



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-
NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

IMPRESIONES EN EL DESDENTADO TOTAL

Oswaldo E. López °()

Mucho se ha ensayado, practicado y escrito sobre este tema, y la bibliografía es por demás numerosa en cuanto a técnica o materiales preconizados para obtener una buena impresión.

Nosotros creemos que sólo hay dos posibilidades para lograr este calco negativo del terreno: obtenerlo tal cual se nos presenta o haciendo ciertas modificaciones.

Si partimos de la premisa de que los tejidos que tapizan los maxilares son, de acuerdo a zonas, diferentes en cuanto a su constitución anatómica e histológica y que por ende se comportan de diferentes maneras ante las presiones que sobre ellos se ejerzan, así como, también, que estamos en presencia de tejidos que no han sido preparados por la naturaleza para soportar elementos extraños, en nuestro caso las prótesis totales; tenemos que llegar a la conclusión que es necesario lograr los factores que contribuyen por un lado: a crear el menor disturbio en esos tejidos, tanto en estática como en dinámica de

(°) Prof. titular de la Cátedra de Prótesis Clínica II Curso.

la prótesis, y por el otro, que se adapten a la capacidad funcional de los mencionados tejidos. La variedad de nombres conocidos de las impresiones por ejemplo: mucoestática, mucodinámica, funcionales, anatómicas, anátomo funcionales, etc., no hacen más que confundir al operador o al estudiante que se introduce en el estudio de la prótesis. Nosotros preferimos decir impresiones que modifican o no al terreno. Ahora bien, es posible lograr una impresión que no modifique, cuya sinonimia podría ser: mucoestática pura?, "es prácticamente imposible de conseguir. Ello se demuestra con facilidad, pues con los medios que poseemos, resulta muy difícil obtener impresiones iguales". (3).

No obstante el concepto es válido, preconizado aún por un número considerable de autores y útil para aquellos casos de maxilares muy "duros" o muy "blandos".

Para lograrlas es necesario utilizar materiales de mucho corrimiento y que por lo mismo son de por sí incapaces de transmitir presiones (siempre que sean bien utilizados), tales como el yeso, alginato, silicona, pastas zinquenólicas, etc.; Un ejemplo de estas impresiones es "Para evitar que se alteren los tejidos blandos, cuando se toma una impresión superior final, se aplican primero a los tejidos capas delgadas de cemento que corra libremente. Se deja que cada capa se seque antes de que se sobreponga la siguiente capa. La rigidez de forma, resultante, evita el disturbio de los tejidos blandos o lo reduce a un mí-

nimo insignificante. Esta es una manera de aplicar el principio mucoestático en la toma de impresiones".(1)

El concepto es entonces: no producir modificaciones en el terreno, utilizar para ello materiales con gran índice de corrimiento y evitar confinamiento de los mismos.

Las que sí modifican el terreno, cuyo sinónimo podría ser: "funcionales", se logran por el contrario con materiales de escaso corrimiento, cuyo ejemplo fundamental son las pastas (composición de modelar), con ellas podemos lograr desarrollar cierta presión sobre los tejidos, es decir tratar de obtener aquellos en función y que ésta sea similar a la que cumplan posteriormente cuando receptan el esfuerzo que le son transmitidas a través de la prótesis.

Si nos guiamos por el esquema de Pendleton o por Doxtater (4) se puede mostrar con facilidad como se comportan los tejidos de soporte ante la presión ejercida sobre los mismos. De aquí se puede deducir que hay zonas que sí pueden ser presionadas y otras en cambio que no pueden o deben recibirlas. Esto implicaría la necesidad de realizar impresiones del tipo de las funcionales.

Ahora bien, cuánta presión es necesario realizar? Nuestra experiencia y nuestra técnica de confeccionar las prótesis por medio de la base protésica (3) nos ha permitido demostrar que cuando la presión es grande y constante hace que los tejidos reaccionen de diversas maneras (siempre perjudiciales) y que terminan en reabsorción ósea y cambios en los tejidos blandos.

