

ASPECTOS FUNDAMENTALES DE ALGUNAS TÉCNICAS QUIRÚRGICO PROTÉTICAS ACTUALES, EN ANIMALES DESDENTADOS

por el

PROF. DR. ADOLFO O. H. ASCOLANI y DR. LUIS A. VICUÑA

Son bien conocidas por los prácticos y más aún por los protesistas, las dificultades, cuando no la imposibilidad, que se presentan en estabilizar prótesis sobre terrenos maxilares que, por gran reabsorción de los mismos, han quedado reducidos a la mínima expresión.

Ello es más o menos subsanable cuando el paciente tiene habilidad para sortear dichas dificultades en el uso de sus prótesis. Pero eso desgraciadamente no es lo corriente; de allí que, en busca de otra solución al problema, algunos protesistas en colaboración con la cirugía, trataron por todos los medios de ampliar o mejorar ese terreno de soporte. Con ese fin se idearon y llevaron a la práctica diversas técnicas quirúrgico-protéticas, consistentes en desbridamientos de bridas y frenillos o en profundizaciones de surcos, vestibular o lingual, de manera de extender la superficie maxilar cubierta por la prótesis y lograr también que los tejidos blandos, cuando entran en función al adosarse sobre el borde periférico protético, no lo interfieran y, por el contrario, se obtenga un cierre más amplio, con lo que se favorecerá la retención y estabilidad.

Mucho se ha escrito y realizado en este campo protético-quirúrgico, y los resultados han sido de los más diversos, en el sentido de los éxitos y los fracasos. A nuestro juicio, ello se debe, por una parte, al criterio o asesoramiento protético que debe tener el cirujano, y, por otra, a que es necesario, antes de realizar una intervención de esta índole, estudiar detenidamente las posibilidades de éxito en la finalidad que se persigue de mejorar quirúrgicamente las condiciones de una boca que necesita tratamiento protético, y a que es difícil o ilógico, en algunos casos, conseguir reparar zonas de tejidos que la naturaleza o la biología no las ha creado o se han perdido por la involución senil de la especie humana. Creemos, sinceramente, que

en los últimos años ha habido gran avidez, por parte de los prácticos, en realizar esta clase de intervenciones, sin tener en cuenta los motivos arriba señalados.

En los casos en que se planea una intervención de cierta magnitud, aunque en cierto modo esté indicada, hay que ser cautelosos en realizarla, porque la dificultad estriba en mantener los tejidos bucales en la posición en que se dejan luego de terminada la sutura, ya que para ello es necesario retener ese surco vestibular, generalmente mediante apósitos, goteras o las mismas prótesis, fijo, sostenido *in situ* por puntos de sutura extrabucal y durante dos o tres semanas.

Es de hacer notar, también, que en estos casos no hay que olvidar la faz biológica, la reacción de los tejidos, cuando esa sobreextensión de los bordes protéticos es incompatible con el fisiologismo fisular, reacción que puede traducirse en lesiones de los mismos o, por el contrario, al encontrarse muy comprimidos o presionados, en reabsorciones de variable magnitud, con la consiguiente pérdida de soporte o retención de la prótesis. Por estas razones no somos partidarios, por ejemplo, de las profundizaciones de surcos realizadas, en forma arbitraria, raspando el modelo sobre el cual construimos la prótesis, porque luego, al instalarla en la boca, previas amplia incisión y rebatimiento de colgajo o colgajos, obligamos a los tejidos que forman el surco vestibular, generalmente, a que cicatricen de acuerdo a ese raspado que hicimos, en forma aproximada o empíricamente, en el modelo. De ahí que consideramos más fisiológico proceder a la inversa, rebatir el colgajo e ir agregando compuesto de modelar o cera al borde de la prótesis, que tiene su límite periférico funcional, al mismo tiempo que hacemos el recorte o la impresión de esos tejidos rebatidos sobre el material que agregamos a dicho borde. Hecho esto, terminamos la intervención haciendo la impresión de toda la superficie basilar de la prótesis con una buena pasta zinquenólica, a fin de asegurar mayor retención a esa prótesis, de manera que el paciente la note firme y no se la quite de su lugar.

Siendo muy cautelosos con estas intervenciones, como así también con otras similares que pretendan mejorar quirúrgicamente una boca que va a recibir prótesis completas, es posible obtener éxitos bastante halagüeños, aun en casos de pronóstico dudoso.

Pero las técnicas hasta ahora empleadas no constituyen el desiderátum en el problema de la retención en los diversos casos de pacien-

tes portadores de prótesis, especialmente, como es sabido, para el maxilar inferior. De ahí que algunos autores, en estos últimos años, han revolucionado completamente las técnicas hasta ahora existentes, a raíz del extraordinario empleo del cromo-cobalto durante la última conflagración mundial y después de ella, como importante material coadyuvante o complemento de la cirugía, en la reparación de las heridas de guerra.

La principal aplicación de este noble material quirúrgico, así llamado para diferenciarlo de la aleación común, por su mayor pureza, dureza y resistencia a los esfuerzos a que es sometido, ha sido en las inclusiones totales, como sostén o elemento reparador de tejidos perdidos, como así también en las prótesis ortopédicas complementarias de las grandes intervenciones quirúrgicas.

En Estados Unidos, los laboratorios que trabajan actualmente el cromo-cobalto se dedican cada vez con mayor intensidad al empleo de este material en cirugía general, absorbiendo, por lo tanto, en magnitud diríamos, la aplicación odontológica, que no ha alcanzado tan elevado nivel.

