

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

(Continuación)

por el
Prof. Dr. WALTER LIEBER BIELLI,
Cátedra de Prótesis, 2º Curso.

Maxilar inferior.

De la misma manera que hemos analizado las características generales del maxilar superior, visualizamos el aspecto general que ofrece el maxilar inferior, apreciando su forma, su conformación a los efectos de obtener en una primera instancia una pauta de los problemas que deberemos enfrentar en la toma de la impresión.

Desde maxilares inferiores generosamente conformados hasta aquellos sumamente reabsorbidos se nos ofrecerá a la inspección toda la gama de formas intermedias. Antes de alegrarnos prematuramente frente a una cresta residual bien conformada o amilanarnos ante una cresta muy reabsorbida, es necesario: 1º) palpar debidamente la zona que servirá de asiento a la futura Prótesis y establecer las ca-

racterísticas del soporte en cuanto a su dureza, depresibilidad o movilidad de los tejidos que tapizan el sustractum óseo; 2º) mover suavemente labios y mejillas procurando una exacta determinación del límite del surco de reflexión como también establecer por medio de movimientos normales de la lengua, en cuanto podemos extendernos en el flanco lingual con nuestra impresión.

De este examen primario nos formaremos en principio un juicio sobre las técnicas o métodos de impresión que vamos a utilizar y que será refrendado o modificado por el examen minucioso que se realizará zona por zona.

Zona del reborde alveolar interior.

Esta zona comprendida entre canino inferior derecho e izquierdo, la debemos objetivar desde el punto de vista no sólo de su característica topográfica, sino también de

* Corresponde a la continuación del trabajo iniciado en el N° 9 de los "Anales", y que no regía la Reglamentación aprobada con posterioridad.

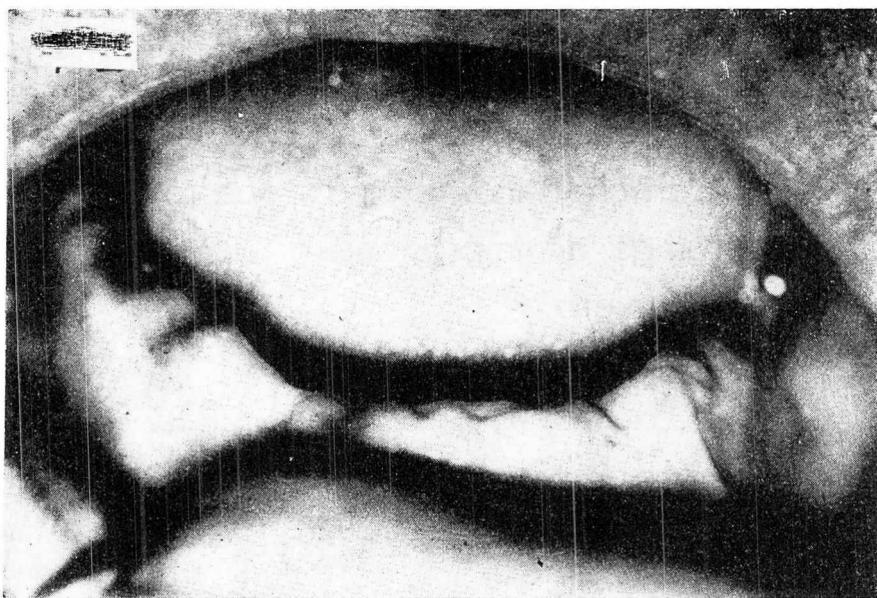


Fig. 1.

acuerdo con la relación que establecen con el labio inferior.

Podemos encontrar un reborde alveolar de volumen normal, uniformemente conformado con una mucosa fuertemente adherida al tejido óseo. En esta circunstancia el acto de la toma de impresión no requiere mayores variantes, debiéndose fundamentalmente estar atento a la determinación exacta del surco de reflexión y permitir el libre juego del frenillo labial. Con respecto a la conducta a seguir con dichos frenillos, ésta deberá ser la misma que se ha seguido con el frenillo del maxilar superior.

