares, vale decir: valoración del número de dientes existentes y disposición de los mismos, su valor mecánico actual, estado del paradencio, estado del periápice, conformación y amplitud de la cámara pulpar en los dientes vivos, posible existencia de los dientes retenidos, oclusión, etc.

De la recopilación de todos estos elementos de juicio podremos establecer un pronóstico y diagnóstico juiciosos y un tratamiento adecuado, teniendo siempre presente como algo fundamental, o por lo menos importante, estos dos principios enunciados por Paul Nes-poulous:

a) Todo diente sano y normal puede soportar el esfuerzo que le corresponde, más el llevado a una corona suplementaria (de reposición protética) de igual valor mecánico y en dirección paralela a su eje.

b) Los dientes pueden dividirse en fuertes, medianos y débiles

Los dientes fuertes son: primeros molares, caninos y en algunos casos segundos molares.

Los medianos: primeros y segundos premolares, e incisivos centrales superiores.

Los débiles: incisivos laterales superiores y centrales y laterales inferiores.

Los terceros molares son variables en cuanto a la apreciación de su valor mecánico, de acuerdo a su estructura anatómica coronaria y radicular, implantación, posición del arco dentario, etc.

Esta valoración es relativa, ya que en las ciencias biológicas o naturales nada es sistemáticamente igual.

Reunidos todos los datos del diagnóstico podremos abocarnos a efectuar: primero, el proyecto de la futura prótesis, e inmediatamente, a su ejecución.

Dos maneras hay de resolver la construcción de un puente, maneras que podrían tal vez denominarse sistemas o escuelas:

a) Los puentes rígidos.

b) Los puentes articulados.

Los puentes rígidos compartieron durante muchos años su aplicación con las prótesis removible, dejando sentado que éstas, sin lugar

a dudas, respetan en mayor grado el "factor biológico" en lo relativo a la integridad material de los elementos dentarios en que se apoyan.

A pesar de la consecuencia de los pacientes y de los profesionales con las prótesis rígidas, cabe destacar que éstas restringen la libertad fisiológica de los dientes pilares, dentro del alvéolo con el cual se crea la articulación reducida, pero existente, en la cual el ligamento alvéolo-dentario es el elemento que permite el movimiento.

En la hora actual, una mayor preocupación por la salud del terreno en que operamos ha planteado nuevos puntos de vista en la aplicación de las prótesis fijas; es así como, mientras algunos protesistas se mantienen firmes en la aplicación sistemática de los puentes rígidos, otros abogan por la utilización exclusivamente de los articulados. Unos y otros, basados en distintas razones, preconizan el sistema de su preferencia.

Los partidarios de los puentes articulados sostienen que la anulación de la libertad fisiológica de los dientes acarrea, a la larga, trastornos en el paradencio, reabsorciones alveolares y, en general, cambios en la estructura ósea, en el área de implantación de los dientes que pueden constatarse por el control radiográfico.

Así, pues, la ventaja más apreciable de los puentes articulados consistiría en no modificar o disminuir, en no alterar, en suma, el fisiologismo de la articulación alvéolo-dentaria al respetar la libertad de movimiento de cada pieza dentaria.

El factor mecánico no constituirá nuestra única preocupación, sino que deberá conciliarse con las necesidades derivadas del respeto de los factores biológicos.

Es difícil y con frecuencia imposible respetar al máximo y por igual los factores biológicos y mecánicos en juego. El profesional ha de colocarse en tales casos en el término medio razonable para lograr hasta donde sea posible, el equilibrio ideal.

