

Características clínicas que orientan las tomas de impresiones en el desdentado completo

por el

Prof. Dr. WALTER LIEBER BIELLI,

Cátedra de Prótesis, 2º Curso. Facultad de Odontología. Montevideo, Uruguay.

FINALIDAD

El odontólogo al encarar la toma de impresiones de maxilares desdentados tiene a su disposición técnicas numerosas.

Actualmente prima el criterio de que cada práctico domine una técnica determinada, que brinde lógicamente resultados satisfactorios modificándola y adaptándola según el caso particular que tiene entre manos.

Estas modificaciones evidentemente necesarias (no todos los desdentados presentan idénticas características) surgen de un estudio razonado de las particularidades individuales de cada paciente.

Por ello la importancia de un *examen objetivo* minucioso del caso a tratar.

Orientar la conducta a seguir *antes y en el momento* de la toma de la impresión a través de dicho examen objetivo es la finalidad que perseguimos en este trabajo.

Maxilar superior.

Al visualizar el maxilar superior y efectuar el examen táctil del mis-

mo, nos formamos inmediatamente un juicio sobre su configuración (maxilar normal, pequeño, grande, reabsorbido, regular, irregular, etc.) que nos brindará una orientación sobre la futura técnica de impresión a seleccionar y las dificultades que deberemos sortear.

Es así, que de este primer estudio podemos formarnos opinión en cuanto a la forma de realizar el cierre periférico de la futura impresión.

En aquellos maxilares, que voluminosos por la forma de sus crestas y profundidad de su bóveda palatina presentan las paredes del

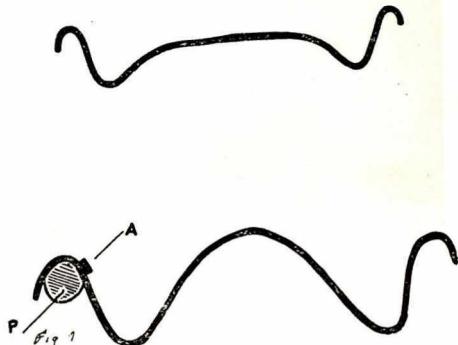


Fig. 1.