Es frecuente que rebordes de volúmenes normales no nos presente una superficie uniforme, sino como lo muestra la figura 1, con irregularidades motivadas por extracciones en las cuales no se ha regularizado debidamente el tejido óseo alveolar. Estas puntas óseas dolorosas al examen táctil es aconsejable

desde todo punto de vista eliminarlas antes de encarar la toma de impresión.

Cuando la cresta alveolar anterior es de cierto volumen, si bien desde el punto de vista del soporte y la retención puede ofrecerse como muy favorable, es necesario antes de la toma de la impresión, relacionarla con el labio inferior, pues en ciertas circunstancias cuando el labio se moviliza se ve el borde superior de la cresta. En estos casos, corresponde por razones de estética eliminar en altura la cresta alveolar residual.

Naturalmente antes de adoptar tal conducta, es necesario no sólo establecer acabadamente las condiciones de soporte y retención del resto del maxilar, sino también la posibilidad de poder superar este inconveniente estético con dientes de acrílico convenientemente tallados.

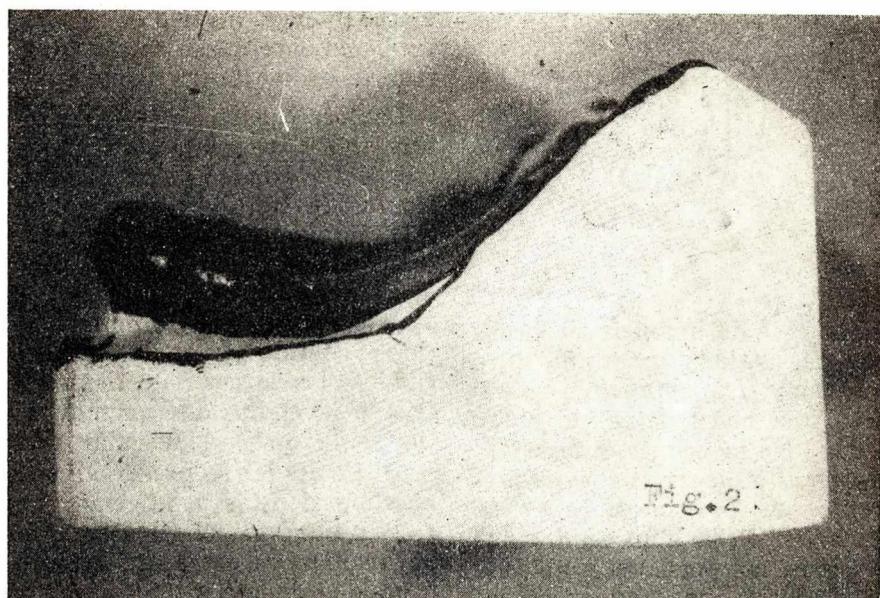


Fig. 2:

En la figura 2, podemos observar un reborde anterior bien conformado, pero que ofrece por vestibular en su tercio inferior una marcada retención. Esta característica observada con frecuencia en esta zona, puede no merecer objeción desde el punto de vista de la obtención de una correcta impresión cuando en el reborde del maxilar no se comprueba otras zonas retentivas que puedan impedir el normal retiro de la misma sin deformación. De esta manera nos basta con retirar la impresión desprendiéndola primero en la zona posterior y traccionarla hacia adelante y hacia arriba, evitando la deformación en el socavado. Si existe otra área retentiva, por ejemplo, en la zona distolingual que nos impida esta maniobra, es necesario previa a todo intento de impresión, la corrección quirúrgica.

Considerando esta conformación de cresta que estamos describiendo

independientemente del resto del maxilar, puede necesitar una cirugía correctora cuando se compruebe que de acuerdo con la relación que asume con el labio inferior no será posible interponer entre ambos sin resultados estéticos adversos al material de base de la Prótesis.

Con las mismas características que en la zona homónima del maxilar superior encontraremos en esta zona del maxilar inferior, tejido pendular. La conducta a asumir en esta circunstancia a los efectos del planteamiento de la impresión, es la misma que hemos descripto en maxilar superior.

