

NUEVOS ASPECTOS DE LA CIRUGIA PREPROTETICA EN EL DESDENTADO TOTAL (*)

por el

DR. L. LEBOURG

Antes de encarar cuáles pueden ser en este tema los nuevos métodos, recordaremos los obstáculos a superar.

Digamos de entrada que la confección de una dentadura completa exige una práctica experimentada, atenta y minuciosa, y que los medios más modernos quedan para los casos extremos, de aplicación delicada y costosa (las impresiones solamente exigen, a veces, horas de esfuerzos), pero los más perfeccionados métodos protéticos pueden fracasar por obstáculos anatómicos que sólo la cirugía es capaz de suprimir. El menor defecto puede disminuir en proporción considerable el valor funcional y estético de un aparato que en los casos favorables está apartado de las condiciones naturales.

El examen debe ceñirse a descubrir ciertos defectos que interesan, y que son: *El hueso* exuberante, por ejemplo, delante, o bien saliente y doloroso a nivel de las crestas, se desarrolla después de los cuarenta años en el centro del paladar, mientras que los rebordes alveolares se aplanan y no ofrecen más una superficie de apoyo conveniente para las placas bases.

La mucosa puede ser fina y flotante o, al contrario, engrosada y acordonada.

Los vestíbulos y el piso de la boca pueden estar rellenos de tejido celular adiposo, de inserciones musculares demasiado próximas a crestas o de bridas cicatriciales.

La clásica cirugía preprotética permite corregir estos defectos con la ayuda de técnicas bien depuradas (Kazanjian, Pichler, Axhausen, Wassmund).

Veamos en este terreno muy especial cuáles pueden ser los progresos de valor.

(*) "La Revue Stomato - Odontologique du Nord de la France." 10, tercer trimestre 1955, página 12.

Hasta el presente la cirugía preprotética no pretendía agregar tejidos a donde faltaban, sino que siempre ha buscado fijar en profundidad los anclajes artificiales. ¿Qué hay que pensar hoy de eso?

Vamos a examinar primeramente dos métodos que descansan mucho más sobre bases teóricas que sobre hechos clínicos definitivamente adquiridos y concluiremos con dos operaciones modernas perfectamente probadas y de una eficacia indiscutible.

1.º Es evidente que la más grande dificultad a superar para el protesista es la de construir allí donde el cimiento es insuficiente. Ninguna operación clásica permite disimular las vastas reabsorciones alveolares.

Se puede uno preguntar si en ausencia de taras orgánicas como la tabes o la diabetes podrían corregirse semejantes reabsorciones con la ayuda de injertos óseos o cartilagosos.

La experiencia de la cirugía plástica es suficiente para permitirnos plantear esta cuestión con cierta esperanza.

Pero el desdentado total es generalmente un sujeto de edad, en el que no es concebible hacer trasplantes óseos como si se tratara de una plástica mandibular en un sujeto joven.

El empleo de hueso o de cartílago heteroplástico permite actualmente efectuar alvéoloplastias que no irrojan ningún peligro para el operado. El banco de huesos permite recurrir a un material bovino fácil de conseguir en abundancia y de una técnica bien preestablecida (A. Sicard). Nuestros ensayos de restauración alveolar con hueso de ternero son muy alentadores.

Ellos han sido siempre beneficiosos en el sentido de que, efectuados bajo terapia antibiótica, la intervención ha sido siempre bien tolerada, y aun cuando el injerto ha sido totalmente eliminado, ha dejado detrás tejidos espesados de mejor valor protético.

Aunque la técnica requiere bastante perfeccionamiento, nos ha permitido ya obtener en algunos meses 40 a 50 por 100 éxitos completos. Lo importante es operar en las mejores condiciones de asepsia y someter al operado durante una decena de días a una dosis suficiente de penicilina-estreptomicina.

Una impresión previa nos permite apreciar de antemano el volumen y la forma que debemos dar a los injertos.

Estos son tallados inmediatamente antes de la intervención sobre una maqueta de acrílico esterilizado, partiendo de una porción de hueso esponjoso retirada del banco de huesos en el último momento,

y que se mantiene sumergida en una solución de penicilina durante las manipulaciones. Hemos dado preferencia a las pequeñas incisiones vestibulares transversales, que por tunelización permiten avivar una superficie ósea conveniente para recibir los injertos.