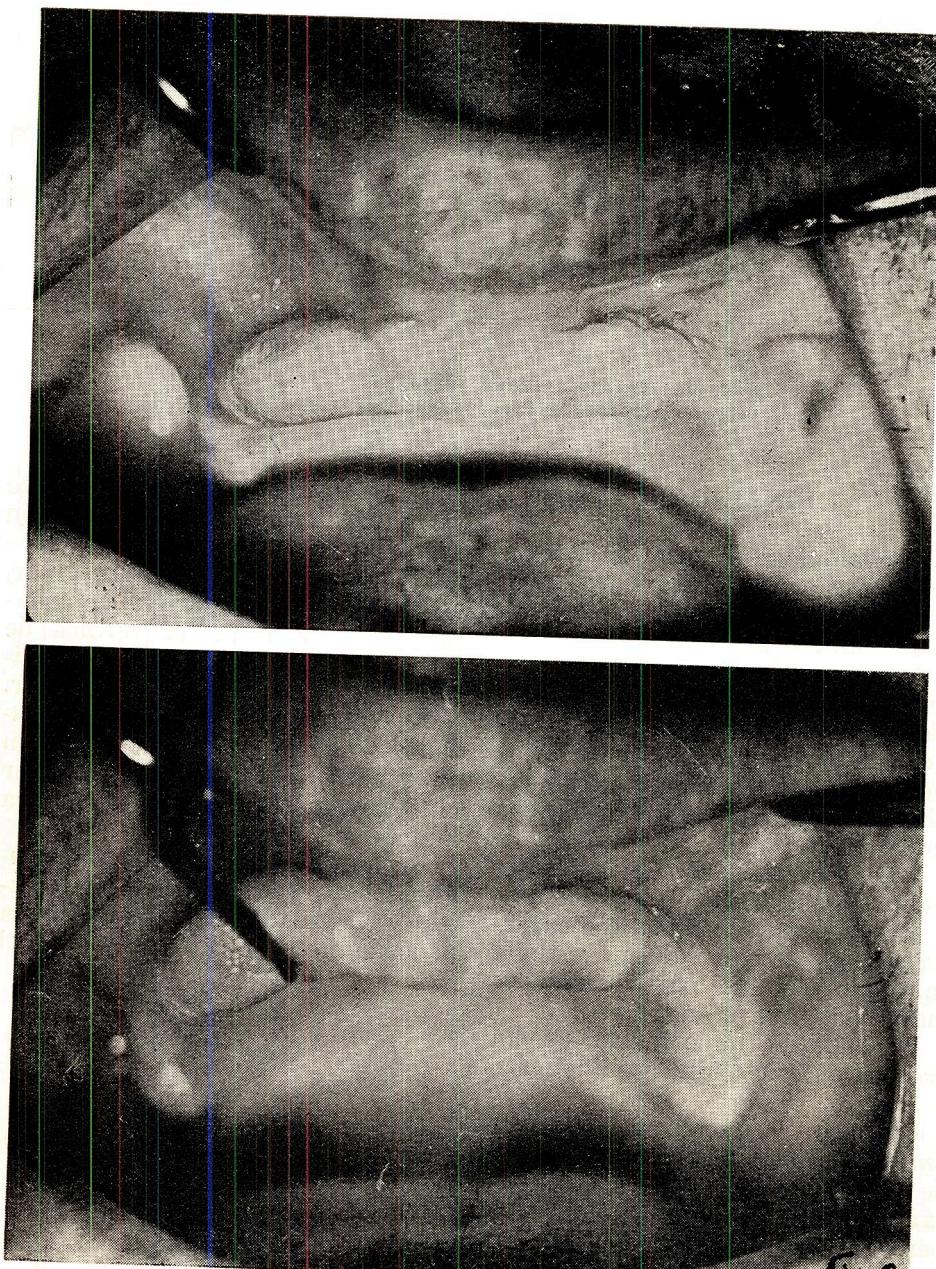


Fig. 2.

retracción salivaria

Fig. 2.
Retracción salivaria en la extracción de los dientes 1A
y 1B. Se observa la mano del dentista y el uso de la sonda y el espejo.

reborde alveolar residual convergentes hacia oclusal, se deduce la necesidad de efectuar un cierre periférico potencial y actual (fig. 1).

Aquellos maxilares donde las paredes alveolares presentan cierto paralelismo entre ellas, el uso del cierre periférico potencial es suficiente para obtener un buen sellado periférico.

En el primer caso se impone la necesidad del uso de la godiva para la impresión del surco de reflexión y poder obtener un cierre actual conveniente, presionando lo necesario la zona de pasaje.

En el segundo caso, la cera blanda nos permite la obtención de un correcto sellado periférico, facilitando este hecho la confección de la futura cubeta individual, dada la posibilidad de manufacturarla de placa base.

Formado este primer juicio sobre la conformación general del maxilar superior debemos efectuar un estudio zona por zona a los efectos de la planificación total de la impresión.

Zona del reborde alveolar anterior.

Puede ofrecer esta zona a la inspección, características de reborde normalmente conformado, de altura media y contorno uniforme. La mucosa firmemente adherida a los planos subyacentes, no deslizable y poco o nada depresible. En estas condiciones la toma de impresión de esta zona no nos ofrecerá dificultades cualquiera sea la técnica empleada para su calco. Lamentablemente no siempre imperan estas condiciones. Con frecuencia es difícil constatar una mucosa blanda, móvil y depresible (fig. 2).

A los efectos de una correcta estabilidad de las prótesis como tam-

bién de un adecuado soporte, es de importancia un terreno firme para la misma. Por lo tanto se impone antes de la toma de la impresión la eliminación quirúrgica del tejido pendular, aunque desde el punto de vista del volumen esta zona queda notoriamente disminuida. Esto último no debe preocupar al profesional, pues los beneficios de un tejido firme es evidente.

El problema de la toma de impresión de esta zona se complica cuando por causas diversas no es posible la resección quirúrgica de dicho tejido. En esta circunstancia, en la toma de la impresión, no debemos ni desplazar ni deformar este tejido pendular, encauzando tanto en la impresión primaria como en

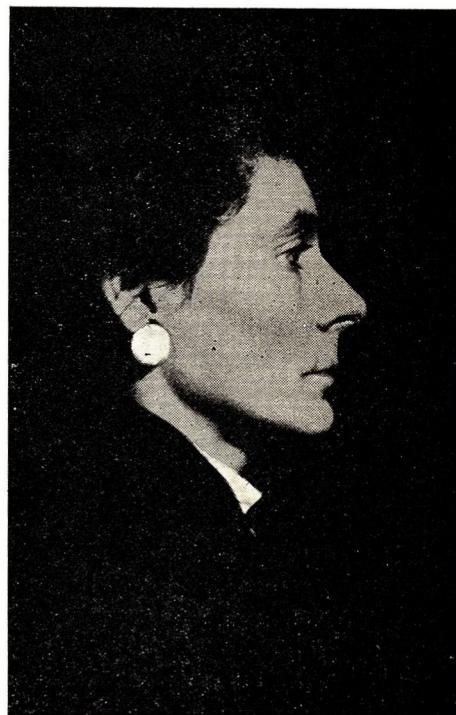


Fig. 3.