En el flanco lingual de la cresta alveolar es frecuente comprobar un socavado, una concavidad a veces bastante pronunciada que puede, si no es debidamente tenida en cuenta, complicar o falsear la toma de una correcta impresión. Esta concavidad del flanco lingual de la

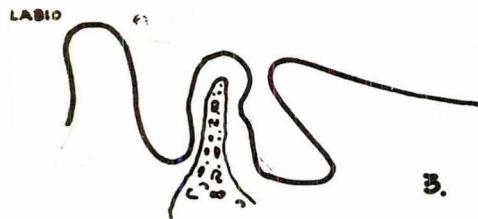


Fig. 3.

zona anterior del maxilar se localiza ya sea, alojada en tejido duro no deformable, no depreciable o también en una masa de tejido móvil pendular. En la primer circunstancia debemos llenar con cera previamente ese socavado para evitar deformación de la impresión o que la Prótesis no pueda ser ubicada en posición o que traumatische los tejidos (fig. 3). En la segunda circunstancia deberemos tomar la impresión con una cubeta debidamente aliviada con sustancia de índice de corrimiento elevado y luego

efectuar en el modelo el relleno correspondiente a ese socavado o retocarlo en la futura Prótesis.

La localización en esta zona de una cresta alveolar reabsorbida es frecuente. Dentro de las lógicas dificultades frente a situaciones de esta naturaleza, el pronóstico sin embargo no es el mismo. Cuando la zona de soporte que observamos y palpamos es poco amplia, angosta en sentido vestíbulolingual ubicándose los surcos de reflexión a su mismo nivel, durante los movimientos de la cortina muscular vecina, las dificultades se presentan serias, máxime si estas condiciones imperan en el resto del maxilar. Se debe evaluar en estas condiciones la necesidad de una cirugía correctora (fig. 4).

En otras circunstancias, cuando lo que queda de reborde alveolar se presenta a la palpación, cubierto por un tejido mucoso firme y



Fig. 4



Fig. 5.

con cierta amplitud en sentido vestibulolingual, podremos obtener un buen soporte para nuestra Prótesis. Demarcando prolijamente nuestra impresión, si bien podremos no llegar a obtener una retención acabada es suficiente con lograr una perfecta estabilidad, que luego completada con una correcta interrelación oclusal nos permitan un pronóstico favorable.

Zona lateral.

Esta zona la consideramos como aquella que se extiende de canino inferior hasta la segunda molar inferior. La característica de su conformación puede ser semejante a la de la zona anterior o diferir de ella como sucede en aquellos maxilares en donde premolares y molares han sido extraídos con bastante antelación a los caninos e incisivos.

Podremos determinar en esta zona, crestas alveolares residuales

bien conformadas como vemos en la figura 5, con una mucosa firme o como es de frecuente observación, hallarse conformada en forma de V. En esta última circunstancia debemos estar atento frente a dos hechos de importancia. La necesidad de obtener un buen cierre periférico que nos contrarreste la facilidad con que la Prótesis perderá su retención dada la convergencia hacia arriba de los flancos del reborde alveolar. Esto lo logramos procurando una técnica de impresión que nos permita efectuar dicho cierre con godiva y complementar con cera de baja fusión el cierre en la zona de pasaje. La otra circunstancia que debemos anotar, es la de que la cresta termina casi en un filo en su parte superior, zona donde se hará sentir con mayor intensidad la presión masticatoria, provocando dolor o deformando los tejidos si el mismo es pendular. Es necesario en ambos casos el levantamiento

te, el alivio de la cubeta en toda esta zona correspondiente al vértice de la V, utilizando como sustancia de impresión una pasta de alto índice de corrimiento coadyuvando con perforaciones de la cubeta.

Cuando nos encontramos con una cresta muy reabsorbida en esta zona, enfocaremos un planteamiento similar al realizado para la zona anterior. Cuando la reabsorción es general en todo el maxilar y no se haya indicado la cirugía correctora o por el examen realizado, no lo creemos necesario, la exacta delimitación del surco de reflexión es de fundamentalísima importancia.

En nuestra Cátedra indicamos a los alumnos, a los efectos de afinar detalles en la impresión en estos tipos de maxilar, terminar una primera impresión utilizando placa base triple como cubeta individual. Efectuar cierre periférico con cera blanda y utilizar pasta zinquenólica como sustancia de impresión. Sobre el modelo obtenido de esta impresión, efectuamos cubeta de acrílico. Se insiste en la corroboración de un recorte periférico adecuado y se efectúa el cierre valvular con godiva utilizándose zinquenólico.