Una vez colocados éstos, la mucosa es cuidadosamente saturada con "nylon", y una gotera de resina, retenida mediante la ayuda de hilos, asegura durante algunos días la inmovilización indispensable. La técnica es la misma con el cartílago que ya han empleado Ginestet y Solas. En lo que se refiere a las crestas alveolares, hechos con una inclusión de acrílico, los ensayos que ha hecho J. Chatellier no han sido concluyentes.

2.º La idea de anclar los anclajes para la prótesis es muy vieja (R. Vincent y J. Merle-Beral); responde a otra preocupación, que es la de reducir la superficie de la placa base, obteniendo a la vez una mayor estabilidad.

Perseguida esta idea desde hace más de un siglo, sigue en nuestros días sin gran valor práctico. Hace falta, en efecto, para anclar un anclaje una base suficiente, o cuando ésta existe, no es necesario hacer uso de ellos.

La existencia de nuevas sustancias oligodinámicas ha debido promover necesariamente nuevas investigaciones.

Probada la buena tolerancia de los acrílicos en América del Sur desde 1943 (Rebossio), estos materiales permiten confeccionar falsas raíces, que son ubicadas en los alvéolos después de la extracción. Su duración no excede los tres o cuatro meses; nueve meses a lo sumo (Rubins, Dutra de Moraes, Anvandler). Diez años más tarde, después del trabajo de Flohr, diversas tentativas análogas fueron hechas en Francia, sin que haya sido posible sacar alguna conclusión seria.

Siempre en algunas semanas, si no en algunos días, las inclusiones de acrílicos son eliminadas.

Las rejas subperiósticas, destinadas más particularmente al desdentado total, se presentan como menos agresivas, ya que el artificio aquí está plenamente colocado sobre el plano óseo y lleva porciones salientes a través de la mucosa destinadas a servir de anclaje. Estas rejas han podido ser confeccionadas en acrílico (Flohr); pero son, sobre todo, el tantalio y las aleaciones de cromo cobalto los que han permitido realizarlas con un espesor pequeño. Inaugurado en Estados Unidos por Golberg y Gerschkoff, en 1949; después, por Scher-

mer, en 1950, el método ha sido retomado en Europa, principalmente en Italia (Marziani). La indicación es necesariamente bastante limitada, porque el soporte submucoso no es concebible si el hueso subyacente no es suficiente.

De ser así, el interés del artificio es muy discutible.

Si, por el contrario, la lisis ósea es muy grande, el riesgo de fractura del maxilar inferior o la perforación bucosinusal del maxilar superior no es de desdenar.

El resultado inmediato es perfecto, pero no así después de algunos meses. Viajando recientemente a los Estados Unidos, Parant ha encontrado que Golberdg y Gerschkoff sólo han podido mostrarle un solo caso favorable después de tres años y medio. Estos autores han renunciado hace mucho tiempo a aplicar este método al maxilar superior. Hay que llevar a sus justas proporciones estas tentativas, que si no significan grandes peligros en el plano quirúrgico, exponen, por el contrario, a pesadas decepciones.

Muy discutible en el desdentado total, la inclusión subperióstica de rejas metálicas destinadas a servir de anclajes protéticos puede ser usada excepcionalmente en los desdentados parciales a título de apoyo accesorio para una prótesis fija.

¿Nada se ha conseguido entonces para mejorar las condiciones de la prótesis en el desdentado total? Muy por el contrario, dos operaciones modernas son de una eficacia segura.

Estas se presentan como la continuación natural de métodos clásicos, y bajo reserva de contraindicaciones generales, no irrogan ningún peligro.

El problema, cuando el hueso alveolar no es suficiente, es el de extender al máximo la superficie de apoyo de las placas bases. Por esta razón hasta la fecha nos limitábamos a profundizar los vestíbulos, empleando diversas técnicas, siendo la más reciente la de De Cuyper (D'Anvers); pero nadie se dirigía al piso de la boca ni a las tuberosidades, que, no obstante, ofrecen serios obstáculos para la prótesis.

La operación de Trauner y la de Frank Celesnik llenan esta laguna.

3.º La operación de Trauner es de una sencillez asombrosa. Permite recuperar todo lo que es funcionalmente utilizable en el interior del arco mandibular.

Su indicación ideal es, siendo el hueso suficiente, la existencia de un piso muy alto, con inserciones musculares muy próximas a las crestas alveolares. Su objeto es la sección total del milohioideo, liberando sus inserciones hasta el nivel del reborde basilar.

