

PREPARACION QUIRURGICA DE REBORDES MAXILARES PARA PROTESIS

por el

DR. ROBERTO FISCHER POSMANTIER

Generalidades.

La colaboración de la Cirugía en la preparación de maxilares, nos permite obtener en un tiempo mucho más reducido, que la evolución natural posterior a la Exodoncia, de las condiciones mecánicas y fisiológicas necesarias para que los maxilares soporten una prótesis. Ello se debe a que el Cirujano realiza una serie de operaciones tendientes a dejar a los rebordes maxilares con la altura necesaria, sin retenciones, esquirlas; y los bordes de los tejidos blandos perfectamente coaptados, de modo que la naturaleza ya tiene totalmente ahorrado el trabajo de remodelado para obtener superficies redondeadas, por lo que la curación de la herida quirúrgica se realiza en breve tiempo.

Sin embargo, es necesario tomar en cuenta ciertos factores de orden general y local que, a veces, desencadenan posteriormente a la intervención, atrofias de cierta magnitud que redundan en perjuicio de una buena prótesis.

Entre los factores locales de importancia tenemos dos: a) prótesis mal ajustadas; b) alveolotomías extensas que determinan fenómenos de atrofia subplaca, que más tarde no se sabe cómo detener.

Entre los factores generales tenemos las alteraciones endocrinas que rigen el metabolismo cálcico y perturbaciones vitamínicas.

Examen clínico.

Es totalmente indispensable; y debemos comenzar por una anamnesis para saber muchas veces si anteriormente el paciente ha sido portador de placa y la causa en requerir una nueva.

A la inspección debemos interesarnos por numerosos detalles a saber:

1. *Alteraciones patológicas de los maxilares.*—Ya sea por presencia de quistes que podemos a veces descubrir por un abultamiento; presencia de fístulas, de restos radiculares, etc.

2. *Rebordes maxilares.*—En lo que se refiere a irregularidades que presente y que deberán ser eliminadas en el acto quirúrgico.

3. *Relación intermaxilar* —Este punto es muy interesante y lo debemos considerar tanto en sentido anteroposterior, transversal y dimensión vertical.

4. *Procesos alveolares al nivel de la tuberosidad.*—Debemos observar si a este nivel no hay una verdadera exostosis que nos dará una tuberosidad retentiva y una proximidad exagerada con respecto al reborde de la mandíbula inferior.

5. *Zonas blandas y duras.*—Con la palpación se establece una diferencia de las zonas blandas y duras, la densidad de los tejidos submucosos, la resiliencia, masas pendulares en la superficie, o crestas alveolares poco consistentes. Para ello es necesario la presión del pulpejo del dedo índice a lo largo del borde de los procesos alveolares y sobre la bóveda palatina para observar la presencia del “torus palatino”.

A veces las masas o zonas blandas son pequeñas y la prótesis puede subrirlas con éxito; pero cuando son muy grandes y desplazables es necesario la intervención para evitar que la placa no sea retenida.

6. *Bandas fibrosas.*—Estas se encuentran a veces insertadas y muy tensas cerca del borde del proceso alveolar impidiendo la colocación o sostén de las prótesis. Esto es todavía más importante, cuando se presenta en la mandíbula por haber allí más movimiento muscular. En estos casos bastará la excisión de la brida o su cauterización, evitando esto último las recidivas.

Examen radiográfico.

El examen radiográfico tanto de las zonas dentadas y edentadas nos revelan una serie de datos valiosísimos antes de efectuar una intervención, o para la colocación de una prótesis.

Entre los más importantes tenemos:

- 1) Estados de raíces.
- 2) Densidad del proceso alveolar.
- 3) Infecciones residuales, fragmentos, etc.
- 4) Dientes incluídos.
- 5) Tamaño de los senos maxilares y su relación con los rebordes alveolares.

Pronóstico.

Generalmente es favorable en cuanto al post-operatorio, dependiendo sí, de la forma como se ha preparado el paciente y como se ha ejecutado la intervención.

Estudio de las anomalías de los tejidos duros.

a) *Torus palatino*.—Es una malformación que se debe a una exóstosis de la bóveda palatina situada en el rafe medio. Puede ser de forma plana, nodular, fusiforme, lobular, etc.

El torus no produce ningún trastorno en la mayoría de los casos; pero para el mantenimiento de una prótesis es un factor adverso.

