

# LA ZONA POSTERIOR DEL MAXILAR SUPERIOR

## *Su importancia clínica en Prótesis Completa*

POR EL DOCTOR  
WALTER LIEBER BIELLI  
Profesor de Prótesis Completa  
Montevideo - Uruguay

Numerosos factores confluyen en el éxito o fracaso de una prótesis completa. Uno de ellos el examen detenido de las estructuras sobre las cuales se ubicará la restauración, es el primero que concitará la atención del Profesional y del cual depende en grado sumo la correcta interrelación de los otros factores.

La negligencia en establecer un correcto pronóstico a través del estudio minucioso de las características individuales que presenta la cavidad oral del desdentado completo, motiva inconvenientes a veces totalmente inesperados.

Procuraremos en este artículo analizar las particularidades morfológicas de la zona posterior del maxilar superior y la conducta clínica a adoptar de acuerdo ellas en la construcción de la prótesis.

### ZONA DE LA TUBEROSIDAD

Es por todos conocida la ventaja de contar con tuberosidades bien desarrolladas para dotar a la prótesis de los atributos de soporte, retención y estabilidad.

Sin embargo no siempre es este un factor positivo. La Fig. N° 1 nos muestra un maxilar superior de cresta y tuberosidades generosas y paladar ojival profundo. Es frecuente en estos casos que la tuberosidad por su tamaño no deja es-

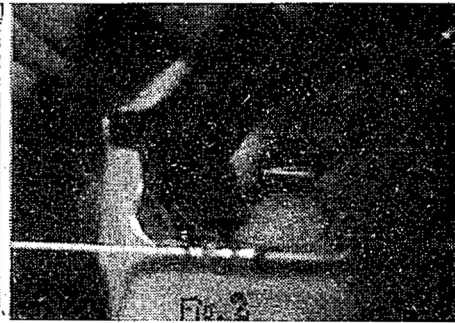
pacio suficiente para el material de base por su proximidad con la cresta alveolar residual inferior. Cerciorarse de que esto no ocurra es de vital importancia antes de la iniciación del trabajo.

Para ello pedimos al paciente que pronuncie la palabra "eme" y se quede quieto al terminar su enunciación, Colocando el índice de una mano extroralmente a la altura de la eminencia canina y el pulgar de la misma a la altura del mentón, a los efectos de corroborar la inmovilidad del maxilar inferior, separamos con la otra mano los labios y observamos el grado de separación entre la tuberosidad y zona posterior del reborde mandibular.

En caso de prever dificultades se impone la resección en altura de la tuberosidad involucreada.

Este tipo de tuberosidad que vemos en la fig. N° 1 presenta generalmente una característica que es común al resto del reborde alveolar en maxilares de paladar ojival y que es la convergencia de los flancos de los rebordes hacia aclusal. Esto motiva dificultades en el logro de una adecuada retención por el desprendimiento fácil de la prótesis del terreno sobre el cual asienta.

Por lo tanto la conformación anotada nos está indicando la necesi-



dad de un cierre periférico adecuado para impedir este desplazamiento. Se indica en estos casos realizar él mismo con godiva y no con cera blanda solamente para poder presionar algo la zona de pasaje y lograr de esta manera un cierre valvular más acentuado,

Felizmente este tipo de tuberosidad se halla acompañada como es posible ver en la figura por un surco de reflexión ancho. Esta circunstancia la debemos usufructuar en todas sus posibilidades, procurando en el acto de la toma de impresión llenar este surco debidamente. Es necesario en el momento en que se modela la sustancia de impresión en dicho surco que el paciente realice movimientos de lateralidad a los efectos de que la rama ascendente de la mandíbula desaloje la pasta que pueda impedir su desplazamiento lateral.

Es un paso clínico sano impresionar el surco de reflexión en esta zona tal cual se ha descrito, pues de esta manera se evita el desplazamiento de la prótesis cuando el paciente incide o mastica con los premolares. Debemos tener en cuenta además que en este tipo de maxilar la zona del cierre periférico posterior, como veremos más adelante, no es del todo favorable.

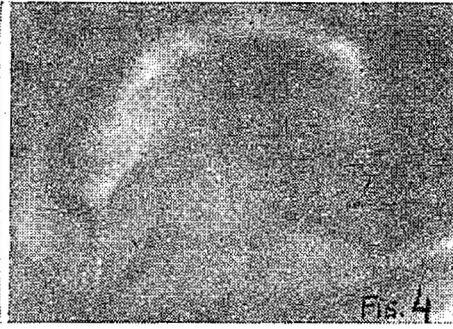
Tuberosidades que a la visión se nos presenta bien conformadas pueden motivar situaciones desfavorables, cuando, como es posible ob-

servar en la Fig. Nº 2, se desplazan fácilmente. La masa del tejido fibroso que constituyen este tipo de tuberosidad debe ser resecaados por medios quirúrgicos en la medida de lo necesario para consolidar esta zona y ofrecer un asiento sólido a la prótesis.

