

PRÓTESIS EN DESDENTADOS COMPLETOS

Per José Aparicio Arenillas, Odontòleg (*)

Requerido por nuestro Presidente a ocupar esta ilustre tribuna profesional y desarrollar un tema sobre prótesis dental, no he podido rehuír, ante su amabilidad e insistencia, su mandato, lleno de dificultades si tenemos en cuenta las brillantes disertaciones que han tenido lugar en esta veterana corporación odontológica; por eso el pretender alcanzar ante mis ilustres compañeros interés durante mi disertación es cosa difícil, no por el tema, siempre interesante, sino por la persona. Espero, dada vuestra manera de ser, indulgencia a mi labor de esta noche que en sí exclusivamente se va a limitar a recopilar lo que tengo publicado en diversas revistas profesionales (1).

Las prótesis en desdentados completos ofrecen una serie de dificultades que precisa salvar, por lo menos en su mayoría, si queremos lograr un mayor éxito en la función fisiológica a que están destinadas. Vamos, pues, a reseñar en síntesis los detalles de una técnica racional y las sugerencias que la práctica clínica nos ha dado, y el mejor medio para ello será dividiendo y subdividiendo este trabajo en diversos puntos.

EXAMEN BUCAL.—Depende de un examen detenido que el éxito sea mayor. Muchas prótesis llevan el sello inconfundible de haberlas realizado sin estudio previo de la cavidad bucal, dando por resultado fracasos lamentables en el mejor de los casos, o bien provocación de lesiones siempre peligrosas dada la edad de los pacientes que utilizan, generalmente, estas prótesis. Este examen lo clasificaremos así:

a) *Volumen de la lengua*: El arco del aparato inferior ha de ser proporcional a su amplitud. Una macroglosia ligeramente acentuada, como tantas veces se da, es un gran inconveniente. Hay que salvarlo en dos formas: haciendo que el aparato tenga una especie de lecho para la lengua y montando las porcelanas en posición entrecruzada, aspectos que veremos más adelante.

b) *Grosor de la región geniana*: A mayor grosor, montaje más exacto de las porcelanas sobre el centro de las crestas alveolares con

(*) Conferència donada al «Cercle Odontològic de Catalunya», el dia 7 de desembre de 1933.

una ligera inclinación lingual para evitar los traumatismos por oclusión.

c) *Región labial*: Tensión de sus músculos, grosor y altura. Aquí es uno de los puntos donde la belleza de la prótesis se manifiesta más visible. Esas prótesis con encías visibles o con visibilidad enorme de sus porcelanas no indican otra cosa que el no haber estudiado la región labial, no en el funcionamiento estático de la belleza, sino en el dinámico.

En estas tres regiones mencionadas, dejando por ahora la de la articulación temporomaxilar, se efectúan al funcionamiento fisiológico de la prótesis una serie de fuerzas de vectores tan diversos, dominantes alguno de ellos, que forzosamente ocasiona en parte el desplazamiento de los aparatos. El equilibrio entre el dinamismo de estas regiones y la prótesis nos lo dará el estudio morfológico de las regiones referidas, acompañado de otros aspectos técnicos que veremos.

d) *Crestas alveolares*: El odontólogo que alterne su cotidiano trabajo con operaciones quirúrgicas de alguna importancia tiene alguna ventaja en pos del éxito si es que el paciente tolera la osteofornia de estas protuberancias que algunas veces —afortunadamente pocas— encontramos y que desde luego son causa de fracasos. Sin embargo, se logra bastante, sin llegar a operar, procediendo como en las zonas duras de la mucosa.

e) *Zonas duras*: Hay que observarlas detenidamente y acusarlas en la mucosa con substancia colorante antes de la impresión, pero todavía es más cómodo señalarlas en el modelo de escayola al contrastarlo con los maxilares. Al mismo tiempo pueden señalarse los frenillos que forman las inserciones de la mucosa y de los cuales volveremos a ocuparnos más adelante.

Estas zonas duras, que serán exclusivamente aquéllas que pudieran provocar el basculeo de la prótesis a su funcionamiento fisiológico, las recubriremos en el modelo, como primera operación en él, con papel de estaño de grosor proporcional a la zona dura. Al quedar vulcanizado el aparato y quitar ese papel de estaño resultan unos espacios que apenas tienen, con el uso, contacto con las partes duras de la mucosa.

IMPRESIONES.—Partiremos del principio de que las cicatrices por exodoncia estén completamente desaparecidas. Toda prótesis hecha sin esta norma habrá, por sólo esta causa, que repetirse al poco tiempo. Las prótesis provisionales sobre ser indispensable en pacientes novatos, so pena de hacerles ir algunos meses hechos un adefesio, les sirve para

cursar el aprendizaje de la dentadura artificial. Después de este inciso continuaremos con el punto denominativo.

¿Qué sustancia plástica es la mejor actualmente para tomar impresiones? De todas, por actuar sin gran presión y no deformar la normalidad superficial de la mucosa es la escayola. Arguyen algunos las molestias que causan al paciente el empleo de la escayola; será razón para ellos, pero no olvidar que el hábito hace la cosa. Una intensa respiración nasal y la cabeza del paciente ligeramente proyectada hacia adelante, evita, en casi todos los casos, esas molestias. Cuando no pulverizaciones en el paladar blando con solución anestésica o cloretona de la casa Parke Davis.