En su resección hay que tener en cuenta las relaciones con el piso de las fosas nasales.

b) *Torus mandibularis*.—La exóstosis se asienta en la cara interna del maxilar inferior. Es un aumento de volumen uni o bilateral a nivel de los premolares inferiores que simula la corona de un diente, y muchas veces se toma como tal; sin embargo, la radiografía elimina la duda, no dando ninguna señal, salvo a veces una línea cortical que corresponde a la proyección de la periferia del torus.

En esta exóstosis no hay alteración en la encía que la cubre.

c) *Hipertrofia oclusal de las tuberosidades*.—A veces las tuberosidades pueden estar aumentadas de volumen en sentido oclusal. Ello impide la colocación de la prótesis, como asimismo un buen sellado periférico.

Si no está descendido el seno maxilar se reseca según veremos más adelante.

e) *Protuberancias óseas en distintos sentidos*.—Estas pueden estar en cualquiera de los maxilares y en cualquiera de sus caras. Es indispensable su iluminación para poder asentar una prótesis.

Estudio de las anomalías de los tejidos blandos

a) *Surco vestibular*.—La colocación de prótesis se ve muchas veces dificultada por la casi total ausencia de surco vestibular. Ello se puede deber a reabsorciones excesivas, procesos neoformativos consecutivos de procesos inflamatorios, etc.

b) *Inserciones bajas*.—Ya sea de los frenillos que a veces descienden hasta los rebordes alveolares o adherencias fibrosas.

c) *Rebordes y tuberosidades blandas, flácidas*.—Que impiden la estabilidad de las prótesis. Pueden encontrarse estos tejidos hipertrofiados en bocas que han sido reabsorbidas por una dentadura parcial en maloclusión, o simplemente hipertrofias de los tejidos blandos.

Además de las anomalías naturales de las partes óseas y blandas, pueden haber deformidades traumáticas de los rebordes mandibulares, debidas principalmente a:

1) Pérdida consecutiva a una intervención quirúrgica extensa que elimina ciertas condiciones patológicas.

2) Aquellas producidas por extracciones complicadas o técnicas defectuosas.

Indicaciones y técnicas de alveolotomías

La alveolotomía ya se practicaba por el año 1860 y fué sistematizada en 1905 por Shearer. Posteriormente a raíz de las extracciones múltiples que se practicaron con motivo de los estudios sobre infección focal, la práctica de Alveolotomías se hizo más frecuente.

Desde el punto de vista protético tenemos las siguientes indicaciones:

a) Eliminar los excesos del borde alveolar cuando éste presente tal forma que haga imposible colocar el borde periférico de la dentadura a lo largo de la línea de inserción de los tejidos blandos, impidiendo la colocación estática y anatómica de los dientes.

b) Para asegurar el modelado definitivo de los maxilares posterior a extracciones, eliminando quirúrgicamente zonas destinadas a la reabsorción.

Principalmente, la preparación quirúrgica de la boca está indicada para la corrección de las irregularidades y deformidades de los rebordes alveolares, o por razones de estética, más que para la eliminación de tejidos con procesos patológicos.

Sin embargo, en muchas ocasiones no hay necesidad de alveolotomías, sino que basta las extracciones de las piezas dentarias y reducción de algunas prominencias óseas o de tejidos blandos de los rebordes alveolares.

Ya indicada la alveolotomía, que también se ha estudiado sobre modelos, debemos realizarla primeramente sobre éstos en su extensión justa, para que el cirujano pueda posteriormente gobernar la intervención.

Siempre ha de procederse con mucho cuidado al extraerse los dientes, quitándose previamente el tártaro. Las encías inflamadas deben someterse a tratamiento.

En muchas ocasiones, como consecuencia de técnicas defectuosas, quedan deformidades traumáticas y adherencias anormales.

El estudio de las condiciones físicas del enfermo, su tolerancia y resistencia, son de mucha importancia antes de hacer extracciones múltiples o intervenciones quirúrgicas, para lo cual debe hacerse una historia clínica completa y minuciosa con exámenes de sangre y orina.

La preparación pre-operatoria, por tanto, es indispensable para el buen éxito de cualquiera intervención, y ello no sólo se refiere a posibles hemorragias, sino a obtener un estado general del paciente compatible con la intervención que se va a realizar.

