

NECROLOGICAS

EL DOCTOR CARDENAL

A los ochenta y dos años ha fallecido en Madrid en julio último el ilustre cirujano Dr. D. León Cardenal.

Don León Cardenal Pujals nació en Barcelona el 31 de enero de 1878, hijo del eminente cirujano D. Salvador Cardenal, introductor en España de las modernas técnicas quirúrgicas, sobre todo en la antisepsia y de la asepsia.

Estudió el bachillerato en Barcelona, que terminó en 1898, y después, Medicina, examinándose simultáneamente en las Universidades de Barcelona, Ginebra y Berna, con el Prof. Kocher, del que fué uno de sus discípulos predilectos y con el que desempeñó diversos cargos, hasta obtener, por oposición, plaza en el Hospital de la Princesa, de Madrid.

En 1913, a los treinta y tres años, obtiene la cátedra de Patología Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Madrid. Es ayudante de laboratorio de investigaciones con Cajal; director del Hospital de San Carlos durante veintidós años; rector de la Universidad Central; presidente de varios Congresos médicos y miembro de multitud de Academias, entre ellas de la Real de Medicina, y doctor *honoris causa* por las Universidades de Heidelberg y Budapest.

El 2 de octubre de 1913 dió su primera lección como catedrático de Patología Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Madrid, y el 22 de mayo de 1948, la última, es decir, explicó aquella cátedra durante treinta y cinco años.

EL PROF. DR. OBDULIO MENDEZ MORALES

De Bogotá nos llega la triste nueva del fallecimiento del Prof. Dr. Obdulio Méndez Morales, que tuvo lugar el 16 de noviembre de 1960.

Conocimos al extinto en aquel I Congreso Hispano-Americano que tuvo lugar en Sevilla, y desde entonces habíamos mantenido una relación que ahora se trunca con su deceso. Con grandes inquietudes sociales profesionales representó un significativo papel en la odontología colombiana y sudamericana, coronado por su nombramiento de profesor de la Universidad Javeriana.

En septiembre de 1959 asistió al Congreso de la American Dental Ass., de la que regresó con los primeros síntomas de la feroz enfermedad que había de llevarle a la tumba: «un «astrocitoma de tercer grado del lóbulo frontal derecho», de la que fué intervenido en agosto último.

Al retransmitir la noticia hemos de ofrecer a sus deudos la expresión sincera de nuestra condolencia a la profesión colombiana y muy especialmente a su viuda e hijo Fernando, ahora estudiante de odontología.

UN CASO DE PERDIDA DE TEJIDO DEL MAXILAR SUPERIOR

SU TRATAMIENTO PROTESICO (*)

por

OBDULIO MÉNDEZ MORALES

*Profesor Agregado de la Universidad Nacional de Colombia
Facultad de Odontología de Bogotá*

Quiero manifestar mi agradecimiento al doctor Enrique Calvo por su colaboración en el presente trabajo.

616.315-007.254-089.28

Este breve escrito se limita a dar a conocer una restauración no solamente del aparato masticatorio, sino parte de restauración facial de un paciente, quien presentaba la pérdida de los dientes posteriores derechos superiores, y en la región superior izquierda, a partir de la línea media hacia atrás, en el siguiente orden: los dientes anteriores y posteriores, el reborde alveolar, el hueso palatino, los huesos de la nariz, gran parte del macizo del maxilar, el malar y una porción del piso de la órbita; por consiguiente, una grande deformidad facial; este paciente fué tratado quirúrgicamente en el Instituto de Radium de Bogotá y remitido pocos días después de la intervención quirúrgica para la restauración protésica de los dientes.

Antes de entrar a estudiar e indicar el tratamiento seguido, creo indispensable recordar algunas generalidades respecto de las causas que pueden originar las deformidades faciales.

Las deformidades, consecuencia de pérdidas de tejidos pueden ser originadas por lesiones de cualquier naturaleza que produzcan necrosis, por traumatismos o por actos quirúrgicos; me limitaré especialmente a las del maxilar superior.

En la vida civil, la mayoría de las deformidades se deben a operaciones de tumores, tumores unos benignos, otros malignos, en cuyo caso se necesita de una resección radical de la región que hayan invadido.

El estudio *clínico y terapéutico* ha de orientarse según sean sus modalidades anatómicas, y, según su extensión, deben considerarse dos aspectos:

1.º Pérdidas de tejidos parciales.

(*) Trabajo enviado por su autor el 24 de noviembre de 1953.

2.º Pérdidas de tejidos totales.

Las pérdidas de *tejidos parciales* pueden presentarse:

- a) En el vestíbulo bucal.
- b) A nivel del borde alveolar; y
- c) En la región de la bóveda palatina.

Las pérdidas de tejido del vestíbulo y del reborde alveolar tienen etiología casi idéntica, casi siempre producidas por una intervención quirúrgica de terminada por un quiste paradental, foco de osteitis, senosidad maxilar, también como consecuencia de un traumatismo.

La pérdida de tejido de la bóveda palatina ordinariamente es de origen sifilítico; otras veces, de aspecto particular producido por la mala adaptación de dentaduras artificiales, con cámaras de succión o simplemente por traumatismo.

La pérdida de *tejidos totales* interesa bien la totalidad del maxilar superior o una porción más o menos extensa del maxilar derecho o izquierdo. (Los mismos factores etiológicos las producen, afecciones patológicas, intervenciones quirúrgicas, especialmente hemirresecciones para-neoplasias.)