La pasta "dentocol" es excelente, pero muy engorrosa su manipulación, y la llamada "godiva" detestable. Ambas, sobre tener el inconveniente de actuar bajo cierta presión, resultan costosas, ya que no pueden someterse a una perfecta esterilización, so pena de alterar sus propiedades por no resistir la ebullición, y sometida a baños antisépticos, como el formol, no se logra esterilizar más que las superficies de esas sustancias.

¿Cómo tomar las impresiones? Hay dos sistemas: el llamado a "Boca cerrada" y el corriente o vulgar. No cabe duda que Green y más tarde Fripp, tuvieron una concepción notable al idear la impresión a boca cerrada, método que por llevar consigo una serie de operaciones tan molestas para el paciente como para el profesional es la causa de que no se generalice. Pero no obstante las molestias que supone tomar una medida inicial, hacer luego sobre los modelos obtenidos una cubeta de "trubase" o "godiva" muchísimo más corta de lo que sería la superficie total del aparato, y sobre esta cubeta un bloque-articular y luego con el todo tomar una nueva impresión que luego por tanteos hay que ir rectificando con aditamento de "godiva" en algunas secciones de las mucosas al ocluir normalmente la boca, no obstante, repito, hay que admitir el valor fisiológico de este método de impresiones ya que registra exactamente las inserciones o frenillos musculares tan diferentes en el punto dinámico del estático o de oclusión.

Cabe ahora decir que lo verdaderamente innecesario, casi siempre, es el uso del sistema de la cubeta individual. Esto sí que es una manera de molestar al paciente sin necesidad. Ahora bien, puestos en este sistema y desde luego como norma general de trabajo; yo tomaría siempre—como alguna vez lo hago— la impresión a "boca cerrada", pero usando la escayola en lugar de la "godiva" preconizada por Green y Fripp,

por considerar una vez más que es un material de resultados inexactos. El procedimiento es el mismo que el antes referido pero simplificado al máximo, es decir, sin rectificaciones posteriores, efectuándolo en un solo tiempo:

Hechas las cubetas con "trubase" o "godiva" se hacen sobre ellas los bloques articulares, desde luego menos altos que lo preciso para obtener una relativa relación de contacto con esas cubetas-bloques sin llegar, repito, a la expresión facial normal, imposible por ser esas cubetas-bloques menos altas; se procede a colocar una delgada capa de escayola en una cubeta-bloque y se toma la impresión haciéndola ocluir con la cubeta-bloque antagonista.

No obstante esta simplificación del método, éste sigue siendo molesto y como resultado posterior, al funcionamiento de la prótesis, no modifica grandemente el que se obtiene con una buena impresión de escayola obtenida de la manera corriente o vulgar, tan rápidamente realizada y sin molestar al paciente en comparación al martirio que le ocasionamos con el sistema de "boca cerrada".

PLANO OCLUSAL.—Todavía persiste no dar la debida importancia a la toma perfecta del plano oclusal o articulación, como vulgarmente se denomina, y es lamentable que esa técnica tan sencilla como racional sea abandonada por la que podríamos llamar empírica, ya que no es otra cosa el uso de las placas-bloques de godiva y cera adaptadas *grosso modo*. Claro, que la naturaleza es muy previsora y suple los defectos, y en las prótesis que estudiamos la articulación temporomaxilar, debido a sus movimientos, hace que los errores técnicos sean menos notorios, puesto que llegan las prótesis mal construídas a tener cierta utilidad por la compensación que da la elasticidad del cartílago interarticular y músculos.

Por ser diferente en cada sujeto la anatomía del cóndilo, su grado de movimiento es también diferente. Sin embargo, en dos de sus movimientos, el carnívoro y roedor, o sea el de descenso y avance, en la fosa glenoidea proyectan un segmento de curva. He aquí, pues, aparte del movimiento de diducción o rumiante, la clave para encontrar la "curva de compensación" o de Spee, el punto de equilibrio compensador en la función dinámica de la prótesis. Precisa, si queremos ir acercándonos a ese ideal, tomar el plano oclusal lo más racionalmente posible y logrando un exacto paralelismo entre la línea imaginaria que va desde el conducto auditivo externo a la base del ala de la nariz con la

superficie libre de la placa-bloque articular superior tendremos mucho adelantado. Para evitar los inconvenientes que existen en esta operación he construído un aparato (fig. 1.^a) que denomino *Paraleloscopio* que tiende a lograr y logra lo siguiente:

- A) No trazar en el rostro del paciente línea alguna.
- B) No supeditar la confirmación del paralelismo a la apreciación visual, *grosso modo*, como actualmente se hace, y
- C) Exactitud del paralelismo y manipulación rápida.

El aparato que presento (1) —ensayado por varios profesionales

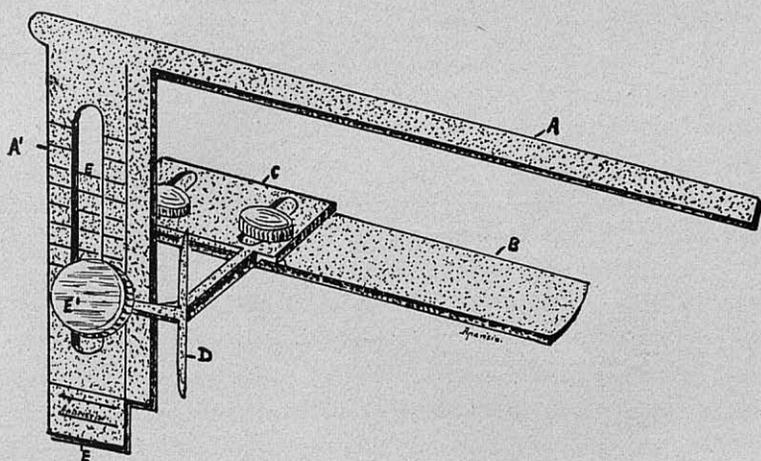


Fig. 1.

de Madrid y Barcelona y estudiado por el departamento de comprobación de la casa De Trey, en Londres, y ambos con éxito— está construído en latón niquelado y forma dos reglas, bucal y extraoral, articuladas entre sí mediante un tornillo-carro que sirve para adaptar el aparato al grosor de la región masetéricogeniana. Detallado el aparato es así (fig. 1.^a):

A) Regla extraoral, que se aplica sobre la cara, desde el conducto auditivo externo a la base del ala de la nariz, y que sujeta el mismo paciente con el dedo índice.