La cantidad de tejido óseo a reseca, debe ser el indispensable, según sea el objeto de la intervención. Como no hay reglas fijas que condicionan la reabsorción posterior post-operatoria, estando regido por numerosos factores, los protésistas aconsejan conservar lo más posible los rebordes alveolares, para que sirvan de apoyo a la futura prótesis.

No hay contraindicación para intervenir en una sola sesión ambos maxilares, especialmente en aquellos casos que se proyecta un cambio en la articulación.

En las alveolotomías correctoras de irregularidades sólo se limitará a eliminar éstas, ya sean debidas a crestas óseas, bordes cortantes, tabiques interdentarios, interradiculare, etc. Para ello, previo colgajo, utilizamos la gubia, alisándose después con limas adecuadas o fresas. Los procesos periapicales deberán ser eliminados, utilizándose para ello cucharetas.

Para verificar si han quedado puntas cortantes o saliente se vuelve el colgajo a su sitio, y con el pulpejo del dedo se comprueba la regularidad de la arcada alveolar. Si hay alguna punta, se baja el colgajo y pasa nuevamente gubia, fresa o lima, según el caso.

Perfectamente regularizado el reborde, se coloca el colgajo en su sitio, y con tijeras de encía se cortan los excedentes de tejido blando que han quedado, de manera que ambos colgajos se coaptan perfectamente, fijándose con puntos de sutura.

En la preparación de rebordes posteriores se extraen los dientes si los hay, trazándose después una incisión a lo largo del reborde, desde la tuberosidad hasta el camino, cuidando de cortar también el periostio.

Se libera el colgajo muco-perióstico en una extensión que permita ver las prominencias óseas, eliminándose éstas con gubia y limas o fresas. También debe desinsertarse un poco el colgajo palatino para que pueda ser alisada la tabla palatina. Hay que tener, sí, mucho cuidado para no ir a lesionar el pequeño vaso nervioso que sale a través del agujero palatino posterior.

Los colgajos después se cortan con tijeras, cuidando al saturar de no bajar el surco vestibular, lo que impediría una buena colocación de la prótesis.

En general, en cualquier tipo de estas intervenciones es muy importante no lacerar el colgajo muco-perióstico que determinaría su necrosis y complicaciones posteriores.

Hecha la intervención es necesario esperar tres a cuatro semanas antes de tomar las impresiones, pues en caso contrario el tejido en pleno período de cicatrización sufre aún variaciones.

En los casos de prótesis totales que quieren hacerse inmediatas es conveniente construir una base transparente que tiene la forma exacta de la base de la prótesis y que al colocarse una vez hecha la alveolotomía, pero sin suturar, hace empadilecer el reborde en aquellos puntos salientes que tienen mayor presión (isquemia), indicándonos el sitio en que debemos aún hacer un mayor desgaste.

CASUISTICA

Caso número 1.

Nombre: E. F. (f.)

Dirección: Dublé Almeyda, 2.912.

Edad: Veinticuatro años.

Estado preoperatorio.—Paciente edentada que presenta el reborde alveolar en su porción vestibular a nivel de las piezas 18, 19 y 20 muy irregular, debido a espinas óseas.

Intervención.—Previa incisión y colgajo al nivel mencionado, se procede con limas a la eliminación de las espinas óseas.

Paciente con buen estado postoperatorio.

Caso número 2.

Nombre: M. L. (f.)

Dirección: Compañía, 2.117.

Edad: Veintiocho años.

Estado preoperatorio.—Paciente con ausencia de molares y premolares. Dientes anteriores en malas condiciones, por lo que se resuelve extraerlos, para confeccionar posteriormente una prótesis total.

Intervención.—Se practica la extracción de las piezas 6, 7, 8, 9, 10 y 11, regularizándose el reborde alveolar, a costa de la tabla externa, con gubia, previo colgajo mucoperióstico a nivel de las piezas mencionadas.

Postoperatorio en buenas condiciones.

Caso número 3.

Nombre: E. R. (m.)

Dirección: Coquimbo, 1.345.

Edad: Cincuenta y seis años.

Estado preoperatorio.—Edentado total del maxilar superior y parcial del maxilar inferior. Piezas remanentes en malas condiciones.

Intervención.—Se hace colgajo frente a las piezas remanentes 23, 24, 25 y 26; se hace la extracción de ellas y regulariza levemente, a costa de la tabla externa. Durante la intervención, a pesar de haberse preparado, el enfermo presenta una profusa hemorragia.