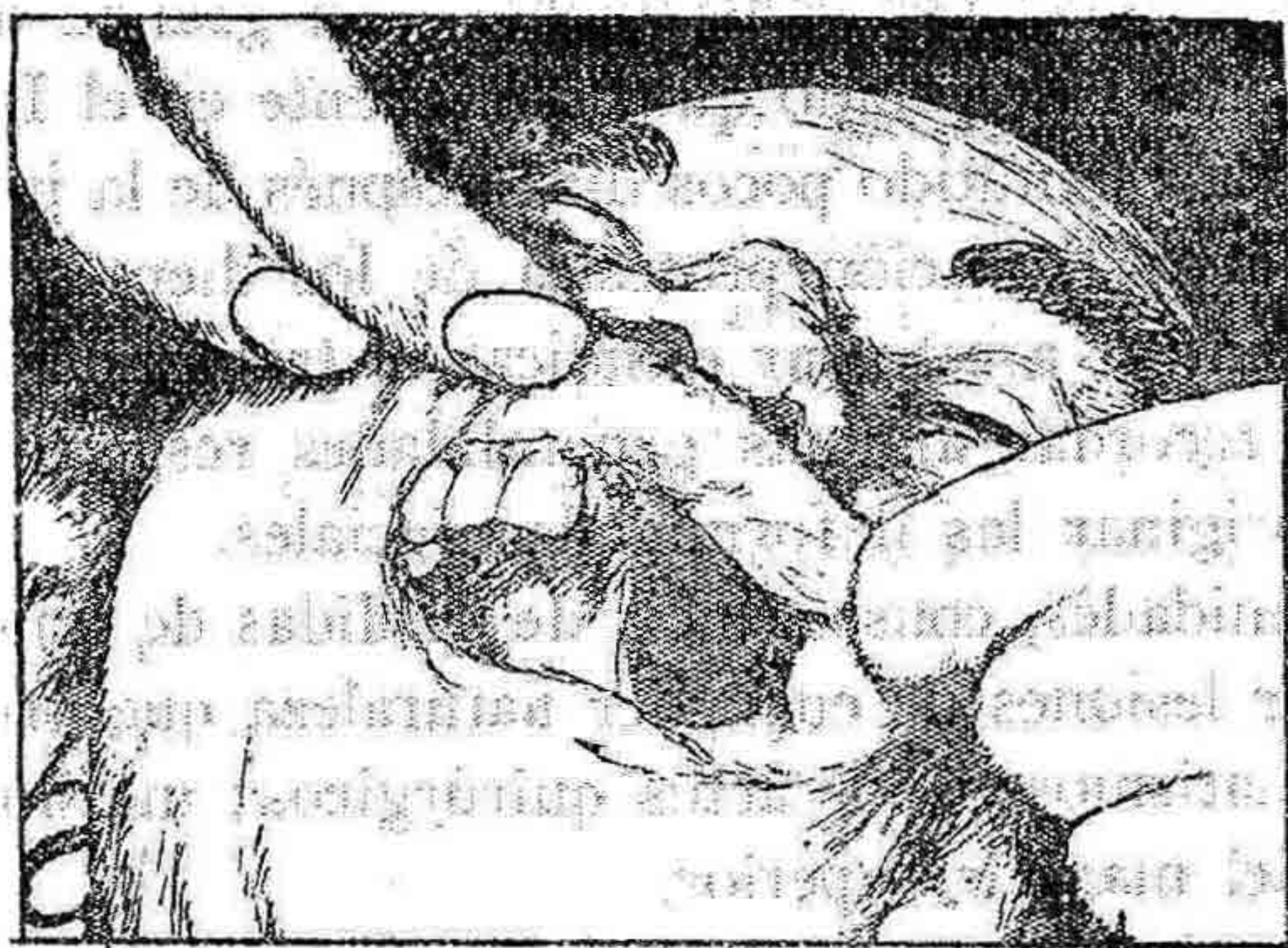


Fig. 1.ª.—Fotografía en la que se muestra la comunicación senomaxilar con las fosas nasales.

El tratamiento restaurativo comprende: primero, restauración inmediata después de la intervención quirúrgica; y segundo, corrección de la enfermedad después de un tiempo de haber practicado la intervención quirúrgica.

Toda vez que la intervención quirúrgica de una pérdida de tejidos del maxilar superior sea posible, ésta debe anteponerse a la restaura-

ción protésica, aun cuando estos dos métodos de tratamiento, lejos de excluirse, pueden asociarse y complementarse.

PÉRDIDA DEL TEJIDO PARCIAL EN LA REGIÓN VESTIBULAR

Tratamiento quirúrgico.—Tomando como tipo de cierre autoplástico de una comunicación senobucal situada en el fondo del surco vestibular, puede dividirse la intervención en cuatro tiempos:

- 1.º Incisión y avivamiento de los colgajos.
- 2.º Escisión del tejido cicatricial.
- 3.º Desprendimiento; y
- 4.º Sutura.

El resultado, generalmente, es excelente en el cierre definitivo de la comunicación.

Tratamiento protésico.—Comprende primero: *Prótesis quirúrgica*. Aplicada después de la intervención, favorece la conservación e inmovilización de los colgajos y se opone a la formación de una brida cicatricial que invadiría el vestíbulo. Segundo: *Prótesis funcional*. Aplicada fuera de toda intervención, consiste en una dentadura usual, formando obturador a nivel de la comunicación senobucal gracias a la prolongación de la base placa. La parte obturada podrá, en ciertos casos, imponerse a esta cavidad para contribuir a la retención de la prótesis.

PÉRDIDA DE TEJIDO EN LA REGIÓN ALVEOLAR

Tratamiento quirúrgico.—La pérdida de tejido del reborde alveolar a nivel del maxilar superior, cualquiera que sea su origen, no exige, en general, ninguna terapéutica quirúrgica reparadora; la prótesis es capaz por sí misma de dar excelentes resultados.

Tratamiento protésico.—Consiste muy a menudo en la colocación de una prótesis funcional sencilla; el relleno de la pérdida de tejidos se obtiene mediante una masa de acril curado, aplicando en su parte externa acril blando, excepcionalmente hueca para disminuir peso al aparato protésico; si la lesión interesa la región incisiva, con el empleo del acril curado se facilita enormemente la obtención de una prótesis perfectamente estética.