Puede prescindirse del acto quirúrgico cuando el resto del maxilar no presenta factores negativos para el logro de los atributos de soporte, retención, etc. y siempre que la zona móvil no sea muy extensa. En esta circunstancia debemos tomar las precauciones necesarias, tanto durante la toma de la impresión primaria como en la definitiva, de no desplazar o comprimir éste tejido móvil, realizando los alivios correspondientes.

La Fig. Nº 3 nos muestra una tuberosidad muy frecuente de encontrar, con marcada retención, dada la conformación curva de su flanco vestibular. Salvo en la particular circunstancia de que no existan otras zonas retentivas en el maxilar y podamos por lo tanto retirar la impresión o la prótesis evitando el socavado, se impone la cirugía correctora.

Confeccionar una prótesis manteniendo una tuberosidad tal cual muestra la figura Nº 3 representará crear zonas dolorosas en la parte de máxima convexidad, la necesidad de recortes posteriores y la consiguiente falta de retención por



pérdida del cierre periférico. Algunos autores aducen la conveniencia de mantener estas retenciones y aprovecharlas para una mejor sujeción de la prótesis. Para ello suplantán en la zona retentiva el acrílico, rígido de por sí, por una sustancia elástica que se ajuste sin lastimar.

Desgraciadamente no contamos todavía con el material adecuado para casos como el que estamos detallando, dado que para que no produzca lesiones debe ser bastante elástico. Pero esta condición del material atenta contra la estabilidad y retención de la prótesis, pues cede fácilmente ante los esfuerzos de extrucción que requiere ésta.

Una circunstancia realmente desfavorable se nos plantea cuando la tuberosidad es escasa, ya sea de un lado o de ambos, y que puede agravarse aún más por la presencia de un reborde anterior prominente. La permanencia de piezas dentarias en la zona anterior y el desdentamiento posterior de larga data, motivan generalmente esta característica anatómica de los maxilares.

Como resultado de ello tendremos reales dificultades en el logro de una adecuada estabilidad de la prótesis superior.

Para contrarrestar estos factores negativos el odontólogo deberá concentrar su atención 1º, en la forma del surco de reflexión vecino a la

tuberosidad, 2º en el grado de depresibilidad de la zona del cierre periférico posterior, 3º en la posibilidad de extenderse hacia atrás de la línea de la ahl.

Con respecto al primer punto ya hemos establecido la necesidad de ocupar tanto en ancho como en alto toda su extensión dentro de los límites establecidos por la acción muscular. Esta precaución debe tomarse ya, en el acto de la selección de la cubeta de stock, procurando que los bordes de la misma tutelen debidamente la sustancia de impresión de dicha zona.

Unos de los errores que se cometen con mayor frecuencia es justamente la de no abarcar debidamente esta zona con el borde de la prótesis, borde que además es de difícil visualización.

Con respecto a los puntos 2º y 3º serán tratados cuando consideremos la zona de post-damming.

La tuberosidad se halla limitada hacia atrás por el surco hamular en donde debe terminar el recorrido de la prótesis.

De acuerdo a su figuración puede presentarse profundo, mediano y escaso o nulo. Esta característica del surco corre paralela normalmente con la forma de la tuberosidad. Cuando éstas son desarrolladas van acompañadas por un surco profundo y lo contrario cuando son poco desarrolladas.

Es necesario examinar detenida-

mente esta zona por medio palpatorio y visuales, deslizando el borde del espejo dental desde la tuberosidad hasta el límite posterior del surco hamular. Constataremos así el grado de depresibilidad y recuperación elástica de estos tejidos.

En la Fig. Nº 4 podemos ver como el ligamento pterigo-mandibular interrumpe la continuidad del surco. Cuando el paciente abre la boca, el ligamento se pone en tensión, provocando cuando el maxilar no es muy generoso en su configuración, el desprendimiento posterior de la dentadura. En cambio cuando el maxilar está bien conformado, brindando buena retención a la prótesis, se producirá lesiones sumamente dolorosas. Surge por lo tanto la necesidad en el caso que estamos comentando de adecuar la cubeta por medios de cortes para evitar la sobrecomprensión del ligamento.

#### **ZONA DE CIERRE PERIFERICO POSTERIOR**

El límite posterior de esta zona se halla determinado por la línea de la ah!. Coincide con esta línea el eje del giro del movimiento que establece el velo del paladar durante su actividad funcional. Este eje es tomado como límite del recorrido posterior de la dentadura superior. Limita a su vez el paladar blando móvil del paladar blando fijo.

