

UNIVERSIDAD DE COSTA RICA

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

"ENSAYO SOBRE LA SOLUCION A ALGUNOS PROBLEMAS
EN DENTADURAS ARTIFICIALES MEDIANTE
UNA TECNICA PERSONAL"

Por

Armando Ortega Paguaga

TESIS PARA OPTAR AL TITULO DE DOCTOR EN
CIRUGIA DENTAL

DOCTOR
FERNANDO ARGUEDAS OCAMPO
PADRINO DE TESIS

A MIS PROFESORES

Y

COMPAÑEROS

Dedicatoria:

Este modesto trabajo es obra también de conjunto: de aquellos que, con la fe puesta en mi, ayudáronme con su espontaneidad moral unos y material otros para llegar a la feliz culminación de mi carrera. Es pues por ello que en me recidísimo homenaje, dedico esta tesis a mi Madre, a mis hermanos Bernardo, Carlos Manuel, Julio César y Suzy.

Y, elevando al cielo un pensamiento de gratitud, también la dedico a mi Padre y a mi hermana Clotilde, de quienes guardo sagrados recuerdos.

El Autor

INDICE

INTRODUCCION	Páginas
CAPITULO I.- Anatomía protésica del maxilar y la mandíbula.....	1
Zona chapeable.....	1
Tejidos estacionarios, movibles y línea de inserción... .	1
a) Zona estacionaria.....	1
b) Zona movable.....	1
c) Línea de inserción.....	1
Zonas de importancia en el maxilar. Límites protésicos	2
a) Zona de soporte.....	2
b) Zona de sellado periférico.....	2
c) Zona de sellado posterior.....	3
d) Zona de alivio.....	4
CAPITULO II.- Anormalidades de la Zona Protésica. Generalidades.....	4
1) Rebordes flácidos.....	6
2) Rebordes "caídos". Hipertrofiados.....	7
3) Rebordes con presencia de espículas óseas.....	7
4) Torus Palatinus.....	7
5) Ligamentos que impiden la estabilidad de la dentadura	8
6) Lesiones causadas por dentaduras defectuosas.....	8
CAPITULO III.- Coadjuvantes en la retención de placas. Generalidades.....	9
a) Cámaras de succión.....	9
b) Resortes.....	10
c) Ganchos gingivales.....	10
d) Aprovechamiento de la gravedad.....	11
e) Imanes.....	12
f) Líneas americanas.....	12
g) Polvos adhesivos.....	13
Estado fisio-protético para la retención.....	14
CAPITULO IV.- Solución a problemas. Generalidades.....	15
a) Reborde retentivo.....	15
b) Sensibilidad especial palatina.....	16
c) Torus Palatinus.....	17
d) Zona de alivio.....	18

	Páginas
CAPITULO V.- Materiales empleados.....	20
"acrílico corriente" y "acrílico suave".....	20
CAPITULO VI.- PARTE EXPERIMENTAL. Consideraciones	22
CAPITULO VII.- MUFLA EMPLEADA. Consideraciones. Des- cripción.....	26
CAPITULO VIII. Posible solución al problema creado por re- bordes alveolares muy retentivos. (Dentadu- ras con aletas vestibulares articuladas).....	28
CAPITULO IX. Posible solución al problema que se manifies- ta en personas a quienes se les dificulta el u- so de dentaduras que les cubra el paladar. (Dentaduras sin paladar).....	35
CAPITULO X.- Posible solución al problema del Torus Pala- tinus.....	38
CAPITULO XI.- Posible solución al problema creado por as- pectos anatómicos que demanden la confec- ción de "alivio".....	40
RESUMEN.....	43
CONCLUSIONES.....	46
BIBLIOGRAFIA.....	49

INTRODUCCION

Existen en prótesis dental, ciertas condiciones bucales que dificultan o hacen imposible la construcción de dentaduras artificiales perfectas, es decir, que llenen todos los requisitos técnicos que aconseja la ciencia. Son anomalías que, en la mayoría de los casos, constituyen verdaderos problemas. En el presente estudio expongo un procedimiento que pretende resolverlos.

No me anima el optimismo y creer que he dado con la "solución ideal" a las situaciones protésicas que planteo, máxime no ignorando que en esta amplia ciencia han aunado sus esfuerzos un buen número de investigadores en un afán de conseguirla. Ha sido mi deseo, como pináculo de mi dedicación a esta rama de la odontología, contribuir en alguna forma a su adelanto, si se quiere, tratando de resolver ciertas dificultades en la construcción de dentaduras.

No pretendo tampoco haber dejado resueltos definitivamente tales problemas, sino el brindar un nuevo procedimiento susceptible, como es natural, de ser perfeccionado a través del tiempo: mi tesis sustenta un principio, una norma a seguir, una idea.

Revelada la posible solución, sus aspectos, la bondad lógica que proporcionará como medio de resolver los problemas enunciados para el fin dispuesto en el seno de este estudio, no me abriga tampoco el pesimismo, pues considero el método propuesto un recurso factible,-

El Autor

CAPITULO I
ANATOMIA PROTESICA
DEL
MAXILAR Y LA MANDIBULA

Zona Chapeable.

Se conoce con este nombre a toda aquella porción de la cavidad bucal, capaz de soportar una dentadura, sin que ésta se encuentre interferida en su estabilidad, por el movimiento de músculos y ligamentos, capaces de desplazarla o por algunas otras condiciones especiales en el paciente.

El conocimiento de la Zona Chapeable y sus límites, tiene gran importancia en Prótesis, pues sólo así podemos proporcionar un buen servicio.

Tejidos Estacionarios, Movibles y Línea de Inserción.

En la Zona Chapeable se distinguen dos elementos bastante diferenciados en su estructura, unidos entre sí por una línea de inserciones músculo-ligamentosas, denominada por esta razón Línea de Inserción. Estos elementos son:

- a) Zona Estacionaria: Es la porción de los rebordes alveolares y bóveda palatina que está tapizada por una fibromucosa firmemente adherida al hueso proporcionando por esta condición excelentes propiedades como elemento de soporte a las dentaduras.
- b) Zona Movable: Comprende la porción que circunda a la anterior, no favoreciendo el soporte en igual magnitud en las dentaduras, debido a su poca consistencia y movilidad.

Línea de Inserción: Como se expuso, se encuentra en la región intermedia a las anteriores. Su nombre es debido a la circunstancia de llegar hasta ella los músculos y ligamentos que podrían in

interferir en la estabilidad protésica.

Por tratar este estudio, en especial, problemas relativos al maxilar (*), describiré únicamente lo relacionado con el citado hueso.

ZONAS DE IMPORTANCIA EN EL MAXILAR

Límites Protésicos.

Están enmarcados por una línea que contornea el fondo del surco vestibulo-geniano a la porción posterior del paladar óseo. Lo comprendido entre estos linderos, constituye lo que conocemos por Zona Chapeable de la Maxila.

Para facilitar su estudio, la describiremos por secciones, así:

- a) Zona de Soporte: Comprende los rebordes alveolares y una pequeña porción del paladar, es de configuración de herradura; coinciden los extremos de sus brazos a los surcos hamulares y aloja en su cuerpo elementos muy importantes: en su parte anterior presenta el tubérculo palatino que protege la desembocadura del conducto palatino anterior por donde pasan los nervios y vasos naso-palatinos (2). Por su parte interna, cerca de su extremidad, se encuentra el agujero de salida del conducto palatino posterior que da paso a los vasos palatinos superiores y al nervio palatino anterior (3). Estos elementos están protegidos por un tejido mucoso de consistencia especial.
- b) Zona de Sellado Periférico: Hemos visto en este mismo capítulo, lo que constituye la Línea de Inserción. La Zona de Sellado Periférico comprende a una pequeña porción de la Zona Chapeable por encima de esta línea, en que los movimien-

(*) Según la Nomenclatura Anatomía de Basilea, el término "maxilar" designa específicamente el superior, y la palabra "mandíbula" el inferior de la antigua terminología. - (1)

tos músculo-ligamentosos son nulos para actuar en la estabilidad de la dentadura desalojándola. También se conoce, por esta condición, con el nombre de Zona Marginal Neutra. Es, pues, el límite ideal, hasta donde debe alcanzar el borde semicircunferencial de las aletas de las dentaduras en sentido lateral y superior.

Es conveniente distinguir los elementos que se encuentran en esta zona, a fin de no entorpecer su acción normal, al intervenir en nuestros servicios protésicos, a la par que procuramos gran estabilidad a las dentaduras al no encontrarse estorbadas por éstos.