En reabsorciones de cierta entidad se forma una depresión ósea entre la línea oblicua externa y la línea oblicua interna generalmente tapizada por una mucosa firme. Esta circunstancia aparentemente desfavorable, no es tal, dado que esta depresión nos ofrece una zona de soporte principal óptima. Finalmente en esta zona debemos recordar la presencia del frenillo lateral a los efectos de respetar su libre movimiento. En esta zona, como muy bien lo hace notar el Dr. Imre Kemény, debemos comprobar la tonicidad de los músculos vecinos a

los efectos de poder predeterminar el ancho que deberá asumir el borde de la impresión a los efectos de que la futura Prótesis no pueda lesionar o ser desplazada cuando la mejilla se adose contra la misma a enunciar la vocal O o silbar, por ejemplo.

Zona distal.

Esta zona, ampliamente tratada en la literatura odontológica, comprende el ángulo distovestibular, la papila piriforme y la bolsa distolingual o bolsa retroalveolar de Neil. El estudio y la observación cuidadosa de esta zona distal determinará la localización precisa del límite posterior de nuestra impresión, por lo cual aseguramos en un elevado porcentaje el éxito de la misma. La estabilidad horizontal de la futura Prótesis se halla preponderantemente supeditada al correcto usufructo de esta zona por medio de la impresión.

Siguiendo los lineamientos de Fournet y Tuller en el ángulo distovestibular, debemos tener en cuenta dos elementos de importancia: la línea oblicua externa y el músculo buccinador. Deberemos visualizar y palpar esta zona a los efectos de poder abarcarla con nuestra Prótesis de tal manera que sus límites lleguen exactamente hasta la línea oblicua externa insinuándose en recorrido hacia distal por debajo del buccinador, terminando su trayectoria en el límite fijado por una línea que debe pasar de 1 a 2 mm. por detrás de la papila piriforme uniendo rectamente el límite distovestibular con la bolsa distolingual, de esta manera la papila piriforme es totalmente cubierta por la impresión.

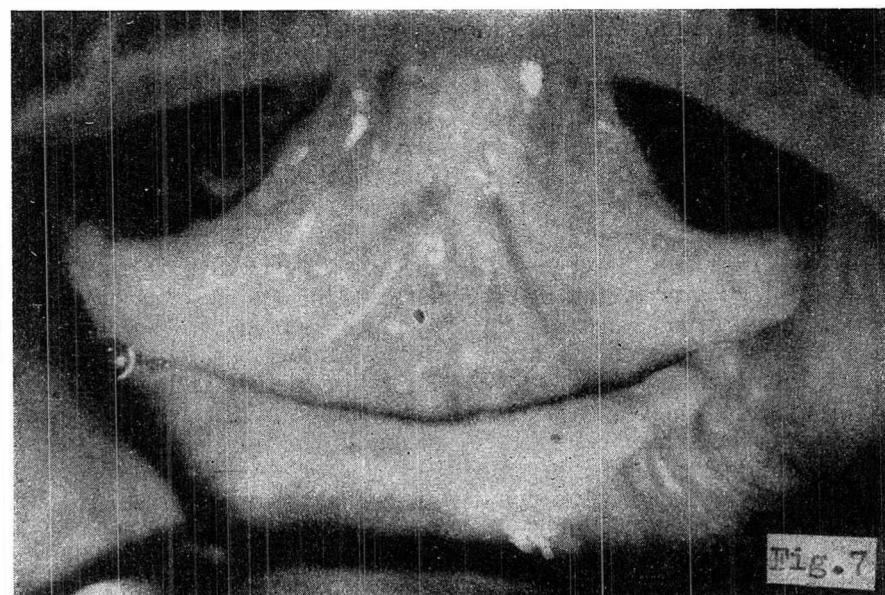
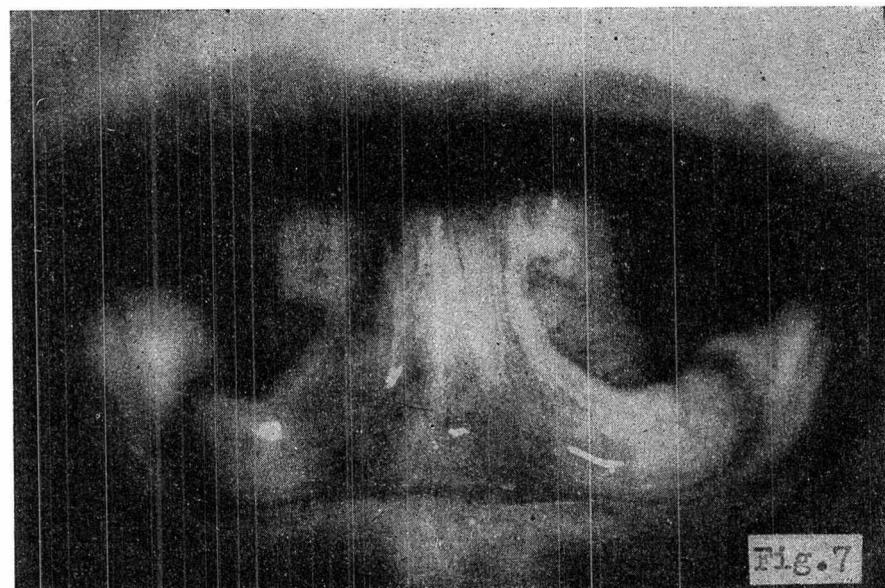