A) Parte vertical de la anterior regla con surcos horizontales simétricos y surco vertical. Además hay en su centro una abertura oval que sirve para mover y fijar la regla B.

B) Regla intraoral (dibujado el carro C de forma que se vean los tornillos, pero que en el uso de la regla es un plano completamente ho-

rizontal, puesto que los tornillos quedan en su parte inferior). Esta regla se aplica sobre la superficie libre de la placa-bloque articular superior. Cuando el paralelismo está logrado entre la placa-bloque articular y la línea imaginaria auditivo-nasal, quedan ambas reglas como se ve en la figura n.º 2.

C) Carro para adaptar las reglas al grosor de los tejidos blandos

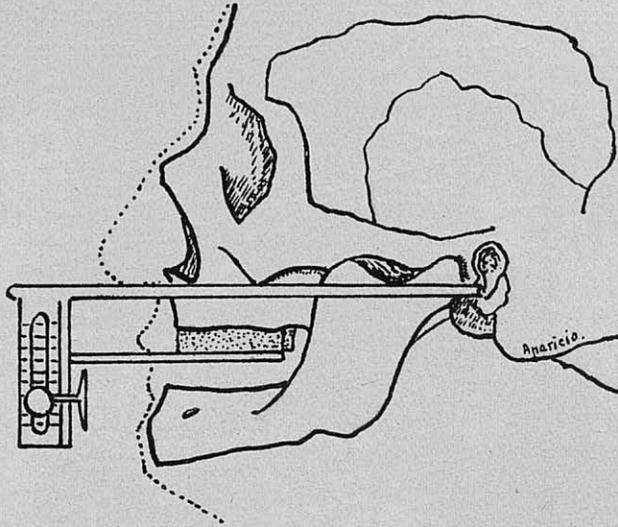


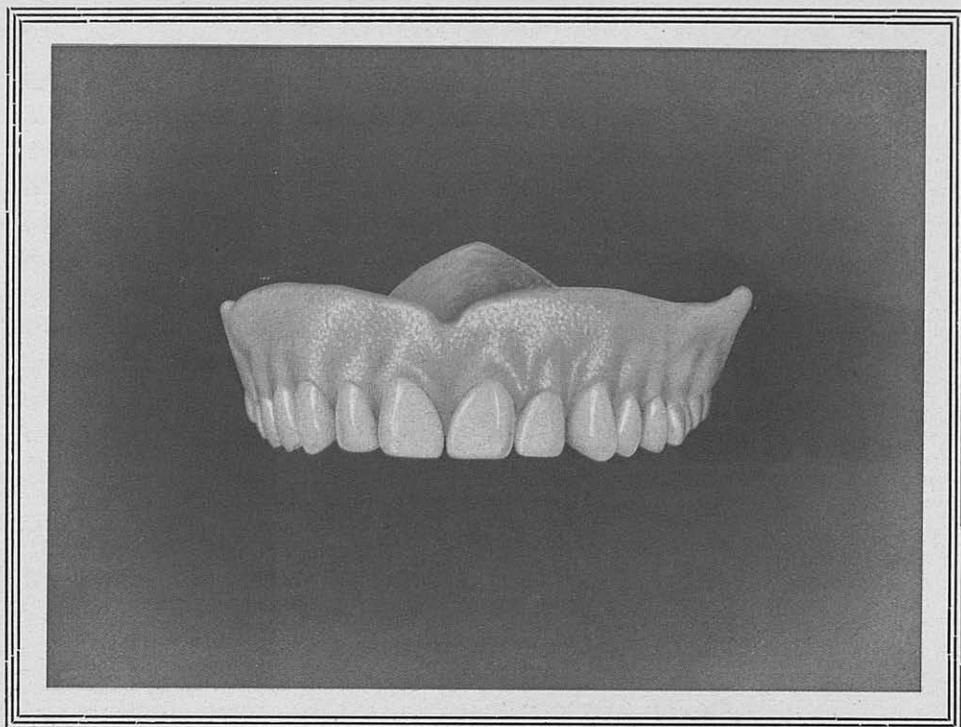
Fig. 2.

y que se compone de una placa C, superpuesta a la regla B con dos prolongaciones cuadriláteras de tal forma que no elevan el plano horizontal de dicha regla B.

Estas prolongaciones cuadriláteras tienen: una regla vertical E, dividida en surcos simétricos que coinciden con los de la regla A, y que se adapta a la cara posterior de esta última regla, sujetándose a ella, mediante el tornillo E. La otra prolongación cuadrilátera D termina en un doble ángulo de 90° por fuera de la regla vertical A' y el vértice de la cara horizontal de estos ángulos llega al surco vertical de la Regla A'.

Desde luego este aparato está articulado de tal forma que sirve para ambos lados de la cara moviendo una de las dos reglas.

