

La lengua (*)

Su incidencia en el éxito o fracaso de la prótesis completa

Dr. WALTER LIEBER BIELLI (**)

PALABRA CLAVE:

— LENGUA, CIERRE PERIFERICO

INTRODUCCION

Al realizarse el examen de las estructuras orales orientadas hacia el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento del desdentado completo, es común en el Odontólogo no analizar debidamente las características que ofrece la lengua.

Este poderoso músculo único en la economía humana por las características de sus inserciones y su extraordinaria movilidad y versatilidad de acciones, incide en forma preponderante en la estabilidad de la prótesis, fundamentalmente en la inferior.

Debe ser norma del Odontólogo reconocer y estudiar la forma de explotar este órgano para que contribuya a la eficaz utilización de la prótesis por su portador y a su vez ésta no perturbe sus funciones. (5)

CARACTERISTICAS DE LA LENGUA

— VOLUMEN

La lengua dada la disposición de sus músculos puede adoptar variados volúmenes de acuerdo a sus necesidades funcionales. Se expande significativamente lateralmente o se estrecha y alarga afinándose.

A boca cerrada ocupa todo el espacio limitado por las arcadas dentarias, salvo un pequeño volumen en la zona palatal, el espacio de Donders. (1)

Cuando se pierde un número importante de piezas dentarias o la totalidad de ellas la lengua se expande cubriendo el reborde alveolar residual.

Es de frecuente constatación la amplitud transversal que asume la lengua cuando no se restituyen a tiempo las piezas perdidas. En desdentados de cierto tiempo la lengua cubre todo el reborde alveolar residual. Asume en ciertos aspectos la función encomendada a las arcadas dentarias desarrollando un poder muscular adicional que para muchos autores es motivo de reabsorción alveolar, especialmente en el maxilar superior.

— MOVILIDAD

La particularidad de sus inserciones permiten a la lengua extraordinaria movilidad que la habilitan para el desempeño de complejas y variadas funciones tales como contribuir a la preparación del bolo alimenticio, trituración del alimento, deglución, articulado de la palabra, fonemas, canto, gesticulación etc.

En estas diversas funciones es acompañada por las estructuras que componen el piso de la boca, en una intensidad variable en cada persona, dependiendo de características anatómicas y funcionales.

La corroboración de la medida en que el piso de boca acompaña a la lengua en sus desplazamientos es una etapa ineludible del diagnóstico.

— POSICIONES

Cuando la mandíbula se encuentra en posición postural la lengua ocupa el espacio que le encuadra la arcada inferior apoyando sus bordes laterales en las caras linguales de molares y premolares, desbordándose ligeramente sobre las superficies oclusales. El borde anterior se apoya suavemente en las superficies linguales de incisivos y caninos. (Fig. 1)

(*) Recibido para publicar: Junio de 1982.

(**) Ex Profesor Titular de Prótesis Completa de la Facultad de Odontología de Montevideo, Uruguay.

De esta posición normo-tipo (Fig. 2), existen variantes que deben ser cuidadosamente analizadas a los efectos de encauzar adecuadamente el plan de tratamiento del desdentado.

Una de las variantes posicionales es la que adopta la llamada "lengua hipotónica" (2). Se caracteriza por asumir en posición postural y en una ligera mayor abertura una ubicación retruida, no estando su borde anterior en contacto con la superficie lingual de los incisivos, sino algo alejado de ellos.

Se crea de esta manera un espacio en el desdentado completo, que dificulta el mantenimiento del cierre periférico, perdiendo la prótesis sus atributos de retención no bien el paciente comienza a abrir su boca. (Figs. 3 y 4)

Otra variante a tener en cuenta es la "lengua hipertónica" que se manifiesta por intensa actividad muscular. Es conocido por el ortopedista las alteraciones posicionales que provoca la lengua hipertónica en las piezas dentarias. De no contemplarse al construir las prótesis la necesidad de espacio y el logro de un equilibrio de presiones musculares de mejilla, labio y lengua sobre ellas, el fracaso será probable.