En los casos de comunicación del seno maxilar con la cavidad bucal el aparato habrá de pasar formando puente al nivel del orificio

del trayecto de comunicación. Si se trata de una lesión traumática que interese las infracturas del maxilar superior, la prótesis de contención aplicada durante los días que siguen al traumatismo, asegura la conservación de los fragmentos alveolares movibles que sostienen los dientes, logrando reducir al mínimo la pérdida de tejidos después de la cicatrización.

Pérdida de tejido de la bóveda palatina (tipo de perforación sifilítica de situación media).

Tratamiento quirúrgico. — Sólo podrá emprenderse después de practicar un examen de la reacción Bordet-Wasserman y se hará preceder de un tratamiento médico específico.

El tratamiento quirúrgico responde a la técnica clásica conocida de uranoestafilorrafia, siguiendo el procedimiento de Trelat, que comprende cuatro tiempos:

Primer tiempo: avivamiento.

Segundo tiempo: desbridamientos laterales.

Tercer tiempo: desprendimiento de los colgajos; y

Cuarto tiempo: afrontamiento y sutura.

El resultado habitual de esta intervención es la curación.

Tratamiento protésico. — Comprende primero: tratamiento protésico quirúrgico y protésico funcional; en el primer caso, asociada al tratamiento quirúrgico, la prótesis de conservación proporciona un elemento de éxito apreciable. En el segundo caso, el aparato obturador suprime todas las perturbaciones funcionales de la perforación palatina cuando ésta no se ha podido obturar por medio de una autoplastia. Las más de las veces el obturador está constituido por la placa base de una prótesis dental; ésta pasa formando un puente por encima de la pérdida de tejido. En ciertos casos lleva una especie de tapón de acril blando que se adapta íntegramente a los bordes de la brecha palatina, que constituye además el buen sostén de la prótesis.

PÉRDIDAS DE TEJIDOS TOTALES

El tratamiento quirúrgico de estas secuelas es distinto, según que el cirujano especialista haya de considerar simplemente una resección de tejido óseo o que se trata de una deficiencia de los tejidos blandos.

Limitándonos a considerar la resección de tejido óseo, no es indicado hacer una intervención de cirugía reparadora para pérdida de

tejido extenso del maxilar; una prótesis bien ideada puede desempeñar perfectamente su doble cometido, estético y funcional. Aun cuando la obturación del orificio de comunicación de la boca y las cavidades subyacentes mediante una autoplastia sea posible, ésta presenta el serio inconveniente de imposibilitar la aplicación de la prótesis restauradora.

La eficiencia del tejido óseo del maxilar puede remediarse: a) por medio de injertos (trasplantes cartilaginosos, óseos o injertos adiposos); b) por inclusiones de piezas protésicas o inyecciones de parafina; sin embargo, la aplicación de parafina ha enseñado que su empleo provoca accidentes graves, locales o a distancia (parafinomas);



Fig. 2.ª.—Fotografía de frente antes del tratamiento.



Fig. 3.ª.—Fotografía de la paciente con la prótesis colocada en su posición definitiva.

hay que excitarlas. La inclusión de piezas metálicas protésicas puede justificarse hoy en día con el empleo de metales de aleación de cromo-cobalto.

El tratamiento protésico debe considerarse en los diferentes períodos de evolución de la lesión, y tendremos:

a) *Prótesis quirúrgica precoz.* — Aplicada inmediatamente después del traumatismo en los casos de lesiones graves del maxilar su-

Las fotografías remitidas han sido reproducidas a plumilla para su nítida reproducción en esta edición.

perior (accidente de aviación, de automóvil, etc.), o después de la intervención en las resecciones del maxilar, esta prótesis afianza la retención de los fragmentos óseos e impide la retracción de los tejidos durante el proceso de cicatrización; evita, pues, la deformación facial.

b) *Prótesis restauradora tardía*. — Aplicada varias semanas, y aun dos o tres meses después del accidente o de la intervención, sirve a la vez de prótesis de sostén para los tegumentos y de prótesis fun-