TÉCNICA.—Colocada la placa bloque articular superior en la boca; cortado el exceso de godiva de la región incisiva —ha de exceder como máximo dos milímetros— y señalado el punto medio nasal y las caras



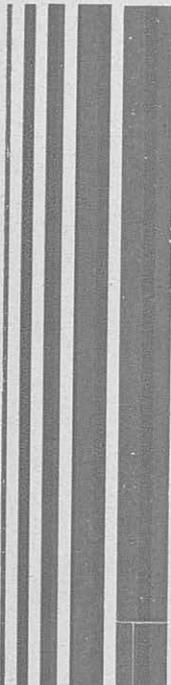
«RESOVIN»

**El millor material conegut per a dentadures
Es un producte de la casa S. S. WHITE**

Aparell d'una peça	Ptes. 30
D'una a set, augmenta la peça. "	7
De set en endavant, (preu de peça completa).	" 75
Aparells montats damunt base de metall	10 % descompte

LLENA I GARRIGA :: PROTÈSICS

PLAÇA DELS ÀNGELS, 4, 3.^{er} - TEL. 17487 - BARCELONA



LABORATORI DE PRÒTESI LLENA I GARRIGA

TOTA MENA DE
TREBALLS:
EN
OR, CAUTXÚ, PLATÍ
ORS ESPECIALS,
ACERS
INOXIDABLES
I **“RESOVIN”**

PLAÇA DELS ÀNGELS, 4, 3.^{ER}

TELÈFON 17487
BARCELONA

distales de los caninos, como indica la técnica del doctor Gysi, se adapta la regla A a la trayectoria auditivonasal imaginaria (fig. núm. 2) rogando al paciente la sujete con el dedo índice. Desde luego, previamente, habremos adaptado las dos reglas al grosor de los carrillos. Efectuado todo lo dicho se introducirá en boca la regla B, ajustándola sobre la superficie de la placa-bloque, y veremos que sucede lo que muestran las figuras 3 y 4 donde las líneas de puntos indican la posición que toma la E, posterior a la A', cuando sobra o falta godiva en la región molar. Es decir, que se observa que tanto el doble ángulo de 90° como los surcos

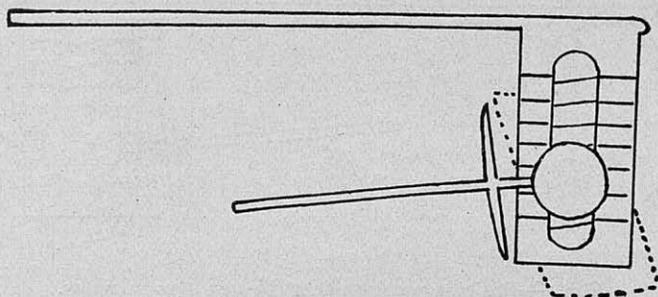


Fig. 3.—Posición por exceso de godiva en la zona molar.

de las reglas verticales superpuestas (A' y E de la fig. 1.^a) toman una característica posición, pero en cuanto el paralelismo está logrado perfectamente es acusado por la horizontabilidad de los referidos surcos y el registro equidistante del doble ángulo y la regla A' (figs. 1 y 2).

Obtenido el paralelismo en los maxilares superiores colocamos la placa-bloque articular inferior. Esta será de godiva y cera, en lugar de godiva sólo como es la superior, y quitado el exceso de cera que observemos tenga, sin hacer ocluir, colocamos de nuevo las dos placas-bloques, la superior fría y lubricada la superficie articular y la inferior algo caliente la cera. Ambas deben tener goma tracacanto para evitar su movilidad. Hacemos que el paciente ocluya diversas veces hasta cerciorarnos de la constancia. Entonces prolongaremos las señales que habíamos indicado anteriormente en el bloque superior a la placa-bloque inferior. Sacamos de la boca las placas-bloques, calentamos y lubricamos ligeramente la superior y algo más la inferior, volviéndolas a introducir en boca indicando entonces al paciente que con cuidado realice los movimientos genéricos del maxilar inferior, el último de los cuales será el de elevación y descenso; efectuada la oclusión se deben sujetar

ambas placas-bloques mediante dos grapas laterales evitando así desfigurarse ninguna arista del plano de la inferior como sucede cuando se quieren sujetar mediante calentamiento con la espátula. No queda más que señalar el "paralelogramo de la sonrisa" y luego montarlas al modelo y articulador elegido. Conviene que las placas-bloques estén construidas lo más simétricas posible y bien recortadas sin que hayan salientes de cera o de godiva ocasionado por presión.

Con las manipulaciones referidas tendremos un algo parecido a la curva de Spee, y ya saben ustedes que sobre ese plano obtenido en el

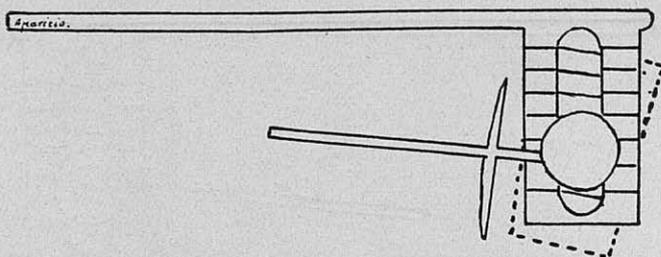


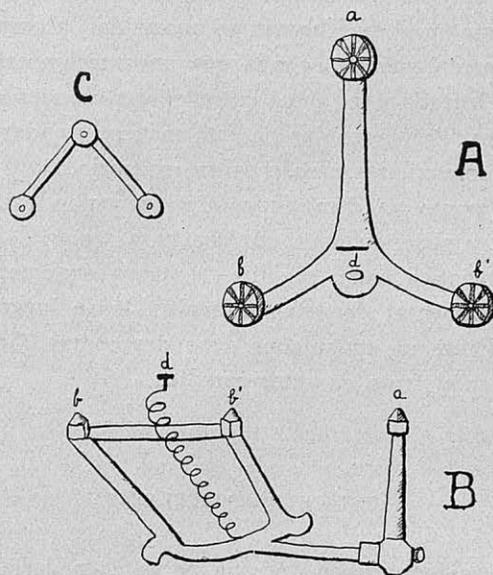
Fig. 4.—Posición por falta de godiva en la zona molar.

bloque inferior han de tener contacto las cúspides de las porcelanas superiores en su diversa modalidad que luego veremos.