La deglución infantil que en el adulto promueve un vicio posicional de la lengua en la zona anterior de las arcadas dentarias debe ser diagnosticada a los efectos de una reeducación. Felizmente estos casos son de poca frecuencia.

NORMAS CLINICAS PARA LA CORRECTA INTERRELACION PROTESIS-LENGUA

— MODELADO DEL CIERRE PERIFERICO LINGUAL

Esta etapa quizás la más conocida por el Odontólogo procura armonizar la extensión del flanco lingual con las distintas posiciones de la lengua sin perder el cierre periférico y sin limitar las funciones de dicho órgano.

Cierre disto lingual y flanco lingual

La impresión primaria busca obtener el calco más extenso posible del área de soporte. Obtenemos así modelos primarios con bolsos disto-linguales bien conformados y flancos linguales relativamente profundos.

Sin embargo al observarse estas zonas con la lengua en actividad es dable constatar que en

numerosos casos no coincide lo obtenido en el modelo primario con el área de reflexión que debemos registrar en la impresión definitiva.

Es necesario procurar una visión directa de las mencionadas zonas retirando con el espejo bucal la lengua por turno, del flanco derecho e izquierdo y constatar el desplazamiento de la bolsa disto-lingual y piso de boca a la orden de movilidad dada a la lengua.

Si bien en casos favorables, no tan frecuentes como se desearía, estas zonas de reflexión no se desplazan virtualmente, en gran porcentaje de casos la diferencia posicional del piso de boca en reposo y en función es notoria, debiendo el Odontólogo precaverse para no registrar bordes linguales excedidos o demasiado cortos.

El análisis clínico de estas zonas y su movilidad es factor importante en la planificación del cierre valvular.

— CIERRE ANTERIOR LINGUAL

La lengua influye directamente en la conformación del cierre anterior. La inserción del geniogloso en la apófisis geni es factor incidente. Debemos tener en cuenta:

a) Amplitud de la inserción

El geniogloso puede presentarse con una inserción ancha, mediana o angosta que regulará la escotadura necesaria para obtener correcto cierre periférico y normal desplazamiento de la lengua.

Es necesario detectar la tensión que se establece en esta zona al ponerse en actividad el músculo y determinar de acuerdo a ello en que grado puede el borde de la prótesis asentarse sobre esta inserción.

b) Ubicación de la inserción

Cuando la reabsorción alveolar no es significativa la apófisis geni se halla a mitad de camino entre el borde inferior y superior del maxilar inferior en su zona anterior. Cuando la reabsorción es significativa se ubica en una zona alta del reborde alveolar, situándose frecuentemente en la zona más elevada del mismo. En esta circunstancia se debe tomar la precaución de llevar el borde periférico de la prótesis hacia lingual de la apófisis, a los efectos de que dicho borde descansa en el surco de reflexión y no sobre tejido estacionario.

c) Lengua hipotónica

Cuando el paciente abre ligeramente su boca, apenas algo más que de su posición postural y observamos que la punta de la lengua se retrae alejándose de la zona anterior del reborde alveolar residual nos hallamos en presencia de una lengua hipotónica.

En estos casos es difícil mantener un adecuado cierre valvular en la zona anterior lingual.

La prótesis al abrir el paciente su boca salta de su lugar al retruirse la lengua y romperse el cierre valvular.

Se deben manejar los siguientes procedimientos para anular este inconveniente.

- 1) Con la prótesis colocada en posición y ante un espejo grande en el cual pueda cómodamente observarse el paciente, pedirle que abra y cierre, constatando mediante el espejo, como se retira su lengua hacia atrás al iniciarse la apertura y salta simultáneamente su prótesis inferior.

Indicarle ejercicios de abra y cierre procurando mantener la punta de la lengua en contacto suave con las superficies linguales de los dientes inferiores. Al comprobar que al abrir la boca con la lengua en esa posición la prótesis no salta, ordenarle ejercicios cotidianos hasta que corrobore la necesidad de tal medida para la utilización confortable de sus prótesis.