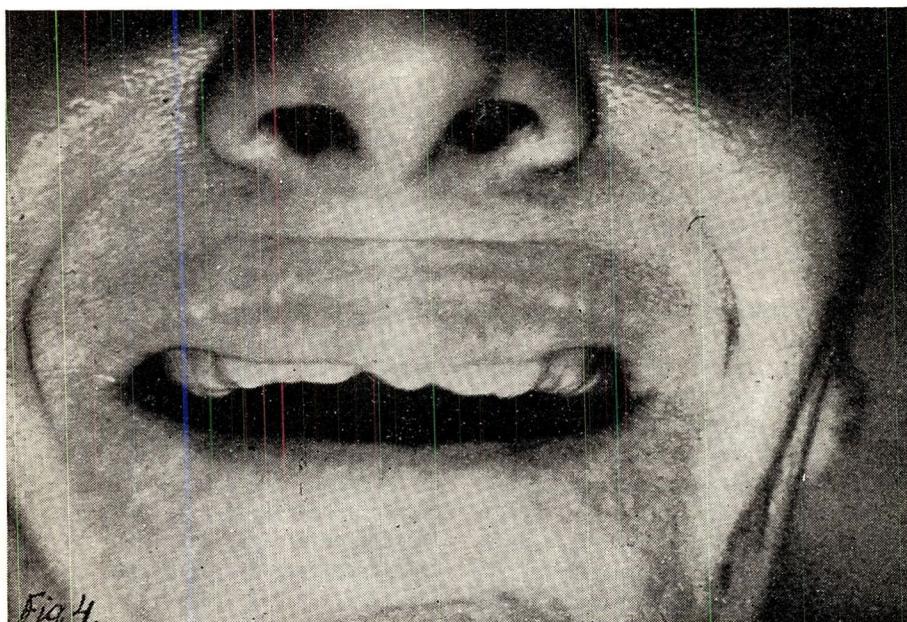


Fig. 4.

la definitiva nuestras maniobras en el logro de tal finalidad: (distribución adecuada de la sustancia de impresión, sustancias de índice de escurrimiento elevado, levante de cubeta, perforaciones etc.).

En otras circunstancias podemos encontrarnos con una cresta alveolar residual bien desarrollada que a simple vista no nos permite abrir dudas sobre sus condiciones favorables en cuanto a retención y soporte. Sin embargo antes de decidirnos al acto de la impresión debemos examinar la relación que se establece entre dicha cresta y el labio superior. En la figura 3 podemos observar una paciente totalmente desdentada con hundimiento pronunciado de mejillas y labio inferior, pero con un labio superior sin alteración posicional. La solución a adoptar frente a estos casos clínicos es sencilla cuando el

resto del maxilar superior presenta buenas condiciones para el soporte y retención. Se efectúa la eliminación quirúrgica de tabla externa a los efectos de poder lograr espacio para una delgada lámina de acrílico. En estos casos es frecuente que el paciente al sonreír muestre reborde alveolar anterior, eliminándose también en esta circunstancia en altura quirúrgicamente reborde alveolar por razones estéticas (fig. 4). Naturalmente que esta actitud previa a la toma de la impresión depende como se ha manifestado, de las condiciones imperantes en el resto del maxilar, debiendo efectuar el clínico una valoración juiciosa entre los requerimientos estéticos y mecánicos del futuro aparato, cuando en situaciones como éstas se nos presentan tuberosidades muy poco desarrolladas.

Otra característica observable en esta zona es la de que a pesar de encontrarnos con un labio superior deprimido, el reborde alveolar hace prominencia hacia vestibular, dando lugar a una zona retentiva, en los dos tercios superiores aproximadamente de la pared vestibular. Si esta es la única zona retentiva que observamos en el resto del maxilar, es factible la impresión del mismo sin deformación, cuidando la dirección de retiro de la misma. Si por el contrario se constata otra zona retentiva, como es habitual encontrarlas en las tuberosidades

estos casos es la siguiente: cuando el frenillo es bajo y el resto del maxilar no nos presenta condiciones favorables en cuanto a retención y soporte se refiere, se elimina quirúrgicamente. Si la intervención se planea para ser efectuada en el momento de la instalación de la prótesis, debemos abarcar con nuestra impresión totalmente el frenillo. Por el contrario conservaremos el frenillo cuando a pesar de la escotadura que debemos realizar, el resto del maxilar nos asegure correcto soporte.