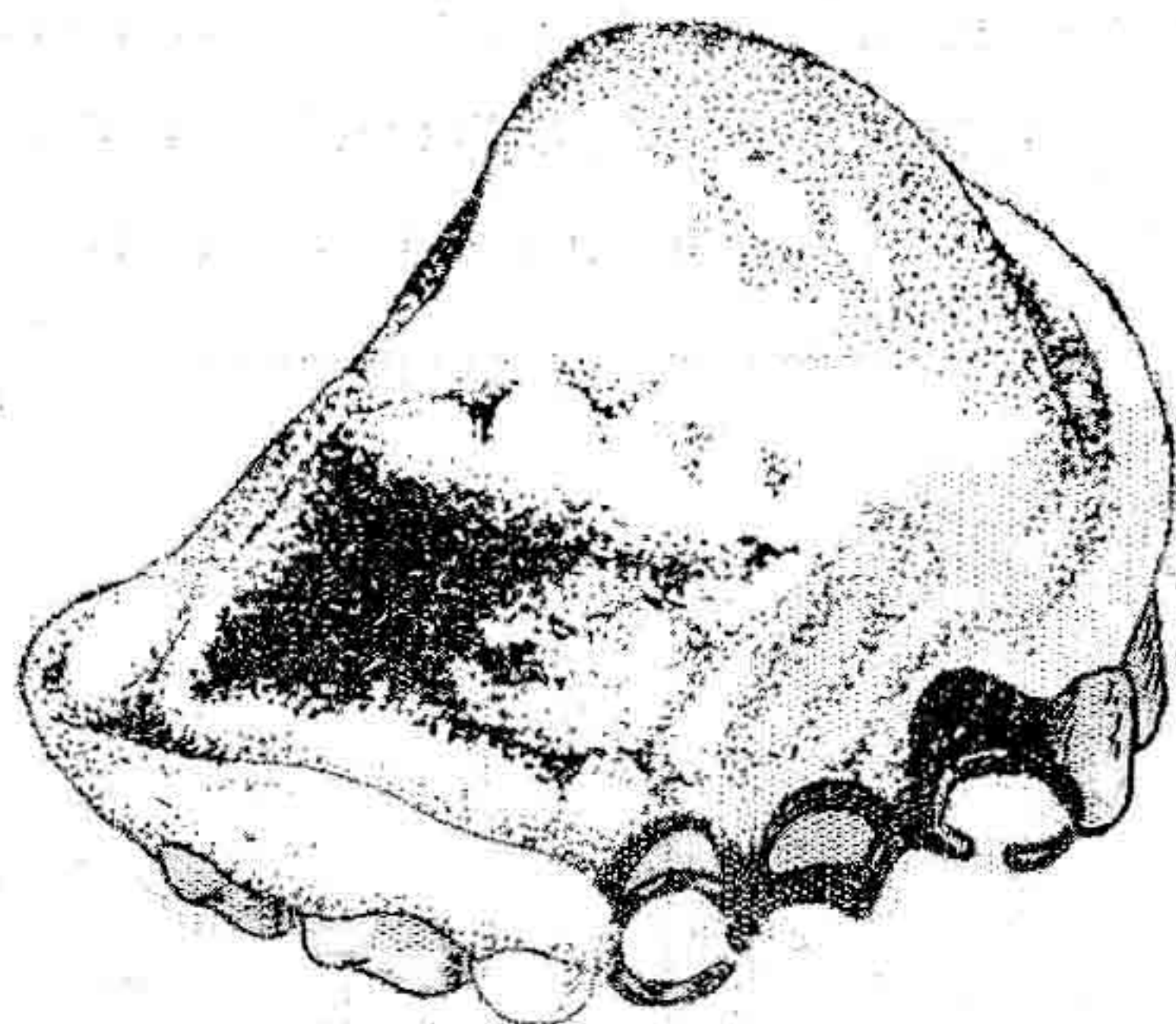


Fig. 4.^a.—Aparato protésico terminado. Visto por su parte superior interna, adaptado el obturador al seno maxilar fosas nasales. Se puede apreciar la estructura mecánica de una plancha metálica con el obturador de resina.

cional. En las grandes pérdidas de tejidos, esta prótesis restauradora va compuesta de varios elementos encajonados unos entre otros y puede colocarse en su sitio respectivo separadamente.

En pérdida total o parcial de tejido patológico del maxilar superior procedente de heridas, necrosis o resección, urge aplicar cuanto antes una placa de acril curado a modo de obturador entre la cavidad bucal y las fosas nasales. En caso de resección del maxilar, esta prótesis inmediata habrá de estar preparada antes de la operación y debe ser colocada sin tardar.

La placa debe contener todos los dientes que falten al paciente y la oclusión tendrá que restablecerse, cosa esencial para mantener el aparato en la exacta posición requerida. Para sostener esta prótesis empleáanse ganchos o resortes en espiral, pudiéndose sujetar también provisionalmente mediante ligaduras con los dientes existentes y aun contra el hueso subsistente.

En casos de deformaciones faciales adquiridas o de amplias pérdidas de tejidos tegumentales habrá de recurrirse a la prótesis externa (gelatina, celulosa, etc.), con las cuales puede obtenerse una corrección estética satisfactoria.

Recordadas así, muy someramente, las causas que pueden producir las deformidades y sus tratamientos, veamos ahora específicamente el caso motivo de este escrito.

Como se trataba de un caso típico, hubo necesidad de hacer a este paciente una carta o historia complemento a la ordinaria de la oficina. En ella encontramos los siguientes datos:

En el momento de presentarse, el paciente dejaba ver una amplia deformidad facial en la región superior izquierda, motivada por la extirpación de un fibrosarcoma, lesión indicada en la carta de presentación del paciente, remitida por el director del Instituto de Radium, y cuya intervención quirúrgica le fué practicada en el mismo Instituto.

En este primer examen clínico pudo observarse, a partir de la línea media facial, superior y hacia atrás en la región izquierda, que no existían los dientes anteriores y posteriores correspondientes a esa región, el reborde alveolar, el hueso y apófisis palatina, tejidos blandos que los cubren, todo el macizo del maxilar, parte del hueso malar en su unión con el zigoma, una gran porción de tejido óseo del piso de la órbita, parte de los huesos propios de la nariz de la misma región; como consecuencia de toda esa pérdida de tejidos, una amplia comunicación entre la cavidad bucal y las fosas nasales, produciendo dificultades en la fonación e impidiendo, como es natural, la masticación y deglución, ya que al formar el bolo alimenticio éste pasaba directamente a la cavidad de las fosas nasales; el contorno facial anormal, todos los tejidos blandos hundidos y una enorme caída del párpado inferior.

En la región superior derecha, a partir de la línea media hacia atrás, más o menos normal, encontramos dientes existentes del 1 a 4 y el resto del reborde alveolar desdentado, grueso, firme y duro. En la mandíbula observamos que tiene todos los dientes de seis a seis en buen estado, bien implantados, encías normales, pequeños cálculos seruminosos.

Al interrogatorio sobre el tiempo en que le fué practicada la intervención quirúrgica, nos contesta que hace poco más o menos un mes le fué practicada, lo cual pudimos comprobar por el período cicatricial

de los tejidos blandos dentro de la cavidad oral todavía sangrantes, así como en la parte externa y a la altura del nacimiento de la nariz y del ángulo interno del ojo un ligero punto supurativo, lo que hizo pensar en una recidiva del tumor o lesión.

Como complemento del examen clínico procedimos a ordenar unas radiografías periapicales de los dientes superiores existentes a fin de estudiar la posibilidad de utilizarlos como puntos de anclaje para ayudar al mantenimiento estable de la futura prótesis; radiografías de frente y de perfil, así como fotografías y una mascarilla para luego hacer un positivo.