Por ello nuestro concepto es: realizar modificaciones en el terreno a través de la presión pero que, estando en estática, las prótesis no produzcan reacciones de los tejidos. O en otras palabras que las presiones y los alivios deben ser realizados en pequeña escala.

Para lograr lo expresado anteriormente realizamos la siguiente técnica:

Por razones de espacio no nos extenderemos en la descripción de los pasos preliminares.

Realizamos una perfecta impresión preliminar con cubeta standard y composición de modelar de mediano punto de plasticidad. Esta impresión debe ser: fiel y sobre-extendida.

Las dos condiciones básicas para que esto ocurra, es una buena preparación de la cubeta e impresionar con UNA sola presión. El presionar varias veces o en diferentes direcciones, hace que se fracase en lo que deseamos lograr.

Obtenemos el modelo y sobre éste se delimita la cubeta individual. Recordaremos aquí que es necesario dejar libres todas aquellas zonas que llegan a tejidos móviles, (límite de post-damming), frenillos, centrales y laterales, en el maxilar superior y, en el inferior además de lo considerado para el superior, todo reparo óseo que se hubiere impresionado y que sirven de límite de la cubeta individual, por ej.: apófisis geni, línea oblicua interna, línea oblicua externa, etc.

"Estas cubetas individuales pueden

construirse de diversos materiales, entre los que contamos: el caucho, acrílicos, metal colado y placas base de tubas. Esta cubeta debe ser rígida y sus flancos y bordes, tanto en las extensiones labiales y bucales, deben ser moldeables a temperaturas que pueda tolerar la boca, pudiendo modificar su forma y contorno facilmente en el momento de usarlas.

Las cubetas individuales deben ser lo suficientemente cortas para que sus flancos no distiendan los tejidos; sin embargo, deben tener la debida extensión para llevar el material de impresión y sostenerlo hasta todos los recesos o socavados". (5)

Delimitada la cubeta en el modelo, preparamos una cubeta individual, preferimos la de acrílico, resistente y bien pulido como todo elemento que debe ir a la boca del paciente.

En el maxilar superior por razones de forma, preferimos hacer la cubeta con un espaciador o intermediario que nos permita que el material de impresión llegue perfectamente a todas las zonas a reproducir.

Seguimos luego con el recorte clínico de la cubeta. Este debe ser un paso minucioso, bien logrado y que dé la seguridad de que solamente abarca todas las zonas basales y no invade en ningún momento las zonas consideradas periféricas o del sellado periférico.

Preparada así las cubetas, estamos en condiciones de obtener la impresión definitiva.

Preparamos la pasta de modelar,

bien plastificada (preferimos termótato para un mejor control de la temperatura y no "quemar" la pasta) y la colocamos sobre la cubeta, tratando de lograr una capa uniforme de 3 ó 4 mm.

Esta maniobra debe realizarse rapidamente a fin de que se conserve siempre el estado plástico.

Es necesario no sobrepasar los bordes de la cubeta pues ésto puede inducirnos a error en cuanto al largo de los flancos y al sellado periférico.

Al refluir el material durante la impresión, éste llegará por sí mismo a cubrir dichos bordes.

Colocada la pasta en la cubeta se cuida de no dejar pliegues y con el dedo meñique se le da forma de manera que se asemeje en lo posible al maxilar a impresionar.

Seca la superficie, se flamea el conjunto a la llama, pasando por encima de ésta en forma esporádica y discontinua, de manera que se plastifique y alise el material, pero que no se queme.

Antes de llevar a boca es necesario pasar por agua templada con la finalidad de plastificar en masa y por si quedaran algunas zonas muy calientes, que podrían molestar a las mucosas del paciente.