Cuando el paciente es cooperador y capta la importancia de la misma, es el mejor procedimiento para solucionar este problema referido a la lengua hipotónica.

- 2) Diagnosticada la posición retruida de la lengua se planifica la obtención del cierre periférico de tal manera que la cubeta individual se extienda paralela al piso de boca en la zona anterior lingual en la medida necesaria para mantener el sellado a pesar del retroceso de la lengua y sin interferir con la misma durante su actividad. (3) (7)
- 3) Realizar la impresión según la técnica de las "aletas sublinguales". (1)

- MODELADO DEL FLANCO LINGUAL

Es práctica común del Odontólogo dejar liberado al técnico de laboratorio el modelado del flanco lingual de la prótesis. Esta práctica

incide negativamente en el éxito, especialmente cuando la cavidad oral presenta factores adversos a un buen pronóstico.

En esta circunstancia es imperiosa una coordinación equilibrada entre posiciones y movimientos de la lengua y la configuración del plano lingual:

Para ello nada mejor que grabar en el mismo las alternativas de los movimientos de la lengua a los efectos de evitar mutuas interferencias. Se logra esto fácilmente cuando en el momento de la prueba final de las placas de articulación se retira la cera del flanco lingual y exceso de placa base si lo hubiera tanto en la zona posterior como anterior. Se cubre toda esta área con silicona y mientras mantiene su plasticidad se le pide al paciente que articule fonemas tales como: do, de, di y hacer deglutir. Endurecida la silicona se retiran los excesos y se terminan las prótesis respetando la configuración lingual establecida por las impresiones dejadas por la lengua. (4)

- ALINEACION DE LOS DIENTES EN RELACION A LA LENGUA ZONA POSTERIOR

Es clásica la indicación de colocar premolares y molares sobre cresta, a los efectos de contribuir a la estabilidad de la prótesis.

Sin embargo esta conducta atenta en numerosos casos contra este objetivo, al estrechar el espacio de la lengua.

Actualmente al prostodoncista le preocupa más ubicar las piezas dentarias posteriores estabilizadas por la acción neuro-muscular de la lengua y mejillas, fomentando con el equilibrio de presiones la estabilidad de la prótesis. (Fig. 5)

Cuando se estrecha el recinto que ocupa la lengua por la ubicación dada a los dientes posteriores se crea un espacio entre mejilla y sus caras vestibulares. Durante el acto masticatorio quedan en este espacio restos alimenticios que se tratan de eliminar con la punta de la lengua. Al realizarse este movimiento se eleva el piso de boca y se disloca la prótesis. Se suma a ello la acción de los bordes laterales de la lengua que al movilizarse ligeramente arrastran y dislocan la prótesis por la presión y arrastre que ejerce contra las caras linguales de la arcada inferior.

Como ya se ha expresado es común un notorio ensanche de la lengua en la zona posterior

cuando faltan los premolares y molares y no se reponen a tiempo.

Esta circunstancia debe detectarse y no invadir el espacio lingual sacrificando en casos notorios la 2a. molar con el cometido de impedir una acción dislocadora y permitir a la lengua apoyarse sobre la zona posterior de la prótesis inferior colaborando en su retención. (8) (9)

La ubicación del plano de orientación no debe desvincularse de la posición de la lengua especialmente de sus bordes. No debe el plano de orientación sobrepasar en altura el borde lateral de la lengua acorde con lo expresado al tratar "posiciones".

Concretando: La relación dientes posteriores-lengua es necesario alinear la arcada artificial de tal manera que se ubique en el llamado "corredor dentario", espacio que se localiza en un área de equilibrio entre el poder muscular de la mejilla y de la lengua.