Describiendo tales elementos, en su orden, tenemos que:

1) En la línea media aparece un haz fibroso que se denomina frenillo anterior, que puede entorpecer la estabilidad de la dentadura cuando se presenta muy desarrollado. 2) Por fuera del anterior, el músculo mirtiforme y una porción del orbicular de los labios, respectivamente. 3) Continuando hacia afuera, una porción libre de inserciones musculares hasta llegar al frenillo lateral, frecuentemente menos desarrollado que el anterior. 4) Por encima del anterior, la porción inferior del músculo canino, que por su disposición no interfiere en la función protésica. 5) Por detrás del frenillo lateral no se presentan inserciones musculares, hasta una región próxima a la primer molar, donde aparece la porción superior del bucinador.

c) Zona del Sellado Posterior: Esta es semejante a la anterior en cuanto al sellado periférico se refiere, sólo que está localizada en la región posterior del paladar en la Zona

Chapeable y hasta ella debe llegar el límite posterior de la dentadura. Determinarla no presenta dificultad: "El Límite es tangible, perceptible con el dedo; a la consistencia ósea sigue una consistencia fibrosa" (4).

- d) Zona de Alivio: Constituye aquellas regiones de la Zona Chapeable, que no deben ser sometidas a presión por la dentadura, como son los sitios por donde emergen paquetes vasculo-nerviosos o porciones cuya rigidez proporciona un punto de apoyo, favoreciendo así el movimiento de báscula de las dentaduras, que se asientan sobre éstos, perjudicándolas en su estabilidad.

El alivio actualmente en uso, constituye un heredero en su confección y comportamiento, de su progenitora la cámara de succión desechada por sus múltiples contraindicaciones. Menos lesivo sí, pero que crea un estado anormal en la mucosa bucal. La necesidad de encontrar un medio más favorable de aliviar estas zonas sin los inconvenientes que a mi juicio se presentan con el sistema actualmente en uso, ha dado origen al que propongo en la presente tesis y al cual me referiré con toda amplitud más adelante.

CAPITULO II

ANORMALIDADES DE LA ZONA PROTESICA

Una vez descrita someramente la anatomía protésica normal, es bueno indicar que también, con bastante frecuencia, existen ciertos casos que no se ajustan al tipo regular y corriente, presentándose de esta manera algunas variantes, que constituyen anomalías.

innumerable la variedad de anomalías que presenta la boca y sus anexos y podríamos decir que no existen dos bocas iguales: lo hacemos, es porque encontramos condiciones parecidas en el mayor número, constituyendo lo que conocemos por el tipo común.

Las personas que presentan condiciones que se alejan de lo corriente, de las características generales, se consideran como variantes de ese tipo medio.

Es lógico suponer que muchas de éstas, no se hacen notorias por muchas razones, siendo de las más importantes:

- a) El que nunca hayan usado una prótesis.
- b) La no presencia de zonas dolorosas en la boca.
- c) El que no constituyen lesiones patológicas malignas o infecciosas.
- d) La poca o ninguna importancia que le brinda el paciente a lesiones que no le causen molestias, etc..

Al recurrir estas personas donde el protesista, él, luego de un minucioso examen, determinará que en la Zona Chapeable se pueden encontrar configuraciones ajenas a la mayoría del tipo normal, y que en un futuro próximo interferirán en la construcción y funcionamiento de la prótesis, haciéndola por estas condiciones poco o nada apta para rendir su cometido. Todas estas condiciones las podemos clasificar dentro de un tipo de patología especial, que por estar o interferir con la Zona Chapeable, podemos denominar Patología Paraprotética (5).

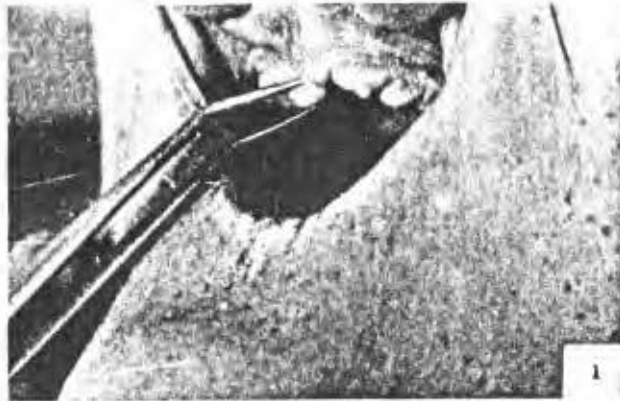
Para mi estudio, a las condiciones que me he de referir, en especial, son las siguientes:

- a) Rebordes alveolares con un desarrollo lateral muy pronunciado.

- b) Tuberosidades en la región palatina, ejemplo: el torus palatino.
- c) Otras condiciones similares a la anterior, como son las que demandan la confección del llamado "alivio" en las dentaduras completas.
- d) Imposibilidad del uso de dentaduras que cubren el paladar, por presentarse sensibilidad muy especial que origina náuseas y otras molestias.

Es de justicia en este estudio de Prótesis, considerar a la Ci ru g í a O r a l como un recurso insustituible para la solución de ciertos problemas, como son:

- 1) Rebordes cuya fibromucosa aparece sumamente desarrollada, hipertrofiada, dando una condición que podemos llamar "rebordes flácidos" (fig.1).



2) El de aquellos rebordes superiores, cuya porción posterior, correspondiente a las tuberosidades, han permanecido por mucho tiempo sin antagonismo - falta de estímulo - y han "caído", siendo el resultado un reborde hipertrófico en esa porción, dificultando la colocación normal de dientes artificiales por no existir campo para ello.- (fig. 2)



3) La presencia en los rebordes, de espículas óseas, que deben ser suprimidas a fin de que la base no cause, con su presión, lesiones sumamente dolorosas que hacen imposible el uso de dentaduras. (fig. 3)



4) "Se da el nombre de " torus Palatinus" a la hipertrofia del maxilar en la línea media, que forma abultamiento duro en el paladar óseo". (6)



5) Es frecuente en muchas bocas, encontrar ligamentos bastante movibles y sumamente bajos, que dificultan o impiden la estabilidad de la dentadura. Estas condiciones deben ser corregidas quirúrgicamente. (Fig. 5)



6) Del mismo modo deben corregirse las lesiones causadas por dentaduras defectuosas, que al traumatizar los tejidos en forma constante, causan verdaderas anomalías como la que se aprecia en la figura 6.



De lo anteriormente expuesto se colige que la Cirugía Oral es un valioso auxiliar de la Prótesis porque, con su ayuda, se logra resolver situaciones especiales imposibles por medios protésicos.

De ahí que Cirugía y Prótesis marchen hermanadas en muchos de sus adelantos, complementándose la una con la otra.-

CAPITULO III

COADYUVANTES EN LA RETENCION DE PLACAS

Desde los primeros ensayos en el campo de la Prótesis Dental, se recurrió al uso de procedimientos especiales, llamados "coadyuvantes", con el objeto de obtener una mejor retención y estabilidad en las dentaduras.

El objeto buscado con los mismos fué el de subsanar condiciones desfavorables para la retención de la dentadura y en muchos casos invirtiendo los factores, aprovechar estas dificultades para obtener un resultado más satisfactorio.

El problema de la retención de ciertas dentaduras se mantiene como tal, a pesar de los intentos de los variados autores, que han llegado a idear procedimientos verdaderamente ingeniosos, muchos de ellos caídos en desuso por impracticables.

Citaré a continuación ejemplos de estos métodos coadyuvantes; algunos desechados en nuestros días por ilógicos y nocivos.

a) Cámaras de Succión:

Son espacios vacíos que se crean entre la porción central, casi siempre, del paladar de la dentadura y la mucosa suprayacente,



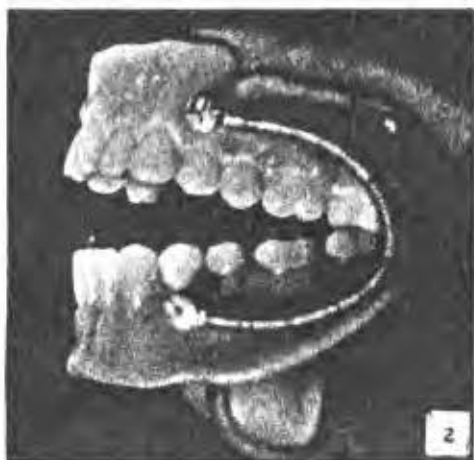
te, con el objeto de que actúen a manera de ventosas y asegurar en esta forma la adhesión por el vacío conseguido. Esta condición inicial se pierde rápidamente, por sufrir la mucosa un crecimiento anormal en esa zona, hasta ocupar completamente la cámara.