En esta zona del reborde alveolar encontramos con frecuencia hipertrofias mucosas, localizables en la proximidad o en el mismo surco de reflexión conocidas habitualmente con la denominación de "doble labio". Esta hipertrofia es motivada por un factor irritativo, cuya causa obedece a bordes de prótesis mal ajustadas. Cuando esta hipertrofia no es muy marcada, la conducta a seguir es la de tomar la impresión, involucrando en la misma a la lesión. Una vez colocada la prótesis, el ajuste de esta hará desaparecer la causa de la irritación y con ello la hipertrofia. Si el "doble labio" asumiera características de cierto volumen, la cirugía será la encargada de restablecer la normalidad (fig. 6).



Fig. 5.

(fig. 5) podemos adoptar dos criterios. Si la retención no es muy marcada podemos optar por impressionarlas con sustancias de impresiones elásticas y confeccionar la base de la prótesis con material también elástico (polietileno, prothenil etc.). La otra conducta es eliminar previo a la toma de la impresión las retenciones quirúrgicamente a los efectos de poder obtener un buen cierre periférico y evitar futuras zonas dolorosas.

El frenillo labial a su vez, debe ser objeto de un detenido estudio en cuanto a su amplitud e inserción, a los efectos de no abarcarlo con la impresión. Frecuentemente nos encontramos con frenillos de inserción baja que motiva en la impresión y luego en la futura prótesis una escotadura anterior pronunciada. La conducta aconsejada en

Zona de reborde alveolar lateral.

Esta zona comprende normalmente el espacio en donde se ubicarán en la prótesis premolares y molares. Es por lo tanto un área de importancia en cuanto a la percepción de esfuerzos se refiere.

Afortunadamente no es dable encontrar aquí con la asiduidad que acontece en la zona anterior tejido pendular, móvil y depresible.



Fig. 6.

Desde el punto de vista del planeamiento de la impresión, el examen de esta zona se encuaza a la determinación precisa del surco de reflexión y de la inserción y movilidad de las bridas laterales (fig. 7). Es con menor frecuencia que en la zona estudiada anteriormente y la que estudiaremos a continuación, que debemos recurrir a la cirugía correctora.

Zona de tuberosidades.

Las tuberosidades presentan características que motivan un examen minucioso de las mismas. Es una zona cuyo correcto calco es de vital importancia para el logro de una buena impresión.

A partir de tuberosidades normales en cuanto a su conformación y a la firmeza de la mucosa que cubre el tejido óseo en esta zona,

es frecuente encontrar tuberosidades que se apartan de este normotipo.

Así veremos tuberosidades súmamente desarrolladas tanto en sentido vertical como transversal. Es necesario previo el registro de las impresiones determinar si la o las tuberosidades permiten ubicar el espesor de acrílico correspondientes a la prótesis superior e inferior. Si esto no fuera factible se impone la cirugía correctora.

Con respecto a la retención que en elevado número de casos encontramos en la región vestibular de la tuberosidad, encauzamos desde el punto de vista del planeo de la impresión, la misma actitud que hemos considerado al estudiar condición similar en la zona anterior. En la figura 8 observamos esta característica de la tuberosidad. Con frecuencia nos es dable observar en

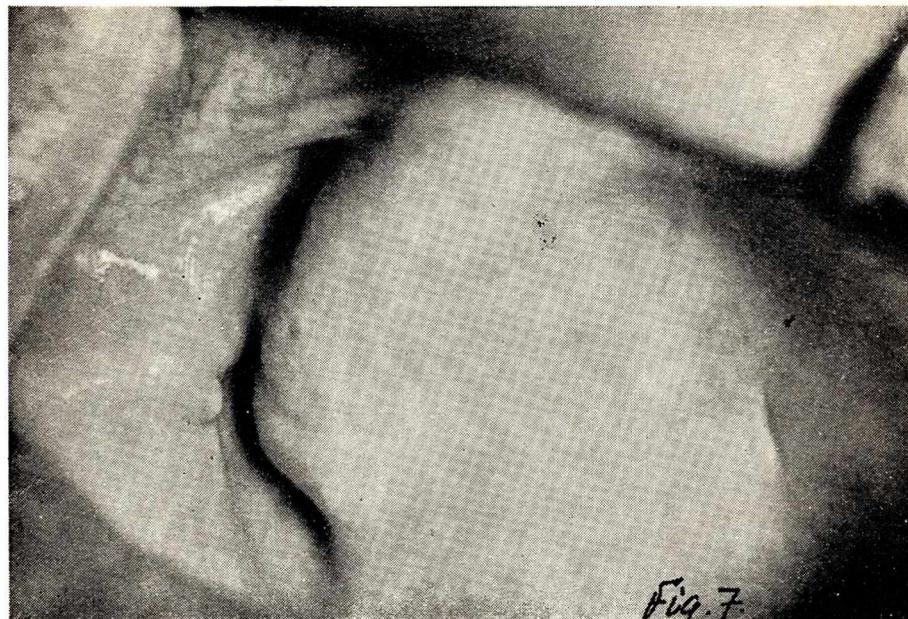


Fig. 7.