De acuerdo a la bibliografía por nosotros consultada, alrededor del año 1949, algunos dentistas norteamericanos—N. L. Goldberg, A. Gershkoff, N. Berman, W. I. Ogus, I. Lew, etc.—, comenzaron a aplicar este material en semi-inclusiones o inclusiones parciales; es decir, con una parte incluída, y el resto, no incluído y descubierto.

Realmente, como dijimos en párrafo anterior, las técnicas de estos autores cambian fundamentalmente los medios de que nos valemos, en la práctica diaria, para retener las prótesis completas. En pocas palabras expresadas, el fundamento de las mismas consiste en que la prótesis (llamémosla supraestructura), que presenta en su superficie no pulida o de contacto cuatro cápsulas de acero, hembras, dos a cada lado, “enchufa” en otros tantos pilares, machos, también metálicos, que, sorteando la fibromucosa (como si fueran coronas dentarias), se continúan en un esqueleto o malla metálica (infraestructura), submucoso, adaptado al reborde maxilar.

Como vemos, y adelantándonos al examen detallado de esta “revolucionaria” técnica, desde ahora ya se puede considerar a esta prótesis completa, si bien movable, como si fuera fija una vez colocada *in situ*, porque esas cápsulas o “telescopios”, hembras, tienen un extremo cerrado de manera que cuando el mismo contacta con el

extremo libre del pilar metálico, macho, no hay ninguna movilidad, como sería un amplio puente con cuatro coronas metálicas coladas, sin cementar.

Analizándola desde el punto de vista de los principios fundamentales que deben reunir las dentaduras en función, vemos la ventaja extraordinaria, por ejemplo, en lo que se refiere a la retención. Protécticamente hablando, en esta técnica volvemos a los recursos mecánicos, pero no a los que se utilizaban antiguamente en algunas dentaduras completas, como los resortes, ganchos gingivales, etc., sino, al haber transformado, diríamos, a ese maxilar desdentado en otro con cuatro pilares-dientes, a los recursos que podrían encuadrarse dentro de las prótesis parciales o de las prótesis a coronas. En otras palabras, sería una prótesis parcial movable por los cuatro dientes-pilares metálicos que tiene ahora el maxilar, retenida y fijada como si fuera un puente amplio sin cementar, y que también se podría considerar como completa, porque tiene toda la arcada dentaria.

En cuanto al soporte, también es completamente distinto, ya que, además de ser perfecto, es también diferente en lo que se refiere al terreno. Efectivamente, mientras en una prótesis funcional hay que "trabajarlo" para equilibrar las distintas configuraciones topográficas del mismo, y está formado por la fibromucosa y el hueso subyacente en último término, en este caso las fuerzas de intrusión no van más allá de los cuatro topes metálicos; y aunque se podría objetar que descansa solamente en cuatro puntos, indirectamente, y a través de la montura de cromo-cobalto, lo hace, finalmente, sobre todo el reborde óseo maxilar sin intervención de la mucosa que cubre a dicho reborde.

Por nuestra parte, en el año 1952 hemos comenzado a realizar este tipo de prótesis, retenida mediante implante quirúrgico. Como primer requisito primordial a tener en cuenta para esta técnica, mencionaremos el que se refiere al examen clínico exhaustivo del paciente, a fin de constatar el estado de salud del mismo. Insistimos en que es de fundamental importancia colocar a nuestro enfermo en las mejores condiciones fisiológicas posibles, de acuerdo al caso. Podría preguntarse que eso se requiere para cualquier otro tratamiento protético. Indudablemente que es necesario, pero en este caso las precauciones deberán tomarse al máximo, debido a que la reacción y reparación fisular tienen que favorecer decididamente la cicatrización de

los tejidos que cubren el implante. En caso contrario, ella se podría efectuar desfavorablemente, y el pronóstico sería dudoso.

Una pregunta que nos formulábamos antes de comenzar esta tarea es la que se refiere al comportamiento del tejido gingival alrededor de los pilares metálicos. Con cierta sorpresa hemos visto que, si bien el anillo circular de Koelliker no se forma como existe en el cuello de los dientes naturales, el tejido fibroso cicatrizal que brota en medio de la malla metálica emite ramificaciones o proliferaciones en todos sentidos, con lo que se forma en torno a los cuellos de los pilares de cromo-cobalto una barrera fibrosa, como dijimos, que aísla la zona de metal descubierta con el resto del colado cubierto o submucoso.

Hemos comprobado también que la impresión del hueso desnudado debe ser perfecta, ya que el colado que construiremos luego debe asentar exactamente sobre el maxilar, sin necesidad de retoques. De esta manera, el soporte está asegurado, y con él la siguiente cicatrización.

Con respecto a la ventaja o no del tallado del hueso maxilar, siguiendo a algunos autores, hemos practicado, antes de hacer la impresión mandibular, el tallado óseo a fresa, a fin de favorecer la fijación de colado. En este caso hay que extremar los cuidados en la impresión. Algunos autores no son partidarios de dicho tallado, porque dicen que al tejido óseo hay que "tocarlo" lo menos posible, de manera que haya una buena reparación periostio-conjuntiva en la zona de contacto con el hueso. Contra lo que nosotros pensábamos, la infraestructura no asienta directamente sobre el reborde maxilar una vez cicatrizado el tejido gingival, sino que se forma una capa o vaina de tejido conjuntivo, que envuelve totalmente el implante y lo aísla del tejido óseo y de las partes metálicas en contacto con la cavidad oral.

(*per* "El Cooper. Dent.", núm. 137, 1956, 295.)