De ahí, que la ventaja proporcionada al principio, pronto desaparece, dejando en cambio

la porción de mucosa palatal correspondiente, hipertrófica y en bastantes casos "úlceras perforantes, que producen necrosis y una comunicación con la nariz". (7) He aquí por qué la confección de tales cámaras ha ido perdiendo adeptos. fig 1

b) Resortes:

Se ha hecho uso de los mismos a fin de procurar estabilidad en las dentaduras, las cuales, por ese medio se mantienen aplicadas contra los rebordes. Quienes los combaten, aducen que la



constante presión sobre éstos, los atrofian y pueden causar grandes irritaciones, no sólo en el reborde en sí, sino además en la mucosa del carrillo que está en constante fricción. Además tienen el inconveniente, por su forma tan difícil de limpiar, de favorecer la retención de alimentos en mayor grado que otros

aparatos protésicos. La manera de adaptar estos resortes es así: deben ser aplicados los extremos a la placa por un adaptador especial, introducido en el material de base, más o menos en la región de las bicúspides; la flexión debe darnos la concavidad anterior. Este otro sistema ha caído en desuso. fig 2

c) Ganchos Gingivales:

Algunas personas presentan sus rebordes alveolares un poco prominentes en su región anterior y si tal condición no amerita ser eliminada quirúrgicamente, puede suprimirse la aleta la-



bial de la dentadura, favoreciendo así, la estética por cuanto los dientes anteriores se aplican presionando la mucosa y restituyendo así el sellado periférico.

Se favorece la retención prolongando la parte anterior de la aleta vestibular con el mismo material de que esté confeccionada, a manera de

lengüeta o simulando tal forma mediante un dispositivo metálico, que recibe el nombre de gancho gingival, que tiene la ventaja sobre el anterior, de ser más confortable, por su menor volumen. *fig 3*

d) Aprovechamiento de la Gravedad:

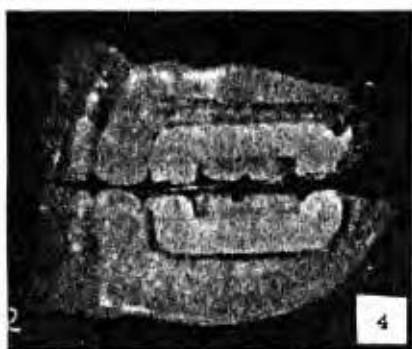
Todo cuerpo tiende a caer por fuerza de la gravedad. Ese fenómeno físico ha sido aprovechado también en la Prótesis Dental, con el fin de proporcionar a la dentadura condiciones de mayor estabilidad. Para conseguirlo se le ha incorporado, en el material de base, a la dentadura inferior - que es la que mayores problemas proporciona - sustancias que aumenten su peso. Suponiendo que la dentadura inferior se favorece con esta "técnica", no sucede lo propio con la superior, en que dicha fuerza actuaría negativamente. Este inconveniente se subsanó usando un material liviano, con un mínimo de espesor.

En cuanto a la inferior, algunos autores y el que escribe, no encuentran la importancia ni la ventaja toda vez que por pesada que fuera la dentadura, el menor esfuerzo muscular, sería suficiente para vencer dicho peso.

De ahí que ha sido desechado este recurso por procurarnos un resultado negativo.

e) Imanes:

Es bien sabido, en física, que en un campo magnético, polos opuestos se atraen y del mismo signo se repelen. Este fenómeno físico, al igual que la gravedad, citada anteriormente, ha sido también puesto al servicio de la prótesis bucal como un recurso, siempre con el fin de procurar estabilidad a las dentaduras. El aprovechamiento de la repulsión de polos magnéticos es un tema de actualidad (8). La técnica consiste en incorporar imanes del mismo signo magnético en aquellos casos de insuficiente reborde alveolar, en que la retención está disminuida, a fin de que las dentaduras una vez puestas en la boca se repelan y así aprovechar la propiedad de este fenómeno para mantenerlas siempre aplicadas a los atrofiados rebordes. fig 4



f) Líneas Americanas:

Son pequeñas crestas en la porción palatina de la dentadura, producidas por surcos que se preparan en el modelo de yeso, que tienen por finalidad aumentar el sellado posterior y por consiguiente el vacío que se produce entre dentadura y mucosa, dando esto por resultado una mayor retención, proporcionando así "confort" al aparato. Estas crestas, deben ser romas para que no traumatizan los tejidos. Se han de preparar dos o tres

de éstas, las cuales llegan a favorecer la adhesión a tal grado, que hasta se ha llegado a suprimir el paladar a las dentaduras. (9) figs 5-6



g) Polvos Adhesivos:

"Estos preparados contienen gomas pulverizadas, como la de karraya, de acacia o de tragacanto con color y sabor. Cuando se humedece el polvo, absorbe agua y forma un gel que aumenta la retención de la dentadura". (10)

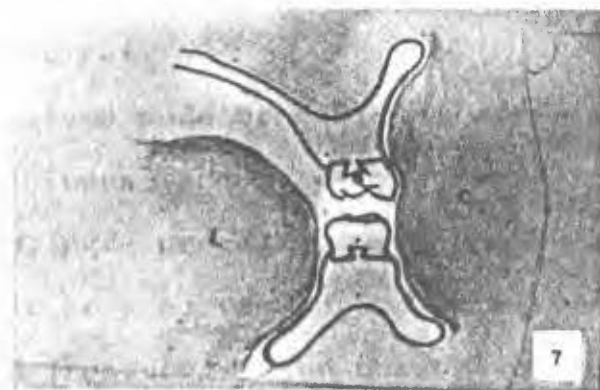
Se le agregan a la dentadura, en la porción que va adosada a la mucosa, con el fin de procurar mayor adhesividad. Su empleo es quizá conveniente, en aquellas personas que se inician en el uso de dentaduras completas, para el período denominado de acostumbramiento y nada más, porque les brinda la oportunidad de darle mayor estabilidad, en la época más difícil. No se justifica de ningún modo la aplicación de tales preparados para aquellas dentaduras mal confeccionadas o que por el largo tiempo de estar en uso se han desadaptado, ya que su presencia constante en el medio bucal es antihigiénica, constituyendo además un excelente medio de cultivo para microorganismos. Tales son, en síntesis, los recursos que han sido empleados para obtener una mejor retención de las dentaduras, pero, como

se ha expuesto anteriormente, la mayor parte ha caído en desuso por los diferentes inconvenientes que presentan.

En la actualidad contamos con materiales especiales que nos brindan gran exactitud en las impresiones, que es uno de los requisitos primordiales en la construcción de dentaduras, a pesar de ello debe contarse con la ayuda del propio paciente, a quien debe explicársele la necesidad de corregir ciertos vicios musculares que perjudican la estabilidad de las placas. Además, a las dentaduras debe dárseles cierta forma a fin de que brinden a los tejidos una mejor adaptación, como por ejemplo, la concavidad de las aletas vestibulares y linguales en la inferior, y la vestibular de la superior, con el propósito de dar alojamiento a la lengua y carrillos, haciendo dificultoso o imposible el desplazamiento de las mismas. () fig 7

Todo esto, favorecido además mediante una técnica depurada al tomar las impresiones y pasos sucesivos ya que una articulación correcta de las piezas dentales, es factor de vital importancia.

Este sería otro coadyuvante que podría denominarse Fisiopro-tético para la retención. En el próximo capítulo propongo la solución personal a varios problemas.



CAPITULO IV

SOLUCION A PROBLEMAS

- a) Reborde Retentivo
- b) Sensibilidad especial Palatina
- c) Torus Palatinus
- d) Zonas de alivio

a) Reborde Retentivo:

Uno de los mayores y más corrientes obstáculos que se presentan al Protésista, es la existencia de los rebordes retentivos. Las aletas de las dentaduras comunes en estos casos no pueden llegar hasta la Zona Marginal Neutra, contraviniendo uno de los principios fundamentales en Prótesis. Para resolver el problema se acostumbra o suprimir parte de la aleta haciéndola llegar hasta la cima de la prominencia o bien eliminando la condición retentiva mediante la cirugía.

En esta Tesis propongo un procedimiento, que es la confección de aletas articuladas, usando para ello acrílico suave.

Es obvio suponer que una aleta capaz de vencer dicho obstáculo, dará una solución satisfactoria, siempre y cuando la aleta recobre la forma original.

Estudiando el problema pude concebir un mecanismo que le diera a la placa condiciones capaces de vencer tal inconveniente y luego del estudio, pude precisar que un material que se encuentra en el comercio para el uso en Prótesis Cosmética podía dar una idea exacta del recurso. Aun cuando este material no satisface plenamente su cometido, puede el procedimiento, con su

ayuda, en mejores condiciones, dar la solución ansiada.

Consiste esta técnica en dotar a la aleta vestibular de una porción articulada pero sin unión, formando así parte de su mismo cuerpo. Esto se consigue interponiendo material suave, elástico que le brinda a la aleta, capacidad para desplazarse, franquear la parte más prominente del reborde y recobrar su forma primitiva al llegar al fondo del surco vestibular.