Fig. 7.

prótesis realizadas, que el odontólogo en un porcentaje elevado no asigna a esta zona de la impresión la importancia y el cuidado debido en el calco de la misma. Por no encarar su corrección, se confeccionan prótesis corta en esta región, con la pérdida a veces fatal de adecuada retención,

Otro aspecto importante que también lo visualizamos en la figura 8 es el espacio que se presenta entre la tuberosidad y la mejilla. Constatamos en el examen clínico variedad en cuanto al ancho del mismo, presentándose desde la forma de un surco angosto, hasta un ancho tal, que configura una verdadera bolsa. Este espacio debe ser ocupado totalmente por la sustancia con la cual efectuamos el calco del surco de reflexión. Como precaución a adoptar en el acto de la impresión de dicho espacio, pedi-

remos al paciente que efectúe movimientos de apertura y de lateraldad, a los efectos de evitar interferencia de los futuros bordes de la prótesis con la rama ascendente. De esta forma nos aseguramos por medio de la impresión adecuada de este espacio, una correcta estabilidad de la prótesis, asumiendo esto importancia cuando los premolares y molares se hallan en acción de trituración alimenticia.

Otra particularidad observable en las tuberosidades es la de hallarse constituidas en el mayor porcentaje de su volumen por tejido fibroso denso, fácilmente moldeable a la presión (fig. 9). Lo correcto, tal cual se manifestó al estudiar similar situación en la zona anterior, es lograr un soporte firme para la prótesis por medio de la eliminación quirúrgica de di-

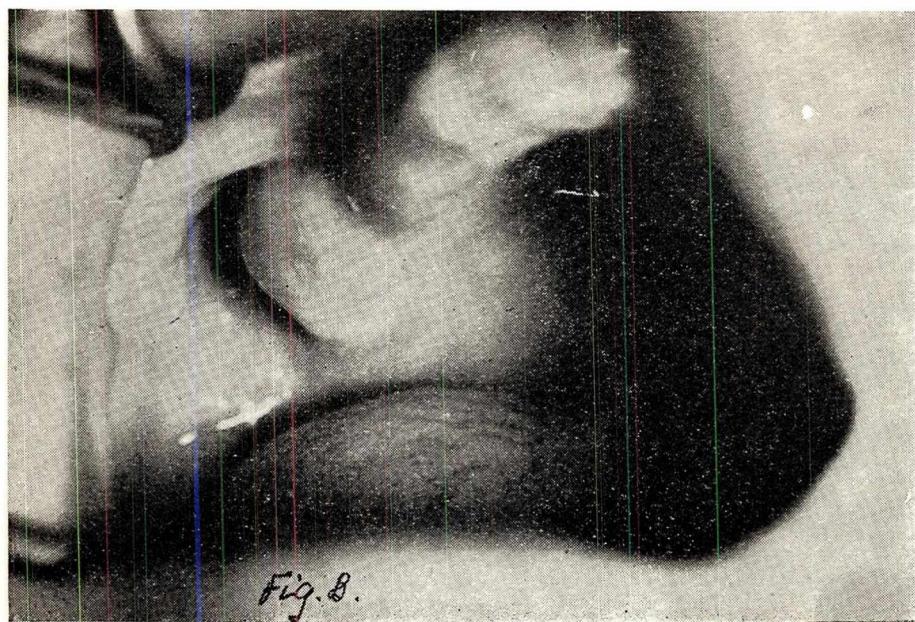


Fig. 8.

cho tejido. Si no se asume esta actitud, debemos agotar todos los recursos en el acto de la toma de impresión para calcar estos tejidos móviles sin presionarlos ni deformarlos. Es frecuente que una tuberosidad presente esta característica y la otra no.