Obtenidas, pues, la mascarilla, las fotografías y radiografías con estas últimas nos formamos un plan de tratamiento protésico, con el cual debíamos de reponer un acto fisiológico perdido: la masticación; tratar en lo posible de restablecer una correcta fonación, separando la cavidad oral de las fosas nasales, permitir una deglución correcta y el restablecimiento, hasta donde lo permitiesen los tejidos blandos, de una restauración facial.

En consecuencia, procedimos a seleccionar una cubeta metálica que nos permitimos obtener una impresión lo más exacta posible; usamos una cubeta de fondo plano, a fin de lograr impresionar bien las coronas de los dientes existentes, el reborde hasta su máxima altura de la región desdentada derecha, y con unos flancos altos que nos permitieran extender hasta lo posible, y sobre todo por vestibular, los tejidos blandos de la región izquierda; en la región correspondiente al orificio dejado por la intervención quirúrgica, palatina, levantamos con cera blanda el piso de la cubeta; empleamos un alginato, cargamos la cubeta y, sin profundizar con demasiada presión, obtuvimos una impresión de los dientes existentes, el reborde desdentado y el orificio o perforación palatina con unos dos centímetros de profundidad, con sus bordes perfectamente delimitados.

Paso 2.º—En el modelo obtenido en yeso-piedra procedimos a reconstruir en cera dura y parafina el reborde alveolar y bóveda palatina afectada, dándole una forma de parábola o arco dental normal, siguiendo la existente de la región derecha y continuando la bóveda palatina hasta encontrar la del lado opuesto, y de profundidad a la altura de las huellas obtenidas en la impresión.

Etapas 3.º—Reconstruido el reborde, y constatado radiográficamente que los dientes existentes nos permitían utilizarlos de anclaje,

se procedió a hacer un estudio de diseño para la construcción de una placa metálica, aleación de cromo-cobalto; ésta era la única manera de obtener un resultado favorable en la estabilidad de la futura prótesis; en consecuencia, esta placa metálica fué ordenada en la siguiente forma: ganchos casi circunferenciales sobre el 1 y el 4, unidos por ganchos continuo palatino, haciendo contacto sobre el 2 y el 3; sus conectores especiales, a una placa toda metálica en la región correspondiente al lado derecho, con asentamiento sobre tejidos normales existentes, y redecilla, para combinar con acril en el área desdentada de la misma región; a partir de la línea media hacia la izquierda y atrás, una malla de cavidades grandes, hasta cubrir toda la porción carente de tejido óseo; al comenzar el área del reborde, unos cinco milímetros, nuevamente una plaquita metálica, y luego, en su terminación, otra redecilla, para combinar el reborde reconstruido con acril.

Paso 4.—Prueba de la base metálica y confección con ella y parafina, un plato base, adaptación de rodetes de parafina, para obtener altura, dimensión vertical e impresión de los inferiores.

Etapas 5.—Llevar, por medio del arco facial, al articulador el modelo superior; relación céntrica, selección de dientes, relación protusiva.

Etapas 6.—Articulación; prueba del caso; éste se hizo colocando de antemano, dentro del flanco de parafina y la malla, la reconstrucción del reborde y parte palatina que con cera dura y parafina se obtuvo en principio, y que sellaba, a la vez, el orificio dejado por la intervención quirúrgica.

Paso 7.—Enflasque y cocción de la dentadura simplemente, a manera de una dentadura parcial (seis horas de curado).

Etapas 8.—Toma de impresión en cera blanda del espacio dejado por la resección del maxilar, sirviendo como base el reborde alveolar con la región palatina correspondiente, hecho en cera dura y parafina, y colocándolo naturalmente en el sitio exacto de la dentadura parcial ya terminada; esa impresión se fué perfeccionando, poco a poco, hasta obtener una obturación perfecta del orificio palatino y llevándolo hasta el nivel de las fosas nasales y correspondiente al sitio que debía ocupar el seno maxilar, así como reconstruyendo el contorno facial que iría a reemplazar el macizo del maxilar.

Paso 9.—Enflasque y curado del aparato nasal, aplicando en la

parte externa acril blando, para evitar maltratar los bordes del orificio.

Etapas 10.—Adaptación del aparato nasal, ahuecamiento para disminuir el peso.

Etapas 11.—Reunión de los aparatos, la dentadura y el aparato nasal en uno solo, por medio de acril de polimerización inmediata.

Etapas 12.—Adaptación del aparato protésico resultante; otras tallas.

Paso 13.—Pulimento final del aparato.

Paso 14.—Colocación del aparato; ajuste de ganchos.

Etapas 15.—Chequeo del aparato, con intervalos de seis, quince, veinte días.

Etapas 16.—Resección del frenillo labial superior para dar mayor movimiento y libertad al labio, pues debido probablemente a suturas demasiado fuertes, la contracción de los tejidos blandos fué demasiado marcada.

Etapas 17.—Chequeo al mes y medio de entregado el caso; fotografías finales.

Respecto a la mascarilla, es una operación conocida desde tiempo inmemorial, hacerla sobre un cadáver, no tiene ninguna complicación, pero hacerla sobre un paciente no es tan fácil y deben observarse precauciones previas para asegurar el libre funcionamiento respiratorio. Con todo, el procedimiento seguido, en este caso en particular fué muy sencillo.

Como se trataba de tomar una impresión de toda la superficie facial, el primer paso fué el de colocar al paciente en una posición apropiada; en efecto, se acostó en el sillón dental, logrando que la cabeza descansara cómodamente y que el cuerpo estuviera completamente en reposo, sin tomar ninguna posición forzada. Se colocó un rollo de papel de seda impregnado de aceite de oliva sobre la frente y costados parietales, a la altura del nacimiento del pelo, aplicando ligeramente aceite sobre la raíz de éste, lo que nos sirvió de dique para el yeso y de aislador para el cabello; la superficie facial fué embadurnada con una solución oleosa, haciéndolo más notoria sobre las pestañas y las cejas; como interesaba la posición exacta de los labios, se colocó un tubito de goma en cada una de las ventanas nasales (cuando no interesa, de manera especial, los labios se pueden

colocar los tubitos de goma en la boca para que por ella se efectúe la respiración, en ese caso se taponan ligeramente con algodón los orificios nasales); instruido el paciente sobre la quietud que debía guardar durante la operación y la simplicidad de la misma, se procedió a aplicar sobre la superficie del rostro una capa de yeso de consistencia cremosa, operación que se hizo adaptando el yeso al rostro por secciones continuas, uniformemente y de un espesor más o menos de medio centímetro; para dar mayor resistencia a la mascarilla, antes de que se fraguara la capa de yeso, se aplicaron, adaptándolas a éste, tiras de gasa, y luego, nuevamente una serie de yeso; una vez constatado su fraguado completo se procedió a retirar la mascarilla, con sumo cuidado.