Clínicamente determinamos el eje de giro pidiendo al paciente que pronuncie la interjección ah!. También es factible determinarla pidiendo al paciente que expulse violentamente aire por la nariz en el momento preciso que se obstruye su salida comprimiendo los orificios nasales estando el paciente con la boca abierta. El aire al serle impedida su salida comprime hacia abajo el velo demarcándose de esta manera el eje giro. Esta última

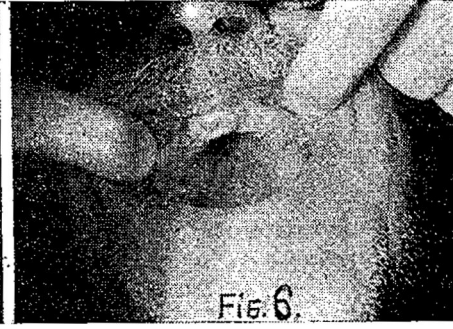
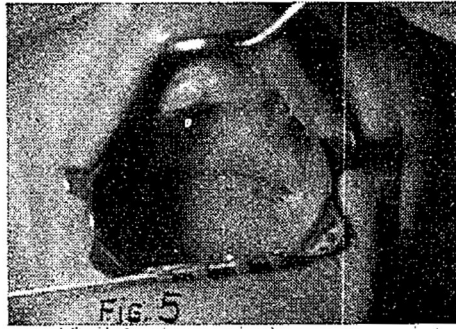
forma de determinar la línea de la ah! nos da con frecuencia una limitación más anterior que la técnica mencionada anteriormente. Esto puede representar un inconveniente cuando debemos explotar al máximo el área del soporte. El lápiz tinta es de gran ayuda en la localización del eje. Se efectúan marcas en zonas francamente móviles del velo y se van ascendiendo dichas marcas hasta que observemos su inmovilidad. De esta manera podemos demarcar con exactitud dicho eje.

Si trazamos una recta de surco hamular a surco hamular, el eje de giro puede coincidir con esta recta, situarse más atrás y lo que es más frecuente ubicarse por delante de la misma.

A menudo el profesional dejándose llevar por la rutina, delimita el eje de giro sobre el modelo sin corroborarlo en boca. Se cometen de esta manera gruesos errores en la ubicación del borde posterior de la prótesis, zona clave en la obtención de una correcta retención.

En la Fig. Nº 1 se nota claramente el eje de giro que se sitúa en este tipo de maxilares siempre bastante por delante de la recta que une ambas zonas posteriores de la tuberosidad. Efectos nauseosos e intolerancias a veces inexplicables son la consecuencia de tal conducta. Como hemos hecho notar anteriormente en este tipo de maxilar con crestas generosas pero expulsivas, se agrega como factor desfavorable la ubicación adelantada de la línea de la ah!. Por lo tanto debemos alertarnos cuando en presencia de maxilares de estas características debemos limitar y establecer el cierre.

La presencia de tejidos depresibles facilita en esta zona de pasaje la obtención del cierre, dificultándose cuando la mucosa se presenta dura, caso frecuentes en maxilares de



bóveda palatina poco profunda, tapizada por una fibromucosa que se adhiere firmemente a los planos subyacentes.

En la Fig. Nº 5 vemos el caso ya mencionado de tuberosidades escasas y zona anterior más prominente que el resto del reborde. En los casos clínicos de esta naturaleza es importante determinar si el velo al vibrar descende mucho o se mantiene a nivel de la bóveda palatina.

En el primer caso no podemos sobrepasar la línea de giro, dado que tal actitud producirá lesiones de importancia en el velo imposibilitándose el uso normal de la prótesis. En este caso el pronóstico desde el punto de vista de la estabilidad de la misma será reservado, dado que confluyen una serie de factores: tuberosidad escasa, zona anterior prominente (palanca pronunciada), imposibilidad de sobreextender la prótesis hacia atrás en busca de un mayor soporte posterior.

Cuando el velo permanece, al entrar en función, casi al mismo nivel del paladar blando fijo, si no existen impedimentos en cuanto a sensibilidad del paciente es factible y así lo debemos hacer prolongar nuestra impresión y por lo tanto el borde posterior, más allá de la línea de la ah!. La Fig. Nº 5 ilustra un caso en el cual se sobreextendió la prótesis hasta la línea de trazo débil, posterior a la

de trazo bien marcado, que corresponde al eje de giro. El paciente objeto de la fotografía portaba una prótesis limitada hasta la línea de la ah! y que caía al menor movimiento de la estructuras vecinas. Prolongada hasta la línea mencionada terminaron los inconvenientes.

En la Fig. Nº 6 podemos apreciar una característica que se presenta con frecuencia. El rafe medio palatino está constituido por un surco que se prolonga hacia atrás hasta la zona del cierre posterior. Si en el acto de la toma de impresión no estamos atento a esta circunstancia, puede suceder que la sustancia de impresión en la zona del post-damming no llene bien el surco dejando un espacio de forma tubular por donde penetrará con toda facilidad el aire, haciendo inoperante el cierre periférico. Es también en este tipo de maxilar en donde encontramos una zona posterior bastante depresible.

#### CONCLUSIONES

La zona posterior del maxilar superior es una región clave en el éxito de una prótesis completa. Presenta características variables que influyen preponderantemente en el análisis de la conducta terapéutica a seguir en cada caso. Su examen detenido fundamentará un pronóstico ajustado a las particularidades del caso a tratar.

Dirección del autor: Avda. 18 de Julio  
1516 Piso 4 - Escrit. 2.