Ahora podemos seguir dos técnicas: o se hace una primera impresión sobre modelo debidamente aislado

(con lo cual podemos visualizar más fácilmente el centrado y ubicación exacta de la impresión) o, directamente en la boca del paciente (depende de la habilidad del operador).

Si seguimos la segunda técnica, retirando con el espejo la comisura derecha y con el flanco de la cubeta la izquierda, introducimos a boca y centramos, este es el momento de realizar la presión, ÚNICA presión en dirección semejante a la de los rebordes, colocando los dedos índice y anular en las goteras laterales de la cubeta y con el mayor en la bóveda (en caso de ser superior).

Siempre manteniendo firme e inmovible, en esta posición, traccionamos los tejidos o le solicitamos al paciente que realice movimientos musculares con la finalidad de una primera adaptación del recorte pérfico.

Se retira la impresión con manobras inversas a la introducción, se lava y seca.

Hay que observar posibles arrugas, si está bien centrada, si la presión ha sido única, etc.; luego se recortan los excesos (si se cargó bien deben ser muy pocos). Para ello se debe utilizar un instrumento con filo, (bisturí de hoja gruesa y ancha), so pena de devastar sectores que interesen a la impresión.

Llegamos así al paso que consideramos fundamental: comprobar la estabilidad y fijación de la impresión.

Llevamos a boca e introduciendo la impresión así preparada, presionamos, lo que nos asegura que hay contigüidad entre aquella y el terreno.

Con el dedo índice presionamos la zona correspondiente al reborde alveolar de un lado y nos fijamos que sucede en el sector homólogo.

Ante nuestra presión, deberá cambiar de posición en relación directa con la mayor o menor resiliencia de los tejidos de soporte, pero no perder la contigüidad con el terreno, es decir, no separarse. Hacemos la misma comprobación con el lado homólogo, en la zona posterior y anterior.

En esta zona es conveniente presionar sobre el manguito. Las fuerzas deben ser dirigidas tratando de imitar a las naturales que se generarán posteriormente en la prótesis.

Si la estabilidad no se ha logrado, es imprescindible, reimpresionar. Para ello se puede plastificar el material en superficie, usando convenientemente la llama dardo y luego de templar en agua caliente, reimpresionar. Por otra parte si el material hubiera quedado de muy poco espesor debe comenzarse a trabajar como si recién se iniciara la impresión. Esto, en la mayoría de los casos, da mejor resultado y con mayor celeridad, que si tratamos de "arreglar" la impresión primitiva.

Conviene recordar aquí el concepto de la impresión que deseamos lograr, es decir que modifiquemos el

terreno, de manera tal que posteriormente al generarse esfuerzos sobre los mismos, ellos se distribuyen proporcionalmente a su capacidad funcional.

Hay que quedar totalmente satisfecho en este paso. Es necesario "ver", palpando, reconocer la resiliencia y comportamiento de los tejidos en toda la zona chapeable y es necesario también hacer la impresión en esas condiciones. NO deben trabajar las zonas duras, es decir es necesario aliviarlas.

Si palpamos estas zonas, las demarcamos sobre la mucosa con lápiz de tinta, reinsertamos la impresión para que pase la marca a la impresión y se *desgasta* con el bisturí toda la zona demarcada. Esto, zona por zona, hasta lograr perfecta estabilidad y fijación.

Nos restaría la retención. Si todo se realizó de acuerdo a la técnica ya tenemos retención por adhesión y cohesión, a esto agregamos la presión atmosférica; a ello contribuirá el sellado periférico.

Comprobando que los bordes de la impresión no están largos, es decir, no lleguen a zonas móviles o muy duras en donde existen reparos óseos.

Ya habíamos logrado un primer recorte en la periferia de la impresión. Ahora lo haremos zona por zona, siguiendo para ello más o menos lo preconizado por los doctores Doxtater para el maxilar superior y por Futner y Tuller para el inferior.⁽²⁾

Con la llama dardo plastificamos el borde y la zona superior interna de los flancos y seguimos la secuencia que dimos anteriormente.