Anestesia local por infiltración del piso de la boca y de planos cutáneos superficiales a lo largo del cuerpo mandibular.

Incisión en dos planos: primero, la mucosa bucal por fuera de la cresta salival, a algunos milímetros del contorno óseo, desde el repliegue palatogloso hasta la línea media. Segundo, estando al descubierto el músculo milohioideo, se le alza con ayuda de un instrumento romo en toda su extensión anteroposterior y se le secciona lo más cerca posible de sus inserciones alveolares. Toda la tabla interna, sin ser rozada, queda así liberada de toda ligadura mucosa y muscular. La lengua adquiere una movilidad extrema, sin que sus movimientos reduzcan una superficie alveolar muy extendida, que tiene un evidente valor protético. Dos puntadas en U de cada lado bastan para acercar el plano mucoso y muscular al reborde basilar: estos puntos atraviesan la piel a lo largo del hueso y son apretados inmediatamente delante de la arteria facial y a nivel del mentoniano. La operación se realiza de los dos lados en pocos minutos. En los días subsiguientes puede efectuarse una prótesis provisional, lo que permite abreviar la duración de las suturas externas (diez días). Posteriormente, el aparato llevará dos buenos alerones internos sin interferir para nada los movimientos de la lengua. La operación de Trauner puede tener algunas variantes ligeras. La superficie cruenta de la tabla puede ser provista de un injerto de Thiersch; no parece ello ser útil, puesto que esta superficie es habitualmente asiento de una granulación correcta y de una epitelización completa en tres semanas. La intervención es perfectamente soportada y exige apenas por precaución algunas horas de hospitalización y de antibioterapia preventiva.

4.º La operación de F. Celesnik apunta a restaurar un reborde alveolar utilizable a nivel de las tuberosidades del maxilar superior.

La ausencia de tuberosidades es, junto a la saliencia ósea del "torus palatinus", un grave inconveniente para la dentadura superior. La tuberoplastia de Celesnik completa la profundización del vestíbulo superior. Se efectúa bajo anestesia loco-regional con o sin premedicación, tomando precauciones para la hemostasia.

La incisión en el vestíbulo va al encuentro de todas las inserciones musculares, las que serán seccionadas de los dos lados.

Hacia atrás, ella es guiada por el dedo, que palpa a través de las partes blandas la tuberosidad y las alas de la pterigoidea.

La incisión contornea la tuberosidad y se dirige hacia adentro, hacia el límite del velo hasta un centímetro de la línea media, en los dos lados. Volviendo ahora hacia el exterior, se fractura el gancho del ala interna de la pterigoidea como para una palatoplastia: queda así descubierta el ala externa, que es a su turno seccionada a la altura de un centímetro por lo menos, luego rechazada hacia afuera con algunas inserciones del pterigodeo externo que le corresponden. Un vasto surco delimita ahora la tuberosidad. Todas las asperezas óseas visibles en ese surco son cuidadosamente resecadas o alisadas. La prótesis quirúrgica completa la intervención. Se trata de una extensa placa palatina preparada de antemano con contornos vestibulares profundos y dentados que servirán para retener la goma o el "stents" que será presionado contra la herida quirúrgica. Después de modelada, los contornos de la materia plástica son cuidadosamente recubiertos con un injerto libre tomado de la faz externa del muslo.

Este injerto de Thiersch, una vez pegado sobre el aparato con cemento quirúrgico, se coloca el aparato en su lugar y se le fija sólidamente, por un lado con hilos atados a partir del borde externo de la herida y por otro lado mediante una succión de caucho en el paladar y si es necesario mediante vástagos extrabucuales. Con antibióticos, el postoperatorio es simple. La placa es retirada al décimo día. Se tendrá entonces un vestíbulo con revestimiento epidérmico que posee el mismo volumen que el que ha sido quirúrgicamente modelado. Es asimismo necesario confeccionar una prótesis provisional y a partir de la tercera semana se puede colocar un aparato definitivo. El éxito de esta intervención es positivo y duradero. En la clínica estomatológica de Ljubljana, en el servicio del profesor Celesnik, hemos visto pacientes ya operados después de varios años, algunos de ellos también con el piso de la boca intervenido según la técnica de Trauner. Así, cediendo a las exigencias de una técnica protética rigurosa y delicada, la cirugía estomatológica puede desde ahora, sin renunciar a las perspectivas futuras, transformar las condiciones de la prótesis en un buen número de casos difíciles de desdentados totales. (*Tradujo Lifac.*)