ARTICULADORES.—Estoy convencido de que una dentadura cuyas porcelanas se hayan montado con arreglo a las técnicas del Dr. Gysi y previo verdadero paralelismo del plano oclusal, como acabamos de ver, da el mismo resultado fisiológico tanto si se ha construido como no sobre articulador anatómico. Modestamente creo que los actuales articuladores anatómicos no son más que una manía pseudo-científica que entra de lleno en el mercantilismo. Claro que todos ellos tienen algo notable: el poder comprobar el contacto tripoide de las porcelanas, otra cosa no. ¿Acaso poseen esos articuladores los verdaderos movimientos "sui generis" de cada sujeto? De todos ellos el más apreciable, a mi juicio, es el de Mainar-Trobo, ya que enfoca, sin complicaciones hipotéticas como el de Wadsworth, su acción hacia el movimiento de la articulación temporomaxilar. Voy a describir escuetamente este articulador.

Su estructura es semejante al Gysi, pero se diferencia de él por las tres cavidades o cazoletas que tiene su rama o parte superior, dos posteriores a manera de cavidades glenoideas y otra anterior como suplemen-

taria. Estas cazoletas o cavidades se apoyan en un vértice de la rama inferior. Además posee como aditamentos una serie de ángulos metálicos cintados en cuyas bases de vértice van unos conos. Estos ángulos, — el apropiado—, se colocan sobre la placa-bloque inferior de articulación. Después de diversos tanteos faciales se coloca la placa superior con tres tacos de godiva que coincidan con los conos metálicos de la infe-



ESQUEMA DEL ARTICULADOR «MAINAR-TROBO»

A) Rama superior: *a, b, b'*, cazoletas o cavidades de fondo estriado.

B) Rama inferior: *a, b, b'*, vértices que entran en contacto con las cavidades superiores; *a, b, b'* y *d*, muelle para efectuar los movimientos del articulador.

C) Ángulo metálico acintado, en cuyas bases de vértice hay unos conos.

rior. El paciente entonces provoca movimientos de lateralidad y pro y retroclusión. Estos movimientos quedan registrados en los tacos de la placa superior. Hecho esto se montan los modelos en el articulador con las placas-articulación. Después se rellenan las tres cazoletas o cavidades con godiva caliente y entonces, como las placas-bloques no han quedado adheridas entre sí, se procede a moverlas como hizo el paciente en boca, para cuyo requisito lleva el articulador un muelle, resultando estos movimientos acusados en las cazoletas o cavidades en forma

de surcos que proyectaron los vértices de la rama inferior, siguiendo el mandato de las placas-ángulos. Tiene, pues, este articulador un registro de bastante valor, por eso creo que es el más notable, además de sencillísimo. Todos los demás, incluso el último salido, denominado "Rational", ligera modificación del primitivo Gysi, ni el del Dr. Hagman —ambos de técnica igual—, los cuales están basados en el del Dr. Villain, no responden al pomposo nombre de anatómicos. Tanto en el "Rational" como en el de Hagman se quiere dar la curva de Spee mediante un aditamento que no es más que una sección esférica metálica en forma de U, lograda por tanteo entre placas-bloques de articular de diversos pacientes. Pretender dar de esta manera standardizada los movimientos témporomaxilares creo es algo arbitrario.

Cerramos el punto ya demasiado largo anunciando que estoy efectuando estudios y observaciones clínicas para tratar de hallar de una manera tan automática como sencilla, la curva de compensación o de Spee, sillar fundamental de estas prótesis. Desde luego el optimismo de que sea mediante un articulador debe desecharse. Confío no tardar mucho en obtener el fruto de estos estudios.

MONTAGE DE PORCELANAS

Aunque parezca exagerado, todavía persiste no darle a la porcelana posterior la importancia suma que tiene. Ya conocen ustedes el proceso que al correr del tiempo han tenido estas porcelanas. De aquéllas que querían imitar a las naturales, con cúspides exageradísimas, se pasó a las de superficie oclusal plana, porcelanas que más que muelas semejaban un cubo. Estas porcelanas planas las justificaban diciendo que permitían movimientos más amplios que las otras, pero menos eficaces en la trituración.

Con la porcelana de oclusión plana es verdad que se lograba una notable amplitud de movimientos, pero la estabilidad era nula ya que es todavía imposible colocar las muelas exactamente a la trayectoria condílea del sujeto, y aunque así fuera veríamos que en los diversos movimientos del maxilar la yuxtaposición de oclusión estática (fig. 5) desaparece en varios sectores sin lograr el contacto "tripoide". Sucedió, pues, exactamente lo mismo que con aquéllas de cúspides acusadísimas que se engranaban de tal forma que restringían el movimiento fisiológico del aparato y desde luego en ambos casos ocasionaban una

fuerza de palanca que desplazaba la prótesis. Lo mismo o muy parecido sucede actualmente con esas porcelanas posteriores delineadas sobre principios mecánicos exclusivamente, ya que éstos, por muy amplios que sean, siempre ocluyen en la dirección de sus planos sin tener presente el valor de la trayectoria mandibular.