Nos interesa la zona superior interna puesto que lo demás preferimos realizarlo con un material de mucho corrimiento, salvo que se posea gran habilidad y se consiga no desplazar los tejidos con la composición de modelar.

"La buena adaptación en los bordes, es uno de los mayores problemas que se presentan al práctico general y se necesita tener gran conocimiento y habilidad para evitar errores. Es frecuente observar que luego de terminado el aparato protético se producen molestias en las zonas del terreno antiguas a esos bordes y es el momento en que el odontólogo comienza a recortar la prótesis en forma más o menos arbitraria lo que a veces debe repetirse en sucesivas visitas y cuyo final es, que ni el paciente ni el profesional, quedan conformes con el trabajo".⁽³⁾

La técnica que nosotros utilizamos trata de evitar esos inconvenientes. Para ello recortamos a bisel a expensa de la cara externa todo el flanco, cuidando de dejar la parte interna. Tenemos así la impresión preparada para el paso final, con un material de corrimiento (nosotros usamos el alginato).

Con un algodón embebido en alcohol se pasa por toda la superficie de composición de modelar, esto posibilita que el otro material (alginato)

se adhiera perfectamente, aún en capas de muy pequeño espesor.

Se prepara alginato por las técnicas comunes, se coloca una pequeña capa sobre la impresión y se lleva a posición en boca, con suave presión.

Sosteniendo en forma firme se le solicita al paciente que realice movimientos que puedan poner en tensión toda la musculatura paraprotética o las inserciones tendinosas de las mismas.

Logramos así obtener una impresión a presión moderada y, controladas las zonas de trabajo y alivios, etc., rectificadas las zonas de desgastes, arrugas, etc., de la impresión anterior y "sobre todo el cierre periférico sin ninguna comprensión lo que nos permite asegurar que no deberá hacerse retoques en esa zona, con las ventajas que ya hemos descrito". (3)

Hay que recordar ahora que nuestro interés es en definitiva obtener el calco positivo de la boca por lo que debe realizarse el vaciado en forma inmediata y con técnicas depuradas de manera que no se pierdan las virtudes de la impresión que trabajosamente se ha obtenido.

Es esta una técnica que, en manos

del práctico general pueda dar los resultados satisfactorios apetecidos.

Las impresiones se "construyen", se "fabrican", no se "toman".

No obstante seguimos creyendo que las buenas impresiones no se obtienen por una técnica determinada ni por un material en especial, sino con habilidad y conocimiento.

Saber que deseamos obtener y utilizar lo más adecuado para obtenerlo, esa es la premisa.

SUMARIO

Se presenta el criterio actual sobre impresiones en el desdentado total y una técnica que tiende a eliminar los errores que son más comunes en esta clase de trabajos.

SUMMARY

The modern criteria about impressions in the whole edentulous patient and a technic that eliminates the most common mistakes in this type of work are presented.

Dirección del autor: Colón 2025.

BIBLIOGRAFIA

1. DYKINS, Williams R. D. D. S. "Nuevo método para obtener una impresión mucoestática superior". *Oral Hygiene* 21, 243-247, 1950.
2. HURLONG, A. P., FRENCH, J. "Aclaraciones de algunos puntos de las técnicas de FURNET y TULLER". *Boletín Dental Argentino* 24, 391-398, 1943.
3. LOPEZ, Osvaldo E. "Prótesis funcionales no lesivas para desdentados completos" Tesis de Doctorado. Facultad de Odontología. Universidad Nacional de Córdoba. 1968.
4. MARONI, R. F. "Técnicas de rebasado del maxilar superior". *Progresos Anuales de la Práctica Odontológica* 62 1944.
5. SEARS, V., NAGLE, R. "Prótesis Dental" Ediciones Toray S. A., Barcelona. 1965.