Para obtener el positivo se hizo un vaciado en cera, operación que no ofreció ninguna novedad; primeramente, con una solución de alcohol y goma laca se barnizó toda la superficie interna de la mascarilla, e decir, la impresión, el negativo; luego se aplicó aceite en toda su extensión teniendo cuidado de que quedara íntegramente engrasada; a continuación con una preparación de cera de abejas purificada y parafina diluídas, tibia, se fué barnizando con una brocha, y de manera uniforme, toda la parte interna de la mascarilla, considerando un espesor de medio centímetro, se adaptó sobre esta primera capa de cera, tiras de gasa (a fin de dar más resistencia a la reproducción en cera o positivo), se continuó con una nueva capa de cera hasta obtener un espesor de un centímetro en toda la superficie; una vez, totalmente fría, se retiró del negativo o impresión, se repararon algunos detalles de cera y se procedió a dar el colorido, tratando de reproducir todas las señales que en ese momento presentaba el paciente.

Las mascarillas pueden también obtenerse a base de pastas gelatinosas especiales, material que ofrece ventajas sobre el yeso, como la no adhesión a la piel, sin embargo, hay necesidad de reforzarlas con escayola para mayor resistencia. Las mascarillas pueden ser reproducciones de toda la superficie facial, de perfil o de determinada región del rostro; pueden tomarse igualmente por secciones dividiendo la superficie facial en cuatro o cinco partes, según presente retenciones las alas de la nariz, pronunciamiento exagerado de los labios o del mentón, señales patológicas delicadas, etc.; un poco de habilidad manual nos ayudará a conseguir un éxito completo.

Para terminar el caso, motivo de este breve estudio que aquí he expuesto, se intentará, por parte de un especialista, una cirugía plástica, a fin de devolver en lo posible al rostro del paciente su expresión facial normal.

Importancia de las proteínas en la alimentación.—ALLISON. ("Agr. Food Chem.", 71, abril 1953.)

La importancia del nitrógeno en el metabolismo animal ha sido reconocida hace mucho tiempo. Los alimentos deberán contener la cantidad y calidad de proteínas necesarias para mantener el equilibrio normal. El desequilibrio en las reservas proteínicas puede depender de una alimentación insuficiente o mala, pero también de una ingestión baja en calorías o de la depauperación debida a una enfermedad. Este desequilibrio se caracteriza por un desplazamiento en la distribución de proteínas entre la sangre y los tejidos, pues mientras puede tener lugar un aumento de nitrógeno en estos últimos, la sangre puede encontrarse deficiente en material proteínico. El cuadro enzimático se altera notablemente en el hígado y menos en otros tejidos. Un desplazamiento en el metabolismo que afecte a todas las sustancias nutritivas lleva consigo una pérdida de proteínas tisulares. La desnutrición puede conducir a un aumento en los procesos anabólicos, de tal modo que la retención de nitrógeno y la regeneración de los tejidos se verifican más activamente en el animal agotado que en el normal.

Las reservas proteínicas deben regenerarse o mantenerse mediante una alimentación que contenga una mezcla de aminoácidos correcta, administrados bien por vía oral o intravenosa. Las experiencias del autor se han concretado a ratas alimentadas con diversas sustancias, con o sin proteínas, obteniéndose interesantes consecuencias sobre las relaciones entre las reservas de proteínas y la composición de la dieta normal.

LA PROTESIS DENTAL (*)

por el

PROF. OBDULIO MÉNDEZ MORALES

616.314.2—089.28

Señores: Es para mí muy honroso cumplir con el encargo que se me ha hecho de comentar el trabajo que acaba de presentar el distinguido odontólogo argentino doctor Pedro Saizar. No vacilé en aceptarlo porque daba la circunstancia de estar identificado con sus puntos de vista; no me resultaba difícil. Antes de ahora sólo había tenido una corta oportunidad de estar en contacto personal con él, pero entonces ya conocía su obra por sus libros y por sus escritos desde hacía algún tiempo. Para los argentinos y para los colombianos es difícil estrechar amistades por medio de visitas si se tiene en cuenta que estamos separados por algo más de 4.000 kilómetros.

Los países hispanoamericanos tenemos lazos que nos unen muy estrechamente y que nos facilitan un activo intercambio cultural, siendo el más importante de ellos el idioma que heredamos de España, tierra de viejas, nobles y gloriosas tradiciones, genitora de nuestras nacionalidades, por lo cual nos sentimos orgullosos, y que en Colombia siempre llamamos con filial afecto "nuestra Madre Patria".

Voy a procurar explicar a mi manera las causas que en mi sentir han contribuido a operar la transformación de la prótesis y las consecuencias de esta transformación, cosa que, como es natural, es aplicable a toda la odontología. De esta manera se puede ver que cualquier camino que se siga inevitablemente lo lleva a unas conclusiones semejantes a las que ha llegado el doctor Saizar.