Fig. 6.

La papila piriforme se nos presenta al examen clínico con características muy variadas. Unas veces casi inexistentes, otras veces bien conformada y constituida por un tejido poco móvil y poco depreensible. En numerosas circunstancias sin embargo, las características de la papila es de presentarse muy móvil siendo fácilmente desplazable y deformada con frecuencia en el acto de la toma de impresión. Algunos autores frente a una papila de este tipo que ofrece un terreno tan poco firme para asiento de la Prótesis, prefieren no abarcarla con la misma.

En el examen de esta zona es importante la determinación exacta de la tonicidad y de la inserción por detrás de la papila piriforme el ligamento ptérigomandibular. Invadirlo con nuestra impresión, representará o futuro traumatismo del mismo o levantamiento de la Prótesis al abrir el paciente la boca.

La bolsa distolingual la observamos desplazando con un espejo la lengua lateralmente o la palpamos con el dedo. Cuando el piso de boca se halla en su nivel más bajo, la pared posterior de dicha bolsa ocupa su posición más distal. Al llevar el paciente fuera de la boca su lengua, la pared posterior de dicha bolsa ocupa su posición más anterior. La impresión de esta zona no debe realizarse en ninguna de estas posiciones extremas, sino en aquella que determina la posición de la bolsa distolingual cuando la punta de la lengua humedece los labios o toca la mucosa que tapiza las mejillas. No en todos los casos la pared distal de la bolsa avanza en la misma proporción al realizarse el movimiento antes mencionado. Es así observable que en impresiones primarias tomadas con piso de boca bajo esta bolsa lingual, presenta un volumen apreciable y que se mantiene variando



muy poco en su extensión cuando nosotros hemos recortado la cubeta individual a un nivel de piso de boca medio. Como se comprendrá, esta es una situación favorable para los atributos de soporte, retención y estabilidad de las futuras Prótesis. Pero no siempre esto sucede así, existiendo casos en que si bien la bolsa en su posición de piso de boca bajo se nos presenta generosa, no bien el paciente moviliza la lengua, ésta, virtualmente se reduce a la mitad o casi se borra. Estos casos clínicos deben ser bien determinados en el examen del paciente a efectos no sólo de no perder un tiempo precioso en el recorte de la cubeta en esta zona, sino también para establecer un pronóstico adecuado del caso.

Zona lingual.

Aquí, lo mismo que en la zona distolingual, debemos estar atentos al recorrido del piso de boca durante los movimientos de la lengua.

En la figura 6, observamos un reborde alveolar residual bien conformado que, cuando el paciente eleva su lengua hacia el paladar, mantiene un flanco lingual bastante profundo.

Estos casos clínicamente se nos presentan favorables dado que, unido al hecho de estar frente a un buen reborde, el recorrido que efectúa el piso de boca desde su posición más baja hasta su posición de trabajo que es el límite que nosotros debemos determinar, es de poca entidad.