Villain, a quien transcribimos a continuación a través de la cita de Moreyra Bernan, sentó las siguientes normas para la construcción de prótesis fijas articuladas:

- a) El conocimiento biológico es primordial y previo al tratamiento.
- b) Aunque el puente articulado requiera detalles y esmerada técnica, está al alcance del profesional medio.
- c) Las incrustaciones de anclaje requieren condiciones máximas de retención por la magnitud del esfuerzo que deben soportar.

d) Están especialmente indicados en los casos de falta de paralelismo entre los dientes pilares, en un grado tal que no pueda obtenerse por el desgaste de las caras proximales.

e) Sólo con elementos o anclajes articulados la prótesis podrá instalarse.

f) Los puentes no deben ser muy extensos.

g) Los dientes pilares deberán hallarse en la plenitud de integridad de su paradencio.

h) Cuidar al máximo la articulación del tramo, para evitar excesos de carga sobre los dientes pilares, con la consiguiente fatiga de los mismos.

Los partidarios sistemáticos de las prótesis fijas, rígidas, sostienen que a través de la experiencia, un tanto empírica, pero digna de tenerse en cuenta, se ha comprobado la bondad de tal tipo de aparatos.

Sin discusión, debemos aceptar que cuando los dientes pilares no se encuentran en óptimas condiciones en lo referente a la salud de su paradencio, la aplicación de un puente rígido es el mejor procedimiento, pues al mismo tiempo que reponemos las piezas dentarias perdidas logramos que la prótesis rígida actúe como aparato de fijación para evitar el acrecentamiento de la movilidad de los dientes.

La observación de un elevado número de pacientes portadores de puentes rígidos durante muchos años sin perturbación "aparente" en los dientes pilares plantearía, desde luego, por lo menos un interrogante en cuanto a los factores perniciosos que acarrea en los paradencios la utilización de tales prótesis. No es posible negar que la sobrecarga a que están sometidos los dientes pilares, más la inmovilidad de éstos en su alvéolo, se apartan de lo biológico y crean una deficiencia orgánica y funcional, pero ¿es tan grave como pretenden los defensores "a outrance" de los puentes articulados? La respuesta suele ser ésta: La inmovilización de los dientes por medio de una prótesis rígida, desde luego realizada con el mejor criterio, desde todo punto de vista no sólo no acarrea trastornos al paciente, sino que lo favorecen desde el punto de vista "protético" ya que se supone que toda articulación, aun siendo tan exigua en sus movimientos, como la alvéolo-dentaria, al ser bloqueada e inmovilizada durante mucho tiempo termina por anquilosarse. A dientes pilares anquilosados correspondería una sujeción mayor en el alvéolo—patológica, pero útil—, ya que, merced a tal deficiencia, podemos conseguir la inmovilidad de los dientes pilares durante lapsos muy largos.

En realidad, no hemos podido realizar hasta la fecha estadísticas seriamente fundadas en lo referente a la primacía de un procedimiento u otro; vale decir que en esta pequeña reseña nos limitamos a plantear el problema, con algunas acotaciones someras respecto a las bondades o defectos y a las indicaciones y contraindicaciones.

Con un criterio ecléctico, utilizamos prótesis fijas rígidas, corrientemente, cuando las condiciones de los dientes pilares así lo aconsejan, reservando la aplicación de las prótesis articuladas para aquellos casos en que por falta de paralelismo entre los pilares nos sea imposible optar por otro sistema, procediendo siempre con cautela, porque no debemos olvidar—y éste es un argumento formal contra las prótesis articuladas—que el diente pilar al cual va soldado el tramo del puente sufre una acción de palanca ejercida por el tramo, perjudicial para aquél.

(*per* "Trbna. Odn.", 320, 1954.)

A propósito de 257 neurotomías retrogasserianas. Oscuridades del problema de la neuralgia del trigémino, por RENÉ LERICHE: "Presse Med." núm. 1, enero 1955, pág. 1.

La aparición de un trabajo de P. Wertheimer relativo al tratamiento de las neuralgias del trigémino ha iniciado al autor del presente artículo a reconsiderar su propia estadística y la de Wertheimer, y, sin querer confrontarlas, subraya, sin embargo, las recidivas, la bilateralización, acerca de la cual se habla poco, y algunos puntos oscuros en el problema de la neuralgia del trigémino, lo que le conduce a examinar brevemente el mecanismo verdadero de esta neuralgia.