— ZONA ANTERIOR

Es notoria la tendencia que existe en colocar los dientes anteriores superiores sobre cresta o algo hacia vestibular de ella. Esto promueve el aspecto tan frecuente en el portador de prótesis de "labio hundido". Los incisivos inferiores debido al alineamiento dado a los superiores se colocan más hacia atrás que la correspondiente a su ubicación normal, provocando un estrechamiento del área de acción de la lengua. Se desestabiliza de esta manera la prótesis creando dificultades en la emisión de la palabra. La punta de la lengua se presenta enrojecida, erosionada, irritada. Para evitar tales inconvenientes es menester tener en cuenta la ubicación de la papila incisiva anterior y colocar los dientes anteriores superiores de tal manera que sus caras vestibulares disten de 9 a 11 mm. aproximados del centro de la papila.

Se estima que colocados los incisivos a una distancia menor a 7 mm. producen los efectos negativos antes mencionados.

RESUMEN

Se establece la íntima relación que existe en el fracaso o éxito de la prótesis completa con las características de la lengua.

Se estudia su volumen, movilidad y posiciones enfatizándose la importancia de un análisis detenido en cada caso, de su morfología y funcionalidad para adecuar a ella la aparatología a construir.

SUMMARY

The close relation that exists between the complete dentures and the characteristics of the tongue is established. Its volume, mobility and positions are studied while emphasizing the importance of a deep analysis of its morphology and function to adequate it to the complete denture that will be constructed.

BIBLIOGRAFIA

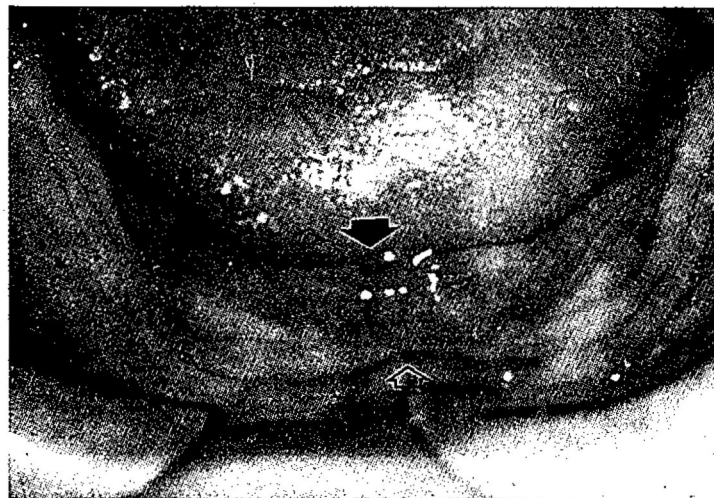
- 1) BOCAGE, M.; LEHRHAUPT, J. — Lingual flange design in Complete Denture. J. Pros. Den. 37(5):499-506(1977).
- 2) BREUSLEDT, A. — Fehlfunktionen der Zunge und Möglichkeiten Ihrer Diagnostik. Die Quin. 11/12:3715(1968).
- 3) BRILL, N.; TRYDE, G. and CANTOR, R. — The Dinamic Nature of The Lower Denture space. J. Pros. Den. 15(3):401-418(1965).
- 4) KLEIN, P.; BARRI, F. — Prótesis Completa funcional Rev. Esp. de Est. 19(3):187-194 (1971).
- 5) NAGLE y SEARS — Prótesis Dental. Ed. Toray S.A. Barcelona (1965).
- 6) SAIZAR, P. — Prosthodontia Total. Ed. Mundi. B.A. (1972).
- 7) TRYDE, G.; OLLSON, K.; JENSEN, S.; CANTOR, R.; TARSEBANO, J. and BRILL, G. — Dynamic Impresion Methods. J. Pros. Den. 15(6):1023-1034(1965).
- 8) WATT and MAC GREGOR — Designing Complete Dentures. Ed. Saunders London (1976).
- 9) WINKLER — Essentials of Complete Denture Prosthodontics. Ed. Saunders London (1979).

FIG. 1 — Posición normal de la lengua en el dentado.



FIG. 2 — Posición normal de la lengua en el desdentado.