- b) Solución al problema que constituye aquellas personas que poseen una sensibilidad muy especial y que a consecuencia de ello, se les hace difícil o imposible el uso de aparatos que les cubra el paladar.

Se ha indicado el uso en ciertas oportunidades y ante casos muy especiales, de dentaduras sin paladar. Favorecida en estas oportunidades la retención mediante diversos sistemas de succión (11), los cuales presentan los inconvenientes a que ya he hecho referencia.

Algunos autores niegan bondad a estas formas de dentaduras alegando que las ventajas que pueden aportar son ínfimas, si las comparamos con las que proporciona el paladar completo porque al no aprovechar toda la Zona Chapeable la estabilidad y la succión estarán disminuídas, además de que una presión en la parte anterior, no puede soportarla el aparato por carecer de sellado posterior.

Los defensores de este sistema, lo recomiendan en personas que presentan una sujeción muy favorable por la retentividad de los rebordes alveolares y en "sujetos bien dispuestos a admitir la menor eficacia de la prótesis compensada por su mayor comodidad. Una indicación precisa es dada por Reyer en pacientes con antipatía neurótica contra el paladar completo" (12).

En todo caso, las dentaduras corrientes sin paladar que se han ideado no presentan la suficiente estabilidad, como es fácil de comprender, razón por la cual estimo que las personas que posean rebordes retentivos, puede perfectamente hacérseles esta clase de dentaduras mediante el procedimiento expuesto en la solución anterior.

Cuando la persona presenta la porción anterior de su reborde alveolar, en las mismas condiciones que las partes laterales, es conveniente la supresión de la aleta anterior por razones de estética. Como es natural que en esta forma pueda tornarse sumamente frágil la dentadura, en su porción media debe reforzarse mediante una porción metálica que corresponde al paladar remanente.

c) Solución al problema del Torus Palatinus:

En aquellos casos en que la hipertrofia no es muy marcada y no proporciona al paciente grandes molestias, puede desecharse la necesidad quirúrgica para resolverlo y optándose por confeccionar un alivio en tal zona.

Sabemos que estas tuberosidades palatinas son muy rígidas; - estando cubiertas apenas por una muy delgada mucosa, sumamente irritable, siendo estas características opuestas al tejido palatal circunvecino que es suave, compresible. Por esta condición una dentadura normal, construída bajo tales circunstancias será ineficaz, por constituir dicha tuberosidad un excelente punto de apoyo, sobre el que balanceará la dentadura, perdiendo ésta su finalidad primordial: función estabilizada sin ser irritante o nociva a los tejidos.

He dicho que la mucosa de esta zona es sumamente irritable, y en ésto todos los autores están de acuerdo. Considerando personalmente el alivio como una cámara de succión en miniatura, desechada por inconveniente y nociva, es ilógico que perdure, pues pronto va a ocasionar un estado hipertrófico en la mucosa, que puede dar lugar a resultados funestos.

En el presente estudio he incorporado a la región correspondiente al Torus un recurso que sí puede denominarse alivio, toda vez que no va a lesionar ni tampoco a provocar una condición anormal, porque cederá ante los movimientos de la placa ya que la porción del paladar de la dentadura que corresponde a dicha tumuración (al Torus) y una extensión del paladar que circunda su base, se confeccionan de acrílico suave. En la forma descrita, lo que ocurrirá es lo siguiente: la compresión de la mucosa por la dentadura durante los esfuerzos oclusales, estará compensada con la elasticidad de este alivio por otro. Al eliminar el movimiento de báscula, la placa tendrá más estabilidad, acentuándose la tendencia a permanecer en su lugar.

Con este método se consigue mantener la continuidad de las dos superficies - mucosa y placa - lo que favorece la adhesión y por consiguiente la utilidad del aparato, ya que al no presentar un espacio neumático, se evita causar condiciones anormales en la mucosa, como las irritativas e hipertróficas.

d) Solución a problemas creados por tuberosidades de pequeño tamaño y otras condiciones que ameriten la confección del "alivio".

Esta solución es afín a la anterior, pudiéndose considerar como una modalidad de la misma.

Existen en la zona protésica ciertas tuberosidades que por su escaso tamaño o por la presencia de elementos inconvenientes de comprimir, necesitan ser "aliviados". Algunos autores recomiendan hacerlo en la porción media que corre como una cresta en sentido ántero-posterior en la región palatina, que es rígida. También en algunas zonas por donde emergen paquetes vásculo-nerviosos, citados en el primer capítulo de este estudio.

Con el procedimiento esbozado en esta tesis puede proporcionarse un verdadero alivio, que no va a causar un estado nuevo en la mucosa, como el que producen actualmente los alivios acostumbrados. Tal procedimiento consiste en poner en la zona a aliviar un material que actúe como un almohadillado, compresible por lo tanto, sin que favorezca o actúe como cámara de succión, impidiendo por consiguiente la hipertrofia de la mucosa en el lugar correspondiente.

Es fácil imaginar la condición de cómo operarán dichos aparatos protésicos, en los cuales se le ha incorporado material compresible "alivio verdadero".

CAPITULO V

MATERIALES EMPLEADOS

Para la confección de los aparatos con que ilustro este estudio he empleado los materiales que se conocen con el nombre genérico de acrílicos. En la construcción de la parte básica, -la dentadura- he hecho uso del empleado comúnmente; a éste le llamaré "acrílico corriente" para diferenciarlo de otro que se usa en lo que hoy se ha dado en llamar prótesis cosmética y que aprovechando sus propiedades de suavidad y elasticidad ya procesado, lo he incorporado a la técnica que tiende a solucionar los problemas que originan esta tesis, a este otro acrílico en lo sucesivo lo llamaré "suave". Debo advertir, sin embargo, que no llena todos los requisitos del material ideal para el fin que se persigue, pero al menos brinda la oportunidad de poder demostrarse prácticamente con él el principio que sustento.

Ambos acrílicos se consiguen en el comercio: el "corriente", bajo la forma de un polvo rosado (metacrilato de metilo monómero) y un líquido (metacrilato de metilo polímero). Su preparación y uso en nuestra práctica dental, es bien conocida no así el otro acrílico -el suave- (cloroacetato de vinilo) que por ser usado en otras prótesis y no la dental, no se conoce en nuestra práctica, siendo por lo tanto necesaria su descripción con respecto a la finalidad de este estudio.

Este "acrílico suave" también se presenta bajo la forma de un polvo llamado neutro y un líquido, que unidos dan una sustancia blanquizca (de consistencia como de "leche condensada"), siendo por esta razón necesario incorporarle una pequeña cantidad de colorante rojo que viene al efecto, hasta obtener un color similar al acrílico corriente.

CAPITULO VI

PARTE EXPERIMENTAL

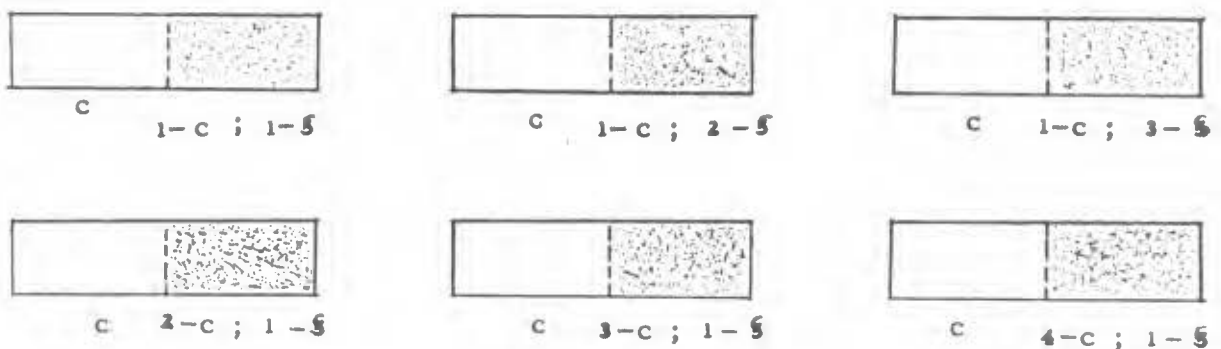
Concebida la idea de franquear un problema que no había tenido solución satisfactoria, sea la existencia de rebordes retentivos, pensé que la mejor manera de salvar el obstáculo que se oponía a la aleta vestibular era preparando una aleta articulada.