Las tuberosidades severamente reabsorbidas constituyen un alerta para el protesista dado que en estas circunstancias debemos extremar nuestro celo en compensar con una impresión bien estudiada y posteriormente con un articulamiento de los dientes anteriores y un balance oclusal, la falta de un adecuado soporte y el desprendimiento posterior de la prótesis. Normalmente este tipo de tuberosidades es acompañado por paladares planos con una mucosa fuertemente adherida a los planos subyacentes, con escasa y uniforme depresibilidad. En estos

casos impresionar el maxilar superior utilizando godiva tanto para calcar la zona de soporte como la del cierre perférico constituye a criterio del que escribe la técnica a elegir.

Zona palatal.

El examen de esta zona se dirige en primer término, a establecer su conformación general. En el capítulo anterior mencionamos la característica que normalmente asume la bóveda plana y la ventaja de usar la godiva como sustancia de impresión. También hemos expresado ya, que cuando nos encontramos con maxilares superiores cuyas paredes vestibulares y palatinas son convergentes hacia oclusal, caso que se nos presenta con máxima frecuencia cuando la bóveda pala-

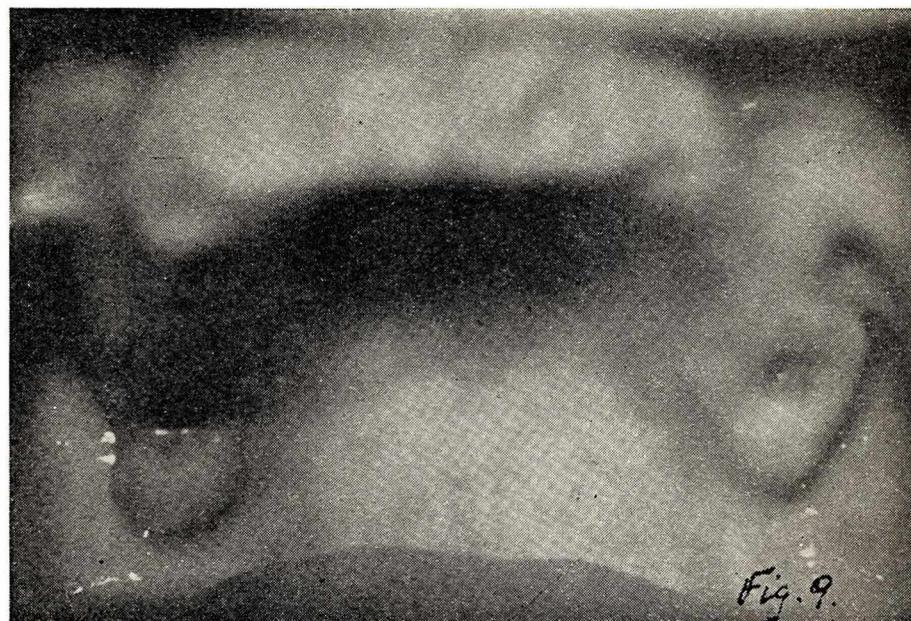


Fig. 9.

tina es profunda, debemos tomar precauciones adicionales en cuanto al cierre periférico.

En las bóvedas de este tipo y en las de profundidad media debemos precavernos al tomar la impresión, de no confinar en exceso la sustancia de impresión en la zona anterior palatal, limitada por el reborde alveolar de premolar a premolar (fig. 10).

Inadvertidamente, tanto en la impresión primaria como en la definitiva es común presionar excesivamente esta zona por el confinamiento producido. Este hecho es fácilmente constatado en prótesis cuya zona palatal se confeccionan con acrílico translúcido, siendo fácil percibir la zona de hisquemia motivada por dicha presión, causa frecuente de inestabilidad. Las medidas a adoptar a los efectos de evitar este inconveniente, son del

mismo orden que las adoptadas cuando se calcan tejidos móviles (distribución adecuada de pasta, pastas de mayor índice de corrimiento, alivios, etc.).

En las bóvedas medianas y particularmente en las profundas es dable constatar en sus distintas zo-

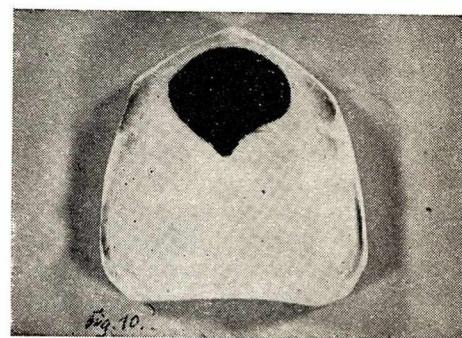


Fig. 10.