En los primeros días del post-operatorio, el paciente presenta equimosis a nivel de todo el vestíbulo del maxilar inferior. Mejora en buenas condiciones.

Caso número 4.

Nombre: L. D. (f.)

Dirección: Santo Domingo, 1.944.

Edad: Treinta y dos años.

Estado preoperatorio.—Paciente edentada total, con reborde retentivo del maxilar inferior a nivel de las piezas 21 a 29.

Intervención.—Previo colgajo a nivel de la porción retentiva, se elimina la retención con gubia y lima, regularización que se hace a costa de la tabla externa.

Estado postoperatorio bueno.

Caso número 5.

Nombre: M. A. (f.)

Dirección: Santiaguillo, 1.142.

Edad: Cincuenta y un años

Estado preoperatorio.—Paciente edentada parcial del maxilar inferior, con dientes remanentes en muy malas condiciones.

Intervención.—Se hace la extracción de las piezas 22, 23, 34 y 25; colgajo mucoperióstico, para regularizar a ese nivel la tabla externa. Se coloca inmediatamente placa total.

Paciente con postoperatorio bueno, sin hemorragias.

Caso número 6.

Nombre: C. W.

Dirección: Villagra, 161.

Edad: Cincuenta años.

Estado preoperatorio.—Paciente portadora de una prótesis total inferior, que tiene continuas molestias, especialmente durante la masticación, debido irregularidades del reborde.

Intervención.—Se hace incisión lineal; despega el colgajo ligeramente, tanto hacia vestibular como lingual, y se eliminan pequeñas crestas óseas. Suturada la mucosa, no se observan alteraciones en cuanto a estabilidad de la placa.

Postoperatorio muy bueno; la enferma no tiene ninguna molestia al efectuar movimientos de masticación.

Caso número 7.

Nombres: M. D.

Dirección: San Francisco, 1.812.

Edad: Cuarenta y dos años.

Estado preoperatorio.—Edentada total superior, portadora de placa; en el maxilar inferior, parcialmente edentada, con piezas remanentes en malas condiciones y paradentosis.

Intervención.—Se hace la extracción de piezas 21, 23, 24 y 25 y se regulariza oslamente la mucosa, por cuanto al colocarse inmediatamente la prótesis que se confeccionó no hubo necesidad de eliminar porciones de tejido óseo.

Paciente con buen postoperatorio. Dos meses más tarde se hizo un pequeño reajuste a nivel del frenillo en la placa.

Caso número 8.

Nombre: E. R. (f.)

Dirección: Seminario, 836.

Edad: Cincuenta y nueve años.

Estado preoperatorio.—Paciente edentada del maxilar superior, que presenta una exostosis considerable, tanto vestibular como oclusal, a nivel de las piezas 14 a 16, que impiden la confección de una prótesis.

Intervención.—Previo colgajo semi-Newmann, se elimina con gubia tejido óseo, tanto de la tabla externa como de la porción oclusal, para aumentar la distancia intermaxilar a nivel de las piezas 14 a 16. Se alisa con lima, recorta el exceso de colgajo y sutura.

Caso número 9.

Nombre: E. de S. (f.)

Dirección: Huérfanos, 1.851.

Edad: Veintinueve años.

Estado preoperatorio.—Paciente que se está preparando para confeccionar una prótesis inmediata superior e inferior, habiéndosele ya efectuado una intervención.

Intervención.—Se hace la extracción de las piezas 11, 12, 13, 14 y 15; se hace colgajo mucoperióstico y se regulariza, a expensas de la tabla externa, a nivel de las piezas extraídas.

Buen estado postoperatorio. (Segunda intervención.)

Caso número 10.

Nombre: H. Z. (f.)

Dirección: Avenida de Inglaterra, 23.

Edad: Cincuenta años.

Estado preoperatorio.—Paciente cuyo maxilar inferior es edentado parcial, con piezas remanentes en malas condiciones.

Intervención.—Se hace la extracción de las piezas 22, 23, 24, 25, 26 y 27; colgajo mucoperióstico y se regulariza, a expensas de la tabla externa, en forma leve. Se elimina el exceso de tejido mucoso.

Caso número 11.

Nombre: U. Sch. (m.)

Dirección: Darniñac, 182.

Edad: Sesenta y tres años

Estado preoperatorio.—Paciente edentado total, que necesita regularizar el reborde vestibular del maxilar inferior a nivel de las piezas 22 a 26 por existir espinas óseas.