Un material con propiedades elásticas y de cierta consistencia, sería lo ideal: ensayé con uno que se consigue en el comercio y que es propio de la prótesis cosmética; es suave y tiene cierta elasticidad. Como prueba inicial, preparé una especie de lingotera mediante la ayuda de una forma curva de cera de las siguientes dimensiones: 3 cm. de longitud, 1 cm., de ancho y unos 3 mm. de grosor. Desalojada la cera, con el molde así obtenido, traté de comprobar cómo se comportaba este acrílico suave en presencia del corriente. Como las instrucciones en el proceso del primero aconsejan su elaboración por medio del vulcanizado, opté por comprobarlo: tomé acrílico corriente ya convenientemente preparado y lo puse en la lingotera y procedí a prensarlo en el molde, corté la forma obtenida por su parte central, transversalmente a su longitud, con el objeto de reemplazar una sección con acrílico suave y procesarlos para observar su comportamiento. El acrílico suave, se prepara en forma semejante al corriente, pero presenta la desventaja de no dar la consistencia necesaria para el prensado. Este inconveniente lo salvé sometiéndolo al baño maría. Prensados ambos acrílicos, los introduje en la vulcanizadora sometidos a una temperatura de 215°C y manteniendo por cuatro minutos la presión así obtenida.

Este ensayo tuvo el inconveniente de que el acrílico usado en cosmética se presentó sumamente suave, flácido; pensé entonces que incorporándole en pequeñas proporciones acrílico corriente, aumentaría su consistencia, lo que en efecto sucedió. Después de muchos ensayos para averiguar como se comportaba el acrílico corriente en su punto de unión con una mezcla de acrílico suave y corriente en distintas proporciones, no me fué posible obtener resultados satisfactorios.

Los ensayos los explicaré en la forma gráfica siguiente:

Ej. 2^{do}



Llamando con C al acrílico corriente
y con S al acrílico suave

Ejemplo 2do.: una mitad de la banda confeccionada totalmente de C. La otra una porción de C con dos porciones de S (mezcladas).

No continué con estos ensayos, porque los resultados fueron desfavorables como lo he dicho, pues si bien algunas proporciones me dieron un resultado aceptable, todas, a los días, perdían sus propiedades iniciales y se tornaban quebradizas en especial en la línea de unión, presentando además la desventaja de que el acrílico corriente, se ponía blancuzco y sumamente quebradizo.

Como los ensayos anteriores dieron resultados negativos, opté por utilizar los materiales en igual forma y proporciones mencionadas pero sometiéndolos, para procesarlos, a la ebullición como es de rutina en nuestra práctica. Los resultados tampoco fueron satisfactorios, por ser semejantes a los conseguidos mediante la vulcanización en cuanto al acrílico suave mezclado. Preparé entonces los materiales en su forma original -puros- sometiéndolos a la ebullición y me dió un excelente resultado, al menos, para demostrar prácticamente lo que este estudio pretende.

Estas pruebas, tendientes a procurar mi último ensayo, las efectué como a continuación expongo: Tomé una porción adecuada de acrílico corriente y lo sometí al prensado; una vez hecho eso lo corté transversalmente, a la mitad - por el largo - en bisel, para que el acrílico suave tuviera más superficie en donde adherirse.

Tomé una pequeña cantidad de acrílico suave, del llamado neutro, y le agregué el líquido, en una forma semejante a como se prepara el acrílico corriente. Luego coloré la anterior mezcla con una pequeña cantidad de un polvo rojo, que viene para el efecto, a fin de obtener una sustancia rosada semejante al corriente. Como el acrílico suave, es sumamente fluído lo sometí por un minuto o minuto y medio al baño maría para darle cierta consistencia y así facilitar su aplicación y el prensado. Una vez dispuesto en el molde, lo sometí a presión y lo curé en la forma de rutina.

Es preciso decir que el acrílico suave se une íntimamente con el corriente, se encuentre éste procesado o crudo, lo que constituye una enorme ventaja, pues en algunos pasos se necesita

que la placa esté procesada para agregarle el acrílico suave (ale_utas articuladas), y en otros, debe aplicarse después del prensado de prueba (torus palatinus).

CAPITULO VII

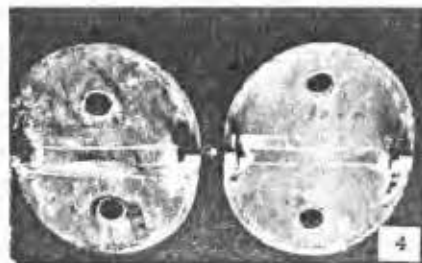
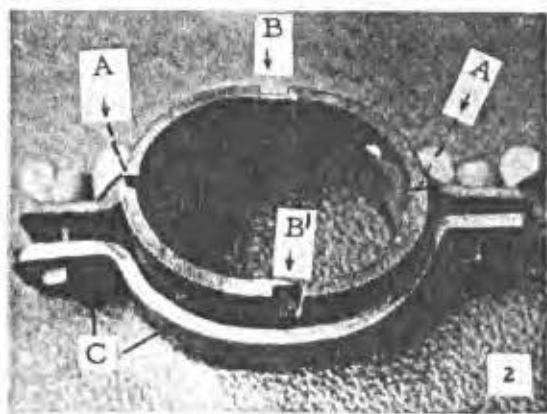
M U F L A E M P L E A D A

Al efectuar las pruebas en dentaduras, pude constatar la dificultad que presentan las regiones de las aletas vestibulares al incorporarles el acrílico suave y prensarlas, ya que, en el enfrascado corriente, la dentadura queda en posición horizontal y para el procedimiento a que este estudio se refiere, es preciso que la misma quede colocada verticalmente a fin de que las aletas afloren en posición horizontal.

Estudiando las posibilidades pensé que una mufla con dos anillos laterales en vez de uno, como es lo corriente, sería ideal, pues se lograría confeccionar ambas aletas en forma simultánea. Sin embargo quedé abocado a otro problema, cual era el de la extracción de la dentadura una vez confeccionada. Para resolverlo y estudiando todas las posibilidades, concebí la idea de hacer una mufla especial, que se pudiera separar convenientemente, logrando la que a continuación describo: hecha de bronce en su totalidad y constante de cinco piezas principales: UN ANILLO CENTRAL, (figs. 1 A y 2), en forma ovalada (fig. 2) a manera de cilindro, de una altura igual a la distancia entre las aletas vestibulares y transmitiendo la orientación conveniente que estas tienen, a las bases de este anillo. El diámetro mayor de la base sobrepasa un poco la longitud de la dentadura en sentido ántero-posterior, (fig. 3. Ver fig. 18, 19 pág. 32). Este anillo se secciona en dos mitades por el diámetro mayor, fig. 2-A. Por su diámetro trans-

versal -lado externo- tiene correderas (fig. 1-E. fig. 2 B-B') para las guías que se dirán. DOS ANILLOS LATERALES (fig. 1 - B-B') -uno a cada lado del central- con las guías enunciadas, fig. 1-D-D', las cuales irán a alojarse en las correderas que se indicaron y DOS TAPAS, fig. 1-C, fig. 4, una a cada lado del conjunto, que constituyen las bases y quedan paralelas entre sí. Estas a su vez tienen guías en dirección a las citadas anteriormente. Además el anillo central, que como he expuesto, está dividido en dos secciones, es conveniente sujetarlo por medio de una faja metálica (de hierro) con tornillos, fig. 2-C.

En esta mufla, se puede colocar perfectamente la placa, con sus preparaciones correspondientes en posición ideal, facilitándose el agregado y prensado del material suave.



CAPITULO VIII

POSIBLE SOLUCION AL PROBLEMA CREADO POR REBORDES ALVEOLARES MUY RETENTIVOS

(Dentaduras con aletas vestibulares articuladas)

Una vez en presencia de una dentadura que necesite la confección de aletas vestibulares articuladas, con auxilio de mi estudio, hemos de seguir los pasos necesarios usuales hasta articular los dientes, bajo la manera más depurada que aconsejan las técnicas actuales; este tipo de dentaduras algunas veces nos brindan la oportunidad de poderseles suprimir la aleta labial anterior, con el fin de procurarles óptimas condiciones de estética; se aconseja preparar el modelo en forma tal que los dientes se insinúen luego en la mucosa. Resueltos todos estos detalles y terminada la dentadura en cera, procedemos a su procesado en acrílico; al extraerla de la mufla debe necesariamente dañarse el modelo por la natural retentividad de las aletas, razón por la cual es conveniente que la toma de impresión y pasos sucesivos para obtenerla, sean hechos con sumo cuidado, debido a que, de aquí en adelante tenemos que recurrir solamente a la dentadura en construcción.

Debidamente terminada la dentadura hasta su acabado final, le aplicamos un aislante (por ej. jabón líquido), en la porción que debe ir aplicada a la mucosa palatina. Vaciamos yeso piedra (fig. 1) y la embrocamos, a fin de obtener un modelo (fig. 2).



Debidamente recortado el modelo, procedemos a preparar la dentadura para iniciar el proceso: con lápiz señalamos una línea a lo largo de la parte más prominente del reborde por donde debemos efectuar el corte (fig. 3), por medio de un disco de carborundum y siguiendo la línea marcada, con cuidado de no causar daño alguno al yeso (fig. 4).