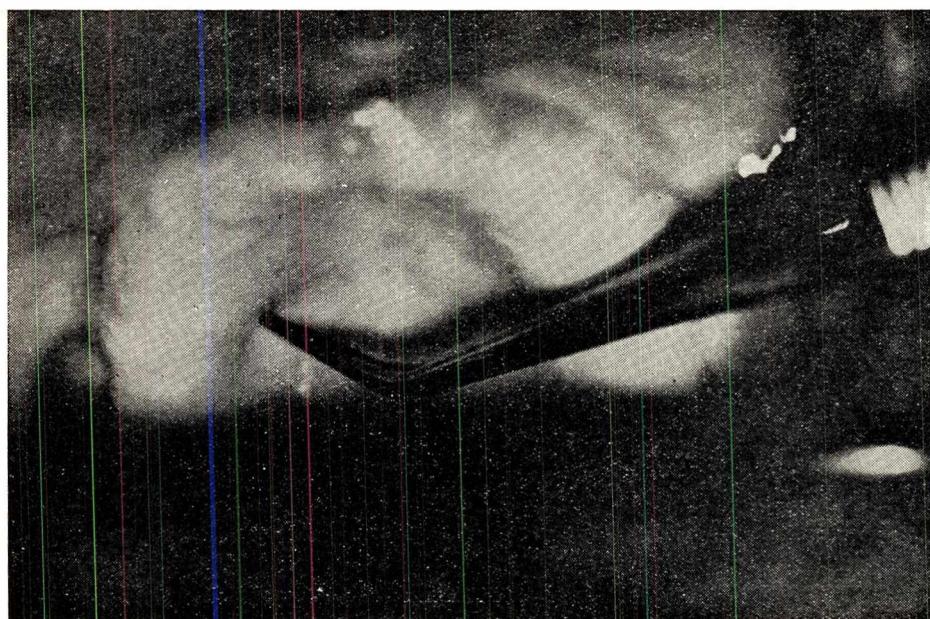


Fig. 11.

nas grados diversos de depresibilidad. Comúnmente en la zona en que la bóveda palatal se limita con la cresta alveolar, en la región de premolares y molares, podemos palpar tejidos bastante depresibles (fig. 11). La impresión se hace en estos casos bastante dificultosa, pues cualquier presión realizada sobre estos tejidos, más depresibles que el resto de la mucosa que tapiza el maxilar, será un factor de inestabilidad de la futura prótesis. Una técnica de impresión criteriosa para estos casos es la de registrar una primera impresión de la zona de soporte principal y de postdamming, con una cubeta sin piso en la zona de tejidos depresible, utilizando una sustancia de impresión con la cual podamos ejercer cierta presión, para luego impresionar la región palatal depresible con una sustancia de gran índice de corri-

miento. También podemos utilizar cualquiera de las variantes que se han descrito a los efectos de aliviar presión en el acto de la toma de impresión.

El rafe medio palatino se nos puede presentar sin ningún accidente anatómico. En oportunidades constatamos la presencia de un torus ^{mandibular} más o menos desarrollado. Los inconvenientes que nos ofrece el torus, zona dura nada depresible, se obvian eliminando criteriosamente toda presión sobre el mismo y efectuando además los alivios correspondientes. La presencia del torus asume mayor gravedad para el éxito de la impresión, cuando coincide con zonas más o menos amplias de tejidos móviles en la zona del reborde alveolar residual. En este caso la cirugía es un valioso aporte para mejorar el terreno protésico.