Es, pues, indispensable, si queremos efectuar una buena prótesis, usar

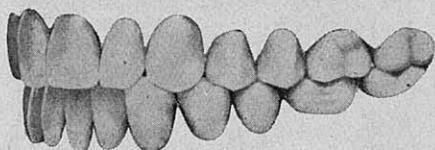


Fig. 5.—Relación de las porcelanas en oclusión estática.

la porcelana posterior que se atenga a las condiciones anatomomecánicas, que son las únicas eficientes en la función masticatoria y de equilibrio (figs. 6 y 7).

Teniendo en cuenta este principio pasaremos al montaje de las porcelanas y para ello mejor que una explicación es atener-se a lo que in-

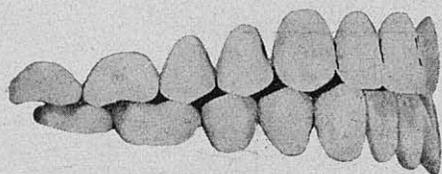


Fig. 6.—Relación de las porcelanas en oclusión dinámica lateral.

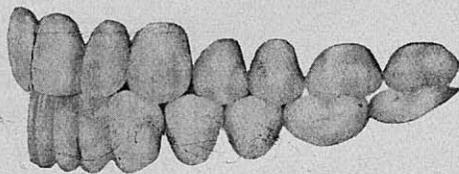


Fig. 7.—Relación de las porcelanas en oclusión lateral de equilibrio.

dican las figuras 8, 9, 10 y 11, es decir, siguiendo las técnicas del doctor Gysi. No hay que olvidar que las porcelanas del superior hay que colocarlas muy cerca de la cresta alveolar; así quitaremos peso al aparato, y también que a mayor curva de compensación acusada en la placa-bloque articular inferior, más pronunciaremos la elevación de las cúspides molares superiores. Claro que en los casos de gran reabsorción alveolar la colocación de las porcelanas, como antes decimos, es muy difícil; pero aún así hay que evitar un excesivo grosor de material.

No olvidemos tampoco que el entrecruzamiento de los incisivos superiores debe ser muy ligero y sin que ajusten exactamente a sus

antagonistas. Evitaremos de esta forma que se produzca fuerza de palanca al ocluir la prótesis.

En el montaje de las porcelanas hay otros aspectos técnicos que voy

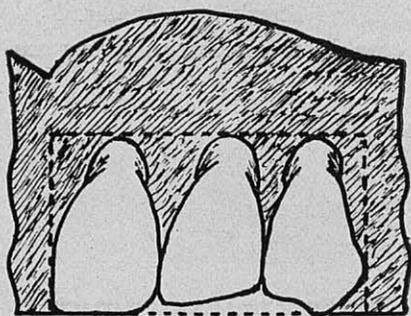


Fig. 8.—Posición del borde oclusal del central, lateral y caninos superiores con arreglo al plano oclusal.

a decir. Se refieren a la amplitud del aparato inferior en la zona del segundo molar.

Existe la costumbre de que las prótesis en desdentados completos ocluyan normalmente y esto es un error en la mayoría de casos. La na-

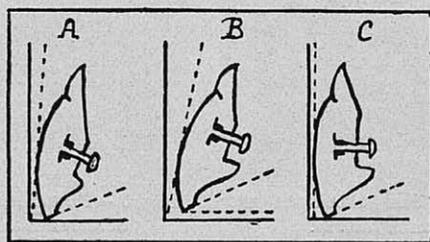


Fig. 9.—Inclinación que debe darse, generalmente: A, central; B, lateral; y C, caninos superiores.

turalidad nos da un elevadísimo índice de anomalías de oclusión, cuyo origen ustedes conocen, y si a esto añadimos la enorme reabsorción alveolar que sufren los maxilares, sobre todo el superior, al quedar sin dientes, tendremos, como generalmente sucede, un arco inferior desproporcional al superior, lo que ocasiona al montar las prótesis en oclusión normal que la inferior se desplace en la función fisiológica de la masticación, por falta de cavidad para la lengua. ¿Cómo dar, pues, la anchura necesaria a esta prótesis inferior sin dejar de colocar las porcela-

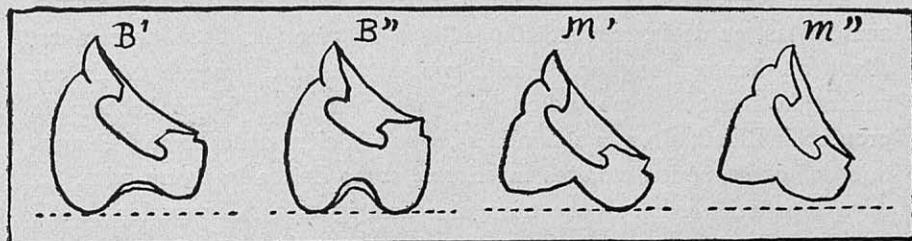


Fig. 10.—Premolares y molares superiores en contacto sus cúspides con el plano oclusal. A mayor abertura de éste, mayor acuse de M' y M'' .