Realizado el corte en ambas aletas, se introduce en diferentes secciones de él un instrumento delgado, sin filo, a fin de separar las partes, mediante movimientos de torsión (fig. 5). Luego se introduce por la porción correspondiente a la zona marginal neutra, un instrumento de punta roma, a fin de no herir el yeso y palanqueamos cuidadosamente con movimientos tendientes a separar y desalojar las secciones (fig. 6).



De esta manera, realizados los cortes en ambas aletas, la dentadura puede ser desalojada del modelo, lo que debe hacerse para verificar su nitidez. Preparada como he expuesto, se marca con lápiz una línea paralela al corte efectuado, a una distancia de $1\frac{1}{2}$ mm (fig. 7) y cortamos, rebajando hasta dicha línea, con una piedra para acrílico (fig. 8). En los extremos de esta línea abandonamos el paralelismo a fin de procurarle al material suave más juego, para evitar su ruptura por el natural exceso de tensión (fig. 9).

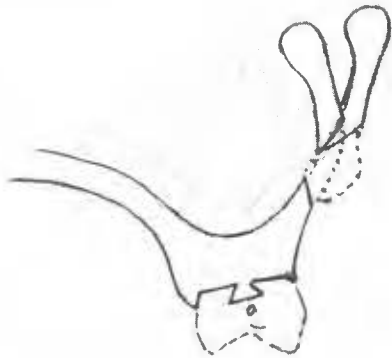


Realizado el corte en ambas aletas, marcamos con lápiz otra línea a 2 mm paralela al borde remanente (fig. 10), con el fin de preparar un bisel que debe terminar en dicha línea, por lo tanto, a expensas de la cara externa (figs. 11-12).



El bisel preparado con esta orientación procura condiciones más ventajosas al material suave, debido a que siendo la porción adosada a la mucosa del reborde más corta, tiene mayor tracción y

favorece el retorno por su natural elasticidad, a la par que la



13

superficie externa por ser de mayor longitud, se repliega confiriendo más libertad al movimiento, (fig. 13).

Una vez más, advierto que el material elástico suave, usado para demostrar la solución práctica a este problema y a otros, a los cuales me referiré, no tiene las cualidades que deseara, pues adolece de algunos defectos que

expondré en el capítulo de conclusiones.

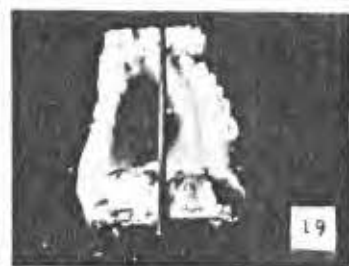
Volviendo a la dentadura y en su estado, procedemos a ponerla en su correspondiente posición en el modelo, comprobando su adaptación. La separamos y aplicamos dos pintadas con separador (propio del acrílico suave) y dejamos que éste seque. Luego ponemos la placa y la porción de aleta en su sitio, debiendo quedar perfectamente adaptadas, lo que se realiza si el modelo está libre de partículas de yeso y otros desperdicios (fig. 14). Seguidamente reemplazamos con cera rosada las porciones eliminadas (fig. 15), hasta conseguir restaurar la configuración inicial de la dentadura pulida (fig. 16).



Terminado el paso anterior, introducimos nuestro trabajo en agua por un rato -cinco minutos- para que se sature de ésta y procedemos al enfrascado. (Pido al lector repasar la descripción de la mufla, en el capítulo VII).

Tomamos una mitad del anillo central, al cual, en su concavidad le agregamos yeso -amarillo y blanco- por partes iguales. Al modelo lo "pintamos" con la misma mezcla a fin de que no queden espacios entre ambos (fig. 17). Debemos tener este cuidado en el transcurso del proceso pues tal cosa podría torsionar la dentadura.

Al colocar el modelo y dentadura, deben sobresalir más o menos en su mitad, al diámetro longitudinal del óvalo, (fig. 18 vista de lado), el cual debe además corresponder al ántero-posterior de la dentadura en su diámetro central, (fig. 19 vista de frente).



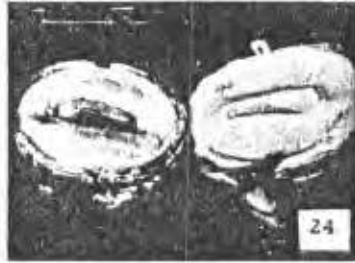
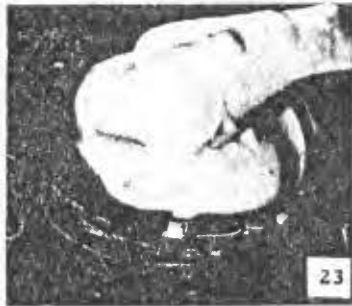
Luego, antes de que esta porción fragüe, se le agrega más yeso en el área palatina cubriendo además las piezas dentarias, lo mismo a la otra sección restante del anillo central (fig. 20) y se pone en posición para constituir el anillo completo. Una vez listo queda en forma de cilindro -una cara y dos bases- (figs. 21 y 22), agregamos más yeso por las bases cubriendo todo, a excepción de la parte que corresponde a la cera, a fin de procurar una superficie lisa (fig. 22). Pintamos con jabón líquido -como aislante- el yeso de las bases del cilindro. Ponemos los anillos la

terales, teniendo el cuidado de que correspondan las guías y vaciamos yeso amarillo por uno de ellos, vibrándolo bien; antes de que el yeso fragüe, ponemos la tapa (fig. 23).



Endurecido, procedemos con el lado opuesto (otra base) en la forma descrita. Una vez fraguado el conjunto, lo calentamos un poco, a fin de poder separar las porciones que constituirán los contramoldes. Efectuado el paso anterior, se elimina la cera con agua hirviendo (fig. 24). Luego se toma una cantidad conveniente de acrílico suave (polvo y líquido) y se les une, agitándolos para conseguir homogeneidad; se le incorpora una pequeña cantidad del colorante rojo y nuevamente se agita hasta obtener un color rosado pálido uniforme. He manifestado que esta sustancia obtenida es muy fluída, y consecuentemente, muy dificultosa su aplicación, por lo que recurrí a darle un baño maría durante unos dos minutos, dando así una sustancia de consistencia más apropiada.

Se aplica una cantidad conveniente de esta pasta en los sitios dejados por la cera en las bases del cilindro (fig. 25), se ponen los contramoldes teniendo cuidado de no variarlos, lo que conseguimos mediante marcas convenientes (fig. anterior). Luego se efectúa el prensado del conjunto (como el anillo central es seccionado, es preciso asegurarlo mediante una faja metálica especial para evitar que se separe^{fig. 26} y hecho esto, se fija la mufia con unas platinas y tornillos en la forma usual. (fig. 27).



Se coloca el conjunto en un recipiente con agua fría y se le aplica calor; cuando comienza a hervir, se mantiene en este estado por cuarenta minutos. Transcurridos los cuales, se separa del calor y se deja enfriar totalmente. Ya frío se desaloja la faja metálica, se separan los anillos laterales (contramoldes) y se abren las secciones del anillo central. La dentadura se extrae con sumo cuidado del bloque de yeso. Con la dentadura ya libre, se le recortan los sobrantes del acrílico suave con la ayuda de una tijera curva; se alisan las aletas con piedra para acrílico lo que debe hacerse sin presionarla, por ser un material suave. Pulimos finalmente con piedra pómez y bastante agua para no quemar el material este y terminamos dándole brillo con Blanco España.



CAPITULO IX

Posible solución al problema que se manifiesta en personas a quienes se les dificulta el uso de dentaduras que les cubra el paladar (dentaduras sin paladar).

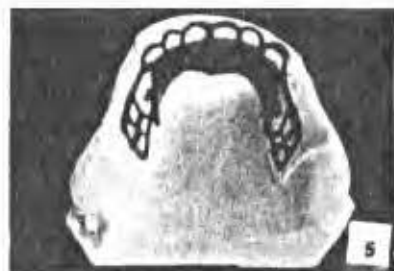
Al reunirse en una misma persona las anomalías de rebordes como los enunciados en el anterior capítulo y una sensibilidad especial que les dificulta o hace imposible el uso de dentaduras que les cubra el paladar, o en general, en aquellas del primer caso citado y que se desee proporcionarles comodidad, mediante la supresión del paladar en sus placas, puede procederse en la forma siguiente: una vez tomadas las impresiones y vaciado el yeso, obtenemos un modelo, en éste desgastamos escasamente, a fin de producir un surco que rodee la base -por palatino- del reborde alveolar (fig. 1), esto con el fin de representar una pequeña arista en la placa ya concluída, que favorecerá el sellado periférico en esta zona. (fig. 2)



Si a la dentadura, por razones de estética, debe de suprimirse le la aleta labial es seguro que se le resta resistencia. Al quedar frágil por tal circunstancia, precisa reforzarle la porción anterior del paladar remanente por medio de una sección metálica (oro o cualquier otro metal apto). Para preparar tal refuerzo, se -

dibuja en dicho modelo el contorno que llevará (fig. 3). Nótese que los extremos terminan más o menos a nivel de las bicúspides; por detrás, en el surco preparado de antemano y por delante, un poco hacia atrás de donde irán colocadas las piezas dentarias. En esta forma, aplicamos una delgada capa de cera pegajosa a la zona que rodea la figura y luego conseguimos un duplicado en investimento (técnica de removibles).