De veinte años a esta parte los conocimientos médicos se han acrecentado en una forma extraordinaria y su desarrollo aumenta con un ritmo muy acelerado. Esto ha obligado a la medicina a verificar la repartición del trabajo entre sus diferentes ramas y especia-

(*) Texto íntegro de la argumentación del profesor Méndez Morales de la Universidad de Colombia, Bogotá, a la ponencia de Prótesis. Congreso de Sevilla, mayo 1953.

lidades de acuerdo con la índole de cada cual, y en esta repartición la odontología, que estaba un poco olvidada, ha resultado una de las más favorecidas. De no proceder así no podría aumentar el caudal de su saber con la rapidez con que lo está haciendo; no se podría efectuar la utilización racional y completa de sus conocimientos; la investigación se retardaría y su avance en el campo de la ciencia sería tardo.

De veinte años hacia atrás nuestra profesión tenía más acentuadas las características de un oficio artístico mecánico que las de una profesión científica, pero las circunstancias que acabo de anotar nos obligaron a hacer un esfuerzo extraordinario para colocarnos en condiciones de aceptar los deberes y la responsabilidad que se nos señalaba, de una manera consciente, para poder desempeñarlos racionalmente y con la mayor eficiencia posible, única manera de poder utilizar estos conocimientos en forma útil benéfica para la Humanidad. Este esfuerzo nos ha permitido avanzar en cuatro lustros lo que otras profesiones han necesitado de un siglo, pero este desarrollo, en el futuro, debe continuar paralelamente al de las demás especialidades; de lo contrario, nos convertiríamos en un elemento pasivo, estorboso para el desarrollo del conjunto.

Lo que hoy conocemos con el nombre de prótesis, antiguamente se denominaba mecánica dental. Comprendía la parte restauradora de la profesión en cuanto al aspecto de reemplazar por medios mecánicos, con aparatos de distintas formas, los dientes que se hubieran perdido. Esta denominación era exacta. La dentistería de entonces no hacía otra cosa que manufacturar, en los talleres anexos a las clínicas de cada dentista, dichos aparatos. Al hacerlos sólo tenía en cuenta, para la solución del problema de cada caso particular, las dificultades de índole técnica y artística. Nadie pensaba que la ciencia tuviera aplicación en estas labores y en realidad, tal como se practicaba, esto era verdad. Si a esto se agrega lo reducido de los elementos que se podían emplear, se comprenderá lo rudimentaria que era dicha mecánica comparada con la prótesis actual.

Es bueno rememorar estas circunstancias, no como crítica a la profesión, sino para poder apreciar la magnitud de la transformación que ha sufrido en muy corto tiempo esta rama de la odontología, la cual, al aceptar todos los conocimientos médicos y científicos que le han correspondido, tuvo que fundamentarse en la filosofía y ya sobre esta base pudo desarrollar sus propias investigaciones con un

criterio netamente médico. Ya no quedó en condiciones de inferioridad como estaba; entró a formar parte del conjunto en el cual ninguno de los factores constituyentes puede tener una delimitación precisa, ya que todos se complementan entre sí; de ahí que, en sus relaciones recíprocas, no hacen otra cosa que cooperar los unos con los otros para facilitar el normal desarrollo de sus actividades.

En estas condiciones la mecánica de antaño no podía subsistir y surgió la prótesis, que fundamentaba sus actividades en principios biológicos, y la mecánica dental pasó a un segundo plano, mejor quizá, también se caracterizó. Surgieron los laboratorios con personal muy especializado; muchos, como sucede en los Estados Unidos de América, son verdaderas fábricas y en sus departamentos de investigación estudian todos los elementos de que disponen procurando mejorarlos y descubrir otros mejores, cosa que ya han realizado algunos. Las técnicas del manejo de los elementos de que disponen las han mejorado y por este aspecto resultan más eficientes de lo que podría ser un odontólogo dedicado a su práctica profesional.

La modernización de la odontología ha creado muchos problemas y entre ellos está el de los laboratorios. En la actualidad ya la profesión no puede prescindir de ellos, pero todavía en nuestro proceso evolutivo no hemos llegado aún a determinar las exactas relaciones entre éstos y la odontología, que a mi modo de ver deberían ser únicamente la de operarios de taller, es decir, que el odontólogo, una vez practicado su examen clínico, hecho el diagnóstico, plan de tratamiento, como en las prótesis removibles, sea quien, una vez preparado el terreno bucal, ordene, estipule las condiciones precisas y el taller desarrolle de acuerdo con las indicaciones, pero resulta que en vez de servidores se han convertido en consejeros e influyen sobre las determinaciones de muchos dentistas. Cuando esto suceda dejará de existir la debilidad anotada por el doctor Saizar de que los "materiales sean seleccionados y las técnicas de manufactura queden a cargo de los talleres".

Dice el doctor Saizar que la profesión tiende a dividirse en dos grupos característicos: "Los prácticos, hábiles, pero con tendencia conservadora, y los modernistas, más progresistas, pero menos hábiles." Yo interpreto esta opinión así: Los modernistas son aquellos que poseen bases científicas y la suficiente habilidad clínica, más un buen criterio artístico, pero que en muchos casos descuidan demasiado el conocimiento de los elementos y de las técnicas de taller dejan-

do a éstos que hagan lo que quieran. Porque piensan, con bastante fundamento, que sólo les corresponde la parte clínica. Los conservadores, en cambio, son aquellos que le dan demasiada importancia a la parte de taller y opinan que las labores de esta naturaleza las debe verificar el dentista, si no en su totalidad, sí en gran parte. Yo creo que la mejor manera de obviar esto sería que los primeros se enteraran mejor de todo lo referente a los talleres y así podrían ordenar los elementos, de cualquier naturaleza, en forma precisa, aun cuando ellos no hagan nada.

A mí se me hace esto mejor porque le deja más tiempo a los dentistas para estudiar e investigar los problemas clínicos, cosa que está de acuerdo con lo apuntado por el doctor Saizar de que "el odontólogo ha perdido con frecuencia la habilidad del antiguo práctico, pero en cambio ha ganado en jerarquía intelectual y, en términos generales, también en responsabilidad médica y científica". Este concepto es muy cierto. El odontólogo moderno no hace las obras de filigrana que hacían los antiguos y cuando necesita de alguna se vale de los servicios de los talleres que lo pueden hacer tan bien como los profesionales de la antigua guardia.