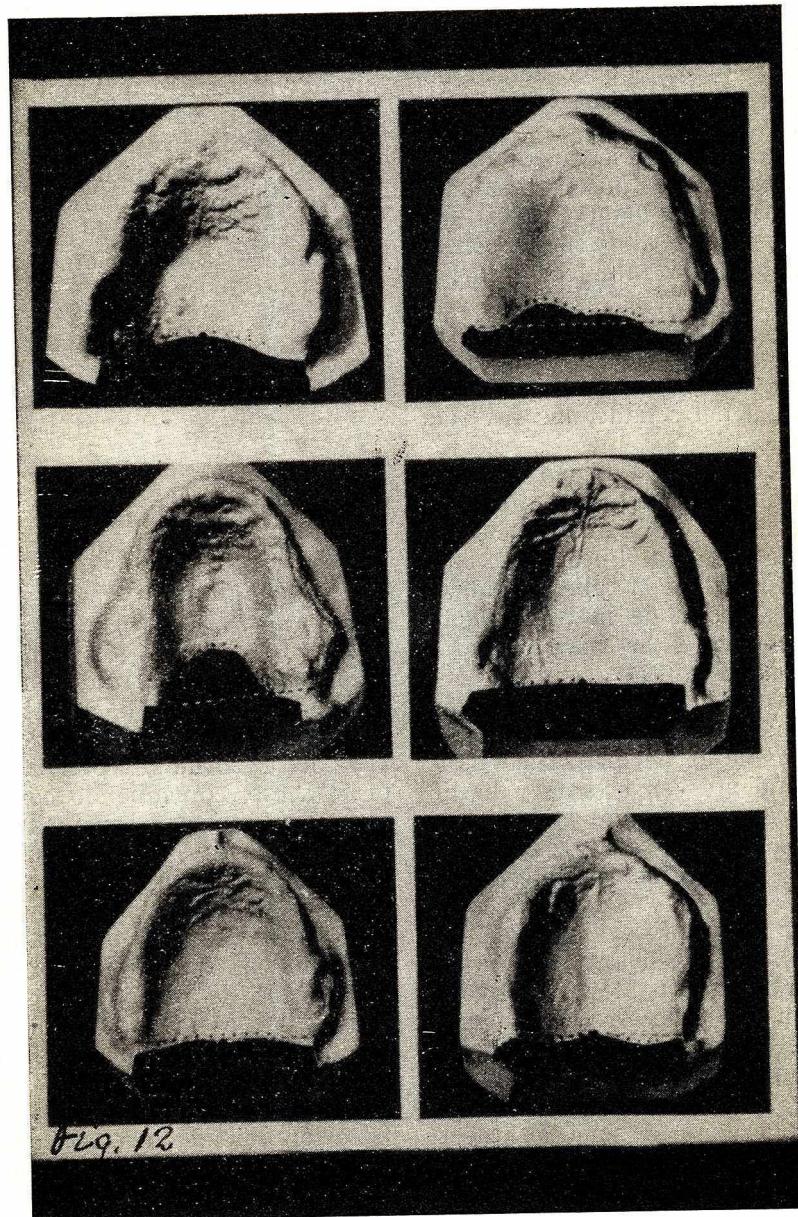


Fig. 12.— Figuras tomadas del libro del Dr. Walter Wild.

Zona del sellado periférico posterior.

El primer paso a dar en el examen de esta zona debe ser la determinación precisa de la línea de la ah!

Muchos autores localizan el eje de vibración que limita el paladar blando fijo del blando móvil haciendo enunciar al paciente con la boca abierta la interjección ah! o también haciéndole expulsar aire por la nariz en el momento que se obstruyen las mismas. Otros marcan como límite infalible posterior de la zona del sellado, las faviolas palatinas.

El Dr. Walter Wild, en su libro "Funktionelle Prothetik" demuestra que el eje de giro del velo relacionado con una línea recta que vaya de distal de la tuberosidad izquierda a distal de la tuberosidad derecha, asume las más variadas posiciones (fig. 12).

Una forma práctica segura de determinar el eje de giro es ir marcando con lápiz dermográfico puntos ascendentes en el velo y hacer pronunciar al paciente la interjección ah! Cuando el o los puntos marcados no se movilizan estamos en el eje de giro. Como podemos observar en la figura tomada de W. Wild, en aquellos maxilares de tuberosidades grandes y bóveda profunda el eje de giro se adelanta bastante con respecto a la línea tomada como referencia. El profesional que no ha sido minucioso en el examen de esta zona en casos como el que comentamos, sobreextiende la impresión hacia atrás con los inconvenientes consecuentes.

A partir del eje de giro hacia adelante debemos determinar la depresibilidad de la mucosa corroborar en que grado y con que amplitud vamos a comprimir la zona del sellado periférico. Debemos realizar este paso con criterio analítico severo, especialmente cuando las condiciones que ofrece el maxilar no son óptimas desde el punto de vista de la retención.

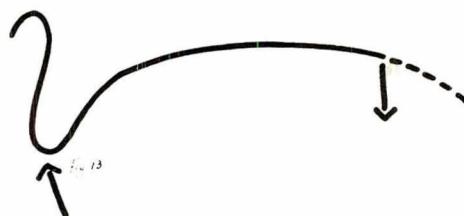


Fig. 13.

El caso esquematizado en la figura 13 demuestra la necesidad de lo anteriormente mencionado. Una zona de reborde alveolar anterior prominente, coincidiendo con tuberosidades muy reabsorbidas y surcos hamulares pocos profundos o inexistentes. Aquí es cuando debemos explotar al máximo las posibilidades del cierre posterior, prolongando si estamos en presencia de un velo de paladar largo y el paciente no es muy sensible, nuestra impresión más allá de la línea de la ah! Se incrementa sustancialmente de esta manera el cierre posterior, siendo esta conducta aconsejada como sistemática por algunos autores.

(Continuará.)