En éste aparecerá, en el paladar, por delante, una zona central enmarcada entre el surco citado y una superficie en relieve que rodea la indicada zona (fig. 4). Procedemos luego a aplicar cera azul en toda esa zona, tratando de reproducir hasta donde ello sea posible el aspecto anatómico (rugosidades palatinas) y en la región que queda en relieve, es decir en las partes contiguas a la zona, colocamos cera formando anillos y otras formas, a fin de que al reproducirlos en metal, actúen como agarres o presten retención al acrílico (fig. 5).



Puede apreciarse en la figura anterior, que entre la porción central maciza y la parte destinada a agarres para el material, se forma un surco que lo ocupará el acrílico. Una vez concluido el refuerzo dicho, en cera, se invierte, se evapora la cera y se reprodu-

ce en cualquiera de los metales para usar en la boca, en la forma de costumbre. Hecho eso, lo pulimos, se aplica al modelo de yeso inicial, en su sitio y con cera rosada proseguimos los pasos necesarios hasta obtener la dentadura. Se "sella" el modelo, se enfrasca con yeso piedra, se lava la cera y se le aplica el acrílico corriente de nuestra práctica; curada, se procede a su pulimento. Debidamente terminada, vaciamos yeso piedra en la concavidad producida por los rebordes alveolares, a fin de conseguir un modelo y con éste iniciamos las preparaciones y pasos sucesivos hasta conseguir la aleta articulada mediante el procedimiento indicado en el capítulo anterior.

En la forma expuesta conseguimos obtener una dentadura sin paladar y como lógica consecuencia, un aparato protésico que, debiendo rendir su función en la cavidad bucal y por ocupar la menor superficie en ella, traería ventajas semejantes a las conseguidas por otros aparatos -removibles- que dejan libre la mayor cantidad de mucosa, razón por la cual son recomendadas por parte de los protesistas.

CAPITULO X

POSIBLE SOLUCION AL PROBLEMA DEL TORUS PALATINUS

La solución a este problema consiste en confeccionar, de acrílico suave, la porción de la dentadura que ha de permanecer en contacto con el torus palatinus y una región circunvecina a su base. Para conseguirlo, es necesario tener en la mufla la dentadura que presenta tal anomalía (enfrascada); luego se efectúan los pasos necesarios hasta obtener el segundo prensado del acrílico (prensado de prueba) (fig. 1). En este estado, es necesario señalar en el acrílico, con tinta, una línea alrededor de la base del torus y separada de ésta unos cuatro milímetros (fig. 2). Hecho lo anterior, tomamos un instrumento con filo y recortamos insinuándolo, (fig. 3), el espesor del material, para no herir el modelo de yeso, teniendo cuidado de que al introducir el instrumento lo hagamos oblicuamente, con el ángulo agudo hacia afuera, como se ilustra en la figura 3, a fin de que el corte sea en bisel a expensas de dicha cara. La arista formada en ésta se redondea.



Preparamos el acrílico suave, en la forma indicada en el Capítulo IX, y procedemos a someterlo al baño maría, para conseguir las propiedades ya expuestas. Con la sección recortada, podemos calcular perfectamente la cantidad del material suave. Tomamos de éste con pequeño exceso y lo aplicamos uniforme-



mente en la "ventana" que hemos preparado (fig. 4). Colocamos el contramolde y prensamos.

Es lógico que al incluirse una porción suave y elástica en la zona de la dentadura correspondiente al torus, se evita la causa del movimiento de báscula que tal produce en las dentaduras de paladar rígido.

CAPITULO XI

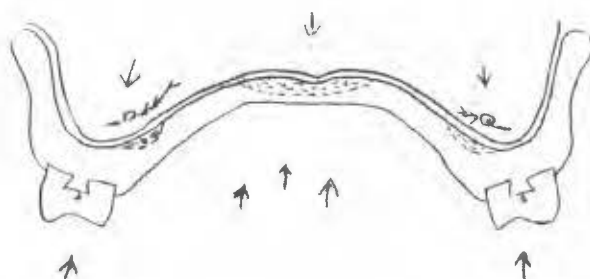
Posible solución al problema creado por aspectos anatómicos que demanden la confección de "alivio".

Como lo expuse en anterior oportunidad, al considerar el "alivio" actualmente en uso, como un sucesor moderado de la cámara de succión (desechada ésta por sus inconvenientes) propongo, en este estudio, - un método que sí rinde la función de un "alivio verdadero". Aun cuando no ha sido ensayado clínicamente, por carecerse de un material ideal para su demostración, presentaré, en principio, el modo de aliviar la prótesis mediante un nuevo sistema, valiéndome para el efecto del mismo material "acrílico suave".

El procedimiento, tanto en su confección, como en su función, es cabal, lógico y por consiguiente suple, a mi juicio, con gran ventaja la forma de aliviar acostumbrada.

Considero oportuno a manera de preámbulo, explicar como es este alvio (su material y condiciones) y de qué manera actuará. El "alivio verdadero" que propongo, debe ser confeccionado de un material esponjoso -suave y elástico- unido al material de base con una superficie lisa e impermeable, la cual va a ir en contacto con la mucosa. Con esto se conseguirá un doble propósito: dentaduras que no serán entorpecidas por prominencias que las hagan bascular y, asimismo, dentaduras que no traumatizen elementos que deban ser librados de presiones. En ambos casos, sería lo ideal técnicamente considerado.

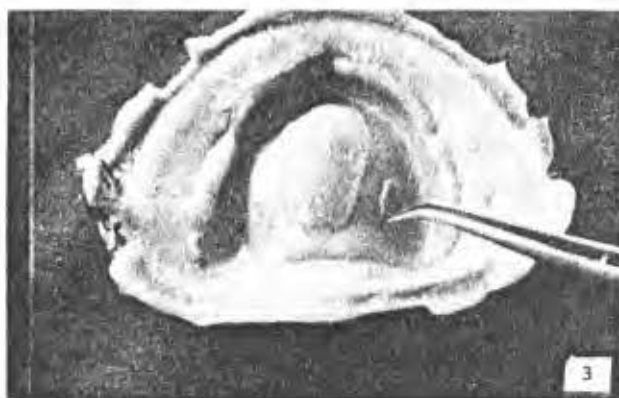
Explicaré, mediante el auxilio de un diagrama, como actuará la dentadura con esa innovación.



El dibujo representa una sección transversal de la cavidad bucal y su prótesis (parte posterior). Nótese, al centro, el rafe medio, y al lado, la presencia de un agujero óseo que da paso a un paquete vásculo-nervioso.

En las dentaduras corrientes se acostumbra salvar esas zonas mediante desgastes en los sitios correspondientes, para evitar, con respecto al rafe medio, que éste las haga vascular y ocasione otras molestias; y en lo que se refiere al paquete vásculo-nervioso, a fin de evitar su compresión. Las dentaduras con una zona suave en los sitios que se indica aliviar, cumplen debidamente su cometido, según se expuso al final del Capítulo IV -a- partes c y d, solución a problemas- de esta Tesis.

Para su confección, debe estar la dentadura enfrascada y lavada (fig. 1). Después de aplicarle el aislante (fig. 2) se coloca elacrílico corriente y se prensa. Antes de iniciar el prensado final se aplican, en las zonas a aliviar, láminas deacrílico suave con las formas requeridas (fig. 3) hecho lo anterior se termina el prensado y se procesa en la forma de rutina.-



Nota: Las láminas de acrílico suave las preparé así: coloqué distintas porciones de este material (que como lo expresé en el párrafo final del capítulo IV tiene consistencia como de "leche condensada") extendiéndolas sobre un vidrio y procurando darles diferentes espesores; luego las sometí al baño maría, durante un minuto y medio.

RESUMEN

El presente estudio tiene por objeto presentar una serie de principios tendientes a resolver algunos problemas protésicos.