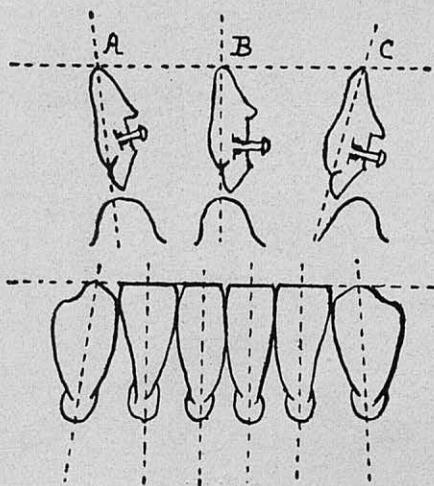


Fig. 11.—Posiciones del central, lateral y caninos inferiores con relación a la cresta alveolar. Inclinación vestibular con sus ejes de orientación.

nas en el centro del borde alveolar? He aquí el resultado de mis observaciones sobre muchísimos modelos de escayola con aplicación a estas prótesis, y que da como conclusión que en la mayoría de los casos el último molar tiene que ir en montaje cruzado. Veamos:

“La distancia que hay desde la cara proximal de los incisivos centrales superiores a la distal del tercer molar, distancia tomada por sus caras vestibulares y en la arista oclusal, es igual a la que separa un cordal inferior del otro en vector de base de triángulo y que nazca en su arista vestibulodistal. Lo mismo sucede con arreglo a los segundos molares superiores e inferiores. Con esta regla, de frecuente constancia, obtenemos una zona molar lo suficientemente amplia a la función fisiológica.”

TÉCNICA.—Montada la dentadura superior con arreglo a las técnicas anatómicas, es decir, respectando la línea nasomesial, distal de caninos, altura de dientes, longitud de zona molar, etc., etc., procede medir con una regla flexible como indica la figura núm. 12 (dibujos hechos sin proporcionalidad, sirva la aclaración), y con la cifra dada efectuó el montaje de los segundos molares inferiores, como indica la figura núm. 13, cuya separación por su base triangular será igual a AB superior de AB inferior. Después no hay más que seguir montando el resto de las porcelanas inferiores por sus incisivos, caninos, etc., etc.

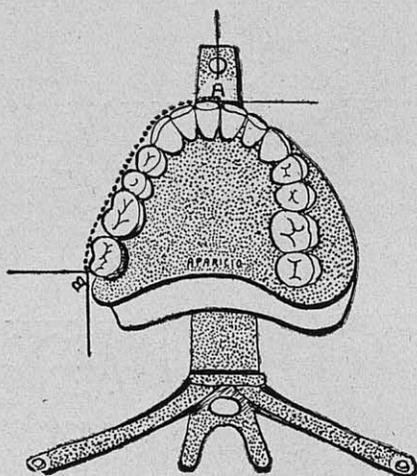


Fig. 12.

Como antes he dicho, el montaje cruzado es frecuentísimo, lo que no es motivo para que tengamos que montar invertidas las porcelanas, sino que tallando algún tubérculo en forma cóncava es suficiente y no se le quita la belleza al diente ni a la prótesis. Actualmente ya encontramos en el comercio porcelanas posteriores que sin alterar su morfología están preparadas para articulaciones cruzadas.

MODELADO DE LA DENTADURA.—Al comenzar hablábamos de los inconvenientes que ocasionan a estas prótesis el volúmen de la lengua y la región genianolabial por sus diferentes fuerzas. Estos inconvenientes hay que tenerlos presente al modelar la prótesis, haciéndolo de forma que ocupando el menor espacio de la cavidad bucal, quede la prótesis sólida y bella. Las figuras 14 y 15 expresan de la mejor manera cómo debe hacerse el modelado. Una prótesis no excesivamente gruesa,

sino más gruesa de lo preciso ni es más sólida ni tiene justificación técnica.

INSERCIONES DE LA MUCOSA Y BASES.—Tanto el aparato superior como el inferior tienen, casi siempre, contactos con inserciones de la mucosa a las cuales hay que darles campo. Hay, pues, que hacer escotaduras bien acusadas, sin preocuparse que éstas segmenten casi a la encía de la prótesis y precisa que así sea, por cuanto esas inserciones en función fisiológica se acusan más que en periodo estático. Muchas veces se re-

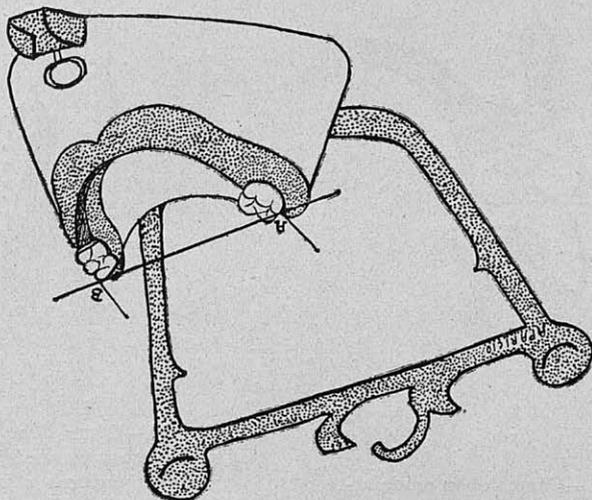


Fig. 13.

tocan con demasía los aparatos por no haber respetado estos verdaderos frenillos que se llagaron desde un principio y que luego se han de curar quitando más superficie de contacto de la que hubiera hecho falta, con riesgo de perder, posteriormente, la adhesión.

Para respetar estas inserciones y con vistas a no tener que retocar los aparatos una vez terminados, es un buen sistema acusar en el modelo de yeso, mediante un surco, tanto la altura de encías como las inserciones musculares. Así más tarde en el taller saben a qué atenerse en el desbaste de la prótesis.