Hay un aspecto psicológico que no se debe perder de vista. Cuando el odontólogo hace él mismo sus obras de taller, aun cuando no lo desee ni lo piense, una vez terminada la tiene que apreciar con criterio de artífice y de artista, por ser eminentemente humano, es decir, que en su intimidad la estima y la admira, siente orgullo, y si esa obra en la práctica no da el resultado deseado, trata de adaptarla aun a expensas de lo que sabe no va a resultar bien, con la esperanza de que, en ese caso, no va a pasar nada. Si el odontólogo la manda al taller y no queda a su entera satisfacción, la devuelve y la hace repetir, porque la aprecia con criterio científico desde el punto de vista de la conveniencia del paciente sin que le interese lo más mínimo como obra de arte.

De esto se desprende que los servicios odontológicos, con respecto al público, no han desmejorado; todo lo contrario, hoy son mucho mejores. Naturalmente, la odontología no puede estar contenta con lo alcanzado ni lo podrá estar nunca porque el día que esto suceda terminará su adelanto. Debemos reconocer que es mucho lo que se ha logrado, pero que la tarea que tenemos por delante es de tal magnitud como para que tenga en constante actividad a varias generaciones y

no terminará sino cuando la ciencia quede definitivamente constituida.

Los laboratorios, en la actualidad, tienen una gran preponderancia en la profesión, que es aceptada pasivamente por unos y rechazada enérgicamente por otros. La responsabilidad no es de los laboratorios; corresponde exclusivamente a la profesión. Yo he podido observar que son muchos los colegas que aceptan sin discutir los nuevos puntos de vista y la nueva orientación, pero que no la ponen en práctica. No porque ellos jueguen a dos cartas ni porque no sean sinceros en sus apreciaciones, sino porque llevan la tradición arraigada muy adentro, y, al ir a obrar, el subconsciente los traiciona y los oblija a continuar con la rutina. Todavía hace falta tiempo para vencerla definitivamente, porque la fuerza de la tradición no se puede destruir tan fácilmente.

Contribuye a esto que no existe una definición de la odontología aceptada universalmente, y lo cual da por resultado que existe toda una gama de orientaciones en la enseñanza de nuestra profesión; en unas partes se ha extremado el aspecto científico hasta el más elevado límite posible; en otras, todavía se enseña como profesión artístico-mecánica. No es de extrañar, por lo tanto, la disparidad de criterios sobre lo que es nuestra profesión. Cuando esto se resuelva, cuando todos tengamos uniformado nuestro concepto, nuestros problemas de laboratorio encontrarán adecuada solución.

Por eso creo muy oportuna y bien traída la idea del doctor Sainzar, cuando dice: "Existen excesivos puntos demostrables en controversia y una evidente desorientación, aun en los puntos fundamentales." Esta es una gran verdad, y la razón de ser de esto es la que acabo de expresar.

La profesión odontológica aun no ha adquirido un nivel uniforme, un promedio aceptable, de cultura e ilustración. Al paso que hay agrupaciones que poseen un elevadísimo nivel en este sentido, existen otras que lo tienen lamentablemente bajo. Todo, como consecuencia de los defectos iniciales adquiridos por la inadecuada enseñanza que tuvieron en los institutos de educación profesional.

En la actualidad, la prótesis dental es una de las ramas odontológicas más importantes; de entre las prótesis aplicables al cuerpo humano, es la más efectiva desde el punto de vista funcional y estético, porque es la que restaura casi a la normalidad una función fisiológica y, al mismo tiempo, en la que el artificio se acerca más a la naturaleza, devolviendo al rostro su aspecto normal.

Sólo me resta manifestar mis congratulaciones a los organizadores de este Congreso y a sus patrocinadores. Este tipo de reuniones, cada día adquiere más importancia no sólo desde el punto de vista profesional y científico, sino también social, porque al calor de las amistades que se fomentan al tratar sobre puntos de mutuo interés, al discutir sobre problemas que son comunes en todas partes, establece una cordialidad que nos permite conocer mejor, para apreciar en todo su valor, a personas de muchas nacionalidades y, por medio de ellas, a sus respectivos países, lo cual acaba con prejuicios y contribuye a llevar siquiera un rayo de esperanza sobre el advenimiento de un futuro un poco más tranquilo para la Humanidad.

Les doy a todos los gracias por su atención y felicito, una vez más, al doctor Saizar por el estudio tan importante con el cual nos acaba de regalar. Perdón, señores.

A propósito del diagnóstico de las litiasis salivares, BREMOND, LACHARD, y LEVRAUD, "Cahiers Odontostomatologiques", vol. II, pág. 30, 1952.

Los autores, revisando la cuestión de las litiasis salivares desde el punto de vista diagnóstico, insisten sobre los hechos siguientes:

El cuadro clínico es muy diferente según que se esté en presencia de una litiasis glandular o canalicular. En el primer caso la sintomatología es la de una submaxilitis cuyo origen hay que encontrar. En el segundo caso, si bien clínicamente la presencia del cálculo no da lugar a casi ninguna duda, es necesario saber situar dicho cálculo de una manera muy exacta.

La sialografía es siempre indispensable; mediante ella podemos afirmar el origen litiásico de una submaxilitis cuya etiología nos era desconocida y conocer la forma y situación del cálculo. Los clichés radiográficos, después de la introducción del lipiodol ponen en evidencia dos elementos constantes: el cálculo y la sialololititis. Las imágenes de lesiones del parénquima son mucho menos frecuentes. La sialografía permite además distinguir los cálculos del canal de Wharton de los espasmos del mismo.

En fin, la radiografía nos ayudará a precisar las indicaciones operatorias, localizando el obstáculo. La extracción de un cálculo de la porción horizontal del canal de Wharton hay que intentar hacerla por las vías naturales; en cambio, en la litiasis intraglandular es casi siempre necesaria la extirpación de la glándula.—J. FONT.