En primer lugar dedico un capítulo a la Anatomía Protésica del Maxilar, a fin de apreciar, en todo su valor, la indudable importancia que tiene en nuestras intervenciones, ya que éstas serán deficientes si se ignora, como es de lógica suponer. Seguidamente me refiero a aquellos casos que, al alejarse de las características clásicas, necesitan otro tipo de prótesis o ayuda quirúrgica. Estas condiciones, las enmarco en lo que denomino Anormalidades de la Zona Protésica y su conocimiento es quizá de mayor valor, pues nuestras intervenciones también aspiran a la corrección de las mismas. (estética, funcional, etc.).

La ideal fundamental de este trabajo es exponer algunas formas tendientes a tornar casos difíciles, en otros, susceptibles de ser resueltos, sin más ayuda que modificaciones introducidas en su confección, como coadyuvantes en la retención de placas. Por tal motivo el capítulo tercero aparece en este estudio, como una exposición de diferentes formas, conque se ha querido librar a aquellas personas que recurren a nuestro consejo y ayuda.

Continuando el anterior capítulo, dedico otro en que expongo a la consideración de los estimables lectores, los problemas protésicos motivo de este estudio:

- a) Reborde retentivo
- b) Sensibilidad especial palatina
- c) Torus palatinus
- d) Zonas de alivio

En capítulos apartes para cada uno de ellos hago referencia a sus posibles soluciones. (Capítulos VIII, IX, X, y XI).

Es natural que en un trabajo de esta naturaleza constituya un deber citar los materiales de que me he valido y por tal motivo en el Capítulo V hago relación a los mismos, advirtiendo que uno de esos materiales, el "acrílico corriente", por ser bastante conocido, apenas se cita, pero otro, el "acrílico suave" -según lo denomino- y asistente en mis trabajos como forma de demostrar objetivamente mi idea, no es conocido ni empleado en nuestra práctica y por lo tanto expuse someramente la forma de ser utilizado, ya que su detallado estudio demanda especialización aparte. He hecho uso de ese "acrílico suave", como único medio eficaz de demostrar las técnicas de que me ocupo.

Para hacer uso del material "acrílico suave", citado con anterioridad, luego de conocer su existencia, tuve que concebir como introducirlo. Estudiando la forma de como actuaría y comportaría mejor, logré, después de muchos ensayos, obtener los resultados que como epílogo de este estudio expongo en el Capítulo VI.

Para la confección de estos tipos de dentaduras -aletas articuladas- se hace necesario un proceso diferente al común, de ahí que presento en el Capítulo VII una mufla ideada por mí, como ún

co medio de llevar a la realidad su demostración.

Finalmente me permito manifestar que, a excepción de la reproducción fotográfica captada de la revista ORAL HYGIENE de agosto de 1956, que aparece en la página 12, figura 4 de esta tesis, todas las demás fueron tomadas personalmente por el Autor, del material y trabajos preparados al efecto por el mismo.

CONCLUSIONES

El anterior estudio, en el tema fundamental, tiende a realizar un fin lógico dentro el campo de la prótesis. Como lo manifesté en ocasión anterior, lo considero un recurso factible y de gran provecho: esa es la razón por la cual si se me concede el honor de que sea aceptado como un aporte a esta rama de la odontología, quedaré sumamente complacido.

Mi trabajo en síntesis lo analizaré desde cuatro aspectos fundamentales: cada uno se refiere a un problema. Luego haré una reseña de las propiedades que considero básicas para que el principal material empleado "acrílico suave" rinda su cometido.

a) Aletas articuladas:

Este método es ideal, si se considera desde un punto de vista práctico, ya que se elimina la intervención quirúrgica, con los consiguientes beneficios para el paciente. Además se aprovecha el máximo de la zona protésica y, al poderse extender las aletas vestibulares hasta la Zona Marginal Neutra, se sigue uno de los principios protésicos más rigurosos.

b) Sensibilidad especial palatina:

Un principio sustentado y defendido por varios autores, haciendo ver sus beneficios en alguna clase de pacientes, es la de suprimir el paladar en las dentaduras. Así, en la forma de apreciar el tema, conseguiríamos con esto, una dentadura total superior con las ventajas que se le asignan a los removibles. Sin embargo, otros autores que defienden las dentaduras con paladar, sustentan la tesis de

que éstas tienen mayor estabilidad y además el paciente pronto se acostumbra a ellas. Estima el suscrito que tales argumentos tienen cierta base puesto que se trata de un aparato indispensable y ante eso no queda más que la resignación; pero si ante la necesidad de una dentadura total superior, proveyeramos a ese mismo paciente de una dentadura sin paladar, ha no dudarlo, quedaría más satisfecho por su mayor comodidad. Este punto b) de mi tesis, se circunscribe a presentar dentaduras de este tipo - sin paladar - ayudándome para proveerles retención, de las condiciones en el reborde deseables como las expuestas en el capítulo IV. Brindaré mi apoyo a toda idea tendiente a favorecer este tipo de dentaduras, siempre y cuando no causen perjuicios al paciente, es decir, esté sustentado por principios lógicos.

c) Torus palatinus:

Problema este, que no se presenta con mucha frecuencia. Sin embargo, ante su posibilidad, presento una forma de solución que con ventaja sustituye la forma de alivio acostumbrado. Es natural que una porción suave, elástica, que siga los vaivenes demandados por la función de la prótesis en su trabajo, en sentido inverso al ejercido por las fuerzas de la masticación, deba dar estabilidad a la prótesis porque se produce una compensación de fuerzas, ya que se suprime el punto rígido en la dentadura por el cual bascula.

d) Zonas de alivio:

He expresado que esta solución a los problemas que la requieren y que constituyen para algunos autores, todos los casos, es afín a lo que expuse en el punto anterior, con respecto al Torus, con la diferencia de que considero que el material debe variar en su cuerpo, a como lo recomendé en la primera página del capítulo XI.

"Acrílico suave"

Para ser usado en los anteriores problemas, como medio capaz de demostrar mis principios, considero que puede emplearse en los tres primeros casos enunciados en esta parte de mi trabajo (puntos a; b y c). No así, en el último (punto d).

Sin embargo para éste, también lo he usado, porque al no haber uno ideal, es bueno o se presta para esa demostración.

Para los tres primeros casos se necesitaría un acrílico suave que reúna estas condiciones:

- a) que sea elástico y que conserve la forma que se le infiera,
- b) que se adhiera al acrílico corriente, íntimamente.
- c) que sea impermeable y no poroso.
- d) que sea inodoro e insaboro.
- e) que sea fácil de adquirir.
- f) que sea fácil de reparar.
- g) que sea de un color que guarde armonía con el resto de la dent
dura, y
- h) que no produzca irritación, ni otros perjuicios a los tejidos.

Para el cuarto caso es necesario un acrílico que tenga, además de las condiciones antes apuntadas, las siguientes: que sea esponjoso en su cuerpo; que deje una superficie impermeable - lisa - libre y que el conjunto sea de consistencia semejante a la mucosa circunvecina.

BIBLIOGRAFIA

- 1 Mead, Sterling V., Cirugía Bucal. Traducción al castellano de la 3. ed. en inglés. México, Uteha, 1948. Tomo 1. Pág. 5.
- 2 Rouviere, H. Anatomía Humana, Descriptiva y Topográfica, 3 ed. española, Madrid, Bailly-Bailliere, 1953. Tomo 1. Pág. 79.
- 3 Rouviere, H. Anatomía Humana, Descriptiva y Topográfica. 3 ed. española, Madrid, Bailly-Bailliere, 1953. Tomo 1. Pág. 78.
- 4 Testut, L y Latarjet, A., Anatomía Humana. 9 ed., Barcelona, Salvat, 1954, Tomo IV, Pág. 22.
- 5 Saizar, Pedro. Prótesis a Placa. 5 ed., Buenos Aires, Progreental, 1953, Pág. 92.
- 6 Mead, Sterling V., Cirugía Bucal. Traducción al castellano de la 3 ed. en inglés. México, Uteha, 1948. Tomo 1. Pág. 657.
- 7 Thoma, Kurt H., Estomatología. 2 ed. española de la 3 ed. inglesa. Barcelona. Salvat, 1953, Pág. 416.
- 8 Pacheco Lara, Alvaro. La prótesis Magnética. Tesis de Grado. Fac. Odontología, Universidad de Costa Rica. 1955.
- 9 Acuña Solera, Eladio. Cita Personal - Profesor de la Fac. Odontología de la Universidad Nacional, Costa Rica. 1954.
- 10 Dobbs, Edward C. y Prinz H. Farmacología y Terapéutica Dental. Traducción al español de la 10 ed. en inglés. México, Uteha, 1953. Pág. 475.
- 11 Saizar, Pedro. Prótesis a Placa. 5 ed.. Buenos Aires, Progreental, 1953, Pág. 662.
- 12 Saizar, Pedro. Prótesis a Placa 5 ed., Buenos Aires, Progreental, 1953, Pág. 663.