FIG. 3 — Posición retruida de la lengua. Obsérvese el espacio que existe entre la punta de la lengua (flecha negra) y el reborde alveolar (flecha clara).



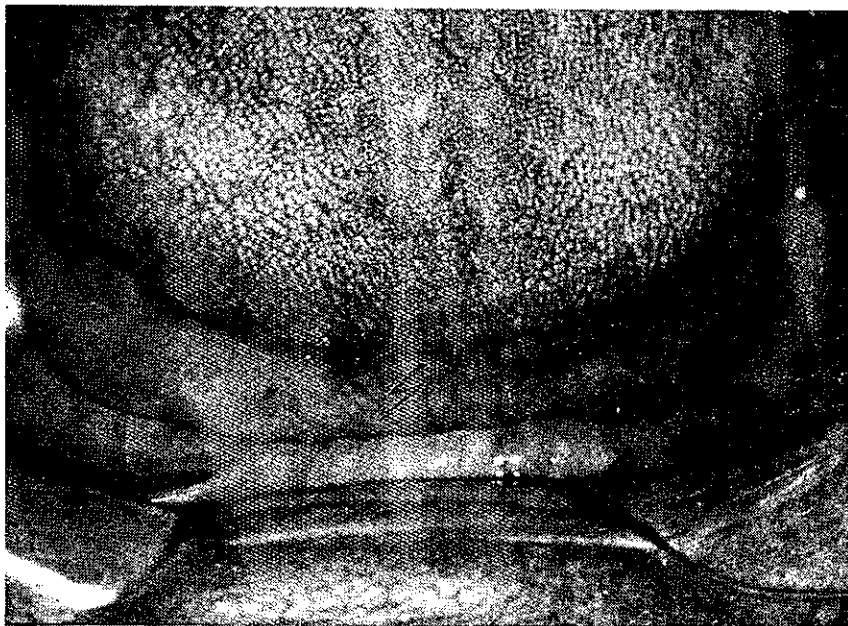


FIG. 4 — Espacio semejante al de la Fig. 3, que se crea por lengua retruida.

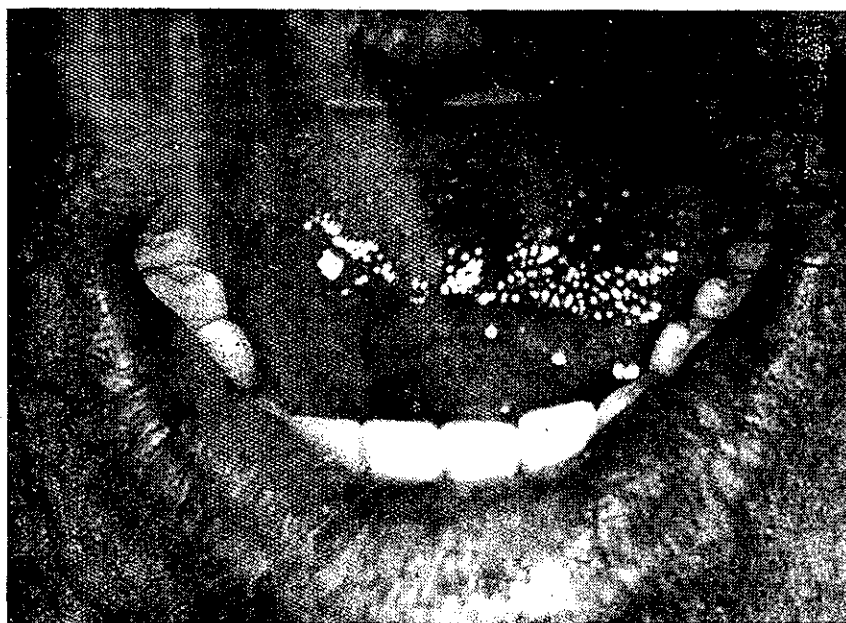


FIG. 5 — Posición normal de la lengua en relación a la arcada de dentadura artificial.