En otras circunstancias, frente a un buen correcto reborde alveolar, como lo muestra la figura 7, el piso de boca frente a un idéntico movimiento se eleva en forma tal,

que el flanco lingual se acorta en demasía o casi se hace inexistente. En estos casos debemos prestar una atención minuciosa a la limitación exacta de la cubeta para evitar sorpresas desagradables que pueden fácilmente evitarse con la minuciosa objetivación de los movimientos del piso de boca.

Otro elemento importante a determinar en el examen de esta zona, es la línea oblicua interna cuya palpación nos permitirá comprobar si estamos frente a una cresta ósea prominente y aguda, hecho que nos debe alertar para evitar lesión futura de esta zona por medio de alivios correspondientes o si por el contrario una línea oblicua poco prominente, roma, nos facilitará el calco de la zona y la ubicación de una Prótesis con mucho mayores posibilidades de no provocar lesiones.

Determinadas estas características como también la tonicidad de la musculatura que conforma esta zona, debemos finalmente prestar atención a la inserción del frenillo lingual. La amplitud de la inserción de dicho frenillo, su movilidad, la tonicidad del mismo, nos darán la pauta de las dificultades que podemos encontrar en esta zona anterior lingual en la obtención de un correcto cierre periférico. Desde este punto de vista, esta zona es para el maxilar inferior tan importante como la zona del post-damming es para el superior. Para la determinación del límite de nuestra impresión en esta zona, donde procuraremos extendernos en todas nuestras posibilidades, es menester tener en cuenta lo que ya se ha manifestado, determinar clínicamente dicho límite no haciendo efectuar a la lengua movimientos exagerados.

RESUMEN

Se describen características particulares que ofrecen al examen clínico los maxilares desdentados y la forma como influyen y orientan la toma de impresiones exitosas.

ZUSAMMENFASSUNG

Man beschreibt die verschiedene charakteristische die beim Klinische examen die Kiefer darstellen, wie auch ihr Einfluss in dem rictigen Zustandekommen der Abdrucke.

SUMMARY

Peculiar features of the edentulous jaw detected in the course of a careful examination, are described, and it is stressed its importance in connection with the taking of successful impressions.

CONCLUSIONES

En el examen del desdentado completo, es de fundamental importancia para orientar debidamente la toma de impresiones a realizar en cada caso particular, la determinación precisa de las características individuales que ofrecen los tejidos que constituyen los maxilares.

Nada tan importante para ello que confirmar la dureza o depre-
sibilidad, la fijeza o movilidad, la
posible deformación de los tejidos,
dado que de acuerdo al área en

que se localizan estas variantes, ci-
mentarán un pronóstico favorable
o no y orientando en forma segura
el acto de la toma de la impresión
como también los futuros pasos
técnicos a seguir.

BIBLIOGRAFIA

KEMENY, Imre.—“Die klinischen Grundlagen der totalen Prothese”. Ed. Johann Ambrosius Barth., 1955.

KLEIN, Ira E.—The Need for Basic Impression Procedures in the Management of Normal and Abnormal Edentulous Mouth. “J. Pros. Den.”, 7: 579-589; 1957.

LANDY, Chester.—“Full Dentures. The Postgraduates Dental Lecture Series”. Ed. St. Louis. The C. V. Mosby Co., 1958.

LOPATE, Phillips.—Anatomic Abnormalities Complicating The Adjustment Period for Complete Denture Prostheses. “J. Pros. Den.”, 9: 379-385; 1959.

LYTLE, Robert.—The Management of Abused Oral Tissues in Complete Denture Construction. “J. Pros. Den.”, 7: 27-42; 1957.

NAGLE and SEARS.—“Dental Prosthetics. Complete Dentures”. Ed. The C. V. Mosby Co., 1958.

SAIZAR, Pedro.—“Prótesis a placa”.

SCHLOSSER, B. O. y GEHL.—“Dentaduras completas”. Ed. Uteha.

SPRENG, Max.—“Der Kauabdruck. Praktische Grundlagen der Zahnärztlichen Prostethik”. Ed. Urban y Schwarzenberger, 1953.

SWENSON, M. G.—“Dentaduras completas”. Ed. Uteha.

VOLPE, Oscar H.—“Impresiones regionales en desdentados”. Ed. Organización Delta, 1958