Suponiendo que las bases de estas prótesis sean de caucho hay que usar en las inferiores, en todos los casos, el amalgamado u otros pesados que existen.

Un grosor de modelado relativamente delgado, equivale a mayor peso de un excesivo grosor de caucho no pesado. Creo debemos des-

echar las bases de plomo, aún en aquellos casos de gran reabsorción maxilar, por cuanto estas bases dan un peso tan excesivo, que al paciente le molesta todavía más que una prótesis normal, a pesar de su gran atrofia maxilar.

Otro material que debemos usar frecuentemente, es el caucho blan-

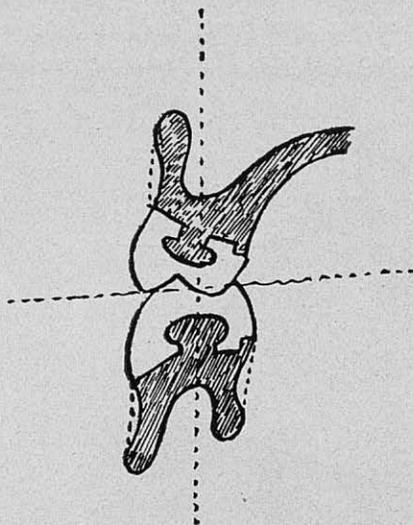


Fig. 14.—Cómo deben modelarse las encías en la zona molar, caras vestibulo-lingual. La línea de puntos es lo que no debe hacerse.



Fig. 15.—Cómo debe modelarse las zonas de incisivos y caninos superiores e inferiores. La línea de puntos, sobre todo la lingual, no debe ser, porque ocasiona dificultades de pronunciación.

do. Esas mucosas de las crestas alveolares tan afiladas, ya en forma acanalada o redondeadas, o bien excesivamente blandas, que con frecuencia vemos, principalmente en el maxilar inferior, reclaman siempre el uso de este caucho, que, además de evitar una presión dolorosa, sirve a la vez como de elemento adherente. Claro que las propiedades de este caucho con el tiempo van desapareciendo, pero esto no es motivo para que no se use muchísimo más de lo que se acostumbra.

(1) «Contribución al estudio del plano oclusal» («La Odontología», de Madrid, de diciembre 1931, reproducida en otras extranjeras).

«Contribución al estudio de las prótesis en desdentados completos» («La Odontología», de Madrid, de enero 1933).

«Estudio sobre las prótesis completas» («Prótesis», de Madrid, julio-agosto de 1933).

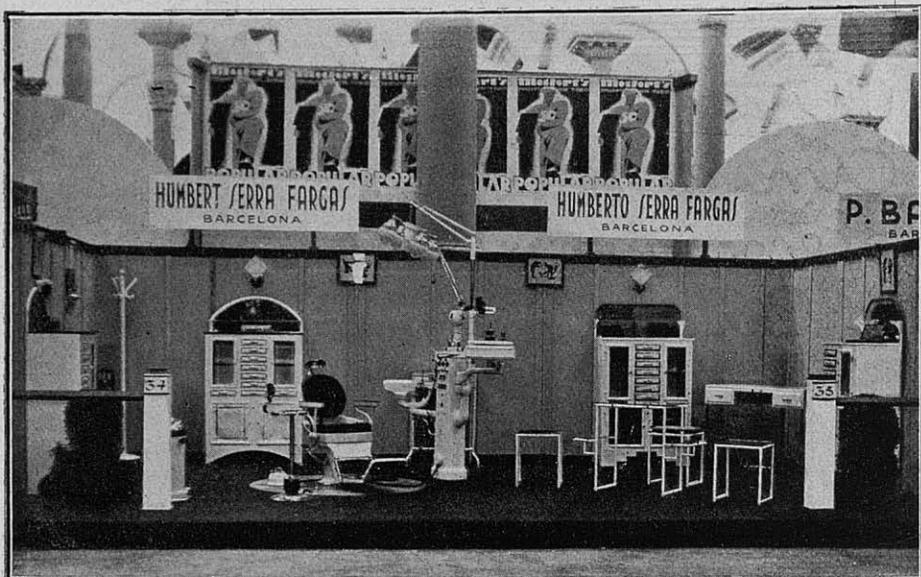
(2) Marzo 1931.

PER LES SEVES PROPIETATS

Astringents
Antiséptiques
Hemostàtiques
i Calmants :

l'antiséptic dental Donner

EST L'AUXILIAR DE L'ODONTOLEG



Stands del Dipòsit Dental HUMBERT SERRA FARGAS

Xuclà, 25. - Telèfon 18133. - Barcelona

a la

VI FIRA DE MOSTRES d'aquesta ciutat

“COLUTORI CONCENTRAT” DE J. POCH FREIXAS

Solució endolcida d'ALSOL, al 30 %

Es el dentífric més racional pel seu poderosíssim poder astringent. Desinflama promptament la mucosa bucal i la gargamella, i calma el dolor de tota inflamació. Indispensable als Odontòlegs per als glopeigs subsegüents a les extraccions, a fi d'evitar les hemorràgies que hi segueixen. Utilíssim per abreujar el temps de preparació de la boca per a la col·locació dels aparells protèsics, per tal com afavoreix l'enfortiment i concentració dels teixits de les genives.

Preparat en el Laboratori ORRAVAN.- Montcada, 21. - Tel. 21643. - Barcelona
SE N'ENVIEU MOSTRES ALS ODONTÒLEGS QUE EN SOL·LICITIN