Intervención.—Se hacen incisiones en los puntos que aparecen las espinas óseas, y mediante una cuchareta se eliminan estas aristas. Las incisiones son tres y horizontales, de un centímetro, más o menos, cada una, separadas entre sí. Se da a cada una de ellas un punto de sutura.

Paciente tiene un óptimo estado postoperatorio.

Caso número 12.

Nombre: P. L. (f.)

Dirección: Compañía, 2.117.

Edad: Treinta años.

Estado preoperatorio.—Paciente que presenta piezas dentarias del maxilar superior en muy malas condiciones, por lo que se prepara para confeccionar posteriormente una prótesis.

Intervención.—En dos etapas, con un intervalo de doce días. En la primera intervención se hace la extracción de las piezas 1, 2, 3, 4, 5, 6 y se regulariza, a expensas de la tabla externa. En la segunda intervención se extraen las piezas 12, 13, 14 y 15 y regulariza el reborde, a expensas de la tabla externa. Durante las dos intervenciones, y a pesar de haberse preparado, el enfermo acusa profusa hemorragia. Hay extensas equinosis en el postoperatorio, que desaparecen, más o menos, a los veinte días, sin secuelas.

Caso número 13.

Nombre: E. P. (f.)

Dirección: Ramón Carnicer, 36.

Edad: Cincuenta y un años.

Estado preoperatorio.—Paciente portadora de una placa parcial superior, cuyos puntos de apoyo presentan paradentosis con franca movilidad. Hay exostosis a nivel de las piezas 2 y 4 y falta de vestíbulo a nivel de las piezas 14 y 15.

Intervención.—Se hace la extracción de las piezas 2, 3, 6, 11 y 14. A nivel de las piezas 2 y 3 se hace colgajo y elimina la exostosis, a expensas de la tabla externa. A nivel de la pieza 14 se elimina tejido de granulado y hace una incisión de cerca de 1,5 cms., a objeto de profundizar el vestíbulo.

Se coloca la prótesis, que no tiene buena retención, por lo que después de quince días se hace un reajuste en buenas condiciones.

Paciente con buen post-operatorio.

CONCLUSIONES

Primero. El proceso de cicatrización es el mismo con o sin alveolotomía, con o sin colgajo; pero hay una diferencia en los

resultados que depende de las condiciones en que queda la herida.

Segundo. La cicatrización es más rápida cuando se ha hecho colgajo y alveolotomía, no sólo porque la cavidad a rellenar es menor, sino que también porque los procesos de regeneración son más activos y prolifera más pronto el tejido, conjuntivo espezando antes la reparación del hueso.

Lo último se atribuye a que, estando la herida mejor protegida por el colgajo, no es menester mayor esfuerzo de epitelización del coágulo, y hay menor posibilidad de infección.

B I B L I O G R A F I A

Riez Centeno: *Cirugía bucodentaria*.

Ernesto Gietz: *Cirugía bucodentaria*.

Julio López: *Prótesis inmediata*.

Rubén Bascuñan: *Examen, diagnóstico y pronóstico en placas totales*.

La aptitud, desde el punto de vista médico, para viajes aéreos, por Whittingham (H.), Barbour (A. B.) y Macgown (J. C.), en "British Med. J.", 1949, 1, 603.

Un trabajo muy interesante en la época actual, en que los viajes en avión se han hecho casi rutinarios. Dicen los autores que pacientes con tuberculosis pulmonar activa no deberán hacer viajes aéreos, a no ser que tengan los esputos negativos y las lesiones controladas por colapso-terapia. No obstante, no deberán emprender estos viajes hasta una semana después de la última reinsuflación. El mediastino debe estar fijado y el pulmón reexpansionado en sus tres cuartas partes.

Otro tanto opinan respecto de portadores de un neumoperitoneo, a quienes deberá aplicarse sólo una cantidad moderada de aire en la última reinsuflación, y tampoco deberán hacer el viaje antes de los siete días.

En todo caso, la altura no deberá pasar de 1.500 metros, y en los aviones deberán estar preparados aparatos de oxígeno para todos los casos de afecciones pulmonares, sean tuberculosas o no. Los casos de lobectomía y neumectomía no deberán utilizar los transportes aéreos en condiciones normales. (per "Rev. d. Tub.", Madd.)